

Este livro tem como origem duas inquietações centrais. A primeira diz respeito ao papel que a esfera estadual está desempenhando no atual modelo de descentralização e na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Como se dá hoje a atuação e o poder de intervenção das secretarias estaduais no contexto do Pacto pela Saúde? Quais são os principais desafios que coloca hoje a gestão estadual do SUS? Essas são perguntas em relação às quais buscamos respostas neste livro.

A segunda motivação desta obra nasce da carência de análises sobre o estado do Rio de Janeiro propriamente dito. Até que ponto o fato de ter sido, desde o Brasil colonial até o final da década de 1950, o coração político e administrativo do país não deixou como herança, no imaginário ‘carioca/fluminense’, uma preocupação prioritária com as questões nacionais, em detrimento dos problemas estaduais e regionais? Por isso, também buscamos neste livro colaborar para a compreensão dos problemas de gestão do SUS no estado do Rio de Janeiro. Que desafios as características particulares do sistema de saúde fluminense trazem para a gestão? Poderá essa singularidade do caso do estado do Rio de Janeiro ajudar a compreender outras realidades do país?

Acreditamos que a análise deste caso, pela complexidade e diversidade de situações político-institucionais e de oferta de serviços que o SUS fluminense contempla, pode contribuir para a compreensão e o enfrentamento de desafios que se colocam para outras realidades estaduais.

No que se refere à nossa primeira preocupação relativa ao papel da esfera estadual no SUS, sabe-se que, no início da década de 1990, com o advento da Norma Operacional Básica (NOB-91), a esfera estadual perdeu protagonismo na gestão do SUS, na medida em que, através dessa Norma, o Ministério retirava o caráter automático das transferências financeiras aos estados e passava a relacionar-se com eles fundamentalmente como meros prestadores de serviços e não como partícipes da gestão do SUS. É conhecido também que o papel

da esfera estadual de governo no sistema de saúde vem sendo resgatado, de forma lenta e progressiva, a partir da NOB-96, que introduziu distintas condições de gestão, dentre as quais a 'gestão plena do sistema estadual', retomando o processo de descentralização do SUS, ao conferir a estados e municípios nessa condição de gestão a autonomia para gerir o sistema de saúde como um todo, na sua esfera de governo; isto é, todas as ações relativas à proteção da saúde. Esse processo veio sendo aprofundado sucessivamente e culminou na instituição, em 2006, do Pacto pela Saúde, mediante o qual a política de saúde passa a ser pactuada entre os três níveis de governo.

Ainda assim, entendemos que permanece como desafio a enfrentar a fragilidade da esfera estadual na gestão do SUS, que tem origem em vários fatores e adquire especificidades em função da história político-institucional de cada unidade da federação. Assim, do ponto de vista do pacto federativo brasileiro, no primeiro capítulo são destacados alguns importantes elementos que podem ser explicativos dessa fragilidade. No plano mais geral do sistema político nacional, é apontada a longa tradição de poder local no país, que se expressa na peculiaridade que o sistema federativo brasileiro adquiriu com a Constituição de 1988 (CF88), comparativamente às demais federações existentes no mundo, de soberania partilhada por três esferas de governo, a partir da transformação dos municípios em entes federativos, com o mesmo *status* jurídico-constitucional que os estados e a União.

Um segundo elemento explicativo da fragilidade da esfera estadual ressaltado nesse mesmo capítulo se refere às condições de financiamento dos estados no pós-1988. A universalização da cobertura de serviços essenciais como os de saúde passou a exigir investimentos e um aumento geral de gastos públicos incompatíveis com o equilíbrio fiscal. Assim, foi necessário estabelecer formas para reapropriação, pela União, de recursos e controle sobre os gastos para evitar uma ampliação ainda maior da transferência de recursos a estados e municípios e das despesas públicas nesses níveis. Tais medidas incidiram nos orçamentos municipais e estaduais e no financiamento da saúde, a despeito da descentralização tributária. No entanto, os estados tiveram um impacto financeiro mais significativo, em virtude tanto de seu alto grau de endividamento quanto das formas de renegociação do estoque de suas dívidas promovidas pelo governo federal.

