

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

*Este exemplar  
corresponde ao ori-  
ginal da tese de  
Franklin de Oliveira em  
04-09-95 e orientada pelo Prof.  
Dr. Carlos Alonso Barbosa de Oliveira  
C.F.G. 04-09-95.*

**OS DILEMAS DA MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DE UMA  
REGIÃO METROPOLITANA: O CASO DE CAMPINAS**

**ANA MARIA FRANKLIN DE OLIVEIRA**

Tese de doutoramento apresentada  
ao Instituto de Economia da  
Universidade de Campinas, sob  
orientação do Prof. Carlos Alonso  
Barbosa

**INSTITUTO DE ECONOMIA**

**Julho - 1995**

**OL4d**

**25870/BC**

**INSTITUTO DE ECONOMIA**

C.M.00077417-9

UNIDADE	SC
Nº CHAMADA	T/UNICAMP
	OL4d
V.	FL.
COD.	25810
PREÇO	433,95
	0   0   0   0
PREÇO	R\$ 433,95
DATA	06/10/95
Nº CPD	

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO  
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO/IE/UNICAMP

OL4d Oliveira, Ana Maria Franklin de  
Os dilemas da municipalização da saúde no contexto de uma  
região metropolitana : o caso de Campinas / Ana Maria Franklin de  
Oliveira. - Campinas, SP : [s.n.], 1995.  
194p.

Orientador : Carlos Alonso Barbosa de Oliveira  
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas.  
Instituto de Economia.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Política de saúde - Campinas,  
~~região metropolitana de~~ (SP). 3. Saúde pública. I. Oliveira, Carlos  
Alonso Barbosa de. II. Universidade Estadual de Campinas.  
Instituto de Economia. III. Título. *↳ Campinas (SP)*

Aos meus pais Jair e Jacyra  
e aos meus filhos Joana e Pedro

## AGRADECIMENTOS:

Agradeço inicialmente o apoio de meu marido Mário Cardoso de Araújo, de Willian Sodré, Waldir Quadros, Guilherme Toledo e, particularmente de Geraldo Giovanni e Eduardo de M. Kertéz pela concretização da idéia desse doutorado.

O trabalho aqui apresentado tem início com a minha ida para a EMPLASA /SPG, a convite de Lauro Ferraz e Cecília Crissiúma, com o objetivo de desenvolver um mapeamento sócio econômico da futura região metropolitana de Campinas. O extenso banco de dados montado e vários dos trabalhos ali produzidos teceram o pano de fundo sobre o qual essa pesquisa se desenvolveu.

Em meio a tanto trabalho, viagens cotidianas a São Paulo e filhos pequenos, a realização dessa tese parecia encantada.. Desencantou sob a magia de três fadas madrinhas: Sônia Resende, que me ajudou a direcionar as energias criativas nesse sentido, Liana Maria Aureliano, que num voto de confiança, criou as condições institucionais necessárias a sua viabilização e Ana Luiza Viana, que, além de "continência intelectual", inspirou algumas das idéias centrais desse trabalho.

Contou ainda com o apoio estratégico de meu orientador Carlos Alonso Barbosa e de Rui Graziera, então presidente da EMPLASA, que empenharam seus nomes em confiança à minha empreitada. E de Otaviano Canuto, que impediu que eu "morresse na praia", depois de tanto nado.

A realização desse trabalho foi também fruto de uma rede de apoios, consubstanciada por amigos espalhados por várias instituições públicas, dentre os quais cito: Eduardo Fagnani, Sérgio Cerqueira e Pedro L.B. Silva (Fundap/ IESP), Maria de Fátima Araújo (F. SEADE), Maria Célia Caiado (EMPLASA), Marta Azenha e Cecília G. Leite (Secretaria Municipal de Saúde de Campinas), Solange L'Abbate (FCM/UNICAMP) e Áquila Mendes (CEPAM).

Agradeço ainda aos dirigentes e técnicos dessas instituições e de outras como: ERSA-27, NEPP/UNICAMP, Secretaria Estadual de Saúde e Prefeituras Municipais da Região de Campinas (Secretarias de Saúde e de Finanças), pelo acesso aos dados e informações necessários ao desenvolvimento desse trabalho. Agradeço particularmente as informações e entrevistas concedidas por Carmem Lavras, Nelson R. dos Santos, Rober Heten e Domênico Felicciello.

Finalmente agradeço apoio logístico recebido de Cesar dos Santos, Key, Rafael Pires Pinto e Josevaldo B. dos Santos e o esforço de revisão empreendido por Célia Toledo, Mário C. de Araújo e Maria Laura Pola.

**CAPÍTULO IV - O CRESCIMENTO DOS GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE NA REGIÃO DE CAMPINAS**

**4.1. O FORTALECIMENTO FINANCEIRO DOS MUNICÍPIOS**

4.1.1. Considerações sobre o Impacto das Reformas Constitucionais de 1988 nas Finanças Públicas.....105

4.1.2. O fortalecimento financeiro dos Municípios da região de Campinas.....109

**4.2 O AUMENTO DOS GASTOS SOCIAIS E DOS GASTOS COM SAÚDE E SANEAMENTO NA REGIÃO DE CAMPINAS NO PERÍODO PÓS REFORMA CONSTITUCIONAL**

4.2.1. Introdução.....112

4.2.2. O crescimento dos gastos sociais no Brasil.....113

4.2.3. O crescimento dos gastos sociais e dos gastos com a função "saúde e saneamento" nos municípios da região de Campinas.....114

**4.3 O AUMENTO DOS GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE NO PERÍODO RECENTE**

4.3.1 A crise de financiamento da saúde no âmbito da Seguridade Social.....116

4.3.2 A retração dos gastos com saúde nas esferas federal e estadual após 1990

4.3.2.1. A evolução dos gastos com saúde federais.....121

4.3.2.2. A evolução dos gastos com saúde no Estado de São Paulo ..... 122

4.3.3 O crescimento dos gastos líquidos municipais com saúde na RMC.....125

4.3.4. O crescimento dos gastos municipais líquidos com saúde no município-sede.....129

4.3.5 A mudança na composição dos recursos gastos com saúde entre as três esferas de governo na região de Campinas (ERSA-27).....131

**CAPÍTULO V - A AUSÊNCIA DE REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA  
REGIÃO DE CAMPINAS**

5.1 INTRODUÇÃO.....	135
5.2. DIAGNÓSTICO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS RELATIVOS À FALTA DE ORGANIZAÇÃO REGIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA REGIÃO DE CAMPINAS.....	136
5.3. PRINCIPAIS FLUXOS INTERMUNICIPAIS NA ÁREA DA SAÚDE.....	145
5.4. O ESVAZIAMENTO DO PROJETO DE REGIONALIZAÇÃO DA SES E DOS ERSAS REGIONAIS.....	149
5.5. AUTONOMIZAÇÃO MUNICIPAL X REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	155
5.6. PRINCIPAIS CONFLITOS E LIMITES DA ATUAÇÃO MUNICIPAL NA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS DE ÂMBITO REGIONAL.....	163
VI-CONCLUSÕES.....	168

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**ANEXO I**

**ANEXO II**

## INDÍCE

INTRODUÇÃO.....	6
<b>CAPÍTULO I- A CONFIGURAÇÃO DA "REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS" (RMC):</b>	
1.1. INTRODUÇÃO	
1.1.1. A Evolução Econômica da RMC.....	10
1.1.2. O Desenvolvimento Industrial.....	12
1.1.3. O Desenvolvimento da Agropecuária.....	16
1.1.4. O Desenvolvimento do Setor Terciário.....	18
1.2.- A EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA RECENTE.....	20
1.3.- A CONSTITUIÇÃO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS (RMC)	
1.3.1. O adensamento populacional e a conurbação dos municípios da RMC.....	21
1.3.2. A densidade da interdependência econômica entre o município-sede e os demais.....	24
1.4.- OS PRINCIPAIS PROBLEMAS METROPOLITANOS.....	26
1.5.- O ENCAMINHAMENTO DE SOLUÇÕES REGIONAIS.....	30
1.6.-AS PRINCIPAIS PROPOSTAS E PROJETOS METROPOLITANOS.....	33
<b>CAPÍTULO II- A REFORMA SANITÁRIA DOS ANOS 80 E AS TRANSFORMAÇÕES NO SISTEMA DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO</b>	
2.1..A REFORMA SANITÁRIA DOS ANOS 80 - NOVOS ARCABOUÇOS INSTITUCIONAIS.....	39
2.2. AS TRANSFORMAÇÕES NA ÁREA DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO NA DÉCADA DE 80.....	54
2.2.1. Reformas Administrativas.....	56
2.2.2. Modelo Assistencial.....	59

