

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

As relações intergovernamentais na implantação da
política de saúde no Estado do Acre de 1990 até 2008.

Estanislau Paulo Klein

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para a
obtenção do título de Doutor em Saúde
Pública.

Área de Concentração: serviços de saúde
pública

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Fabiola Zioni

São Paulo
2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

As relações intergovernamentais na implantação da política de saúde no Estado do Acre de 1990 até 2008.

Estanislau Paulo Klein

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para a obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: serviços de saúde pública

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Fabiola Zioni

São Paulo
2010

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

Em memória:

À minha mãe Catarina Wilma por ter ensinado perseverança, paciência e a busca de forças para iniciar cada novo dia.

Ao amigo Augusto Vieira Nunes, o Bacurau por ter ensinado a buscar coragem nas adversidades da vida.

AGRADECIMENTOS.

Agradeço de coração às pessoas que colaboraram com este trabalho, em primeiro lugar a orientadora Prof^ª. Dr^ª. Fabíola Zioni pela atenção e profissionalismo. Cada nome a seguir significa uma contribuição importante. Prof. Dr. Francisco Carlos Silveira Cavalcante, Prof^ª. Raimunda Bezerra da Silva Klein, Prof^ª Janaina Bezerra de Freitas, Valdeci Alves Gusmão Junior, Prof^ª. Dr^ª Margarida Lima Carvalho, Econ. Dilermando L. Martins, Farma. Roraima Moreira da Rocha, Enf^ª. Lúcia Lenz de Cruzeiro do Sul. Um agradecimento especial aos integrantes da banca de qualificação do projeto de pesquisa formada pelos seguintes membros: Prof^ª. Dr^ª. Fabiola Zioni, Prof. Dr. Paulo Roberto do Nascimento e Prof. Dr. Cláudio Gastão Junqueira de Castro. Um agradecimento à Prof^ª. Dr^ª. Neia Schor e ao Prof. Dr. Delcio Natal pela colaboração na coordenação do Doutorado Interinstitucional USP/UFAC. Agradeço aos integrantes das equipes centrais do gestor estadual de saúde do Acre e do gestor municipal de Rio Branco. Às Irmãs Servas de Maria Reparadoras da Casa Provincial no Rio de Janeiro, Ao Sr. José R. Rodrigues Martins, Diretor da Santa da Casa de Cruzeiro do Sul, Às pessoas que prestaram colaboração no arquivo do C.D.I.H. da Universidade Federal do Acre, no Museu da Borracha de Rio Branco, no Arquivo da Secretaria da Saúde do Acre, no núcleo de contabilidade da Secretaria de Estado da Fazenda do Acre, na Secretaria de Saúde do Município de Brasiléia, no Arquivo Geral do Estado do Acre e no Arquivo do Gabinete Civil do Governo do Acre.

Resumo

Este é um estudo das relações intergovernamentais entre as três esferas de governo que ocorrem na implantação e implementação da política de saúde no estado do Acre, com o foco na função de coordenação da esfera estadual do SUS na condução dessa política. A investigação buscou identificar como ocorre essa coordenação que envolve transferências de recursos financeiros entre as esferas de governo que são negociados no âmbito do sistema de saúde. A investigação foi centrada na Secretaria Estadual de Saúde e na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco. Os demais 21 municípios do estado foram estudados nas suas relações com a esfera estadual no seu papel de gestora do sistema de saúde. Foi adotada a estratégia do estudo de caso para caracterizar, descrever e analisar o Sistema Único de Saúde do Acre no período do início da década de 1990 até o final de 2008. Para contextualizar as especificidades do Acre foram estudados os serviços de saúde antecedentes ao SUS. Realizou-se investigação documental, observação sistemática e entrevistas com os principais atores envolvidos com essa política. A implantação do SUS no Acre foi um processo lento com divergências entre as esferas de governo quanto à descentralização dos serviços. Essas divergências eram maiores e retardavam mais o processo nos municípios onde os gestores locais tinham identificações partidárias diferentes do gestor estadual. O processo de implantação da política de saúde no Acre aconteceu em cenários de escassez de recursos financeiros sendo que em alguns momentos os poucos recursos e falhas administrativas causaram graves crises nos serviços. Em 1999, a receita fiscal do Estado do Acre foi de 81,83 milhões de Reais e os gastos com a saúde foram de 97,37 milhões de Reais. Em 2008, a receita fiscal foi de 555,33 milhões de Reais e os gastos com a saúde foram de 373,48 milhões de Reais. Embora pareça um significativo aumento da receita, nesse período houve a descentralização de serviços de saúde para os municípios e os mesmos passaram a receber recursos financeiros da União para sustentarem seus serviços. Tanto na esfera estadual como nos municípios, a sustentação da política de saúde depende dos recursos da União. As relações da esfera estadual do SUS com os municípios passaram por sucessivos conflitos para a descentralização de serviços e no período recente persiste um tratamento desigual da esfera estadual em relação aos municípios.

Palavras chave: política de saúde; governo; federalismo; negociação.

Summary

This is a study of intergovernmental relations between the three spheres of government that occur in the deployment and implementation of health policy in the state of Acre, with the focus on the coordinating role of the state sphere of SUS in the conduct of that policy. The investigation sought to identify how this coordination occurs which involves transfers of funds between the spheres of government that are traded within the health system. The investigation was centered on the State Health Department and the Municipal Health Secretariat of Rio Branco. The remaining 21 counties in the state were studied in their relations with the state level in his role as manager of the health system. We adopted the strategy of case study to characterize, describe and analyze the National Health System of Acre during the beginning of the 1990s until the end of 2008. To contextualize the particularities of Acre were studied health services background to SUS. We carried out documentary research, systematic observation and interviews with key actors involved with this policy. The implementation of the NHS in Acre was a slow process with divergent levels of government regarding the decentralization of services. These differences were larger and more retarded the process in the municipalities where local managers had different party identifications of the state administrator. The implementation process of health policy happened in Acre on scenarios of scarcity of financial resources and in some instances the few resources and administrative failures caused serious crises in services. In 1999, tax revenue of Acre was 81.83 million Reais and health spending were 97.37 million Reais. In 2008, tax revenue was 555.33 million Reais and health care expenditures were 373.48 million Reais. Although it seems a significant increase in revenues during this period was the decentralization of health services to municipalities and they began to receive Union funds to sustain their services. Both at the state level as in the municipalities, the support of health policy depends on the resources of the Union's relations with the state level SUS municipalities have gone through successive conflicts for the decentralization of services and in the recent period there remains an unequal treatment of state level in relation to municipalities.

Key-words: health policy ; government ; federalism ; negotiation.

ÍNDICE

p

I. INTRODUÇÃO	1
1. O OBJETO DO ESTUDO	1
2. OBJETIVOS	7
2.2. OBJETIVO GERAL	7
2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
3. METODOLOGIA	8
3.1. AS TÉCNICAS DE PESQUISA	11
3.2. AS ETAPAS DE ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO	15
II. REFERENCIAL TEÓRICO	18
1. AS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE	18
1.1. A POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DO PACTO FEDERATIVO COM LEGADOS HISTÓRICOS NO BRASIL	18
1.2. DOS AJUSTES INSTITUCIONAIS DO REGIME MILITAR À POLÍTICA DE SAÚDE NAS INFLEXÕES DA DÉCADA DE 1990	31
1.3. AS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS E NEGOCIAÇÕES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	39
1.4. PARTICIPAÇÃO, CIDADANIA E CONTROLE SOCIAL NO SUS	46
1.5. AS ADAPTAÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE COM O “PACTO PELA SAÚDE” DE 2006	50
III. RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
1. A EXTENSÃO DO GOVERNO FEDERAL NAS RELAÇÕES COM ATORES POLÍTICOS LOCAIS E A IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO TERRITÓRIO FEDERAL DO ACRE E NO ESTADO DO ACRE	53
1.1. O TERRITÓRIO FEDERAL DO ACRE, OS PROBLEMAS DE SAÚDE NA REGIÃO E A AÇÃO DIRETA DA ESFERA FEDERAL NA POLÍTICA LOCAL	53

1.1.1. A Redução nos Serviços de Saúde com o agravamento da Crise na Produção da Borracha Natural Durante a Década de 1930	63
1.1.2. Uma Nova Fase da Ação Governamental, Uma Política Melhor Definida para os Serviços de Saúde e a Reabilitação do Soldado da Borracha	64
1.1.3. O Reconhecimento do Direito à Cidadania no Território Federal do Acre	70
1.2. NO CENÁRIO DE CRISE DA DÉCADA DE 1950 ALGUNS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES E A ATENÇÃO AOS MAIS POBRES	71
1.3. AS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE APÓS A ELEVAÇÃO DO ACRE À CATEGORIA DE ESTADO DA FEDERAÇÃO	75
1.3.1. Um Novo Ente Federado em um Cenário de Escassez de Recursos	77
1.4. A SINTONIA DO GOVERNO ESTADUAL COM O IDEÁRIO DOS GOVERNOS MILITARES E UMA NOVA PROPOSTA ORGANIZACIONAL NOS SERVIÇOS	80
1.5. A SITUAÇÃO DE TERRITÓRIO FEDERAL FOI POUCO ALTERADA COM AS INFLUÊNCIAS DO REGIME MILITAR	86
1.6. A INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E IMPLANTAÇÃO DA REDE DE UNIDADES BÁSICAS NA PERIFERIA DE RIO BRANCO	90
1.7. NOVAS RELAÇÕES COM A ESFERA FEDERAL, A RETOMADA DA DEMOCRACIA, NOVO GOVERNO E SITUAÇÕES ANTIGAS A PARTIR DA ELEIÇÃO DE 1982	94
1.7.1 As Ações Integradas de Saúde – AIS Iniciando a Descentralização	97
1.8. O SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE, AS NOVAS REGRAS PARA A ESFERA ESTADUAL E A PERSISTÊNCIA DA CRISE NOS SERVIÇOS	101
1.9. A TRANSIÇÃO PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	105
2. A COORDENAÇÃO DAS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO DO ACRE	108

2.1. AS ATRIBUIÇÕES DOS ENTES FEDERADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE, A DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NO ACRE E A MOVIMENTAÇÃO DOS ATORES POLÍTICOS	108
2.1.1. Baixa Capacidade de Coordenação da Esfera Estadual Para Descentralizar Serviços, Ausência de Negociações e Agravamento da Crise no SUS do Acre a Partir de 1995	117
2.2. A MUDANÇA DE GOVERNO DE 1999, NOVA COORDENAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE, AS PRIORIDADES E NOVAS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS	123
2.2.1. Negociações Entre as Esferas de Governo, Atores políticos, Descentralização dos serviços e a Busca de Sustentabilidade do SUS	125
2.2.2. Os Acordos Entre Atores Políticos Para a Busca de recursos Federais Para o SUS: o Empenho da Esfera Estadual de Governo, Parlamentares, Prefeitos e Lideranças	129
2.3. A SUSTENTABILIDADE DO SUS EM UM CENÁRIO DE ESCASSEZ DE RECURSOS FINANCEIROS	133
2.4. COORDENAR A POLÍTICA DE SAÚDE E NEGOCIAR: A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE	150
2.5. A COORDENAÇÃO DA ESFERA ESTADUAL DO SUS NA FUNÇÃO DE PLANEJAMENTO	159
2.6. OS CONTEÚDOS DOS RELATÓRIOS DE GESTÃO QUE EXPRESSAM ASPECTOS DA COORDENAÇÃO ESTADUAL DA POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DE 1999	167
2.7. A ATENÇÃO BÁSICA SOB A COORDENAÇÃO ESTADUAL E AS RELAÇÕES COM OS MUNICÍPIOS	173
2.8. A DECISÃO POLÍTICA DE TRANSFERIR FUNÇÕES DA ESFERA ESTADUAL	182
2.9. CONTROLE SOCIAL E A PARTICIPAÇÃO POLÍTICA NO SUS	187

3. A IMPLANTAÇÃO DO SUS EM RIO BRANCO, AS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS E A NEGOCIAÇÃO DA ESFERA MUNICIPAL	194
3.1. OS MUNICÍPIOS DO ACRE, O PODER LOCAL NA CONDIÇÃO DE TERRITÓRIO FEDERAL E DE ESTADO DA FEDERAÇÃO	194
3.2. A SECRETARIA MUNICIAPL DE SAÚDE DE RIO BRANCO	198
3.3. O POLÊMICO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS EM RIO BRANCO	205
3.4. OS RECURSOS FINANCEIROS PARA A SAÚDE EM RIO BRANCO	209
3.5. AS RELAÇÕES DA ESFERA MUNICIPAL DE RIO BRANCO COM A ESFERA ESTADUAL E A COORDENAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DE 2005	213
3.6. O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO BRANCO	221
4. CONCLUSÕES	225
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	228
REFERENCIAS DOCUMENTAIS	228
ANEXOS	234

Quadros e Tabelas	84
Quadro 1. Rede Hospitalar do Acre em 1974, n°. de Unidades, n°. de leitos, Características e Localização	88
Quadro 2. Institucionalização das Ações do Governo Federal na Amazônia Durante o Regime Militar	104
Quadro 3. Rede de unidades prestadoras de serviços de Saúde no SUDS do Acre em 1989 de Responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde e conveniados	164
Quadro 4. Transcrição de partes do Plano Estadual de Saúde do Acre de 2000 – 2003	166
Quadro 5. Transcrição de partes do Plano Estadual de Saúde do Acre de 2004 – 2007	137
Tabela 1. Evolução da arrecadação do ICMS no Acre entre 1997 até 2006 (milhões de Reais)	140
Tabela 2. Receitas fiscais, transferências da União, gastos c/ saúde e gastos c/ pessoal entre 1999 a 2008 (milhões de Reais)	
Tabela 3. Indicadores da participação de receitas e transferências nas receita total, despesas c/ saúde por habitante, despesas c/ pessoal e investimentos no Acre de 2002 a 2008	141
Tabela 4. Transferências da União, receita fiscal, gastos c/ saúde, gastos c/ pessoal, com os respectivos percentuais de crescimento entre 2005 a 2008 em sete municípios do Acre (milhões de Reais)	143
Tabela 5. Indicadores da participação de receitas e transferências nas receita total, despesas c/ saúde por habitante, despesas c/ pessoal e investimentos em sete municípios do Acre de 2006 a 2008	145
Tabela 6. Comparativo das transferências da União, receitas fiscais, gastos c/ saúde e gastos c/ pessoal de quatro estados na Região Norte no período de 2005 a 2008 (milhões de Reais)	147
Tabela 7. Indicadores da participação de receitas e transferências nas receita total, despesas c/ saúde por habitante, despesas c/ pessoal e investimentos em quatro estados da Região Norte no período de 2006 a 2008	149
Tabela 8. Repasses de convênios p/ unidades de internação em quatro municípios do	172

Acre entre 2006 a 2008	209
Tabela 9. Recursos transferidos do Ministério da Saúde para o município de Rio Branco no exercício de 1998 a 2002	211
Tabela 10. Transferências da União, receitas fiscais, gastos c/ a saúde e despesas c/ pessoal em Rio Branco no período de 2005 a 2008 (milhões de Reais)	212
Tabela 11. Indicadores da participação das receitas e transferências intergovernamentais nas despesas com a saúde, despesas com a saúde por habitantes, participação das despesas com pessoal, investimentos e participação da receita própria na saúde em Rio Branco – Acre no período de 2006 a 2008	

I - INTRODUÇÃO

1. O OBJETO DO ESTUDO

Este é um estudo das relações intergovernamentais entre as três esferas de governo que ocorrem na implantação e implementação da política de saúde no Estado do Acre, com o foco na função de coordenação da esfera estadual do SUS na condução dessa política. Os significados do termo implantação da política de saúde têm o sentido de introduzir, estabelecer, denotar permanência no local. Implementação significa dar execução a um plano, um projeto, levar à prática por meio de providências concretas (Ferreira, 1986). Este é um estudo das relações intergovernamentais que ocorrem na implantação e implementação da política de saúde no estado do Acre, com o foco A investigação foi centrada na Secretaria Estadual de Saúde e na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco.

A finalidade do estudo é apresentar como a esfera estadual de governo desempenha o seu papel institucional no Sistema Único de Saúde e como exerce sua coordenação na política de saúde no âmbito estadual e nas relações com as esferas municipais de governo. O período estudado inicia com a implantação do SUS no Acre, no final da década de 1980, e segue até 2008. O marco do início do SUS no Acre está referenciado nos sucessivos acordos da esfera estadual com o governo federal que ampliaram o papel da Secretaria da Saúde do Acre no sistema de saúde. Os acordos dessa ampliação iniciaram em 1989, quando essa secretaria absorveu os serviços de saúde desenvolvidos pelo Escritório Regional do INAMPS/Acre (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social). O principal acordo foi estabelecido em 08 de agosto de 1991, quando a Secretaria

de Saúde do Acre assinou convênio nº. 01/91, com o Ministério da Saúde e o INAMPS, tendo como objeto fundamental, consolidar a implantação do SUS no Estado (Ministério da Saúde. Convênio SUS-Acre 01-1991).

O estudo focalizou as relações intergovernamentais, compreendendo as três esferas de governo, com atenção para as transferências de recursos financeiros entre as mesmas. Foi estudada a distribuição de recursos financeiros na perspectiva de identificar como a regulação e a efetivação dessa distribuição buscava a sustentabilidade do sistema de saúde em cenários de disparidades econômicas entre os entes federados, bem como com municípios de baixas receitas locais. As transferências de recursos entre as esferas de governo foram analisadas considerando a regulação do fluxo dos mesmos entre as esferas de governo e a capacidade da esfera estadual e dos municípios do Acre de sustentação dos serviços.

A investigação foi realizada em torno da seguinte situação problema, definindo as seguintes questões: as relações intergovernamentais instituídas na implantação e implementação da política de saúde no Brasil ocorrem entre os entes federados, com disparidades nas suas capacidades de sustentabilidade dos serviços de saúde. O pacto federativo e a regulação da política de saúde, a partir de 1988, apresentam arranjos para a redistribuição de recursos financeiros entre os entes federados que beneficiam estados e municípios, porém esses arranjos são escassos para equiparar as unidades federadas com baixa capacidade de sustentar a implementação da política de saúde. As normas constitucionais estabeleceram o poder de taxaão dos estados para petróleo, produtos minerais, transportes e telecomunicações. Para os estados com menor capacidade de arrecadação, foi criada uma compensação de redistribuição de recursos a cargo da esfera

federal, porém os arranjos estabelecidos para tal finalidade têm alcances limitados para equiparar financeiramente as unidades federadas (Almeida, 2005).

Nas especificidades e no contexto em que a política de saúde é implementada no Estado do Acre há uma baixa capacidade para sustentar a mesma (Secretaria de Estado da Fazenda do Acre. Informativo da Arrecadação, 1999/2002; Secretaria. Estadual de Saúde. Acre. Relatório de Gestão, 2002). No contexto de disparidade entre estados, baixa capacidade de sustentação dos serviços de saúde e escassos meios de equiparação de recursos entre os entes federados, como são conduzidas as relações entre as esferas de governo para uma distribuição mais equitativa de recursos financeiros e implementação da política de saúde? Há repercussões e conseqüências na implementação da política de saúde no Acre, devido a pouca equiparação na distribuição de recursos entre os entes federados? Como a Secretaria Estadual de Saúde, no seu papel de instância propulsora na implementação da política de saúde e de coordenadora das relações intergovernamentais percebe as possíveis repercussões e conseqüências da baixa equiparação na distribuição de recursos financeiros entre os entes federados?

Foi analisada a situação institucional do SUS no Acre, com a descrição do funcionamento das suas instâncias, notadamente o Conselho Estadual de Saúde e a Comissão Intergestores Bipartite, na qual ocorrem as negociações entre os gestores do sistema. Procurou-se apreender as principais repercussões do funcionamento dessas instâncias sobre os serviços. Foi enfatizado o processo de negociações e articulações políticas, no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite e foi focado o papel do gestor estadual do SUS na coordenação das relações intergovernamentais no estado, em que estão envolvidos todos os municípios do mesmo.

Este trabalho se justifica por tratar da implantação e implementação da política de saúde no Brasil que ocorrem em contextos regionais e locais ainda pouco estudados. A regulação dessa política prevê que os entes federados, nas três esferas de governo e distintos atores políticos, integrem amplas relações políticas e negociações para a efetivação da mesma. As transferências de recursos financeiros entre as esferas de governo constituem o foco central dessas relações. Nesse processo se concretiza um amplo sistema de serviços, ou seja, o Sistema Único de Saúde, de alcance nacional, que deve ser viabilizado em distintos contextos regionais e locais. São diferenciações com distintas capacidades de sustentação de serviços, com diferentes capacidades dos atores políticos em estabelecer as relações entre as esferas de governo para tornar efetiva a política em diferentes realidades locais.

O trabalho também se justifica por ampliar os conhecimentos da política de saúde nas especificidades do Acre e colaborar na ampliação das escassas informações sobre a saúde pública neste Estado da Federação. O estudo é uma contribuição para completar uma lacuna do conhecimento sobre a política de saúde no Acre, as relações intergovernamentais envolvidas na mesma, bem como colaborar no esclarecimento da busca da equiparação de recursos financeiros entre os entes federados para sustentar os serviços de saúde. Aqui estão explicitadas especificidades do Acre, quanto à ação dos seus atores políticos nas suas interações com um setor de serviços e como a regulação da política de saúde aplicada nas três esferas de governo. Foi realizada uma ampliação dos conhecimentos acerca das particularidades do contexto regional e contextos locais e como ocorre o comprometimento, ou não, dos atores políticos com esse setor específico. Estão explicitadas as particularidades sobre a aplicação do processo regulatório da política de saúde na realidade regional. Assim

foram ampliados os conhecimentos sobre as capacidades do Acre e seus municípios em tornar efetivo o Sistema Único de Saúde.

Com a finalidade de contextualizar o Sistema Único de Saúde do Acre, o estudo relata a formação dos serviços de saúde antecedentes a esse sistema, enfocando as relações da esfera federal de governo que exerceu uma influência por um longo período no Acre, sob a condição de Território Federal e continuaram na vigência do regime militar no país.

Para tratar das relações intergovernamentais que compreendem os entes federados nas três esferas de governo, o estudo abordou a Secretaria Municipal de Saúde do município de Rio Branco. A importância do município de Rio Branco no SUS, na condição de capital do estado, caracteriza as relações intergovernamentais até o poder local de um município. Assim, o município de Rio Branco representa as negociações da esfera estadual com a esfera municipal. Os demais 21 municípios do Acre serão estudados no que se refere à implementação da política de saúde, em que a Secretaria Estadual de Saúde exerce o seu papel de gestor estadual estabelecendo a coordenação dessa política.

Este trabalho está organizado em três divisões principais, cada qual organizada em seções de acordo com a seqüência dos assuntos. Na primeira divisão apresenta-se a introdução, os objetivos e a metodologia. Na segunda está o referencial teórico com a discussão da literatura para referenciar e ampliar a compreensão do estudo. Na terceira divisão do trabalho são apresentados os resultados e discussões da pesquisa. Nessa divisão apresenta-se a descrição e formação dos serviços de saúde no Território Federal do Acre. Esta descrição também apresenta as relações da esfera estadual de governo com a esfera federal na situação de transição do Território Federal do Acre para o novo Estado da Federação, enfocando a organizar os serviços de saúde. Também são descritos os serviços de saúde do Acre durante o regime militar, na transição democrática do início da década de

1980 e sua evolução até o início do Sistema Único de Saúde. Na segunda seção da terceira divisão estão caracterizadas as relações intergovernamentais estabelecidas entre as esferas de governo para a implementação da política de saúde no Acre que integram o processo de implementação do Sistema Único de Saúde do Acre. Esta seção também trata da descentralização dos serviços para os municípios e as negociações de transferências de recursos financeiros entre os entes federados para a sustentabilidade do SUS. Na continuidade está o relato do funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite enfocando o processo de negociações no interior da mesma e do Conselho Estadual de Saúde enfoca a participação da cidadania no sistema de saúde.

A terceira divisão também compreende a seção que analisa a capacidade da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco de implantar a política de saúde, enfocando as relações da esfera municipal com as esferas estadual e federal. Trata das negociações de transferências de recursos financeiros e sustentabilidade do SUS no âmbito municipal.

Na seqüência do trabalho são apresentas as conclusões, as referências bibliográficas, as referências documentais e os anexos.

2. OBJETIVOS

2. 1. OBJETIVO GERAL

Caracterizar as relações intergovernamentais no âmbito do Sistema Único de Saúde do Acre, identificando como ocorre a distribuição de recursos financeiros entre as esferas de governo e o processo de negociação regulamentado na implementação da política de saúde.

2. 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever a formação dos serviços de saúde no Território Federal do Acre, a evolução dos mesmos desde a transição de território para estado até o início do Sistema Único de Saúde;
2. Descrever o processo de implantação e implementação do Sistema Único de Saúde do Acre, enfocando o funcionamento das instâncias desse sistema como a Comissão Intergestores Bipartite, o Conselho Estadual de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco;
3. Analisar as relações estabelecidas entre as esferas de governo para a implementação da política de saúde no Acre, a descentralização dos serviços de saúde e as negociações de transferências de recursos financeiros entre os entes federados para a sustentabilidade do sistema de saúde;
4. Analisar a capacidade da Secretaria Municipal de Saúde do município de Rio Branco na implementação da política de saúde, no que se refere ao processo das relações e negociações com as esferas estadual e federal de governo para a transferência de recursos financeiros.

3. METODOLOGIA

Nesta pesquisa foi adotada a estratégia do estudo de caso para possibilitar a organização de informações e preservar o caráter unitário do objeto social do estudo. O estudo de caso é uma estratégia que se aplica ao estudo de organizações, instituições, processos, contextos e experiências singulares. Essa estratégia também se aplica para a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto cujos limites não são bem definidos.

Neste trabalho o estudo de caso foi aplicado no processo da implantação e implementação da política de saúde enfocando as relações intergovernamentais no contexto singular do Acre. A estratégia adotada possibilitou preservar a unidade social do objeto de estudo como um todo e ao mesmo tempo incluir o desenvolvimento dessa unidade ao longo do tempo, explorando o desenrolar de acontecimentos relacionados à implantação e implementação da política de saúde. A aplicação do estudo de caso permitiu o levantamento de uma grande variedade de informações e preservar as especificidades dos processos de interação entre varias facetas do processo político (Goode, Hatt, 1968; Yin, 2005).

A opção pela estratégia do estudo de caso teve por finalidade descrever situações e contextos em que a política de saúde passou pelo processo de implantação e implementação (Gil, 2007). Ao focar as relações entre as esferas de governo este estudo analisou fenômenos no transcurso do tempo considerando transições, variações e mudanças nos mesmos. Procurou-se identificar no processo de implantação e implementação da política de um setor específico do Estado a consolidação de serviços nas especificidades do Acre.

Um estudo de caso da política de saúde no Acre apresenta uma característica específica pelo fato de ser um Estado da Federação que passou por um longo período sob a condição de “território federal”. No início do século XX, o arranjo de Território Federal foi criado para a viabilidade político-administrativo na região anexada ao Brasil e que era considerada ainda incipiente para um estado federado. Nessa condição a esfera federal de governo escolhia os governantes locais e era responsável pela condução dos governos. Considerando essas particularidades e o objeto deste estudo, que são as relações intergovernamentais na implantação e implementação da política de saúde buscou-se uma base referencial no campo conceitual de Abrucio (1998; 2005). A partir desse referencial foi viável analisar as relações entre as esferas de governo envolvendo diferentes atores políticos. Tomando a importância da esfera estadual na implementação das políticas sociais foi focado o papel de coordenação da mesma esfera nas instâncias estaduais do sistema de saúde e nas suas relações com os municípios. Assim tornou-se viável formular análises das relações intergovernamentais, bem como do papel dos atores políticos nas esferas de governo.

A investigação foi realizada em documentos relacionados à implantação da política de saúde, em atos de governo na execução dessa política, em informações sobre o papel de coordenação do gestor estadual do SUS, em observações do funcionamento das instâncias colegiadas do sistema de saúde e em entrevistas com atores envolvidos com a implantação dessa política. A partir dos achados empíricos foi identificado o marco inicial da consolidação do SUS no Acre. O ato de governo que serviu de referência para considerar o início desse sistema no estado foi o convênio nº. 01/91 de 08 de agosto de 1991, entre a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde e o INAMPS. Esse documento representa o ato de governo que assinalou o início da implementação e consolidação do

Sistema Único de Saúde no Acre. A Secretaria Estadual passou gradativamente a atuar na descentralização do SUS neste estado, interagindo com as demais esferas de governo.

3. 1. AS TÉCNICAS DE PESQUISA

A metodologia trabalhada neste estudo compreendeu as seguintes técnicas: pesquisa documental, entrevistas dirigidas e observação sistemática de campo. Em cada técnica foi utilizado o instrumento mais adequado para a sua finalidade. Na pesquisa documental os instrumentos utilizados foram: a compilação e as cópias dos documentos, na íntegra ou de partes de maior interesse. Nas entrevistas o instrumento foi o roteiro semi-estruturado com perguntas chaves que possibilitam uma adaptação conforme as respostas do entrevistado. Na observação sistemática foi utilizado um roteiro para orientar a mesma. Os registros para as observações sistemáticas de campo foram feitos em um diário de campo específico para esta finalidade. A pesquisa documental foi feita em arquivos públicos, nos diferentes setores dos serviços de saúde, em entidades não governamentais, no banco de informações sobre os serviços de saúde existentes no Centro de Ciências da Saúde e do Desporto da UFAC, em arquivos particulares e na rede mundial de computadores. Outra fonte de dados foi o Sistema de Informação Sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS – Ministério da Saúde.

Na busca dos documentos foram atendidos requisitos como a crítica dos mesmos e observados os seus significados relacionados às finalidades da investigação. A referência para atender estes requisitos foi o trabalho de Le Goff (1992:109 e seg.) que faz importantes recomendações sobre a observância da originalidade, autenticidade e a manutenção dos significados dos documentos numa pesquisa. Foi empreendido um esforço para observar essas recomendações bem como manter uma crítica aos documentos sem alterar os significados dos mesmos durante a transcrição das informações neles contidas.

Também foi dedicada atenção quanto à origem, conteúdo e contexto em que surgiram os documentos para situá-los nos acontecimentos referidos nos mesmos.

Devido à pouca organização dos arquivos em Rio Branco foi necessário realizar buscas de documentos em vários locais, seguindo informações a partir dos serviços de saúde sobre o destino de exemplares de documentos que poderiam estar na guarda de pessoas ligadas aos serviços em tempos anteriores. Muitas pessoas que tinham documentos em seu poder atualmente estão em outras atividades, ou aposentadas. Os documentos obtidos de particulares foram exemplares produzidos pelos serviços públicos e que foram conservados por pessoas fora dos espaços públicos. Informações verbais levantadas em setores da Secretaria Estadual de Saúde e nos serviços de arquivo possibilitaram rastrear documentos em locais não convencionais.

Durante a investigação houve pessoas informando sobre a freqüente perda de documentos, principalmente nas mudanças de governos, quando muitas informações teriam sido perdidas ou destruídas deliberadamente por diferentes motivos, muitas vezes não explicitados. Diversos documentos consultados em arquivos de particulares nesta pesquisa foram exemplares raros ou únicos ainda existentes, significando um resgate de informações que já não estão mais disponíveis em arquivos públicos.

Ao reunir essas informações foi possível situar acontecimentos importantes da saúde pública do Acre. Assim foi possível resgatar documentos como o Regulamento Sanitário do Acre de 1948, que certamente tem apenas um exemplar original conservado. O resgate deste documento somente foi possível devido a um rastreamento após várias informações, principalmente de funcionários antigos dos serviços de saúde. A existência de documentos fora do âmbito dos espaços públicos se deve á iniciativas pessoais de

funcionários, muitas vezes aposentados, que mantêm certos vínculos com pessoas dos serviços e atribuem importância para a conservação de informações. Chegar até os documentos seguindo esse caminho demandou um exercício não convencional de aproximação das pessoas e de busca bastante demorado.

A organização das entrevistas semi-estruturadas seguiu a orientação metodológica de Contandriopoulos et al. (1999), para elaborar roteiros adequados de acordo com os assuntos. Para seguir esta modalidade de entrevistas foi organizado um roteiro com a possibilidade de adaptar questões conforme o desenvolvimento das respostas do entrevistado, bem como aprofundar pontos relevantes que surgiram durante os depoimentos. Para realizar as entrevistas foram estabelecidos contatos prévios com os entrevistados para acordos de agenda e situar o entrevistado com os assuntos que foram tratados. Todas as entrevistas foram de viva voz, gravadas em áudio considerando os atores sociais, sua memória e sua experiência. Os depoimentos assim construídos são um repensar do assunto que é elaborado durante a narrativa (Augras, 1997). Em um segundo momento os depoimentos foram transcritos para posterior análise. Foram entrevistados os Secretários de Saúde do Estado do Acre e do Município de Rio Branco, os ocupantes de cargos no primeiro escalão da Secretaria Estadual de Saúde, titulares da direção em programas de saúde pública da Secretaria Estadual de Saúde.

A observação sistemática de campo desta investigação teve a finalidade de levantar informações sobre o funcionamento dos fóruns colegiados do SUS. Para tanto, foram acompanhadas duas reuniões da Comissão Intergestores Bipartite, duas reuniões do Conselho Estadual de Saúde e duas reuniões do Conselho Municipal de Saúde do município de Rio Branco. A outra finalidade da observação sistemática foi de identificar os

atores participantes desses fóruns e suas possíveis articulações nas diferentes esferas de governo. A referência para essas observações foi o estudo de Becker (1994 : 47 e seg.). Segundo este autor, a observação sistemática possibilita buscar evidências para ampliar as análises da pesquisa. As observações foram feitas seguindo um roteiro previamente estabelecido, porém considerando o andamento geral das reuniões. Foi utilizado um diário de campo para o registro das observações.

Esta pesquisa seguiu as normas éticas vigentes no país. Para tanto o projeto foi submetido ao Comitê de Ética na Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e foram observadas as recomendações de esclarecimento das pessoas escolhidas para as entrevistas, informando-as sobre a pesquisa, sua finalidade e assim haver a concordância livre e esclarecida para a entrevista.

3. 2. AS ETAPAS DE ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

Após a fase de levantamento dos dados e informações foi realizado um trabalho em diferentes etapas: em um primeiro momento foram transcritas as entrevistas, foi feito um ordenamento nos documentos com a sua classificação de acordo com os assuntos afins, períodos e identificadas as fontes. Em uma segunda etapa foram feitas as reduções dessas informações e dados com identificação de categorias, seleção e destaque de assuntos. Os documentos foram submetidos a um trabalho de marcação de temas e reagrupamento de assuntos para a redação de resumos e descrições dos mesmos. Na continuação foi feito o agrupamento de assuntos contidos nas partes dos depoimentos obtidos nas entrevistas. A organização dos assuntos também procurou contemplar a posterior análise com as informações contidas nos documentos, destacando os indicadores e categorias para as análises. Em cada assunto foram procurados elos entre os elementos dos discursos com a finalidade de organizá-los com os seus significados para as análises. Na terceira etapa foi feita a interpretação das informações, dados e indicadores para aprofundar as análises dos discursos a partir das codificações, identificando características e elementos articulados com os seus significados por temas e assuntos. Isto foi feito tanto nos documentos, como nos depoimentos das entrevistas (Quivy, Campenhoudt, 1998).

As análises foram organizadas em torno dos seguintes indicadores, que possibilitaram alcançar os objetivos estabelecidos:

1. Indicadores institucionais – referem-se às estratégias para o fortalecimento do controle social do Conselho Estadual de Saúde, a formação de conselheiros e a implantação de ouvidorias da saúde;

2. Indicadores do desempenho de função – referem-se à função de coordenação da política do gestor estadual do SUS – pactos para a descentralização de serviços para as esferas municipais, pactos para descentralizar programas e ações de saúde, negociações de pactos na CIB para a descentralização e regionalização dos serviços com o estabelecimento de metas para os mesmos;

3. Indicadores financeiros – referem-se aos valores das transferências financeiras intrergovernamentais, receitas fiscais, gastos com saúde e gastos com pessoal.

Os indicadores financeiros das transferências intergovernamentais foram definidos a partir das transferências dos recursos da União para o Estado do Acre e para os municípios, segundo informações do Ministério da Saúde. Foram diferenciados os gastos com a saúde, receitas locais, gastos com pessoal. As transferências resultantes de negociações específicas entre as esferas de governo, envolvendo atores políticos com as mesmas foram tratadas nas atividades dos atores políticos para a busca de verbas para o sistema de saúde. Os indicadores foram trabalhados nas análises do estudo juntamente com as informações qualitativas obtidas de documentos, entrevistas e observações sistemáticas.

O estudo procurou resgatar em distintos momentos da implementação do sistema de saúde, avanços, retrocessos, variações e mudanças nos acordos estabelecidos entre as esferas de governo, tanto para a implementação de serviços, nas transferências financeiras, bem como a sua descentralização. Nesse resgate também se procurou caracterizar o papel da esfera estadual de instância propulsora da implementação do Sistema Único de Saúde, notadamente na descentralização dos serviços.

A fase final do estudo foi organizada reunindo os achados empíricos, dados e informações em análises, correlacionando indicadores e foi elaborado um modelo do estudo

de caso que procurou reconstruir a coordenação da política de saúde no processo da implantação e implementação da mesma no Acre. O modelo também enfocou a condução das relações entre as esferas de governo com as articulações e negociações dos atores políticos locais em torno das mesmas e assim foram alcançados os objetivos projetados no plano inicial.

I I REFERENCIAL TEÓRICO

1. AS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

1. 1. A POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DO PACTO FEDERATIVO COM LEGADOS HISTÓRICOS NO BRASIL

O presente capítulo discute a política de saúde focalizando as relações intergovernamentais estabelecidas entre as três esferas de governo. No pacto federativo brasileiro as subunidades nacionais, ou seja, estados e municípios, têm assegurado na regulação da política de saúde atribuições e competências que serão discutidas neste capítulo, notadamente o papel da esfera estadual de instância propulsora na implementação do Sistema Único de Saúde. O ponto de partida da discussão são as mudanças ocorridas na política de saúde no Brasil, tendo por marco a promulgação da Constituição Federal de 1988, e a criação do Sistema Único de Saúde regulamentado pelas Leis nº 8080, de 19 de setembro de 1990, e nº. 814 de 28 de dezembro de 1990. A discussão em torno das relações intergovernamentais está motivada a partir do problema colocado por este estudo que se interroga sobre como são conduzidas essas relações no âmbito do sistema de saúde do Estado do Acre para que ocorra uma distribuição mais equitativa dos recursos financeiros entre as mesmas.

As mudanças ocorridas no campo da saúde que foram referendadas na Constituição federal de 1988, tiveram sua grande motivação no movimento da reforma sanitária que aconteceu a partir da mobilização de amplos setores da sociedade brasileira. No estudo de

Zioni e Almeida (2008:107), verifica-se que em um primeiro momento antes da reforma sanitária da década de 1980, ocorreram mudanças no âmbito do Estado brasileiro com a criação do Ministério da Previdência Social que passaram a assistência médica do trabalhador para a competência desta Pasta. “Nesse momento acentuou-se a divisão entre as ações de saúde pública como competência do Estado e a assistência médica como responsabilidade do setor privado financiado com recursos públicos particularmente os da Previdência Social”. Embora com isso houvesse a pretensão do governo de reorganizar, racionalizar e centralizar administrativamente a previdência persistiram os problemas no sistema. No cenário do início da reforma sanitária todo o sistema que envolvia saúde e previdência tinha o Estado como grande financiador da saúde através da previdência social. Havia interesses do setor privado nacional prestando serviços de atenção médica. Um setor privado internacional fornecedor de equipamentos e fármacos. Mesmo com a grande dimensão do sistema a população recebia atendimentos precários. “O termo movimento pela reforma sanitária denomina a ação de vários partidos, organizações profissionais e movimentos populares que buscavam elaborar uma política de saúde de caráter universal, com uma concepção ampliada de saúde que se expressasse em termos de direito social, de componente de cidadania” (Id. :108).

Este estudo está ancorado no campo conceitual do Estado Federado delineado na obra de Abrúcio (1998, 2005). Para esse autor, o Estado brasileiro tem um legado oriundo do período imperial que está caracterizado pela unidade territorial e a existência da União antes da criação da federação. A federação no Brasil passou por uma trajetória política dinâmica, com distintas fases em que os entes federados foram influenciados por diferentes atores políticos cujas ações definiram características particulares ao pacto federativo brasileiro. O autor considera a primeira fase do pacto federativo brasileiro de “federalismo

estadualista”, que ocorreu durante a chamada “República Velha”. Foi uma fase em que os governadores controlavam importantes bases eleitorais, negociavam recursos financeiros federais e exerciam forte influência sobre o governo central da República. Por outro lado, havia um desequilíbrio federativo que colocava os Estados de Minas Gerais e São Paulo contra uma União fragilizada, ao mesmo tempo em que havia mais de dez unidades estaduais enfraquecidas nas suas autonomias. A primeira fase do pacto federativo foi alterada durante o “Estado novo” com um “federalismo centralizador”, uma acomodação das elites regionais e um governo central apoiado na burocracia administrativa profissional. A Presidência da República tornou-se um centro político institucional e o modelo de Estado se caracterizava pela acomodação de interesses com características desenvolvimentistas. No período de 1945 até 1964, o autor considera que houve uma dispersão eleitoral, caracterizando uma federação com múltiplos pólos em diversos estados. Foi um período de maior equilíbrio na federação, tanto nas relações entre as esferas de governo como na prática democrática. Essa fase aconteceu no contexto do Estado nacional-desenvolvimentista e havia um projeto de fortalecer os governos subnacionais.

Ao longo do Regime Militar o pacto federativo foi alterado para um modelo “unionista autoritário” com grande centralização política, administrativa e financeira. A redemocratização da década de 1980, marcou um novo momento no federalismo brasileiro. As elites regionais e os governadores foram importantes para a transição democrática. O federalismo, após a década de 1980, destacava-se por desenvolver um amplo processo descentralizador, financeiro e político, ao mesmo tempo em que cria um modelo predatório e não cooperativo de relações intergovernamentais com predomínio do componente “estadualista”. Isso fortaleceu os governadores no processo decisório e os estados foram fortalecidos em sua autonomia. Nas unidades municipais ocorreu um “municipalismo

autárquico”, em que cada unidade é legítima e separada das demais, com baixa capacidade de olhar os problemas comuns. Entre os municípios predominava um jogo de concorrência entre si pelo dinheiro público de outros níveis de governo e a luta predatória por investimentos privados (Id. 2005: 8 e seg.). A mesma obra também trata da coordenação federativa com arranjos institucionais e regulação das políticas para transferir funções entre as esferas do governo.

É nessa compreensão dinâmica de Estado com as relações intergovernamentais entre as esferas de governo e, também, envolvendo distintos atores políticos, que o estudo será organizado para analisar essas relações e sua coordenação política na implantação e implementação da política de saúde no Acre.

O presente estudo considera que a política de saúde é a ação do Estado na proposição e implantação de serviços desse setor específico. A implementação dessa política ocorre com as adaptações e arranjos institucionais próprios da ação do Estado. Os serviços de saúde são considerados instituições em mudança, desempenhando distintas funções sociais. Para Singer (1988), um importante período na formação das relações capitalistas, a reprodução do capital, passou a “necessitar” de serviços de saúde eficazes. Também para a mesma finalidade do capital os serviços de saúde exerceram uma importante função social de garantir a reprodução da capacidade do trabalho. O estudo de Zioni e Almeida 2008, trata da política enfocando um dos seus significados que se refere à disputa pelo poder. “Por poder entende-se a capacidade de, em uma relação social, um indivíduo ou grupo impor sua vontade a outros e, assim, determinar a forma de comportamento dos que se submetem a esse indivíduo/grupo”(Id. :103). Tratando-se das relações entre as esferas de governo com o envolvimento de diferentes atores políticos ocorre a formação de grupos, dos quais muitos fortalecem-se, ocorrendo disputas em torno

do controle de orçamentos e outras tentativas da imposição de vontades. O gerenciamento de um sistema amplo como o da saúde implica em disputas pelo poder.

Para o presente estudo os serviços de saúde integram as políticas sociais, desempenham funções em acordos políticos e sociais, envolvendo distintos atores sociais, interesses diversos, governabilidade e relações entre esferas de governo. A política de saúde a partir da Constituição brasileira e do processo regulatório da mesma impõe relações políticas entre as esferas de governo. Os distintos gestores do sistema de saúde negociam recursos financeiros, tratam da implantação de serviços, compartilham tarefas e estabelecem diferentes acordos para a viabilidade dos serviços em todo o país. As relações entre recursos econômicos, organização e gerenciamento nos remete à economia da saúde que compreende uma racionalidade organizativa para esse setor de bens e serviços. Para Nero (2002:6), “Economia e saúde estão interligadas de várias formas; seu estudo e pesquisa sistemática e a aplicação de instrumentos e questões tanto estratégicas como operacionais do setor saúde deram origem à *economia da saúde*”. Nesse campo de conhecimentos da *economia da saúde* suas concepções, conceitos e definições permitem conhecer e operacionalizar um setor de serviços como o SUS. A economia da saúde também compreende o financiamento, modelos organizacionais, valoração, prestação de serviços, tempos dispensados aos serviços, planejamentos, organização dos financiamentos, eficiência e finalidades dos serviços. Esse mesmo ramo da economia trabalha com quantificações, população, gastos, custos, benefícios, necessidade da população, tecnologia empregada, alocação e distribuição de recursos, organização do financiamento, demanda e oferta de serviços. Fontes de receitas, sustentabilidade, custos, gastos. A utilização e eficiência na alocação de recursos. Permite conhecer e ordenar a funcionalidade, assegurar investimentos nas finalidades de interesse público. Conhecer as repercussões econômicas

dos serviços, análises de custos das atividades. Ordenar serviços para evitar distorções e quais os princípios que regem a organização e o funcionamento do sistema de serviços. Distribuição de recursos, as condições para a distribuição (Silva, 1999).

Nas sociedades industriais há vínculos importantes entre o desenvolvimento econômico e a saúde. Os sistemas de saúde suscitam interesses na economia, na sua função distributiva, do ponto de vista geográfico ou de classes sociais (Nero, 2002).

A política de saúde no Brasil passou por importantes mudanças em 1975, quando no cenário dos países capitalistas avançados iniciava-se uma onda econômica de cunho neoliberal que tinha em suas concepções fundamentais a rígida contenção de gastos pelo Estado. Essa contenção tinha como alvo a redução das políticas sociais. Com maior ou menor grau de influências externas, o Brasil iniciou importantes mudanças na política de saúde nesse período. Um marco foi escolher novas formas de organização e de funcionamento do sistema de saúde (Elias 1999: 60). Embora no Brasil houvesse o debate em torno da contenção de gastos do Estado houve uma ampliação de serviços, notadamente na formação de uma rede de serviços de saúde. Mesmo em regiões do interior do país foram implementados serviços. No final da década de 1970, a Secretaria de Saúde do Acre iniciou a implementação de uma rede de centros de saúde em Rio Branco e unidades desse tipo em cidades do interior do estado. No início da década de 1980, a política recessiva do governo federal e o déficit operacional na previdência social colocaram em xeque a expansão das políticas sociais. Com o imperativo de recomposição da base política do governo autoritário houve uma ampliação da cobertura de alguns beneficiários sociais. Por iniciativa do próprio Ministério da Saúde a VII Conferência desse setor, realizada em 1980, discutiu os programas de extensão de cobertura, de ações básicas de saúde e ampliou o debate sobre a descentralização (Noronha e Levcovitz, 1994: 80).

A conjuntura econômica, os ajustes das políticas sociais e a intensa mobilização social influenciaram de modo significativo a elaboração da Constituição de 1988, que estabeleceu o Sistema Único de Saúde. A agenda da redemocratização ampliou as responsabilidades da gestão local. Uma redefinição nas receitas públicas pareceu favorável aos interesses locais e regionais. O processo constituinte superou o anterior centralismo do Estado brasileiro e propôs um sistema de saúde com a característica da descentralização dos serviços, explicitando competências para as três esferas de governo. As instâncias federadas que receberam competências específicas na política de saúde não têm uma história que demonstre uma experiência de agirem em conjunto, ou terem um bom desempenho no gerenciamento de ações de governo. O novo pacto federativo, expresso na constituição de 1988, inaugurou uma nova fase nas competências das esferas de governo. Na experiência brasileira, a união, os estados federados e os municípios passaram por distintos momentos ao longo do tempo nos quais havia fortes desnivelamentos das atribuições entre os mesmos.

O estudo de Dallari (1996), discute aspectos históricos da formação da federação brasileira. O autor aponta para a importância, por um tempo significativo, das instâncias municipais como fóruns para tratar dos assuntos locais. Durante o período do Brasil colônia muitos assuntos de interesse público, com exceção de ordens da metrópole, eram tratados no âmbito local. Com o Estado monárquico houve maior centralização do poder e cresceu a importância das províncias em detrimento das municipalidades para tratar das questões locais. No estudo de Schwatzman (1988), o centralismo no final da monarquia brasileira acontecia sob um poder incapaz de incorporar as lideranças regionais, o que contribuiu para as crises de governo nesse período. Com a instauração da república e a adoção do pacto federativo houve um período no qual as suas lideranças aderiram majoritariamente ao Partido Republicano. Contudo, o movimento republicano que estava na origem desse

partido era escasso em inovações políticas, a não ser em substituir o imperador por um presidente e como novidade na época foi sugerir o aumento da autonomia dos estados (Id.:109). Esse foi o partido mais influente na primeira fase da república. Na primeira fase da república, até 1930 havia articulações entre lideranças regionais que permitia maiores ações políticas nos estados, porém, isso não significavam unificação de interesses. Algumas características regionais como as tendências autonomistas do Rio Grande do Sul e o fortalecimento produtivo de São Paulo indicavam para a descentralização das políticas, contudo esse cenário não teve continuidade. O “Estado novo” liderado por Getúlio Vargas implicou em uma centralidade do poder com perdas para as instâncias federadas (Id.:116 e seg.). A Constituição de 1946, retorna a descentralização definindo o papel dos municípios no pacto federativo, porém nas mudanças de poder que aconteceram em 1964, a centralidade voltou a prevalecer, retornando uma situação em que as questões locais passavam para o âmbito central. As mudanças implementadas a partir da Constituição de 1988 estabelecendo competências, atribuições e autonomia para cada uma das instâncias da federação encontram uma realidade institucional marcada pelo centralismo do Estado brasileiro. As mudanças constitucionais de 1988, abriram o caminho para o fortalecimento da administração municipal e a descentralização política. O governo municipal assumiu um papel relevante no diálogo entre as forças populares e os governantes (Mizuno, 2002).