Ainda, como analisado no sexto capítulo, a tônica da reforma tributária introduzida no novo texto constitucional de 1988 foi principalmente a da descentralização da receita tributária – fundamentalmente através de transferências diretas e automáticas – e a do fortalecimento do município como esfera de governo. Assim, se por um lado a competência da arrecadação tributária manteve-se predominantemente na esfera federal (ainda que tenham aumentado as competências das esferas infranacionais) e os sistemas de partilha dos tributos através de transferências diretas e automáticas reforçaram a descentralização das receitas disponíveis; por outro, os municípios se tornaram entes federativos com competência tributária própria, e não mais apenas com capacidade tributária delegada pelo governo estadual.

Os estados também foram beneficiários de um aumento na sua participação da receita tributária da União, pelo incremento das transferências constitucionais diretas de tributos

federais, através do Fundo de Participação dos Estados, bem como pela elevação dos recursos do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), que passaram a ser redistribuídos àqueles estados que exportam produtos industriais. Entretanto, tendo em vista o aumento das transferências dos estados aos municípios, a disponibilidade final de recursos da esfera estadual de governo manteve-se praticamente igual (absorvendo em torno de 26% da arrecadação tributária global), sendo, portanto, os municípios os que mais ganharam com a reforma tributária. Ainda, como apontado nesse mesmo capítulo, esse favorecimento da esfera municipal na partilha tributária reflete uma descentralização muito identificada com a ‘municipalização’ das obrigações do Estado, que transferiu grande parte da responsabilidade de execução de políticas aos municípios, mas deixou os estados com funções mal definidas, de cunho ‘cooperativo’ com os demais entes da federação. É esse contexto político e econômico que explica o fato de o gasto público em saúde, até meados da década de 1990, ter sido marcado por uma forte centralização de seu financiamento em nível federal, a despeito da descentralização tributária introduzida pela Carta Constitucional de 1988.

Outra questão que merece a atenção de vários autores neste livro concerne à forte fragmentação e desorganização do sistema de saúde prevalente na maior parte do território brasileiro. Nessa realidade, um dos principais limites à atuação da esfera estadual diz respeito à sua ainda baixa capacidade de organização, coordenação e regulação de sistemas regionais de saúde. Esta é condição essencial para a superação dos graves problemas que, a despeito dos avanços do SUS, ainda persistem, especialmente no que se refere à não integralidade da atenção e à iniquidade no acesso aos serviços de saúde. Esses problemas extrapolam as fronteiras político-administrativas dos municípios. Conforma-se, assim, um cenário altamente exigente de capacidade de negociação, pactuação política e cooperação entre entes federativos autônomos e entre estes e a sociedade civil organizada. Nesse processo, os governos estaduais têm um importantíssimo papel a cumprir tanto em nível setorial como na interação entre distintos setores de intervenção, condição *sine qua non* para o desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas à promoção da saúde, como apontado no capítulo 13.

Central é também a problemática da regionalização, que está presente em vários capítulos deste livro, compreendendo a análise dos determinantes mais gerais das dificuldades encontradas (constrangimentos político-institucionais, financeiros, culturais), a discussão de casos ou problemáticas específicas que se manifestam como expressão das dificuldades de organização e coordenação de uma rede de serviços (como é o caso da crise dos serviços de emergência no Rio de Janeiro) e a formulação de propostas voltadas para o enfrentamento dos problemas (no campo da regulação do acesso, dos sistemas de informação e do investimento, por exemplo).