2.3. AS DIFERENTES ETAPAS DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO

2.3.1. Introdução.....	60
2.3.2. Periodização.....	61
2.3.2.1. A Busca de Alternativas Municipais e o Movimento Municipalista da Saúde.....	62
2.3.2.2. A Municipalização no Contexto das AIS.....	66
2.3.2.3. A Municipalização no Contexto do SUDS.....	67
2.3.2.4. A Municipalização no Contexto do SUS	68
2.3.2.5. A Municipalização no Contexto da "Recentralização".	70

CAPÍTULO III - O PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS

3.1. O PIONEIRISMO DE ALGUNS MUNICÍPIOS DA REGIÃO NA ORGANIZAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE.....	74
3.1.1. As etapas do processo de municipalização no município-sede:	
3.1.1.1. A busca de alternativas para a organização dos serviços de saúde em Campinas (1977-83).....	75
3.1.1.2. A integração interinstitucional (1983-87).....	77
3.1.1.3. A implantação do SUS (1988-93).....	78
3.2. A EVOLUÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA (REDE FÍSICA) DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE NA RMC.	
3.2.1. A evolução da capacidade ambulatorial.....	83
3.2.2. A evolução da capacidade da rede hospitalar.....	85
3.3. A EXPANSÃO DOS RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS NA RMC.....	91
3.4. A EXPANSÃO NA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA RMC.	
3.4.1. A expansão da produção de consultas ambulatoriais.....	94
3.4.2. A expansão da produção de internações hospitalares.....	99

## INTRODUÇÃO

Esse trabalho foi desenvolvido na esperança de que os princípios constitucionais, que apontam para a democratização, descentralização e, maior controle social das políticas públicas venham a ser conquistados e implementados na prática cotidiana das instituições brasileiras. Esperança também de contribuir com a discussão sobre os avanços e limites do processo de descentralização da política de saúde, através da implantação do Sistema Único de Saúde.

Aqui tratamos alguns temas, como os avanços da municipalização da política de saúde; as dificuldades da máquina estatal de se adaptar aos novos papéis exigidos pelo redesenho do sistema de saúde; as indefinições e falta de garantias de financiamento do SUS; o aumento dos gastos municipais com as funções sociais, particularmente com saúde; os limites da atuação municipal num contexto metropolitano e, finalmente; a falta de integração entre as propostas setoriais e os projetos de regionalização do Estado.

Alguns desses temas compõem o pano de fundo sobre o qual o estudo de caso da região de Campinas vai sendo tecido, como acontece com os dois primeiros capítulos. No Cap I mostramos a conformação da Região Metropolitana de Campinas (RMC), seus principais problemas de âmbito supra municipal e as tentativas de equacionamento conjunto, por parte dos municípios. No Cap II discutimos as transformações na política de saúde na década de 80 e início dos 90, evidenciando as mudanças nos arcabouços institucionais, a nível nacional. Traçamos também um rápido painel das reformas administrativas e da introdução de novos modelos de prestação de assistência, que fizeram com que o Estado de São Paulo fosse pioneiro no processo de descentralização / municipalização da saúde.

Este foi o cenário sobre o qual se desenvolveram os temas centrais desse estudo: os avanços da atuação municipal no campo da saúde (Cap III), evidenciando o crescente comprometimento de recursos dessas esferas, vis à vis ao descomprometimento das demais (Cap IV). Também se evidencia uma clara preocupação com os limites da atuação municipal, particularmente no que se refere a contextos metropolitanos, nos quais os fluxos intermunicipais inviabilizam uma política municipalista "stritu sensu". Ligado a esse tema, discute-se a necessidade de promoção da regionalização do SUS no Estado, sob o risco de que este se inviabilize, nos moldes em que foi concebido pela Constituição (Cap V).

Em resumo, a tese aqui defendida busca alertar para o fato de que, à despeito do enorme avanço que vem significando a municipalização da saúde, há claros limites a uma atuação municipal balizada em uma perspectiva estritamente municipalista, que aqui denominamos "modelo municipalista de assistência à saúde". Esses limites são mais explícitos no contexto metropolitano, objeto de nosso estudo de caso.

Acreditamos ainda que, à despeito das possibilidades de livre associação dos municípios, através de consórcios e/ou, outras formas associativas, é de fundamental importância o papel dos Estados, na estruturação da regionalização. Porque a regionalização é um processo que não pode ser efetivado apenas de uma perspectiva municipal e/ou setorial. A regionalização envolve, a nosso ver, uma reestruturação mais geral, da estrutura decisória regional. Isto nos faz crer na importância de uma ação coordenada entre os níveis estadual e municipal que, embora possa resultar em diferentes formatos institucionais e, graus de participação decisória, entre as instâncias envolvidas, devem, necessariamente, compor arenas decisórias de âmbito regional mais democráticas.

Nesse sentido, este trabalho chama a atenção para o crescente nível de autonomia municipal, no campo da saúde, na região estudada, garantida pelo intenso comprometimento de recursos do orçamento municipal, particularmente no período pós constitucional. Tal fato trouxe importantes dilemas para o processo de municipalização, que vem se aprofundando, sem a observação de uma

lógica regional. Isso torna os resultados da ação governamental menos eficientes, à medida que a desestruturação regional do sistema tem induzido a fortes distorções no modelo de assistência prestado. A ausência de regionalização no SUS permite que a população construa seu próprio caminho, num trajeto descontínuo e cheio de desperdícios, que tem levado à saturação os equipamentos mais complexos. Esses acabam resolvendo casos de complexidade primária e secundária que, deveriam ser resolvidos no âmbito dos próprios municípios.

Ou seja, sem a regionalização, os sistemas municipais de saúde correm o risco de continuar desaguando nos equipamentos de complexidade terciária, como os hospitais universitários, um intenso fluxo de casos menos complexos. Isso significa uma verdadeira drenagem de recursos de todas as esferas de governo, para o "ralo" da irracionalidade do SUS. Tais recursos poderiam ser empregados na racionalização e melhoria do sistema de saúde, apoiando os municípios na estruturação de um sistema de saúde que apresentasse maior nível de resolutividade.

A regionalização e a constituição das instâncias decisórias de âmbito regional são de importância vital para o SUS. Podem propiciar maior racionalidade e, conseqüentemente, uma economia brutal de recursos. Trata-se, em primeiro lugar, do reconhecimento de que a municipalização foi o maior avanço da política de saúde, nas últimas décadas. Mas que, se ela não for secundada por um processo de regionalização, acabará por perpetuar e/ou gerar novas distorções na estrutura de serviços de saúde existente.

Acreditamos também que são fundamentais as iniciativas municipais no sentido de efetivarem um consorciamento, com vistas à regionalização do sistema de saúde. No entanto, o Estado deve participar desse processo, cabendo-lhe o papel de articulador das prioridades entre os diversos setores, municípios e regiões.

## I A CONFIGURAÇÃO DA "REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS"<sup>1</sup> (RMC) :

---

<sup>1</sup> A definição territorial adotada nesse estudo, tem como referência a região de Campinas delimitada no estudo "Desenvolvimento Regional e Ordenamento Territorial", elaborado pela EMPLASA em 1990. Os municípios que a compõe são: Americana, Artur Nogueira, Campinas, Cosmópolis, Engenheiro Coelho, Holambra, Hortolândia, Indaiatuba, Jaguariúna, Monte-Mor, Nova Odessa, Paulínia, Pedreira, Santa Bárbara D'Oeste, Santo Antonio da Posse, Sumaré, Valinhos e Vinhedo. Para os municípios de Engenheiro Coelho, Holambra e Hortolândia, emancipados em dezembro/1991, só se encontram disponíveis dados relativos à população e área, estando os dados sócio-econômicos referentes aos mesmos, agregados aos seus municípios de origem.

## **1.1. INTRODUÇÃO**

**1.1.1. A Evolução Econômica da RMC**

**1.1.2. O Desenvolvimento Industrial**

**1.1.3. O Desenvolvimento da Agropecuária**

**1.1.4. O Desenvolvimento do Setor Terciário**

**1.2.- A EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA RECENTE**

**1.3.-A CONSTITUIÇÃO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS**

**1.4.- DIAGNÓSTICO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS METROPOLITANOS**

**1.5.- O ENCAMINHAMENTO DE SOLUÇÕES DE ÂMBITO REGIONAL**

**1.6.-AS PRINCIPAIS PROPOSTAS E PROJETOS METROPOLITANOS**

## 1.1. INTRODUÇÃO:

### 1.1.1. A Evolução Econômica Da Região De Campinas

O processo de urbanização e desenvolvimento, capitalista na Região de Campinas teve como base a expansão da economia cafeeira na região<sup>2</sup>. A partir de meados do séc. XIX, partiam do município as duas principais ferrovias do café (a CIA Mojiana e a CIA Paulista), induzindo a instalação das primeiras indústrias de máquinas e equipamentos de beneficiamento (CIA Machardy, CIA Lidgerwood). Até o final do século, o município de Campinas foi, não só o maior produtor de café do Estado, mas também serviu como uma das principais bases do processo de expansão da economia cafeeira para o interior do Estado. A dinâmica da economia cafeeira estruturou na região uma economia com grau relativamente avançado de relações mercantis de produção e diferenciação na divisão social do trabalho. Paralelamente à grande propriedade cafeeira e ao desenvolvimento das atividades urbanas a ela ligado (comércio atacadista, indústrias, comércio varejista e serviços), estabeleciam-se pequenas e médias propriedades, de produção diversificada, voltadas para o nascente mercado urbano e para o mercado rural em expansão.