A centralização política é caracterizada quando a capacidade de poderes das esferas locais ou órgãos periféricos é reduzido e a descentralização se caracteriza quando os órgãos centrais do Estado possuem de poder necessário às suas atividades coordenadoras. “A descentralização parece constituir-se no meio jurídico apropriado para a afirmação de vários centros de poder, mas para dar consistência efetiva ao pluralismo ela depende da efetividade deste” (Baeta, 1989: 100). A Constituição de 1988, estabeleceu e formalizou o

ordenamento do Estado federal que existe pela união de estados membros ou unidades federadas constitutivas de um sistema federativo e o processo regulatório do SUS institucionalizou a descentralização da política de saúde em instância dos entes federados. Para Bonavides (2000), a concepção de Estado federado decorre da condição autônoma dos estados membros com a adesão às disposições constitucionais do Estado federal. No caso brasileiro, os entes federados incluem as esferas municipais integrando o pacto federativo.

A política de saúde, por intermédio do seu processo regulatório, incentiva o fortalecimento da administração municipal, atribuindo competências ao município na implementação do sistema de saúde e também regula as competências das esferas estadual e federal. O Sistema Único de Saúde manteve as instituições prestadoras de serviços em cada esfera de governo. As três esferas de governo passaram a ter atribuições comuns como implantar a política de saúde, planejar, executar, avaliar e têm competências diferenciadas na execução de acordo com a complexidade da rede hierarquizada e descentralizada, cabendo às esferas municipais a atenção básica de saúde. Para efeitos desse estudo é importante destacar as competências da Secretaria Estadual de Saúde que nos seus pontos principais são as seguintes: promover a descentralização dos serviços e ações de saúde para os municípios; acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do sistema; prestar apoio técnico e financeiro aos municípios; prestar apoio técnico e de forma suplementar, prestar serviços; formular normas e estabelecer padrões em controle de qualidade (Brasil. Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990; Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 2006).

A competência da esfera estadual de promover a descentralização dos serviços teve sua regulação efetiva somente com a Portaria MS nº. 545 de 29 de maio de 1993, ou seja, a NOB, SUS 01/93. Essa norma compreende a descentralização como “um processo que implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações

entre as três esferas de governo, reorganização institucional (...). A responsabilidade pelo financiamento das ações tem que ser compartilhada pelas três esferas de governo, assegurando regularmente o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde” (Brasil. Portaria MS nº. 545- 29/05/1993). Com as mudanças ocorridas no SUS durante o ano de 2006, as regras de descentralização e a regulação da política de saúde tem a partir de então um novo conjunto de portarias ministeriais como a de nº. 399 de 22 de fevereiro de 2006, e de nº 648 de 28 de março de 2006, que estabelecem novas regras para o sistema. Para o financiamento os principais princípios gerais são: responsabilidade das três esferas de gestão; redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais; o financiamento do custeio com recursos federais será constituído, organizado e transferido em blocos de recursos. Os blocos de financiamento para custeio: a. Atenção Básica; b. Atenção da Média e Alta Complexidade; c. Vigilância em Saúde; d. Assistência Farmacêutica; e. Gestão do SUS (Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais, 2006:34-25).

Essa organização do sistema de saúde ocorre em um contexto de Estado descentralizado, porém a implementação da política ocorre em contextos regionais e locais não homogêneos. Para Souza (2003), apesar da descentralização financeira, estados e municípios continuam pressionando por mais ações financiadas por tributos federais. A autora trata desse assunto destacando que há argumentos de que a federação brasileira tenha funcionado para a equalização das desigualdades regionais. Por outro lado, essa federação é caracterizada pelo domínio de alguns poucos estados e por um sistema complexo de dependência política e financeira entre diferentes esferas de governo, que tem sido marcadas por fortes desigualdades regionais e por escassos mecanismos de equalização fiscal.

No cenário de desigualdades entre regiões e esferas de governo o presente estudo analisa as especificidades do Acre onde a política de saúde passou por uma implementação marcada pela disparidade de recursos fiscais gerados na esfera local.

O pacto federativo estabelecido na Constituição de 1988, aumentou a importância da interlocução dos prefeitos junto à esfera federal. Bezerra (1999), discute essa interlocução em que os parlamentares também exercem seu papel na obtenção de verbas federais. O acesso aos ministérios representa um indicativo de prestígio para os prefeitos. O prestígio do político aumenta quando a sua ação estiver vinculada ao fato da obtenção de verbas. Ainda segundo o autor, a intermediação de recursos junto aos ministérios ocorre por meio de instrumentos administrativos, porém a presença pessoal dos parlamentares junto aos setores ministeriais e telefonemas são fundamentais para exercer pressão e obter resultados com as verbas. A Constituição de 1988, incentiva a intermediação para a obtenção de recursos federais, na medida em que os mesmos são para investimentos e outras aplicações e dependem de negociações, bem como de emendas parlamentares. Os recursos para o sistema de saúde estão entre estas intermediações com o envolvimento freqüente de parlamentares. No decorrer do trabalho serão apresentadas as articulações e intermediações de políticos do Acre para a negociação de verbas federais. Serão apresentados dados sobre a escassez de recursos locais e o empenho de atores políticos para obter recursos com a finalidade de implementar serviços de saúde.

Para compreender o disposto constitucional que caracteriza o pacto federativo torna-se necessário destacar em que consiste o mesmo. Para Viana et. al. 2002, o fundamental é que se compreenda a dinâmica da intervenção política e não a mera descrição de modelos que pretendem explicar a mesma. Para esses autores o federalismo se caracteriza por relações entre governo central com as unidades periféricas, o que implica em

descentralização com um certo grau de autonomia das unidades. Mesmo com a autonomia entre as unidades a interdependência está concretizada nos repasses de recursos financeiros e as conseqüentes negociações em torno dos mesmos. No decorrer deste estudo a característica da autonomia das unidades federadas será retomada para discutir as particularidades do Acre onde tanto o estado como os municípios tiveram pouca experiência de autonomia que respaldasse a implementação da política de saúde nos âmbitos locais. O processo de descentralização dos serviços de saúde e as negociações entre as esferas de governo serão analisados com o intuito de compreender como a esfera estadual exerce o seu papel de coordenação no processo da implementação da política de saúde, como essa instância de governo desempenha o papel de impulsionar os municípios na aplicação da mesma política. Ao estabelecer a regulação para a descentralização do SUS as Normas Operacionais definem as condições para o município assumir a gestão dos serviços. Essas condições devem estar presentes na capacidade organizativa e gerencial do município em responder as exigências do sistema de saúde. Para Bossert (1999), a descentralização dos serviços acompanha a possibilidade de escolha para as unidades federadas, a distribuição de autoridade acompanhada de responsabilidade e a autonomia em relação à estrutura central. A descentralização evita as relações verticais entre dirigentes e representantes nos diferentes níveis administrativos. O autor considera fundamental a regulação dos repasses intergovernamentais para evitar distorções nas dotações financeiras. As dotações financeiras podem ter objetivos eqüitativos. A redistribuição do poder está condicionada pela capacidade de responder ao processo regulatório da política de saúde, incluindo o financiamento dos serviços que mantêm um fluxo de recursos a partir da esfera federal de governo. Assim como a descentralização dos serviços para os municípios está condicionada à sua capacidade em atender as exigências regulatórias, a esfera estadual está

sujeita à regulação da política necessitando apresentar condições de cumprir as exigências estabelecidas para a sua esfera. O papel da esfera estadual de promover a descentralização, num processo negociado na Comissão Intergestores, possibilita relações intergovernamentais com bases institucionais. Estas bases institucionais significam definições de competências e atribuições na gestão das políticas, nos moldes do Estado federativo. A transferência de atribuições entre níveis de governo supõe a adesão de cada esfera de governo para a qual a função é transferida. A recuperação das bases federativas do Estado brasileiro tem impacto nas políticas sociais pelo fato de estados e municípios assumirem a gestão de políticas sob a prerrogativa da adesão (Arretche, 2000: 47). A regulação da política de saúde possibilita aos entes federados a opção da adesão ou não na sua implementação.

1. 2. DOS AJUSTES INSTITUCIONAIS DO REGIME MILITAR À POLÍTICA DE SAÚDE NAS INFLEXÕES DAS POLÍTICAS SOCIAIS DA DÉCADA DE 1990

Os diferentes ajustes na política de saúde no Brasil têm origens e motivos em conjunturas econômicas, planos de governo e mudanças diversas. Muitos ajustes tiveram magnitude institucional para além de um setor específico. A crise do regime autoritário nas décadas de 1960 e 1970, foi sucedida por redefinições institucionais na provisão de serviços de saúde caracterizados pela descentralização. Para Costa (2001), o regime autoritário apresentava significativos pontos críticos no seu desenho institucional: centralização decisória no nível federal mediante a desapropriação da ação social dos municípios; bloqueios da participação social e política no processo decisório; fragmentação institucional que impossibilitava uma política social integrada; fechamento dos canais de acesso da população aos bens e serviços.

O fim do período conhecido por milagre brasileiro criou uma crise no modelo de política de saúde. Houve um decréscimo nos recursos destinados ao setor e ocorreram protestos e insatisfações populares com a queda no padrão dos serviços. O sistema de saúde nesse período caracterizava-se por alocar recursos financeiros para unidades assistenciais públicas e privadas complementares; a concepção de serviços hierarquizados incluía unidades públicas e privadas; a alocação de recursos financeiros passou a ser subordinada exclusivamente em critérios de produção de serviços pelas unidades assistenciais isoladas. A lógica do regime impôs a quase completa destruição da autonomia das unidades federadas, induzindo o fenômeno da “desmunicipalização” dos serviços públicos (Noronha e Levcovitz, 1994:75 e seg.).

No contexto de crises nos serviços de saúde durante o regime militar ocorreu a adoção de algumas iniciativas opostas ao modelo hegemônico, entre as quais, a criação em 1976 do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento incorporando orientações da atenção primária oriundas da Organização Mundial da Saúde. Em 1980, o Ministério da Saúde convocou e organizou a VII Conferência Nacional de Saúde, que mesmo sem participação popular discutiu assuntos como a extensão de cobertura de ações básicas de saúde (Id.:79-80).

As mudanças propostas pela reforma sanitária e formaram a política de saúde com o SUS tiveram limitações na sua implantação no período de reformas e ajustes das políticas sociais da década de 1990. De acordo com Noronha e Soares (2001: 466-467), nessa década houve uma inflexão no projeto de proteção social do Brasil em um contexto de profundas mudanças econômicas, sociais e institucionais, determinadas pelas chamadas “reformas estruturais” conduzidas por políticas de ajuste. Segundo esses autores nessa crise houve uma quebra na possibilidade de uma saúde para todos, o SUS não chegou a se consolidar na década de 1990 e o mesmo encontrava-se sub financiado pelo poder público destinado à algumas parcelas da população com baixa vocalização política.

Para Souza (2002), a descentralização tributária é componente das medidas descentralizadoras introduzidas pela Constituição de 1988. Os repasses de receitas entre os entes federados vêm aumentando ao longo tempo no Brasil. Para a autora a descentralização no Brasil apresentou três momentos distintos: - a houve uma reação à centralização do regime anterior. - b em um segundo momento a descentralização foi uma decisão crucial para um entendimento sobre as diferenças das regiões do país, estados e municípios. c - o terceiro momento foi do funcionamento da sociedade heterogênea, através

da descentralização. Isso ocorreu com a ausência de um consenso social sobre o que seria alcançado e havia altos níveis de desequilíbrio inter e intra-regionais.

A implantação da política de saúde durante a década de 1990, sofreu as influências da política econômica que impunha restrições e cortes. Houve mudanças em todas as políticas sociais com reduções e redefinições no papel do Estado. Draibe e Henrique (1998), discutem a relação entre as estratégias da política econômica ortodoxa com as políticas sociais, em que os custos das políticas sociais e o déficit público são considerados como limitadores na implementação dessas políticas. Para a política econômica ortodoxa as políticas sociais não têm um papel a cumprir na superação de crises e são meros apêndices da política econômica. Os ajustes das políticas atingiram o sistema de saúde com reduções na sua implementação e um debate em torno da focalização de ações nesse setor. Noronha e Soares (2001: 446), afirmam que houve uma inflexão no projeto de proteção social no Brasil durante a década de 1990. As políticas de ajustes, com suas reformas estruturais, aplicadas nesse período, provocaram profundas mudanças econômicas, sociais e institucionais. Segundo os autores as reformas foram perpetradas sob o argumento de que a Constituição de 1988, seria o principal empecilho ao processo de “modernização” e “abertura” do país. As políticas sociais, incluindo a de saúde, perderam sua dimensão integradora, tanto no âmbito nacional como no âmbito regional e estadual, caindo em um vazio focalista no qual o enfoque “local” é privilegiado como o único espaço capaz de dar respostas supostamente mais “eficientes” e de acordo às necessidades da população. (Id., : 446)

As mudanças ocorridas de modo geral no país não tiveram iguais impactos na política de saúde do Acre, considerando as suas singularidades. Neste estado aconteceram

acordos importantes com a esfera federal de governo para descentralizar serviços, conforme será detalhado na continuação deste trabalho. Aconteceram crises nos serviços de saúde do estado durante a década de 1990, porém com contornos gerenciais nos quais não se evidenciam tratamentos adequados às especificidades locais. A situação institucional em vigor nos serviços de saúde parece desvinculada das crises.

Draibe e Henrique (1998), consideram que o Estado no Brasil durante a década de 1990, abandonou o seu papel ativo e determinante sobre a melhoria nas condições de vida da população. Os autores apontam aspectos da reforma do Estado no Brasil, tais como: o esvaziamento do termo reforma, ao qual foi emprestado um caráter “mágico e infalível”; a necessidade de uma melhor definição sobre qual é o Estado objeto da reforma e que aspectos precisavam ser reformados; o diagnóstico sobre o qual se baseou a reforma e quais as suas respostas de soluções aos problemas existentes; não houve uma reforma “neutra”, “adequada e boa” para todo o país. O movimento básico na década de 1990, para corrigir supostas “distorções” ou “desvios” do Estado teria sido de privatizar atividades que seriam controladas pelo mercado. Nas mudanças promovidas o assim considerado “setor público não estatal” não teve uma definição clara quanto à sua constituição e regras. Nas estratégias da reforma do Estado, o movimento em direção ao “setor público não estatal” pretendia responsabilizar o mesmo pela execução dos serviços que não envolvessem o exercício do poder de Estado. (Id., : 447)

As influências na política de saúde durante a década de 1990, decorrentes do contexto da globalização da economia têm diferentes origens. Entre as origens das influências estão organizações multilaterais envolvidas com a globalização da economia, como o Banco Mundial. Um importante documento como o relatório do Banco Mundial sobre o desenvolvimento mundial, editado em 1997, tornava explícitas as orientações dessa

organização para as mudanças no Estado e nas políticas. Segundo essas orientações o Estado é essencial para o desenvolvimento econômico e social, porém não como promotor direto de crescimento econômico, mas como parceiro facilitador (Banco Mundial, 1997:20 e seg.). É considerada importante a remodelação do Estado, em cujo processo as políticas sociais têm um papel na implantação dos alicerces econômicos e sociais. Os impostos e as normas para as políticas econômicas devem corresponder cada vez mais aos parâmetros da economia globalizada. O Estado necessita ser ajustado nas suas funções para a focalização da prestação de serviços básicos no sentido de proporcionar infra-estrutura, regulamentar a economia, desenvolver tarefas fundamentais para o desenvolvimento e reduzir a pobreza. Na focalização das políticas sociais o Banco Mundial recomenda levar em conta os grupos marginalizados e dar voz aos pobres. As funções do Estado devem estar ajustadas à sua capacidade de gastos assim como deve haver um revigoramento das instituições públicas. São consideradas necessárias as informações ao planejamento, transparência e debate público, bem como manter o público informado em torno das políticas a fim de manter o crédito e a confiança popular no Estado (Id.:116 e seg.). Na função pública a concorrência é considerada essencial na formulação das políticas para prestar serviços ou administrar contratos. O mercado também pode prover serviços privados na área social. Na previdência social é recomendada a utilização de mercados privados competitivos e na melhoria do ensino primário é recomendado o incentivo à participação de organizações não governamentais e da comunidade. Para alcançar um setor público eficiente o Banco Mundial considera fundamental ter três elementos essenciais: forte capacidade centralizada de formulação e coordenação de políticas; sistemas eficientes e efetivos de prestação de serviços; pessoal motivado e capacitado (Id., Ibid.).

O conteúdo do documento do Banco Mundial não é meramente semelhante às mudanças ocorridas na política de saúde durante a década de 1990. Questões importantes como a descentralização dos serviços, mantendo um forte papel controlador da esfera federal de governo e a ênfase na atenção básica que estão presentes nas normas operacionais do SUS guardam muita semelhança com as orientações desse banco. No contexto das mudanças que acompanha a globalização da economia a divulgação de orientações políticas dos organismos multilaterais não tem apenas um papel de propaganda. Outras mudanças promovidas nas políticas como a descentralização nos serviços de saúde, com ênfase em envolver atores locais também são muito semelhantes às orientações do Banco Mundial. Ao mesmo tempo em que a política de saúde teve um direcionamento propondo um reforço da gestão municipal, a esfera federal mantém importantes atribuições de direção, controle e centralidade financeira. A ênfase na atenção básica com a maior responsabilização do nível local, tal como expresso na Norma Operacional Assistência à Saúde -SUS 2002 e que se repetiu no conjunto do “Pacto Pela Vida” em 2006 responde às adaptações orçamentárias para cenários de escassez de recursos com a focalização das ações.

As influências, mudanças e adaptações das políticas no contexto de globalização da economia têm razões profundas nas mudanças da natureza do Estado que tem na sua soberania um elemento constitutivo. As mudanças têm influência sobre a soberania do Estado. Santos (1999), destaca que na conjuntura da globalização da economia a soberania do Estado não é um valor absoluto e sim um título negociável. Com a ação das forças da economia globalizada há uma erosão da soberania do Estado e uma perda da sua eficácia. O Estado é confrontado com forças subestatais influenciando sua eficácia. Entre essas forças estariam os interesses de capitais globalizados que causam “A desregulação dos mercados

financeiros e a revolução das comunicações reduziriam a muito pouco o privilégio que até há pouco o Estado detinha sobre dois aspectos da vida nacional – a moeda e a comunicação considerados atributos da soberania nacional e vistos como peças estratégicas da segurança nacional” (Id.: 290-291). Nesse contexto ocorrem mudanças profundas em que os pequenos ajustes locais são conseqüências periféricas dos interesses da economia globalizada.

Embora existam as mudanças globais com múltiplas influências a complexidade das políticas apresenta aspectos particulares, que ao serem examinados, apresentam diversidades pouco previsíveis. Pieterse (1998), discute alternativas de desenvolvimento e destaca que os paradigmas da política não devem limitar a compreensão das particularidades. As análises tradicionais com nivelamentos e padrões são pouco adequadas para as mudanças da globalização. A diversidade e a imprevisibilidade marcam as mudanças da globalização para a qual muitos termos de análises são inadequados. Para o presente estudo as idéias desse autor têm importância na medida em que são um indicativo para trabalhar análises que possibilitem conhecer as peculiaridades do sistema de saúde do Acre, em focar as relações intragovernamentais na política de saúde que ocorrem nesse estado.

Há uma ampla diversidade interpretativa nos diferentes enfoques teóricos das políticas sociais. No contexto da globalização da economia as discussões em torno dos sistemas de proteção social têm atribuído importância às políticas sociais na manutenção da ordem social. A função das políticas é atender a diferentes interessados. O estudo de Delcourt (1992), analisa as políticas sociais nos contextos dos sistemas de proteção social e da política econômica, em cujos assuntos diferentes atores exercem influências. Segundo

esse estudo as políticas sociais são vitais para a ordem social e contribuem para a legitimidade do sistema social. Há um imperativo de legitimidade no sistema social em decorrência do efeito corrosivo da concorrência econômica para a sociedade.

Na discussão sobre os chamados efeitos perversos das políticas sociais no contexto do Estado Protetor vigente em alguns países europeus em um período considerável após a segunda Guerra Mundial, o autor coloca o problema do desequilíbrio duradouro dos orçamentos do Estado com o seu endividamento e dissolução das suas reservas. Diante desse problema, o aumento dos recolhimentos fiscais na proporção dos gastos não resolveria o problema do desequilíbrio fiscal e também encontraria resistência entre os trabalhadores, bem como entre os empregadores. Um aumento nos recolhimentos também teria conseqüências sobre a eficácia do sistema econômico. Sobre este problema o autor lembra que é importante ter presente que: “Na democracia o acerto entre forças políticas e econômicas não é possível se não é acompanhada de uma outra forma de acerto social” (Id. :24). O mesmo estudo ainda coloca que na democracia o Estado favorece o desenvolvimento econômico e a acumulação do capital. As compensações sobre os trabalhadores e as suas famílias são parte do desenvolvimento econômico. A discussão aponta para as políticas sociais na sua função de legitimação da ordem social e na necessidade de se ter em conta os riscos do desenvolvimento econômico na atual conjuntura da globalização, em que as políticas focais e reducionistas são uma ameaça ao equilíbrio social. Considerando o período do Estado protetor e na continuidade da economia globalizada perdura a importância das políticas sociais nas suas funções de estabelecer acordos sociais, envolvendo as instituições do Estado.

1. 3. AS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS E NEGOCIAÇÕES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A questão importante analisada neste estudo é como a Secretaria Estadual de Saúde do Acre coordena as relações intergovernamentais e se há restrições no seu papel dessa Secretaria de instância propulsora da implementação da política de saúde no estado. O estudo visa evidenciar assimetrias entre as esferas de governo em um contexto de disputas por recursos financeiros e as limitações da esfera estadual do Acre em manter a sustentabilidade do sistema de saúde. As análises visam a verificação da hipótese levantada, o que implica em estudar a baixa capacidade do Estado do Acre em cumprir a sua parte no custeio do sistema de saúde, bem como manter a sustentabilidade do mesmo. Nas transferências financeiras, de bens e serviços o estudo analisa a dependência da esfera estadual de governo do Estado do Acre em relação à esfera federal. Outro aspecto importante do estudo é a freqüente negociação e intermediações políticas para a obtenção de recursos para o SUS do estado. A pequena capacidade do Estado do Acre em gerar recursos financeiros próprios agrava uma longa dependência em relação à esfera federal. A essa dependência se soma a particularidade histórica do Acre de ter passado um longo período na condição de Território Federal e ter uma pequena experiência com governos eleitos.

O presente estudo analisa somente os serviços públicos devido ao baixo significado do setor privado de serviços de saúde no Acre. Das 290 unidades de saúde do Acre cadastradas no Sistema Nacional de Estabelecimentos 98% pertencem à rede pública (Secretaria de Estado da Saúde do Acre. Relatório de gestão, 2004). O foco de análise está centrado na função de coordenação da política de saúde da Secretaria Estadual de Saúde,

nas fontes de financiamento do SUS e as transferências entre as esferas de governo, além das negociações e relações entre as esferas de governo, bem como a descentralização dos serviços. O comprometimento de cada esfera de governo na alocação de recursos financeiros, previsto na Emenda Constitucional nº. 29, de 13 de setembro de 2000, é discutido em vista da capacidade local de arrecadação.

As relações intergovernamentais estabelecidas na regulamentação do SUS no qual as três esferas de governo têm sua autonomia e também estão estabelecidas as negociações entre essas esferas não podem ser confundidas como repartição do Estado. As três esferas de governo são do executivo no exercício das suas funções. As três esferas de governo representam, cada uma, o poder do Estado e isto ainda com a atuação de diferentes atores sociais na implementação de uma política. Para Temer (2003), o poder do Estado brasileiro, ratificado na Constituição de 1988, é uno e esta unicidade é ainda considerada na junção de legislativo, executivo e judiciário. A distinção no exercício do poder está nas funções desempenhadas em cada órgão instituído. Com isso cada esfera de governo desempenha distintas funções, atribuições e competências do Estado exercendo o seu papel numa hierarquia. As negociações entre as esferas de governo no âmbito do sistema de saúde estão, em grande parte, regulamentadas nas Normas Operacionais Básicas, que gradativamente tiveram a função de ordenar o sistema de saúde. A Norma Operacional de 1996, tinha como finalidade consolidar nos municípios a função de gerenciamento da atenção à saúde e diante da complexidade dos sistemas municipais a esfera estadual recebeu a responsabilidade de mediar a relação entre os sistemas municipais. No âmbito da esfera federal foi mais bem definida a mediação das relações entre os sistemas estaduais. As Comissões Intergestores, já instituídas por uma norma anterior, passam a ter um papel mais efetivo nas negociações entre as esferas de governo a partir de 1996. A Comissão

Intergestores Tripartite compreende a federação nos três níveis de governo. Nesta instância o Ministério da Saúde exerce o papel de gerenciamento, notadamente, dos repasses financeiros e regulatório. As negociações estão delimitadas pelas atribuições gerenciais, das dotações financeiras, tudo estabelecido no processo regulatório da política de saúde. As Comissões Intergestores Bipartite exercem seu papel na descentralização dos serviços, tem a função de estabelecer acordos sobre o processo de planejamento e programação em saúde bem como integrar as esferas de governo. A principal função dessas Comissões é de fóruns de negociações de planos, programação em saúde e pleitos dos gestores, não podem ultrapassar os limites das disponibilidades orçamentárias. O mesmo acontece com os tetos financeiros que dependem de dotações orçamentárias. Os objetos das negociações são: os recursos financeiros incorporados aos orçamentos da saúde, a programação das ações, relatórios de gestão, pleitos de descentralização e as relações entre as esferas de governo.

Para a efetivação da descentralização com suas articulações e negociações foram instituídas as Comissões Intergestores. A organização do SUS e a sua implantação apresentam características coerentes com um cenário federalista que compreende as relações entre as esferas de governo. Nesse sistema há possibilidades da flexibilidade institucional com estruturas que podem dedicar-se para essas relações. O SUS apresenta centros de decisão com características autônomas em cada esfera. Há também uma interdependência que está regulada tanto entre os seus gestores em cada esfera de governo, bem como nas instâncias colegiadas com competências estabelecidas na regulação do sistema. Nessa organização é fundamental a coordenação política nas relações intergovernamentais. Este estudo mostra como ocorre essa coordenação no Acre e como a secretaria Estadual está equipada nas suas estruturas para exercer seu papel de coordenação política no sistema de saúde. Com isso se buscou a especificidade da política de saúde no

Acre para compreender como ocorre a aplicação do processo regulatório da mesma e identificou-se como é tratado o fortalecimento da administração municipal, atribuindo à mesmas competências na implementação do sistema de saúde.

As negociações nas Comissões Intergestores são reguladas pelas sucessivas normas operacionais (algumas já revogadas e substituídas), pelas regras de financiamento do sistema de saúde e pelo regimento interno de cada Comissão. As propostas dos negociadores devem estar dentro dos limites dos recursos na sua origem. Para haver um processo de negociação é fundamental se chegar a uma flexibilidade dos negociadores e é necessária a habilidade dos mesmos em conduzir o processo para alcançar resultados satisfatórios. Para um processo de negociação chegar ao melhor acordo é fundamental que o mesmo ocorra racionalmente. O planejamento, a ética e a legalidade da negociação são fundamentais para não prevalecer a força entre os envolvidos na mesma e evitar conflitos destrutivos (Martineli e Almeida, 1998). Nas Comissões Intergestores nem todos os gestores municipais estão presentes nas sessões de funcionamento. Os Regimentos Internos estabelecem regras na representação de um determinado número de municípios. No funcionamento da representação muitos projetos, programações e pleitos serão negociados sem a presença do gestor diretamente interessado, com isso o gestor estadual tem maior intermediação. O mesmo ocorre com a Comissão Tripartite onde o Ministério da Saúde tem o papel de articulador, cabendo ao mesmo liderar as negociações entre representantes das demais esferas de governo.

O papel de negociador atribuído ao gestor estadual foi estabelecido por uma série de Portarias Ministeriais, reforçado pela Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002, porém em 2006 houve uma ratificação no denominado “Pacto Pela Saúde”. Prevalece a regra de que cabe ao gestor estadual mediar e coordenar as negociações da

Programação Pactuada e Integrada que contempla a dinâmica de funcionamento do sistema, além da descentralização dos serviços. As negociações regulamentadas são contingenciadas pela alocação de recursos federais e sujeitas a reprogramação com revisão coordenada pelo gestor estadual. A Emenda Constitucional nº. 29 de 13 setembro de 2000, define os recursos mínimos a serem aplicados na saúde em cada esfera de governo. São definidas as fontes de recursos, responsabilidades de cada esfera de governo e o controle, tanto de gastos como das transferências federais, contudo essa Emenda Constitucional ainda carece de regulamentação.

Qualquer decisão tomada em um fórum de negociação deve ser implementada em uma ação do executivo, no caso do setor da saúde, pelo gestor do sistema que implementa a administração pública. As decisões do setor público, do ponto de vista administrativo, têm sua importância nas ações de governo, seguindo sua regulamentação relacionada à organização de governo, envolvendo a administração e a política. Para Pereira e Fonseca (1997:163), que estudam o processo decisório administrativo do setor público, enfocando as decisões governamentais consideram que “o processo decisório precisa ser amplamente discutido, negociado e aceito para diminuir possíveis riscos de perda de legitimidade por parte do governo”. Contudo o processo administrativo imprime suas influências na implantação da política e, no caso da política de saúde, a capacidade de negociação entre as esferas de governo é um componente fundamental para compreender a capacidade de cada ator envolvido em influenciar as decisões. A capacidade de cada gestor, estadual e municipal, em gerenciar e negociar vai fazer a diferença em implementar a política de saúde.

A negociação na implantação do SUS é um importante aspecto do sistema firmado na regulamentação da política de saúde. Foram regulamentados fóruns específicos para a

negociação através de portarias como a MS nº. 545, de 20 de Maio de 1993, no seu anexo único: a Norma Operacional Básica 93 regulamentada por esta portaria. Esses fóruns são as Comissões Intergestores que têm por finalidade negociar decisões sobre todos os aspectos operacionais de descentralização do SUS. Segundo essa norma, a descentralização deveria ser entendida como um processo que implicaria na redistribuição do poder, redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo. O gerenciamento do processo de descentralização está assinalado como eixo da prática do planejamento integrado em cada esfera de governo e, como fóruns de negociações e deliberações, as Comissões Intergestores (Ministério da Saúde. Portaria MS nº. 545, 1993). No âmbito nacional a Comissão Intergestores Tripartite, reúne a representação do Ministério da Saúde, a representação dos Gestores Estaduais de Saúde e a representação dos Gestores Municipais. No âmbito estadual a Comissão Intergestores Bipartite, reúne dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde, representantes dos Secretários Municipais e o Secretário de Saúde do município da capital do Estado.

Sendo as Comissões Intergestores fóruns de negociação, torna-se oportuno buscar elementos para situar o processo de negociação. Este processo supõe o estabelecimento de acordos, no caso de uma Comissão Bipartite, entre os gestores do sistema de saúde nas diferentes esferas de governo. Bazerman e Neale (1995:17), estudam o processo de negociação ressaltando a importância do mesmo ser conduzido racionalmente. Negociar racionalmente significa tomar as melhores decisões para maximizar os interesses envolvidos, sem a preocupação de sempre “receber o sim”. Negociar racionalmente significaria saber como chegar ao melhor acordo e não ficar satisfeito com um acordo qualquer. Nas negociações também é fundamental estabelecer objetivos mediante informações complementares sobre as mesmas. Esses objetivos servem de âncora durante o

processo. Considerando as negociações em um processo, é necessário estruturar as mesmas, apresentando a sua situação e opções disponíveis. Essa estruturação também deveria ser em torno de pontos de referência que poderiam ser referenciados por uma âncora visível. A negociação no SUS implica em relações entre as esferas de governo e implica em complementar a regulamentação da política de saúde na sua implementação, gerenciamento e consolidação do sistema. Nos documentos reguladores da negociação há finalidades a serem alcançadas no processo e para tanto a esfera estadual tem um papel coordenador a cumprir. Na realidade das negociações do SUS no Acre a dificuldades na representação dos gestores municipais na Comissão Intergestores. Conforme será apresentado no decorrer do trabalho, há problemas cruciais na representação por regiões dos municípios no fórum de negociação, no qual a ausência de gestores que são autores de pleitos descaracteriza o processo de negociação e o papel coordenador da esfera estadual tem limitações.

1. 4. PARTICIPAÇÃO, CIDADANIA E CONTROLE SOCIAL NO SUS

A existência formal da participação dos cidadãos e cidadãs na implementação da política de saúde no Acre está assinalada em momentos importantes como a institucionalização de fóruns colegiados e de Conferências Estaduais de Saúde. A presente discussão visa identificar limites nos instrumentos de controle social no sistema de saúde. Estes limites são consideráveis no caso do Acre, quando se verifica que o Conselho Estadual de Saúde deste estado ficou fora de funcionamento praticamente todo o período do governo de Orleir Messias Cameli de 1995 a 1998, sem ter motivado repreensões para o gestor estadual do SUS. O detalhamento desta paralisação será feito na continuação do trabalho. Um importante fórum colegiado onde deve ser exercido o controle social paralisado por um período prolongado indica uma grande falha nos instrumentos de controle social do sistema de saúde.

A cidadania e o controle social dos serviços de saúde do Acre serão discutidos compreendendo a concepção de cidadania que permeia a Constituição brasileira e a regulação do sistema de saúde. Essa concepção resulta de um longo processo no tempo, em que distintas mudanças no pensamento, a compreensão das relações sociais e relações políticas contribuíram para que a mesma permeasse a política de saúde na atualidade. No estudo de Rodrigues (1995), a cidadania é uma concepção que surgiu no saber moderno a partir de mudanças no pensamento da renascença italiana. No contexto particular de cidades Estados e efervescência social da renascença italiana houve uma ampliação dos saberes com a superação dos mistérios e interpretações ocultistas vigentes na época medieval. Foi nos cenários renascentistas que se passou a construir a sociedade bem como a

existência humana com projetos racionais de compreensão. Nas mudanças, houve o “surgimento de um novo conceito de humanidade que vai privilegiar o espírito cívico e a cidadania, fazendo com que o homem se reconheça como tal pela presença e ação do outro homem” (Id.: 793).

Para a cidadania integrar a ação política de um Estado houve um processo igualmente longo. Entre uma das primeiras políticas específicas que continha a noção de cidadania na sua concepção está a política da educação. Marcilio (2005), refere que em 1612, a Prússia criou as primeiras instituições públicas de ensino primário para crianças de 6 a 12 anos no ducado de Weimar. No mesmo contexto, em 1656, foi elaborado e aplicado um plano orgânico de estudos de oito anos para escola primária e secundária. O ensino elementar foi instituído como obrigatório pelo decreto de Frederico Guilherme I, em 1717.

A cidadania começa a ter importância no Brasil a partir de 1930, relacionada à estratificação ocupacional no início da modernização industrial em que as leis reconheciam o cidadão na sua profissão. A cidadania regulada pelas leis trabalhistas compreendia a profissão e os direitos restringiam-se ao lugar ocupado no processo produtivo (Santos, 1998). Nessa concepção de cidadania os vínculos de trabalho entre empregado e empregador eram entendidos como sendo termos contratuais livremente estabelecidos entre ambos, independente da situação dos contratantes. Com o passar do tempo o direito de cidadania no Brasil passou por diferentes contornos até fazer parte da implementação de políticas sociais como é o caso da política de saúde.

O texto constitucional de 1988, tem no direito de cidadania uma importante âncora tornando-o aplicável também na política de saúde. Contudo, o processo regulatório da política de saúde tem normas sobre a participação do cidadão que atribuem aos gestores dos serviços a convocação dos cidadãos que podem participar das instâncias colegiadas do

sistema de saúde. A participação da cidadania na implementação e condução da política de saúde passa pela regulação da mesma e a convocatória do poder executivo.

O direito de cidadania nos remete à visão clássica da contribuição de Marshall (1967). Para este autor a cidadania é compreendida como um instrumento político dentro da sociedade que possibilita o exercício de direitos por parte dos cidadãos. A igualdade implícita no conceito de cidadania, embora limitada em conteúdo, contribuiu para diminuir a desigualdade do sistema de classes. A justiça nacional e as leis iguais para todos deveriam enfraquecer e, eventualmente, destruir a justiça com parâmetros nos privilégios de classe, e a liberdade pessoal, como direito natural universal, deveria eliminar a servidão (Id.: 77).

Para Marshall a cidadania, na sua dimensão de direito, é uma instituição em desenvolvimento e não está isolada de outras questões sociais. Os avanços nos direitos sociais acarretaram em mudanças no princípio igualitário ao mesmo tempo em que houve um aumento de rendas nominais desigualmente distribuída. O objetivo dos direitos sociais constitui-se na redução das diferenças de classe e não seria mais a mera tentativa de eliminar o ônus que representa a pobreza nos níveis mais baixos da sociedade (Id.: 86-87).

Considerando essa visão clássica de tipo ideal de direito de cidadania há uma trajetória distinta para o direito de participação dos cidadãos em uma importante política como a de saúde. Os limites regulatórios na implementação da política de saúde imprimem rumos diversos do tipo ideal. Os enfoques sobre a participação têm interpretações que incluem a superação de conflitos sociais. Para Neves (1994), a participação da cidadania nas políticas sociais é entendida como um caminho possível para superar as relações de opressão, dominação e exploração que caracterizam a sociedade brasileira. Para a autora são importantes determinados tipos de participação: o que permite acesso às formações, planejamento e prestação de contas.

A participação na política de saúde no Brasil não ocorreu por concessões do Estado. A atuação de importantes movimentos sociais foi fundamental para as mudanças ocorridas na reforma sanitária. Esses movimentos foram decisivos na elaboração da política de saúde, o que possibilitou a inclusão dos direitos fundamentais nessa política. A Lei Orgânica da Saúde é a parte fundamental nesses ganhos. Para os efeitos deste estudo a participação de cidadãos e cidadãs nos fóruns do SUS será retomada no decorrer do trabalho, considerando as Normas Operacionais do SUS e as particularidades da trajetória dos fóruns colegiados do Acre.

1. 5. AS ADAPTAÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE COM O “PACTO PELA SAÚDE” DE 2006

O processo regulatório da política de saúde brasileira foi estabelecido com a regulamentação da Constituição Federal de 1988, e as sucessivas portarias ministeriais, bem como outros arranjos regulatórios. Em 2006, há uma explicitação da necessidade de o sistema de saúde realizar uma reforma geral nas regras. As novas regras desse ano parecem indicar que a formalidade institucional do funcionamento do sistema até essa data não foi suficiente para implementar a política de saúde. O chamado “Pacto pela Saúde” de 2006, foi produzido por meio de uma série de portarias ministeriais que formalizaram esse pacto. Entre esses documentos estão as Portarias nº. 399 de 2006 que trata das diretrizes operacionais do sistema e a Portaria 648 do mesmo ano que regula a atenção básica bem como trata das relações intergovernamentais, portanto de relações políticas entre esferas de governo. No conjunto regulatório também está a Portaria nº. 687 do mesmo ano que trata da promoção da saúde com abrangência estendida para diferentes setores governamentais no sentido de envolvê-los em atividades promocionais da saúde. Portanto, compreende relações políticas inovadoras nos serviços de saúde.

O imperativo de mudanças e adaptações na política de saúde foi motivo de estudos como o de Souza (2002:433) que antecipou idéias inovadoras ao “Pacto Pela Saúde” de 2006. Essa autora afirma que “Em países federais como o Brasil, a principal questão sobre a qual o estudo das relações intergovernamentais se baseia diz respeito a como as esferas governamentais se articulam para resolver problemas comuns”. Segundo a mesma autora há estudos com ênfase na produção e distribuição de serviços, formas de financiamento e medidas reguladoras, porém desprezam seus aspectos políticos. Portanto as relações

políticas têm importantes pesos sobre as decisões nas esferas de governo e a administração pública compreende necessariamente as relações políticas.

O conteúdo das portarias ministeriais que formalizam o “Pacto Pela Saúde” de 2006, sinaliza para a importância das relações políticas entre as esferas de governo na medida em que o poder local deve assumir suas atribuições e a esfera estadual juntamente com a esfera federal têm atribuições importantes para impulsionar a política de saúde. As assessorias técnicas e outros incentivos aos municípios não são destituídos de relações políticas. Destinar recursos financeiros com a composição do financiamento requer igualmente articulação política contribuir para a reorientação do modelo de atenção e outras atribuições.

As mudanças na política de saúde no período recente foram discutidas por Campos (2007). O autor aponta para a necessidade de um novo modelo para a transferência de recursos financeiros entre as esferas de governo que tenha como referência a capacidade instalada, o contingente populacional, encargos sanitários bem como tenha por base contratos de gestão entre os entes federados, com base numa relação institucional com explicitação de programas de cada gestor e ainda com definição da responsabilidade sanitária do encarregado da execução. O autor também afirma que “A sustentabilidade política e econômica e a legitimidade sanitária do SUS dependem também de um processo de mudança do modelo de atenção realizado de maneira progressiva que fosse concomitante em todo o país” (Id.:303).

Um dos componentes fundamentais para a implementação de mudanças na política de saúde é a coordenação política das esferas federal e estaduais. É a partir dessa coordenação federativa que o “Pacto Pela Saúde”, pode completar a implementação de aspectos importantes da política de saúde. No caso do Acre ainda há pendências no

processo de descentralização. Em relação à Estratégia de Saúde da Família a esfera estadual deve elaborar planos, metas e prioridades para a expansão dessa estratégia. Deve prestar assessoria aos municípios para a implantação, articular instituições formadoras de recursos humanos e acompanhar, avaliar o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família (Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, 2006).

O funcionamento do SUS com a articulação e coordenação política implica em atualizações, inovações e mudanças. A capacidade de coordenação da esfera estadual é fundamental nesse processo de impulsionar a implementação da política de saúde. A discussão detalhada da função de coordenação política da esfera estadual do SUS do Acre será apresentada na seção dois dos resultados e discussão.

III RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. A EXTENSÃO DO GOVERNO FEDERAL NAS RELAÇÕES COM ATORES POLÍTICOS LOCAIS E A IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO TERRITÓRIO FEDERAL DO ACRE E NO ESTADO DO ACRE

1.1. O TERRITÓRIO FEDERAL DO ACRE, OS PROBLEMAS DE SAÚDE NA REGIÃO E A AÇÃO DIRETA DA ESFERA FEDERAL NA POLÍTICA LOCAL

A formação do Território Federal do Acre, a migração da população de outras regiões do país para ocupar novas terras e o ordenamento de um governo nesta região são partes integrantes do desenrolar de um importante fenômeno sócio-econômico denominado *ciclo da borracha* que aconteceu na Amazônia no final do século XIX e início do século XX (Martinello, 1988). O povoamento e a ocupação territorial ocorreram em um processo sob influência de fatores internos e externos. Entre os fatores externos foi o desenvolvimento da indústria que levou à projeção das seringueiras nativas pelo alto valor da borracha no início da indústria pneumática e entre os fatores internos foi a incidência de secas no Nordeste brasileiro, implicando numa grande migração para a Amazônia (Bezerra, 1992). O “ciclo da borracha” era movido por fortes interesses do capital industrial e a exportação de borracha natural representava uma importante fonte de receitas no Brasil. Em 1901 foram exportadas 47.000 toneladas de borracha que ocupava um importante contingente populacional. A implantação da empresa extrativista da borracha motivou a maior movimentação de população brasileira no início do século XX. A produção da matéria prima para a indústria

pneumática desencadeou a ocupação territorial com redes de interesse entre a indústria com uma grande malha de comércio e donos de seringais (Mendes Jr., Maranhão, 1983). Até o final do século XIX a região do Acre tinha as fronteiras pouco definidas, sendo em parte reivindicado e ocupado por forças armadas da Bolívia e parte pelo Peru.

A ocupação populacional da região se deu majoritariamente por brasileiros que exploravam a borracha natural durante o *ciclo da borracha*. O povoamento, foi expressivo a partir dos meados da década de 1880, e a fixação populacional na região acontecia nas estruturas de apropriação da terra por donos dos seringais de áreas de grande abrangência. Com os proprietários de terras e seringueiros majoritariamente brasileiros, foi iniciada uma insurreição armada contra a possessão boliviana que resultou na formação do Território Federal do Acre, oficializado pelo Decreto nº. 5.118, de 07 de Abril de 1904. A organização administrativa do Novo Território era formada por três departamentos, organizados em prefeituras departamentais administradas por prefeitos nomeados pelo governo central da República. Foram os Departamentos do Alto Acre, Alto Purus e Juruá (Souza, 1999).

O Território Federal foi criado em um cenário nacional no qual havia influências de alguns Estados da Federação sobre o poder central da República. São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul tinham oligarquias regionais organizadas em partidos políticos com importantes influências. As elites regionais tinham interesses na produção agro exportadora e os estados tinham parte nos impostos cobrados. Estava em vigor o federalismo de caráter regional em que a União se estabelecia com o apoio das oligarquias regionais no Congresso Nacional (Mendes Jr., Maranhão, 1983).

Nesse cenário, a política era voltada para amparar o modelo de desenvolvimento econômico agroexportador e no setor saúde o Estado brasileiro manteve do final do século

XIX até a metade da década de 1960, o modelo denominado “sanitarismo campanhista”, por meio de estruturas verticais para intervenção e execução de atividades sanitárias em comunidades e cidades. Sob esse modelo, o setor saúde pretendia o saneamento dos espaços, a erradicação ou o controle de doenças, endemias e epidemias. As intervenções tinham por finalidade controlar as endemias e epidemias, fiscalizar alimentos e controlar fronteiras, em vista da circulação de mercadorias (Almeida, Chioro, Zioni, 2001).

A busca para ampliar a produção da borracha com todos os empreendimentos produtivos do *ciclo da borracha* também motivou iniciativas para enfrentar os problemas de saúde na região Amazônica, incluindo o Acre na condição de Território Federal. Em 1904, o prefeito do Departamento do Alto Acre relatou a ocorrência de graves males na região como impaludismo, hepatites, polineurites, febres diversas e males relacionados à alimentação inadequada. Nesse ano, a organização do governo da Prefeitura Departamental do Alto Acre aprovou no regulamento da Secretaria dessa prefeitura um cargo específico para a saúde pública. Tratava-se do cargo do médico da prefeitura com as seguintes atribuições: encarregar-se dos estudos de saneamento e higiene; formular boletins contendo conselhos de higiene para a população e publicá-los na imprensa; proceder visitas aos estabelecimentos comerciais e aos domicílios e nos casos onde não houvesse condições de higiene; propor o fechamentos do estabelecimento ou do domicílio; examinar nos estabelecimentos comerciais as bebidas e víveres de consumo; proceder a vacinação e revacinação contra a varíola; organizar o socorro público para evitar a invasão de moléstias transmissíveis; proceder o isolamento e a desinfecção das casas onde ocorressem moléstias contagiosas; fazer a remoção dos doentes; prestar informações sobre a saúde pública. O

cargo foi criado, porém não consta se houve nomeação de um médico para o mesmo neste período (Prefeitura do Alto Acre. Relatório de Atividade, 1904).

Em 1905, o prefeito do Departamento do Alto Purus relatou que “o impaludismo reina no pessoal trabalhador da seringa, em estado endêmico, em alguns pontos, é devido mais à falta de alimentação apropriada do que a influência do clima e meio ambiente”. Também é citado que a dedicação total dos trabalhadores ao extrativismo e a ausência da agricultura eram causas da alimentação precária. Além disso, havia um alto consumo de bebidas alcoólicas, notadamente a aguardente que fazia parte das vendas de comerciantes ambulantes e donos de seringais. O tratamento de moléstias foi referido como sendo em estado empírico (Prefeitura do Alto Purus. Relatório de Atividades, 1905).

Um dos relatos das condições sanitárias da Amazônia na década de 1910, enfatizou que o Acre apresentava alta morbidade nessa época. O rio Acre foi considerado um dos maiores focos mórbidos da Amazônia na fase de implantação dos seringais. Esse relato foi produzido pela expedição científica de 1911-1913, para o interior da Amazônia que teve a participação do Dr. Oswaldo Cruz, com a finalidade de fazer estudos, propor atividades de saneamento e estruturas de serviços de saúde.

A expedição também chegou ao Território Federal do Acre onde estendeu seus trabalhos em vilas, hoje cidades, como Xapuri, Sena Madureira, Rio Branco e no rio Murú, região de Tarauacá. Na região havia alta incidência e letalidade da malária, com lesões nas vísceras, baço e fígado dos enfermos. Em todas as localidades visitadas foram encontrados muitos infectados crônicos e muitos casos de reincidência. Entre as pessoas examinadas por membros da expedição também foram encontrados doentes de leishmaniose, hanseníase e tuberculose. Havia localidades que se diferenciavam com maior ocorrência de doenças. Isso foi constatado no rio Jurupari, região de Tarauacá, onde os casos de malária eram mais

freqüentes, bem como a leishmaniose. Nos rios da região, que eram as únicas vias de transporte durante o *ciclo da borracha*, o tratamento dos doentes era feito por comerciantes vendendo doses não adequadas de medicamentos. Não havia assistência médica gratuita e muitos doentes ficavam ao desabrigo do tratamento. Os medicamentos distribuídos por comerciantes eram recomendados com erros nas suas dosagens, implicando em casos crônicos de doenças (Cruz, 1913).

Em 1912, Rio Branco era uma vila com população estimada em 2000 habitantes. A vila ribeirinha tinha dois bairros separados pelo rio Acre: o Bairro Empresa, onde se concentrava o comércio e Penápolis onde havia a sede da Prefeitura Departamental e quartel das forças armadas. O bairro Empresa apresentava áreas alagadas com baixas condições sanitárias. Penápolis tinha topografia favorável à drenagem de águas e as casas pareciam confortáveis, porém as instalações das forças armadas eram muito precárias, com soldados aquartelados em ranchos de palha.

Rio Branco contava com alguns atendimentos de saúde privados e um serviço médico das forças armadas. Havia três médicos clínicos e duas farmácias com laboratórios químicos regulares. O primeiro estabelecimento de saúde para internação de pessoas em Rio Branco foi do médico Domingos Carneiro que mantinha uma enfermaria em sua casa. Os atendimentos não tinham restrições em alusão à procedência dos clientes e vigorava a atenção filantrópica (Ibid.).

As ações do poder público do Acre para com os problemas de saúde tiveram um início disperso. Na vigência dos governos das prefeituras departamentais, que vigoraram até 1920, o Departamento do Alto Purus organizou em 1912, uma “Diretoria de Higiene” no âmbito da Prefeitura com sede em Sena Madureira. Essa “Diretoria” realizou as primeiras atividades de saúde pública em Sena Madureira. Havia uma carroça para a retirada do lixo

das ruas e terrenos para jogá-lo no leito do rio Yaco, em um local onde havia uma calha para conduzir o lixo até o nível da água. A mesma “Diretoria” tinha guardas para fiscalizar os terrenos e advertir os moradores, caso houvesse lixo acumulado. Outros serviços existentes eram o ordenamento do mercado público, a vistoria nas embarcações que aportavam em Sena Madureira e ações de vacinas para o controle da varíola que atingiu a região (Prefeitura do Alto Purus. Relatório de atividades, 1912).