Outra questão importante diz respeito à tensão entre regionalização e descentralização da política de saúde. Como apontado no primeiro capítulo, a regionalização, traduzida pela necessidade de formar redes de atenção à saúde nos diversos espaços geográficos da federação, apresenta inúmeros conflitos com a diretriz da descentralização, tal qual realizada até aqui. De um lado, a regionalização pressupõe a complementariedade entre

elementos diversos (microrregiões, municípios etc.); de outro, a descentralização tem natureza finalística, não complementar, formando-se pela redistribuição de responsabilidades e recursos para um ente específico. No Brasil, houve uma dissociação entre a estratégia de descentralização e o projeto de regionalização logo no início de implantação do SUS. Ademais, as propostas de regionalização tiveram um início tardio, conformando-se após sucessivos ciclos de descentralização que tiveram como foco os milhares de municípios existentes. Por essas razões, a regionalização, ao evocar maior responsabilidade das instâncias estaduais, pode gerar a necessidade de revisão de acordos, desprovidos de racionalidade sistêmica, estabelecidos durante a descentralização, que vão de encontro a interesses já acomodados durante esse processo.

Para além da complexidade de regionalizar a oferta de serviços de saúde no contexto federativo brasileiro, com inúmeras atribuições compartilhadas entre os distintos entes governamentais, destaca-se ainda o desafio de considerar a grande diversidade de condições sociais, econômicas e culturais entre e no seio das unidades federadas. Nesse sentido, o segundo capítulo recorre a Milton Santos e a seu conceito de “território” para criticar o processo de desterritorialização das políticas públicas brasileiras, recuperando a denúncia formulada pelo autor sobre “o desinteresse pela noção de território na produção da política”. Essa característica tem conduzido a formulações de estratégias que propõem soluções padronizadas, como se possível fosse contemplar as necessidades da população ribeirinha da Amazônia e as da residente na área metropolitana de São Paulo ou do Rio de Janeiro num desenho único e uniforme de política, ignorando a especificidade das relações sociais produtoras do espaço. É necessário, portanto, segundo essas autoras, reconhecer, na formulação de políticas, a importância do “território” definido por Santos como espaço de existência e coexistência, onde relações de ordem objetiva se articulam com relações subjetivas, bem como relações verticais derivadas do poder hegemônico se imbricam com relações horizontais de coexistência e resistência.

Na área da saúde, a especificidade de cada território apenas começa a ser enfrentada, sob a forma de planos regionais diferenciados e de mecanismos de programação e partilha de recursos específicos para algumas situações regionais. Mas há muito que avançar para alcançar formas organizacionais e modelos de gestão capazes de promover o acesso e a qualidade da atenção adequados. Assim, tanto o estudioso que busca compreender melhor as especificidades das experiências nacionais de descentralização quanto o gestor governamental que protagoniza essas experiências necessitam desembaraçar a intrincada trama de interações econômicas, sociais e culturais que atravessam a dimensão político-institucional nos espaços de gestão pública.

Essa rede imbricada de interações introduz fortes entraves à regionalização e ao exercício da capacidade de regulação pelo governo estadual, que são apontados também nos capítulos 3, 4, 7 e 9. Enquanto os dois primeiros destacam os problemas relacionados ao processo de formulação de políticas de saúde e de controle social no SUS, os demais apresentam a materialização dessas dificuldades na precariedade da capacidade do estado de incorporar práticas de regulação dos fluxos assistenciais.

Ainda, como evidenciado no quarto capítulo, a realidade atual é paradoxal, dada a penetração de valores democráticos e universalistas na sociedade e, simultaneamente, a permanência de práticas clientelistas que se adaptaram à modernização capitalista vivenciada no país no século XXI se transformando em um dos instrumentos que permitiram essa modernização. Mais ainda, a ampliação do poder local promovida pela descentralização teria reforçado as práticas de uso privado do poder público.