Com a crise cafeeira, no início do sec. XX, esse processo ganha impulso, originando os "núcleos coloniais", que deram origem aos futuros municípios da região, como Americana, Nova Odessa, Cosmópolis e Arthur Nogueira. Campinas, até o final do século, rivalizava com a Capital no tamanho populacional e na centralização das atividades urbanas do complexo cafeeiro.

Essa "herança cafeeira" explica a rápida reciclagem da economia regional após a crise de 1929 / 30. No final da década, 70% dos cafezais haviam sido erradicados e, em seu lugar, a agricultura regional especializara-se em culturas industrializáveis / exportáveis e em produtos destinados ao mercado urbano de maior poder aquisitivo. Apesar do inegável dinamismo da agricultura, já nas décadas de 30/40, as atividades urbanas afirmavam-se como as mais importantes no município. A mudança do padrão de acumulação, com o deslocamento do eixo dinâmico, agora voltado para o mercado interno, estimulou o desenvolvimento dos setores secundário e terciário.

A região de Campinas foi capaz de responder aos estímulos desse novo padrão de acumulação. A posição privilegiada do município, como importante entroncamento de transportes e comunicações e, como polo urbano, em relação ao interior do Estado, permitiu-lhe articular-se com o processo de ocupação territorial que prosseguia no Oeste, agora baseado também na expansão do algodão, culturas alimentares e pecuária. A indústria local também se expandia, apoiada na base anteriormente implantada e o município passou a sediar o maior parque de beneficiamento de algodão de São Paulo, constituindo-se no segundo parque fabril do Estado. No pós guerra e, sobretudo, com as inversões do Plano de Metas, o processo de industrialização no Estado de São Paulo deu um salto.

Entretanto, esse novo momento da industrialização (industrialização pesada) representou forte descontinuidade em relação ao processo anteriormente em curso, com a implantação de grandes estabelecimentos produtores de bens de consumo duráveis, intermediários e de capital, que alteraram o perfil da indústria paulista. Com a implantação dos novos setores e grandes empresas concentrados na Capital, o interior do Estado perdeu posição relativa no total da produção industrial. Mesmo assim, Campinas atraiu um número significativo de grandes estabelecimentos,

<sup>2</sup> Os dados sobre a evolução econômica da região de Campinas foram extraídos da Pesquisa "Explosão Urbana e Regional Demandas Sociais no Estado de São Paulo: 1970-1985 Convênio SPG/FECAMP -Vol II - Rel. Final-1988

umentando sua ponderação no total do valor de produção do interior ( de 27% em 1950 para 31% em 1960). Desta forma, o município conseguiu engajar-se no processo de industrialização pesada, atraindo indústrias nos ramos da metal mecânica, química, papel e papelão, borracha, etc. Em 1960, os setores de bens de consumo duráveis, intermediários e de capital já eram predominantes na estrutura industrial local e iriam liderar a expansão nas décadas seguintes.

Embora Campinas, desde a década de 40, se constitua na segunda região industrial do Estado, é na década de 70 que sua economia vivencia um verdadeiro "boom", passando a configurar-se, em meados da década, na terceira zona industrial brasileira, superada apenas por São Paulo e Rio de Janeiro. Durante a década de 70 deslocaram-se para Campinas e entorno imediato, importantes plantas industriais de autopeças, de componentes para a produção automobilística, indústrias do setor mecânico, de material elétrico e de borracha. Instalou-se também a Refinaria do Planalto, da Petrobrás, configurando-se, a partir daí, importante polo petroquímico. Uma característica importante dessa etapa do crescimento industrial, foi que ele se fez com a presença dominante de grandes estabelecimentos dos ramos industriais mais dinâmicos.

Os novos investimentos, direcionados para o aumento da capacidade produtiva, sancionaram a mudança no padrão de distribuição espacial da atividade econômica. A Região Administrativa de Campinas cresceu, na década de 70, a taxas de 27.7% a.a., alcançando maiores participações relativas em relação a produção estadual.

Os determinantes maiores desse rápido crescimento industrial do interior paulista, na década de 70 e, nos anos iniciais da de 80, conforme enfatiza trabalho do Núcleo de Estudos Sociais Urbanos e Regionais (NESUR / UNICAMP)<sup>3</sup>, estiveram assentados, não apenas na herança histórica do interior e, no surgimento de "deseconomias" de aglomeração na metrópole, mas também foram consequência da ação governamental. Além dos gastos em infra-estrutura, destacam-se os investimentos diretos no setor produtivo estatal (petroquímica e siderurgia, principalmente) e os estímulos da política econômica, expressos tanto no pró álcool, como nos demais segmentos da agroindústria ou das exportações de manufaturados. Tais ações do estado abriram alternativas novas no interior, pelo próprio desdobramento das ações setoriais do governo. A nova redistribuição, ocorria, entretanto, sem regressão das antigas áreas industrializadas, mas com acelerado crescimento das fronteiras agroindustriais e mineral e/ou pela emergência de novas áreas de expansão da produção industrial no entorno das áreas metropolitanas.

No primeiro quinquênio da década, com o aprofundamento do processo de interiorização do desenvolvimento, a Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) perdeu peso relativo no contexto do estado. Enquanto em 1980 respondia por 63% do valor da transformação industrial (VTI), em 85 passou a responder por 57%. Concomitante, observou-se um aumento da participação relativa da Região de Governo de Campinas<sup>4</sup>, de 12% (1980) para 13% (1985) no VTI industrial paulista (Tabela e Gráfico 1).

A Região Metropolitana de Campinas (RMC), nesse período, elevou sua participação relativa no contexto estadual, no VTI (de 8.9% para 9.7%), no pessoal ocupado na indústria (PO), de 6% para 6.6% e, no valor de produção (VP), de 8.6% para 10.1%. Os dados desagregados por municípios, apontam para uma concentração industrial em Campinas, Americana e nos municípios do entorno, destacando-se Indaiatuba, Paulínia, Santa Bárbara D'Oeste, Sumaré, Valinhos e Vinhedo. ( Tabela 2 ).

<sup>3</sup> "A nova realidade da indústria paulista: subsídios para a política regional do Estado de São Paulo" Convênio SEADE/FECAMP-Relatório final maio/1994

<sup>4</sup> Os municípios que compõe a região de Governo de Campinas são aqueles considerados neste estudo como Região Metropolitana, mais os municípios de Mogi Mirim, Mogi-Guaçu e Itapira.

Em relação à estrutura industrial, a região de Campinas apresentava, em meados dos anos 80, uma estrutura bastante diversificada, com a presença de importantes estabelecimentos da indústria mecânica, química, de material de transporte, de papel e de celulose, entre outros, concentradas em Campinas, Sumaré, Valinhos e Santa Bárbara D'Oeste. Destacam-se o polo petroquímico de Paulínia, o parque têxtil de Americana (que se estende por Santa Bárbara D'Oeste e Nova Odessa) e importantes indústrias de bens intermediários (papel e papelão e química). Destaca-se também na região, a implantação de um polo de indústrias de alta tecnologia, na área de informática, micro-eletrônica, telecomunicações e química fina, "alavancado", entre outros fatores, pela presença de duas universidades (UNICAMP e PUCC) e de diversos institutos de pesquisa.

Quanto à estrutura do emprego por setor de atividade, dados relativos à 1988<sup>5</sup> evidenciam que na região de Campinas, da mesma forma que na RMSP e, na Baixada Santista, o setor agrícola perdeu expressão como gerador direto de emprego. O setor industrial na RMC concentrava 49.3% do total de empregos, percentual bastante superior ao encontrado na região de Santos (21.4%), ou de São Paulo (38.2%). O setor terciário na RMSP e, na Baixada Santista, surge como principal núcleo gerador de empregos, enquanto na RMC, o comércio representou 12.5% e os serviços 23.9%.

Conclui-se, portanto, que há um perfil ocupacional bastante diferenciado entre as três metrópoles paulistas, sendo que a Região de Campinas destaca-se pela concentração da atividade industrial, ao contrário das demais, em que o setor terciário é preponderante na geração de postos de trabalho<sup>6</sup>.