Em Rio Branco, em um período em que os serviços de saúde pública ainda não estavam organizados, houve iniciativas para confinar pessoas atingidas por hanseníase, tuberculose e doenças mentais. Havia um alojamento ao lado da cadeia pública onde eram confinadas as pessoas com essas enfermidades. Na época foi a maneira de as autoridades lidarem com os enfermos tratando-os de maneira semelhante aos presos comuns (Klein, 2002).

A organização da estrutura oficial de serviços de saúde no Território Federal do Acre foi alterada com a regulamentação dos serviços públicos durante a organização do governo centralizado em Rio Branco, a partir de 1920. Em 1922, o “Regulamento da Secretaria Geral” do governo do Território estabeleceu na sua estrutura a “Diretoria Geral de Hygiene e Saúde Pública”. Essa diretoria especializada estava encarregada de prestar assistência médica, promover a profilaxia geral e específica das moléstias transmissíveis, inspeção sanitária a diversas atividades como comércio, embarcações e outras. Nessa fase de implantação de serviços públicos do governo territorial a organização contava com poucos recursos do governo federal, o que o condicionava a realizar poucas atividades e ter um quadro de pessoal reduzido. A “Diretoria Geral de Hygiene e Saúde Pública” era formada pelo diretor geral e seus auxiliares em Rio Branco e cada um dos municípios contava com um Delegado de Higiene e Saúde Pública. Essa diretoria não contava com regularidade no recebimento de recursos do governo central da República, com limitações

para as ações de saúde, o que levava o governador a fazer repetidos apelos ao governo federal para obter recursos (Território Federal do Acre. Relatório de Atividades, 1925).

Um fato importante para as atividades de saúde em Rio Branco foi a criação do primeiro hospital. Rio Branco contava com um prédio para o funcionamento de um hospital desde 1919, que permaneceu fechado durante quatro anos. Somente um ano após a criação da “Diretoria de Hygiene e Saúde Pública”, em 1923 o Governador José Thomas da Cunha Vasconcelos implementou o primeiro serviço hospitalar em Rio Branco ativando o Hospital Augusto Monteiro (Id., Ibid.). Para administrar o hospital o governador estabeleceu relações de trabalho com a então Prelazia do Acre e Purus e foram convocadas Irmãs “Servas de Maria Reparadoras” da comunidade dessas religiosas de Sena Madureira, um dos municípios do Acre. A Congregação das Irmãs Servas de Maria Reparadoras juntamente com o Bispo da referida Prelazia designou as irmãs Maria Mercedes e Maria Constantina para iniciar as atividades do hospital e administrar o mesmo (Servas de Maria Reparadoras, 1923).

Na região do rio Juruá foi fundada a Santa Casa de Misericórdia de Cruzeiro do Sul em 12 de setembro de 1924, tendo como provedora uma sociedade de caridade local. O terreno onde foi construída a instituição foi ofertado pela Loja Maçônica Fraternidade Acreana de Cruzeiro do Sul através de um título de aforamento. Durante muitos anos essa instituição ocupou um prédio modesto com capacidade para 10 leitos. A delegacia de Hygiene do Juruá funcionou em um prédio anexo da Santa Casa (Universidade Federal do Acre, 1994; Informações na diretoria administrativa da Santa Casa de Cruzeiro do Sul).

O hospital de Rio Branco e o “Departamento de Hygiene e Saúde Pública” desenvolveram significativas atividades entre 1924 a 1926. Foram prestados serviços clínicos, aviamento de fórmulas médicas, aplicações de injeções, consultas médicas,

serviços para reduções de fraturas, pequenas cirurgias e outras ações. O hospital contava com uma ala própria para mulheres com prioridade para as parturientes. Nos relatórios da época os serviços de saúde implantados no Território Federal do Acre foram considerados importantes pelo governo local por promover a assistência à saúde no interior da Amazônia. Além do hospital de Rio Branco, o governo territorial auxiliava as atividades do Hospital Cunha Vasconcelos em Sena Madureira e da Santa Casa de Cruzeiro do Sul. Nos relatos sobre o hospital de Rio Branco era destacado o Trabalho das Irmãs Servas de Maria Reparadoras, particularmente a Irmã Maria Mercedes Andrello considerada incansável e zelosa. No entanto, em todas as atividades de saúde havia grandes limitações de recursos humanos e os recursos financeiros não tinham regularidade, obrigando o governador a muitas gestões junto ao governo federal para prover os serviços de saúde (Território Federal do Acre. Relatório de Atividades, 1926).

A estrutura organizacional dos serviços de saúde do Território Federal do Acre passou por mudanças implementadas na gestão de Hugo Ribeiro Carneiro em 1928. Esse governador adotou um discurso voltado para o interior com a finalidade de reduzir as endemias regionais. “A política administrativa do Acre deve ter por base o combate, sem trégua, das endemias regionais, para a salvação do braço, que planta a semente, que fecunda a terra, que nos dá a sua inexaurível riqueza” (Território Federal do Acre. Relatório de Atividades, 1928-1929). As modificações iniciadas por Hugo Carneiro geraram um sério desentendimento com as Irmãs Servas de Maria. Em novembro de 1927, a Irmã Maria Mercedes Andrello foi afastada das suas funções de administradora do hospital de Rio Branco. O conflito foi contornado com a intermediação do Padre Albarelli representando a Igreja local em negociações com o governador e a Irmã voltou a exercer suas funções no hospital (Prelazia do Acre e Purus. Livro do Tombo, 24/11/1927).

Em 1928, o governo reconhecia que o Acre era um território “descurado pelo interior onde definham famílias inteiras pelas endemias locais”. A partir de então o governo deveria estender os benefícios da administração pública para os seringais e núcleos de população mais afastados. Levar a assistência médica aos desvalidos que morriam ao abandono (Território Federal do Acre. Relatório de Atividades, 1928 – 1929).

Esse discurso do governante no final da década de 1920 que apontava para a ampliação dos serviços de saúde não resultou em efetividade. Os relatos das atividades são de serviços incipientes em alguns postos de saúde espalhados nas pequenas cidades. Os serviços hospitalares tinham sua importância nas localidades do interior da Amazônia, porém eram de pequeno porte (Id., Ibid.).

No governo de Hugo Carneiro também foram feitas mudanças na organização dos serviços de saúde, incluindo o Hospital Augusto Monteiro. A diretoria citada acima mudou o nome para “Directoria de Hygiene, Saúde e Assistência Pública”. As mudanças incluíram remodelações nos cargos de “Delegados de Hygiene e Saúde Pública” nos municípios existentes desde 1923. Foram fixadas cinco Delegacias de “Hygiene e Saúde Pública” nos municípios incluindo a capital, Rio Branco. Isso significou algumas mudanças na estrutura anterior com o aumento de cargos. O quadro de pessoal de cada delegacia passou a incluir o delegado e mais cinco ou seis auxiliares. A delegacia de Rio Branco se diferenciava das demais no seu quadro de pessoal. Além do delegado incluía um farmacêutico, um encarregado de assistência dentária escolar, três encarregados de higiene, dois guardas sanitários e três auxiliares. As cinco Delegacias de “Hygiene e Saúde Pública” tinham ao seu encargo sete postos médicos itinerantes em localidades do interior (Id., Ibid.).

As reformas implementadas nesse período incluíram um arranjo administrativo no hospital de Rio Branco transformando-o na “Santa Casa do Acre”. Foram criados os

estatutos que possibilitaram doar para a Santa Casa um patrimônio em prédios para garantir uma renda oriunda de alugueis. Os prédios foram alugados para o governo do Território do Acre e assim mantinham-se os serviços da Santa Casa. Funcionários da Diretoria de Higiene trabalhavam na mesma. Passaram a ser prestados serviços cirúrgicos com um novo instrumental então adquirido, sendo considerado algo inédito no interior da Amazônia. Nas mudanças implementadas a partir de 1928 foram instalados o hospital Epaminondas Jácome no município de Xapuri e os hospitais dos municípios de Tarauacá e do Purus, atual Sena Madureira. A Santa Casa de Cruzeiro do Sul, em funcionamento desde 1924, era auxiliada financeiramente pelo governo Territorial (Id., Ibid.). A criação do Hospital Epaminondas Jacome de Xapuri, em uma época de escassez de pessoal especializado, motivou o governador a solicitar ao Bispo da Prelazia do Acre e Purus que designasse irmãs religiosas para administrar o mesmo. Devido às limitações de pessoal na congregação religiosa foi designada uma Irmã para esta finalidade (Prelazia do Acre e Purus. Livro do Tombo, 28/10/1928).

As tentativas governamentais para enfrentar as endemias regionais levaram à criação em 1927 das “Ligas de Defesa Sanitária”, para colaborar no isolamento dos portadores de hanseníase e promover a profilaxia dessa doença (Folha do Acre. Rio Branco, 10-07-1927). O governador Hugo Carneiro empenhou-se pessoalmente na criação dessas “Ligas” em Rio Branco, Xapuri e Brasiléia. A ação pública frente à endemia de hanseníase foi de encarregar o pessoal da “Directoria de Hygiene”, com a colaboração da polícia a isolar os doentes em suas próprias casas. Em 1928, foi construído um leprosário em Rio Branco para alojar as pessoas atingidas pela hanseníase. Essa foi considerada uma construção importante pelo governo de Hugo Carneiro porque a obra tinha ampla dimensão e permitia isolar os portadores de uma doença contagiosa freqüentemente vistos

perambulando nas ruas, notadamente de Rio Branco. A perambulação de enfermos era considerado um problema sério de contágio para a cidade (Território Federal do Acre. Relatório de Atividades, 1928-1929).

1.1.1. A Redução nos Serviços de Saúde com o Agravamento da Crise na Produção da Borracha Natural Durante a Década de 1930

As ampliações nos serviços de saúde do Território Federal do Acre no final da década de 1920 não tiveram continuidade na década de 1930. Os serviços de saúde acompanharam a crise da borracha nesse período, diminuindo suas atividades. A crise na produção da borracha foi responsável pela redução da população do Acre de 92.379 indivíduos em 1920 para 79.768 em 1940. A crise econômica colocou o Território na dependência de doações da União, havendo redução em todos os serviços públicos, entre eles a Secretaria de Higiene e Saúde Pública. O quadro de pessoal dessa Secretaria foi reduzido e foi paralisada a distribuição gratuita de medicamentos (Território Federal do Acre. Mensagem do Interventor Federal ao Governo da República, 31-12-1930; Costa Sobrinho (1992).

No âmbito local do Território Federal do Acre em que a esfera federal já estendia sua ação governamental são pouco percebidas, nos documentos, as mudanças centralizadoras da esfera federal da política de saúde na década de 1930. Para Braga e Paula (1986) o centralismo político da década de 1930 impôs interventores do Departamento Nacional de Saúde nos serviços estaduais de saúde, em alguns casos assumindo as coordenações estaduais. Foi o período da centralização com a imposição de regras e padrões de conduta que ficaram conhecidas como padrões programáticos com orientações teóricas da Fundação Rockefeller, resultando em influências nas decisões governamentais.

A crise no Território Federal do Acre aprofundou-se no decorrer da década de 1930 com sucessivos cortes das verbas federais. Os municípios acreanos reclamavam por auxílio federal para a compra de medicamentos e socorro às vítimas das endemias regionais. As limitações do governo territorial chegaram a um nível de não ter recursos para atender as despesas de portaria do próprio palácio (Território Federal do Acre. Mensagem do Interventor Federal ao Governo da República, 18-01-1933). Para contornar a crise no extrativismo da borracha foi ampliada a criação de colônias agrícolas.

Essas colônias foram iniciadas em Rio Branco entre 1908 a 1912 para a produção de alimentos. A partir de 1932 foram ampliadas as colônias quando a cidade de Tarauacá passou a ter um melhor abastecimento de produtos agrícolas. Em 1942, foram promovidas novas ampliações no setor durante o governo de Oscar Passos que implementou um plano para instalar uma colônia em cada um dos sete municípios do Território, porém foi um trabalho inacabado pela falta de uma estrutura viária que permitisse acesso aos lotes. A partir de 1946 o governador José Guimard dos Santos ampliou a distribuição de lotes nas colônias, melhorou algumas estradas e ofereceu alguns equipamentos de apoio aos agricultores. A área rural nas proximidades de Rio Branco foi ampliada com a abertura de estradas para implantar as colônias (Guerra, 1955).

1.1.2. Uma Nova Fase da Ação Governamental, Uma Política Melhor Definida para os Serviços de Saúde e a Reabilitação do Soldado da Borracha

Os serviços de saúde pública do Território Federal do Acre passaram por uma nova fase de ampliações, novos serviços, construções, regulamentações legais e outras atividades a partir de 1946 para responder uma nova situação. Para Lima (1994) a ação governamental

para a Amazônia acontecia como resultado de circunstâncias internacionais. O esforço para ampliar a produção da borracha para os países aliados durante a Segunda Guerra Mundial motivou um incremento de pequena duração na economia. Após a Guerra houve uma súbita retração da demanda de borracha brasileira por parte dos Estados Unidos e esse fato aprofundou a crise na Amazônia, com nova queda dos preços da borracha e grandes conseqüências para a região. Segundo Pinto (1994), o esforço brasileiro para a produção da borracha durante a segunda guerra resultou em um programa de desenvolvimento regional cuja característica principal foi a completa ausência de um plano diretor que norteasse suas atividades. Grandes projetos de cultivo das seringueiras fracassaram devido a problemas nos cultivos das árvores. Com a baixa produtividade dos seringais nativos o desempenho econômico foi de resultados escassos.

Segundo Lima (1994), a economia do “ciclo da borracha” tinha a característica de direcionar as relações comerciais da Amazônia com empresas americanas ou européias. O produto exportado, a borracha, resultava em poucas relações comerciais com outros Estados da Federação, o que representava pouca integração econômica com o próprio país. Apesar do governo brasileiro ter fomentado a Primeira Conferência Nacional da Borracha em 22 de julho de 1946, os esforços para a formação de preços do produto e o controle das importações de borracha não resultaram em melhorias na dinâmica produtiva na Amazônia. Os preços competitivos da borracha de outros países retraíram a produção tradicional da Amazônia.

Entre os esforços brasileiros da segunda guerra para aumentar a produção de matérias primas estava incluído o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) fundado em 17 de julho de 1942. Os acordos do governo brasileiro com os Estados Unidos da América

incluiram esse serviço que representou a oferta de alguns benefícios nas frentes de produção de matérias primas no Vale do Rio Doce e áreas da Amazônia. No Acre, o SESP trabalhou em cooperação com o governo territorial para implantação do abastecimento de água potável e a distribuição de fármacos, prioritariamente para o controle da malária. A presença no Acre de pessoal qualificado para a saúde da Fundação SESP ocorria de acordo com o andamento da própria instituição em alguns serviços do governo territorial em municípios como Cruzeiro do Sul e Rio Branco. A distribuição de fármacos para o controle da malária ocorria com problemas, inclusive muitas interrupções. Prefeituras como a de Tarauacá reclamavam da falta de remédios diante do aumento do surto dessa doença em 1945. O mesmo aconteceu com a prefeitura de Cruzeiro do Sul em 1947, quando houve um aumento na incidência da malária (Campos, 2006; Universidade Federal do Acre, 1994).

Em 1946, o cenário político brasileiro se caracterizava por um governo identificado com o Partido Social Democrático, um partido organizado com forte apoio de funcionários públicos a partir da estrutura do Estado. O cenário político do governo com base no PSD e apoio do Partido Trabalhista Brasileiro de Getúlio Vargas fortalecia estruturas partidárias e as estruturas das máquinas administrativas estaduais acomodavam fortes grupos de interesses de oligarquias locais. Foi um período de fortalecimento dos partidos políticos, porém o Partido Comunista Brasileiro foi cassado juntamente com todos os mandatos dos parlamentares do mesmo. No plano governamental foi elaborado o “Plano SALTE” que tinha por prioridade saúde, alimentação, transporte e energia. Tratava-se de um plano com intenções modernizadoras da administração pública (Mendes Jr., Maranhão, 1983).

No governo de Gaspar Dutra iniciou-se uma nova fase nos serviços de saúde do Acre com planos de políticas em vários setores. A articulação de ações governamentais

iniciadas nesse período indica políticas mais bem definidas em relação aos governos anteriores. Em 1946, foi nomeado o major José Guiomard dos Santos para o cargo de governador territorial. As primeiras manifestações desse governador sobre o Território Federal do Acre foram de reconhecer a grave crise enfrentada por milhares de “Soldados da Borracha” que foram recrutados no nordeste brasileiro para o incremento da produção da borracha para os países aliados da segunda guerra assim como reconheceu a precariedade das condições de saúde. O cenário caótico do pós-segunda guerra no Acre foi reconhecido pelo novo governador territorial como resultado de um processo migratório desastroso.

É que a imigração foi mais desprovida de senso humano que se possa imaginar. Sem prévia ambientação do indivíduo ao meio em que vinha viver; sem imunização perfeita contra os males e endemias comuns e previstas no percurso da jornada a empreender; atirados em horrível promiscuidade a bordo das gaiolas; subnutridos; sem higiene; sem defesa orgânica e material esses patrícios marcharam para o front acenados por uma bandeira de delícias, de riquezas fáceis que jamais alcançariam. Agora os chamados “soldados da borracha”, constituem uma verdadeira coluna de fracassados, mas que ainda demanda tempo e recursos (Território Federal do Acre. Relatório da Administração, 1946: 11).

Da constatação da crise por parte do novo governador seguiu-se um programa de governo do Território para a reabilitação do soldado da borracha que levou os serviços de saúde a uma nova fase. A partir de 1946, o governo territorial iniciou uma série de ampliações na estrutura física para aumentar a oferta de serviços. Foram contratados profissionais médicos mediante uma remuneração diferenciada dos demais funcionários que permitisse dedicação exclusiva ao serviço. Foram incluídos programas de assistência social em conjunto com os serviços de saúde (Id.).

Foram implementados atendimentos especializados como a campanha de “redenção da criança”. Para tanto foi construído um prédio onde funcionava o posto de pediatria, puericultura e higiene pré-natal. Foi aberta uma seção de distribuição de alimentos apropriados para crianças até dois anos. Para o atendimento à mulher foi construída em Rio Branco a Maternidade Bárbara Heleodora, que foi o maior hospital do gênero na Amazônia (Território Federal do Acre. Relatório de Atividades, 1949).

Na ampliação dos serviços foram organizadas visitas médicas nas zonas rurais. Foi restabelecido o serviço de profilaxia das doenças venéreas. Periodicamente os Postos de Higiene de todo o Território realizavam vacinação contra tifo, difteria e varíola (Id., Ibid.).

As endemias de hanseníase e tuberculose foram enfrentadas mediante serviços melhor organizados. Os confinamentos para pessoas atingidas pela hanseníase que até então isolavam os enfermos em condições precárias passaram por uma reorganização e ampliação para melhorias na assistência. No Departamento de Saúde do governo territorial foi organizado o serviço específico de profilaxia da lepra e as colônias Souza Araújo de Rio Branco, Ernane Agrícola de Cruzeiro do Sul e o Abrigo de pessoas atingidas pela hanseníase de Sena Madureira, passaram por melhorias e reformas. Com as melhorias na Colônia Souza Araújo neste período as suas instalações abrigavam em 1949 um contingente de 143 enfermos internos. Os serviços de controle da tuberculose foram melhorados com a construção de um pavilhão de emergência para as pessoas atingidas por essa doença. O Laboratório de Análises e Pesquisas Clínicas do Departamento de Saúde realizava os exames para a identificação da doença, havendo com isso um aumento na positividade dos exames de diagnóstico da tuberculose (Id., Ibid.).

Em Cruzeiro do Sul as iniciativas frente à endemia de hanseníase tinham suas particularidades em relação a Rio Branco. Enquanto em Rio Branco o Governo do Território organizava os serviços de assistência, em Cruzeiro do Sul foi uma iniciativa da Igreja Católica com a criação, pelo Padre Aluizio Engel, da *Sociedade de Assistência aos Lázaros* destinada a isolar e assistir as pessoas atingidas pela hanseníase. A data do início dessa organização não foi encontrada, consta que em 1940 a mesma já enfrentava uma crise financeira. Somente em 1948, as subvenções do governo territorial melhoraram a manutenção dessa sociedade e, neste ano, os enfermos internos somavam 87 pessoas (Território Federal do Acre. O Acre, 18-05-1948).

Nessa fase de implementação de serviços de saúde foi publicado em 1948 o Regulamento Sanitário do Território Federal do Acre que contemplava um ordenamento nas atividades de saúde pública. O texto foi organizado em 582 artigos, distribuídos em 6 capítulos de acordo com os diversos assuntos tratados. O Regulamento disciplinou a profilaxia, diagnóstico, isolamento e notificação compulsória das doenças transmissíveis tais como lepra, tuberculose, leishmaniose, brucelose, tifo, malária, sífilis, varíola e outras. Estabeleceu normas e disciplinou a construção de prédios, o abastecimento de água e instalações de esgotos. Tratou da higiene industrial, da proteção individual dos operários. Estabeleceu normas para a produção do leite, da carne e o fornecimento da água potável. Também disciplinou o exercício da medicina, veterinária, odontologia, farmácia e enfermagem. Além de outros assuntos (Território Federal do Acre. Regulamento Sanitário, 1948).

1.1.3. O Reconhecimento do Direito à Cidadania no Território Federal do Acre

No final da década de 1940, o governo do Território Federal do Acre expressou em documento oficial o direito do cidadão à saúde. Em documento oficial foi explicitado que “A administração territorial no seu senso de responsabilidade da realidade nacional estava seguindo o princípio de que a saúde é um direito do cidadão cabendo ao poder público defendê-lo” (Território Federal do Acre. Relatório de Atividades, 1949). Com esse reconhecimento do direito à saúde o governo territorial do Acre antecipou no âmbito dos seus serviços o princípio do direito do cidadão à saúde que foi inscrito na política de saúde no âmbito nacional em 1988. O governo de José Guimard dos Santos encerrou as atividades de 1949 demonstrando a aplicação de uma política voltada aos cidadãos, notadamente no setor da saúde. Em um período da busca de fortalecimento dos partidos políticos o Governador procurou consolidar-se no cenário político com políticas bem definidas na sua implantação. Na ação política estava presente a concepção de direito dos cidadãos com o Estado prestando serviços indistintamente a todos. Os relatos da época denotam profissionalismo na ação governamental e reiterada preocupação com os bens públicos (Ibid.).

1. 2. NO CENÁRIO DE CRISE DA DÉCADA DE 1950 ALGUNS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES E A ATENÇÃO AOS MAIS POBRES

Em 1955, os serviços de saúde do Acre passaram por uma crise de esvaziamento. Postos de saúde abandonados, não equipados e sem medicamentos, populações do interior dos municípios sem atendimentos, dispersão total de médicos. Cruzeiro do Sul neste período contava com 23.000 habitantes espalhados numa superfície de 35.800 quilômetros quadrados, contava com um e às vezes dois médicos para atender todo o município. No período de 1945 a 1950, foram observados em Rio Branco 2345 casos de malária, 235 casos de tuberculose e 121 casos de hanseníase. O aumento das doenças acontecia no cenário de crise geral da economia do extrativismo da borracha (Guerra, 1955: 176).

Apesar da crise na segunda metade da década de 1950, os serviços de saúde pública do Território Federal do Acre passaram por algumas ampliações. Entre essas ampliações cita-se a criação dos serviços de pronto socorro em Rio Branco que representou o início do pronto atendimento nessa cidade. Nos municípios do interior foram iniciadas as construções de quatro hospitais. Não consta a amplitude dessas obras (Território Federal do Acre. Relatório de Atividades, 1958).

Para o atendimento dos problemas de saúde onde os serviços locais não tinham alcance, o governo territorial criou um serviço específico para o tratamento fora de domicílio. O Decreto nº.106 de 30 de maio de 1956, do Governador Valério Caldas de Magalhães, instituiu na representação do governo do Acre no Rio de Janeiro o Serviço de Assistência Social e Relações Públicas. A finalidade desse Serviço era receber, encaminhar, hospitalizar e providenciar o regresso de todos os encaminhados à capital do País para

tratamento de saúde, com especialidade aos reconhecidamente pobres. O encaminhamento de enfermos para a capital da república era feito quando o tratamento de saúde fosse insuficiente em Rio Branco. Para proceder a transferência do enfermo era necessária a autorização do Departamento de Saúde.

Na vila Paraguaçu, atual Assis Brasil, foi criado em janeiro de 1957 um posto de saúde com o atendimento de enfermagem para dispensar alguns medicamentos. Em fevereiro do mesmo ano foi criado o posto médico da Estrada da Floresta, nas proximidades de Rio Branco, para o atendimento da população das colônias agrícolas (Território Federal do Acre. O Acre, 20-01-1957; Id. 17-02-1957). Em uma solenidade patriótica em 07 de setembro de 1956 foi inaugurado, em Rio Branco, o Hospital de Clínicas Oswaldo Cruz, com 60 leitos. Seu funcionamento pleno aconteceu em janeiro de 1957 com a organização das seguintes clínicas: ortopedia, oftalmologia e otorrinolaringologia. Iniciou o funcionamento do equipamento de raios X, a geração própria de energia elétrica, o funcionamento da lavanderia e cozinha elétrica. Tratava-se de uma grande iniciativa de um governo identificado com o Partido Social Democrático – PSD, mostrando inovações nos serviços de saúde do Território Federal (Id., 01-01-1957). As ampliações nos serviços de saúde incluíram melhorias no controle da tuberculose com diagnósticos e registros. Em relação à endemia de hanseníase foram feitos investimentos na Colônia Souza Araújo com a instalação de sistemas de abastecimento de água e de energia elétrica. O ano de 1957 foi iniciado com uma intensificação das ações da polícia sanitária para a fiscalização dos estabelecimentos comerciais. O Departamento de Saúde do Território Federal do Acre entendia essas atividades como prevenção das doenças (Id., 20-01-1957).

Os serviços de saúde do Território interagiram com a Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, para a atividade de abastecimento de água. Foi essa fundação que realizou as primeiras sondagens do solo para a perfuração de poços artesianos em Rio Branco em 1949, porém não continuou o serviço para efetivar o abastecimento de água. Os trabalhos de prospecção de água foram infrutíferos pela insuficiência de água no lençol subterrâneo na área estudada.

Nessa situação, Rio Branco continuava com o abastecimento de água encanada iniciado em 1935 somente em alguns prédios públicos e para a população havia o chafariz, denominado São Mateus. Havia uma situação não resolvida com um projeto de instalação da rede de água para Rio Branco. Em 1952, o então governador João Kubischek de Figueiredo comprou tubulações na cidade de Recife que foram abandonadas a bordo de embarcações encalhadas em Itaquiara, no Estado do Amazonas. Após negociações do governador Valério Magalhães com a fundação SESP em 1957, o governo territorial do Acre uniu esforços com essa instituição para a instalação de água em Rio Branco. As negociações incluíram a participação da Fundação SESP na engenharia do projeto de instalação da rede de abastecimento da água (Território Federal do Acre. Complemento ao Relatório das Atividades, 1957; Território Federal do Acre. O Acre, 05-06-1956).

O Diretor da Fundação SESP esteve em Rio Branco em janeiro de 1957 para iniciar os trabalhos. Devido a limitações orçamentárias a água retirada do rio Acre foi fornecida às moradias sem tratamento adequado. Isso foi considerado uma primeira fase dos serviços que posteriormente seriam melhorados. Em 17 de fevereiro de 1957 foram inaugurados os primeiros 200 metros da rede de água na área central da cidade. Foi através de acordos do governo territorial com a SPVEA (autarquia federal para a economia da Amazônia que

antecedeu a SUDAM) que as instalações de equipamentos e adutoras passaram para a alçada do governo territorial (Território Federal do Acre. Relatório de Atividades, 1958; Território Federal do Acre. O Acre, 17/02/1957). As informações sobre serviços de abastecimento de água no período seguinte foram escassas. Somente em meados da década de 1960 houve a ampliação dos serviços.

O governo desenvolvimentista de Juscelino Kubitschek teve repercussões no governo do Território do Acre para além dos serviços de saúde. Foram feitas ampliações nos investimentos públicos com abertura de estradas, incentivo à colonização, implantação da pecuária, cultura de café e de pimenta do reino. Na saúde pública foi ampliada a rede de postos médicos. Construções importantes foram iniciadas como o hospital Juscelino Kubitschek de Cruzeiro do Sul e o Hospital Infantil de Rio Branco. Essas construções demandaram intermediações de parlamentares como José Guimard dos Santos para a obtenção de verbas federais. Os custos federais com os serviços de saúde implicavam em extensas prestações de contas com o detalhamento de procedimentos realizados (Id., Ibid.).

1. 3. AS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE APÓS A ELEVAÇÃO DO ACRE À CATEGORIA DE ESTADO DA FEDERAÇÃO

A elevação do Território Federal do Acre à categoria de Estado da Federação significou o início das relações entre a esfera estadual de governo com a esfera federal. Ao assumir os serviços de saúde pública, a esfera estadual de governo passou a estabelecer novas relações com a esfera federal de governo, estabelecendo negociações para acordos e convênios. Foi o início de uma nova fase em que o governo local deixou de ser uma extensão do governo federal e passou a exercer um papel de negociador com a instância central da República.

A elevação do Acre à categoria de estado resultou de um longo processo de mobilizações políticas locais pela autonomia do Acre, de intervenções dos deputados territoriais no Congresso Nacional e na imprensa com a finalidade de elevar o Território à categoria de Estado (Bezerra, 1992).

Após negociações e emendas o projeto de elevação do Acre à categoria de Estado, de autoria do Deputado Federal do Território José Guimard dos Santos foi aprovado e sancionado na forma da lei nº. 4070 de 15 de Julho de 1962, pelo Presidente da República João Goulart. A elevação do Território a Estado foi seguida de eleições em 07 de Outubro de 1962. O Deputado do Território José Augusto de Araújo foi eleito Governador. Sua posse foi em 1º. de Maio de 1963. O governador pertencia ao Partido Trabalhista Brasileiro PTB, que nessa eleição formou uma coligação com a UDN, o PSP e PP (Id. : 36 e seg.).

A saúde pública do novo estado foi incluída no discurso de posse do governador que a descreveu como muito crítica. Os serviços de saúde estavam limitados devido às dificuldades econômicas e financeiras do estado, não havia sequer fundos para o pagamento

da primeira folha de pagamentos do novo estado (Acre. O Acre, 03/05/1963). No mesmo discurso o governador afirmou que estava assumindo um posto de sacrifício, considerou o povo acreano sacrificado e relegado à própria sorte no contexto do país. Afirmou que os sonhos de infância de muitos acreanos foram minados pelo pauperismo, tuberculose e impaludismo (Acre. Discurso de Posse do Governador José Augusto de Araújo, março de 1963).

Sobre a saúde no Acre o Governador afirmou que havia uma situação de abandono visto que muitas pessoas procuravam passagens aéreas na Força Aérea Brasileira para buscar tratamento no Rio de Janeiro. Entre as pessoas que obtinham o transporte muitas recorriam à caridade pública no Rio de Janeiro para obterem a cura das suas doenças. As expectativas que o governador colocou para as melhorias na saúde no Acre estavam dependendo dos recursos distribuídos pelos órgãos federais (Id., Ibid.).

O novo estado tratou a saúde pública no seu texto constitucional, prevendo a organização dos serviços e também previa a assistência gratuita à saúde. A primeira Constituição do Estado do Acre de 18 de Fevereiro de 1963, foi promulgada em primeiro de março do mesmo ano pela Assembléia Legislativa com função constituinte.

Na organização do governo instituída nessa Constituição consta a Secretaria de Saúde e Assistência Social do Estado do Acre. O Artigo 50 da Constituição tratava da saúde estabelecendo que: “Ao Estado cabe zelar pela saúde e bem estar da população, prestando assistência à maternidade, à infância e para os que não dispuserem de recursos, a assistência médico hospitalar gratuita” (Assembléia Legislativa. Leis Ordinárias e Complementares, 1963-1999). A nova Constituição repetiu a idéia já presente em documentos anteriores do governo territorial, do direito do cidadão à saúde. Ao assegurar a

assistência médico hospitalar gratuita aos que não dispuserem de recursos, o texto constitucional confirmou o que os serviços de saúde vinham oferecendo à população a partir da criação dos primeiros serviços no início da década de 1920.

A organização administrativa e dos serviços do novo estado, incluindo os serviços de saúde, foi efetivada através da Lei n.º. 4 de 26 de julho de 1963. Para a Secretaria de Saúde e Serviço Social foi atribuída a finalidade de tratar de assuntos relativos à saúde da população, a defesa da melhoria dos padrões de sanidade e higiene do estado. A nova secretaria foi organizada nos seguintes setores: Departamento de Assistência Médico-Hospitalar, Departamento de Saúde Pública, Departamento de Assistência Médica Rural e Serviço de Administração (Id., Ibid.).

1. 3. 1. Um Novo Ente Federado em um Cenário de Escassez de Recursos

Durante o governo de José Augusto de Araújo os serviços de saúde do Acre mantiveram importantes relações com a esfera federal de governo estabelecendo diversos convênios que permitiram o funcionamento de vários serviços. Foi estabelecido um convênio entre o Ministério da Saúde e o Governo do Estado do Acre com a finalidade de combater as endemias rurais, especificamente as endemias de ancilostomose, febre amarela e tracoma. De acordo com o Convênio cabia ao Departamento Nacional de Endemias Rurais o planejamento, direção e execução dos trabalhos. Ao Estado do Acre cabia colocar à disposição do convênio o Dr. José Amorim Barbosa em tempo integral. O convênio também previa a utilização de meios de transporte existentes no Acre, espaço físico, medicamentos e pessoal. A assinatura do mesmo foi em 27-03-1963 (Acre. O Acre, 12-04-1964). Também foi assinado um convênio com o Serviço Nacional de Tuberculose, retomando os serviços iniciados em 1959 pelo Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas

SUSA. Nesses acordos com o governo federal o novo estado manteve a continuidade dos serviços (Id., 10-05-1964). O novo ente federado da República continuou com a influência das instituições federais planejando e dirigindo atividades de saúde pública. Houve o apoio para o novo estado, porém, sem descentralizar as decisões.

Na nova situação do estado, negociando recursos federais, a sustentabilidade dos serviços de saúde aconteceu pelo aporte de recursos dos órgãos federais. A Secretaria de Saúde e Serviço Social do Acre no final de 1964 considerou as ajudas federais para a saúde como “fracionadas” e “sob inflação”, ocasionando problemas no funcionamento. O governo do Acre clamava ao Brasil por investimentos que iriam influenciar na melhoria dos serviços de saúde (Secretaria de Saúde e Serviço Social. Relatório da Situação, dez. 1964).

A regulamentação legal dos serviços de saúde com uma estrutura apropriada ao novo estado não ocorreu imediatamente à posse do governo estadual eleito. A institucionalização do processo regulatório foi lenta e aconteceu após a deposição do governador constitucional pelo governador militar nomeado. A Secretaria de Saúde e Assistência Social do Estado do Acre passou a ter seu estatuto legal através do decreto nº. 217 de 03 de Dezembro de 1964 que criou o seu Regimento dentro da estrutura do governo estadual.

O Regimento estabeleceu uma nova organização com três departamentos: o Serviço de Assistência Médica Rural, o Serviço de Administração e a Escola de Auxiliares de Enfermagem. Cada departamento estava organizado em Divisões e Seções para atender a sua diversidade de serviços, entre eles o Pronto Socorro, os Postos de Saúde, os Hospitais, a Assistência Dentária, a Fiscalização Sanitária, a Vacinação e outros. As atribuições de todo o quadro de pessoal foram descritas detalhadamente com as referidas funções. As unidades prestadoras de serviços sob administração da Secretaria de Saúde e Serviço Social estavam

assim distribuídas: em Rio Branco, a Maternidade Bárbara Heliodora que contava com um banco de sangue, o Pronto Socorro, o Hospital de Clínicas, o Hospital Infantil, a Colônia Souza Araújo com o dispensário de lepra, o dispensário de tuberculose com o respectivo Sanatório e quatro postos de saúde. No interior havia três hospitais gerais nos seguintes municípios: Xapuri, Sena Madureira e Cruzeiro do Sul. Em Cruzeiro do Sul havia um dispensário de lepra com a respectiva colônia, um dispensário e um sanatório de controle da tuberculose. No interior havia seis postos de saúde em diferentes municípios. A nova organização regulamentada na estrutura do estado recém criado tinha como finalidade defender a saúde da população, a melhoria dos padrões de sanidade e higiene, a recuperação e orientação social e a assistência à população desfavorecida, notadamente a rural (Acre. Lei nº. 217 de 03/12/1964).

A estrutura e organização de serviços tinham abrangência estadual com distribuição de unidades nos municípios do novo estado. Considerando o cenário de escassez de recursos e as informações encontradas sobre o funcionamento dos serviços parece que a efetividade dos mesmos em melhorar a saúde da população apresentava sérias limitações.

1. 4. A SINTONIA DO GOVERNO ESTADUAL COM O IDEÁRIO DOS GOVERNOS MILITARES E UMA NOVA PROPOSTA ORGANIZACIONAL NOS SERVIÇOS

Durante a década de 1960, os serviços de saúde do Acre passaram por mudanças da fase de Território Federal para a organização do estado da federação. O processo democrático que permitiu a primeira constituição estadual e a eleição de um governo constitucional de apenas um ano foi quebrado retornando-se aos governos nomeados pelo poder central da república.

Na saúde pública os governos nomeados continuaram com obras e serviços sem evidenciar maiores mudanças da situação anterior de Território Federal. Um marco importante de ampliação desse período foi o início do funcionamento do Hospital Infantil em Rio Branco em maio de 1968, durante o governo de Jorge Kalume. No mesmo período foi ampliado um pavilhão do Hospital Oswaldo Cruz, incluindo novos equipamentos. Foi concluída a construção do hospital para pessoas atingidas pela tuberculose em Rio Branco, denominado Manoel de Abreu (Acre. Lei Nº. 268 de 17/06/1969). Enquanto estava sendo concluído o hospital para pessoas atingidas pela tuberculose foram iniciados os estudos para a construção de um novo hospital para o tratamento da tuberculose nas proximidades do Aeroporto Salgado Filho em Rio Branco (O Imparcial. Rio Branco, 07/09/1968).

Em um período de crises de recursos na saúde pública no governo Kalume a administração da Colônia Souza Araújo de Rio Branco foi transferida para a Prelazia do Acre e Purus, que era a instituição da Igreja Católica nesta área do Acre. A Colônia que abrigava as pessoas atingidas pela Hanseníase teve melhorias sob a administração da Igreja Católica, porém o acordo em que o governo estadual se comprometia a dar a manutenção

dos doentes não foi cumprido na íntegra, ocasionando sérias dificuldades para a administração e manutenção dos enfermos (Colônia Souza Araújo. Relatório Histórico, 1992).

No governo de Jorge Kalume foi feita uma alteração organizacional e administrativa na Secretaria Estadual de Saúde e Serviço Social. Foi criada a Fundação Hospitalar do Acre, qualificada como órgão descentralizado com a finalidade de prestar assistência médico-odontológico-hospitalar gratuitamente a quem buscasse esses serviços, bem como atender os beneficiários do Instituto de Previdência do Acre. Essa fundação integrava a mesma secretaria e seu orçamento fazia parte do orçamento do estado. A fundação compreendia as seguintes unidades: Hospital de Clínicas Oswaldo Cruz, Hospital Infantil Yiolanda Costa e Silva, Hospital dos Tuberculosos Manoel de Abreu e os hospitais de Brasília, Feijó, Cruzeiro do Sul e Sena Madureira. A Lei n°. 430 de 24 de fevereiro de 1971, criou a estrutura organizacional de entidade, porém postergou a criação do seu estatuto para uma data futura e o mesmo seria aprovado por decreto (Assembléia legislativa. Leis Ordinárias e Complementares. 1963-1999).

Os discursos oficiais dos governos do período militar apresentavam grandes realizações, porém os documentos oficiais não retratavam a situação da maioria da população. Em 1969, a Igreja Católica local denominada de Prelazia do Acre e Purus produziu um documento expondo a situação de crise e pobreza no Acre. Na avaliação desse documento a maioria da população estava extremamente empobrecida, com uma estimativa de 80% de analfabetismo e os serviços de saúde foram considerados muito precários, insuficientes e ineficientes. Os hospitais de Rio Branco somavam 168 leitos, incluindo os filantrópicos e a Maternidade Bárbara Heliodóra. Os registros precários da época não permitiam apresentar números sobre a morbidade, porém a percepção das lideranças da

Igreja foi de haver altos índices de hanseníase, tuberculose bem como de mortalidade infantil (Grotti, 1969).

Em março de 1971, iniciou-se no Acre o governo de Francisco Wanderley Dantas com uma clara identificação do seu ideário com os governos do regime militar. No plano desse governo constava que o mesmo adotava por princípio o novo ideário sócio-econômico-político inspirado no movimento “revolucionário” de 1964. Seu governo pretendia preparar uma infra-estrutura geral no Estado do Acre que possibilitasse um trabalho rentável para a população. Os planos governamentais procuravam compatibilizar o seu plano de ação com o Plano Nacional de Desenvolvimento de forma a somar esforços na busca de melhorias para a gente do Acre. Os planos específicos para a saúde pública tinham por inspiração os planos nacionais de desenvolvimento e os programas nacionais de saúde pública. Nos discursos oficiais consta que seriam feitos investimentos maciços na infra-estrutura econômica e social. O governo estadual apelava ao poder central da república para o mesmo prestar a sua “interveniência” ao considerar a condição financeira do Estado do Acre incapaz de resolver suas obrigações em curto prazo (Dantas, 1971; Acre. Mensagem ao Legislativo, 1975).

Na esfera federal havia sido criado o Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social que permitia financiar com recursos da previdência a expansão do parque hospitalar privado. Em 1975, estabeleceram-se as competências da iniciativa privada e as do setor estatal na área da saúde para as ações de saúde pública (não rentáveis) e as da atenção médica (rentáveis), com intermediação da previdência social (Almeida, Chioro, Zione, 2001).

Na sintonia com a esfera federal o Governo Dantas propunha a implantação de um modelo de atenção fundamentado em um complexo Médico-Hospitalar com unidades hospitalares em todos os municípios do Acre e o centro desse complexo pretendia ser o

Novo Hospital de Base projetado para Rio Branco. O Hospital passou a ser “encarado” como empresa de saúde, concentrando serviços de medicina profilática, curativa e de reabilitação. A política concebida tinha por finalidade transformar a rede médico-hospitalar na base e no instrumento principal de assistência à população, pela implantação de um sistema funcionalmente hierarquizado e fisicamente interiorizado, reunindo todas as condições necessárias para desenvolver a ação de Medicina Integrada. Em 1974, o Hospital Oswaldo Cruz foi ampliado e se projetou o hospital de clínicas denominado de “Hospital de Base” com capacidade para 120 leitos. Esse hospital foi projetado para ser o centro do modelo de atenção para onde deveria convergir toda a rede hospitalar (Dantas, 1971; Acre. Mensagem ao Legislativo, 1975).

O quadro a seguir apresenta os números de unidades hospitalares no Acre em 1974. No mesmo período a população era estimada em 222.500 habitantes, sendo 80.000 concentrada em Rio Branco. Nos relatos oficiais da época a rede hospitalar era considerada satisfatória em relação ao tamanho da população e na distribuição das unidades nos municípios (Acre. Mensagem ao Legislativo, 1974).

Quadro 1. Rede Hospitalar do Acre em 1974. nº. de Unidades, nº. de Leitos, Características e Localização

Nº. de Unidades	nº. de leitos	localização e características	
1	48	Hospital Geral	Cruzeiro do Sul
3	186	Hospitais públicos	Rio Branco
4	181	Casas de Saúde	Rio Branco e interior
1	100	Hospital Filantrópico	Rio Branco
1	-	Hospital especial em TB	Rio Branco
2	-	Hospitais Colônia	Rio Branco e Cruzeiro do Sul

Fonte: Acre. Mensagem ao Legislativo, 1974

Nesse período em que a Secretaria Estadual enfocava o modelo do complexo médico-hospitalar no centro dos serviços de saúde as relações com a esfera federal de governo resultaram em diferentes convênios que permitiram a implementação ou continuação de serviços. Em 1973, foi feito um convênio com a Central de Medicamentos (CEME) do Ministério da Saúde para atender a demanda de medicamentos em todos os municípios. O FUNRURAL ampliou os subsídios aos Hospitais do Estado para melhorar equipamentos e capacitar pessoal. O INPS ressarcia despesas hospitalares e completou salários de médicos e dentistas do interior. Houve uma complementação financeira da Divisão Nacional de Lepra, outras complementações da Divisão Nacional de Saúde Mental e da Divisão Nacional de Tuberculose. A Legião Brasileira de Assistência firmou convênio para a manutenção de Unidades de Assistência ao Parto e Unidade de Proteção ao Pré-Escolar. Nesse convênio foram atendidos quatro Hospitais, Educandários e “casas de desajustados sociais” (Id., Ibid.).

O ideário militar também estava presente em iniciativas de setores fora do governo estadual envolvidos com a saúde pública. O Hospital Geral de Cruzeiro do Sul, inicialmente denominado Juscelino Kubitschek, foi motivo de mobilização de pessoas residentes nessa cidade para colocar o mesmo em funcionamento. Em 1971, o bispo D. Henrique da Igreja Católica local e o comandante da guarnição do Exército 1º. BEC de Cruzeiro do Sul uniram-se em um movimento para que o hospital fosse concluído e colocado em funcionamento. A construção dessa casa de saúde levou 30 anos, tendo sido iniciado no governo de Valério Magalhães no final da década de 1950. Mesmo com o hospital não estando em funcionamento foram contratados funcionários supostamente ocupados nos serviços que deveriam existir. Em setembro de 1971 D. Henrique convidou cinco Irmãs da Congregação de Nossa Senhora, no Rio Grande do Sul, para trabalharem no hospital então inaugurado. Esse grupo das Irmãs trabalhava em regime de 24 horas, em revezamento nos serviços de enfermagem, sala de parto, auxílio nas cirurgias e cozinha. A administração e manutenção da instituição eram da Secretaria Estadual de Saúde (Klein, 2002; Universidade Federal do Acre, 1994).

1. 5. A SITUAÇÃO DE TERRITÓRIO FEDERAL FOI POUCO ALTERADA COM AS INFLUÊNCIAS DO REGIME MILITAR

Os governos nomeados pelo regime militar pouco alteraram a situação anterior do Acre Território Federal. O governo constitucional foi substituído pela prática autoritária juntamente com uma política federal que implantava grandes projetos com fortes influências em toda região. A seguir serão situados acontecimentos na Amazônia durante o regime militar que caracterizam as influências diretas da esfera federal onde os governos locais tinham pouca participação nos processos decisórios. Em muitos momentos as políticas federais causaram intervenções e mudanças em que as esferas estaduais e municipais tiveram papéis subalternos ou foram instrumentos da esfera federal. Para Rêgo (2002), houve na década de 1960, um esforço do governo federal para *integrar a Amazônia na economia nacional* e assim fazer da região um espaço de expansão das relações capitalistas a partir dos pólos de capital do centro sul do país. O governo militar sob a presidência de Castelo Branco fomentou uma geopolítica para a Amazônia ancorada na doutrina da segurança nacional e a implantação de pólos industriais. Para o autor, a ação federal para integrar a região teve como consequência um cenário de dependência de capitais nacionais e investimentos estrangeiros, a terra foi usada como meio de defesa da poupança de grandes investidores, houve uma frente de colonização, expansão dos trabalhadores e tentativas de adaptação de uma estrutura agrária concentrando terras para a agroindústria. Para fomentar os investimentos na região foram criados incentivos fiscais com a intervenção do Estado para a expansão da infra-estrutura econômica e social. O Estado pretendia induzir a iniciativa privada para investir na indústria, agropecuária, agroindústria, comércio e serviços.

Com as sucessivas políticas federais na Amazônia incluindo diversos programas ao longo das décadas de 1960 e 1970 houve, sob influência da esfera federal, a consolidação de pólos regionais importantes como Manaus e Belém, porém os aparelhos dos estados mantinham estreitas relações com o capital comercial tradicionalmente importante na região. Uma pequena parcela das políticas federais tinha como alvo melhorias diretas para a população local como foi o caso do PROBOR nas suas várias edições na tentativa de fortalecer a produção da borracha natural. Esse programa foi criado pelo Decreto Lei nº. 1232 de 17 de julho de 1972, para fomentar a produção da borracha natural. Embora tenha havido tentativas de fomentar a produção amazônica os resultados e propalados sucessos do programa foram escassos (Id., Ibid.).

O quadro 2 apresenta uma síntese das instituições criadas pelo governo federal para viabilizar suas políticas na Amazônia. Algumas instituições existentes foram substituídas para a nova situação do regime militar com maior abrangência nas suas finalidades. Em todos os casos havia o envolvimento de vários órgãos federais formando organizações de grande alcance na região e ampliando a esfera federal.

Quadro 2. Institucionalização das Ações do Governo Federal na Amazônia Durante o Regime Militar.