Conformando essa realidade paradoxal, podemos destacar, ainda, a possibilidade da convivência dessas práticas do atraso e do baixo desempenho dos serviços de saúde (analisados nos capítulos 10, 11 e 12) com a modernização e o avanço na capacidade regulatória em alguns âmbitos específicos de atuação da esfera estadual – por exemplo, o da vigilância sanitária.

Nessa perspectiva, destaca-se então a importância dos estudos de caso para além da compreensão de suas singularidades. Ao tomarmos o Rio de Janeiro como caso para pensar a gestão estadual do sistema de saúde, com seus paradoxos e contradições, avanços e atrasos com relação à consolidação do SUS, o compreendemos como uma metonímia do país, que pode ajudar a pensar outras realidades estaduais no que diz respeito à gestão do sistema de saúde nessa esfera de governo.

Uma peculiaridade deste livro é que ele nasceu como iniciativa dos pesquisadores do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), que o conceberam coletivamente, ao longo de várias oficinas de trabalho. Entretanto, no processo de seu desenvolvimento, vários capítulos incorporaram a valiosa participação de colegas de outras instituições e departamentos desta Escola, no âmbito da cooperação entre a Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro e a referida Escola.

Vale mencionar desse modo a pluralidade de abordagens contidas nesta obra: por exemplo, uma mesma questão – a assistência hospitalar – é tratada a partir de métodos quantitativos e qualitativos em capítulos distintos, que denotam olhares completamente diferenciados sobre ela.

Assim, em “O pacto federativo brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS”, Luciana Dias de Lima, Cristiani Vieira Machado, Tatiana Vargas de Faria Baptista e Adelyne Maria Mendes Pereira trazem elementos para a discussão sobre o papel dos estados na política pública de saúde a partir da instituição do SUS, destacando as articulações existentes entre o modelo de intervenção do Estado, o pacto federativo brasileiro e a política setorial. São tratadas as mudanças no papel dos estados no período recente e sua repercussão no Brasil, enfatizando-se as alterações nas macrofunções estatais e suas implicações para a saúde. O capítulo aborda ainda as especificidades das organizações federativas, suas implicações para as políticas de saúde e discute os dilemas do arranjo federativo brasileiro e das mudanças observadas no pós-1988 para a atuação das esferas estaduais na saúde.

O segundo capítulo dialoga diretamente com o primeiro, tendo em vista que Patrícia Ribeiro e Elizabeth Barros se debruçam sobre a questão da coordenação intergovernamental do processo de regionalização do cuidado à saúde. As autoras destacam, por um lado, a

necessidade de se ancorar o processo de regionalização no contexto das relações federativas do Estado brasileiro, considerando tanto as relações financeiras como a estrutura político-institucional, na especificidade de cada território. Por outro lado, ressaltam a qualidade democrática do arranjo político-institucional como elemento que assegure efetividade às iniciativas intergovernamentais de gestão do espaço regional.

A seguir, Silvia Gerschman aborda a formulação e implementação da política de saúde nos anos recentes e na gestão atual, buscando compreender como o SUS foi incorporado à política e à gestão da saúde estadual. A autora traz à tona as peculiaridades da formação política do estado do Rio e a forma como tais peculiaridades repercutiram sobre a rede de serviços de saúde. Afirma que as trajetórias político-institucionais relacionadas à fusão e às políticas da máquina chaguista alimentaram infundáveis discussões a respeito de atribuições e responsabilidades das políticas públicas e dos serviços de atenção à comunidade correspondentes ao estado e ao município do Rio de Janeiro e uma permanente alusão à falta de recursos de ambas instâncias de governo. A autora chega à conclusão de que a implementação do SUS requer o que não existe até hoje: a integração entre município e estado.