Os dados relativos à População Economicamente Ativa (PEA), só encontram-se disponíveis para a década de 70. Em 1970, 14,% da PEA da RMC estava ocupada no setor primário, 40% no setor secundário e 46% no setor terciário. Já em 1980, a PEA secundária e terciária aumentaram sua participação relativa para 46.4%. cada, em detrimento da PEA primária, que decresceu e perdeu participação relativa (6.4%).(Tabela 3)

Em praticamente todos os municípios da região, havia em 1980, um predominância da PEA industrial, com exceção dos municípios de Campinas e Jaguariúna, onde a PEA terciária apresentava os maiores percentuais no total municipal (Tabela 3). Do total da PEA terciária da região 72,40% (1970) estava ocupada no município-sede. Em 1980, este percentual caiu para 66,03%, o que evidencia uma tendência de desconcentração regional da PEA no setor terciário.

Na maioria dos municípios da região, a taxa de crescimento anual da PEA ocupada no setor primário (no período 1980/70) foi negativa, sendo significativa apenas para alguns municípios, como: Sumaré (4,18%), Nova Odessa (3,59%) e Arthur Nogueira (2,43%). No que diz respeito ao crescimento da PEA secundária e terciária, cresceram, no período, 9.10% e 7.58% a.a. respectivamente (Tabela 4).

### 1.1.3. O Desenvolvimento Industrial

A década de 80 ficou conhecida como a década perdida. Isto foi particularmente verdadeiro para a indústria de transformação brasileira que, apresentou uma taxa de crescimento anual de 0.8%.

<sup>5</sup> Fonte Sumário de Dados/ EMPLASA-1990-92

<sup>6</sup> Fonte: "Notas sobre o processo de metropolização da economia paulista" Waldomiro Pecht-mimeo-EMPLASA-1993

A crise no setor industrial manifestou-se mais fortemente na indústria paulista. A segunda metade dos anos 80 e início dos 90, foi marcada pela estagnação do investimento na ampliação da capacidade produtiva. Isto fez com que, na sua essência, a estrutura industrial de São Paulo fosse a mesma do início dos 80 e, portanto, uma herança dos ciclos de crescimento anteriores. Entretanto, não se pode dizer que a indústria não tenha passado por uma série de transformações.

As transformações na indústria paulista foram impulsionadas, na maioria das vezes, por uma adaptação das empresas às orientações de curto prazo da política econômica: o coeficiente de exportação da indústria de transformação elevou-se; o nível de emprego industrial caiu ( 15% na década ) e a retração do investimento teve como consequência uma queda no peso da produção de bens de capital, acentuando o crescimento relativo do setor de bens intermediários. Mas, na sua essência, a estrutura industrial dos anos 80 foi mantida, embora a indústria tenha, paulatinamente, mudado de feições, promovendo ajustes pontuais, movida por um conjunto de mecanismos de adaptação, como "racionalização" e modernização da produção, enxugamento do emprego e do escopo de atividades, investimentos tópicos nos setores voltados para o processamento de recursos naturais e a tentativa de flexibilizar os contratos de trabalho.

Outro aspecto importante dessas mudanças, particularmente importante para a compreensão da dinâmica sócio-econômica recente da região de Campinas, diz respeito ao rearranjo espacial da atividade econômica. Embora tenha havido uma continuidade da desconcentração espacial, a partir da Região Metropolitana de São Paulo, a lógica que presidiu este processo, a partir da segunda metade dos 80, não é a mesma do período anterior.

Ou seja, a tônica do processo de desconcentração espacial, que caracterizava a "interiorização do desenvolvimento", a partir de meados dos 80 é outra, dado que, a paralisação dos investimentos generalizou o quadro de estagnação. Entretanto, a estagnação é mais visível nas áreas mais intensamente industrializadas, que não são beneficiadas pelas novas e minguadas inversões no processamento de recursos naturais e cujas estruturas produtivas, mais complexas, são mais sensíveis à queda da demanda intra-industrial. O esgotamento dos ciclos de investimentos dos anos 70, fez com que a economia do interior paulista tendesse a apresentar um comportamento similar ao da RMSP. Em outras palavras, o processo de interiorização do desenvolvimento, que fora o carro-chefe do extraordinário crescimento do interior paulista nas últimas décadas, perdeu fôlego, à medida que foram perdendo importância seus determinantes.

A maior sensibilidade da indústria da RMSP às variações da demanda intra-industrial explicam a continuidade no processo de perda de peso relativo desta região, em relação ao interior do Estado. Entre 1985 e 1992, a participação do valor adicionado da indústria da RMSP caiu de 56.6% para 52.8% do total estadual. Tais números evidenciam a continuidade do processo de interiorização, apenas que, em ritmo menos intenso, em função da perda de dinamismo do conjunto da indústria.

O resultado da trajetória de estagnação econômica, fez-se sentir na redução do peso do setor de bens de capital e duráveis no conjunto da estrutura industrial. Em contrapartida, aumentou significativamente o peso relativo do setor de bens intermediários. Esse perfil setorial nos ajuda a entender o estímulo ao desempenho da economia do interior paulista, mesmos num contexto de desaceleração do processo de desconcentração espacial da indústria. Os segmentos que apresentaram algum crescimento, estavam majoritariamente no interior: setor químico, de papel e celulose e alimentar.

A melhor performance interiorana também se explica pela rápida e ampla integração de seu parque produtivo ao esforço exportador, em que sobressaem os segmentos agroindustriais, incluindo, porém, uma gama variada de outros itens (têxteis, calçados, materiais de transporte,

<sup>7</sup> " A nova realidade da indústria paulista...São Paulo" op cit

produtos siderúrgicos, mecânicos e bens intermediários). Também contribuíram para isso a intensificação da urbanização e, por outro lado, o dinamismo da produção agrícola, a exemplo da cana e da laranja, com importantes rebatimentos na indústria.

A região de Campinas, cujo crescimento industrial nos anos 70 fora muito expressivo, continuaria ganhando peso relativo na última década, embora num ritmo mais lento. O período 1985/93, como vimos, foi marcado pela desaceleração produtiva, particularmente no setor industrial. Isto pode ser observado através da diminuição no ritmo de crescimento do consumo de energia elétrica. A taxa de crescimento anual que era de 8,77% a.a. (85/80), cai para 4,39% na segunda metade da década e início dos anos 90. Essa diminuição no ritmo de crescimento do consumo, foi observada em todos os municípios da Região, exceto Nova Odessa e Sta. Bárbara D'Oeste (Tabela 5).

A evolução do consumo de energia por tipo de consumidor revela uma queda na participação relativa do setor industrial (de 64,1% em 1980 para 60,1% em 1990) vis a vis ao aumento do consumo residencial na região (Tabela 6 e Gráficos 2 e 3).

Outro indicador do desempenho econômico no período 1985-91 é o valor adicionado (V.A.), que no Estado de São Paulo apresentou um ritmo de crescimento médio de 1,7% a.a.. A média de crescimento do V.A. do conjunto das Regiões Metropolitanas é inferior à média estadual (1,33% a.a.). Essa média esconde também grandes diferenças no desempenho das regiões metropolitanas: enquanto a RMSP apresentou uma taxa de crescimento do V.A. de 1,22% a.a., a Baixada Santista obteve um crescimento de 2,38% a.a. e a Região de Campinas 2,67% a.a. (Tabela 7). Ou seja, a região de Campinas apresentou-se como a mais dinâmica entre as regiões metropolitanas, embora tenha crescido a uma taxa inferior à taxa média de crescimento da população (3,5% a.a.). Isso significa que, embora tendo sido a região metropolitana menos atingida pela crise econômica no Estado, Campinas também sofreu o impacto da crise, não conseguindo acompanhar o ritmo de crescimento populacional.

Ainda em termos de V.A., a região de Campinas, representava em 1991, cerca de 7,7% do total estadual, enquanto a Baixada Santista representava 3,9% e a RMSP 48,6%. Somadas as três Regiões representaram 60,1% do V.A. total do Estado. Se observarmos o V.A. per capita, o da Região de Campinas (US\$ 6,0) é superior à média do Estado (US\$ 4,5) e das demais Regiões Metropolitanas, (também em torno de US\$ 4,5).

O crescimento do V.A. da RMC é puxado por Paulínia, que quase triplica seu V.A. entre 1985 e 1992. Excluindo-se Paulínia, observa-se em 1992 uma queda no V.A. regional de 10% em relação aos valores de 1985 (Tabela 8).

Os municípios que apresentaram as maiores TGCA (taxas geométricas de crescimento anuais) do V.A. na RMC foram Paulínia (16,7%), Monte-Mor (13,2%), Indaiatuba (4,2%) e Cosmópolis (3,8%).

Em relação aos V.As. médios (1985-92), quatro municípios da RMC apresentaram valores adicionados altos: Campinas, Sumaré, Paulínia e Americana. Campinas e Paulínia sozinhos detêm cerca de 63% do V.A. da região. Se incluirmos Americana, chega-se a 74% do V.A. total.