Ato de governo	Proposições governamentais e campos para intervenção	Setores envolvidos
Decreto Lei nº. 5.122 de 28 de setembro 1966.	Modificou o Banco de Crédito da Amazônia para Banco da Amazônia SA BASA. Finalidades: executar a política de crédito para o desenvolvimento econômico e social do governo federal para a região; exercer a função de agente financeiro da SUDAM; atuação de agente financeiro regional na aplicação de recursos captados interna e externamente, incluindo o Fundo para Investimentos Privados no Desenvolvimento da Amazônia - FIDAM. A mesma lei também criou o FIDAM, cujas fontes originavam-se de 1% da renda tributária da união, operações das “obrigações” do BASA, deduções de impostos, subvenções e outros.	O BASA envolvia, órgãos federais em ações do Estado para incentivar agentes financeiros nas iniciativas empresariais e também os governos estaduais em programas de incentivos econômicos na Amazônia.
Decreto Lei nº. 5.173 de 27 de outubro 1966.	Extinguiu a Superintendência do Plano de Valorização da Amazônia e criou a Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia SUDAM. Finalidade: elaborar o plano de valorização econômica da Amazônia; coordenação das atividades dos órgãos e entidades federais; julgamento de projetos e empreendimentos privados de interesse na região visando a concessão de benefícios fiscais ou colaboração oficial; atuar como agente financeiro para aplicações na região, entre eles o Fundo de Investimentos Privados de Desenvolvimento da Amazônia – FIDAM.	A SUDAM, BASA e FIDAM constituíam o instrumento de intervenção do Estado na economia através da execução de políticas do governo federal visando o fomento de grandes investimentos privados.
Lei nº 5.174 de 27 de outubro de 1966.	Criação do sistema de incentivos fiscais, extensivo aos capitais estrangeiros. Finalidades: isenção de imposto de renda aos empreendimentos instalados ou a serem instalados na Amazônia.	Órgãos federais, investidores, bancos empresas. Uma ampla rede de investimentos.
Decreto Lei nº. 288 de 28 de fevereiro	Criou Zona Franca de Manaus. Finalidades: reunir um conjunto de incentivos fiscais nos âmbitos das esferas federal, estadual e municipal para a	Órgãos federais, estaduais do Amazonas e do município de Manaus, investidores e

1967. implantação de um pólo industrial em empresas. Manaus. Atrair para o pólo de Manaus indústrias nacionais ou estrangeiras nos setores metalúrgico, eletrônico e relojoeiro.
- Decreto Lei nº. 1.110 de 09 de julho de 1970. Criou o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – INCRA. (assumindo funções de dois órgãos anteriormente ocupados com assuntos de terra). Finalidades: operacionalizar as ações do governo federal na colonização em larga escala na Amazônia, alocando áreas conforme as estratégias econômicas e ocupação demográfica. Órgãos federais, governos estaduais, empresas rurais, investidores e trabalhadores.
- Decreto Lei nº. 1.179 de 06 de julho de 1971. Criação do Programa de Redistribuição de Terras e de Estímulo à Agroindústria no Norte e Nordeste – PROTERRA. Finalidades: Criar condições de acesso a terra em pequenas e médias propriedades. Aplicava 20% dos fundos dos incentivos fiscais nas suas atividades. Esse programa foi ampliado posteriormente pelo Programa de Pólos Agropecuários e Agromineirais da Amazônia-POLOAMAZÔNIA criado pelo Decreto nº. 74.607, de 25 de setembro de 1974. Finalidades: promover as potencialidades agropecuárias agroindustriais, florestais e minerais. Orientação empresarial. Órgãos federais, empresas rurais e agroindustriais, investidores, empresas mineradoras e trabalhadores rurais.
- Decreto Lei nº. 1.106 de 16 de junho de 1970. Criou o Programa de Integração Nacional – PIN. Finalidades: operacionalizar os incentivos fiscais, direcionando-os para a agropecuária e agroindústria; viabilizar a construção da Transamazônica, o eixo transversal do Nordeste à Amazônia e a estrada Cuiabá Santarém; colonização maciça ao longo da Transamazônica; levantamentos topográficos e de recursos naturais. Órgãos federais, governos locais, empreiteiras, trabalhadores rurais, empresas rurais, agroindústrias.

1. 6. A INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E IMPLANTAÇÃO DA REDE DE UNIDADES BÁSICAS NA PERIFERIA DE RIO BRANCO

As mudanças de prioridades nos serviços de saúde do Acre a partir de 1975, foram decorrentes da implementação de novos programas de saúde pública da esfera federal. Inicialmente foram organizadas equipes para a interiorização das ações de saúde formadas por um médico, um cirurgião dentista e vacinadores. A secretaria de saúde passou a denominar essas atividades de “Ações Simplificadas de Saúde” para o interior mediante a programação de atendimentos. Nesse período as ações curativas dessas equipes ainda formavam a principal atividade, mesmo com essa interiorização foram mantidas as tradicionais atividades ambulatoriais consideradas curativas e com baixos impactos na prevenção das doenças. O público alvo era majoritariamente a população do interior (Klein, 2002).

A partir de 1976, foram centralizados todos os convênios da secretaria de saúde com a esfera federal. O FUNRURAL cobria importantes despesas como as do Pronto Socorro e de ações de saúde nos municípios (Acre. Mensagem ao Legislativo, 1977). Nesse período, no governo de Geraldo Mesquita, foi implementado no Acre o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS. A concepção do PIASS foi adaptada para a implantação no Acre, visando ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e foi considerado muito eficaz na década de 1970. O programa preparava agentes de saúde para atuar nos níveis iniciais da atenção à saúde. A Secretaria Estadual de Saúde do Acre fez avaliações do programa, considerando os resultados alcançados muito positivos. A avaliação considerou o aporte de recursos obtidos pela esfera estadual para implementar as

atividades sem menção sobre a efetividade dos serviços (Klein, 2002; Acre. Mensagem ao Legislativo, 1977).

Em 1977, foram destinados 19% do orçamento de Estado do Acre para os serviços de saúde, porém esse orçamento era composto majoritariamente com recursos financeiros de origem federal. Algumas fontes de recursos para a saúde foram empréstimos da Caixa Econômica Federal, Convênios com o Ministério da Previdência, FUNRURAL e INPS. Nesse período consta a modernização, ampliação e novo aparelhamento da rede hospitalar. Foram concluídas as obras do Hospital de Clínicas, com 130 leitos e do Hospital de Doentes Mentais com 60 leitos. Foram instalados os laboratórios de saúde pública de Rio Branco e de Cruzeiro do Sul, bem como o Centro Regional de Hemoterapia. Com os órgãos federais o estado obteve “inestimáveis” benefícios, entre eles o Ministério da Previdência e Assistência Social. No âmbito estadual foi feita uma racionalização da administração pública com o Instituto de Desenvolvimento de Recursos Humanos que repercutiu na saúde pública na aludida melhoria e racionalização das condições de trabalho dos profissionais (Acre. Mensagem ao Legislativo, 1977; Id. 1978).

A partir de 1979, a Secretaria Estadual de Saúde do Acre recebeu reforços orçamentários do Ministério da Saúde, da Previdência Social, da Superintendência da Borracha - SUDHEVEA e da Superintendência de Desenvolvimento da Zona Franca de Manaus – SUFRAMA. Com isso, foi instalado o Hospital Distrital com internamento misto de 30 leitos para doentes mentais e 20 leitos para atingidos por tuberculose. Foi iniciado o programa de assistência ao seringueiro a partir de recursos do incentivo à produção da borracha, denominado PROBOR II. A assistência ao seringueiro não alcançou o interior por falta de organização, ficando em algumas sedes de municípios com atendimentos

hospitalares. As ações dos programas materno-infantil, dermatologia sanitária, imunização e pneumologia foram intensificadas. O PIASS foi intensificado com a criação de postos de saúde em localidades do interior, treinamento de agentes de saúde e atendimentos de médicos e dentistas. As ações de saneamento nas moradias previstas nesse programa não foram realizadas (Acre. Mensagem ao Legislativo, 1978).

Durante a década de 1970, a interiorização das ações de saúde foi uma das prioridades na Secretaria de Saúde do Acre e isso proporcionou mudanças no início da década de 1980 devido as influencias da esfera federal. O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREVSAÚDE, foi apontado como inspirador para um novo ordenamento do modelo de prestação de serviços de saúde, melhor distribuição de profissionais e adequação da estrutura dos serviços à realidade local. A Secretaria de Saúde considerou o seu modelo assistencial orientado através de ações integradas de saúde, por ações horizontais e não verticais. Em Rio Branco, foi formada uma rede de sete centros de saúde. No interior do estado foram criados sete centros de saúde, seis unidades mistas e 35 postos de saúde. Na área atendida com recursos da SUDHEVEA havia 82 postos de saúde. Com essa rede funcionando havia os seguintes programas de saúde pública organizados: Pneumologia, Dermatologia, Materno-Infantil e PIASS com atendimentos médicos, odontológicos e de enfermagem (Acre. Mensagem ao Legislativo, 1981).

A implantação da rede de centros de saúde, principalmente em Rio Branco iniciou uma nova fase nos serviços com os seus programas de saúde, entre eles o de controle da tuberculose e materno-infantil. O período entre 1978 a 1980, foi considerado muito produtivo na Secretaria de Saúde do Acre pela organização de programas com os cadastramentos e registros. Além das unidades na periferia de Rio Branco foram

intensificados ações de atendimento no interior com os barcos de saúde e outras unidades móveis, bem como a formação de agentes de saúde, baseada no modelo e na experiência do PIASS (Klein, 2002; Acre. Mensagem ao Legislativo, 1981).

As relações da Secretaria Estadual de Saúde do Acre com a esfera federal de governo no final da década de 1970, na fase de interiorização das ações e implementação da rede de serviços básicos continuaram com o estabelecimento de convênios. A vigência na Amazônia do programa federal de incentivo da produção da borracha natural Probor II possibilitou ampliar serviços de saúde no Acre. Na vigência desse programa a Secretaria Estadual de Saúde manteve um convênio com a superintendência de desenvolvimento da borracha – SUDHEVEA para custear serviços e interiorizar ações de saúde destinadas ao atendimento dos seringueiros (Acre. Mensagem ao Legislativo, 1979).

1. 7. NOVAS RELAÇÕES COM A ESFERA FEDERAL, A RETOMADA DA DEMOCRACIA, NOVO GOVERNO E SITUAÇÕES ANTIGAS A PARTIR DA ELEIÇÃO DE 1982

A fase de redemocratização a partir de eleição de 1982, colocou um novo discurso por parte das lideranças políticas para os serviços de saúde pública. O governador eleito no Acre em 1982, pelo PMDB, foi uma conhecida liderança do antigo PTB que antes dessa eleição foi deputado na legislatura que elaborou a primeira Constituição Estadual promulgada em 1963 (Folha do Acre. Rio Branco, 01-08-1965). As diretrizes desse governo, apresentadas em 1983, chamavam a atenção o fato de ter sido um governo eleito e que pretendia aproximar-se do povo, implantando um modelo de promoção social. A saúde seria para toda a população, pela prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação. A política de saúde seria planejada nos limites das suas possibilidades do governo (Nabor Jr., 1983).

As unidades de serviços enfatizadas no plano de governo foram os centros e os postos de saúde, tanto nas periferias urbanas como na zona rural. O plano também enfatizava a descentralização com atividades dirigidas à criança, à mulher, à prevenção e ao controle das doenças transmissíveis. O saneamento básico passaria a ser uma questão de saúde pública. O novo governo incluiu em seu plano a garantia do abastecimento de água e a implantação de esgotos sanitários (Id.).

Mesmo com o discurso democrático apontando um novo direcionamento nos serviços de saúde, as mudanças na condução dos serviços não foram significativas. Continuaram os programas do governo anterior como o programa de interiorização das ações com a formação de Agentes de Saúde. Foi um programa importante que teve

continuidade em 1983, bem como os programas e a organização das unidades de saúde nas periferias urbanas, notadamente os centros de saúde em Rio Branco (Klein, 2002).

Os Postos de Saúde eram alvo da atenção administrativa para dinamizar a atenção básica. Os agentes comunitários de saúde recebiam formação para melhorar seus serviços, compreendendo a atenção primária nos âmbitos das comunidades. Com a formação pretendia-se fornecer elementos de uma educação comunitária para a saúde bem como o agente deveria estar preparado para tratar as patologias mais freqüentes em comunidades mais distantes. Para viabilizar a atenção primária no interior do estado a Secretaria Estadual de Saúde contava com recursos financeiros de um convênio com a Superintendência da Borracha, Sudhevea (Ministério da Saúde, 1985; O Rio Branco. Rio Branco, 24/03/1985).

No período do governo democrático também tiveram continuidade os programas verticais implementados pelo Ministério da Saúde com organizações específicas para finalidades determinadas no âmbito federal. No Acre, a ação vertical do Ministério da Saúde tem uma história importante relacionada à malária. Conforme foi mencionado acima essa doença é um antigo problema de saúde na região e seu recrudescimento está relacionado às migrações. Na década de 1950, essa doença era a maior causa de óbitos no Acre, sendo apontada como causa do baixo rendimento no trabalho (Guerra, 1955). O primeiro serviço específico do Ministério da Saúde no Acre para combater a endemia da malária foi o núcleo da Campanha de Erradicação da Malária – CEM, em 1962 ligado ao setor dessa organização no Amazonas. Em 1963, foi criado o setor da CEM no Acre que funcionava concomitante ao Departamento Nacional de Endemias Rurais – DENERU, também presente no estado. Posteriormente, essas organizações passaram por mudanças a partir do Ministério da Saúde com a criação da SUCAM que foi a organização responsável

para as ações contra a malária. No Acre a Diretoria Regional da SUCAM foi criada em 1976 (Klein, 2002).

Com o aumento da colonização no Acre no início da década de 1980, a endemia de malária teve um recrudescimento. Em 1984, a Diretoria Regional da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública –SUCAM no Acre apresentou um relatório informando sobre o recrudescimento da malária no Estado. Os projetos agropecuários, abertura de estradas, migração de colonos vindos de outros estados e o remanejamento de seringueiros dos seringais desativados foram relacionados com o recrudescimento da doença. A grande maioria dos casos de malária ocorria ao longo das estradas dos projetos de colonização. Em 1984 chegou a 98,5% dos casos nos municípios onde há esses projetos com suas estradas (SUCAM. Acre, 1984). As ações realizadas para fazer frente ao recrudescimento da doença consistiam em: borrifação dos domicílios com o inseticida DDT, levantamento de criadouros de vetores com a drenagem dos mesmos ou tratamento com óleo queimado, busca dos casos da doença e tratamento dos enfermos e outras atividades (Id., Ibid.).

A estrutura organizacional da Secretaria Estadual de Saúde do Acre implantada em 1964 foi mantida até 1986, apesar das mudanças governamentais do período. Foram implementadas mudanças organizativas que foram motivadas por mudanças no Ministério da Saúde. Com a reforma a Secretaria passou a contar com novas coordenadorias e uma nova organização passou a contar com novas coordenadorias e uma nova organização de departamentos para possibilitar a atuação nos níveis central e local. A Secretaria pretendia relacionar as chefias e coordenações com as unidades prestadoras de serviços. A reforma organizacional criou um núcleo do tesouro do estado para o orçamento da verba estadual, um núcleo específico para a verba do INAMPS e um núcleo para as verbas repassadas pelo

Ministério da Saúde. Havia distintos financiamentos dos diversos programas federais destinados às atividades da Secretaria (Acre. Relatório de Atividades, 1986). A reforma foi uma adequação da Secretaria às regras financeiras da esfera federal.

1.7.1. As Ações Integradas de Saúde – AIS Iniciando a Descentralização

As Ações Integradas de Saúde – AIS que foram implementadas em conjunto pelos Ministérios da Previdência e Assistência Social, da Saúde e da Educação em 1984, tinham a finalidade de integrar as diferentes instituições prestadoras de assistência à saúde (Ministério da Previdência, 1984: 1-4). As iniciativas de mudanças nos serviços de saúde, propostas nas Ações Integradas de Saúde estenderam-se ao Acre onde aconteceram importantes reuniões entre o pessoal da Secretaria Estadual de Saúde e equipes de trabalho do Ministério da Saúde. As reuniões com o pessoal das duas esferas de governo para a implantação das AIS foram importantes para a organização do sistema de saúde do Acre (Klein, 2002).

Na implantação das AIS no Acre foi feita a instalação da Comissão Interinstitucional de Saúde – CIS em 27 de julho de 1985. Segundo o regimento interno dessa Comissão a mesma era referenciada pelas diretrizes emanadas da política de saúde dos Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, da Educação, do Plano Estadual de Desenvolvimento. Sua competência era definir, coordenar e promover a política das AIS no Acre, compatibilizar recursos humanos, físicos e financeiros. A Comissão era formada pelo secretário estadual de saúde, superintendente do INAMPS, Delegado Federal de Saúde, Reitor da Universidade Federal do Acre, Representante do Ministério da Educação e dois Representantes Comunitários (Comissão Interinstitucional de Saúde. Regimento Interno, 1985). No Acre, houve uma inversão da seqüência

hierárquica na instalação das Comissões Interinstitucionais. As Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde – CLIS, que deveriam preceder a comissão de abrangência estadual foram criadas num segundo momento. Foram criadas apenas quatro Comissões Locais nos municípios que por falta de interesse dos prefeitos não funcionaram (Klein, 2002).

As Ações Integradas de Saúde no Acre receberam fortes críticas em uma avaliação por parte de uma representante do INPS em visita à região de Rio Branco. Segundo a avaliação, essas ações estavam sendo executadas com falta de compromisso, sem planejamento e gerência. Nas AIS, teria ocorrido uma seqüência de erros, de omissões e confusão. Segundo a mesma avaliação a Comissão Interinstitucional de Saúde estava em desintegração, com grande rotatividade dos seus integrantes e indefinição quanto às diretrizes para a condução do processo de planejamento de saúde no estado (INAMPS. Coordenadoria de Integração da Região Norte. Relatório de Viagem de 1986).

No período de implantação das AIS, a Secretaria de Saúde do Acre implementou diversas atividades como a formação de pessoal e ampliou o atendimento ao público. Foram construídos hospitais, centros e postos de saúde. No mesmo período estavam em vigor os convênios com o INCRA, SUDHEVEA e FINSOCIAL. Porém, ao mesmo tempo em que foram ampliados serviços aconteceu a desativação do núcleo de saneamento da Secretaria Estadual de Saúde, a paralisação do programa de saúde mental e ocorreram graves problemas com a vacinação, expondo as graves deficiências nas atividades do programa de vacinação e também em unidades de serviços da Secretaria. Além disso, havia deficiência de recursos humanos e problemas financeiros para custear as atividades da Secretaria (Acre. Relatório de Atividades, 1986).

No cenário da implantação das AIS, a Secretaria Estadual de Saúde do Acre deu sinais de uma crise perceptível em sucessivos episódios. No início de agosto de 1985, o secretário estadual de saúde declarou a um jornal de Rio Branco que políticos do PMDB, seu partido, pretendiam tirá-lo do cargo. No interior dessa secretaria havia setores com funcionários que não obedeciam ao secretário, o que causava divergências entre setores da Secretaria. Uma das divergências levantadas foi de que o secretário estava priorizando os serviços dos centros e postos de saúde em detrimento de outros setores. Os setores supostamente afinados com o secretário foram a diretoria de saúde pública, programa de interiorização de saúde e saneamento e o programa materno infantil. Havia um grupo de profissionais de uma universidade do Nordeste cedidos à secretaria que ocupavam cargos nesses setores. Com esse grupo mais afinado com o secretário as divergências com os políticos do seu partido aumentaram até ser explicitada uma exigência de que fosse demitida toda a equipe da saúde pública composta por profissionais da Universidade do Nordeste. A crise tomou abrangência estadual o que motivou uma grande assembléia dos funcionários da secretaria na frente do prédio da mesma. Ocorreram discursos inflamados a favor da equipe de saúde pública, bem como houve pronunciamentos de políticos contra. Por outro lado, havia um grupo de deputados do Vale do Juruá expressando repetidas manifestações de apoio ao secretário estadual, que era dessa região. Diversos setores dos serviços entraram em greve a favor do secretário. No dia 06 de agosto, houve uma manifestação dos trabalhadores da saúde em frente ao Palácio Rio Branco em solidariedade ao secretário e sua equipe. Nessa manifestação houve uma participação de representantes do sindicato que reunia os seringueiros da região de Xapuri. Havia agentes comunitários de saúde que ampliavam a cobertura de serviços no interior dos seringais e lideranças sindicais, como Chico Mendes, que tinham interesses em estender a política de saúde para

os seringueiros. Ao mesmo tempo alguns profissionais de saúde da Secretaria Estadual apoiavam os seringueiros e em atividades conjuntas trabalhavam para a interiorização da política de saúde e o atendimento no interior do estado. Entre os profissionais apoiadores dos seringueiros estava a equipe da Diretoria de Saúde Pública (O Rio Branco. Rio Branco, 01/08/1985; Id., 02/08/1985; Id., 06/08/1985; Weiss, 2008).

Em repetidas reuniões entre o governador e os políticos do PMDB foi tomada a decisão de demitir toda a equipe de saúde pública da Secretaria Estadual de Saúde. O secretário José Alberto foi coerente com os seus auxiliares e pediu demissão do cargo. A explicação do governador para a demissão da equipe foi de que um Senador da República era muito importante para o PMDB. Nas divergências entre a equipe de saúde pública e o senador, o governador escolheu pela manutenção do seu grupo partidário. No dia seguinte às demissões foi empossada a nova secretária estadual de saúde. No ato de posse o governador teceu alguns elogios ao secretário demissionário, falou de uma anistia na Secretaria de Saúde, num sinal claro de recriminação à equipe demitida. No contexto de crise na saúde do Acre havia notícias da baixa capacidade resolutiva de rede de serviços, um aumento da demanda pela atenção secundária e um cenário de insuficiência de recursos humanos e financeiros. O que se seguiu na Secretaria Estadual de Saúde após a demissão dessa equipe foi uma quebra na saúde pública do Acre, prevalecendo a manutenção dos serviços hospitalares que justificavam uma acomodação dos grupos de interesse com maior influência no governo (O Rio Branco. Rio Branco, 09/08/1985).

1. 8. O SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE, AS NOVAS REGRAS PARA A ESFERA ESTADUAL, E A PERSISTÊNCIA DA CRISE NOS SERVIÇOS

A implantação do SUDS no Acre iniciou com importantes acordos estabelecidos entre a Secretaria Estadual de Saúde e a esfera federal de governo transferindo importantes recursos para a esfera estadual. Houve uma ampliação no papel dessa Secretaria, estabelecendo uma nova relação com os municípios que receberam a incumbência de criarem os seus serviços de saúde.

No final da década de 1980, a Secretaria Estadual de Saúde do Acre assumiu a gestão das unidades assistenciais do INAMPS no estado. Com isso iniciou a descentralização dos serviços de saúde para a esfera estadual. O convênio SUDS – 01/88 entre o Ministério da Previdência Social, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério do Trabalho e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAPS com o governo do Estado do Acre, transferiu para o estado a gestão das unidades assistenciais do INAMPS, também cedeu bens e transferiu recursos financeiros. O convênio foi seguido de termos aditivos cujo principal objeto foi a transferência de recursos financeiros para a Secretaria de Saúde do Acre. Os acordos previam que projetos e atividades decorrentes dos mesmos seriam programados e orçados através de um instrumento único, ou seja, a “Programação e Orçamentação Integrada”. Os recursos financeiros repassados da esfera federal para o estado deveriam ser suficientes para o pleno funcionamento das unidades assistenciais. O Estado do Acre deveria garantir o funcionamento da rede de unidades, promovendo a sua recuperação física e novo equipamento, dotando-a de resolutividade (Ministério da Previdência e Assistência Social. Convênio – SUDS, 01/88).

No convênio estava previsto estimular e proporcionar condições aos municípios para a sua adesão e integração ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, compatibilizando esse sistema com a política nacional de saúde.

As mudanças adotadas pela Secretaria Estadual de Saúde na seqüência desse acordo foram de implementar mudanças organizativas na sua estrutura. Uma importante iniciativa para implantar o SUDS foi ampliar a estrutura administrativa da secretaria com redistribuição de cargos. A Lei nº. 923 de 11 de dezembro de 1989, reorganizou setores e departamentos da secretaria e prevendo três unidades descentralizadas regionais no Estado, ou seja, a regional de Brasília, Rio Branco e Cruzeiro do Sul. Somente na estrutura central da secretaria havia 15 cargos de chefia nos diferentes setores e departamentos além do secretário estadual (Acre. Diário Oficial, 18/12/1989).

Em fevereiro de 1990 foi organizado o SUDS regional de Brasília que contava com uma diretoria regional, diretoria administrativa, assessoria técnica e quatro seções, incluindo finanças. Todas as unidades de saúde dos municípios de Xapuri, Brasília e Assis Brasil passaram para o âmbito dessa regional além de atividades de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, planejamento, coordenação e articulação entre os serviços (Id., 01/03/1990).

Em março de 1990, foi instituída a regional SUDS de Cruzeiro do Sul. Seu alcance era sobre quatro municípios adjacentes. A estrutura organizacional e atribuições eram semelhantes à regional de Brasília (Id., 02/04/1990.).

Na avaliação da própria Secretaria Estadual de Saúde a sua adesão ao SUDS significou vantagens para a ampliação de serviços, construções e adaptações às realidades, regional e local. Com o SUDS foram criadas condições para a construção, ampliação,

reformas e aparelhamentos da rede de serviços, bem como o novo ordenamento da estrutura organizacional (Acre. Relatório de Atividades, 1989).

O SUDS do Acre foi implantado sob o governo estadual de Flaviano Melo no período de 1987 a 1991. Este governo apresentou no seu plano de trabalho um discurso segundo o qual o Acre tinha a necessidade de buscar soluções próprias para os seus problemas e as mesmas deveriam ser voltadas para as realidades locais. Para a saúde o plano de governo propunha a interiorização e descentralizações das ações. Para a assistência à saúde havia a previsão da sua concretização nas unidades sanitárias, a partir das mais simples. O plano também propunha a reestruturação dos serviços assistenciais com a universalização dos mesmos (Melo, 1987).

O quadro 3 mostra a rede de unidade prestadoras de serviços de saúde em 1989 que na avaliação da Secretaria Estadual de Saúde apresentava um número de unidades que possibilitava o atendimento da população, bem como uma distribuição geográfica para todo o estado. Por outro lado, havia a ressalva de uma concentração maior em Rio Branco. Em um período de crises nos serviços de saúde esses números de unidades prestadoras de serviços indicavam que a Secretaria Estadual de Saúde cumpria o seu papel nos serviços (Acre. Relatório de Atividades, 1989).

Quadro 3. Rede de unidades prestadoras de serviços de saúde no SUDS do Acre em 1989 de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde e conveniados

	19 Centros de Saúde
	219 Postos de Saúde
Rede de Unidades Básicas de Saúde.	1 Laboratório Regional
	12 Laboratórios Locais
	8 Consultórios Odontológicos em escolas
	1 Unidade Ambulante Rural
	13 Hospitais
Rede Hospitalar Estadual	5 Unidades Mistas (total de 838 leitos)
	2 Santas Casas
Rede Conveniada	1 Hospital Filantrópico

Fonte: Acre. Relatório de Atividades, 1989

Com a ampliação do papel da Secretaria Estadual de Saúde do Acre no SUDS a rede de prestação de serviços foi ampliada com uma unidade de referência estadual. Em setembro de 1989, foi criada a Fundação Hospitalar do Acre, uma entidade com personalidade jurídica de direito privado, vinculada à Secretaria de Saúde, com a finalidade de prestar assistência médico-hospitalar em todos os níveis de atenção à saúde, proporcionar treinamento à estudantes, técnicos e profissionais; promover cursos, investigação e pesquisa. Suas receitas podem originar-se de subvenções da União, Estado ou Municípios, da prestação de serviços e outras fontes. A prestação de contas da administração financeira anual é feita ao Tribunal de Contas do Estado do Acre.

A implantação do SUDS no Acre significou vantagens para a Secretaria Estadual de Saúde criando condições para a adaptação da assistência à saúde de acordo com a realidade regional. As construções na rede física, ampliações, reformas e aparelhamento novo permitiram a conclusão de três hospitais, melhorias em 12 unidades de saúde e ampliações no Hemocentro de Rio Branco (Acre. Relatório de Atividades, 1989).

1. 9. A TRANSIÇÃO PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

No período de transição do SUDS para o Sistema Único de Saúde do Acre estava no governo estadual o Sr. Edson Simões Cadaxo, vice de Flaviano Melo. Em 1991, uma avaliação de uma equipe governamental considerou que a implantação do SUDS alcançou as diretrizes da integralidade, da hierarquização, da regionalização e da descentralização. Por outro lado, a avaliação constatou graves limites nos serviços de saúde e carências na estrutura física da Secretaria Estadual. Os recursos humanos foram considerados não satisfatórios para a execução das ações de saúde. Das três regionais de saúde previstas inicialmente para a descentralização dos serviços na vigência do SUDS foram implantadas apenas parcialmente duas. O sistema de informações da Secretaria Estadual de Saúde foi avaliado como frágil, desarticulado e de pouca utilidade para o planejamento em saúde. Os serviços de saúde apresentavam áreas descobertas pelas ações dos seus programas. Havia a interrupção no fornecimento de medicamentos necessários no tratamento de doenças como a tuberculose. A deficiência na rede básica não possibilitou o desenvolvimento regular dos programas de saúde pública. Setores da Secretaria Estadual de Saúde como a vigilância epidemiológica, programas especiais de saúde, administração de pessoal e outros funcionavam de forma precária (Acre. Plano Especial de Saúde, 1991).

Os acordos da Secretaria Estadual de Saúde do Acre com o Ministério da Saúde para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Acre foram gradativos. Alguns regulamentos do SUS foram produzidos enquanto os serviços ainda estavam em fase de transição. A Constituição de Estado do Acre tratou do SUS no estado quando os serviços ainda estavam em transição. Enquanto o SUDS estava sendo implementado no Acre também estava sendo elaborada uma nova Constituição Estadual. Os deputados estaduais da legislatura iniciada em 1987, foram eleitos com a função de constituintes. Elaboraram a

nova Constituição Estadual que foi promulgada em 13 de Outubro de 1989. O capítulo V, seção I do novo texto constitucional trata da saúde, onde o Art. 179 afirma que o Estado, por meio de todos os meios a seu alcance, desenvolverá ações e serviços públicos necessários à promoção, proteção e recuperação da saúde de seus habitantes, através do Sistema Único de Saúde, obedecendo aos princípios inscritos na Constituição Federal. O texto também se refere ao Plano Estadual de Saúde que deve ser em consonância com o Plano Nacional de Saúde.

De acordo com as diretrizes do Conselho Estadual de Saúde a rede de serviços deve ser regionalizada e hierarquizada, constituindo o Sistema Estadual de Saúde. Embora essa Constituição tenha se referido ao Conselho Estadual de Saúde, a sua criação foi posterior. Em 19 de dezembro de 1990, a Lei complementar nº. 29 criou o Conselho Estadual de Saúde do Acre. Ao Conselho compete baixar normas disciplinares de implantação e funcionamento do Sistema Estadual de Saúde e descentralizar suas atribuições por meio de conselhos municipais de saúde. Nessa lei as atribuições do conselho ainda apresentavam lacunas com relação à autonomia das esferas de governo (Assembléia Legislativa. Leis Ordinárias e Complementares, 1976-1999).

O aumento gradativo do papel de Secretaria Estadual de Saúde do Acre nos serviços de saúde foi efetivado com as transferências de atribuições e recursos da esfera federal. Em 1989 essa secretaria assumiu a responsabilidade da coordenação dos serviços e atividades fins do Escritório Regional do INAMPS no Acre. Isso incluiu passar as atividades ambulatoriais desse instituto para a esfera estadual (Acre. Plano Estadual de Saúde, 1991). Com isso estava assinalado o início do Sistema Único de Saúde que no governo seguinte foi ampliado com novos acordos com a esfera federal de governo e com a continuidade do processo regulatório, que também foi gradativo.

A transição dos serviços de saúde para o Sistema Único de Saúde ocorreu no contexto de um estado com especificidades nas suas relações com a esfera federal de governo. Conforme o exposto acima aconteceram circunstâncias particulares no Acre que impuseram limitações na sustentabilidade dos seus serviços de saúde e em consequência houve uma dependência em relação aos recursos oriundos da esfera federal de governo. O Sistema Único de Saúde representou a implantação de uma nova política de saúde, porém a partir da organização de serviços existentes na esfera estadual.

2. A COORDENAÇÃO DAS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO DO ACRE

2.1. AS ATRIBUIÇÕES DOS ENTES FEDERADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE, A DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NO ACRE E A MOVIMENTAÇÃO DOS ATORES POLÍTICOS

A implementação do Sistema Único de Saúde no Estado do Acre decorreu de uma transição lenta do anterior Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde; gradativamente a secretaria estadual de saúde incorporou serviços anteriormente a cargo da esfera federal de governo, recebendo transferências federais de várias ordens, criando instâncias na sua organização para adequar-se ao processo regulatório da política de saúde e iniciar o novo sistema.

A regulação da nova política tinha sua base na Lei Orgânica da Saúde e na continuidade, a operacionalização foi completada pelo texto da Resolução nº. 258 de 07 de setembro de 1991, Norma Operacional Básica 91, que foi o instrumento regulatório para iniciar a descentralização do SUS. No Acre as novas regras estavam sendo gradativamente aplicadas a fim de que os municípios assumissem as responsabilidades pelas ações de saúde nos âmbitos locais. Conforme as novas regras foram sendo elaboradas, a descentralização dos serviços era efetivada mediante o estabelecimento de convênios que expressavam os acordos entre os entes federados. O texto da NOB 91 estabelecia que o sistema de saúde seria financiado, nos termos do Art. 195 da Constituição Federal, com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos

Municípios, além de outras fontes. Com essa vinculação entre a previdência social e o Ministério da Saúde a instituição que emitiu a primeira norma operacional foi o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS (INAMPS. Resolução 258 de 07 de janeiro de 1991).

A regulação compreendia a “Unidade de Cobertura Ambulatorial” que servia de parâmetro para operações financeiras por etapas de transferências de recursos da esfera federal para o financiamento dos serviços. Devido à baixa cobertura dos serviços, as novas regras tinham o foco no acesso universal aos mesmos, com ênfase nas atividades ambulatoriais e nos programas especiais de saúde pública existentes em função de políticas anteriores no Ministério da Saúde. Cada ente federado que aderiu ao novo sistema tinha requisitos a cumprir tais como a criação local da instituição pública com estrutura capaz de elaborar um plano de saúde, criação do conselho de saúde, do fundo de saúde; o ente federado, por sua vez, deveria prover uma contrapartida para efetivar os serviços. Também estavam previstos monitoramentos e avaliações das ações, porém essa tarefa estava centrada no nível central do INAMPS que pretendia alcançar estados e municípios (Id.)

A regulamentação do SUS no Acre teve momentos distintos, com acordos estabelecidos via convênios, entre as esferas de governo, nas quais os repasses de serviços e atribuições da esfera federal para a secretaria estadual estendiam a descentralização de serviços para os municípios. Foram estabelecidas novas relações com as esferas municipais que aderiram ao novo sistema e o processo de descentralização dos serviços foi desencadeado no estado. Além disso, a regulação do SUS no estado teve um momento importante na elaboração da Constituição Estadual de 13 de outubro de 1989.

O texto constitucional incluiu os princípios e diretrizes do SUS de âmbito nacional, os deveres do Estado e os direitos do cidadão, adequando o novo código estadual à

Constituição Federal de 1988. O Art. 179, seção I do capítulo V, trata da saúde pública, afirmando que: “O Estado, por todos os meios a seu alcance e em cooperação e participação com os órgãos da União, de outros Estados e dos municípios, inclusive com entidades privadas, desenvolverá ações e serviços públicos necessários à promoção, proteção e recuperação da saúde de seus habitantes, através do Sistema Único de Saúde, obedecidos os princípios inscritos na Constituição Federal” (Mesquita Júnior, 2003). Além do texto constitucional foram criadas as instâncias locais do sistema que atendiam ao processo regulatório federal para o novo sistema. Na fase de transição os atos de governo deram seguimento à implantação do novo sistema. Inicialmente, foi criado o Conselho Estadual de Saúde pela Lei Complementar nº. 29 de 19 de dezembro de 1990, pelo Governador Edson Cadaxo. O Fundo Estadual de Saúde foi instituído pela Lei Complementar nº. 1.014 de 19 de dezembro de 1991, no governo de Edmundo Pinto. Enquanto o sistema estava sendo regulamentado, nas diferentes instâncias de governo, os acordos estabelecidos nos convênios com a esfera federal orientavam as atribuições da esfera estadual no processo de implantação da política de saúde. Os convênios firmados significavam a transferência de recursos financeiros para a viabilização dos serviços prestados pela esfera estadual. As experiências no estabelecimento de convênios com a esfera federal permitiam um ordenamento na condução dos serviços para adaptá-los ao SUS (Assembléia Legislativa. Leis Ordinárias e Complementares, 1976-1999).

O início do SUS do Acre ocorreu em uma forte disputa política para o governo estadual. No período da redemocratização no final do regime militar até 1990, o cenário político acreano apresentava dois grupos partidários com origens nos grupos anteriores aos governos militares de 1964. Esses dois grupos reuniam, de um lado lideranças do antigo Partido Social Democrático identificadas com a ARENA do regime militar e

posteriormente o Partido Democrático Social e Partido da Frente Liberal, por outro lado havia antigas lideranças do Partido Trabalhista Brasileiro identificadas com o Movimento Democrático Brasileiro que posteriormente formou o PMDB e o PDT. Essa polaridade foi alterada em 1990, com a formação da Frente Popular do Acre liderada pelo Partido dos Trabalhadores. A disputa eleitoral se deu com dois candidatos com propostas em confronto: Edmundo Pinto do PDS, anterior partidário da ARENA e Jorge Viana do PT da Frente Popular, incluindo o Partido Comunista do Brasil. O candidato do PMDB que representava um partido com dois mandatos anteriores no governo do estado estava entre os candidatos com menores chances. O grupo conservador, encabeçado por Edmundo Pinto, venceu as eleições, sucedendo a dois governos do PMDB (A Gazeta, 14/10/1990; Assembléia Legislativa. Leis Ordinárias e Complementares, 1976-1999).

Da disputa eleitoral de 1990, seguiu-se um processo de negociações, acordos e conflitos na descentralização dos serviços de saúde entre atores políticos divergentes no processo eleitoral. Na continuidade do trabalho os acordos e conflitos da descentralização serão apresentados com os atores envolvidos, notadamente no município de Rio Branco onde a Frente Popular venceu as eleições em 1992, com Jorge Viana.

A implantação das instâncias do SUS no Acre motivou uma reorganização administrativa na secretaria estadual de saúde em vista da institucionalização desse sistema no estado. Em 1991, foram criados novos setores na estrutura organizacional com a finalidade de viabilizar o novo sistema de saúde, adequando a gerência da esfera estadual ao SUS. Foi elaborado um plano de reorganização com diretrizes assinalando a concordância da organização com o novo sistema. A reforma atualizou a Secretaria Estadual de acordo com o processo regulatório que orientava a política de saúde (Acre. Diário Oficial, 29/11/1991).

O ato do governo do Estado do Acre de maior abrangência, para o início do SUS, foi o convênio SUS Acre 01, assinado em 1991, com o governo federal detalhando atribuições para a esfera estadual. Foi um acordado entre as duas esferas de governo que tinha por objetivo fundamental consolidar a implantação do Sistema Único de Saúde. Os principais pontos do acordo foram: transferência de recursos financeiros do INAMPS para investimentos na rede de serviços do Acre; cessão de bens e serviços do INAMPS para o estado. A direção de todas as unidades públicas assistenciais no Acre ficou sob a responsabilidade do governo do estado; o estado comprometia-se a proporcionar condições aos municípios no sentido de adequá-los com requisitos básicos a serem estabelecidos para a municipalização dos serviços de saúde; o Estado do Acre igualmente comprometia-se a colocar uma contrapartida de 10% do seu orçamento no setor saúde (Ministério da Saúde. Convênio SUS Acre, 01/91). No ano da primeira Norma Operacional Básica esse grande acordo estabelecido colocou os meios necessários para a secretaria estadual de saúde implantar o SUS na perspectiva da descentralização.

Esses acordos firmados por convênios com o governo federal mobilizaram as instâncias federais e o governo estadual a estenderem a implantação da política de saúde para os municípios. Os preceitos da descentralização motivaram atores políticos estaduais, como o governador do estado, a interagir com atores políticos do poder local para a implantação do novo sistema em diversos municípios do Acre. A regulação da política de saúde nesse período tinha como instrumento importante a “Norma Operacional Básica nº. 1 de 1991”, que orientava a descentralização dos serviços (INAMPS. Resolução nº. 259 de 07 de Janeiro de 1991). As relações com os municípios envolviam lideranças locais de partidos diferentes ao do governador em negociações para a municipalização do sistema de saúde. Os gestores e atores políticos partilhavam os cenários das negociações para a

descentralização dos serviços. Prefeitos pertencentes ao PMDB, como no caso do município de Brasília, que estavam empenhados em encontrar candidatos para a sua sucessão aderiram à descentralização de serviços e estabeleceram negociações com o então governador que era de outro partido. Para as negociações com as esferas municipais houve a interlocução com atores políticos de distintos partidos visando-se viabilizar a descentralização do SUS. Descentralizar o SUS para Brasília tinha importância para popularizar o partido (PMDB) do prefeito no poder municipal (A Gazeta, 10/11/1991). *Em outubro de 1991, o município de Brasília foi o primeiro a estabelecer um convênio com o governo estadual para implantar o seu sistema de saúde.* O estado repassou a gestão, coordenação e controle das ações de saúde para o âmbito municipal. O repasse das unidades prestadoras de serviços exigia um plano de ação do município, a criação do Conselho Municipal de Saúde, a formação do fundo municipal de saúde, a programação e orçamento, o relatório de gestão e uma contrapartida de 10% do orçamento municipal para o setor saúde. O pessoal lotado nas unidades transferidas continuou sendo custeado pelo estado (Acre. Diário Oficial, 02/12/1991).

Esses acordos estabelecidos envolvendo a esfera estadual e o município de Brasília passaram por um processo lento para serem efetivados. As adequações das leis municipais para criar as instâncias do sistema de saúde e a implantação de serviços demoraram vários anos. O Fundo Municipal de Saúde foi criado pela Lei nº 13 de 5 de maio de 1994, com uma ressalva de que os gastos com saúde deveriam seguir rigorosas cotas na Lei Orçamentária Municipal. O Conselho Municipal de Saúde foi criado pela Lei nº 07 de maio de 1994, seguindo as regras do sistema com um artigo estabelecendo com clareza que a entrada de uma entidade no conselho seria por nomeação do prefeito municipal. A instância importante que seria a secretaria municipal de saúde foi criada por meio de uma

reformulação da estrutura da organização municipal que abriu espaço para criar a Secretaria de Saúde e Meio Ambiente através da Lei 09 de 12 de maio de 1994. Essa lei não previu a estrutura organizacional da nova secretaria, remetendo para o futuro a criação dessa estrutura. Até o final de fevereiro de 2009, a estrutura organizacional da secretaria continuava sem uma definição formal (Prefeitura Municipal de Brasília. Lei nº. 13 de 5 de Maio de 1994; Id. Lei nº. 7 de Maio de 1994; Id. Lei nº. 09 de 12 de Maio de 1994).

As unidades de serviços de saúde descentralizadas, referidas acima, constavam com um centro de saúde na sede do município e oito postos de saúde na área rural. A maioria das pessoas que trabalhava nas unidades descentralizadas continuou sob o custeio da Secretaria Estadual de Saúde e o município mobilizava uma equipe de profissionais para realizar caravanas de “saúde itinerante” no interior, notadamente na área dos antigos seringais. As caravanas seguiam calendários de atendimentos com ampla divulgação na emissora de rádio local. Além de consultas médicas, alguns procedimentos odontológicos e vacinações. Era notória a presença de lideranças políticas em determinadas localidades (Secretaria Municipal de Saúde de Brasília. Resumo de atividades da década de 1990).

O segundo município a estabelecer o convênio da municipalização dos serviços de saúde foi Cruzeiro do Sul. Foram repassadas unidades assistenciais básicas da Secretaria Estadual de Saúde para o município. Os funcionários dessas unidades da mesma forma como os de Brasília, continuaram sendo custeados pelo estado (Acre. Diário Oficial, 17/12/1991). Ainda no final de 1991, o município de Mâncio Lima estabeleceu um convênio semelhante aos de Brasília e Cruzeiro do Sul com a transferência da gestão dos serviços para o município (Id. 19/12/1991). Outros municípios criaram os seus serviços municipais de saúde no período subsequente, entre eles Feijó e Marechal Thaumaturgo.

O início da implantação do SUS em 1991, apesar das formalidades institucionais, aconteceu em meio a uma crise nos serviços de saúde da Secretaria Estadual. No mês de novembro desse ano foi criada uma comissão parlamentar para investigar a situação dos serviços de saúde no âmbito estadual. As denúncias levantadas na Assembléia Legislativa apontavam serviços mal organizados e inoperantes. O Hospital Infantil de Rio Branco foi alvo das denúncias mais graves segundo as quais as crianças estavam passando fome, o prédio desse hospital estaria deteriorado e todos os setores estavam com serviços deficitários (A Gazeta, 15/11/1991).

O processo de regulação da política de saúde, em nível nacional, teve continuidade com a Portaria Ministerial nº. 234 de 07 de fevereiro de 1992, porém houve um avanço importante com a Norma Operacional Básica 1993, que orientava o gerenciamento da descentralização dos serviços. A ênfase nesse gerenciamento compreendia a necessidade de reformular o modelo assistencial então vigente, bem como se pretendia disciplinar a descentralização com a redistribuição do poder nas três esferas de governo, redefinindo seus papéis no sistema de saúde. Essa Norma criou novas instâncias colegiadas no SUS para reunir os gestores estabelecendo novas relações entre as esferas de governo buscando-se viabilizar o processo de gerenciamento da descentralização. Assim iniciaram-se as Comissões Intergestores, no âmbito federal a “tripartite” e nos estados as “Bipartites”. A mesma Norma operacional promoveu uma reorganização institucional com o envolvimento das dimensões políticas, sociais e culturais. O texto afirmava que a efetivação da descentralização pressupõe diálogo, negociação e acordos entre os atores envolvidos no sistema (Ministério da Saúde. Portaria MS nº. 545, de 20 de maio de 1993).

Para a esfera estadual foi definida a responsabilidade pela programação integrada dos municípios, abrangendo manutenção de serviços e investimentos. O gerenciamento do processo de descentralização cabe às Comissões Intergestores; à esfera estadual de governo atribui-se a articulação, planejamento e regulação da Comissão Bipartite. No âmbito da Secretaria Estadual de Saúde do Acre a NOB/93 teve pouco impacto. A instalação da Comissão Intergestores Bipartite do Acre foi regulamentada em 18-06-1993, porém há uma lacuna de registros do seu funcionamento (id., Ibid.).

Os acordos com os municípios para a descentralização dos serviços não tiveram os repasses financeiros e apoios esperados entre 1993 e 1994, por esse motivo as secretarias municipais de saúde reduziram suas atividades. Em Dezembro de 1994, uma Comissão Técnica de Transição Governamental avaliou os serviços de saúde e constatou um atraso no processo de descentralização. Na avaliação dessa Comissão a origem do atraso estaria no funcionamento ineficiente da Secretaria Estadual de Saúde. Os problemas levantados foram: a alta rotatividade de secretários desta pasta e suas equipes visto que, nos quatro anos anteriores, seis secretários ocuparam o cargo; falta de um Plano Estadual de Saúde que definisse claramente as políticas e as atribuições da esfera estadual no SUS; grande montante de recursos financeiros custeando atividades meio e inviabilizando atividades fins; falta de municipalização dos serviços de saúde; unidades de saúde desaparelhadas e em precárias condições; centralização e burocratização de serviços, de materiais e equipamentos, falta de médicos e as mais diversas dificuldades com pessoal; baixa capacidade de resolução dos serviços e baixa capacidade de custeios dos mesmos. Em dezembro de 1994, a Secretaria Estadual de Saúde do Acre possuía débitos com vários credores que dificultavam suas atividades. Em face da inadimplência do Acre com o pagamento de FGTS e INSS a transferência de recursos do Ministério da Saúde e de outros

organismos que deveriam ser alocados no setor saúde foram suspensos. A inadimplência do estado em diferentes setores do governo federal inviabilizava recursos para investimento e para a implantação de programas de maior expressividade. Na avaliação feita pela mesma comissão de transição governamental a rede assistencial da secretaria estadual de saúde foi considerada insuficiente e ineficiente, tanto em termos de recursos humanos como materiais (Comissão Técnica de Transição Governamental. Relatório do Setor Saúde, 1994).

2.1.1. Baixa Capacidade de Coordenação da Esfera Estadual Para Descentralizar Serviços, Ausência de Negociações e Agravamento da Crise no SUS do Acre a Partir de 1995

Em 1995 iniciou-se uma nova gestão no SUS do Acre sob uma forte crise já diagnosticada pela Comissão Técnica de Transição Governamental. O governo de Orleir Messias Cameli que iniciou nesse ano era do mesmo partido do anterior e a equipe de transição autora do diagnóstico entre os dois governos foi protagonizada pelo mesmo partido político. Portanto, a crise citada acima ocorreu como uma continuidade do mesmo partido no poder político. O governo foi assumido por Orleir Messias Cameli do PPB, uma nova sigla do anterior PDS citado anteriormente, que venceu as eleições de 1994 concorrendo com duas coligações, sendo uma formada pelos partidos PDT, PSDB e PMDB e a outra denominada de Frente Popular liderada pelo PT (Assembléia Legislativa. Leis Ordinárias e Complementares, 1976-1999).

A descentralização dos serviços a partir nova gestão de 1995 teve continuidade, porém enfrentando dificuldades organizacionais do gestor estadual e dos gestores municipais. Havia secretarias municipais de saúde desativadas com a ruptura do processo de descentralização. As dificuldades persistiam apesar de os convênios entre a secretaria

estadual de saúde e municípios terem estabelecido acordos de funcionamento em 1991. Marechal Thaumaturgo foi um dos municípios com os serviços da saúde paralisados no início de 1995, no mesmo ano reativou a sua secretaria com o retorno dos serviços básicos e recebeu da esfera estadual uma unidade de internação ali existente (Marechal Thaumaturgo (município). Plano Municipal de Saúde, 1995/96). No mesmo período o município de Feijó estava em uma situação semelhante e também reativou a sua secretaria de saúde (Feijó (município do Acre). Plano Municipal de Saúde, 1996).

Em 1996 a Secretaria Estadual de Saúde assumiu atividades assistenciais nos municípios no período em que a regulação do sistema orientava-se para a descentralização. Foi realizado um esforço financeiro, construiu-se e aparelhou-se um barco hospital, ou “hospital flutuante” para prestar serviços ambulatoriais ao longo dos rios do Vale do Juruá que permitiam navegabilidade para uma embarcação de maior porte. Tratava-se de uma promessa de campanha eleitoral do governador para atender a população ribeirinha da região do Juruá. O alvo era o eleitorado em municípios como Cruzeiro do Sul, Feijó e Tarauacá onde o barco fazia numerosos atendimentos para a população urbana e apenas algumas viagens para os interiores dos municípios. Conforme citado anteriormente o Governador Orleir Cameli pertencia ao partido político que representou a continuidade do governo anterior. A maioria dos atendimentos do “hospital flutuante” era de consultas ambulatoriais e determinados procedimentos cirúrgicos. Havia o deslocamento de muitos profissionais de saúde de Rio Branco até as sedes dos municípios e a partir daí assumiam atividades no barco (Acre. Mensagem Governamental, 1997).

Na assistência médica, a secretaria estadual continuou com os atendimentos da esfera estadual nos municípios. Suas atividades foram consideradas de grande relevância no

“hospital flutuante”. A capacidade instalada deste hospital e a sua resolutividade foram consideradas importante resolutividade na rede do SUS. Mesmo em sedes de municípios onde havia serviços instalados o barco realizava os seus atendimentos. O número total de atendimentos dessa unidade durante o ano de 1997, desde os curativos simples até especialidades médicas, foi de 61.719 procedimentos. No ano de 1997, houve grande ênfase na manutenção e funcionamento desse hospital e foi considerada a principal realização da Secretaria Estadual de Saúde neste período que atendia uma prioridade governamental. Outras unidades de grande porte como o Laboratório Central de Saúde Pública e a Fundação Hospitalar tiveram pouca importância na avaliação governamental desse período (Acre. Mensagem Governamental, 1998).