Esta questão da repercussão da história da conformação do estado do Rio de Janeiro na gestão do SUS fluminense é retomada no capítulo “Conselhos de saúde do estado do Rio de Janeiro: complexidades e paradoxos do controle social”, no qual Maria Eliana Labra expõe a trajetória das mobilizações e lutas populares no Rio de Janeiro e reflete sobre o associativismo, em particular as associações de moradores, por considerá-las a via principal de representação dos usuários nos conselhos de saúde. Com relação especificamente à participação na saúde, Labra analisa a montagem da participação no SUS, dando ênfase aos aspectos normativos e institucionais, e examina em detalhe o funcionamento dos conselhos de saúde e do controle social em geral, enfocando os problemas que, segundo experiências internacionais, qualquer formato participativo enfrenta. Ainda este capítulo apresenta uma análise da participação e controle social da saúde no estado do Rio de Janeiro, compreendendo o Conselho Estadual de Saúde (CES) e os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), dando destaque ao segmento dos usuários e à influência das práticas clientelistas na configuração das representações nesse segmento e tomando como exemplo um estudo de caso realizado em um dos municípios do estado.

De autoria de Marismary Horsth De Seta, Sulamis Dain, Lenice Gnocchi da Costa Reis e Vera Lúcia Edais Pepe, o capítulo seguinte aborda a questão do papel da esfera estadual e das relações intergovernamentais, desta vez no âmbito da vigilância sanitária, como apontado no seu título: “A coordenação federativa na construção de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e no estado do Rio de Janeiro”. O capítulo procura responder a uma questão central: no contexto brasileiro, marcado por desigualdades entre estados e regiões, por heterogeneidade estrutural dos entes federativos e pelo papel residual da esfera estadual, é possível pensar em um papel diferenciado para essa esfera na construção do sistema nacional de vigilância sanitária?

Na tentativa de responder a essa indagação, dos quatro princípios básicos que orientam qualquer sistema federativo (autonomia, coordenação, cooperação e equilíbrio

estrutural), as autoras selecionaram como eixo explicativo o da coordenação, considerada por elas indispensável ao alcance da cooperação e à redução do desequilíbrio estrutural. E é a partir da coordenação federativa na perspectiva das esferas federal e estadual que se explora ao longo do texto a montagem do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e se faz uma aproximação ao estado do Rio de Janeiro e a seus municípios.

Em “O financiamento do SUS na esfera estadual de governo: o estado do Rio de Janeiro”, Maria Alicia D. Ugá, Silvia Marta Porto, Isabela Soares Santos e Francisco Viacava dialogam diretamente com os capítulos precedentes, tendo em vista que o texto aborda a questão do financiamento do SUS na esfera estadual de governo e o papel das transferências intergovernamentais – particularmente aquelas realizadas no âmbito da saúde – nas receitas do estado do Rio de Janeiro e nos municípios que o compõem.

Os autores ainda apresentam uma análise quantitativa elaborada a partir de microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 1998 e 2003, que permitem identificar o sistema de financiamento por meio do qual se deu a utilização de serviços de saúde no estado do Rio de Janeiro: se pelo SUS, financiado através de tributos; se através de planos de saúde e financiado por prêmios pagos por beneficiários e/ou seus empregadores; ou, finalmente, se mediante a compra direta de serviços (pagamento direto no ato da utilização de serviços). Destacam os autores que, apesar da ainda baixa participação do gasto estadual no financiamento do SUS, é inegável o aumento da participação do SUS no financiamento dos serviços utilizados no estado, principalmente em favor das populações de mais baixa renda.

Os três capítulos que seguem tratam de esferas ou objetos da gestão do SUS no âmbito estadual e, em particular, no estado do Rio de Janeiro: a gestão da informação, a gestão dos recursos humanos e a gestão de redes de serviços de saúde.

Assim, no capítulo intitulado “Ambiente de informação em saúde na gestão estadual do SUS”, Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes e Miguel Murat Vasconcellos discutem a dificuldade de implementação de práticas capazes de superar a fragmentação dos sistemas de informações em saúde, apesar dos avanços tecnológicos e de propostas de padronização existentes.