O município-sede, Campinas conseguiu manter na década de 80 sua participação no V.A. estadual (em torno de 2,5%) e no V.A. da RMC (32% em média no período 1985-92), o que evidencia seu apreciável dinamismo, mesmo no contexto de crise, que caracterizou a segunda metade dos anos 80. (Tabela 9 e 10)

<sup>8</sup> Pecht W. op cit pg 9

Merece destaque na RMC, o Município de Paulínia. Sua participação no VA da região sobe de 9.7% em 1985 para 29% em 1992 (Tabela 10), passando a ser o segundo maior volume de riquezas gerada na região. É também o Município que apresenta a estrutura industrial mais concentrada em um só setor (o grupo II - de bens intermediários), que é responsável por 90.1% da produção industrial local. Dentro deste grupo há uma forte concentração no setor de produtos químicos, que responde sozinho por 89.1% do VA municipal. Ou seja, a REPLAN e as indústrias petroquímicas a ela ligadas, formam a quase totalidade do parque industrial local e, foram responsáveis, não só pelo excelente desempenho econômico municipal, mas também pelo desempenho positivo da região, como um todo, nesse período.

Também merece destaque em termos de V.A. o município de Sumaré (antes do desmembramento de Hortolândia). Esse município teve na década de 80, um desempenho bem acima do conjunto da indústria estadual, (passando de 1.7 para 2.3% do VA estadual). A composição da indústria de Sumaré é pouco diversificada, sendo que o grupo de indústrias produtoras de bens de capital e de consumo duráveis respondia, em 1990 por quase 3/4 do V.A. da indústria municipal. Em 1991, em função do desmembramento de Hortolândia, que se consolida como um município com alto valor adicionado na região, Sumaré passa de 17.6% (1991) para 4.7% (1992) do V.A. regional, deixando de ser considerado um município de alto valor adicionado na RMC (Tabela 9 e 10).

Outro município importante na região, em termos de V.A. é Americana. Seu parque industrial é formado, predominantemente por um conjunto de micro e pequenas empresas, articuladas produtivamente a algumas empresas de médio ou grande porte, que abrangem todo o processo produtivo do setor têxtil. Americana mantém bons níveis de crescimento do V.A. até 1989, quando se inicia um movimento de retração, provavelmente puxado pelo setor têxtil, que responde por mais de 2/3 do VA da indústria local. O ramo de produtos de borracha, respondia em 1990, por mais 14.2% do V.A. municipal. Ambos os setores representam importantes concentrações setoriais da indústria paulista, respondendo por 16.3 e 9.3% respectivamente, do VA do total destes ramos no Estado.

Os municípios que apresentaram V.As médios na região (1985-92) foram: Valinhos, Santa Bárbara D'Oeste, Vinhedo e Indaiatuba e Nova Odessa<sup>10</sup>. Esses municípios representaram em média 16.6% do V.A. da RMC. Os demais foram classificados como tendo baixo V.A. no contexto regional, com participação relativa média de 6.5% (Tabela 8 e 10).

Em termos do V.A. per capita, que nos dá a dimensão do volume de riqueza gerada em função da população existente no município, temos na RMC seis municípios nas melhores posições: Sumaré, Paulínia, Americana, Valinhos, Vinhedo e Jaguariúna e quatro municípios nas piores: Santa Bárbara D'Oeste, Indaiatuba, Pedreira e Santo Antonio da Posse. A variação do V.A. per capita médio no período 1985-92 foi de US\$ 1.4 para Santo Antonio da Posse e US\$ 49.9 para Paulínia. O V.A. per capita médio da região, neste período foi de US\$ 8.7, sendo que o Município-sede esteve abaixo desta média (US\$ 4). (Tabela 10)

Em termos de distribuição setorial do V.A., temos que, em 1990, o valor adicionado total da RMC<sup>11</sup> foi de aproximadamente US\$ 9 bilhões, sendo 76% relativos à indústria; 18% relativos ao comércio e serviços e, 6% relativos à agricultura (Gráfico 4).

<sup>9</sup> Em 1991 o V.A. de Americana cai cerca de 22% em relação aos níveis de 1985. Em 1992 a defasagem está em torno de 15%

<sup>10</sup> Abstraindo-se da média regional os dois Municípios com V.A. muito alto (Campinas e Paulínia), o Município de Nova Odessa também passa a ser classificado como médio em termos de Valor adicionado

<sup>11</sup> Os dados disponíveis de valor adicionado, aberto por setores e por municípios da região estudada, se referem a dez/90 e foram obtidos junto a Secretaria Estadual de Planejamento.

O valor adicionado da indústria em 1990, desagregado por municípios, indica que os municípios com alto V.A.<sup>12</sup> representavam 76,8% do total do valor adicionado da indústria (Gráfico 5). Evidencia-se também uma concentração espacial da produção industrial nos municípios localizados ao longo da Via Anhanguera, tais como: Campinas, Americana, Nova Odessa, Santa Bárbara D'Oeste, Sumaré, Hortolândia, Valinhos e Vinhedo, onde se localiza o pólo mais desenvolvido da região. Somados, os valores adicionados da indústria desses municípios, correspondem a 72.6% do total regional (Gráfico 5)

### 1.1.3. O Desenvolvimento Da Agropecuária

O setor agropecuário regional sempre acompanhou e/ou antecipou as transformações estruturais da economia paulista. As transformações induzidas pela industrialização pesada tiveram desdobramentos importantes na agricultura, que alteraram profundamente as características do campo. A evolução da agropecuária na Divisão Regional Agrícola (DIRA) de Campinas é um bom exemplo do processo de submissão das transformações do campo à dinâmica da industrialização pesada, tanto pelo surgimento de um segmento agroindustrial e agro-processador, como pela mecanização e quimificação do processo produtivo. Na década de 80, houve uma intensa diversificação da produção agrícola, conferindo à região, o primeiro lugar no Estado, como produtora de frutas, de algodão, fumo, tomate, alface e o segundo lugar nas culturas de laranja, cana de açúcar, cebola, mandioca e flores. Trata-se de uma agropecuária altamente capitalizada para o padrão nacional, com produtos de alto valor, a maioria dos quais são transformados pela indústria.

Nos anos 80, os ajustes da economia (internos e externos) implicaram, por um lado, na redução drástica do crédito e na queda dos investimentos em infra-estrutura e, por outro, na ampliação da política de incentivos à obtenção de grandes superávits comerciais. Apesar da queda de preços internacionais para a soja, açúcar, café e cacau, a política cambial e os estímulos indiretos mantiveram os níveis de exportação em patamares superiores aos dos anos 70. As quantidades exportadas cresceram mais do que comparativamente à produção agrícola.

A taxa média de crescimento do setor primário para os anos 80 foi de 3.6% a.a., inferior à dos 70, mas bastante satisfatória, face a recessão, tendo superado, inclusive, a taxa de crescimento da indústria. No aumento de produção da agricultura, os acréscimos de rendimentos físicos foram maiores do que os acréscimos em área colhida. Houve significativo aumento na produtividade média, devido, em boa parte, à incorporação de novas tecnologias, que vinham sendo gestadas anteriormente.

No Estado de São Paulo, a performance da agropecuária foi bastante dinâmica, intensificando-se a concentração da pauta de produção em culturas exportáveis (sobressaindo-se a laranja e a produção de suco), e aquelas de maior retorno no mercado interno, como a cana, (em função do Pró-alcool, na primeira metade da década), soja, trigo e milho (cuja produção, em São Paulo, destina-se principalmente à confecção de rações e óleos), ou ainda, a produção de alguns alimentos como o arroz, cebola, batata, ou tomate, nas quais foram conseguidos substanciais aumentos de produtividade. Confirmou-se, dessa forma, a tendência à expulsão, para outras regiões do país, de culturas de menor rentabilidade, com a agricultura paulista tendendo a especializar-se nos segmentos mais "nobres" dessas culturas: como é o caso do café, no qual

---

<sup>12</sup> Campinas, Sumaré, Paulínia e Americana

manteve-se apenas as variedades que propiciam maior retorno e, o da criação de gado, com espécimes selecionadas.

A atividade agropecuária na RMC, tem como principal característica a sua diversificação. Além de importante produtora regional de cana, algodão, milho, tomate, batata, café e laranja, a região detém ainda uma importante atividade fruti, horti e foricultora, destacando-se também na produção avícola em grande escala.