Em meio à crise do SUS do Acre em meados da década de 1990, com problemas financeiros e organizacionais, a Secretaria Estadual de Saúde direcionou sua política para atender uma prioridade do governo estadual. Esse direcionamento não considerou a regulação do sistema de saúde que orientava para a descentralização dos serviços. Ao mesmo tempo em que secretarias municipais de saúde buscavam organizar os serviços da atenção básica o gestor estadual mobilizava recursos e agia no lugar das esferas municipais. Essa forma de coordenar a política de saúde estava em desacordo com o processo regulatório do SUS que era claro quanto às atribuições das esferas de governo na organização dos serviços.

Apesar do período de crises na saúde pública nos meados da década de 1990, foram feitas reformas parciais em três hospitais, cinco centros de saúde, bem como reparos menores em unidades de saúde. A coordenação da esfera estadual na política de saúde junto aos municípios era exercida sob o enfoque dos programas especiais de saúde pública. Os programas de dermatologia sanitária, controle da tuberculose e a central de medicamentos

relataram atividades das suas coordenações para implementar e organizar serviços nos municípios. O gestor estadual atribuía grande importância às atividades dos programas citados. Uma das instituições destacadas nos relatos desse período foi o Centro de Controle de Oncologia que atendia encaminhamentos oriundos de diversas unidades do estado (Acre. Mensagem Governamental, 1997; Id., 1998).

No exercício de 1997, a Secretaria Estadual de Saúde dedicou alguma atenção para a descentralização do SUS incentivando a organização de conselhos municipais de saúde, prestou assessoria na implantação de projetos nos municípios, promoveu seminários e fóruns para prefeitos e secretários municipais, com a finalidade de sensibilizá-los para as ações básicas de saúde, implantação de programas e realização de campanhas. No quadro de investimentos e ampliações de unidades de serviços desse período consta a construção do centro de saúde Gentil Perdomo em Rio Branco, a reforma de cinco outros centros de saúde e a capacitação de recursos humanos.

Apesar de haver relatos oficiais da Secretaria Estadual de Saúde sobre ações de coordenação do gestor estadual na política de saúde nos anos de 1997 e 1998 preparando conselheiros e gestores municipais o desempenho dessa coordenação foi baixo. A descentralização dos serviços apresentou resultados escassos indicando que a coordenação estadual teve pouco desempenho.

O ano de 1998, representou um limite para a situação institucional do SUS do Acre. Houve um diagnóstico da crise para a transição de governo e o levantamento da situação da Secretaria Estadual de Saúde foi de que esse setor se limitava a executar tímidas ações voltadas para o tratamento de doenças, estava restrito ao atendimento individual, centrado

na figura do médico e tinha o hospital como o centro da sua atenção (Fórum Popular de Transição. Relatório Final, 1998).

Nos departamentos, coordenações e chefias da Secretaria Estadual de Saúde as condições de trabalho eram precárias. Não havia informatização. Os telefones estavam cortados ou bloqueados há dois anos por atraso de pagamento. Setores importantes, como o de zoonoses, não tinham linha telefônica. O fluxo de informações, nos serviços e entre setores, era deficiente. Havia uma centralização dos recursos financeiros e esse setor não estava informatizado, faltavam recursos humanos e os que havia eram pouco qualificados. O departamento de controle e avaliação não tinha equipe definida e não havia sintonia com os municípios. O setor de planejamento tinha insuficiência de recursos humanos. Seus telefones estavam desligados. Os programas de saúde da família (PSF) e de agentes comunitários (PACS) não faziam as avaliações nos municípios e também estavam sem telefones. A coordenação dos postos de saúde não tinha conhecimento do funcionamento das unidades e de como encaminhar as suas ações. O setor de vigilância epidemiológica estava desarticulado com os demais setores. Não tinha a definição do seu papel. Falta a ativar a vigilância epidemiológica nos municípios. O programa de imunização armazenava as vacinas em geladeiras inadequadas e sem manutenção. Vacinas importantes como as contra a hepatite e febre amarela estavam ausentes. O pessoal do setor não cumpria seu horário de trabalho (Id., Ibid.).

A rede hospitalar apresentava deficiências no funcionamento, formando grandes ambulatórios pela deficiência da rede de unidades básicas. Devido a essa distorção as especialidades hospitalares não eram utilizadas como tal. Havia poucos equipamentos e os existentes eram sobrecarregados, muitos eram danificados e sem manutenção. Hospitais importantes como o Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco tinha deficiência

administrativa, pela ausência de planos, metas e projetos. Esse hospital também não tinha a comissão técnica de controle de infecções hospitalares. Não tinha unidade de terapia intensiva e faltavam aparelhos como o tomógrafo. No Pronto Socorro de Rio Branco o espaço era mal distribuído. Havia um desvio na sua finalidade com os leitos de urgência sendo usados em regime de internação. A Maternidade Bárbara Heleodora apresentava precariedade no seu funcionamento, faltando roupas e equipamentos (Id., Ibid.).

2. 2. A MUDANÇA DE GOVERNO EM 1999, NOVA COORDENAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE, AS PRIORIDADES E NOVAS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS

As eleições estaduais de 1998 no Acre resultaram em uma mudança de partidos no governo estadual. A disputa pelo governo aglutinou novamente a Frente Popular do Acre enfrentando dessa vez a quarta eleição, incluindo eleições municipais. Para apoiar a candidatura majoritária ao governo e para o cargo de Senador da República a Frente contava com os seguintes partidos: PT, PL, PV, PTB, PDT, PPS, PSL, PT do B, PSDB, PSB, PC do B e PMN (Tribunal Regional Eleitoral. Registro de Candidaturas, 1998). A outra coligação denominada Frente Liberal Progressista reunia o PPB e PFL com o candidato Alécio Dias. O PMDB apresentou o candidato Francisco Brigido. O PRONA apresentou o candidato Duarte José do Couto. O candidato da Frente Popular, Jorge Viana, venceu as eleições com 91.758 votos sobre o segundo colocado, Alécio Dias, com 37.708 votos (A Gazeta, 06/10/1998).

O governo que assumiu em 1999 encontrou uma grave crise no setor saúde em que a implantação e organização do SUS também estavam comprometidas. Dos 22 municípios acreanos apenas Rio Branco e Cruzeiro do Sul contavam com uma estrutura de serviços de saúde com capacidade de atendimentos complexos. Entre as cidades, apenas 13 dispunham de atendimento básico e sete municípios não contavam com médico vinculado ao sistema de saúde. A Secretaria Estadual de Saúde encontrava-se em situação caótica. Era mal instalada, não era informatizada, não dispunha de um banco de dados para o acompanhamento e desenvolvimento das ações. O conjunto dos equipamentos estava em situação de sucata e abandonado. Não havia nenhum sistema de controle de investimentos e

gastos. O repasse de recursos era feito de forma aleatória (Acre. Banco de Dados do Gabinete do Governador, 2001).

A Secretaria Estadual estava em situação de inadimplência junto à esfera federal de governo como resultado de todo esse processo de deterioração. O SUS no Estado do Acre, no final de 1998, não era um sistema em funcionamento. O novo gestor propunha-se a iniciar um novo momento na condução do SUS do Acre. Era necessário superar os danos existentes na estrutura que não funcionava e tornar o sistema operante (Id., Ibid.).

Foram definidas as seguintes prioridades na Secretaria Estadual de Saúde: reconstrução da estrutura física e novos equipamentos para a rede de serviços; desconcentração, descentralização e melhoria da qualidade da oferta de serviços para ampliar a cobertura e atender às demandas da população; investimento preferencial nas ações básicas de saúde, na saúde comunitária e preventiva para combater déficits primários e avançar na melhoria dos principais indicadores de saúde pública como nutrição, cobertura vacinal, mortalidade infantil e outros; estruturação de uma rede de saúde pública que atenda as características especiais do estado e avance como componente do novo modelo de desenvolvimento sustentado. Para a melhoria do gerenciamento foi criada a central de informação com um sistema para reunir diferentes dados. Toda a Secretaria foi informatizada com a compra de equipamentos e programas de informática. Outra prioridade foi regularizar os débitos junto aos fornecedores mediante negociações e escalonamento de pagamentos. A folha de pagamentos dos funcionários que estava com dois meses em atraso também foi regularizada (Id., Ibid.).

2. 2. 1. Negociações Entre as Esferas de Governo, Atores Políticos, Descentralização dos Serviços e a Busca da Sustentabilidade do SUS

Em 1999 iniciou-se uma nova fase na condução da política de saúde, o gestor estadual ampliou suas relações políticas, notadamente na busca de recursos financeiros para sustentar os serviços. Na continuidade desse assunto serão situadas algumas interpretações sobre a sustentabilidade, a economia da saúde e as negociações em torno de recursos financeiros para os serviços no Acre.

As relações políticas entre as esferas de governo, no âmbito do SUS, ocorrem mediante finalidades definidas, têm por objeto bens materiais, valores financeiros e distintos valores econômicos. As relações políticas tratam ao mesmo tempo de relações econômicas nas quais os atores políticos manejam bens econômicos que são transferidos entre instâncias de governo e são tomadas decisões sobre diferentes destinações de recursos econômicos.

Os significados das relações políticas e econômicas na sociedade nos remetem ao pensamento de Weber (1980: 31 e seg.) ao apresentar suas categorias sociológicas fundamentais da economia. Nessas categorias se entende que uma relação política é orientada para a economia quando a mesma envolve a vontade para produzir uma finalidade de proveito para os atores envolvidos na mesma. Assim a relação política compreende a economia e identifica-se na busca de uma finalidade, uma utilidade, um motivo e decisão. Nas relações políticas a racionalidade orienta-se fortemente por objetivos econômicos. No enfoque específico da implementação do sistema de saúde as relações políticas são permeadas pela busca de finalidades econômicas expressas nos valores, bens e oferta de serviços que no conjunto movimentam consideráveis recursos econômicos, envolvendo distintos interesses e atores políticos.

A movimentação de importantes recursos econômicos, envolvendo distintos atores políticos nas esferas de governo que agem na implementação da política de saúde representa um setor de importância na economia da sociedade. A relevância dos recursos econômicos envolvidos, ou necessários para a viabilidade dos serviços de saúde demanda uma atenção específica para a economia desse setor. Nero (2002) discute especificidades do campo da economia da saúde que compõe um corpo de conhecimentos capazes de identificar aplicações de recursos financeiros, bem como auxiliar no provimento de serviços. A saúde é uma área de interesse na economia para o estudo da função distributiva dos sistemas de serviços desse setor. É igualmente de interesse quando se trata da equidade dos acessos aos serviços de saúde, sua produção e distribuição geográfica, tipos de financiamentos, fontes de recursos e o papel dos governos em prover, captar e destinar recursos financeiros para o sistema de serviços. A economia da saúde também compreende o papel regulador de Estado em relação às fontes de recursos e às necessidades da população bem como com os gastos, impactos nos investimentos, aplicação de tecnologias nos serviços e a mobilização de pessoal nos mesmos.

O estudo de Médici (1994) remete a um campo conceitual articulador da economia da saúde como a dinâmica das finanças públicas. Essa dinâmica implica em ter bases fiscais adequadas para o financiamento das políticas sociais. As bases fiscais são as fontes de recursos financeiros dos impostos arrecadados pelo Estado. Para haver um modelo de financiamento da política de saúde há o imperativo da racionalização dos gastos, da distribuição e do uso governamental de recursos arrecadados. Das bases tributárias o autor destaca a tributação direta que são os impostos de renda e sobre herança. A base tributária direta para financiar a saúde não tem sido convencional nas receitas públicas. Considerando

os subsídios que são as transferências de valores aos indivíduos de baixa renda teriam na base direta uma fonte de financiamento para a saúde.

A outra tributação destacada pelo autor é denominada de bases indiretas. São os impostos que incidem sobre a produção, circulação e consumo de mercadorias. “Estas bases costumam ser mais regressivas, dada a dificuldade sempre existente de diferenciar grupos sociais a partir de níveis de consumo” (Médici, 1994:10). Além dessas, o autor trata da base tributária das contribuições sociais que são os impostos, taxas ou outras formas de arrecadação vinculadas ao uso dos recursos com políticas sociais. Essas contribuições podem ser diretas quando incidem diretamente sobre o salário ou os lucros da empresa, ou indiretas quando associados a determinados custos de produção, no primeiro caso sobre a folha de salários e no segundo sobre o faturamento ou ao consumo (Cofins, cota previdenciária no combustível).

Nos documentos estudados e atores políticos ouvidos para o presente estudo verifica-se grandes esforços para buscar fontes de financiamento com a finalidade de custear o sistema de saúde no Acre. Nas informações obtidas, há pouca explicitação quanto à origem dos recursos financeiros e quais são os setores, grupos e pessoas da sociedade que trabalham para sustentar os serviços de saúde.

Entre as regras para o financiamento de saúde está a Emenda Constitucional nº.29 de 13 de Setembro de 2000 com a finalidade de comprometer as três esferas de governo com a universalização da saúde, contudo essa emenda também não definiu as fontes que devem financiar a saúde, estabeleceu-se, somente a variação de seu gasto pelo crescimento do Produto Interno Bruto nominal (Dain, 2007:1854).

No estudo de Dain (2007) são tratadas as composições dos recursos financeiros para a saúde, mudanças feitas no âmbito federal para prover esses recursos, as fontes de

financiamentos e a regulação para a distribuição dos mesmos. No Brasil, a regulação constitucional inclui o sistema de saúde no campo da proteção social, combinando direitos individuais e coletivos com princípios universais de proteção e de acesso aos serviços e programas. Das mudanças nas fontes de recursos citadas pelo autor está a retirada, em 1993, dos recursos originários da folha de pagamento de salários. Esses recursos, a partir de então, passaram a financiar exclusivamente a previdência. Com essa medida houve uma queda de receitas no Ministério da Saúde e o mesmo passou a depender dos recursos do Tesouro Nacional. Foram promovidas mudanças para encontrar fontes de financiamento e com isso foi instituída a Contribuição Provisória da Movimentação Financeira, (CPMF).

A partir da implantação do SUS ocorreram muitas tentativas para buscar recursos para a saúde, porém persistem problemas fundamentais. “Pode-se dizer que o modelo de descentralização de viés municipalista da saúde se reproduz no plano das relações fiscais intergovernamentais, transmitindo ao pacto federativo do SUS a fragilidade fiscal dos estados brasileiros e a corrosão de sua base vinculável, nos termos da EC 29” (Dain, 2007: 1856).

O financiamento do sistema de saúde no Brasil compreende um processo orçamentário que segue um fluxo financeiro iniciado na alocação dos recursos no âmbito federal com o Plano Plurianual. O ponto inicial da dotação orçamentária é esse plano. Cada exercício de governo na sua função de administração pública elabora seu Plano Plurianual. A racionalidade desse plano tem um enfoque em programas de governo que buscam soluções de problemas identificados a partir de indicadores. No caso da política de saúde cada exercício de planejamento tem diagnósticos e planos precedentes que são referências para os exercícios seguintes (Ministério da Saúde, 2003: 52).

A partir do Plano Plurianual Anual e seguindo a Lei de Diretrizes Orçamentárias bem como a Lei Orçamentária Anual são expressos em termos financeiros, a destinação de recursos para a administração pública. Essa destinação de recursos é o resultado das negociações e decisões políticas. Os recursos financeiros são definidos e fixados nas receitas, destinos e despesas conforme a Lei Orçamentária Anual, aprovada no Congresso Nacional, para programas que devem estar de acordo com as metas que o governo pretende atingir no exercício seguinte. No financiamento da política de saúde há dois importantes aspectos a considerar: a base fiscal que se origina nos recursos que o Estado arrecada e o destino desses recursos na implementação da política (Id., Ibid.).

2. 2. 2. Os Acordos Entre Atores Políticos Para a Busca de Recursos Federais Para o SUS: o Empenho da Esfera Estadual de Governo, Parlamentares, Prefeitos e Lideranças

Conforme visto acima, a alocação de recursos financeiros para as políticas sociais ocorre de acordo com o modelo articulador do plano plurianual do governo federal e para o SUS essa alocação completa-se no processo regulatório da política de saúde que integra as relações intergovernamentais estabelecidas pelo pacto federativo brasileiro, representado nas três esferas de governo. Para a Secretaria Estadual de Saúde do Acre há negociações importantes com a esfera federal de governo e esta é uma articulação capaz de ampliar ganhos para os serviços de saúde. São envolvidos parlamentares com finalidades específicas para o setor saúde.

A intermediação parlamentar para negociar recursos para o Acre, incluindo a saúde pública, teve momentos importantes pela atuação da bancada federal do Acre no Congresso Nacional. Há tempos essa bancada vem realizando reuniões entre representantes de diferentes partidos em torno de determinados pontos de interesse nas quais todos os

parlamentares do estado participam. Para tanto, há um coordenador da bancada acreana. Em 1999, os recursos voluntários, que são adicionais aos repasses definidos para atividades ordinárias do SUS, liberados por convênios com o Ministério da Saúde, foram no valor de R\$ 8.127.781,87, representando 5,44% do total de gastos do gestor estadual com saúde (Acre. Secretaria de Estado de Saúde. Convênios com o MS – 1999). Esse percentual, embora pareça reduzido, representa um importante aporte de recursos para investimentos. As transferências ordinárias do SUS para investimentos foram de 2,19% do total de recursos em 2007 e de 5,19% em 2008. Portanto, os 5,44% de recursos liberados naquele ano por convênios representaram um acréscimo significativo (<http://siops.datasus.gov.br>).

As articulações para obter verbas federais se intensificam em ocasiões importantes como nas inclusões de emendas parlamentares no Orçamento Geral da União em 2001, quando aconteceram acordos entre o governo do Estado, prefeitos e a bancada federal para juntos incluírem recursos no orçamento que seriam destinados ao estado e todos os municípios. Representantes do então Movimento Democrático Acreano (MDA) como o Senador Nabor Jr., o Senador Tião Viana da Frente Popular do Acre e outros parlamentares atuaram nessas negociações. Segundo entrevista do Senador Tião Viana a um dos periódicos locais, as diferenças políticas entre os parlamentares da bancada podem ser reduzidas quando são identificadas as necessidades dos municípios e do estado (O Estado, 22/10/2001).

Em 2002, a bancada acreana foi coordenada pelo Senador Sibá Machado do Partido dos Trabalhadores. Nesse ano os recursos aprovados no Orçamento Geral da União foram em parte repassados para a esfera estadual, porém a parte dos municípios foi de baixo valor. No ano de 2003, houve uma reunião entre parlamentares e cinco prefeitos para afinarem a

apresentação de emendas ao Orçamento Geral da União. Houve reclamações dos prefeitos que não tinham recursos para ir até Brasília porque “os pires haviam quebrado”. Foi discutido que os recursos financeiros estavam escassos, pois a inclusão de uma emenda parlamentar no Orçamento não significava a liberação dos recursos contidos na mesma. Era necessária a intermediação de políticos para a liberação dos recursos e a presença de executivos do governo estadual nos setores do governo federal nos quais tramitam os projetos para os mesmos serem agilizados até a execução (Senado Federal. Atividades do Senador Tião Viana, 2003; Idem. Senador Siba Machado, 2004). O total de verbas voluntárias liberadas por convênios em 2004 foi de R\$ 13.468.026,38, representando 7,41 do total de gastos com a saúde pelo gestor estadual (Acre. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório de Gestão, 2004.).

O esforço da esfera estadual para buscar verbas federais após a inclusão de emendas parlamentares no Orçamento Geral da União foi uma articulação política para liberar os recursos nos exercícios de 2004 e 2005. Após o cumprimento das exigências regulatórias e projetos específicos se “necessita de união e apoio para liberar os recursos” (Senado Federal. Atividades do Senador Tião Viana, 2005). Em abril de 2005, houve uma reunião do governador com a bancada de parlamentares federais do Acre e os prefeitos reunidos na Associação dos municípios para liberarem 200 milhões do Orçamento Federal para o Acre. Segundo declarações do governador foi uma reunião de “diálogo aberto com todos buscando o apoio da bancada federal”. “Foi uma demonstração de unidade dos administradores e um amadurecimento de toda classe política” (Id., Ibid.). Os resultados desses esforços foram a liberação de 8,8 milhões em 17 de agosto de 2004 e mais licitações e investimentos de 20 milhões para construções e reformas na rede do SUS. Nesse ano foram liberados vários projetos no valor de 2,3 milhões somente para a Fundação

Hospitalar do Acre. A liberação para projetos de alta complexidade na saúde foi de 13 milhões de Reais (Id., Ibid.).

As emendas parlamentares que buscam recursos federais indicam diversos caminhos entre o Ministério em que estes estão alocados e o destino para os quais são aplicados. O Ministério da Defesa Nacional tem recursos alocados, a partir do Orçamento Geral da União, para assistência comunitária na Amazônia. Há recursos destinados para a assistência social, porém o Ministério de alocação é o da Defesa Nacional. Três emendas parlamentares de 2008 autorizaram R\$ 2.750.000,00 para o apoio a comunidades do Acre, em diferentes municípios. Foram recursos alocados na defesa nacional e intermediados por parlamentares para serem aplicados em assistência comunitária nos municípios (Congresso Nacional. Lei Orçamentária 2008. Emendas Parlamentares nº(s) 20400003, 20400004 e 20400005).

2. 3. A SUSTENTABILIDADE DO SUS EM UM CENÁRIO DE ESCASSEZ DE RECURSOS FINANCEIROS

Considerando o exposto acima sobre a composição dos recursos financeiros que sustentam os serviços de saúde o estudo situa a seguir as condições de arrecadação fiscal do Estado do Acre que indicam a capacidade da esfera estadual de sustentar os serviços na sua abrangência. Segue uma contextualização ao longo do tempo em que a condição de Território Federal foi decorrente do baixo desempenho da economia local com a restrição orçamentária para a estrutura pública. Esse desempenho tem relação com a capacidade fiscal que arrecada os recursos que viabilizam o funcionamento dos serviços públicos. A condição de Território Federal tem como consequência restrições na experiência de governos autônomos.

No final da década de 1920, a economia extrativista da borracha entrou em crise que perdurou muito tempo, necessitando de intervenções federais na condução de uma economia não consolidada. A primeira política federal de grande impacto aconteceu com a denominada “batalha da borracha” na década de 1940, quando o Brasil passou a produzir borracha natural para países aliados durante a Segunda Guerra Mundial. O estudo de Martinello (1988), demonstrou que as ações do governo federal para incrementar a economia regional durante a “batalha da borracha” perderam o efeito logo após a II Guerra, quando os Estados Unidos não mais compraram a borracha brasileira, aprofundando uma crise econômica regional que não teve recuperação. O termo “batalha da borracha” denominava uma política de financiamento externo (EUA) para a produção da borracha natural e foi finalizada quando cessaram os acordos entre Brasil e Estados Unidos da América em julho de 1946.

A insuficiência de recursos financeiros na economia da Amazônia foi tratada nas discussões da Constituição Federal de setembro de 1945 com a proposta de que 3% das rendas tributárias da União fossem destinadas a valorização econômica dessa região. (Id., Ibid). A dependência do Acre em relação aos recursos federais perdurou durante longos períodos após a II Guerra, visto que foram criados diferentes créditos para viabilizar a produção da borracha. Em 1956, o governo federal criou o mecanismo denominado de “receitas vinculadas” na Superintendência do Plano de Valorização da Amazônia (SPVEA) vinculada à Comissão Executiva de Defesa da Borracha com a finalidade de canalizar recursos para a região (Conselho Nacional de Economia, 1956).

A dependência econômica do Acre foi explicitada no decreto federal de elevação do Território Federal à categoria de Estado da Federação no qual ficou estabelecido que a esfera federal financiaria o novo estado até a sua economia ter desempenho suficiente para sustentar o mesmo. O novo estado sobreviveu somente mediante o aporte extraordinário dos recursos federais. As tentativas de incentivar o crescimento econômico no Acre conseguiram resultados escassos para ampliar a arrecadação tributária local (Bezerra, 1992; Brasil. Conselho Nacional de Economia, 1956). A situação crítica do Acre com sua economia tendo baixo desempenho para sustentar um Estado da Federação foi assunto no Congresso Nacional no período das articulações para a elevação do Território Federal à categoria de Estado. Havia lideranças políticas, como o Deputado Adalberto Sena, contrárias à sua emancipação devido a situação de crise. Em 12 de maio de 1963 o mesmo Deputado afirmava que era um contra-senso a emancipação administrativa do Acre na situação em que o mesmo estava sob a tutela da União (O Liberal, 12/05/1963).

O final da década de 1980 e na continuidade da década de 1990 o baixo desempenho da economia persistiu e as intervenções da esfera federal de governo em

projetos para o Acre e Amazônia tornou-se menos ostensiva, porém as influências externas na região passam a ter a presença de organismos multilaterais como o Banco Mundial financiando projetos como o “Projeto Rodovias Federais – Brasil II” para a ampliação da produção agrícola. A BR 364 foi asfaltada até Rio Branco. Os grandes financiamentos e exploração de recursos naturais passaram a ter a participação significativa da Companhia Vale do Rio Doce, Ferrovia Carajás e Banco Mundial. Esses três organismos estabeleceram uma cooperação em um projeto rodoviário envolvendo governos estaduais (Hagemann, 1996: 36 e seg.).

Durante a década de 1990, os projetos de intervenção na Amazônia passaram a incorporar o discurso ambientalista e também definir investimentos em áreas de conflitos sociais. O “Plano Agropecuário e Florestal para Rondônia” – Planofloro foi um projeto financiado pelo Banco Mundial com enfoque ambiental e as problemáticas sociais. Houve um grande esforço na implementação do projeto com o envolvimento de organizações sociais, porém seus resultados resultaram em fracassos (Id., Ibid.).

Na fase de intervenções ambientalistas da década de 1990 a Secretaria de Assuntos Estratégicos do governo federal estendeu para o Acre o programa de zoneamento ecológico. A partir da constatação de grandes áreas desmatadas na região do Rio Acre o zoneamento deveria fazer um levantamento dos recursos naturais e identificar zonas e subzonas de acordo com seus potenciais e limitações (Id., Ibid.).

Para Théry (2004) a partir da década de 1990, houve um período em que faltava uma política bem definida para a Amazônia. Houve programações com diversas direções, com indecisões que refletiram incertezas, contudo o autor destaca que alguns eixos da ação política foram privilegiados como o Programa Brasil em Ação, concentrando-se em grandes rodovias pretendendo alcances transcontinentais. No mesmo período ainda se destaca que

determinados financiadores passaram a exigir uma regulação para prevenir os impactos ambientais, contudo ficam interrogações da efetividade dessa regulação.

Na década de 1990 persiste o baixo desempenho na capacidade de sustentação do Estado do Acre. Na tabela 1, a seguir, apresentamos a evolução da arrecadação do Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços - ICMS no período de 1997 até 2006. Essa tabela apresenta o episódio extraordinário do crescimento de 50,68 % da arrecadação em 1998, que aconteceu devido ao recolhimento extra de uma dívida da Companhia de Eletricidade do Acre – ELETROACRE para com a receita estadual. Há uma ampliação na arrecadação fiscal a partir de 1999, porém os crescimentos nos exercícios seguintes não são regulares. Em 2003 e 2006 os crescimentos da arrecadação apresentam retrações. Confrontado os valores da arrecadação local com o montante das transferências federais da tabela 2 vemos exercícios fiscais como no ano de 1999 em que a arrecadação de ICMS foi de R\$ 76,22 milhões e as transferências federais foram do R\$ 447,85 milhões. Portanto, a fonte de recursos financeiros não está na arrecadação do principal imposto estadual e sim nas transferências da União.

Tabela 1. Evolução da arrecadação do ICMS no Acre entre 1997 até 2006. (milhões de Reais).

Ano	Valor Arrecadado (R\$)	Percentual de crescimento anual
1997*	51,29	-----
1998*	77,28	50,68%
1999	76,22	-1,37% (arrecadação p/menor)
2000	110,62	45,12%
2001	135,61	22,60%
2002	169,48	24,97%
2003	184,77	9,02%
2004	227,96	23,37%
2005	292,46	28,30%
2006	307,90	5,28%

Fonte: Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Econômico Sustentável do Acre, 2001, 2005, 2006, 2007.

* Dantas, 2006. Em 1998 houve um ingresso extraordinário de dívidas da Eletroacre no valor de 21 milhões que motivou o aumento de 50,68%.

No cenário de escassez de recursos financeiros o gerenciamento dos recursos do SUS no Acre passou por adaptações por um tempo considerável para acompanhar o processo regulatório do mesmo. A lentidão para a implantação do SUS teve repercussões institucionais relacionadas ao gerenciamento dos recursos financeiros bem como significou um descompasso do gestor estadual com as exigências das normas operacionais para a sua habilitação no SUS. No período de adaptação a Secretaria Estadual permaneceu sob a condição de gestão convencional. Apesar das dificuldades enfrentadas a gestão convencional estava consentida na NOB/96 para os estados sem condições de adesão a todas as condições normativas do sistema, porém desempenhavam as funções assumidas ao longo do processo de implantação do SUS. Essa condição corresponde ao exercício de funções mínimas de gestão do sistema que foram progressivamente incorporadas pela secretaria estadual (Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica, 1996). O Fundo Estadual de Saúde foi criado, conforme a regulação do sistema de saúde, pela Lei nº. 1.014

de 19 de dezembro de 1991, contudo foi mantido sem organização efetiva até a sua regulamentação pelo Decreto nº. 8.180 de 30 de junho de 2003. No período anterior ao Decreto de regulamentação os repasses fundo a fundo da esfera federal para o Acre foram realizados em duas contas correntes: uma do Fundo Estadual de Saúde e a outra que compunha os recursos do Piso de Atenção Básica – PAB. Somente durante o ano de 2002 foram tomadas iniciativas para viabilizar o fundo estadual de saúde em vista da secretaria estadual de saúde sair da condição de gestão convencional (Secretaria de Estado de Saúde do Acre. Relatórios de Gestão, 2002; Id., 2004). A Portaria/GM nº. 1997/2003, habilitou o Acre na Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde e a partir desse ato de governo o gestor estadual vem adequando sua função de gerenciamento no SUS do Estado, bem como organizando a regionalização dos serviços (Secretaria de Estado da Saúde. Relatório de Gestão, 2004).

O atraso na regularização do SUS do Acre na conformidade das sucessivas normas operacionais repercutiu em bancos de dados precários ou não existentes. Até o final de 1998 havia um fraco controle de investimentos e gastos, os repasses no sistema de saúde eram aleatórios (Acre. Banco de Dados do Gabinete do Governador, 2001).

Na continuidade o trabalho apresenta as receitas fiscais do Acre, que representam o total dos impostos estaduais, as transferências da União, que representa a soma de todas as transferências federais, os gastos com saúde e gastos com pessoal, que estão incluídos nos gastos com a saúde. Na tabela 2 a diferença entre a receitas fiscais e as transferências da União indica que a maior fonte de recursos financeiros é a esfera federal de governo. De acordo com Almeida (2005), a regulação fiscal brasileira estabelece que as unidades estaduais da federação têm o poder de taxaço sobre petróleo, produção mineral e outros. Os estados com o desempenho da economia terão um aumento da arrecadação das receitas

estaduais. Portanto, o baixo desempenho da economia do Acre é o motivo da baixa arrecadação.

Os valores das receitas fiscais da tabela 2, confrontados com os gastos com a saúde evidenciam a baixa capacidade financeira da esfera estadual. Mesmo com as regras de distribuição de recursos financeiros entre os entes federados a coordenação da política de saúde ocorre em cenários de escassez de recursos financeiros. Ao longo da série temporal estudada houve um aumento maior no crescimento da receita em relação à despesa com saúde, porém no mesmo período houve uma descentralização dos serviços e muitos gastos com a saúde passaram para as esferas municipais. Com os municípios assumindo gastos houve menor crescimento dos gastos da esfera estadual. Confrontando os valores das receitas fiscais com as transferências federais e os gastos com a saúde evidencia-se que há uma importante distribuição de recursos financeiros através das transferências. Entre 1999 e 2000 a receita estadual não cobriu as despesas com a saúde e, mesmo com melhorias na arrecadação, os valores da arrecadação estadual estão próximos às despesas com a saúde.

Tabela 2. Receitas fiscais, transferências da União, gastos c/ saúde e gastos c/ pessoal entre 1999 a 2008 no Acre. (milhões de Reais).

Ano	Receitas fiscais	Cresci. (%)	Transferências da União	Cresci. (%)	Gastos c/ saúde	Cresci. (%)	Gastos c/ pessoal	Cresci. (%)
*1999	81,83	-	447,85	-	97,36	-	**65,97	-
*2000	120,51	47,27	520,52	16,23	128,31	31,79	88,77	34,56
*2001	147,09	22,05	612,56	17,68	130,53	1,73	94,17	6,08
2002	183,69	24,88	582,74	-4,87	139,32	6,74	99,52	5,68
2003	199,74	8,74	779,76	33,81	151,17	8,51	104,86	5,37
2004	245,66	22,99	865,22	10,96	175,64	16,18	114,88	9,55
2005	367,22	49,48	1.082,46	25,11	207,19	17,97	127,36	10,87
2006	394,04	7,30	1.186,17	9,58	240,78	16,21	150,94	18,52
2007	485,91	23,32	1.397,23	17,79	287,49	19,40	151,38	0,29
2008	555,33	14,29	1.705,53	22,07	373,48	29,91	225,19	48,76

Fonte: <http://siops.datasus.gov.br>; * Os dados referentes a estes anos são provenientes de: Acre. Secretaria de Estado da Fazenda; ** Secretaria Esta. Saúde do Acre. Relatório de Gestão, 1999

Os indicadores da tabela 3, do percentual da participação dos impostos nas despesas com a saúde mantêm correspondência com os dados da tabela 2 que apresentam os valores da receita fiscal estadual. Com essa receita menor em relação às transferências a receita de impostos tem menor participação nas despesas. Com o maior peso das transferências da união o indicador da participação das mesmas nas despesas com a saúde também é maior. Os gastos com pessoal da tabela 2 são igualmente correspondentes aos indicadores da participação das despesas com pessoal. Os indicadores de gastos com saúde informam os gastos nos âmbitos municipais. As despesas com investimentos apresentam indicadores com valores baixos parecendo não haver investimentos no SUS, porém há uma busca reiterada por recursos federais que são repassados por convênios específicos para investimentos, conforme foi exposto acima. O indicador dos gastos em saúde por habitante refere-se aos gastos realizados pelos municípios, porém o valor da tabela é a média de gastos dos municípios no Acre.

Tabela 3. Indicadores da participação de receitas e transferências na receita total, despesas c/ saúde por habitante, despesas c/ pessoal e investimentos no Acre de 2002 a 2008.

Indicador	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Participação da receita de impostos na receita total do estado.	15,10%	17,75%	18,75%	17,71	17,46%	17,52%	15,21%
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do estado.	62,25%	77,27%	76,59%	71,52%	70,15%	73,81%	70,12
Despesa total com saúde, sob a responsabilidade do município por habitante. Valores em reais.	250,87	262,07	295,78	327,30	390,43	448,49	578,92
Participação da despesa com Pessoal na despesa total com saúde.	68,23%	68,03%	63,80%	58,47	61,42%	66,16%	57,07%
Participação da despesa com investimentos na despesa total com saúde.	3,70%	2,09%	3,67%	5,48%	5,51%	2,19%	5,14%
Participação da receita própria aplicada em saúde conforme a EC 29/2000.	13,46%	12,96%	12,48%	12,05%	13,77%	13,82%	14,34%

Fonte: <http://siops.datasus.gov.br>

Na tabela 4, a seguir, os dados sobre a capacidade das receitas fiscais municipais são semelhantes às do Estado do Acre. Com as receitas fiscais, que representam o total dos impostos arrecadados nos municípios, baixas a sustentação dos serviços de saúde tem sua fonte nas transferências da União. Essas transferências representam o total das transferências da União para os municípios. Há significativa diferença entre os gastos com os serviços de saúde às receitas fiscais. Somente o município de Rio Branco tem uma receita fiscal equiparada aos gastos com a saúde, porém essa equiparação se refere apenas aos gastos com a saúde e não ao conjunto dos gastos municipais.

As variações dos valores das transferências e receitas têm semelhanças com as variações que ocorrem na esfera estadual. Com relação às variações significativas dos

gastos com pessoal as informações das entrevistas que serão apresentadas na continuidade do trabalho esclarecem que há grande rotatividade na contratação de pessoal nos municípios. Com a freqüente entrada e saída de profissionais nos serviços municipais há maior variação nos gastos com pessoal.

O crescimento das transferências da União, receitas fiscais e gastos com a saúde são equiparados em todos os municípios. As pequenas variações não indicam uma eventual melhora nas receitas locais.

Tabela 4. Transferências da União, receita fiscal, gastos c/ saúde e gastos c/ pessoal, com seus percentuais de crescimentos entre 2005 a 2008 em sete municípios do Acre. (milhões de Reais).

Ano	Município	Transferências União	Cresc. (%)	Receita fiscal	Cresc. (%)	Gastos c/ saúde	Cresc. (%)	Gastos/ pessoal	Cresc. (%)
2005	Assis Brasil	NI	-	0,13	-	1,54	-	0,20	-
	Brasiléia	5,96	-	0,47	-	2,30	-	0,43	-
	Cruzeiro do Sul	13,93	-	1,55	-	6,12	-	3,05	-
	Plácido de Castro	7,24	-	0,15	-	2,25	-	1,02	-
	Porto Walter	2,81	-	0,03	-	1,15	-	0,30	-
	Rio Branco	117,80	-	21,22	-	33,86	-	22,55	-
	Tarauacá	6,92	-	0,21	-	3,24	-	2,55	-
2006	Assis Brasil	3,69	-	0,16	26,74	2,13	38,17	0,38	88,33
	Brasiléia	6,32	6,04	0,59	26,30	2,42	5,54	0,69	62,29
	Cruzeiro do Sul	15,65	12,31	1,65	6,93	7,12	16,18	2,22	-27,02
	Plácido de Castro	6,31	-12,81	0,18	18,97	2,08	-7,74	0,80	-21,86
	Porto Walter	3,94	40,55	0,08	174,23	1,41	22,83	0,40	36,52
	Rio Branco	129,29	9,76	26,26	23,76	37,71	11,38	27,55	22,18
	Tarauacá	8,05	16,38	0,31	47,94	3,50	8,12	1,97	-22,48
2007	Assis Brasil	4,45	20,72	0,25	52,60	2,40	12,93	0,26	-31,25
	Brasiléia	6,96	10,05	0,47	-21,25	2,82	16,32	0,69	-0,81
	Cruzeiro do Sul	18,51	18,32	1,88	13,71	8,62	21,18	4,33	94,82
	Plácido de Castro	9,38	48,55	0,21	19,71	2,88	38,96	2,05	155,61
	Porto Walter	4,19	6,26	0,11	30,40	1,49	5,98	0,50	24,46
	Rio Branco	138,51	7,13	25,68	-2,22	39,47	4,66	28,21	2,40
	Tarauacá	10,26	27,48	0,39	26,48	4,87	39,00	2,79	41,59
2008	Assis Brasil	4,67	5,04	0,28	14,03	2,69	12,15	0,42	59,58
	Brasiléia	8,20	17,91	0,56	20,56	3,47	23,13	1,73	150,73
	Cruzeiro do Sul	21,26	14,85	2,98	58,52	9,64	11,85	5,25	21,17
	Plácido de Castro	8,26	-11,93	0,39	86,34	3,61	25,22	2,62	28,05
	Porto Walter	4,78	14,17	0,15	34,21	2,21	48,18	0,88	74,63
	Rio Branco	164,48	18,75	37,44	45,79	44,24	12,08	30,68	8,76
	Tarauacá	NI	-	NI	-	NI	-	NI	-

Fonte: <http://siops.datasus.gov.br>; NI – não informou

Os indicadores da participação dos impostos nas despesas com a saúde e a participação das transferências nessas despesas que estão na tabela 6, espelham os dados da tabela 5 das transferências e receitas. O indicador das despesas com saúde por habitante nos municípios da tabela 5 apresenta significativa variação nesses sete municípios. Em 2008, houve uma diferença significativa de gastos em saúde por habitante nos municípios de Assis Brasil no valor de R\$ 487,80 e Cruzeiro do Sul R\$ 138,64. O indicador de despesas com pessoal da tabela 5, apresenta variações semelhantes aos gastos com pessoal da tabela 4. Os motivos das variações são os mesmos referidos acima.

O indicador da despesa com investimentos da tabela 5, apresenta um pequeno aumento no município de Brasília. Os demais municípios apresentam percentuais de investimentos em saúde semelhantes à esfera estadual que empreende a busca de recursos pela via das emendas parlamentares para os investimentos. Os baixos valores das transferências regulares para investimento têm relação com as mobilizações para a busca de recursos financeiros via emendas parlamentares, conforme apresentado anteriormente. O indicador da participação da receita própria seguiu regras da Emenda Constitucional 29/2000, porém o processo de regulamentação da mesma ainda não foi concluído.

Tabela 5. Indicadores da participação de receitas e transferências na receita total, despesas c/ saúde por habitante, despesas c/ pessoal e investimentos em sete municípios do Acre de 2006 a 2008.

<i>Indicadores</i>	Ano	<i>Assis Brasil</i>	<i>Brasiléia</i>	<i>Cruzeiro do Sul</i>	<i>Plácido de Castro</i>	<i>Porto Walter</i>	<i>Rio Branco</i>	<i>Tarauacá</i>
Participação da receita de impostos na receita total / Município.	2006	5,10%	6,27%	4,52%	1,68%	1,06%	10,24%	2,70%
	2007	5,14%	2,50%	6,43%	1,91%	1,15%	11,52%	4,74%
	2008	5,21%	1,97%	5,79%	1,34%	1,21%	11,31%	NI
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município.	2006	81,38%	96,46%	89,08%	98,32%	105,52%	70,42%	6,62%
	2007	85,73%	100,14%	84,54%	99,40%	104,52	65,99%	5,03%
	2008	84,62%	93,83%	76,52%	94,20%	97,56%	61,88%	NI
Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante. R\$	2006	424,02	158,92	88,62	145,35	296,54	123,04	122,98
	2007	450,42	168,28	129,86	171,34	187,53	153,62	152,82
	2008	487,80	197,48	138,64	210,14	261,06	177,88	NI
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde.	2006	54,97%	63,36%	60,23%	47,48%	52,46%	75,89%	61,92%
	2007	10,92%	21,46%	45,09%	69,19%	32,84%	63,25%	56,83%
	2008	15,49%	44,08%	49,54	69,57%	39,31%	57,07%	NI
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde.	2006	2,70%	15,59%	7,61%	15,65%	2,13%	1,56%	8,46%
	2007	0,42%	11,81%	10,21%	1,88%	2,61%	3,12%	1,00%
	2008	0,70%	11,41%	8,94%	3,30%	1,08%	6,83%	NI
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000.	2006	20,52%	13,31%	15,43%	15,33%	15,31%	15,04%	18,07%
	2007	15,61%	15,43%	15,10%	16,18%	15,04%	15,01%	16,12%
	2008	15,21%	15,98%	16,15%	19,75	15,96%	15,52%	NI

Fonte: <http://siops.datasus.gov.br>

A seguir apresentamos dados de receitas, transferências federais, gastos com saúde e gastos com pessoal para uma comparação entre estados da Região Norte, bem como os indicadores da participação de impostos e transferências nos gastos com saúde. A comparação dos dados dos Estados do Acre, Amazonas, Rondônia e Roraima informa as seguintes características: o Amazonas apresenta uma arrecadação estadual significativamente maior em relação aos outros e o mesmo estado tem receitas fiscais e é

três vezes maior em relação às transferências federais; Rondônia tem uma arrecadação um pouco acima das transferências da União; o Acre tem uma arrecadação estadual abaixo das transferências da União, porém teve algum crescimento na arrecadação nos últimos anos; Roraima tem arrecadação menor do que o Acre e teve poucas alterações na arrecadação.

A tabela 6, indica grandes disparidades nas capacidades fiscais dos estados da Região Norte. O extremo da disparidade no período estudado aconteceu em 2008 com o Amazonas arrecadando 4.892,09 milhões de Reais enquanto Roraima obteve apenas 249,96 milhões de Reais. Uma baixa nas transferências da União inviabilizaria os serviços de saúde nos estados com menores arrecadações. Mesmo considerando o crescimento de arrecadação do Acre a diferença em relação às transferências federais é alta. Em relação ao crescimento dos gastos com a saúde observa-se uma correspondência em relação ao crescimento tanto das receitas como das transferências federais. Observam-se crescimentos díspares nos gastos com pessoal, contudo entre o maior e menor desses gastos se aproxima com o crescimento das receitas.

Tabela 6. Comparativo das transferências da União, receitas fiscais, gastos c/ saúde e gastos c/ pessoal de quatro estados da Região Norte, no período de 2005 a 2008. (milhões de Reais).

Ano	Estado	Transferências União	Cresc. (%)	Receitas fiscais	Cresc. (%)	Gastos c/ saúde	Cresc. (%)	Gastos c/ pessoal	Cresc. (%)
2003	Amazonas	660,94	-	2.098,84	-	685,35	-	446,74	-
	Rondônia	652,51	-	811,58	-	179,41	-	79,60	-
	Acre	799,76	-	199,74	-	151,17	-	104,86	-
	Roraima	466,21	-	153,03	-	85,91	-	14,67	-
2004	Amazonas	831,39	25,79	2.623,90	25,02	873,83	27,50	484,11	8,36
	Rondônia	851,76	30,54	1.021,00	25,80	226,77	26,40	104,95	31,85
	Acre	865,22	8,18	245,66	22,99	175,64	16,18	114,88	9,55
	Roraima	520,27	11,59	158,98	3,89	96,94	12,84	24,65	68,06
2005	Amazonas	856,35	3,00	2.773,90	5,72	966,71	10,63	543,85	12,34
	Rondônia	1.241,09	45,71	1.192,89	16,84	281,32	24,05	128,95	22,87
	Acre	1.082,46	25,11	367,22	49,48	219,20	24,80	127,36	10,87
	Roraima	554,52	6,58	198,03	24,56	127,65	31,67	40,47	64,20
2006	Amazonas	1.379,97	61,15	3.432,80	23,75	1.005,52	4,01	614,94	13,07
	Rondônia	1.169,43	-5,77	1.567,22	31,38	313,55	11,46	144,91	12,38
	Acre	1.186,17	9,58	394,04	7,30	268,09	22,30	150,94	18,52
	Roraima	635,01	14,51	215,32	8,73	163,51	28,10	49,94	23,38
2007	Amazonas	1.619,67	17,37	4.021,32	17,14	1.189,57	18,30	689,82	12,18
	Rondônia	1.169,43	0,00	1.599,29	2,05	344,66	9,92	151,38	4,46
	Acre	1.397,23	17,79	485,91	23,32	293,93	9,64	195,14	29,28
	Roraima	744,09	17,18	219,02	1,72	189,10	15,65	57,32	14,80
2008	Amazonas	1.964,49	21,29	4.892,09	21,65	1.316,33	10,66	807,63	17,08
	Rondônia	1.353,85	15,77	1.606,33	0,44	418,62	21,46	184,15	21,64
	Acre	1.705,53	22,07	555,33	14,29	373,48	27,07	225,38	15,49
	Roraima	870,44	16,98	249,96	14,13	239,89	26,85	86,22	50,40

Fonte: <http://siops.datasus.gov.br>

Os indicadores da participação das receitas e da participação das transferências intergovernamentais nas despesas com a saúde na tabela 7, espelham os dados da tabela 6 das transferências da União e as receitas fiscais.

O indicador das despesas com saúde por habitante nos municípios da Região Norte apresenta disparidades em que os estados com maior capacidade fiscal menos da metade

comparados com os estados de menor capacidade fiscal. Os estados com maiores receitas fiscais têm os menores gastos com saúde por habitante nos municípios. Parece que o SUS é custeado exclusivamente com recursos da esfera federal.

Tabela 7. Indicadores da participação de receitas e transferências na receita total, despesas c/ saúde por habitante, despesas c/ pessoal e investimentos em quatro estados da Região Norte no período de 2006 a 2008.

Indicador		Acre	Amazonas	Rondônia	Roraima
Participação da receita de impostos na receita total do estado.	2006	17,46%	56,36%	43,36%	15,39%
	2007	17,52%	53,92%	45,09%	17,65%
	2008	15,21%	55,67%	41,34%	15,20%
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do estado.	2006	70,15%	37,20%	53,51%	81,82%
	2007	73,81%	36,92%	55,53%	84,24%
	2008	70,12%	37,79%	53,83%	76,99%
Despesa total com saúde, sob a responsabilidade do município por habitante. Valores em reais.	2006	390,43	331,66	200,90	408,66
	2007	448,49	356,25	220,94	474,08
	2008	578,92	389,20	258,58	598,25
Participação da despesa com pessoal na despesa total com saúde.	2006	61,43%	51,35%	48,70%	33,31%
	2007	66,16%	55,84%	47,06%	30,52%
	2008	57,07%	61,09%	44,29%	35,37%
Participação da despesa com investimentos na despesa total com saúde.	2006	5,51%	8,43%	3,01%	2,64%
	2007	2,19%	2,43%	1,91%	3,23%
	2008	5,14%	5,76%	2,58%	1,97%
Participação da receita própria aplicada em saúde conforme a EC 29/2000.	2006	13,77%	23,47%	12,10%	13,22%
	2007	13,83%	22,17%	12,00%	13,64%
	2008	14,34%	19,21%	12,78%	14,95%

Fonte: <http://siops.datasus.gov.br>

2. 4. COORDENAR A POLÍTICA DE SAÚDE E NEGOCIAR: A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

A implantação da política de saúde no âmbito estadual requer do seu gestor a capacidade para negociar. A negociação política integra o processo de descentralização de serviços bem como a implementação da política de saúde, implicando em relações intergovernamentais no processo federativo que envolve diferentes atores políticos e distintos interesses. As regulamentações do SUS estabelecidas pela Portaria MS nº. 545, de 20 de maio de 1993, NOB 93, definiram a descentralização como um processo que implica em redistribuição do poder, redefinição de papéis e novas relações entre as três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação das práticas de controle social. A mesma portaria aponta para o envolvimento das dimensões políticas, sociais e culturais. A efetivação da descentralização pressupõe diálogo, negociação e pactos estabelecidos entre os atores políticos. O gerenciamento do processo de descentralização é um importante papel das Comissões Intergestores, cabendo à esfera estadual de governo a articulação, planejamento e regulação da Comissão Bipartite. As regras posteriores à NOB 1993, ampliaram o processo de descentralização estabelecendo o papel de cada esfera de governo com os respectivos gestores, estabelecendo, também, a regionalização do sistema. No processo político brasileiro as negociações intergovernamentais não são recentes. A negociação é intrínseca à política e está presente na prática republicana. As negociações, barganhas e a coordenação intergovernamental integram o federalismo brasileiro (Abrucio, 2005 p.12).