Os autores adotam o entendimento de que as ações de informação e suas tecnologias constituem um dos complexos dispositivos de Estado nas sociedades contemporâneas, com variadas repercussões nos modos de vida individuais e coletivos. Essa constatação fundamenta a adoção do processo de trabalho em saúde como o eixo nuclear do desenvolvimento e da implementação de novas práticas e saberes de informação e suas tecnologias. Assim, ao se debruçar sobre a informação produzida, gerida e disseminada pelo aparato estatal e considerada de interesse para a saúde, este capítulo identifica e analisa os problemas que dificultam a efetiva apropriação da informação e suas tecnologias como macrofunção estratégica direcionada para qualificar a gestão em saúde. Finalmente, propõe alternativas de superação que ampliem a capacidade de resposta do gestor frente dos desafios impostos pela sociedade em um Estado Democrático de Direito, comprometido com a melhoria equânime da saúde.

A seguir, no capítulo “Gestão do trabalho e da educação em saúde no âmbito estadual: o estado do Rio de Janeiro em foco”, Neuza Maria Nogueira Moysés, Marcia Teixeira, Maria Helena Machado, Eliane Oliveira, Antenor Amâncio Filho e Mônica Wermelinger destacam que, durante os últimos dez anos, assistimos a um conjunto de experiências que transformaram o modelo de incorporar e gerir o trabalho no campo da saúde. Tais experiências surgiram, segundo os autores, em um cenário de mudanças, em uma nova organização do trabalho, na qual um conjunto de técnicas, métodos e práticas gerenciais redefiniram substancialmente as relações de trabalho e se impõem como o padrão de gestão dominante.

Apontam os autores que em todo o mundo proliferaram propostas de reformulação das instituições públicas, e as mudanças no modelo de incorporação e gestão do trabalho ganharam lugar de destaque nas agendas de reforma do Estado. Esse contexto introduziu variáveis que romperam com o afastamento entre o setor público e o privado. Assim, as transformações nos padrões de relação de trabalho também alcançaram a esfera pública, introduzindo condições trabalhistas diferentes e, especialmente, modificando a gestão do trabalho no serviço público que, até pouco tempo, constituía um universo homogêneo e específico, com regras diferentes daquelas do setor privado, e cujas relações trabalhista-sustavam afastadas das regras do mercado. Este capítulo aborda essa problemática, com foco no estado do Rio de Janeiro.

Rosana Kuschnir, Adolfo Chorny, Anilka Medeiros Lima e Lira, Gilberto Sonoda e Tânia Maria Peixoto Fonseca, no capítulo intitulado “Regionalização no estado do Rio de Janeiro: o desafio de aumentar o acesso e diminuir desigualdades”, abordam a rede de serviços no estado fluminense e sua gestão. Destacam que um dos principais desafios nesse âmbito é o da construção da gestão dos territórios regionais, necessariamente englobando e articulando vários municípios e instituindo a responsabilização coletiva pela saúde de todos os habitantes da região e do estado. Para isso, o único caminho é a suspensão das fronteiras, a instituição dos mecanismos que possibilitem o planejamento conjunto – a ser utilizado como base da pactuação – e a operacionalização e acompanhamento do plano regional, direcionando nesse sentido o trabalho dos colegiados de gestão regional.

Os quatro capítulos seguintes tratam de níveis específicos de intervenção no cuidado à saúde: os três primeiros abordam a questão da assistência hospitalar no estado do Rio de Janeiro, por meio de análises quantitativas e qualitativas, ao passo que o quarto trata da promoção da saúde no SUS e de uma experiência específica no município do Rio de Janeiro.

Dessa forma, Mônica Martins, Margareth Crisóstomo Portella e Marina Ferreira de Noronha analisam, no capítulo seguinte, o desempenho hospitalar, por meio de uma avaliação do tempo de permanência e mortalidade entre os prestadores no estado do Rio. Ressaltam as autoras que a compreensão da noção de desempenho é importante tanto do ponto de vista teórico quanto do ponto de vista da gestão das organizações, e nesse contexto o desenvolvimento e o uso de indicadores de desempenho clínico para monitorar a qualidade da assistência ganham importância.