A análise da produção agrícola da RMC no ano de 1990<sup>13</sup> revela que a principal atividade agrícola da Região, é o cultivo da cana-de-açúcar, em função da demanda gerada pela agro-indústria sucro-alcooleira, instalada principalmente no município de Santa Bárbara D'Oeste. A RMC produziu em 1990, 2,27% da produção estadual<sup>14</sup>. O principal produtor, foi o município de Santa Bárbara D'Oeste, representando 26,7% do total produzido na região. Dentre os municípios estudados, apenas Valinhos e Vinhedo não apresentaram produção de cana em 1990. A área colhida de cana, na RMC, aumentou cerca de 46% na década de 80 e, Santa Bárbara permaneceu como principal município em área colhida de cana, porém, com uma redução de sua participação percentual no conjunto da Região. Como 2<sup>o</sup> e 3<sup>o</sup> lugares alternaram-se Cosmópolis (2<sup>o</sup> lugar em 1980) e Monte Mor (2<sup>o</sup> lugar em 1990). A quantidade produzida de cana apresentou um aumento de 46,3% na década de 80. Monte Mor, que passou para o 2<sup>o</sup> lugar em 1990, teve sua participação percentual, na Região, dobrada (8,4% em 1980 para 16,7% em 1990) e uma produção que aumentou em 191,7% .

O segundo principal produto agrícola da região é a laranja, cuja produção regional, em 1990, foi cerca de 21,6% da produção do Estado. Do total produzido na Região, 46,6% foi produzido pelo município de Artur Nogueira. Santo Antonio da Posse passou a segundo maior produtor da RMC, seguido por Cosmópolis. Estes três municípios detinham 83,1% da produção de laranja na região em 1990.

As produções de tomate e batata, também são significativas na região, na qual se produziu, em 1990, 8% do total de tomate e 2,7% da batata produzida no Estado (15.909t. de batatas). Nestas duas culturas, o município de Monte-Mor aparece como o maior produtor regional (39% do total de tomate e 68% do de batata).

A região destaca-se também pela produção de frutas nobres, tais como, a goiaba, o figo e a uva. Do total de figo produzido em 1990 na região, 90% foi produzido em Valinhos. Em relação a uva, a produção regional em 1990, representou 10% da produção estadual. Deste total, praticamente a metade foi produzida pelo município de Vinhedo. Também merece destaque, como produtor agrícola da região, o município de Holambra, pela sua especialização no cultivo de flores e plantas ornamentais, constituindo-se no maior exportador desses produtos no País.

Uma análise do valor adicionado da agricultura, relativo a dezembro de 1990, revela que o município-sede obteve 24,8% do total regional, seguido pelos municípios de Sumaré (11,7%), de Paulínia (9,7%), de Santa Bárbara D'Oeste (8,2%) e Americana (7,5%). Somados, os cinco primeiros municípios representaram 61,9% do total do valor adicionado gerado na agricultura na região (Gráfico 6).

Dentre os municípios da região, os que tiveram uma maior participação do valor adicionado da agricultura no total municipal foram: Santo Antonio da Posse (59,8%), Artur Nogueira (36,7%), Monte-Mor (30,36%) e Cosmópolis (24,0%). Nos demais, a participação da agricultura no valor adicionado total municipal foi bem menor, variando entre 2% e 3% do total. Os municípios de

<sup>13</sup> Fonte: Sumário de Dados da Região de Campinas - EMPLASA/1992.

<sup>14</sup> Fonte: Anuário Estatístico do Estado de São Paulo - 1991.

Artur Nogueira, Santo Antonio da Posse e Monte Mor foram também os municípios que tiveram grande parte da sua PEA ocupada no setor primário na década de 80. Somente o município de Artur Nogueira, representava 10,48% da PEA regional ocupada pelo setor primário, só sendo ultrapassado por Campinas, cuja posição de destaque se deve ao seu maior número de habitantes no conjunto da região.

#### 1.1.4. O Desenvolvimento Do Setor Terciário:

O dinamismo econômico regional, analisado nas seções precedentes, passou a exigir a expansão e diversificação de um amplo conjunto de serviços produtivos e distributivos, ao mesmo tempo que as transformações do mundo urbano demandaram a ampliação da oferta dos serviços pessoais e sociais, estimulados, não apenas pelo crescimento populacional, mas sobretudo, pelo aumento de seus segmentos médios. Esses passaram a demandar uma diversificação e ampliação da pauta de consumo de serviços pessoais e sociais. Por outro lado, o aprofundamento da industrialização, da agroindustrialização e da modernização da agropecuária, gerou novas exigências de serviços de apoio à produção (comunicações, transportes, comercialização e intermediação financeira).

De um modo geral, desenvolveu-se no setor terciário uma acelerada modernização dessas atividades e uma intensa concentração, que levou à formação das grandes cadeias de lojas e supermercados e dos conglomerados financeiros, grandes empresas de serviços, etc.

No comércio local, durante os anos 60 e 70, o total de pessoal ocupado já havia crescido 117% e 113% respectivamente. A taxa de crescimento anual do comércio, na década de 70, foi 7.8% superior à taxa de crescimento populacional. Em 1980, as vendas do comércio varejista do município de Campinas equivaliam a 4% das vendas varejistas totais do Estado (para uma população do município equivalente a 2.5% da população total) enquanto, as do comércio atacadista equivaliam a 14% do total estadual.

Entre 1980 e 1985, a Região de Governo de Campinas, aumentou ligeiramente sua participação relativa no número de estabelecimentos, pessoal ocupado e receita total do comércio (varejista e atacadista) do Estado de São Paulo, ao contrário do que ocorreu com a RMSP, que teve sua participação relativa reduzida (Tabela 11). Em relação ao interior do Estado, a RG de Campinas também aumentou ligeiramente sua participação, em termos de n.º de estabelecimentos e de pessoal ocupado mas, sua participação nas receitas totais do comércio foi reduzida (Tabela 12).

Para a análise do setor serviços, as informações quantitativas são muito deficientes, de modo que são complementadas por informações qualitativas, para se ter uma dimensão das transformações operadas.

Entre 1980 e 1985, a participação relativa do setor de serviços da Região de Governo de Campinas (RGC), no total do Estado aumenta ligeiramente, em termos de n.º de estabelecimentos e de valor de produção, enquanto a RMSP sofre acentuado declínio. Em termos de pessoal ocupado ambas perdem participação relativa para o interior do Estado, embora a da RMSP seja muito mais acentuada. Dentro da RGC, o município-sede aumenta sua participação relativa, tanto em termos de pessoal ocupado, como em termos de participação na receita total, evidenciando sua vocação de polo terciário (Tabelas 13 e 14).

Em relação ao tipo de serviços, tem-se que em 1980, o contingente da PEA ocupado em serviços produtivos superava aquele ocupado em serviços pessoais (excluído os serviços domésticos). Isso devido a expansão da demanda por atividades técnicas diversas (consultoria, engenharia,

marketing, processamento de dados, treinamento e agenciamento de mão de obra, serviços de profissionais liberais). Refletia, ainda, o crescimento do segmento de intermediação financeira. Em termos de movimento bancário, Campinas é a terceira praça do país, importância reforçada pelo fluxo de exportações e importações do aeroporto internacional de Viracopos, principal saída de cargas aéreas do Brasil. Isto induziu a instalação de inúmeros escritórios especializados em operações externas e a instalação de Bancos estrangeiros em Campinas. Também nos serviços pessoais (excluído o emprego doméstico) e nos serviços sociais foi excepcional o aumento do emprego neste período.

O intenso crescimento dos serviços produtivos, pessoais e sociais, é o corolário natural do intenso processo de urbanização que a RMC vive na década de 80. O Município-sede vê reforçadas e ampliadas suas funções tradicionais de polo terciário, beneficiando-se do desenvolvimento do sistema viário e de comunicações, que acompanhou a industrialização regional no período.

Entretanto, o crescimento dos serviços não se fez apenas em termos quantitativos, mas e, principalmente, em termos qualitativos, com a entrada em cena de inúmeras atividades, antes embrionárias e/ou inexistentes. Os traços gerais de diferenciação do setor terciário foram<sup>15</sup>:

a ampliação significativa das atividades ligadas à intermediação financeira;

instalação nos centros urbanos maiores de grandes redes comerciais, de super e hipermercados;

ampliação e diversificação dos serviços pessoais modernos (hospedagem, alimentação, vestuário e higiene), dos serviços produtivos (assessoria, marketing, publicidade, engenharia e informática); distributivos (armazenagem, transporte e comunicações) e dos serviços sociais (educação, saúde, cultura, esporte e lazer)

Esse conjunto de transformações do terciário foi particularmente importante no município-sede, no bojo do processo de crescimento acelerado dos anos 70. Nos anos 80, à despeito do contexto de crise econômica, o crescimento e diversificação do setor terciário, consolidou o papel de Campinas, como metrópole do interior do Estado, definindo também a constituição da área metropolitana sob sua influência.

O alargamento, diversificação e sofisticação na oferta dos serviços produtivos, pessoais e sociais é o indicador que melhor espelha a mudança do padrão do terciário de Campinas e, conseqüentemente, retrata a emergência de um novo grande centro urbano. É, no entanto, na ampliação dos serviços pessoais e sociais, que se evidencia com mais clareza o novo padrão terciário<sup>16</sup>.