Na NOB 1996, o papel do gestor estadual na descentralização é o de exercer a coordenação na gestão do SUS no âmbito estadual, promover as condições para o seu

funcionamento e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde de seus municípios. Essa norma considerava importante o papel da esfera estadual de ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais. Para esse papel é recomendada ao gestor a configuração de sistemas de apoios logísticos e de atuações estratégicas que envolvem responsabilidades nas três esferas de governo. A regulação do SUS atribui à esfera estadual o papel de instância propulsora de implementação e descentralização do sistema. Com as adaptações e continuidade do sistema a Portaria nº. 373 de 27 de fevereiro de 2002, estendeu o papel articulador do gestor estadual para proceder a regionalização dos serviços e reforçar a organização articulada entre os municípios com o intuito de garantir o acesso de todos os cidadãos aos serviços. A partir de 2006, o Ministério da Saúde fez uma reformulação na regulação do sistema de saúde com a denominação de “Pacto pela saúde, Pacto pelos SUS”, porém as mudanças nas regras foram para atualizá-las e não alteraram os papéis de articulação e negociação política da Comissão Intergestores Bipartite e da esfera estadual de governo. Em 2003 a Secretaria Estadual de Saúde do Acre elaborou um “Plano Diretor de Regionalização”, porém a medida efetiva até 2008 foi implantar uma Coordenadoria Regional de Saúde na região do Juruá (Secretaria de Estado da Saúde do Acre. Relatório de Gestão, 2003; Id., 2008).

O disposto na regulação da CIB, principalmente na NOB/93, orienta para o fortalecimento do poder local, a implantação do sistema de saúde nos municípios e a importância das informações para os seus membros tomarem decisões. As discussões e tomadas de decisões devem ser fundamentadas em informações. Para Cassarro (1999), as informações para tomada de decisões são organizadas em um sistema e assim podem

subsidiar as decisões. As idéias desse autor coincidem com as normas do SUS de que deve haver um sistema de informações para respaldar os pleitos dos gestores municipais na CIB.

O processo de descentralização do SUS no Acre ocorreu com negociações entre esferas de governo em que prefeitos e o governador do estado desempenharam papéis importantes, como foi o caso da descentralização dos serviços em Brasília em 1993, conforme visto acima. Com relação ao funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite o gestor estadual implementou essa comissão de maneira desencontrada causando retardamentos e falhas no cumprimento das suas funções. Na instalação das instâncias do SUS do Acre ocorreram lacunas nos seus funcionamentos bem como nos registros das atividades. A Comissão Intergestores Bipartite do Acre foi regulamentada em 18-06-1993 e os registros encontrados do seu regimento são de 20 de agosto de 1997. O regimento interno dessa Comissão encontrado data de outubro de 1997, e mesmo reforçava o caráter de negociação e de decisão desse fórum na política de saúde (Acre. Diário Oficial, 21/10/1997; Assembléia Legislativa. Leis Ordinárias e Complementares. 1963- 1999). Devido à ausência de registros que esclareçam o funcionamento da CIB durante o período da crise há uma lacuna de informações até 1999. Foram feitas buscas nos setores onde funcionam as instâncias colegiadas do SUS do Acre e não foram encontrados registros ao período citado.

Com a estagnação ocorrida no SUS do Acre na gestão correspondente ao governo de Orleir Cameli, a descentralização dos serviços sofreu as conseqüências da mesma. A baixa capacidade gerencial da Secretaria Estadual de Saúde foi um fator de grande influência na inadimplência junto ao governo federal com repercussão nas relações intergovernamentais que se estendeu aos municípios. Na mudança dos gestores em 1999 o

atraso mais significativo da descentralização estava no município de Rio Branco onde a atenção básica estava, em grande parte, a cargo da esfera estadual.

Nas mudanças promovidas a partir de 1999 na descentralização dos serviços no Acre estavam as transferências de parte das atribuições da Fundação Nacional de Saúde para a esfera estadual e para os municípios. Nos termos do acordo estabelecido no Convênio nº. 001/2000 entre a Fundação Nacional de Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde do Acre foram mantidos os direitos dos trabalhadores transferidos, sua remuneração na instituição de origem e assegurados os tipos de atividades em que esses servidores iriam atuar, segundo o processo de descentralização dos serviços (Secretaria de Estado da Saúde do Acre. Convênio nº. 001/2000.).

A partir de 1999, o gestor estadual continuou exercendo atribuições dos municípios. Tratava-se de uma situação particular que continuou problemática nas relações entre as esferas de governo. Havia situações em que eram aplicadas medidas gerenciais excepcionais como em Rio Branco onde o processo de descentralização dos serviços continuou em 2000. Importantes atribuições das esferas municipais estavam a cargo da esfera estadual (Comissão Intergestores Bipartite. Atas das Reuniões de setembro e outubro de 2000).

A ênfase nas atividades das comissões técnicas da CIB pode ser observada há tempos nessa comissão. Os registros de reuniões do ano de 2001, indicam grande importância atribuída aos pareceres das comissões técnicas. Para se votar conferia-se ênfase aos pareceres técnicos e há pouca menção para as negociações envolvendo os autores dos pleitos negociados. Os assuntos das reuniões parecem ser de autoria do gestor estadual e nas atas pouco se diferencia o envolvimento dos gestores municipais (Comissão

Intergestores Bipartite. Atas das Reuniões de setembro e outubro de 11/10/2001 e 14/11/2001).

Os trâmites burocráticos são enfatizados em comissões técnicas que continuaram em períodos mais recentes. As negociações envolvendo o município de Mâncio Lima em maio de 2007, incluíram os parâmetros dos indicadores em saúde que tiveram maior importância a partir do “pacto pela saúde de 2006”, porém a negociação da proposta do gestor municipal permanece em segundo plano em relação ao parecer da comissão técnica (Id.,01/05/2007).

Na interpretação de um membro da equipe central do gestor do município de Rio Branco se confirma a forte influência das equipes técnicas na condução dos pleitos dos municípios na CIB. O fórum de negociação tomava uma conotação burocrática quando as pessoas das comissões técnicas emitiam juízos que pareciam substituir os representantes dos municípios. Assim as comissões técnicas predominavam sobre os atores políticos que são os negociadores das esferas municipais enquanto que os membros dessas comissões são do quadro dos funcionários do gestor estadual.

Antes das reuniões são feitas reuniões dos grupos técnicos onde os mesmos procuram apresentar uma proposta já pra discussão. Eles já amadurecem as propostas. Fazem um acordo para a discussão para que na comissão nós tenhamos todas as condições para que a tomada das decisões. Ela tem funcionado sim como fórum de debate sim e tomada de decisão, de participação de gestores do sistema. É importante o papel do estado. Na bipartite o estado é o condutor. Os municípios têm uma participação ativa também. Alguns municípios em especial contribuem nos debates e decisões. (depoimento de um membro da equipe central do gestor de Rio Branco)

A observação da reunião da Comissão Intergestores Bipartite para esta pesquisa aconteceu no dia 30/04/2009. Os trabalhos iniciaram com a presença da gerente executiva da Comissão distribuindo a pauta dos trabalhos do dia. Tratava-se de uma pauta já encaminhada antecipadamente aos membros, porém havia atividades já executadas que a Comissão deveria aprovar posteriormente. Enquanto se aguardava a vinda de pessoas para completar o quorum mínimo da reunião, a secretária de saúde do município de Jordão relatou sua dificuldade para representar os municípios de Feijó e Tarauacá na Comissão Intergestores Bipartite. Na organização dessa Comissão os municípios são representados por regionais, sendo um representante dos municípios de acordo com convenção do governo do Acre para as regionais da atual administração pública. De acordo com essa secretária houve contatos com as duas secretarias de saúde dos municípios, porém não aconteceu um diálogo que permitisse uma representação efetiva na Comissão. Os projetos dos municípios representados seguem caminhos burocráticos que não seguem a convenção formal da representação regional. Com isso, as negociações não têm um interlocutor na CIB que é a pessoa representante do regional. O próprio acordo da representação regional tem pouca efetividade e existem caminhos de negociações de projetos, relatórios e planos diferentes do tramite formal da Comissão Bipartite (Diário da observação sistemática).

A reunião desse dia da Comissão foi dirigida pela vice-presidente que apresentou a pauta já conhecida pelos presentes e leu uma nota do Ministério da Saúde tratando da gripe suína, que estava configurando-se como um problema mundial. Os trabalhos da reunião foram encaminhados para a gerente executiva que leu resumos dos projetos da pauta, destacou com atenção os resumos dos pareceres das comissões técnicas sobre cada projeto. A gerente solicitava atenção para os pareceres das comissões técnicas destacando que os mesmos são os fundamentos para as aprovações dos projetos e encaminhamentos da pauta.

A cada parecer lido os membros da Comissão mostravam concordância com o mesmo e a gerente seguia os encaminhamentos em atenção aos resumos das comissões técnicas. A Comissão cumpria a formalidade de confirmar os pareceres sobre documentos cujo teor era do conhecimento de outras pessoas. Todos os pareceres foram aprovados com rapidez o que significava aprovar os projetos (Id.).

Vencida a pauta ordinária, a titular da reunião retomou os trabalhos apresentando um projeto executado há tempos pela Secretaria Estadual de Saúde sobre a compra de refrigeradores e pulverizadores para municípios. O projeto havia sido finalizado há meses, porém precisava ser aprovado na Comissão Bipartite para seus relatórios serem aceitos no Ministério da Saúde. Não houve a narrativa detalhando a execução do projeto, nem houve questionamentos e o mesmo foi aprovado pelo silêncio dos membros. O ritual de aprovação dos projetos e assuntos de pauta ocorreram com o pedido da titular da reunião perguntando com a palavra – “pactuado?”. Pelo silêncio dos participantes se considerou a aprovação. Não houve explicações sobre como se resolveriam os problemas das datas entre execução das atividades com a aprovação na Bipartite (Id.).

No dia 29 de maio de 2009, aconteceu uma reunião “plenária ampliada” da Comissão Intergestores Bipartite com a presença de todos os gestores municipais para uma confraternização em um dos hotéis mais freqüentados de Rio Branco, a convite do gestor estadual. Os trabalhos iniciaram-se em um ambiente ornamentado para uma festa com a circulação de pessoas do espaço dos trabalhos até as mesas repletas de comidas e bebidas. A fala inicial do secretário estadual de saúde foi sobre o sucesso da última campanha de vacinação. Também se tratou de uma caravana de representantes do Acre para Brasília na chamada “caravana pela saúde”. O secretário também informou sobre sua participação em Brasília em uma reunião que tratou do aumento do valor do denominado “fator amazônico”

que diferencia alguns repasses financeiros para a região devido aos custos maiores de atividades no interior (Id.).

Os pontos de pauta como o diferencial de recursos para municípios de fronteiras e recursos para a vacinação foram aprovados em um ritual semelhante à reunião anterior com a pergunta, pactuado? Pelo silêncio dos participantes as proposições foram consideradas aprovadas.

A reunião continuou com assuntos não pertinentes para o momento, porém era uma solenidade para destacar o humanismo do primeiro transplante de córnea do Acre. Foram destacados os méritos da equipe da Fundação Hospitalar do Acre. Nesse contexto de conagração foi aprovado o parecer da Comissão técnica sobre o credenciamento da terapia nutricional da alta complexidade da Fundação Hospitalar do Acre e a portaria 2588 para qualificar gestores do SUS. Não houve debate, nem detalhamento do conteúdo da portaria e as matérias foram aprovadas igualmente às anteriores, pelo silêncio dos participantes. A ordem dos trabalhos, nessa altura, estava pouco controlada devido a saída das pessoas para o recinto das mesas da festa (Id.).

Na continuidade da reunião foram tratados assuntos como os indicadores de saúde, entre eles da meningite e de vigilância ambiental. Foi dito que poucos municípios fazem estudos de controle ambiental. Foi dito que há atividades relacionadas aos indicadores em saúde que não são realizadas porque os técnicos treinados pleiteiam um pagamento adicional para realizar essas atividades. Apesar de haver situações de trabalhos não realizados o assunto não foi concluído. No final da apresentação do assunto dos indicadores em saúde houve a fala de gestores apresentando suas dificuldades em trabalhar o sistema de indicadores implantados pelo Ministério da Saúde. Um dos gestores destacou que não há o

que fazer com os indicadores colocados pelo Ministério da Saúde. Para esse problema foi sugerida a criação de uma comissão para estudar os indicadores de saúde.

Às 18:20h., a reunião estava esvaziada pelo deslocamento dos participantes em torno das mesas onde estavam as comidas, doces, salgados e bebidas. A reunião foi finalizada pela ausência de pessoas. O último pedido dirigido aos participantes da reunião foi de uma das integrantes da equipe do gestor estadual solicitando para que fossem mantidos alguns trabalhos de um grupo de gestores municipais para tratarem de assuntos de interesse dos municípios (Id.).

Em dezembro de 2008, finalizou um dos exercícios dos membros da Comissão Intergestores Bipartite do Acre. Para o exercício seguinte foi repetida a composição de 15 membros, sendo sete do gestor estadual, cinco representantes dos gestores dos municípios das regionais administrativas de acordo com a administração pública estadual, um representante do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde, o representante do gestor da capital do estado e uma secretária executiva. Considerando que a capital do estado tem sua representação permanente os demais 21 municípios são representados pelos cinco membros das regionais administrativas (Secretaria de Estado de Saúde do Acre. Portaria nº. 26 de 27 de fevereiro de 2009).

2. 5. A COORDENAÇÃO DA ESFERA ESTADUAL DO SUS NA FUNÇÃO DE PLANEJAMENTO

De acordo com o processo regulatório do SUS a Secretaria Estadual de Saúde exerce o papel de instância de coordenação da política de saúde, notadamente nas relações intergovernamentais com os municípios, bem como com a esfera federal. Essa coordenação é realizada, em grande medida, através do processo de planejamento e negociações entre as esferas de governo. A partir da origem do SUS seu processo regulatório compreende que o mesmo se organiza de acordo com as instâncias do pacto federativo brasileiro, ou seja, nas três esferas de governo. Há uma coerência entre as esferas de governo com as instâncias do sistema de saúde. Na Lei Nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990, destaca-se que há prerrogativas, atribuições e competências comuns das três esferas de governo como a participação na elaboração da política e na elaboração e atualização periódica de planos. Para a esfera estadual está estabelecido, na sua função de direção, um importante papel na descentralização dos serviços, na prestação de apoio técnico e financeiro bem como participar e coordenar determinadas ações. As Portarias ministeriais que se sucederam na regulação da política de saúde, como a NOB 96, ampliaram o papel de esfera estadual.

Em 2006, houve uma reformulação no processo regulatório estabelecendo-se um novo pacto no sistema de saúde. As novas regras de 2006, pretendem um novo compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades em que se espera impactos sobre a saúde da população. Em 2006, a política de saúde no Brasil passou por um momento de afirmação do chamado “Pacto pela Saúde” que teve por finalidade a consolidação do SUS. Foram retomados e reafirmados os princípios e diretrizes

estabelecidos desde a fundação desse sistema. A regulação da política de saúde necessitava de uma adequação e um conjunto de portarias ministeriais passou a regular o sistema de saúde. Passaram a vigorar novos parâmetros no relacionamento entre esferas de governo e com isso pretende-se retomar as diretrizes e princípios ainda não suficientemente trabalhados anteriormente. Dos documentos regulatórios de 2006, destaca-se a portaria de nº. 399, que considera o Brasil um país com muitas diferenças regionais e iniquidades sociais. Afirma a unidade de princípios do SUS e aponta para uma diversidade operativa do mesmo que respeite as singularidades regionais. Afirma que o “pacto pela saúde” é o compromisso entre os gestores em torno de prioridades que apresentem impactos sobre a situação de saúde da população. A definição de prioridades deve ocorrer através de metas nacionais, estaduais e regionais. Nessa portaria foram estabelecidas seis prioridades, ou seja, saúde do idoso; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade materna e infantil; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica.

A Portaria do Ministério da Saúde de nº. 399 de 2006, estabelece que o gestor estadual tem a função de fomentar a integralidade da atenção à saúde, coordenar o sistema, acompanhar e avaliar bem como apoiar técnica e financeiramente os municípios. Nas diretrizes contidas no mesmo documento consta que o gestor estadual tem importantes atribuições, como é o caso da regionalização dos serviços, do planejamento e financiamento. Todos os passos da regionalização demandam amplas participações dos gestores municipais com o estabelecimento de acordos para efetivação do processo. O planejamento corresponde, também, a um papel importante para o gestor estadual. A mesma portaria estabelece que o planejamento “deve ser desenvolvido de forma articulada,

integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação é a recomendada no sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direção ao processo de gestão do SUS. No mesmo sistema está incluído o monitoramento e avaliação de todo o processo” (Ministério da Saúde. Portaria nº. 399 de 2006).

O anexo 1 da Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, busca consolidar um sistema de planejamento baseado na responsabilidade de cada esfera de governo para definir objetivos e conferir direção ao processo de gestão do sistema de saúde, compreendendo monitoramento e avaliação. O ordenamento desse anexo explicita o que se estava estabelecendo fazendo apenas uma atualização. Entre os objetivos propostos para o sistema de planejamento está o de formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação. Para os estados, o anexo da portaria estabelece: “Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, proteção, recuperação e a reabilitação em saúde, constituindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde.” O estado ainda deve formular no plano estadual de saúde a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais para a promoção da saúde. Também deve coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada integrada da atenção à saúde (Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS, 2009).

A coordenação da Secretaria Estadual de Saúde no Acre através do planejamento da sua política no âmbito estadual tem poucos registros organizados. Não foram encontrados documentos que evidenciassem processos de planejamento com abrangência para o sistema

estadual de saúde anteriores ao ano 2000. Parece que as sucessivas crises pelas quais passou o sistema de saúde do Acre tiveram como uma das suas implicações a não realização de planejamentos. Os documentos estudados indicam que o funcionamento da Secretaria Estadual de Saúde acontecia no contingenciamento gerencial de curto prazo procurando cumprir os principais requisitos da regulação da esfera federal. A gestão estadual que assumiu o governo em 1999, produziu o seu planejamento em saúde no ano de 2000. Nesse ano foi elaborado o “Plano Estadual de Saúde 2000 a 2003”, que sinalizava uma nova prática após um período de forte crise. Nesse documento do gestor estadual constata-se que o processo de descentralização dos serviços de saúde era incipiente no estado. Cinco municípios não estavam habilitados no sistema. Havia a necessidade de modernização gerencial nos municípios e no estado. “A rede de saúde não está hierarquizada e inexistente um sistema de referência e contra referência, ocasionando uma elevada demanda direta aos hospitais. O objetivo é organizar a rede de serviços, colocando as unidades básicas como porta de entrada do sistema, encaminhando os casos não resolvidos para os serviços secundários e terciários de resolatividade” (p. 25-26).

No exame do documento constata-se, ainda, que o mesmo contém uma longa contextualização da situação de saúde no Acre e trata longamente da capacidade instalada dos serviços do SUS. A necessidade da modernização gerencial dos serviços está enfatizada nos municípios. Faz descrições sobre a capacidade instalada em todo o estado. Há uma seqüência de dados de diagnóstico sobre a morbidade, porém essas informações não são retomadas na seção de planejamento. A seção do planejamento é a parte menos desenvolvida no documento e está organizada em quadros com colunas que estabelecem prioridades, estratégias e objetivos. Há quadros com atividades, metas, períodos e valores. Faltou explicitar no documento as diferenças do que compete ao gestor estadual e aos

gestores municipais nas atividades destinadas para o alcance de objetivos e metas. Quando o plano trata de estratégias e objetivos não se visualiza como os trabalhos devem ocorrer para alcançar suas finalidades. Há uma repartição na seção de planejamento para cada setor da Secretaria Estadual, com compartimentos específicos de atividades. Não há explicitação de como esses setores relacionam-se entre si, como implementariam as atividades em conjunto e nem como realizaram suas atividades com os gestores municipais. Do modo como está apresentado o plano parece que tudo será realizado pelo gestor estadual, mesmo quando são ações que competem aos municípios. Não está claro como foram identificados os problemas tratados no plano e os passos seguidos na metodologia do planejamento. Ficam muitas interrogações sobre como o gestor estadual trabalhou junto com os atores políticos e os gestores do sistema de saúde que fazem parte do plano de saúde com abrangência estadual.

Na Seqüência do estudo estão transcritas partes do plano estadual de saúde 2000 a 2003, para ilustrar a concepção do mesmo e aspectos organizativos do documento.

Quadro 4 – Transcrição de partes do Plano Estadual de Saúde do Acre de 2000 – 2003**VI. – Prioridades /Estratégias**

PRIORIDADES	ESTRATÉGIAS	OBJETIVOS
Planejamento e acompanhamento das ações.	<ul style="list-style-type: none"> • Descentralizar as programações; • Elaborar Plano e Relatório de Gestão; • Elaborar projetos 	<ul style="list-style-type: none"> • Racionalizar os serviços existentes; • Obter ações integradas; • Captar recursos para custeio das ações.
Transferência para os municípios habilitados ou não	<ul style="list-style-type: none"> • Transferir recursos fundo a fundo; • Regularizar o repasse mensal aos municípios não habilitados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir repasse dos recursos financeiros aos municípios.
Da rede de serviços de Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> • Fiscalizar, assessorar e acompanhar a rede básica; • Integração intersetorial; • Implantar um processo de avaliação contínua/permanente no serviço; • Garantir as clínicas básicas nas unidades; • Estimular a implantação / implementação do PACS/PSF; • Implantar / implementar programas de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir a morbidade e a mortalidade; • Promover saúde e prevenir doenças; • Reduzir as internações.

**PROGRAMAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO MATERNO-INFANTIL
AÇÕES DO ADOLESCENTE**

Ação/atividade	Meta	Período	Fonte (esfera)	Valor
Implantação de espaços jovens	Implantar 06 espaços jovens em Brasília, Cruzeiro do Sul, Rio Branco, Rodrigues Alves, Sena Madureira e Senador Guiomard.	Janeiro a julho/2000	Federal e estadual	255.000,00
Prestar assistência integral ao recém nascido de baixo peso.	-Acompanhar 100% dos recém nascidos de baixo peso em todos os municípios do estado. (passagens e diárias)	Janeiro a dezembro/ 2000	Estadual	10.000,00
Crescimento e desenvolvimento. Manejo da criança com IRAs.	Capacitar em serviço 100% dos recursos humanos envolvidos no manejo das IRAs e sobre aleitamento materno.			

Aleitamento materno	Criar um banco de dados para RN de baixo peso.			
---------------------	--	--	--	--

Fonte: Acre. Secretaria de Estado de Saúde e Saneamento. Plano Estadual de Saúde, 2000 a 2003.

O Plano Estadual de Saúde de 2004 a 2007, repetiu o formato do anterior enfatizando a contextualização geográfica do Acre, aspectos sociais bem como descreve a rede de serviços de saúde. A seção de planejamento inicia-se na página 96 e finaliza na página 199. As divisões do documento são mais reduzidas do que no plano anterior, assim como seus conteúdos. De 2007 até dezembro de 2008, quando foi finalizada a busca de documentos para este trabalho não havia um plano estadual de saúde na esfera estadual do Acre. As atividades do SUS seguem as contingências das programações reguladas do sistema. Na continuidade apresentamos segmentos do Plano Estadual de Saúde 2004 a 2007.

Quadro 5 – Transcrição de partes do Plano Estadual de Saúde do Acre de 2004 – 2007.

OBJETIVOS	PRIORIDADES	ESTRATÉGIAS
Fortalecer a estratégia de saúde da Família para reorientação do modelo assistencial vigente.	<p>Promover a adesão de todos os municípios ao programa e ampliar o número de equipes;</p> <p>Promover a melhoria da qualidade da assistência;</p> <p>Estimular a implantação e/ou implementação do PACS/PSF.</p>	<p>Articular com os gestores municipais, visando a expansão do Programa Saúde da Família;</p> <p>Estabelecer cooperação técnica para elaboração de projetos de expansão do PSF;</p> <p>Capacitar recursos humanos de módulo introdutório de saúde da família;</p> <p>Monitorar e avaliar as ações do programa; Alimentar regularmente o sistema de informação da atenção básica;</p> <p>Estimular a participação de profissionais em eventos que discutam a política de saúde da família;</p> <p>Promover eventos para difusão do programa de saúde da família;</p> <p>Prestar assessoria técnica aos municípios; Capacitar os profissionais do programa.</p>

(continuação)

Ação/ atividade	Metas	2004	2005	2006	2007
Intensificação do controle social exercido pelo Conselho Estadual de Saúde	Participar da elaboração e validar o Plano Estadual de Saúde e acompanhar trimestralmente a execução financeira do Fundo Estadual de Saúde;	04	04	04	04
	Receber e acompanhar os relatórios de auditorias realizadas no SUS;	100%	100%	100%	100%
	Fiscalizar as unidades de saúde de acordo com o cronograma;				
	Avaliar as ações e serviços de saúde implantados e implementados por microrregiões de saúde, através da PPI de assistência;	100%	100%	100%	100%
	Avaliar e validar o Relatório de Gestão;	01	01	01	01
	Analisar trimestralmente as ações de assistência ao Índio.	100%	100%	100%	100%

Fonte: Acre. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Estadual de Saúde, 2004 a 2007.

2. 6. OS CONTEÚDOS DOS RELATÓRIOS DE GESTÃO QUE EXPRESSAM ASPECTOS DA COORDENAÇÃO ESTADUAL DA POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DE 1999

O exame dos relatórios de gestão constata a falta da distinção das atividades nas quais havia a participação das esferas municipais. A forma de apresentação do relatório repete o plano de saúde no qual não se têm explícitos os problemas, as ações, os encarregados das ações e nem o tempo estipulado. Assim pouco se identifica a respeito da interação do gestor estadual com os municípios assim como não se identifica o que as atividades do gestor estadual conseguiram como resultados junto às ações dos gestores municipais.

A coordenação estadual da política de saúde é representada pela função de articular, implantar, descentralizar, estabelecer relacionamentos com os municípios e o papel de negociador. As atividades em que se identifique a aplicação do processo de planejamento no âmbito estadual deveriam expressar-se na condução da política de saúde com a instância estadual do SUS exercendo o seu papel propulsor. As ações da esfera estadual se relacionado com as esferas municipais são identificáveis nos Relatórios de Gestão expedidos a cada exercício anual. Para examinar as relações entre essas esferas este estudo revisou os Relatórios de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Acre a partir de 1999 até 2008, considerando a regulação existente, notadamente a partir de 2006 no que refere-se a regulação da atenção básica nos diferentes aspectos das relações intergovernamentais.

Em 1999, as relações da esfera estadual com os municípios tinham por finalidade consolidar as habilitações dos municipais no sistema e iniciar a descentralização dos serviços nos três municípios ainda não habilitados à época. A Secretaria Estadual de Saúde

prestou serviços de assessoria aos municípios para elaborar projetos e descentralizar serviços. O estadual enfatiza no Relatório de Gestão de 1999, o perfil de morbidade do Acre e a situação dos serviços de saúde que estavam com os seus atendimentos nos padrões recomendados. As atividades relatadas apresentam uma junção em que pouco se distingue a ação da esfera estadual em relação às ações das esferas municipais. As quantificações de ações realizadas têm abrangências estaduais, que inclui todos os setores.

O gestor estadual envolveu o município de Porto Walter em um acordo específico para ampliar um Centro de Saúde com serviços de internações nas clínicas médica e pediátrica. Foi um convênio específico para adaptar uma unidade de saúde em uma situação de baixa capacidade local de instalar um hospital com maior capacidade (Secretaria de Estado de Saúde e Saneamento. Relatório de Gestão, 1999).

No período de 2000, o gestor estadual e o município de Rio Branco trataram da descentralização de serviços nesse município com negociações demoradas e graves divergências. Esse assunto será tratado especificamente no capítulo do município de Rio Branco.

A descentralização dos serviços no Acre ocorreu com avanços e recuos com situações em que a esfera estadual do SUS cumpriu um papel oscilante entre o atendimento das regras estabelecidas e processos incompletos.

Em 2000, o Acre contava com um município com habilitação Plena do Sistema Municipal, porém esse único caso de habilitação plena teve uma existência efêmera. O município com essa habilitação foi Senador Guiomard que na época contrastava com Rio Branco, o qual na condição de capital de estado, apresentava significativa concentração de profissionais, mas estava habilitação na condição plena da atenção básica. Após longas discussões na Comissão Intergestores Bipartite e investigações no gerenciamento

municipal, o município de Senador Guiomard foi desabilitado do SUS. Foi constatada a prestação incorreta das contas, mau gerenciamento do hospital municipal, desorganização gerencial da Secretaria Municipal de Saúde e outras irregularidades (Acre. Serviço de Auditoria – SEAUD. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão Senador Guiomard, 1999). Este relatório de auditoria foi apresentado à CIB do Acre em 13 de julho de 2000. A situação do município de Senador Guiomar foi discutida na CIB na reunião de 11 de julho de 2000. O gestor municipal solicitou a mudança na modalidade de gestão de plena do sistema municipal para a plena da atenção básica alegando dificuldades nas suas atividades. Esse pedido de mudança foi discutido no dia 11 de outubro de 2001 quando a presidente da Comissão informou aos membros sobre a piora no gerenciamento do sistema de saúde do município, com o hospital sem condições de funcionamento. O município continuou gerenciando os serviços nas condições solicitadas pelo mesmo. (Acre. Comissão Intergestores Bipartite. Ata da Reunião, 11/10/2001).

No exercício de 2002, a descentralização de serviços não teve avanços no sentido de ampliar os serviços municipais. Embora o gestor estadual tenha relatado apoio à habilitação dos municípios de Assis Brasil, Plácido de Castro e Jordão, bem como tenha informado a realização de capacitações, treinamentos técnicos e sensibilizações junto às autoridades municipais para a descentralização de serviços não há relatos da efetividade da descentralização.

Em 2002, a coordenação estadual junto aos municípios através dos setores como Programa Saúde da Família e outros programas especiais de saúde pública apresentam atividades em que pouco se distinguem os alcances da esfera estadual e das esferas municipais. Os programas PSF e PACS estavam implantados somente em 18 dos 22 municípios do Acre e não há referências documentais nos relatórios de gestão sobre o

funcionamento desses programas. No programa de controle da tuberculose afirma-se que ocorreram 4,7% de abandonos de tratamento e ao mesmo tempo, as metas estabelecidas informam resultados de 100%. Em relação ao controle de endemias são relatadas várias limitações nas atividades de 2002. Houve falhas em relação às visitas domiciliares, capacitação de recursos humanos, borrifações, coletas de exames de sangue para malária, municípios sem responsáveis para o programa de controle da malária (Secretaria de Estado de Saúde. Relatório de Gestão, 2002).

No período de 2003 e 2004, os relatos da esfera estadual em atividades de coordenação e relações com os municípios informam sobre a conclusão da descentralização da atenção básica no município de Rio Branco. Os acordos desse período incluíram a ampliação do Programa Saúde da Família em seis municípios. O gestor estadual prestou treinamentos e assessorias aos municípios com ênfase na consolidação da Programação Pactuada Integrada. Conforme abordado anteriormente sobre a busca de verbas federais o gestor estadual colaborou com os municípios na elaboração de projetos para ampliarem os recursos no Orçamento Geral da União. No final de 2004, havia 19 municípios habilitados na gestão plena da atenção básica. Mesmo com a habilitação havia fortes limitações em termos de gerenciamento, financiamento e baixa capacidade na oferta dos serviços. Havia três municípios que permaneciam sob gestão estadual (Secretaria de Estado de Saúde. Relatório de Gestão, 2003; Id, 2004).

No período referido acima o gestor estadual elaborou o Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimentos que foram exigências da regulação oriundas da esfera federal (Id., Ibid.)

Na continuidade das atividades em 2005 e 2006, o gestor estadual reiterou que as funções de formulador de políticas, planejamento, co-financiamento, formação, capacitação

e desenvolvimento de recursos humanos faziam parte das suas competências. Nessas funções de coordenação estadual também estavam incluídos os trabalhos com os “programas estratégicos da Atenção Básica”. Nos relatórios desse período o parâmetro de avaliação dos programas foi centrado em indicadores específicos. O gestor estadual relata que há acordos da esfera estadual com os municípios para mudarem os indicadores de saúde, porém não são explicitadas as atividades que possibilitarão essas mudanças. Houve cooperação técnica com os municípios nesse período e se considera importante a adesão aos programas, pois 82% dos municípios aderiram à Humanização do Pré-Natal e 91% implantaram o programa de Triagem Neonatal. No setor de informações em saúde foi constatada a necessidade de maior articulação das gerências para a utilização mais efetiva das informações. Iniciou-se a difusão para os municípios de materiais sobre o funcionamento dos sistemas de informações do SUS. A esfera estadual cooperou com os municípios para a elaboração de projetos para a captação de recursos financeiros (Secretaria de Estado de Saúde. Relatório de Gestão, 2005; Id, 2006).

Em 2006, o gestor estadual reconheceu a necessidade de elaborar uma política de Atenção Básica. As mudanças em relação ao Programa de Saúde da Família foram assinaladas com a nova nomenclatura de Estratégia de Saúde da Família. Até o final de 2006 havia uma cobertura estadual da ESF de 51,45%, porém havia dificuldades para fixar os profissionais nos módulos de serviços, bem como no tocante a suas qualificações profissionais. A coordenação da esfera estadual aconteceu com atividades para a sensibilização dos gestores municipais para a implantação de ações programáticas. Foram promovidos cursos, capacitações e oficinas para as ações programáticas como o controle do câncer por tabagismo e atividades de controle e avaliação dos serviços. Na descentralização dos serviços o gestor estadual implantou apenas duas coordenadorias regionais com um

baixo desempenho na aplicação do plano de regionalização (Secretaria de Estado de Saúde. Relatório de Gestão, 2006).

No ano da campanha eleitoral para o governo estadual de 2006, houve acordos específicos da esfera estadual com os municípios de Porto Walter, Santa Rosa do Purus, Marechal Thaumaturgo e Jordão visando-se a ampliação e gerenciamento de um Centro de Saúde em cada um dos municípios. Na ausência de hospitais nesses municípios os centros de saúde foram ampliados para internações, passando a cumprir a função de hospitais. O nome atribuído aos mesmos foi de “Hospitais da Família” e contavam com acordos específicos de gerenciamento com convênios para o repasse de verbas estaduais para o custeio (Id., Ibid.).

Tabela 8. Repasses de convênios para as unidades de internação em quatro municípios do Acre entre 2006 a 2008.

Municípios	2006	2007	2008
Jordão	77.228,20	55.163,20	246.540,80
Porto Walter	76.000,00	155.000,00	451.000,00
Santa Rosa	56.000,00	40.000,00	338.580,00
Marechal Thaumaturgo	75.478,20	205.000,00	674.400,00

Fonte: Acre. Secretaria de Estado de Saúde. Planilhas de convênios, 2006 -2008.

A população desses municípios em 2007, foi a seguinte: Jordão 6.059, Porto Walter, 8.170, Santa Rosa, 3.948 e Marechal Thaumaturgo, 13.061 indivíduos (Secretaria de Estado do Planejamento. O Acre em Números, 2007 – 2008). A diferença nos valores repassados aos municípios não está relacionada ao critério populacional, apesar de Marechal Thaumaturgo receber um valor maior.

2. 7. A ATENÇÃO BÁSICA SOB A COORDENAÇÃO ESTADUAL E AS RELAÇÕES COM OS MUNICÍPIOS

O “Pacto pela Saúde” de 2006, também compreende a Portaria nº. 648, que regula a atenção básica nos vários aspectos das relações intergovernamentais, bem como no funcionamento dos serviços. A atenção básica é atribuição do município, porém as esferas estaduais e a esfera federal têm atribuições importantes para impulsionar a política de saúde. Cabe aos estados prestar assessoria técnica aos municípios para qualificar a atenção básica, destinar recursos estaduais para comporem o financiamento, contribuir para a reorientação do modelo de atenção e outras atribuições.

Nos documentos estudados sobre o SUS, no Acre, constata-se uma regularidade na condução da política de saúde a partir de 1999. O governo iniciado nesse ano foi reeleito em 2002 para mais um mandato. Oito anos de mandato possibilitaram uma continuidade na condução da política de saúde. Em 2006, o vice-governador do segundo mandato de Jorge Viana, Binho Marques, concorreu à eleição de governador. Foi repetida a Frente Popular, uma coligação partidária de eleições anteriores, porém nesse pleito formava uma composição muito distinta quando incluiu O Partido Progressista, PP. Esse partido vinha de sucessivas mudanças de siglas anteriores a partir da ARENA, sigla partidária governista durante o regime militar e tinha entre seus membros lideranças como o ex-governador Orleir Messias Cameli. O Partido Progressista e a Frente Popular foram fortes adversários de eleições anteriores que em 2006 tornaram-se aliados. O resultado das urnas foi de 165.528 votos para a Frente Popular, representando 53,8% do total de eleitores. O PP ocupou o cargo de Vice Governador representando o Vale do Juruá no governo. A Frente

Popular elegeu a maioria dos parlamentares na Assembléia Legislativa, bem como da bancada acreana no Congresso Nacional (A Gazeta, 02/10/2006).

Segundo um dos integrantes da equipe central do gestor estadual do SUS, o Governador Binho Marques chamou todos os prefeitos do Acre para Rio Branco, no início de 2007, “e propôs um pacto pela saúde, pela educação e pela produção. Os prefeitos aceitaram a proposta do governador”. Essa proposta previa que as atividades de saúde seriam programadas com metas. Os financiamentos futuros seriam mais bem definidos, explicitando-se as fontes de financiamento, as ações e as contra partidas de financiamentos por parte dos municípios.

Em 2007 e 2008, os relatos da Secretaria Estadual de Saúde apresentam avanços na gestão através de resultados numéricos dos indicadores de saúde. Porém no exercício desse ano os indicadores da Estratégia de Saúde da Família mostram que a mesma não está funcionando a contento. A cobertura da população está em 50,84% quando em 2003 estava em 66,36%. Na apresentação dos indicadores de cobertura dessa estratégia não há referências sobre as fragilidades do funcionamento e nem das suas implicações no sistema de saúde. Os indicadores da saúde da mulher, da criança e do adolescente também apontavam para problemas não resolvidos como alta incidência da malária e dengue. Programas especiais como Hipertensão arterial e diabetes mellitus, bem como a erradicação da hanseníase tem indicadores mostrando deficiências. As atividades relatadas nesse período indicam que a coordenação estadual da política de saúde teve pouca efetividade. Sobre a Estratégia de Saúde da Família afirma-se que 100% dos municípios foram assessorados para a implantação de núcleos de apoio à saúde da Família, porém os indicadores mostram deficiências na mesma com baixa cobertura em todo o estado. Objetivos como a modernização da gestão da saúde e a garantia do acesso à atenção básica

de saúde foram alcançados parcialmente (Secretaria de Estado de Saúde. Relatório de Gestão, 2007; Id, 2008).

A função da esfera estadual de coordenação da política de saúde é exercida através do fórum colegiado dos gestores e através das áreas técnicas dos setores da Secretaria Estadual de Saúde que agem na implementação de atividades programáticas em todo o sistema de saúde. Áreas técnicas como vigilância sanitária, programa de saúde da mulher, criança e adolescente, controle da tuberculose, saúde mental, estratégia saúde da família e outros estão agrupados em um setor denominado “Departamento de Ações Programáticas Estratégicas” a partir do qual são estabelecidas as relações com as esferas municipais. Os relatos das atividades anuais indicam atividades de capacitação de recursos humanos para implementar ações, assessorias técnicas aos municípios, incentivos para os municípios intensificarem atividades, sensibilização de gestores para implantação de ações de saúde mental (Secretaria de Estado da Saúde. Relatório de gestão, 2007; Idem, 2008).

Um dos membros da equipe central do gestor estadual identifica a ação de coordenação da esfera estadual junto aos municípios e reconhece as dificuldades dos mesmos na implementação da política.

O estado tem que coordenar as ações com o município, é um dos papéis do estado no SUS, inclusive uma assessoria técnica aos municípios. A gente precisa melhorar a nossa capacidade de fazer iso. Os municípios são pequenos, isolados, com baixa capacidade técnica, não tem como sozinhos encontrar as soluções de gestão dos serviços municipais. O estado tem de construir mais capacidade de assessorar o serviço municipal. Eu imagino que a gente deve fortalecer isso.

A organização da Secretaria Estadual de Saúde mantém seus setores nas denominadas áreas técnicas tradicionalmente em consonância com os programas especiais

de saúde pública. Embora o “pacto pela Saúde” de 2006 tenha gerado inovações nos programas especiais de saúde pública a organização das áreas técnicas no Acre pouco tem se alterado.

Existe uma estrutura dentro da Secretaria de Saúde que são as áreas técnicas programáticas, então a saúde da mulher, idoso, mental e todas essas áreas assessoram diretamente aos municípios nas execuções das suas ações, mas a gente deve melhorar essas ações, elas ainda são desarticuladas. Então eu vou ao município, por exemplo, fazer uma capacitação de malária, aí tem passagem, tem diária, multimídia, tem isso tem aquilo. Na semana seguinte vai uma outra área técnica fazer uma capacitação de saúde da mulher e as duas áreas técnicas podiam estar casando essa ida, casando porque o município sente muito assim. Ah meu Deus o pessoal da saúde da mental, aí lá vem o pessoal da saúde da mulher. Se a gente conseguisse concentrar e construir algo como portfólios, com competências, com uma forma integrada ficaria muito melhor para os municípios (membro da equipe central do gestor estadual).

Os programas especiais de saúde pública que compreendem as ações programáticas estão mantidos e se estendem até as esferas municipais em setores administrativos nas respectivas secretarias de saúde. A esfera estadual tem dificuldades para conduzir a lógica programática para os municípios. Esses programas iniciaram-se no Brasil, com a centralização política da década de 1930, quando o Departamento Nacional de Saúde Pública e Assistência Médico-Social intervinha nos estados impondo a uniformização de padrões de condutas e organização. Essa intervenção definiu serviços especializados padronizados como os de combate à tuberculose e à hanseníase. Em 1937, foi organizado o Serviço Nacional de Febre Amarela, sendo o primeiro com abrangência nacional. Dois anos depois foi criado o Serviço de Malária do Nordeste. A estrutura dos programas de saúde

pública foi reforçada em 1953 com um departamento no Ministério da Saúde que reunia o Serviço Nacional de Tuberculose, peste, malária, lepra e doenças mentais (Braga e Paula, 1986)

A herança centralizadora das ações programáticas teve continuidade por vários motivos, porém parece que não aconteceram mudanças inovadoras ao longo do tempo. No depoimento a seguir há ênfase na organização dos serviços para afirmar as ações programáticas.

O Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, DEPE é um programa voltado, como o próprio nome define, para as ações programáticas do Ministério no estado e conseqüentemente levá-las para todos os municípios. Várias são as dificuldades que a gente encontra para implementar as ações, considerando a capacidade instalada dos municípios, que é um pouco reduzida e as prioridades de cada divisão, de cada programa. Cada um chega com um nível de prioridade de cada setor e programa isoladamente e o município as vezes fica meio perdido na implementação e execução das ações. Por conta de não ter um norte, uma prioridade, um plano para estar executando suas ações enquanto prioridade do município (Membro da equipe central do gestor estadual).

Seguir a lógica das ações programáticas de saúde pública não encontra sintonia nos municípios. Os programas de saúde pública estão há muito estabelecidos no Brasil. Os mesmos tiveram importância no sistema de saúde para alcançar resultados abrangentes e tiveram elaborações teóricas significativas sobre sua organização e para o funcionamento dos serviços. Para Testa (1995:74), “Um programa consiste em um ordenamento de recursos que têm um destino específico, com um objetivo prefixado e sob uma condução normativa – ocasionalmente também administrativa – única”. Nessa concepção um

programa de saúde pública é organizado para funcionar num tempo definido. Com a implantação do Programa Saúde da Família na década de 1990, houve uma situação peculiar no entendimento de programa de saúde pública. O entendimento da integralidade da atenção à saúde parece não ter encontrado espaço nos programas de saúde pública, o PSF passou por adequações para alcançar novas regras no “Pacto pela Saúde” com a Portaria nº. 648 de 28 de março de 2006, e passou a ser denominado Estratégia de Saúde da Família, mais bem definida para tornar-se foco de inovações no sistema de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família é a prioridade para a organização do sistema de saúde de acordo com os preceitos do SUS. A Portaria recém citada tem abordagem diferente da anterior lógica programática dos programas especiais de saúde pública. Há um novo gerenciamento do processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família, compreendendo a abordagem da integralidade em saúde, trabalho interdisciplinar e em equipe.

A coordenação política da esfera estadual para a Estratégia de Saúde da Família está prevista nas regras do “Pacto pela Saúde” e tem nas suas atribuições impulsionar a implementação da mesma. A esfera estadual deve elaborar planos, metas e prioridades para a expansão dessa estratégia. Deve prestar assessoria aos municípios para a implantação, articular instituições formadoras de recursos humanos e acompanhar, avaliar o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família (Ministério da Saúde. Portaria nº. 648 de 28 de março de 2006).

No entanto a regulação de 2006, ainda é pouco efetiva nos âmbitos municipais do Acre. O gerenciamento do processo de trabalho no enfoque da integralidade e interdisciplinaridade, com equipe trabalhando em saúde não é perceptível na coordenação estadual, conforme o depoimento de um dos membros da equipe central do gestor estadual.

A própria estratégia de saúde da família, ela é ainda conceitual, porque mesmo nos municípios que compõem módulos, eles têm enorme dificuldade para que possam preencher as equipes de modo a funcionar na perspectiva clara que a estratégia pressupõe, ou seja, de fazer uma ação preventiva de acompanhamento de grupos familiares, com áreas definidas. Em geral os módulos funcionam com locais onde se atende com fichas. O médico atende uma média de 16 pessoas por dia, não há uma ação proativa de busca de pacientes, uma ação preventiva. E o estado com isso, ele tem uma enorme dificuldade porque a atenção no estado, boa parte dela, está sendo executada por unidades hospitalares do estado, que deveriam estar na parte de urgência e emergência e na média complexidade nos municípios. Boa parte das unidades dos municípios, principalmente os módulos de saúde e centros de saúde funcionam em geral com a presença do médico por um turno (Membro da equipe central do gestor estadual).

A Estratégia de Saúde da Família parece distante de ser indutora de mudanças na atenção básica. A esfera estadual reconhece a fragilidade dessa estratégia, porém atribui grande abrangência ao problema sem um enfoque de coordenação estadual, conforme se constata no depoimento de um dos integrantes da equipe central do gestor estadual.

Com relação à estratégia de saúde da família a dificuldade é mais voltada para a questão da composição das equipes. A estratégia bem implantada, bem implementada com profissionais atuantes, com compromisso, você realmente vê a resposta. Quando o município tem dificuldade de implantar a estratégia por conta da dificuldade de fixar o profissional, considerando que a estratégia de saúde da família, ela não foi feita pensando de uma forma regionalizada. Ela foi pensada num olhar muito geral de Brasil. O Acre, a Amazônia têm problemas na

sua implementação por conta de que é difícil fixar o profissional. Nós não temos uma política de fixação de profissional. Aí quando você não tem o profissional você não tem a ação e o município perde com isso.

A relação da esfera estadual com os municípios parece não superar problemas organizacionais e políticos no âmbito local e até mesmo as situações geográficas são graves entraves para a coordenação estadual, conforme o depoimento do mesmo membro da equipe central do gestor estadual.

Eu acho que em relação à organização hoje os municípios, têm os que são piores, que se destacam por isso. Também tem aqueles que encontram muita dificuldade onde o acesso é prejudicado. O município esteja localizado geograficamente num lugar onde o acesso seja muito difícil. A exemplo de Porto Walter, um município que as ações lá são muito difíceis por conta de profissionais qualificados, competência técnica, de pessoas que tenham habilidade e capacidade de se fixarem no município, que tenha esse perfil. Então vários são os municípios menores que a gente visualiza isso que se encontra mais naqueles que são prejudicados por conta do acesso. [...] A situação política é muito forte em alguns municípios, a gente tem dificuldade, às vezes por questões políticas de entrar com ações. Nós tivemos nos últimos anos alguns municípios que realmente as coisas para acontecer a gente tinha uma certa dificuldade, não havia muita abertura para implementar as ações, a gente avaliar os resultados. A gente não estava numa de colaborar muito com que o estado estava pensando em realizar, mas mesmo assim a gente força um diálogo, há sempre essa. O estado está sempre insistindo, persistindo em buscar um diálogo com todos os municípios.

Há dificuldades notórias nas relações da esfera estadual com os municípios e a atenção básica, que é atribuição dos municípios, não funciona a contento. Os dados sobre a capacidade financeira dos municípios informam que a sustentação do SUS realiza-se com as transferências da União, porém os recursos financeiros existem e possibilitam a implementação de serviços; no entanto membros da equipe central do gestor estadual atribuem baixa capacidade técnica e administrativa aos municípios. Nesse cenário de baixo desempenho dos municípios na implementação da política de saúde a função de instância propulsora e de coordenação da esfera estadual do SUS também está em descompasso visto que o sistema de saúde apresenta deficiências.

2. 8. A DECISÃO POLÍTICA DE TRANSFERIR FUNÇÕES DA ESFERA ESTADUAL

A esfera estadual do SUS do Acre vem exercendo sua função de instância propulsora da política de saúde criando instituições e estendendo acordos para setores fora das instâncias governamentais. O papel de instância propulsora, neste caso, está voltado para implementar a política de saúde via setores privados. A partir de 2006, enquanto a esfera federal do SUS trabalhou no “pacto pela saúde”, a estadual do Acre criou diferentes arranjos institucionais e administrativos que tinham por finalidade transferir serviços de saúde para instâncias que até então não estavam no âmbito do SUS. Foram tomadas decisões políticas no âmbito da esfera estadual de governo, incluindo o Legislativo Estadual, com repercussões importantes sobre o sistema de saúde. Em 2007 e 2008, as decisões importantes sobre arranjos institucionais e administrativos estavam em andamento, porém não havia uma explicitação no plano estadual de saúde.

No depoimento de um dos membros da equipe central do gestor estadual constata-se que há um entendimento de que a regulação do sistema de saúde não responde aos planos do atual gestor do SUS do Acre e que há uma busca de novos arranjos institucionais e administrativos para implementar mudanças no SUS do Acre. Um dos arranjos administrativos citados foi a criação de três cargos no núcleo da Secretária Estadual de Saúde do Acre. Ou seja, um secretário e dois secretários adjuntos.

Parece que a gestão, o direito administrativo que rege a burocracia brasileira, ela não conta em dar respostas para as demandas que o setor saúde impõe à gestão. Aí a gente deve estar procurando modelos alternativos de gestão para fazer frente a esses tipos de problemas, e isso é central nessa gestão que a gente está trabalhando agora. Os modelos de gestão que dão respostas às

demandas inerentes à complexidade da saúde. O que tem sido feito, de uma forma, dentro da Secretaria de Saúde com três secretários. A gente tenta juntar pessoas da área da saúde com a área da gestão, para que a gente possa com essa simbiose entre profissionais da saúde e profissionais da administração construir as soluções da qual estava falando, soluções de gestão para que a saúde encontre respostas (membro da equipe central do gestor estadual).