A avaliação do desempenho hospitalar apresentada neste capítulo se detém sobre duas dimensões da qualidade do cuidado prestado: a efetividade do cuidado e a eficiência



técnica da produção do cuidado. As autoras privilegiaram o exame de dois indicadores de desempenho clínico: a mortalidade hospitalar e o tempo de permanência, refletindo, respectivamente, a efetividade e a eficiência técnica dos cuidados aos pacientes. A proposta do estudo apresentado foi a de avaliar as variações no desempenho clínico dos hospitais, mensurado pela mortalidade e tempo de permanência, levando em conta diferenças nas características dos pacientes tratados. Para tal, o universo de estudo é composto por 191.282 hospitalizações decorrentes de problemas do aparelho circulatório financiadas pelo SUS no estado do Rio de Janeiro, ocorridas no período entre janeiro de 2003 e dezembro de 2004. As variáveis usadas para o ajuste dos indicadores de desempenho foram sexo, idade, diagnóstico principal e medidas de gravidade baseada em comorbidade. Os hospitais foram classificados quanto ao desempenho segundo a distribuição da razão de mortalidade e a diferença dos dias de permanência em percentil. Apesar das limitações associadas à qualidade das informações e ao tipo de abordagem considerada um *screening*, em termos de instrumentos gerenciais, as análises apresentadas claramente mostram seu potencial de descrever o desempenho dos serviços hospitalares e de auxiliar a tomada de decisão com vistas à correção de problemas na qualidade do cuidado hospitalar prestado no estado do Rio de Janeiro.

A questão da assistência hospitalar também é tratada no capítulo escrito por Gisele O´Dwyer, que discute a situação dos serviços de assistência às urgências e emergência no nosso estado, a partir de dois caminhos. No primeiro, apresenta as ações de regularização desse setor a partir das políticas propostas nos últimos anos pelo nível federal, como o QualiSUS, a Política Nacional de Atenção às Urgências (Pnau) e seu componente pré-hospitalar móvel, através de implantação da Rede Nacional Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) – 192. A autora descreve e faz uma análise do potencial regulatório e do conteúdo dessas políticas. Finalmente, particulariza o caso do estado do Rio de Janeiro usando material empírico de uma pesquisa realizada em 2005/2006, em trinta emergências hospitalares que compuseram uma amostra desses serviços no estado. A partir dos resultados dessa pesquisa, reflete sobre as causas referidas para a utilização indiscriminada das emergências hospitalares; sobre a carência de recursos humanos e estruturais; e principalmente sobre como se dá o relacionamento desses serviços com o resto da rede.

Em “Trabalho, sofrimento e crise nos hospitais de emergência do Rio de Janeiro”, Marilene de Castilho Sá e Creuza da Silva Azevedo, a partir de um estudo de caso sobre a produção do cuidado em um hospital de emergência da Secretaria Estadual de Saúde (SES), localizado no município do Rio de Janeiro, e de uma análise da prática gerencial, por meio da narrativa de diretores de hospitais públicos com emergência, também do município do Rio de Janeiro, apresentam um retrato em profundidade das questões apontadas no capítulo precedente, evidenciando como esses hospitais acabam funcionando como espaço privilegiado de manifestação dos efeitos perversos, resultantes da dificuldade de constituição e coordenação de uma rede pública de serviços de saúde que garanta o acesso a todos os níveis de assistência e também dos processos de exclusão social, de violência e de banalização do sofrimento alheio que se intensificam em nossa sociedade.