<sup>15</sup> "Urbanização e Metropolização em São Paulo: Desafios à Política Urbana" Aurea D'Avanzo pg 65

<sup>16</sup> Surgem as empresas especializadas na produção de fast-food, congelados, produtos naturais e dietéticos, restaurantes internacionais e especializados, lojas de conveniência, docerias, cafés, hotéis quatro e cinco estrelas, apart-hotéis, lavanderias self-services, academias esportivas especializadas, escolas de línguas estrangeiras, galerias de arte, cine-clubes, vídeo-locadoras, escolas de adestramento de animais, etc. Para um maior detalhamento sobre a diversificação dos serviços produtivos e distributivos consultar D' Avanzo-op. cit. pg 69

## 1.2.- A EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS<sup>17</sup>

A RMC possuía em 1970, 4.8% da população do Estado, tendo atualmente, segundo os dados do Censo 91, uma população de 1.802.022 habitantes, que corresponde a 5.8% da população estadual. Ou seja é uma região que vem concentrando população no contexto estadual. (Tabela 15)

Possui uma densidade bruta de 540 hab/km<sup>2</sup> considerada baixa, se comparada com a da RMSR, que é de 1914 hab/km<sup>2</sup> e, elevada, se comparada com a do Estado de São Paulo (127 hab/km<sup>2</sup>) e, com a Região de Santos ( 514 hab/km<sup>2</sup>) (Tabela 16).

Uma análise da densidade bruta entre os municípios da RMC, revela que o município de Hortolândia apresenta a densidade mais elevada da região com 1.646 habitantes/km<sup>2</sup>, seguidos pelos municípios de Americana, Campinas e Sumaré (Gráfico 7).

No que se refere ao crescimento populacional, a taxa de crescimento anual da população da região de Campinas, pulou de 5.4% a.a. na década de 60 para 6,6% na de 70. Este crescimento populacional reflete o intenso processo de desenvolvimento econômico experimentado pela região, particularmente na década de 70 e, início dos anos 80. A lógica de implantação industrial, que norteou o processo de interiorização do desenvolvimento, no Estado de São Paulo, ao privilegiar os grandes eixos viários, impulsionou o processo de desenvolvimento dos municípios localizados ao longo da Via Anhangüera, particularmente Sumaré, Nova Odessa, Americana e Santa Bárbara<sup>18</sup>. (Tabela 17).

Nos anos 80, entretanto, a RMC apresentou uma taxa de crescimento de 3.5% a. a., bem mais baixa que a da década anterior (Tabela 16 e Gráfico 8). Mas a taxa de crescimento apresentada pela RMC na década de 80 foi, ainda, superior à registrada para o Estado de São Paulo (2,1% a.a.), para a Região Metropolitana de São Paulo (1,9% a.a.) e para a Região de Santos (2.2% a.a.) (Tabela 16).

A análise do comportamento das taxas de crescimento anual da população dos municípios que compõem a RMC, na década de 80, revela, entretanto, uma diminuição no ritmo de crescimento de toda a região, sendo esta redução mais significativa nos centros maiores, principalmente Campinas e Americana. Também nos municípios de Nova Odessa, Santa Bárbara D'Oeste e Sumaré foi acentuada diminuição no ritmo de crescimento anual, se comparados às taxas da década de 70<sup>19</sup>. Os municípios que apresentaram as maiores taxas de crescimento na década de 80 foram: Sumaré, Monte -Mor e Indaiatuba. Há uma redistribuição espacial da população, onde os municípios maiores perdem o vigor do crescimento populacional, em favor dos municípios médios e pequenos.

Nas décadas de 60 e 70, o expressivo crescimento populacional observado para a região de Campinas teve como principal fator o crescimento migratório. Na década de 70 o crescimento

<sup>17</sup> Estes dados foram extraídos dos trabalhos "Fichamento Municipal e Análise Gráfica da Região de Campinas" realizados pela DAI/EMPLASA em 1993.

<sup>18</sup> O município de Sumaré apresentou na década de 60 uma taxa de 8,2 % a.a., bastante elevada para a Região, e na década de 70, apresentou uma taxa ainda mais elevada, de 16 % a.a.

<sup>19</sup> Apesar dessa diminuição, as taxas observadas nesses municípios, ainda figuram como as maiores do Estado na década de 80.

total absoluto além de mais elevado que na anterior, teve o componente migratório como fator preponderante, representando 67,71%, deste crescimento (Gráfico 9). A Região de Governo de Campinas caracterizou-se neste período como a principal área de atração populacional do Estado, acrescendo à população residente cerca de 260.000 habitantes, oriundos principalmente da RMSP (25%) e do oeste paulista (26.8%).

Dentre os municípios da região, os que apresentaram uma participação mais elevada do componente migratório, destacam-se Sumaré, Santa Bárbara D'Oeste, Nova Odessa, Artur Nogueira, Campinas e Vinhedo. (Tabela 18)

Neste período, ganhavam importância também os fluxos migratórios intra-regionais. Segundo a pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos Populacionais (NEPO) da UNICAMP<sup>20</sup>, "os principais fluxos migratórios intra-regionais ocorreram entre os municípios de Campinas, Sumaré, Americana, Santa Bárbara D'Oeste, Valinhos, Vinhedo, Cosmópolis, Paulínia, Nova Odessa e, em menor volume, com Indaiatuba, Monte-Mor e Jaguariúna. Observa-se, assim, um corredor de circulação de população, que acompanha a Via Anhanguera e Bandeirantes e, que começa a se expandir na direção Campinas/ Sorocaba".

Este deslocamento intra-regional na RGC, na década de 70, foi de cerca de 86.000 pessoas, que já naquela época migraram de Campinas para os municípios vizinhos, particularmente: Sumaré, Valinhos, Paulínia e Indaiatuba. Tal processo, provavelmente se aprofundou na década de 80, sendo condicionado pela forma específica que o processo de industrialização e urbanização assumiu na região.

### **1.3.-A CONSTITUIÇÃO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS**

#### **1.3.1.-O adensamento populacional e a conurbação dos municípios da RMC**

Como vimos, a RMC emergiu dos anos 70 como uma das principais concentrações econômicas do país, consolidando uma base econômica, composta por um amplo e dinâmico parque industrial, uma estrutura agrícola e agro-industrial avançada, um setor terciário diversificado e complexo e uma infraestrutura viária, de transportes e comunicações que dava suporte ao processo de desenvolvimento econômico.

Como resultado do dinamismo econômico e populacional das décadas de 70 e 80, acelerou-se o processo de expansão física dos espaços urbanos dos municípios da região. A mancha urbana regional apresentou um crescimento da ordem de 200% entre 74 e 89, o mais intenso do interior do Estado, promovendo uma conurbação de Campinas, particularmente com os municípios do eixo Anhanguera (Americana, Nova Odessa, Santa Bárbara D'Oeste, Sumaré, Valinhos e Vinhedo), onde a mancha urbana já não apresenta praticamente descontinuidade, a não ser pelos espaços institucionais existentes. A conurbação de Campinas, em direção a Paulínia, Indaiatuba e Jaguariúna é menos pronunciada, embora seja clara a tendência neste sentido.

Como resultado das transformações econômicas e urbanas acima descritas, redefine-se o perfil e o papel de centralidade da cidade de Campinas na região. A grande cidade dos anos 70 vê

<sup>20</sup> NEPO-UNICAMP 1992

aprofundado seu caráter de polo regional, emergindo como uma nova metrópole no interior do Estado. As transformações, contudo, não se restringem a Campinas. Como vimos, nos anos 70, a RMC cresceu a taxas de 6.6% a.a. e alguns dos municípios do entorno metropolitano, tiveram taxas de crescimento bastante superiores à da região, como foi o caso de Sumaré, Nova Odessa e Santa Bárbara D'Oeste.

Na década de 80, a taxa de crescimento populacional da RMC caiu, mas continuou superior à taxa média de crescimento do Estado e do interior. Reafirmou-se neste período a tendência de redistribuição intra-regional da população, ou seja, a redistribuição da população do centro para a periferia. Em consequência, houve um adensamento da rede urbana regional, que promoveu uma verdadeira mudança de escala da concentração urbana.

Em relação ao tamanho dos Municípios, é importante lembrar que, nos anos 70, havia na região, apenas uma cidade de grande porte<sup>21</sup>; Campinas. Nos anos 80 haviam dois municípios de grande porte na Região; Campinas e Sumaré e quatro municípios de médio porte (Americana, Santa Bárbara D'Oeste, Indaiatuba e Valinhos). Nos anos 90, embora haja apenas um Município considerado de grande porte (Campinas)<sup>22</sup>, passam a existir seis municípios de médio porte. (Tabela 19)

A Região de Governo de Campinas é a de mais alto grau de urbanização no Estado. A urbanização, que já era marcante nos anos 70, aprofunda-se nos anos 80. Somente Artur Nogueira e Monte Mor possuem grau de urbanização inferior a 60% e Jaguariúna entre 60 e 80%, sendo que os demais estão acima dos 80%. Alguns Municípios possuem grau de urbanização igual ou superior a 90%, como é o caso de Campinas, Americana, Pedreira, Sumaré e Vinhedo. (Tabela 20)

A aglomeração urbana que se conformou nesta região, além de ter sua origem, como vimos, na intensificação da industrialização nas décadas de 70 e 80, é também fruto de um conjunto de condições de uso e ocupação do solo, resultado da ação sancionadora do Estado aos interesses privados (imobiliários). A consequência deste padrão de uso e ocupação do solo foi um intenso processo de periferização, particularmente até a metade dos anos 80, provocando graves consequências urbanas e sociais.