Um dos arranjos institucionais e administrativos importantes no período recente foi a transferência administrativa do Hospital Regional do Juruá, em Cruzeiro do Sul, através de um termo de parceria para a “Associação Nossa Senhora da Saúde”. O termo de parceria foi aceito pela Comissão Intergestores Bipartite em abril de 2007 e estipulado em R\$ 1.200.000,00 e repasses no valor de R\$ 400.000,00 nos três meses subsequentes. Os valores transferidos por convênios da Secretaria Estadual de Saúde para a Associação Nossa Senhora da Saúde em 2007 foram de R\$ 7.800.000,00 e em 2008, foram de R\$ 18.953.975,19. O hospital foi cedido com equipamentos mediante um plano de trabalho da referida associação. O termo de parceria tinha vigência de 12 meses com possibilidade de renovação, que vem ocorrendo regularmente, ao menos até a última busca de informações para este trabalho em meados de 2009 (Comissão Intergestores Bipartite. Ata da reunião de 04/04/2007; Secretaria de Estado de Saúde. Planilhas de convênios, 2005 -2008).

A implantação do Hospital Regional do Juruá foi o foco de um movimento reivindicativo por lideranças políticas no final da década de 1980 e foi alvo da ação parlamentar de políticos como do Senador Aluizio Bezerra, que em 1991 anunciou a liberação de 300 milhões de cruzeiros para a construção do mesmo. Tratava-se de uma contrapartida do Governo do Acre, à época, diante do aporte de recursos federais. Havia

muita expectativa em torno desse hospital e os políticos divulgavam suas atividades para viabilizar o mesmo (A Gazeta, 23/11/1991).

Outro arranjo institucional abrangente foi instituído por um ato do Governo do Estado do Acre em novembro de 2008 com a criação do “Serviço Social de Saúde do Acre”. Trata-se de uma organização denominada de “paraestatal” com a finalidade de prestar serviços de saúde à população. Esses serviços são gratuitos à população, porém a entidade vende serviços ao Estado, bem como terá rendas provenientes da exploração suplementar dos seus bens e patrimônio. Ao mesmo tempo em que receber remuneração por serviços, a entidade será auxiliar da Secretaria Estadual de Saúde na administração de bens móveis e imóveis.

O artigo 8º. da lei de fundação dessa organização, denominada de “paraestatal” de direito privado, afirma que: “A Superintendência do Serviço Social de Saúde do Acre será exercida pelo secretário de estado de saúde ou por um dos secretários adjuntos da SESACRE, por indicação do chefe do Poder Executivo, sem direito a remuneração, sendo considerado serviço de relevante interesse público”. Para formar seu quadro de funcionários a entidade pode solicitar servidores da administração pública e os funcionários colocados à disposição podem receber adicional de remuneração. A secretaria estadual de saúde fará dotações de recursos financeiros do seu orçamento anual para o “Serviço Social de Saúde do Acre” (Acre. Lei Nº. 2031, de 26 de novembro de 2008).

Após a institucionalização do Serviço Social de Saúde do Acre segue-se a efetivação organizacional com a seleção e contratação de pessoas para o seu quadro funcional. O Edital nº. 003/2009, iniciou a seleção de 39 categorias ocupacionais que incluíam profissionais do ramo da saúde, do direito, serviço social, agronomia e outros. O total de vagas nesse edital foram de 1.347. O regime de trabalho anunciado para os futuros contratados seria regido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. Do ramo da saúde

foram chamadas sete categorias profissionais para 93 vagas. A seleção de médicos iniciou com um concurso simplificado apenas com análise de currículo, porém essa parte da seleção foi anulada por decisão judicial (Fundação de Apoio e Desenvolvimento da Pesquisa e Extensão Universitária no Acre. Edital nº. 003/2009; Informações colhidas na FUNASA)

O quadro de pessoal previsto nesse edital, e respectivo destino das vagas, indicava a abrangência estadual da nova organização. Dos 22 municípios do Acre apenas Marechal Thaumaturgo, o mais distante no Vale do Juruá, não constava como destino de vagas.

A alocação das pessoas contratadas aconteceu em estruturas funcionais de organizações existentes. Na Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, constata-se que os novos contratados foram alocados em funções ao lado de funcionários de carreira e juntos exercem atividades dessa Fundação. Um exemplo dessa junção é a Casa do Índio de Rio Branco, administrada pela FUNASA, tem na sua estrutura funcional profissionais contratados pelo Serviço Social de Saúde do Acre juntos com funcionários do seu quadro. Além dessa situação houve um retorno à centralização dos serviços de saúde para a esfera estadual. Uma autarquia estadual, ou seja, o Serviço Social de Saúde do Acre passou a prestar o serviço de vigilância epidemiológica que deveria ser descentralizado para os municípios.

O serviço de vigilância epidemiológica foi objeto de descentralização no Acre em 2000. O Convênio nº. 001/2000, entre a FUNASA e a Secretaria Estadual de Saúde do Acre teve a finalidade de transferir parte das atribuições de vigilância epidemiológica para os municípios, porém essa transferência parece não ter logrado êxito, pois foram criados novos arranjos institucionais.

A alocação de agentes do Serviço Social de Saúde para a vigilância epidemiológica segue sob a chefia de funcionários da FUNASA alocados na nova organização. Foi criado uma espécie de “apadrinhamento” desses funcionários para com o serviço terceirizado. A atenção básica sob a responsabilidade dos municípios continuará sem um importante serviço como a vigilância epidemiológica, o que acarreta na redução de competências das secretarias municipais de saúde (Secretaria de Estado da Saúde. Convênio nº. 001/2000; Levantamento nos serviços da FUNASA).

Considerando-se o depoimento do membro da equipe central do gestor estadual sobre mudanças no gerenciamento do SUS, transcrito no início dessa seção, as transferências de funções administrativas com o Hospital do Juruá e com o Serviço Social de Saúde do Acre evidencia-se que a esfera estadual do SUS não está promovendo as mudanças esperadas no conjunto das Portarias Ministeriais do “Pacto pela Saúde” de 2006. O Hospital do Juruá foi totalmente custeado com recursos públicos e continua sendo financiado pelo SUS. O Serviço Social de Saúde do Acre é uma autarquia que integra a própria Secretaria Estadual de Saúde e centraliza serviços que deveriam estar descentralizados nas esferas municipais. Assim, a esfera estadual do SUS não cumpre sua função de instância propulsora na implementação da política de saúde.

2. 9. CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POLÍTICA NO SUS

A participação política e o controle social no sistema de saúde brasileiro foram estabelecidos pela Lei nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990, através das instâncias colegiadas que são os conselhos de saúde nas três esferas de governo. Suas funções, em caráter permanente são de: deliberação, formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. Portanto, sua finalidade institucional é de estabelecer o controle social na formulação e execução da política de saúde. O que estava estabelecido sobre o controle social no SUS do início da década de 1990, foi reforçado no pacto pela saúde de 2006. Foi reafirmado que os gestores do SUS devem trabalhar na manutenção dos conselhos com a formação dos conselheiros e também devem implantar as instâncias ouvidoras da saúde.

A criação do Conselho Estadual de Saúde no Acre aconteceu no final de 1990, conforme foi referido anteriormente. Dois anos depois foi criado o regimento interno do mesmo para iniciar suas atividades. Em julho de 1993, um decreto do executivo estadual alterou a composição do Conselho excluindo entidades representativas para incluir outras de acordo com sua conveniência (Conselho Nacional de Saúde. Parecer sobre o C. E. S. do Acre, 1993). O mesmo decreto também alterou as competências do Conselho restringindo o poder fiscalizador de despesas, licitações de compras e prestação de contas. As mudanças geraram uma grave crise em que as entidades da primeira composição do Conselho mantiveram a composição anterior à intervenção e realizaram reuniões sem as presenças da Secretaria Estadual de Saúde e das entidades novas. Para contornar a crise foi solicitada a intermediação do Conselho Nacional de Saúde e da Igreja Católica local (Id., Ibid.).

O resultado dessas intermediações foi propor ao então governador do estado, Romildo Magalhães que o mesmo negociasse com as entidades participantes uma saída para a crise. Essa proposição ao governador também incluía a constituição de um novo conselho e assim regularizar o SUS (Id., Ibid.). Em decorrência da crise o governador Romildo Magalhães expediu a Lei Complementar n.º. 41 de 12 de dezembro de 1993, estabelecendo regras para o Conselho Estadual de Saúde e revogando a lei anterior de 1990, que havia criado o Conselho. Criou-se uma nova composição do Conselho e os registros das atividades foram iniciados a partir de 25 de fevereiro de 1994 (Conselho Estadual de Saúde. Ata de 25/02/1994). As atividades anteriores à data de 25/02/1994, não foram registradas em atas, prevalecendo a posição contida no parecer dos representantes do Conselho Nacional de Saúde. Não foram encontrados documentos da esfera estadual sobre a crise. A intermediação do Conselho Nacional de Saúde e da Igreja Católica na crise parece uma acomodação no Conselho Estadual com a direção da esfera estadual de governo sobre o controle social.

Apesar da importância do Conselho Estadual de Saúde verifica-se uma grande descontinuidade nas atividades do mesmo. Com a experiência do SUS se conhece aplicação do controle social e que são necessários diferentes fatores para torná-lo mais efetivo, conforme está explicitado no estudo de Artmann et al. (1997). Entre estes fatores está a capacidade dos conselheiros em conhecer a problemática da saúde, o seu preparo para o exercício das suas funções, o conhecimento dos princípios do SUS e o comprometimento com o mesmo.

A partir da gestão estadual iniciada em 1999 percebe-se um novo discurso em relação ao Conselho Estadual de Saúde. Na gestão anterior houve uma parada e perda de

registros de quatro anos nas atividades do mesmo. Não há registros de atas do Conselho que informem sobre atividades do mesmo nesse período. Em 1999, o Conselho Estadual de Saúde do Acre foi instalado no prédio central da Secretaria Estadual de Saúde. As atividades foram iniciadas com reuniões, plenárias de trabalhadores e usuários para discutir a nova organização do Conselho. Os conselheiros foram capacitados em duas atividades específicas para esta finalidade. Essas foram as tentativas para superar a fragilidade do controle social no sistema de saúde. Nesse período foi organizado um calendário regular das atividades do Conselho (Secretaria Estadual de Saúde do Acre. Relatório de Gestão, 1999).

A partir de 2003, o Conselho Estadual de Saúde intensificou seus esforços para adequar o seu funcionamento às normas do SUS. O gestor estadual trabalhou na capacitação dos conselheiros e considerou essa atividade importante para a melhoria desejada no Conselho. Em 2004, foi aprovada uma mesa diretora para dinamizar os trabalhos do Conselho (Secretaria Estadual de Saúde do Acre. Relatório de Gestão, 2004).

Considerando-se as competências do Conselho Estadual de Saúde, notadamente o seu papel de formulador de estratégias e controlador da execução da política de saúde, a seguir apresenta-se uma síntese das observações realizadas desse fórum, no Acre, para situar o funcionamento e a condução dos trabalhos do mesmo. A narrativa enfoca o papel da presidência dos trabalhos do Conselho e em que medida esse fórum tem efetividade sobre a política de saúde.

A reunião do Conselho Estadual de Saúde do Acre do dia 08/05/2009, teve um aspecto festivo com um almoço anunciado no início dos trabalhos para marcar um ano de mandato dos conselheiros. O local escolhido para essa ocasião especial foi a sede da

Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Acre. O secretário estadual de saúde e presidente do conselho mostrava-se informal e comunicativo com os presentes.

No início foram apresentadas as informações gerais como uma atividade educativa no âmbito do SUS Acre relacionado às hepatites, porém o assunto que tomou mais tempo foi o esclarecimento sobre as dificuldades no funcionamento do Laboratório Central de Saúde Pública, descentralizado para o município de Rio Branco, no momento em que esse município formou o seu Centro de Diagnóstico. Os municípios próximos a Rio Branco que realizavam exames nesse laboratório teriam de encontrar uma alternativa para os seus serviços após a descentralização. Foram falas do Presidente do Conselho sem debates. Também foram tratados os problemas com os serviços prestados por laboratórios privados para a Secretaria Estadual de Saúde. Houve uma intervenção de um conselheiro sobre o assunto, porém as explicações sobre os problemas foram de que haverá um novo acordo sobre o funcionamento do laboratório. Um dos conselheiros levantou problemas nos ambulatórios do Hospital de Urgências e Emergências relacionados ao atendimento de enfermos com hepatite. Tanto o atendimento quanto o espaço físico onde funcionam os serviços são problemáticos. Os problemas não foram discutidos e o Presidente remeteu o assunto para uma solução no futuro quando for construído um novo prédio para o serviço ambulatorial.

A continuidade da reunião não seguiu a pauta organizada e com isso foram discutidos o assunto da gripe suína e a instalação de geladeiras em áreas indígenas. Não houve contestação e nem votação. Na continuação aconteceram conversas dispersas e após alguns minutos houve um acerto para finalizar as atividades do Conselho antes do almoço e na parte da tarde as mesmas pessoas fariam outros trabalhos no mesmo local. Havia grande expectativa para o almoço de conagração entre os conselheiros.

No dia 28 de maio de 2009, foi acompanhada outra reunião do Conselho Estadual de Saúde na sala do prédio onde funciona o Conselho. Neste dia os trabalhos iniciaram com a fala da secretária executiva do Conselho esclarecendo e distribuindo a pauta dos trabalhos, que também já havia sido divulgada com antecedência. O secretário estadual de saúde e presidente do conselho demorou a chegar e o seu substituto assumiu os trabalhos. Foram prestadas as informações gerais da reunião como o anúncio da realização da “Caravana de Defesa do SUS” nos dias seguintes. Foi apresentada uma proposta para qualificar gestores do SUS nos municípios com ênfase na formação de auditores. A formação seria pela contratação de serviços de terceiros. Um dos conselheiros perguntou sobre detalhes dos projetos apresentados, porém houve uma sucessão de três falas de representantes da Secretaria Estadual de Saúde para afirmar a pertinência dos projetos. Na continuidade outro Conselheiro fez um questionamento sobre a criação das ouvidorias da saúde que já deveriam estar em funcionamento. Do mesmo modo da fala anterior houve uma defesa por parte de três representantes da Secretaria afirmando que a ouvidoria da saúde está nos projetos da Secretaria Estadual de Saúde e que iriam funcionar futuramente. O dirigente da reunião não teve habilidade para manter a ordem nos trabalhos e assim prevaleceu a fala encadeada dos representantes da Secretaria Estadual de Saúde sobre o silêncio dos conselheiros. O conselheiro que levantou o assunto das ouvidorias ficou sem fala após as repetidas intervenções dos representantes da Secretaria Estadual de Saúde.

Na agitação da reunião a secretária executiva do Conselho tomou a palavra para explicar os trabalhos a serem feitos para a qualificação dos gestores do SUS. Nesse contexto foi dito que havia uma portaria ministerial repassando recursos para o Acre, porém uma conselheira reclamou que os documentos a serem discutidos no Conselho fossem distribuídos com antecedência. Mesmo assim uma representante da Secretaria Estadual de

Saúde apresentou propostas de trabalho dessa Secretaria com alocação de recursos. Durante essa apresentação um dos conselheiros protestou dizendo que a Portaria Ministerial destinava recursos para o Acre e que não se havia dado a publicidade desse documento. O mesmo protesto continuou com a interrogação sobre o destino dado pela Secretaria Estadual de Saúde aos recursos da Portaria. A resposta para o conselheiro foi de que um grupo de técnicos da referida Secretaria já havia planejado como gastar os recursos. Às 09:25 h o secretário estadual de saúde e Presidente do Conselho Estadual de Saúde assumiu a direção dos trabalhos, em seguida mais um conselheiro levantou dúvidas sobre a transparência dos trabalhos do Conselho. A resposta do presidente do Conselho foi de que tanto faz se os conselheiros votem ou não sobre a Portaria nº. 2.588 de 2008 do Ministério da Saúde, pois a mesma já tinha definido o destino dos recursos financeiros. Ainda houve mais um protesto sobre o modo como são encaminhados os trabalhos no Conselho, porém foi mudado o assunto da pauta para os indicadores de monitoramento e avaliação dos serviços de saúde. Em meio a um notório mal estar, nesse fórum, o presidente do Conselho iniciou uma fala para destacar o papel da esfera estadual para implementar ações de saúde nos municípios e assim mudar os indicadores. Sobre os indicadores apresentados houve um questionamento por parte de uma das conselheiras de que muitas metas estabelecidas no exercício anterior não foram alcançadas, a exemplo do programa saúde do trabalhador e saúde materno infantil. A explicação sobre as metas não alcançadas foi de que há grandes problemas nos municípios e a capacidade de resolução dos mesmos é baixa.

Às 11:40 h. foi solicitada a finalização da reunião do Conselho, porém a maioria dos conselheiros permaneceu no recinto e foram tratados assuntos dos indicadores de saúde. Sobre os resultados do baixo desempenho dos serviços dos municípios o Presidente do Conselho sugeriu que se fizesse um comparativo com outros estados e assim verificar que o

Acre está em situação razoável. Às 11:55, foi solicitada novamente a finalização da reunião, contudo, o assunto dos indicadores de saúde continuaram em pauta com o desempenho dos serviços de saúde dos municípios abaixo do esperado. O Presidente falou que há um grave problema na política de saúde mental no Acre com atividades de alto custo nessa política e que não havia recursos para manter os serviços.

Na continuidade a secretária executiva do Conselho interferiu nos trabalhos lendo um documento recebido pelo Conselho e na continuidade um dos conselheiros leu um parecer de uma comissão de avaliação do Relatório de Gestão de 2007 dando conta de que esse relatório era insuficiente. Em meio aos trabalhos tumultuados e a descontinuidade da pauta foi solicitada uma revisão do relatório, mesmo havendo um esvaziamento da reunião. Às 12:20 h. a reunião foi finalizada pela saída da maioria dos membros do Conselho.

Apesar do discurso sobre o controle social no SUS pretender que o mesmo seja uma instância democrática, os representantes das instituições que compõem o mesmo são nomeações do Governador do estado. A composição de julho de 2008 do Conselho Estadual de Saúde do Acre foi de 24 membros, sendo seis de gestores e prestadores de serviços, 12 de usuários e seis de trabalhadores em saúde. Das 12 entidades dos usuários sete são parceiras da Secretaria Estadual de Saúde com convênios para liberação de recursos financeiros. Os valores desses convênios variaram em 2008 de R\$ 28.000,00 até R\$ 45.792,10 por entidade (Secretaria de Estado de Saúde. Planilhas de convênios do Estado com os municípios e organizações sociais de 2005 até 2008; Acre. Decreto Nº. 3.080 de 13 de Junho de 2008).

3. A IMPLANTAÇÃO DO SUS EM RIO BRANCO, AS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS E A NEGOCIAÇÃO DA ESFERA MUNICIPAL

3. 1. OS MUNICÍPIOS DO ACRE, O PODER LOCAL NA CONDIÇÃO DE TERRITÓRIO FEDERAL E DE ESTADO DA FEDERAÇÃO

As relações intergovernamentais no SUS envolvem gestores e atores políticos das três esferas de governo. Para estudar essas relações nas três esferas está neste estudo o município de Rio Branco por ser a capital do Estado do Acre com o intuito de representar os 22 municípios desse estado.

Considerando o que foi exposto anteriormente sobre a origem do Território Federal do Acre o assunto foi retomado para tratar da sua organização administrativa que, no início, era constituída por três departamentos: Alto Acre, Alto Purus e Alto Juruá. O formato administrativo e político de território federal compreendia uma administração pública de vinculação direta à Presidência da República, com os Prefeitos Departamentais nomeados pelo governo central, o que estendia seu poder às instâncias locais de governo.

Em um primeiro momento da implantação dos governos departamentais parece que as grandes distâncias das autoridades centrais da república em relação à população e às instâncias locais de governo favoreceram à tomada de decisões no âmbito local com conotações de autonomia. Em 1904, o prefeito do Alto Acre, Raphael Augusto da Cunha Matos tomou a iniciativa de decretar a criação do município de Xapuri, criando um ente federado novo no Território Federal. Foi uma iniciativa local para organizar administrativamente uma vila considerada pelo prefeito em condições de ser um município. Para a Prefeitura Departamental do Alto Acre o mesmo prefeito elaborou a organização do governo do Departamento com os setores, funções e competências.

O que parecia uma capacidade local de iniciativas dos governos dos Departamentos do Território foi modificado em 1912 com novas regras do governo central da República. O Decreto do Presidente Hermes da Fonseca de nº. 9831 de 23 de outubro de 1912 deu novo ordenamento ao Território Federal do Acre definindo quatro departamentos e cinco municípios. O Departamento novo foi do Alto Tarauacá com sede na Vila de Seabra. O Departamento do Alto Acre passou a ter dois municípios na sua área: Rio Branco e Xapuri. Os demais municípios criados pelo mesmo decreto foram: Juruá com sede em Cruzeiro do Sul, Tarauacá com sede em Seabra e Purus com sede em Sena Madureira. O Decreto definiu cada Conselho Municipal com sete conselheiros. Também foram definidas as atribuições dos municípios para o ordenamento das cidades e serviços públicos. Cabia aos municípios ordenar feiras, mercados, fábricas e serviços de viação, bem como tratar do abastecimento de água, conservar parques, replantar florestas, implantar cemitérios e outros serviços (Prefeitura do Departamento do Alto Acre. Decreto Presidencial nº 9831 de 23/10/1912).

A partir de 1920, foram extintos os departamentos do Território Federal e foi criado um governo unitário com sede em Rio Branco. Esse governo unitário era encabeçado por um governador na sede do território e tinha a administração pública semelhante aos estados federados, porém continuava a extensão do governo central nomeando o governador territorial e os prefeitos.

Na administração pública, foi criada a situação de capital territorial e havia duas instâncias de governo com atores políticos com atribuições sobrepostas. Na capital territorial, Rio Branco, as atribuições das duas instâncias de governo eram mais evidentes com atividades controladas pelo governador territorial e outras pelo prefeito da capital. Nos dois casos eram governantes nomeados pelo poder central da República devido às regras da

situação de Território Federal executando políticas da esfera federal. Em determinados momentos o prefeito exercia também funções no governo do território. Na situação de extensão do governo da República a política aplicada pouco diferenciava os dois atores, ou seja, o prefeito e o governador (Território Federal do Acre. Relatório de Atividade, 1928-1929).

Os municípios do Acre tiveram por um longo período uma relação específica de pertencimento ao Território Federal. Esta relação se caracterizou principalmente pela ausência de autonomia na escolha de prefeitos e vereadores bem como pela ausência de controles orçamentários locais. Até 1920, os prefeitos eram nomeados pela presidência da República e a partir dessa data pelo Governador Territorial. Cada município tinha seu conselho municipal escolhido por eleição local. Em 1930 foram extintos os conselhos municipais. Entre 1934 a 1937, vigorou o regime de prefeituras autônomas com eleição direta para prefeitos e vereadores, regime esse que foi extinto pela constituição de 1937, com a dissolução das câmaras municipais e nomeação de prefeitos, passando estes a ser nomeados pelo Governador Territorial (Bezerra, 1992). O regime de municípios com prefeitos e vereadores eleitos foi instaurada com a Constituição Estadual de 1963, quando o Acre foi elevado à categoria de Estado da Federação (Assembléia Legislativa. Leis Ordinárias e Complementares, 1963-1999). Apesar de a Constituição Estadual estabelecer as instâncias municipais, é necessário considerar que o Acre passou por restrições do regime militar de 1964, que reduziu novamente o papel dos municípios, o que significou menos experiência com a autonomia local. Após a elevação do Acre à categoria de Estado a sua experiência de governo constitucional foi de apenas 12 meses.

O município de Rio Branco começou a organização dos serviços municipais de saúde no início da década de 1960. Em uma cidade onde o Território Federal tinha sob sua responsabilidade os serviços de saúde, a municipalidade passou lentamente a trabalhar na criação dos seus serviços. A lei municipal nº. 2 de 2 de dezembro de 1963, dispõe sobre os serviços do município e estabeleceu que o departamento de saúde e assistência social tinha como competência executar ou orientar os serviços municipais de saúde pública e assistência social. Cabia ao município colaborar com o estado e a federação nas questões de saúde, manter o ambulatório médico aos servidores municipais e seus dependentes, fazer visita domiciliar a esses servidores e prestar assistência médica e dentária aos povoados (Acre. O Acre, 28/12/1963).

3.2. A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO BRANCO

A criação da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco deu-se através da Lei nº. 770 de 26 de dezembro de 1988. Sua competência era trabalhar em programas de saúde, elaborar projetos, desenvolver atividades de saúde pública, prestar serviços médicos, odontológicos e ambulatoriais, prestar assistência de saúde a escolares, desenvolver campanhas de saúde pública e outras atividades. Na estrutura organizacional dessa nova secretaria constavam os departamentos de fiscalização sanitária, controle de zoonoses e de ações básicas de saúde (Acre. Diário Oficial, 03/01/1989).

A criação da secretaria de saúde de Rio Branco aconteceu no âmbito das leis municipais sem a implantação de serviços à população, visto que não existe registro sobre a prestação de serviços nesse período. Somente a reforma da Lei Orgânica do Município de 03 de abril de 1990, que se seguiu à reforma constitucional de 1988, voltou a tratar da saúde municipal. Na seção II, os artigos 117 até 127 expressam o seguinte: “A saúde é dever do poder público. O município promoverá condições de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer. Cabe ao município organizar, planejar e gerir a saúde. Também cabe organizar a rede do Sistema Único de Saúde e os distritos sanitários. É vedado ao município o uso de recursos públicos em instituições privadas. Deve haver uma convocação anual do Conselho Municipal de Saúde” (Acre. Diário Oficial, 30/04/1990).

Do final da década de 1980 até 1993, a Prefeitura de Rio Branco tratou os assuntos da saúde municipal criando leis e regulamentações. Em 08 de outubro de 1991, foi criado o Conselho Municipal de Saúde pela Lei nº. 964. Na primeira reunião do novo conselho, em 05 de dezembro do referido ano, foi discutido o empenho do município em atender às questões legais na implantação da sua organização. Nos documentos consultados também

não há registros de nenhum serviço prestado pela esfera municipal nesse período (Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco. Ata da reunião, 05/12/1991).

Na continuidade da legislação municipal foi criado o fundo municipal de saúde pela Lei nº. 966 de 11 de outubro de 1991. Seu objetivo era dar condições financeiras e de gerenciamento dos recursos destinados às ações de saúde da secretaria municipal. Os planos de aplicação do fundo seriam submetidos ao Conselho Municipal de Saúde e deveriam observar as diretrizes orçamentárias (Acre. Diário Oficial, 16/10/1991).

Novas mudanças normativas aconteceram em 3 de junho de 1992, com a Lei nº. 1.028 que promoveu a reestruturação organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, estabelecendo sua competência e atribuições. Foram criados novos departamentos e chefias onde foram incluídos 25 cargos de diretores e chefes. As competências e atribuições incluíam planejamento, programação, controle e avaliação das ações. Cada departamento e divisão tinha suas atribuições minuciosamente detalhadas, porém continuava a situação da ausência de prestação de serviços à população (Id.,10/06/1992).

As mudanças efetivas nos serviços de saúde de Rio Branco foram decorrência da eleição municipal de 1992. Foi um momento de forte disputa eleitoral com a formação de frentes partidárias. Foi repetida a coligação da Frente Popular do Acre que em 1991, havia concorrido para o governo estadual, porém no pleito de 1992 foi incluído o PSDB, que indicou a candidata a vice-prefeita. A segunda coligação foi do PMN, PSC e PRN. Os partidos PTB, PDS e PMDB optaram pelo lançamento de candidatos individuais por partido. A coligação da Frente Popular, de esquerda, venceu as eleições com o candidato Jorge Viana que sucedeu ao governo de Jorge Kalume do PDS na prefeitura. O prefeito Jorge Kalume foi o segundo governador do Acre durante o regime militar, conhecida liderança da antiga ARENA (Fernandes, 1999).

Para o novo governo municipal, a conjuntura política em que foi eleito, repercutiu na implantação dos primeiros serviços municipais de saúde. As negociações com o governo estadual para a descentralização dos serviços não alcançaram os resultados obtidos por outros municípios que na época obtiveram avanços na descentralização. Como se verá a seguir, o novo governo municipal implantou os seus serviços sem contar com a cooperação da esfera estadual de governo.

A Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco iniciou a prestação de serviços somente em 1993. Inicialmente foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, seguido da reativação do canil municipal (Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco. Ata da reunião, 11/05/1993). As discussões sobre a descentralização dos serviços de saúde foram intensas nesse período, porém não há registros de acordos estabelecidos com a esfera estadual de governo para transferir serviços ao âmbito municipal. O planejamento da construção de um posto de saúde em maio de 1993, fez parte das atividades do Conselho Municipal de Saúde e parece compensar o insucesso das negociações com o Estado (Idem, 14/05/1993). O plano de saúde para 1993 tinha uma seção que reivindicava a descentralização dos postos e centros de saúde, bem como tratava da ampliação da cobertura dos serviços, a hierarquização do sistema, a preparação de recursos humanos e a ampliação do controle social sobre os serviços (Prefeitura Municipal de Rio Branco. Plano de Saúde, 1993). No ano seguinte foi realizada a II Conferência de Saúde de Rio Branco que reafirmou a intenção do município em assumir os postos e centros de saúde. No mesmo período foi construído um centro de saúde no bairro Taquari para efetivar uma base organizacional na prestação de serviços. Inicialmente essa unidade oferecia consultas de enfermagem, pré-natal e vacinação (Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco. Relatório das Atividades, 1994).

No final de 1995, a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco firmou um convênio com o Ministério da Saúde para implantar no ano seguinte cinco equipes de saúde da família. Além disso, o município implantou um programa de combate à desnutrição, concluiu um curso para auxiliares de enfermagem e colaborou com a Universidade Federal do Acre em um curso de especialização em saúde pública, no qual houve a participação de um grupo de técnicos municipais (Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco. Relatório das Atividades, 1995).

A cessão de unidades de saúde do estado para o município foi tratada como uma grande dificuldade no início de 1995. Para obter sucesso nessas negociações com a esfera estadual o Conselho Municipal de Saúde levantou a possibilidade de envolver secretarias municipais de saúde de outros municípios, a imprensa, associações de classes, a população e o Ministério Público. Pretendia-se uma mobilização social para convencer a esfera estadual a uma negociação para descentralizar os serviços da atenção básica ao município (Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco. Relatório de Planejamento, 1995).

O esforço em torno da descentralização dos serviços foi colocado a público numa entrevista à imprensa do então secretário municipal méd. Carlos Kawahara e da diretora geral da Secretaria Municipal méd. Terezinha Zanatta. Ambos chamavam a atenção sobre a resistência do governo do Estado em não descentralizar os serviços de saúde em Rio Branco. Uma forma de discutir o problema da falta de negociações foi organizar um seminário para a municipalização, em outubro de 1995, no qual discutiu-se o tema da resistência da esfera estadual com a comunidade em geral. Na mesma oportunidade levantou-se a discussão sobre a Norma Operacional Básica 1993, as transferências para o município, a hierarquização do sistema e outros temas (A Gazeta, 19/09/1995).

A ampliação dos serviços de Rio Branco foi gradativa e por intermédio da construção de unidades próprias do município. Em 1996 tinham sido construídas e estavam em funcionamento cinco unidades de saúde da família. Foi construído e implantado o Centro de Controle de Zoonoses da cidade de Rio Branco. Foi ampliada a atenção à saúde escolar com a implantação de uma clínica odontológica. Em nenhuma dessas atividades foram transferidos funcionários do estado para o município. Em vista disso foi ampliado o quadro dos funcionários municipais (Acre. Diário Oficial, 31/12/1996).

A clínica odontológica fazia parte do programa de saúde escolar que compreendia várias atividades nas escolas municipais como o diagnóstico e tratamento de deficiências visuais, diagnóstico de anemias, atendimento psicológico e exames parasitológicos. Em 30 de outubro de 1995, foi inaugurado o Centro de Saúde Cláudia Vitorino no Bairro Taquari que possibilitou a ampliação dos serviços existentes (Secretaria Municipal de Saúde Rio Branco. Relatório de Atividades, 1996).

Segundo declarações do então prefeito Jorge Viana o novo centro funcionaria com médicos cedidos pelo Ministério da Saúde e também por um convênio com a República de Cuba. Seria uma referência para o município, incluindo o atendimento odontológico (A Gazeta, 29/10/1995). Em outro depoimento ao mesmo jornal o prefeito lembrava que a unidade no bairro Taquari preenchia uma lacuna nos serviços e ampliava o pleito para a municipalização da saúde. O atendimento seria semelhante ao atendimento de saúde de Cuba, com uma previsão de 12 mil atendimentos por mês (Id., 31/10/1995). A nova unidade seria um centro piloto numa região da cidade e funcionaria como um sistema de referência e contra-referência com as unidades de saúde da família gerenciadas pelo município (Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco. Relatório das atividades, 1996).

O convênio entre o município de Rio Branco e o Ministério da Saúde Pública de Cuba foi assinado em 08/10/1995. Nele estava previsto o assessoramento e cooperação técnica para implementar programas de saúde pública. O ministério cubano cedeu um especialista em higiene e epidemiologia e três especialistas em medicina da comunidade e família. O pagamento desses profissionais, seus alojamentos e deslocamentos cabiam ao município de Rio Branco (Prefeitura Municipal de Rio Branco. Convênio 95 – Cooperação da Prefeitura com Cuba).

Jorge Viana foi sucedido na prefeitura por Mauri Sérgio do PMDB. Nesse governo foram feitas poucas modificações nos serviços saúde. O número de módulos de saúde da família foi acrescido para seis, com as respectivas equipes profissionais. Também foram completadas seis equipes do programa de agentes comunitários com um enfermeiro e 30 agentes cada. Todos esses serviços e unidades mantiveram a característica dos atendimentos ambulatoriais nos módulos de saúde da família e os trabalhos iniciados no governo anterior. Em 07 de abril de 1998, o município de Rio Branco foi habilitado à Gestão Plena da Atenção Básica pela Portaria nº 2.446 do Ministério da Saúde (Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco. Relatórios de Gestão, 2000-2001).

Nos anos de 2000 e 2001, as principais atividades da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco foram: suprimento de fundos para as unidades prestadoras de serviços com seus programas de saúde; implantação e início das atividades dos departamentos de controle e avaliação, bem como o de administração e de pessoal; com recursos do governo federal foram realizadas ações de combate à dengue e adquirida uma unidade médico-odontológica móvel; manutenção das unidades básicas de saúde com os reparos na estrutura física; foram desenvolvidas ações de saúde nas unidades básicas, programas e projetos, tais

como vigilância epidemiológica, PACS, PSF, odonto família, saúde escolar e outros; revisão do plano de cargos, carreiras e salários; intensificação e melhorias nos programas PACS, SISVAN e Materno Infantil; intensificação das ações de controle das zoonoses. O programa de odontologia cumpriu parcialmente suas metas e não alcançou completamente as comunidades de abrangência do PSF (Id., Ibid.).

3. 3. O POLÊMICO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS EM RIO BRANCO

A descentralização dos serviços de saúde no município de Rio Branco passou por longo processo de polêmicas, disputas jurídicas e negociações pouco produtivas entre as esferas de governo. Em dezembro de 1999 uma auditoria do Ministério da Saúde constatou irregularidades na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco resultando na desabilitação do município da condição de gestão plena da atenção básica. O foco dessas irregularidades estava na aplicação dos recursos financeiros, o que motivou o Ministério da Saúde a encarregar a esfera estadual do SUS e receber os repasses financeiros da esfera federal, através do fundo estadual de saúde. O mesmo ato de governo também determinou que a Secretaria Estadual de Saúde adotasse providências para a continuidade dos serviços nas unidades sob gestão do município (Ministério da Saúde. Portaria nº.1.454/GM de 12/12/1999; O Estado do Acre, 26/11/2001).

A esfera estadual de governo não teve alcance para negociar nessa situação do município de Rio Branco. A polaridade de duas frentes políticas, o Movimento Democrático Acreano –MDA e a Frente Popular do Acre, que disputaram a eleição estadual em 1998, parece ter continuado nas relações da esfera estadual com o gestor do SUS de Rio Branco, que pertencia ao PMDB, integrante do Movimento Democrático Acreano (A Gazeta, 06/10/1998). Os dispositivos regulatórios do sistema de saúde e as instâncias de negociação não foram suficientes ou não foram observados para regularizar e dirimir os conflitos nessa situação.

Com a situação em que o município de Rio Branco foi desabilitado no SUS o mesmo reivindicou, e conseguiu, em uma disputa judicial, o retorno dos repasses dos recursos do Fundo Nacional de Saúde e convênios referentes ao município que na interdição estavam destinados ao Fundo Estadual de Saúde. As divergências sobre os repasses financeiros foram contornadas, porém nos documentos estudados não há referências quanto à solução dos problemas de irregularidades que motivaram a interrupção dos repasses (Tribunal Regional Federal da 1ª. Região, Brasília. Despacho ao Ministério da Saúde de 08/05/2000). O retorno dos recursos financeiros para o fundo municipal de saúde de Rio Branco em 15 de junho de 2000 (Ministério da Saúde Portaria n 636 de 15 de junho de 2000).

As negociações para a descentralização dos serviços de saúde em Rio Branco foram intensificadas na Comissão Intergestores Bipartite com a participação direta do governador Jorge Viana. No dia 28 de novembro de 2000, essa Comissão tratou da transferência de unidades prestadoras de serviços do estado para a gestão municipal, incluindo os recursos humanos lotados nestas unidades (Comissão Intergestores Bipartite. Ata da Reunião, 28/11/2000). Com o envolvimento das três esferas de governo e com as negociações consideradas de bom nível por parte do gestor municipal foi elaborado um convênio para a descentralização dos serviços. Nos termos do acordo entre o gestor estadual e o gestor municipal de Rio Branco constam a transferência de sete centros de saúde e 31 postos de saúde, incluídos os bens móveis e imóveis dos mesmos. O pessoal lotado nessas unidades passou para a gestão municipal, porém sendo custeados pela esfera estadual. Um quadro de servidores permaneceu nas unidades a fim de manter a oferta de serviços e o gestor estadual comprometeu-se na colaboração técnica e administrativa com o município. Nos termos do

convênio cabe ao município executar com eficiência os serviços, programas e ações de saúde de acordo com as normas e diretrizes estabelecidas pelo SUS; manter, conservar todo o patrimônio estabelecido; controlar, avaliar e auditar os prestadores de serviços; alocar previamente os recursos destinados à viabilização do SUS de acordo com o que preconizava a NOB-SUS 01/96 e em conformidade com a habilitação do município de Rio Branco; garantir a prestação de serviços; atender às instruções da NOAS/ 2001; manter registros, controle e avaliação (Secretaria de Estado de Saúde do Acre. Convênio nº. 015/2001).

A descentralização de importantes serviços para o município de Rio Branco como a rede de centros e postos de saúde estava sendo protelada desde 1993. Essa rede que foi iniciada na década de 1970, com sucessivas ampliações, ocupando importante contingente de profissionais motivou divergências entre as esferas do estado e município. Além disso, as irregularidades gerenciais que motivaram contendas judiciais, citadas anteriormente, estavam no meandro das negociações, bem como as divergências de duas frentes partidárias em disputa: a Frente Popular do Acre compondo o governo estadual a partir de 1999 e o Movimento Democrático Acreano no governo de Rio Branco.

As grandes dificuldades de negociação da descentralização do SUS em Rio Branco evidenciam um processo pouco organizado. Parece que os negociadores envolvidos não aplicam procedimentos de negociação como os recomendados por Martineli e Almeida 1998. Para esses autores, a condução de um processo de negociação deve ser orientado por informações, requer o entendimento dos conflitos e deve seguir um planejamento para alcançar acordos. Nas reuniões da Comissão Intergestores Bipartite observadas para este trabalho, bem como no exame das atas das reuniões dessa Comissão não foram encontradas

menções sobre a aplicação de processos racionais de negociação de conflitos. Foi evidente que essa Comissão tem pouca clareza de que a descentralização dos serviços envolve distintos atores e a distribuição do poder entre esferas de governo, conforme orienta o processo regulatório do SUS (Comissão Intergestores Bipartite. Atas das Reuniões, 11/10/2001 e 14/11/2001).

A descentralização dos serviços para o município de Rio Branco foi lenta também em programas como o VIGISUS. A importância deste programa é dimensionada como um subsistema do SUS. A Secretaria Estadual de Saúde do Acre iniciou a descentralização do VIGISUS em 2001. No final desse ano, o programa estava implantado em 50% dos municípios. Isto é, 11 municípios estavam recebendo recursos do VIGISUS. Foram recursos financiados pelo Banco Mundial. Rio Branco, a capital do Estado não estava entre esses os 11 municípios descentralizados em 2001 (Secretaria de Estado da Saúde e Saneamento do Acre. Informações VIGISUS, 2001). Esse programa seguia normas da esfera federal e a sua aplicação a partir da esfera estadual enfrentou entraves na execução.

3. 4. OS RECURSOS FINANCEIROS PARA A SAÚDE EM RIO BRANCO

As transferências federais para o SUS de Rio Branco seguiram numa regularidade crescente entre 1998 e 2001, conforme indica a tabela nove. Essas informações foram ampliadas a partir de 2002, quando foram incluídas as receitas municipais, que representam o total dos impostos municipais. Rio Branco teve em 2002 um gasto de R\$ 15.928.630,75 com a saúde, enquanto o total da receita arrecadada foi de R\$ 15.790.261,52. O gasto com saúde foi de R\$ 138.369,23 a mais em relação a receita arrecadada, portanto o total da receita local não é suficiente para esses gastos e a fonte de recursos são as transferências da esfera federal. (<http://siops.datasus.gov.br>).

Tabela 9. Recursos transferidos do Ministério da Saúde para o município de Rio Branco no exercício de 1998 a 2001

1998	1.890.388,17
1999	3.499.052,72
2000	3.190.715,33
2001	4.931.484,53

Fonte: Ministério da Saúde. Extrato do Fundo Municipal de Saúde, 10/12/2001;

A tabela 10, a seguir, indica a situação de gestão do município de Rio Branco em relação à sustentabilidade dos serviços saúde. Nos valores das transferências da União incluem todos os repasses constitucionais, inclusive os da saúde. As receitas fiscais são o total da receita local do município. As despesas com pessoal referem-se ao pessoal da saúde e estão contidas nos valores dos gastos. Confrontando as transferências da União, receitas

fiscais, gastos com saúde e gastos com pessoal evidencia-se que as receitas fiscais estão abaixo dos gastos com a saúde e aproxima-se com os gastos com pessoal. Portanto, a fonte de recursos financeiros do município está nas transferências da União. A condição do município capital do Estado do Acre proporciona uma pequena ampliação da receita tributária se comparado com os demais municípios do estado, conforme visto na seção anterior deste estudo, contudo essa receita não é suficiente para a sustentabilidade do SUS. Considerando o crescimento das receitas e das despesas parece não haver melhorias na capacidade de sustentação. De maneira semelhante às receitas dos demais municípios vistos anteriormente as transferências federais são uma importante distribuição de recursos financeiros nos cenários com baixo desempenho econômico.

Tabela 10. Transferências da União, receitas fiscais, gastos c/ a saúde e despesa c/ pessoal em Rio Branco no período de 2005 a 2008 (milhões de Reais)

Ano	Transferên- cias União	Cresci. (%)	Receitas fiscais	Cresci. (%)	Gastos c/ Saúde	Cresc. (%)	Despesa c/ pessoal	Cresci. (%)
2005	117,80	-	21,22	-	33,83	-	22,55	-
2006	129,29	9,75	26,26	23,8	37,71	11,4	27,55	22,18
2007	138,51	7,13	25,68	-2,22	39,44	4,56	28,21	25,11
2008	164,48	18,7	37,44	45,8	44,24	12,1	30,68	36,07

Fonte: <http://siops.datasus.gov.br>

Os indicadores da participação das receitas e das transferências intergovernamentais nos recursos financeiros para a saúde apresentados na tabela 11, a seguir, têm correspondência com os valores das transferências da União e da receita tributária da tabela acima. As receitas fiscais não são suficientes para cobrir a gastos com a saúde, que incluem os encargos sociais. Com essas receitas menores em relação às transferências da União a receita de impostos tem menor participação nas despesas. O indicador de gastos com saúde por habitante em Rio Branco é baixo, considerando os indicadores apresentados na seção anterior de outros municípios do Acre. Rio Branco está entre os municípios que faz um dos menores gastos por indivíduos no Acre. As despesas com investimentos apresentam indicadores com variações no período estudado, porém há esforços políticos para a busca de recursos através das emendas parlamentares, conforme foi apresentado anteriormente. Esses indicadores são produzidos pelo sistema de informações do Ministério da Saúde retratando a gestão dos serviços.

Tabela 11. Indicadores da participação das receitas e transferências intergovernamentais nas despesas com a saúde, despesas com a saúde por habitantes, participação das despesas com pessoal, investimentos e participação da receita própria na saúde em Rio Branco - Acre no período de 2006 a 2008

<i>Indicadores</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>
Participação da receita de impostos na receita total do Município.	10,68%	10,16%	10,24%	11,52	11,31%
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município.	78,30%	81,88%	70,42%	65,99%	61,88%
Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante. R\$	110,05	111,14	123,04	153,62	177,17
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde.	67,91%	74,43%	75,89%	63,25%	57,07%
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde.	9,00%	1,18%	1,56%	3,12%	6,83%
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000.	16,07%	15,17%	15,04%	15,01%	16,12%

Fonte: <http://siops.datasus.gov.br>

3. 5. AS RELAÇÕES DA ESFERA MUNICIPAL DE RIO BRANCO COM A ESFERA ESTADUAL E A COORDENAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DE 2005

No entendimento de um dos membros da equipe central do gestor do SUS de Rio Branco as relações da esfera municipal do SUS de Rio Branco com a esfera estadual são pautadas pela cordialidade entre dois governos formados pela mesma coligação partidária.

Não seria correto a gente considerar que essa relação isoladamente, ela também é mediada pelo grau de cumplicidade política. [...] Hoje nós temos no governo do Estado e na Prefeitura de Rio Branco o mesmo grupo político. Isso sem dúvida nenhuma, a despeito das competências constitucionais são decididas a partir desse conhecimento. De fato isso é um aspecto importante na construção da relação. O que a gente percebe é que existe um esforço de cooperação e um desejo de cooperação, tanto de parte a parte, de modo que os entes se auxiliam. Isso fica muito evidente nos momentos de crise. Estamos vivendo duas crises: da dengue e a crise da cheia. O momento em que o fato da relação política é positiva. Isto facilita e dá muita agilidade aos processos de cooperação e de disponibilização, inclusive de recursos humanos, materiais e financeiros (membro da equipe central do gestor de Rio Branco)

Mesmo com esse entendimento de relações amistosas entre as duas esferas de governo há no mesmo depoimento um relato sobre sérias dificuldades na implementação da política de saúde em Rio Branco. No depoimento percebe-se a compreensão da política de saúde que separa a mesma em: “aspectos técnicos” dos serviços e os “aspectos políticos”. Nessa interpretação parece que as relações entre as esferas de governo têm pouca relação com a funcionalidade dos serviços saúde. Também há um entendimento no depoimento de que no campo técnico as relações não são amistosas e no campo político são até de

“cumplicidade”. Assim, a implementação da política de saúde passa por problemas das relações entre as duas esferas de governo pela pouca habilidade dos gestores de lidarem com a política de saúde.

Mas se eu fosse fazer uma avaliação como é que nós estamos hoje eu diria que o grau de cooperação ele não acontece no mesmo. Isto é, ele não está condizente com as discussões das políticas de saúde. Então existe muito uma decisão política na esfera de governo estadual e municipal para que a cooperação se estabeleça, ela realmente aconteça, mas sobre o ponto de vista técnico, das definições técnicas e de definições das políticas estadual e municipal de saúde nós ainda deixamos muito a desejar. O que eu quero dizer com isso é que a fluidez, o fluxo de recursos, de ajuda e comunicação no que diz respeito aos recursos materiais mesmo. Mas existe pouca discussão sistêmica de qual é nosso modelo de saúde. Então a política municipal de saúde, ela até então é muito definida a partir da decisão dos técnicos da Secretaria municipal e a política estadual, então não existe uma discussão sistêmica. Isto tem trazido muitos prejuízos. E para a eficiência do sistema. Nos últimos meses nos temos feito um esforço muito grande para que a cooperação material humana e técnica acontecem na base da discussão do sistema de saúde, que integre o máximo possível a rede de serviços do município e do estado. Porque as decisões de investimento, de modelo da Secretaria Municipal de Saúde interesse muito e deve influenciar muito das decisões da Secretaria Estadual de Saúde. Isso fez com que a gente iniciasse um processo de implantação de uma central reguladora de serviços. A central do município está funcionando. O Estado está avançando na sua central de regulação, mas o processo de implantação está feito conjuntamente, a discussão da regulação, protocolos e fluxos. Existe um grupo de

trabalho composto por técnicos do município e do estado (membro da equipe central do gestor de Rio Branco).

A secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco é coordenada com uma organização que repete a concepção dos programas de saúde pública, semelhante ao que acontece na esfera estadual. Em 2005, havia 11 áreas técnicas organizadas nessa secretaria em vista da efetivação das ações dos programas de saúde pública. O relatório de gestão desse ano informou o empenho que as áreas técnicas realizaram para implementar as ações relativas aos programas de saúde pública. Até mesmo as equipes de saúde da família foram alvos das ações pontuais das áreas técnicas. O relato sobre o “Programa Saúde da Comunidade” que pretendia estender os serviços médicos para a área rural indicou insuficiência de recursos financeiros para cumprir suas finalidades. No relato se constata que há problemas na execução das ações de saúde nas unidades prestadoras de serviço e as áreas técnicas tinham limitações em acompanhar essas ações (Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco. Relatório de Gestão, 2005).

No exercício de 2006, os relatos das atividades informam que houve uma tentativa de reduzir a fragmentação do processo de trabalho e a Secretaria municipal de Saúde realizou capacitações de recursos humanos para a melhoria dos serviços. Houve um esforço para melhorar os bancos de dados e a notificação das doenças. Mesmo com as tentativas de melhorias houve problemas em relação ao controle da tuberculose e de controle do *Aedes aegypti*.