A partir de perspectivas teóricas relativamente novas para o campo da gestão em saúde – a psicossociologia francesa, a teoria psicanalítica sobre os processos intersubjetivos e grupais e a psicodinâmica do trabalho –, as autoras discutem os efeitos do que denominam “enormidade da demanda”, que bate à porta de um hospital de emergência no Rio de Janeiro, e o desamparo que ali se verifica, como também o imaginário organizacional e os processos de trabalho envolvidos no serviço de emergência e na gestão do hospital, seus dilemas, fontes de sofrimento e suas consequências sobre a qualidade do cuidado. Por fim, tratam dos limites e possibilidades que o contexto de ‘crise’, simultaneamente aguda e crônica, vivido nos hospitais de emergência do município do Rio de Janeiro, o domínio da urgência e o imaginário que aí se origina trazem para as possibilidades de gestão e de aposta na mudança organizacional.

No penúltimo capítulo, intitulado “Abordagem avaliativa de uma experiência de promoção da saúde no Rio de Janeiro”, Maria de Fátima Lobato Tavares, Antônio Ivo de Carvalho e Regina Bodstein analisam as estratégias de promoção da saúde no Brasil que, segundo os autores, propõem mudanças em pelo menos três âmbitos: do sistema de atenção à saúde; da gestão e desenvolvimento local; e da formulação de políticas e diretrizes gerais para o de desenvolvimento sustentável e com qualidade de vida.

Os autores destacam que, para a compreensão das iniciativas participativas e de base comunitária, tal como as intervenções propostas para a melhoria da saúde e da qualidade de vida, modelos abrangentes e reflexivos em relação ao contexto social são fundamentais, pois articulam simultaneamente várias estratégias voltadas para promoção da saúde de uma população definida e têm como ponto de partida o diálogo e colaboração entre diversos setores governamentais e representantes da sociedade civil. A convergência entre as propostas, a interdisciplinaridade das ações, a intersectorialidade, bem como a colaboração e o interesse da população são considerados elementos-chave. O capítulo aborda a continuação, modelos de avaliação de programas de promoção da saúde e toma como estudo de caso o programa Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (Dlis/Manguinhos), do qual decorrem interessantes resultados.

O livro termina com o capítulo “A distribuição das necessidades de saúde e da oferta na atenção primária no estado do Rio de Janeiro: uma contribuição para a identificação de prioridades de investimento”, no qual Sílvio Ferreira Júnior, Sílvia Marta Porto e Maria Alicia D. Ugá apresentam uma proposta de construção de um critério equitativo de hierarquização dos municípios do estado do Rio de Janeiro como forma de estabelecer localidades prioritárias quanto ao recebimento de investimentos para a atenção primária, levando em conta as necessidades de saúde e a oferta preexistente em cada localidade.

Salientam os autores que o critério de priorização geográfica dos investimentos na atenção primária contido na proposta que elaboraram é orientado pelo ‘princípio da equidade’, de modo que as localidades eleitas como prioritárias não foram necessariamente aquelas com menor oferta de serviços de saúde, ou mesmo aquelas com maiores necessidades de saúde (o que representaria a aplicação do ‘princípio da igualdade’), quando considerados isoladamente. De outra forma, a proposta prioriza aquelas localidades que apresentam

os maiores valores dentre as respectivas razões entre o índice de necessidades de saúde e o índice de oferta na atenção primária. Dessa forma, este tipo de trabalho pode ser um valioso subsídio nos processos de elaboração dos planos diretores de investimento (PDI) e de regionalização (PDR) do estado do Rio de Janeiro e das demais unidades federativas, tornando-os reais instrumentos de uma alocação equitativa de recursos para investimentos.

Esperamos que este livro traga, de fato, uma contribuição para a discussão da gestão do SUS no âmbito estadual e, em particular, no estado do Rio de Janeiro, entendendo que da análise de sua singularidade podem ser extraídos elementos que ajudem a compreender também outras realidades estaduais.

Desejamos a todos uma boa leitura!

*Os Organizadores*