No relatório de gestão de 2006 pouco se identifica em relação às mudanças decorrentes das novas regras da atenção básica que foram propostas pela esfera federal do sistema de saúde nesse ano. Há nesse relatório uma menção sobre a adoção de novas tecnologias e a necessidade de se reduzir a fragmentação do processo de trabalho. No

exercício de 2007, houve uma mudança no discurso no principal documento da gestão municipal. Há uma ênfase em afirmar que o modelo dos serviços está focalizado na Estratégia de Saúde da Família – ESF, organizada nos seus módulos e estes estão vinculados aos Centros de Saúde. A organização da rede de unidades prestadoras que consistia em agrupar essas unidades em “segmentos de saúde”. Esses “segmentos” foram uma adaptação local do conceito de “distrito sanitário” que orientava a organização de unidades prestadoras de serviços em uma determinada área sob um gerenciamento articulado entre as unidades. Na adaptação organizativa de Rio Branco em 2007, havia 12 “segmentos de saúde” tendo uma unidade do tipo “centro de saúde” como referência administrativa. Nesse período havia 41 equipes de Estratégia de Saúde da Família, sendo 20 dessas equipes com saúde bucal. (Id., 2007)

Com a nova organização os Segmentos de Saúde passaram a ser a referência de entrada das áreas técnicas da Secretaria para realizarem seus trabalhos de orientação das ações programáticas nas unidades de serviços. Por um lado, havia o discurso de focalizar a estratégia de saúde da Família e por outro, continuaram as áreas técnicas com as ações dos programas de saúde pública em seus compartimentos, tendo os indicadores de saúde como instrumento motivador para implementar as ações programáticas. Não foram encontradas referências sobre o gerenciamento do processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família que está contido na regulação da Portaria nº. 648 de 2006, do Ministério da Saúde. Também não foram encontradas referências sobre questões importantes desse documento como organizar a Estratégia de Saúde da Família segundo o princípio da integralidade da saúde e a partir da mesma implementar inovações e mudanças positivas em todo o sistema de saúde.

Em 2007, a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco continuou relatando a insuficiência de recursos humanos e insuficiência de equipes da Estratégia de Saúde da Família, bem como insuficiência do programa de agentes comunitários de saúde. (Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco. Relatório de Gestão, 2007).

No exercício de 2008, os relatos das atividades da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco foram organizados a partir das áreas técnicas da mesma. Cada área técnica avaliou suas atividades percentuais de resultados considerando os parâmetros estabelecidos na programação do início do exercício. Os relatos apresentam poucas alterações em relação ao ano anterior (Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco. Relatório de Gestão, 2008).

No mesmo ano a rede de serviços de saúde de Rio Branco estava organizada em 13 segmentos que funcionavam como referência para as unidades de Estratégia de Saúde da Família nas suas áreas de abrangência. Havia 53 unidades de Estratégia de Saúde da Família, sendo que destas apenas 37 contavam com equipes com médicos, enfermeiros e pessoal de enfermagem. Havia 16 unidades apenas com enfermeiro e pessoal de enfermagem e 20 equipes de saúde bucal com cirurgiões dentistas e pessoal auxiliar, sendo quatro da área rural. Para a área rural também havia duas unidades móveis para o atendimento da população. A rede também incluía um Centro de Apoio Diagnóstico para serviços de laboratório, ultra-sonografia e assistência farmacêutica (Id., Ibid.).

De acordo com o relatório recém citado o município de Rio Branco tinha em 2008 uma estimativa de 301.398 habitantes. A recomendação para a cobertura da Estratégia de Saúde da Família na Portaria nº. 648/GM de 2006 é de que deve haver uma equipe para 3000 habitantes. Portanto, as 37 equipes estão muito abaixo da cobertura recomendada. Sobre as equipes incompletas não há menção documental de quando esse problema seria sanado.

Em 2008 as relações da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco com a esfera estadual resultaram em importantes convênios para implementar mudanças nos serviços e ainda continuar a descentralização dos mesmos. Considerando-se o exposto acima sobre a descentralização dos serviços em Rio Branco na década de 1990 esse processo continua através de convênios. Na atualidade as negociações para a descentralização ocorrem entre atores políticos com afinidade de interesses.

Nós temos um convênio firmado no ano passado que foi objetivando a implantação de duas policlínicas na rede municipal. Foram três convênios, um para os aspectos físicos, prédios. Um convênio para a aquisição de equipamentos e outro para o fortalecimento da equipe, a contratação dos profissionais necessários. Ainda que esse convênio contemplasse outros aspectos dos serviços também nas outras unidades que são as policlínicas. Os três convênios foram financiados no ano passado, eles estão em execução, alguns deles bem avançados, praticamente executados na integralidade, mas além desses convênios existe também através da contratação de pessoas. Vou citar como exemplo o momento da dengue. Nós estamos saindo de uma epidemia, vencemos uma epidemia muito forte, a maior epidemia de dengue na história de Rio Branco. Naquele momento o Estado disponibilizou nas unidades do município muitos profissionais de saúde do Estado, disponibilizou equipes com insumos. Isto foi muito importante. Para isso não foi formado um convênio formal, mas isso acontece com muita frequência (membro da equipe central do gestor de Rio Branco).

Os convênios firmados foram os seguintes: nº. 06/2008, com a finalidade de adequar o prédio do Laboratório Central de Saúde Pública de Rio Branco para melhoria das instalações para ampliar os serviços de exames. Valor de R\$ 220.647,00; nº. 21/2008, para

aquisição de equipamentos para as policlínicas e laboratório de análises. Contratação de uma empresa em regime de comodato de equipamentos para a rede municipal de saúde. Valor de convênio: R\$ 2.014.477,90; convênio nº. 23/2008, para reforma e ampliação das unidades de saúde do município de Rio Branco. Valor: R\$ 1.740.643,00 (Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco. Convênios nº(s) 06, 21 e 23/2008).

Os acordos para estabelecer convênios entre as esferas de governo demandam negociações específicas envolvendo diferentes atores. Considerando-se que a coordenação política da esfera estadual do SUS inclui a celebração desses acordos um dos membros da equipe central do gestor estadual do SUS tem uma interpretação pouco formal sobre o estabelecimento de convênios com os municípios.

Olha, em geral os convênios são através de articulação. Essa articulação é parte do convênio. Vem a instituição, pelo menos teoricamente, eventualmente deveria ter tido uma representatividade. Acredito que é legítima essa representatividade, então essa representatividade de definição de política dos secretários municipais, ela tem como liderança o COSEMS, que tem uma diretoria e tem uma nomeação, é feita pelos próprios secretários e ela é legítima. Esse debate constrói as políticas, as diretrizes. Então essa articulação é feita pelo COSEMS, então penso que há uma certa uniformidade no discurso dos secretários municipais.

Os convênios da esfera estadual com os municípios são, na maioria, relacionados aos serviços hospitalares. Uma parte menor tem a finalidade de fortalecer campanhas de vacinação. No cenário de escassez de recursos financeiros os convênios de maior valor como os estabelecidos com o município de Rio Branco são em menor número (Secretaria de Estado da Saúde do Acre. Planilhas de convênios, 2006 -2008). Considerando-se os

depoimentos acima sobre as relações intergovernamentais para tratar das transferências de recursos financeiros da esfera estadual para os municípios as afinidades das coligações partidárias com suas conveniências de interesses permeiam as relações entre as esferas de governo nos momentos das decisões políticas que envolvem transferências de recursos financeiros.

3. 6. O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO BRANCO

Conforme o exposto acima, o Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco foi criado em um período em que a administração municipal estava empenhada na criação das instâncias legais do sistema de saúde e não havia organização para a prestação de serviços. Somente em meados de 1993 os serviços passaram a ser estabelecidos, lentamente. No período de poucas atividades nos serviços e nas tentativas para a descentralização dos mesmos o Conselho foi um espaço de discussão da política de saúde, principalmente em relação às pressões para esfera estadual negociar a descentralização (Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco. Relatório das Atividades, 1995; Id., 1996).

A composição do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco consiste em oito organizações sociais representando os usuários, quatro sindicatos representando os trabalhadores em saúde e quatro organizações representando os gestores. A representação dos gestores é formada pela Universidade Federal do Acre, Hospital Santa Juliana, Secretaria Estadual de Saúde do Acre e a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco. A nomeação dos membros se dá pelo executivo e se destaca a participação de um hospital no âmbito da atenção básica que é a atribuição do município. A Universidade Federal do Acre também participa do Conselho Estadual de Saúde (Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco. Boletim de composição do Conselho, 2008- 2009).

O funcionamento do Conselho Municipal de Saúde foi observado em duas reuniões nos dias 07 e 28 de maio de 2009. A primeira reunião observada foi dirigida pela vice-presidente do mesmo que conduziu os trabalhos com uma pauta partilhada por várias pessoas. Após as apresentações dos participantes e justificativas dos ausentes passou-se para as informações gerais ao Conselho com destaque para o início dos serviços de saúde

na unidade prisional, o aumento da incidência da dengue em algumas áreas da cidade e falta de água potável na Vila Verde do Colégio Agrícola. As informações sobre atividades bem sucedidas têm mais ênfase e os problemas como aumento da dengue e ausência de água potável são minimizadas. O assunto seguinte foi a participação do município na Conferência Nacional de Saúde Ambiental. Diferente dos assuntos anteriores esse não motivou polêmicas por tratar de um evento participativo, houve uma aprovação geral dos participantes.

No segundo ponto de pauta foi tratado do programa municipal de Saúde Comunitária que tem no seu foco a população rural ao longo do Riozinho do Rola. Esse programa, apesar do nome saúde comunitária, tem como prioridade oferecer uma consulta médica por ano a cada pessoa na área de abrangência. No relato apresentado constam também atividades de educação em saúde para professores rurais com a finalidade de prepará-los para multiplicadores na saúde da comunidade. No último exercício o programa realizou 1804 consultas médicas. Durante o relato das atividades o representante do gestor municipal destacou repetidas vezes as dificuldades para prestar serviços de saúde na área rural. Foi destacado que nos serviços de saúde “todos devem falar a mesma língua” e o importante é atender a todos.

Na continuação foi apresentado um vídeo gravado na viagem do último atendimento no Riozinho do Rola e seu afluente o Igarapé Espalha, que integram a bacia do rio Acre. Nas imagens é perceptível o esforço em mostrar uma equipe de trabalho com vestuário predominante da cor vermelha e o destaque freqüente ao secretário municipal de saúde em meio à equipe de trabalho falando com as pessoas. Nas falas gravadas de pessoas das comunidades havia repetidas referências ao heroísmo dos serviços de saúde que vão ao

interior. As imagens gravadas ao som de uma música comovente parecem retratar uma viagem ao fim do mundo onde os pobres recebem os benefícios dos abnegados servidores da saúde. A projeção do vídeo foi finalizada com muitos elogios por parte da dirigente da reunião que antecipou cinco pontos da pauta para tratar do Encontro Latino-americano de Vigilância Sanitária. Foi escolhida uma pessoa do município para o encontro. Devido ao adiantado da hora a reunião foi encerrada com os pontos de pauta adiados para a próxima reunião.

A segunda reunião observada foi no dia 28 de maio de 2009. A reunião foi iniciada pelo presidente do conselho, que se apresentou como representante de uma organização do movimento negro no Acre. No início dos trabalhos o presidente do conselho e o secretário municipal de saúde esclareceram aos presentes que estavam afinados para a condução dos trabalhos. Foi destacado que o cargo de presidente do conselho não é ocupado pelo secretário municipal de saúde. O assunto da organização da “caravana do SUS” foi discutido no início dos trabalhos e foi definida a participação do município. Embora pareça pouco relacionado ao gestor municipal o assunto seguinte foi a distribuição dos leitos do Hospital Santa Juliana. O assunto causou polêmicas entre o representante do hospital e alguns conselheiros e o problema foi remetido para uma outra reunião com a participação do gestor estadual.

Na continuidade foram apresentados os indicadores de saúde para serem negociados na Comissão Intergestores Bipartite para 2010. Foi uma apresentação intercalada por comentários do secretário municipal de saúde destacando o bom desempenho da sua secretaria na atual gestão. Para os indicadores com menor desempenho havia comentários para minimizar os aspectos negativos. Um conselheiro manifestou desagrado em relação ao baixo desempenho do serviço odontológico do município. A fala desse conselheiro foi

interrompida por representantes da secretaria municipal para minimizar a reclamação. O conselheiro afirmou que havia filas de quatro meses para restaurar um dente. No calor da discussão o reclamante ficou sem fala e a exposição sobre os indicadores seguiu com pontos divergentes em relação às endemias de tuberculose e hanseníase. O discurso pareceu absurdo ao se afirmar que se aceitaria “pactuar um determinado número de casos da doença”. Isso significa admitir o não tratamento dos casos que venham a ocorrer. O assunto foi finalizado sem debates e nem referência aos serviços que deverão dar conta para diminuir os indicadores de saúde.

O último assunto apresentado pelo presidente do Conselho foi sobre linhas de financiamento do Ministério da Saúde com enfoque étnico. Havia um interesse do presidente em torno dos assuntos de etnias, pois o mesmo representava uma entidade do movimento negro. Foi destacado que os problemas mais freqüentes de mortalidade infantil afetam mais as crianças negras. Esse assunto não teve encaminhamento de atividades e às 16:55 h. a reunião foi finalizada.

Há uma semelhança entre as entidades membro do Conselho Municipal de Saúde com o Conselho Estadual quanto ao estabelecimento de convênios repassando recursos financeiros do SUS para as entidades. No caso municipal, destaca-se a Central de Articulação das Entidades da Saúde – CADES que recebeu os seguintes valores da esfera estadual: 2005, R\$ 135.816,00, 2006, R\$ 196.974,00, 2007, R\$ 560.000,00, 2008, R\$ 620.000,00, 2009, R\$ 896.852,00. A outra entidade que recebeu recursos da esfera estadual foi o Centro de Estudos e Referência da Cultura Afro-Brasileira no Acre – CERNEGRO em 2008 no valor de 36.720,12 (Secretaria de Estado de Saúde do Acre. Planilhas de convênios do Estado com os municípios e organizações sociais de 2005 até 2009).

4. CONCLUSÕES

As relações da esfera estadual com os municípios não ocorrem com imparcialidade, distanciando-se do esperado tratamento igualitário entre os municípios. A coordenação da política de saúde foi conduzida pela esfera estadual com tratamentos diferenciados entre os municípios, de acordo com as opções partidárias dos gestores municipais. Essas diferenciações ocorreram nos sucessivos governos e gestores. Rio Branco que passou por conflitos entre os gestores para descentralizar os serviços por mais de 15 anos, em um período recente passa por uma situação em que os gestores reconhecem que há um tratamento favorável a esse município devido ao pertencimento dos gestores nas duas esferas de governo à mesma coligação partidária. Portanto, a coordenação da política de saúde não está atenta ao processo regulatório do sistema de saúde.

A função de planejamento em saúde pública da esfera estadual do SUS é deficitária do ponto de vista metodológico e com isso não é um instrumento para tomada de decisões na implementação da política de saúde. As etapas apresentadas no planejamento não possibilitam a identificação de problemas a serem enfrentados e, portanto, não há como mobilizar recursos para a solução dos mesmos. Os planos de saúde apresentam dados sobre morbidade e mortalidade no Acre, porém essas informações são pouco trabalhadas no planejamento. Importantes decisões políticas como as transferências do “Hospital do Juruá” para uma entidade privada e a criação do “Serviço Social de Saúde do Acre” não integraram os planos estaduais de saúde precedentes.

A esfera estadual do SUS reconhece as deficiências da atenção básica e da estratégia de saúde da família, mesmo em municípios como Rio Branco onde há mais proximidade com a esfera estadual essas deficiências são acentuadas. Há um descompasso na

coordenação estadual da política de saúde em aplicar a regulação contida no conjunto das portarias ministeriais do ano de 2006, que direcionaria tanto a estratégia de saúde da família bem como os programas de saúde pública nas versões mais atualizadas que compreendem o gerenciamento do processo de trabalho em equipe. Portanto, a esfera estadual tem limitações em desempenhar o papel de instância propulsora da política de saúde no Acre.

Os recursos financeiros que sustentam os serviços de saúde da esfera estadual e dos municípios do Acre são dependentes das transferências financeiras da União. O Estado do Acre como seus municípios têm receitas locais baixas, que em alguns casos chegam próximo de um décimo do valor dos gastos com a saúde. Em 1999, a receita fiscal do Estado do Acre foi de 81,83 milhões de Reais e os gastos com a saúde foram de 97,37 milhões de Reais. Embora tenha havido um aumento da receita a equiparação entre receita e transferências da União está distante. Com os escassos recursos das receitas fiscais locais, nas duas esferas de governos, a política de saúde distribui significativas somas de recursos financeiros da União para os entes federados com baixo desempenho econômico. Portanto, a política de saúde possibilita financiar serviços em locais onde não haveria outras fontes de recursos financeiros.

Há um empenho considerável de diferentes atores políticos em ampliar os recursos para a saúde através da inclusão de projetos nas emendas parlamentares ao Orçamento Geral da União. Com isso, a política de saúde amplia as relações entre atores políticos e os entes federados na busca de aumentar os recursos financeiros, contudo a obtenção de recursos financeiros para o SUS tem limites no processo regulatório instituído no sistema. A burocracia da administração pública demanda “mediadores” para a liberação de recursos das emendas parlamentares. Atores políticos e setores burocráticos somam-se para tramitar

projetos e liberar recursos que parecem “retidos” em locais onde determinados atores políticos têm acesso.

As instâncias colegiadas do SUS do Acre, estudadas para este trabalho, têm suas dinâmicas de funcionamento moldadas por pessoas e grupos articulados para defesas veementes das propostas dos gestores. Nessa forma de funcionamento há uma inibição de manifestações que venham a contribuir em debates nas instâncias colegiadas. A representatividade na Comissão Intergestores Bipartite segue a conveniência da administração pública estadual nas suas regiões administrativas. Os gestores representados por regionais nessa comissão são prejudicados na interlocução pela fraca comunicação entre o representante e o município representado. A essa dificuldade se soma o tempo reduzido das reuniões em que os debates são reduzidos pela importância atribuída às comissões técnicas que dominam as interpretações de projetos e pleitos apresentados à comissão. A Comissão Intergestores Bipartite do Acre configura-se como uma instância com baixa capacidade de negociação entre os gestores da política de saúde.

O Conselho Estadual de Saúde do Acre e o Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco têm uma incongruência na sua fundamentação no princípio da cidadania. A escolha dos membros é uma nomeação do respectivo executivo. Isto é, o governante escolhe quem vai exercer o papel fiscalizador na política de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Abrúcio FL. Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Hucitec/USP; 1998.

_____. Dossiê “Federalismo” A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. Revista Sociologia e Política. Curitiba, n.24, jun, 2005.

Almeida ES, Chioro A, Zioni F. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. In: Westphal MF, Almeida ES. Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização, Municipalização do SUS. São Paulo: EDUSP; 2001.

Almeida MH. Federalismo e políticas sociais. Revista Brasileira de Ciências Sociais. 1995; 28: 88-105.

_____. Dossiê “Federalismo” Recentralizando a federação. Revista Sociologia e Política. 2005; 24: (ISSN 0104-4478)

Arreche M. Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP; 2000.

_____. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas. In: Gerschman S, Viana MLV (Orgs). Miragem da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 1997.

Artmann E. et al. Possibilidades de Aplicação do Enfoque de Planejamento Estratégico no Nível Local de Saúde: Análise Comparada de Duas Experiências. Cadernos de Saúde Pública. 1997; 13 (4): 732-740.

Augras M. História Oral e Subjetividade. In: Simon OR (org.) Os Desafios Contemporâneos da História Oral. Campinas: CMU/Unicamp; 1997.

Baeta AMC. Administração municipal e descentralização: notas para discussão. Revista de Administração Pública. 1989; 41: 100-103.

Banco Mundial. Relatório Sobre o Desenvolvimento Mundial. Washington, 1997.

Bastos GT. Liga de Defesa Sanitária do Acre. Folha do Acre, Rio Branco, 10 juh. 1927: 1. (Arquivo Geral do Estado do Acre, Rio Branco)

Bazerman MH, Neale MA. Negociando Racionalmente. Tradução de Darrell Chaplin. São Paulo: Editora Atlas; 1995.

Becker, HS. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Ed. Hucitec; 1994.

Bezerra MO. Em nome das “bases”: política, favor e dependência pessoal. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Núcleo Antropologia da Política; 1999.

Bezerra MJ. Elevação do Acre a Estado. Rio Branco: Gráfica Globo; 1992.

_____. Dossiê – Acervo: Guiomard Santos (Acre) – Elevação do Acre à Estado. Rio Branco: Gráfica Globo; 1992.

Bonavides P. Ciência Política. 10ª ed. São Paulo: Malheiros Editores; 2000.

Bossert T. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries; decision space, innovation and performance. Boston, MA 02115. Harvard School of Public Health, Huntington Ave. I-1210.

Braga JC, Paula SG. Saúde e Previdência: estudos de política social. São Paulo: Hicitec; 1986.

Branchesi, PM OMS, Fabbri MR SMR. Servas de Maria Reparadoras, Primeiros Ensaio Históricos. Rio de Janeiro: Cúria Provincial SMR; 1999.

Calixto VO et al. Acre Uma História em Construção. Rio Branco: Ed. Secretaria de Educação e Cultura do Acre; 1985.

Campos ALV. Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública 1942 – 1960. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 2006.

Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12: 301-306.

Cohn A, Elias PE. Saúde no Brasil: política e organização de serviços. São Paulo: Cortez; 1999.

Contandriopoulos AP et al. Saber Preparar uma Pesquisa 3. ed. Tradução: Silvia Ribeiro de Souza. São Paulo: Hucitec; 1999.

Cassarro AC. Sistema de Informações Para Tomada de Decisões. São Paulo; Pioneira; 1999.

Costa NR. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: Negri B, Giovani DG (Orgs.). *Brasil Radiografia da Saúde*. Campinas: UNICAMP – Instituto de Economia; 2001.

Costa Sobrinho PV. Capital e Trabalho na Amazônia Ocidental. São Paulo: Cortez Editora; 1992.

Cruz OG. Relatório Sobre as Condições Médico-Sanitárias do Vale do Amazonas. Rio de Janeiro: Typ. Jornal do Comércio; 1913. (Disponível no Centro de Ciências da Saúde e do Desporto da Universidade Federal do Acre)

Dallari DA. A reforma constitucional e as novas competências dos estados e municípios. Anais de Eventos. Instituto Municipal de Administração Pública - IBAM. Curitiba, 1996. (Biblioteca do IBAM – Rio de Janeiro).

Dain S. Os vários modos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. Revista Ciências & Saúde Coletiva. 2007; 12 (Sup):1851 – 1864.

Dantas FW. Plano de Desenvolvimento do Acre. Rio Branco, 1971. (Arquivo do CDIH da Universidade Federal do Acre).

Dantas US. O crescimento da arrecadação do ICMS e seus impactos nas finanças municipais do Estado do Acre: o caso de Rio Branco. Rio Branco: Universidade Federal do Acre; 2006.

Delcourt J. Globalisation de l'Économie et Progrés Social; l'Etat Social à l'heure de la Mondialization. Revue Futuribles, avril, 1992.

Drabe S, Henrique W. “Welfare State”: crise e gestão da crise, um balanço da literatura internacional. Revista Brasileira de Ciências Sociais. 1988; 6:3.

Elias PE. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In; Cohn A, Elias PE. Saúde no Brasil: política e organização de serviços. São Paulo: Cortez; 1999.

Fernades MI. O PT no Acre: a construção de uma terceira via. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 1999.

Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira; 1986.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª. Edição. São Paulo: Atlas; 2007.

Goode WJ, Hatt PK. Métodos em pesquisa social. Tradução de Carolina Martuscelli Bori. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 1968.

Grotti G. Síntese da situação do Acre. Documento interno da Prelazia do Acre e Purus, 1969. (Arquivo da Diocese de Rio Branco).

Guerra AT. Estudo Geográfico do Território do Acre. Rio de Janeiro: IBGE; 1955.

Hegemann H. Bancos, Incendiários e Florestas Tropicais. São Paulo: Ed. FASE; 1996.

Klein EP. História da Saúde Pública do Acre. Rio Branco: Fundação Elias Mansuor; 2002.

Le Goff J. História e Memória. Tradução de Bernardo Leitão. Campinas: Ed. Unicamp; 1992.

Lima MJ. Capitalismo e extrativismo, a formação da região acreana. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1994.

Marcílio ML. História da escola em São Paulo e no Brasil. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, Instituto Fernando Braudel; 2005.

Martinelli PD, Almeida, AP. Negociação e solução de conflitos. São Paulo: Atlas; 1998.

Martinello P. A “Batalha da Borracha” na Segunda Guerra Mundial e suas conseqüências para o Vale Amazônico. Rio Branco: UFAC; 1988.

Marshall TH. Cidadania, classe social e status. Cap. III. Rio de Janeiro: Zahar.Ed.; 1967.

Médici AC. Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 1994.

Melo F. Diretrizes de Governo. Rio Branco, 1987. (Arquivo do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Acre)

Mendes EV (org). Distrito Sanitário: o processo social das práticas sanitárias do SUS. São Paulo: HUCITEC / ABRASCO; 1993.

_____. A organização da saúde no nível local. São Paulo: HUCITEC; 1998.

Mendes Júnior A, Maranhão R. Brasil História. São Paulo: Brasiliense; 1993. 3: 4.

Mesquita Júnior G. Documentos para a história do Acre; Constituição do Estado do Acre. Brasília: Senado Federal; 2003.

Ministério da Saúde (Brasil). Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2003.

Miliband R. O Estado na sociedade capitalista. Tradução de Fanny Tabak. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1972.

Mizuno RC. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Ed. Manole; 2002.

Moraes HF. Sucam. Sua Origem, Sua História. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.

Nabor, Junior. Diretrizes de Governo. Rio Branco, 1983. (arquivo particular)

Nero CRD. O que é Economia da Saúde. In: Piola SF, Vianna SM (orgs.) Economia da Saúde: conceitos e contribuições para a gestão de saúde. Brasília:IPEA; 2002.

Neves GH. Participação popular, mulher e políticas públicas. *Revista de Administração Municipal*. 1994; 210: 34-45.

Noronha JC, Levcovitz, E. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. In: Guimarães R, Tavares R (orgs.). *Saúde e sociedade no Brasil; anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.

Noronha JC, Soares LT. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2001; 2.

Pereira MJLB, Fonseca JGM. *Faces da decisão: as mudanças de paradigmas e o poder da decisão*. São Paulo: Makron Books; 1997.

Pieterse JN. *My Paradigm or Yours? Alternative Development, Post-Development, Reflexive Development*. *Development and Change*. 1998; 2. The Netherlands.

Pinto NPA. *Política da Borracha no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1984.

Quivy R, Campenhoudt LV. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª. Ed. Tradução J M Marques, M Mendes, M Carvalho. Lisboa: Gradiva; 1998.

Rêgo JF. *Uma estratégia de desenvolvimento da Amazônia*. Rio Branco: Universidade Federal do Acre, 1997: 13 (Mimeo)

_____. *Estado e Políticas Públicas: a reocupação econômica da Amazônia durante o regime militar*. Rio Branco: Ed. UFAC; 2002.

Fundação Elias Mansour. *Maternidade Bárbara Heliadora. Estudo Histórico*. Rio Branco; 2000.

Rodrigues AEM. *Ciência, cultura e modernidade: Um ensaio sobre a genealogia do saber moderno*. In: Afonso-Goldfarb et al. *História da ciência: o mapa do conhecimento*. São Paulo: EDUSP; 1995.

Santos BS. *Pela mão de Alice, o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Ed. Cortez; 1999.

Santos WG. *Décadas de Espanto e uma Apologética Democrática*. Rio de Janeiro: Ed. Rocco; 1998.

Schwartzman S. *Bases do autoritarismo brasileiro*. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Ed. Campus; 1988.

Singer P et al. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1988.

- Silva MGC. Economia da Saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & Saúde. 5ª. Ed. Rio de Janeiro: MEDISI; 1999.
- Souza CA. História do Acre. Rio Branco: Enviara; 1999.
- _____. História do Acre: Novos Temas, Nova Abordagem. Rio Branco: Envira; 2002.
- Souza C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. Rio de Janeiro. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2002; 3.
- _____. Federalismo e Conflito Distributivo: Disputa dos Estados por Recursos Orçamentários Federais. DADOS – Revista de Ciências Sociais. 2003; 2: 345-384.
- Tastevin C. Índios do Haut Juruá, Missions Catholiques, 1924. (Arquivos da Prelazia de Tefé, Congregação do Espírito Santo.) (Disponível na biblioteca da Faculdade Diocesana de Filosofia São José, Rio Branco – AC)
- Temer M. Elementos de Direito Constitucional. São Paulo: Malheiros Editores; 2003.
- Testa M. Pensamento estratégico e lógica de programação. São Paulo: Hucitec, 1995.
- Théry H. Pesos e medidas da Amazônia. In: Doris S et al. Amazônia cenas e cenários. Brasília: Ed. Universidade de Brasília; 2004.
- Ugá MAD. Ajuste estrutural, governabilidade e democracia. In: Gerschman S, Viana MLV (Orgs.). Miragem da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 1997.
- Universidade Federal do Acre. A Cidade de Cruzeiro do Sul – Revisitando o Juruá. Rio Branco: Gráfica Estrela; 1994
- Viana ALD'Á et al. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva. 2002;7 : 493-507.
- Weber M. Wirtschaft und Gesellschaft. 5., ver. Aufl., Studienausg., Tübingen: Mohr; 1980.
- Weiss Z. Vozes da Floresta. Formosa Goiás: Ed. Xapuri; 2008.
- Yin RK. Estudo de caso planejamento e métodos. Tradução Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman; 2005.
- Zioni F, Almeida ES. Políticas públicas e sistemas e sistemas de saúde: a reforma sanitária e o SUS. In: Rocha AA, César CLG. Saúde Pública. São Paulo: Atheneu; 2008.

REFERÊNCIAS DOCUMENTAIS

Acre (Estado). Banco de Dados do Gabinete do Governador, 2001.

_____. Decreto nº.217 de 03 de dezembro de 1964 (Arquivo do gabinete civil do governo do Acre).

_____. Decreto nº.1347 de 06 de março de 1999. Id.

_____. Decreto Nº. 3.080 de 13 de Junho de 2008. Id.

Acre (Estado). Diário Oficial, 03/01/1989.

_____, 18-12-1989.

_____, 01-03-1990.

_____, 04-04-1990.

_____, 30-04-1990.

_____, 02/12/1991.

_____, 17/12/1991.

_____, 19/12/1991.

_____, 10-06-1992.

_____, 31-12-1996.

_____, 21-10-1997.

Acre (Estado). Discurso de Posse do Governador José Augusto de Araújo. Março de 1963.
(arquivo do CDIH da Universidade Federal do Acre)

_____. Estrutura Administrativa do Estado de outubro de 1972.

_____. Lei nº. 217 de 03 de dezembro de 1964 (Arquivo do gabinete civil do governo do Acre).

_____. Lei nº. 274 de 08 de julho de 1969. Id.

_____. Lei nº.1014 de 19/12/1991. Id.

_____. Lei nº. 268 de 17 de junho de 1996. Id.

- _____ . Lei N. 2.031, de 26 de Novembro de 2008.
- _____ . Mensagem ao Legislativo, 1974. (Museu da Borracha, Rio Branco).
- _____, 1975. Id.
- _____, 1977. Id.
- _____, 1979. Id.
- _____. nº. 13 de 15 de setembro de 1989.
- _____. Mensagem Governamental, 1997. (Arquivo do Gabinete da Secretaria de Planejamento do Acre)
- _____, 1998. Id.
- _____ . Novo Acre, Informações. Ano I Nº. VII. 1974. (Museu da Borracha, Rio Branco).
- _____ . O Acre, 03/05/1963 Id.
- _____ . O Acre, 28/12/1963 Id.
- _____ . Plano Especial de Saúde, 1991
- _____ . Programa de Metas de julho de 1974.
- _____ . Relatório de Atividades da Secretaria de Saúde, 1986.
- _____ . Relatório de Atividades, 1986
- _____ . Serviço de Auditoria - SEAUD. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão de Senador Guiomard, 1999.
- A Gazeta. Rio Branco, 14-10-1990. (arquivo do CDIH da Universidade Federal do Acre).
- _____. 10-11-1991. Id.
- _____. 15-11-1991. Id.
- _____. 23-11-1991 Id.
- _____. 19-09-1995. Id.
- _____. 19-09-1995. Id.

_____	.29/10/1995	Id.
_____	. 31-10-1995.	Id.
_____	. 06-10-1996.	Id.
_____	. 06-10-1998.	Id.
_____	. 08-10-1998.	Id.
_____	. 02-10-2000.	Id.
_____	. 02-10-2006.	Id.
_____	. 06-10-2008.	Id.

Assembléia Legislativa do Acre. Leis Ordinárias e Complementares. 1963- 1999. 1CD-ROM.

Brasil. Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990.

_____ . 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

Colônia Souza Araújo (Hospital do Acre). Relatório Histórico, 1992.

Comissão Intergestores Bipartite do Acre. Ata da reunião, 05-12-1991.

_____, 27-12-1991.

_____, 11-05-1993.

_____, 14-05-1993.

_____, set, out e nov - 2000.

_____. 04/04/2007

_____, set, out e nov - 2001.

_____, 01/05/2007

_____, 04-04-2007.

Comissão Interinstitucional de Saúde do Acre. Regimento Interno, 1985.

Comissão de Transição Governamental do Acre. Relatório do Setor Saúde, 1994. (Arquivo do CDIH da Universidade Federal do Acre)

Congresso Nacional. Gabinete do Senador Tião Viana. Balanço do Mandato, 2001.

_____. Lei Orçamentária 2008. Emendas Parlamentares nº(s) 20400003, 20400004 e 20400005

Conselho Estadual de Saúde do Acre. Ata da reunião, 05/12/1991.

_____, 11/05/1993

_____, 14/05/1993

_____, 1ª. Reunião Ordinária. 25/02/1994.

_____. Relatório de Planejamento, 1995

_____. Boletim de composição do Conselho, 2008- 2009.

Conselho Nacional de Economia. Exposição Geral da Situação Econômica do Brasil, 1956 (Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo)

Conselho Nacional de Saúde. Parecer Sobre o Conselho estadual de Saúde – Acre. Out. 1993.

Coordenadoria Regional da FUNASA - Acre. Convênio nº. 001/2000.

Diretório Regional do Partido dos Trabalhadores Acre. Ata da Convenção Regional, 30-06-1998.

Feijó. (município do Acre) Plano Municipal de Saúde, 1996.

Folha do Acre. Rio Branco, 10-07-1927

Folha do Acre. Rio Branco, 01-08-1965.

Fórum Popular de Transição (de governo do Acre). Relatório Final; 1998. (Arquivo do gabinete da Secretaria de Planejamento do Acre)

Frente Popular do Acre. Plano de Governo, 1998.

Fundação de Apoio e Desenvolvimento da Pesquisa e Extensão Universitária no Acre. Edital nº. 003/2009

Fundação Nacional da Saúde. Relatório de Viagem ao Acre. 03 a 04 de jun. 1993.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. Rio de Janeiro, 2001.

INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Coordenadoria de Integração da Região Norte. Relatório de Viagem de dezembro de 1996. (Arquivo do Centro de Defesa dos Direitos Humanos e Educação Popular, Rio Branco.)

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº.258, de 07 de Janeiro de 1991

Marechal Thaumaturgo (município do Acre). Plano Municipal de Saúde, 1995/96.

Ministério da Previdência e Assistência Social. Ações Integradas de Saúde, 1985.

Ministério da Previdência e Assistência Social. Convênio – SUDS, 01/88)

Ministério da Previdência e Assistência Social. Convênio SUDS/ Estado do Acre 01/88, 1988.

Ministério da Saúde. Convênio SUS-Acre 01-1991.

_____. Diretrizes Operacionais, 2006:34-25

_____. Extrato do Fundo Municipal de Saúde de Rio Branco em 10-12-2001. Disponível em: < <http://credpab.saude.gov.br/transfer.exe/action>>. Acesso em: 10-12-2001.

_____. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2003

Ministério da Saúde. INAMPS. Convênio SUS/ Acre. nº.01 –1991.

_____. Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. <http://siops.datasus.gov.br> Acesso em; 22/03/2009, 22/06/2009 e 23/06/2009.

_____. Norma Operacional Básica. –SUS, 1991.

_____, 1992.

_____, 1993.

_____, 1996.

_____. Norma Operacional de Assistência à Saúde- SUS, 2002.

_____. Portaria nº.545- 29/05/1993.

_____. 1.454 de 21-12-1999.

_____. nº. 636 de 15-06-2000.

_____. n.º. 1101/GM de 12/06/2002.

_____. n.º. 648 de 28 de marco de 2006

_____. n.º. 399 de 2006

_____. Secretaria de Recursos Humanos. Sistematização de Experiências Pedagógicas. Relatório do Acre, 1985. (Arquivo do Centro de Ciências da Saúde e do Desporto da Universidade Federal do Acre)

_____. Sistema de planejamento do SUS, 2009.

O Estado. Rio Branco. n.º. 59, 20-05-1961. (Arquivo do Museu da Borracha).

_____. n.º. 71, 04-11-1961. Id.

_____, 22-10-2001. Id.

_____, n.º. 38, 12-11-2001 Id.

O Estado do Acre. Rio Branco, 26/11/2001 (Arquivo do Centro de Ciência da Saúde e do Desporto da Universidade Federal do Acre)

O Imparcial. Rio Branco, 07-09-1968. (Arquivo do Museu da Borracha).

O Liberal. Rio Branco, 12-05-1963. Id.

O Rio Branco. Rio Branco, 01/01/1976. Id.

_____, 01/08/1985 Id.

_____, 02/08/1985 Id.

_____, 06/08/1985) Id.

_____, 24/03/1985 Id.

Prefeitura do Alto Acre. Relatório de atividades, 1904. (Arquivo do Museu da Borracha, Rio Branco)

Prefeitura do Departamento do Alto Acre. Decreto Presidencial n.º 9831 de 23/10/1912.

Prefeitura do Departamento do Alto Purus. Relatório de Atividades, 1905, 1912. In: Fundação Elias Mansour. Sena Madureira em Cenário. Rio Branco; 2004.

Prefeitura Municipal de Brasiléia (Município do Acre). Lei nº. 13 de 5 de Maio de 1994; Id. Lei nº. 7 de Maio de 1994; Id. Lei nº. 09 de 12 de Maio de 1994.

_____. Resumo de atividades da década de 1990

Prefeitura Municipal de Rio Branco (Capital do Acre). Convênio 95. Cuba, 1995.

_____. Convênios nº(s) 06, 21 e 23/2008

Prelazia do Acre e Purus. Rio Branco. Livro do Tombo, 1920-1930. (Arquivo da Diocese de Rio Branco).

Secretaria de Estado da Fazenda do Acre. Informativo da Arrecadação, 1999/2002. (Arquivo do Centro de Ciências da Saúde e do Desporto da Universidade Federal do Acre)

Secretaria de Estado da Saúde do Acre. Código de Saúde, 1982.

_____. Convênios com o MS – 1999.

_____. Convênio com a Fundação Nacional de Saúde nº. 001/2000.

_____. Convênio nº. 015, 2001. (acervo particular)

_____. Demonstrativo das Ações de Saúde desenvolvidas no Estado. 1999- 2000.

_____. Informações VIGISUS, 2001.

_____. Relatório de Atividades, 1986.

_____. Planilhas / convênios do Estado com os municípios e organizações sociais, 2005 a 2009.

_____. Plano Especial de Saúde, 1991.

_____. Plano Estadual de Saúde, 2002-2003.

_____, 2004-2007.

_____. Portaria nº.646 de 18/06/1993.

_____. Portaria n °. 26 de 27 de fevereiro de 2009.

_____. Regimento Interno da CIB, 1999.

_____. Relatório de Gestão, 1999.

_____, 2000.

_____, 2001.

_____, 2002.

_____, 2003.

_____, 2004.

_____, 2005.

_____, 2006.

_____, 2007.

_____, 2008.

_____. SUDS/ SUS – Acre (Mimio)

Secretaria Executiva da Indústria, Comércio e Turismo do Acre. Mapa do Acre. 2000.

Secretaria Municipal de Saúde de Brasília. Resumo de atividades da década de 1990.
(Arquivo do Centro de Ciências da Saúde e do Desporto da Universidade Federal do Acre)

Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco. Relatórios de Gestão, 2000.

_____, 2001.

_____, 2002.

_____, 2005.

_____, 2006.

_____, 2007.

_____, 2008.

Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Econômico Sustentável do Acre. O Acre em Números, 2001, 2005, 2006, 2007

Secretaria de Saúde e Serviço Social do Acre. Relatório da Situação, dez. 1964. (arquivo do CDIH da Universidade Federal do Acre)

Senado Federal. Atividades do Senador Siba Machado, 2004

_____. Atividades do Senador Tião Viana, 2003

_____. Atividades do Senador Tião Viana, 2005

Servas de Maria Reparadoras. Crônicas da Congregação. Sena Madureira; 1923. (Arquivo da casa provincial das Irmãs Servas de Maria Reparadoras, Rio de Janeiro.)

Sucam – Acre. Diretoria Regional. Análise da Situação da Malária no Estado do Acre, 1984.

Território Federal do Acre. Mensagem do Interventor Federal ao Governo da República, 31-12-1930. (Arquivo Nacional, Rio de Janeiro.)

_____, 18-01-1933. (Arquivo Nacional, Rio de Janeiro.)

Território Federal do Acre. O Acre, 05-06-1936. (Arquivo do Museu da Borracha- Acre)

_____. O Acre. Creio no Acre e nos Acreanos. 23/05/1946. Id.

_____. O Acre. Sociedade de Assistência aos Lázarus. 18/04/1948. p.5.
(Arquivo do Museu da Borracha.)

_____. *Sociedade de Amparo aos Lázarus*, 18/05/1948.

_____, 05-05-1956. (Arquivo do Museu da Borracha).

_____, 01-01-1957. Id.

_____, 20-01-1957. Id.

_____, 17-02-1957. Id.

_____, 12-04-1964. Id.

_____, 24-05-1964. Id.

Território Federal do Acre. Regulamento sanitário, 1948.(Arquivo particular)

_____. Relatório da Administração, 1935.(Arquivo do Estado do Acre)

_____. Relatório de atividades, 1925. Id.

_____. Relatório de Atividades, 1926. Id.

_____. Relatório de Atividades, 1928-1929. Id.

_____.1946. (Arquivo CDIH Universidade
Federal do Acre.)
_____,1949. Id.

Tribuna do Povo nº.02 . Rio Branco.– Outubro de 1968. (Arquivo do Museu da Borracha,
Rio Branco.)

Tribunal Regional Eleitoral do Acre. Registro de Candidaturas, 1998.

Tribunal Regional Federal da 1ª. Região, Brasília. Despacho ao Ministério da Saúde de
08/05/2000

ANEXOS

Roteiro para entrevistas dos (as) integrantes do primeiro escalão da Secretaria Estadual de Saúde do Acre e da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco.

Título do Projeto de Pesquisa: A implantação da política de saúde e as relações intragovernamentais no Estado do Acre, a partir do SUS entre 1990 até 2009 e os serviços antecedentes.

1. Identificação do entrevistador e do entrevistado?
2. Como está sendo implementada a política de saúde por essa secretaria, considerando o funcionamento geral dos serviços de saúde?
3. Caracterize o relacionamento dessa secretaria com as outras esferas de governo? De que maneira é realizada a coordenação dessas relações?
4. Como estão acontecendo os repasses de recursos, financeiros e outros, entre as esferas de governo? Como esses repasses são negociados? Os repasses recebidos são suficientes para manter o funcionamento dos serviços e a manutenção da estrutura gerencial?
5. Além dos repasses regulares do SUS, quais são as outras fontes de recursos nessa secretaria?
6. A distribuição dos recursos financeiros do SUS atende o estado ou os municípios com menor capacidade de sustentar os serviços, considerando as receitas locais?
7. Como se realiza a coordenação de Secretaria Estadual de Saúde no SUS?
8. Que atividades a Secretaria desenvolve em vista do controle social do SUS?
9. Quais os serviços ou programas a Secretaria dinamizar ou auxiliar nos municípios?
10. Quais foram os principais acordos estabelecidos na CIB nesta gestão?

OBS. Esse roteiro pode sofrer adaptações conforme as respostas no andamento da entrevista.

Roteiro para as observações sistemáticas.

Título do Projeto de Pesquisa: A implantação e implementação da política de saúde e as relações intragovernamentais no Estado do Acre: de 1990 até 2008.

Para a Comissão Intergestores Bipartite.
(local data)

1. Observar o recinto, o ingresso dos atores participantes, como os mesmos se localizam no ambiente do encontro e se identificam;
2. O ritual do início e condução dos trabalhos, a direção e organização dos mesmos, a pauta dos assuntos tratados;
3. Quem fala, como se identificam os falantes, quem os mesmos representam;
4. O conteúdo dos debates, como são coordenados, que conclusões são obtidas e quais os acordos estabelecidos.
5. Quem vota e como vota.

Para o Conselho Estadual de Saúde.

O roteiro para as observações no Conselho Estadual de Saúde é o mesmo exposto acima.

TERMO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto de Pesquisa: A implantação da política de saúde e as relações intragovernamentais no Estado do Acre, a partir do SUS entre 1990 até 2009 e os serviços antecedentes.

Durante a leitura do documento abaixo fui informado (a) que posso interromper para fazer qualquer pergunta, com a finalidade de tirar dúvidas, para o meu melhor esclarecimento.

Eu, fui procurado(a) por Estanislau Paulo Klein, aluno do curso de Mestrado & Doutorado Interinstitucional da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Universidade Federal do Acre, enfermeiro com registro do Conselho Regional de Enfermagem do Acre nº. 39001 sobre o projeto citado acima. Nesse estudo fui selecionado (a) entre as pessoas a serem entrevistadas. Na ocasião me foi explicado que a pesquisa será realizada entre janeiro até junho de 2009 envolvendo pessoas ligadas ao Sistema Único de Saúde do Acre. Fui informado(a) ainda, que essa pesquisa visa estudar a implantação e implementação da política de saúde no Acre.

O pesquisador me esclareceu que as informações serão obtidas por meio de uma entrevista aberta que posso responder livremente.

Também estou ciente que me é garantido o anonimato das respostas, não havendo divulgação de quaisquer dados que possam identificar-me. Foi informado(a) que posso negar-me a responder as perguntas e que os dados serão utilizados somente para fins científicos. Tenho o endereço eletrônico do pesquisador, klein@ufac.br e o telefone (68) 3901 2585, para possíveis informações posteriores sobre os resultados da pesquisa.

Assim, considero-me satisfeito(a) com as explicações deste documento, com a leitura na íntegra. Portanto, no momento concordo em participar dessa pesquisa.

Rio Branco, de. de 2009.

Nome:

Assinatura:

Pesquisador



Estanislau Paulo Klein

Possui mestrado em Antropologia pela Universidade Federal de Pernambuco (1996). Atualmente é Professor Assistente da Universidade Federal do Acre e doutorando em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem de Saúde Pública.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 09/07/2009

Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/4523242748572690>



**Certificado
 pelo autor em
 09/07/09**

Dados pessoais


Nome Estanislau Paulo Klein

Nome em citações bibliográficas KLEIN, E. P.

Sexo Masculino

Endereço profissional Universidade Federal do Acre.
 BR 364 KM 04
 DISTRITO INDUSTRIAL
 69915-900 - Rio Branco, AC - Brasil
 Telefone: (0068) 39012585
 URL da Homepage: [w.w.ufac.br](http://www.ufac.br)

Formação acadêmica/Titulação

- 2007** Doutorado em andamento em Mestrado/Doutorado Interinstitucional FSP/USP-UFAC .
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Implantação e Implementação da Política de Saúde e as Relações Intergovernamentais no Acre: De 1990 a 2008, *Orientador:* Fabíola Zioni.
Palavras-chave: Gestão; Saúde; Política; Governo; Negociação.
- 1993 - 1996** Mestrado em Antropologia (Conceito CAPES 4) .
 Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Brasil.
Título: Práticas Sociais de Saúde entre Seringueiros e Agricultores do Estado do Acre, *Ano de Obtenção:* 1996.
Orientador:  Prof. Dr. Russel Parry Scott.
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, . .
Palavras-chave: Práticas de saúde; Comunidade; Prevenção.
Grande área: Ciências Humanas / *Área:* Antropologia.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
- 1983 - 1986** Graduação em Enfermagem .
 Universidade Federal do Acre, UFAC, Brasil.

Atuação profissional

Faculdade Diocesana São José, FADISI, Brasil.

Vínculo institucional

2006 - Atual Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Professor, Carga horária: 20

Outras informações Ministra as disciplinas de Antropologia Cultural, Antropologia Filosófica e História da Igreja do Acre.

Atividades

01/2006 - Atual Ensino, Filosofia, Nível: Graduação.

Disciplinas ministradas
 História da Igreja do Acre
 Antropologia Cultural
 Antropologia Filosófica

Universidade Federal do Acre, UFAC, Brasil.

Vínculo institucional

1989 - Atual Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Professor Assistente, Carga horária: 40, Regime: Dedicção



Fabiola Zioni

É graduada em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (1973), possui títulos de mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1988/1994). Realizou pós-doutorado no Département de Sociologie da Université Victor Segalen, Bordeaux2, França. Atualmente é responsável pela disciplina de pós graduação Saúde e Sociedade na Faculdade de Saúde Pública- USP. É professora livre-docente da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Pública com ênfase em Sociologia da Saúde, trabalhando com os seguintes temas: participação política e políticas públicas, determinantes sociais da saúde, exclusão social, métodos de pesquisa social em saúde. É presidente da Comissão de Cultura e Extensão da FSP-USP desde 2006.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 05/05/2010

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/3865892368069931>



[Rede de Colaboração](#)



[Diretório de grupos de pesquisa](#)



[SciELO - artigos em texto completo](#)

Dados pessoais

Nome	Fabiola Zioni
Nome em citações bibliográficas	ZIONI, F.
Sexo	Feminino
Endereço profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública. Avenida Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira César 01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617757 Fax: (11) 30617757 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/Titulação

- 2005** Livre-docência.
Faculdade de Saúde Pública.
Título: Exclusão social: noção ou conceito, *Ano de obtenção:* 2005.
Palavras-chave: exclusão social; participação política; políticas públicas; Políticas Sociais; Sociologia da Saúde.
- 2005 - 2005** Pós-Doutorado .
Universidade Victor Segalen.
Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.
- 2001 - 2002** Pós-Doutorado .
Universidade Victor Segalen.
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, .
Grande área: Ciências Humanas / *Área:* Sociologia / *Subárea:* Fundamentos da Sociologia.
- 1989 - 1994** Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Pesquisa Participante: relato e avaliação de uma experiência, *Ano de Obtenção:* 1994.
Orientador: Aracy Witt de Pinho Spinola.
Palavras-chave: Movimentos Sociais; Participação popular; Pesquisa Participante.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva.
- 1980 - 1988** Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Mulheres e crianças primeiro. O carater da intervenção do estado no grupo materno-infantil da colonia ao milagre brasileiro, *Ano de Obtenção:* 1988.
Orientador: Arnaldo Augusto Franco de Siqueira.
Palavras-chave: Historia da Saúde Pública; políticas públicas; Políticas Sociais; Saúde Materno-Infantil; Sociologia da Saúde.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva.
- 1979 - 1979** Especialização em Curso de Especialização Em Saúde Pública Para Outr .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
- 1974 - 1974** Especialização em Educador em Saúde Pública .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
- 1969 - 1973** Graduação em Ciências Sociais .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)