Embora não se tenha dados disponíveis sobre a distribuição espacial da população segundo categorias de renda, parece haver uma certa especialização da localização populacional, com Campinas absorvendo majoritariamente segmentos médios e altos e outros Municípios, particularmente Sumaré (mas, em certa medida, Monte Mor, Nova Odessa e Santa Bárbara), alojando a população de baixa renda. Ou seja, o crescimento dos últimos anos consolidou uma vasta zona periférica nas áreas limítrofes entre Campinas e Sumaré e Campinas e Monte-Mor, bem como nas áreas limítrofes de Americana com Nova Odessa e Santa Bárbara D'Oeste. Cabe ressaltar, especialmente, a situação do município de Sumaré que, a despeito de concentrar a maior população de baixa renda da RMC<sup>23</sup>, perdeu uma significativa parte da arrecadação para o recém criado Município de Hortolândia.

As demandas de infra-estrutura urbana e de equipamentos sociais acompanharam o processo de desenvolvimento da metrópole, não só crescendo, mas também mudando de escala, comprometendo as finanças públicas, pelos custos crescentes do processo de urbanização, acentado na expansão periférica, ao mesmo tempo que foi corroída a capacidade do poder

<sup>21</sup> Para a classificação da população, foram utilizados os critérios da Fundação SEADE, descritos na tabela 19

<sup>22</sup> Isso é devido ao desmembramento de Hortolândia de Sumaré, que passam a ser municípios médios; surgindo na região mais dois pequenos Municípios: Holambra e Engenheiro Coelho.

público de fazer frente a elas, em função das restrições fiscais e financeiras decorrentes da crise econômica.

À partir de meados da década de 80, entretanto, parece haver uma tendência a expansão periférica mais contida na região de Campinas, ocorrendo um adensamento dos espaços centrais e intermediários da mancha urbana. Não que esteja havendo um esgotamento do padrão de expansão periférica, mas uma contenção do processo de periferização, face aos efeitos da crise sobre a demanda, bem como sobre a capacidade do poder público de realizar investimentos em infra-estrutura básica, condição essencial para a especulação com o solo urbano<sup>23</sup>.

O resultado é que, apesar da região manter níveis de desenvolvimento econômico e de infra-estrutura urbana e social diferenciados no contexto do Estado, aprofundaram-se, na década de 80, os desequilíbrios sociais, tanto em função do estreitamento das oportunidades produtivas, como pela redução da capacidade de intervenção do setor público.

Como demonstram os indicadores selecionados e analisados acima, a RMC apresenta uma estrutura marcada pela presença de um polo regional, onde integram-se ao dinamismo do núcleo, municípios com uma base econômica importante, com um elevado dinamismo industrial, e agrícola e comercial, onde o fenômeno das cidades-dormitório é pouco significativo, apresentando uma rede urbana relativamente equilibrada, com a presença de um centro secundário expressivo (Americana).

Como vimos, em função do processo de desenvolvimento da região de Campinas, foram privilegiados pela implantação industrial, os municípios localizados ao longo da Via Anhanguera. Esse desenvolvimento gerou uma expansão física, ao longo deste vetor, configurando uma conurbação, onde praticamente não existe descontinuidade da mancha urbana. Esses municípios constituem também importante polo industrial da região<sup>24</sup>, apresentando, em geral, altos valores adicionados, com elevadas participações da indústria no total, elevadas receitas orçamentárias, um grande contingente populacional e as mais elevadas densidades demográficas.

Embora não haja dados disponíveis sobre deslocamentos pendulares entre os municípios da região, alguns deles, como é o caso de Sumaré e Hortolândia, afirmam que é muito significativo o fluxo de pessoas que se deslocam diariamente para trabalhar em Campinas. Há ainda outros, como Monte-Mor, Nova Odessa e Cosmópolis, que possuem algumas características próprias às cidades-dormitório, (embora não se constituam como tal) tais como altas taxas de crescimento populacional, associadas a valores adicionados baixos, em relação a média regional.

Além dos municípios localizados na conurbação, a região de Campinas concentra, na sua porção nordeste, municípios com significativa produção agrícola<sup>25</sup>, e baixas densidades demográficas. Ali se encontram os municípios de Artur Nogueira, Engenheiro Coelho, Santo Antonio de Posse e Jaguariúna. Os municípios de Jaguariúna e Pedreira possuem uma atividade industrial mais significativa, destacando-se o município de Pedreira pela sua especialização em indústria cerâmica<sup>26</sup>. O município de Jaguariúna apresentou uma posição econômica ascendente em relação aos municípios desta região. Os municípios de Santo Antonio de Posse e Engenheiro Coelho são

<sup>23</sup> "Explosão Urbana e...São Paulo" NEPP/NESUR UNICAMP -op cit

<sup>24</sup> Com exceção de Paulínia e Indaiatuba, que não localizam-se neste eixo, mas se destacam como importantes polos industriais da região

<sup>25</sup> Estes municípios, entretanto, possuem, em sua maioria, uma participação da indústria no V. A. superior à da agricultura.

<sup>26</sup> O município de Pedreira atravessava uma crise econômica grave, gerada em função da crise da indústria cerâmica, que representa 90% da economia local

municípios pequenos e pobres, apresentam as mais baixas posições, em relação aos demais municípios, em praticamente todos os indicadores sócio-econômicos aqui analisados.

Finalmente, ao norte de Campinas localizam-se os municípios de Paulínia e Cosmópolis. Ambos são pequenos (cerca de 36.6 mil habitantes em 1991), porém com uma base econômica e, conseqüentemente, receitas tributárias totalmente diferenciadas. Para se ter uma idéia da diferenciação, o V. A. de Cosmópolis, em 1991, era cerca de 6% do V.A. de Paulínia e a receita per capita US\$ 163, enquanto a de Paulínia era US\$ 1479 (1993). Cosmópolis possui uma grande parte da população trabalhando em Paulínia que, mora e conseqüentemente se utiliza dos serviços oferecidos por este município.

Mas, é importante diferenciar o processo de metropolização na RMC, em relação às demais regiões metropolitanas. Esta diferença está na tendência, ainda que pouco pronunciada, de industrialização de municípios que, até recentemente, tinham economias voltadas à atividade agrícola. Essa tendência é observada através da ocupação industrial de alguns novos eixos, como Paulínia-Engenheiro Coelho, Indaiatuba- Monte-Mor e Jaguariúna-Santo Antonio da Posse.

Nesse aspecto, a implementação de uma política comum de desenvolvimento fomentaria um maior equilíbrio sócio-econômico entre os municípios da região, minimizando problemas típicos de grandes aglomerações, como os grandes fluxos intra-metropolitanos, a constituição de cidades dormitórias, a utilização de serviços oferecidos por municípios vizinhos, a periferização das classes de menor renda, etc.

### 1.3.2.- A Densidade da interdependência econômica entre o Município-sede e os demais

O grau de polarização que o município de Campinas exerce na região deve ser avaliado, entretanto, não só com base na densidade populacional e no processo de conurbação entre Campinas e os municípios vizinhos mas, sobretudo, pela densidade das relações econômicas observadas através da interdependência econômica entre Campinas e seus vizinhos. Esta interdependência se embasa na configuração do terciário do município-sede, que constitui-se no melhor indicador da metropolização em curso. O conjunto de transformações sofridas pelo terciário nos anos 70, que se aprofundaram nos anos 80, foi particularmente importante nos maiores centros urbanos, distinguindo-se Campinas, cujo desenvolvimento do setor terciário consolidou seu papel de metrópole do interior do Estado e definiu também a constituição da área metropolitana sob sua influência.

Como enfatiza D'Avanzo<sup>27</sup>, o novo padrão de terciário, conformado sobretudo na década de 80, dada a dimensão assumida pelos serviços de abrangência regional, constitui a condição que, a par de reforçar a tendência de centralidade e de polarização que Campinas exerce, também constitui o instrumento de intensificação do processo de conformação da área metropolitana organizada por este centro.

As transformações modernizadoras do terciário têm sido associadas às modificações experimentadas pela base produtiva no interior do Estado, que exigiram a ampliação e diversificação dos segmentos complementares do terciário e ao caráter da urbanização nas áreas mais desenvolvidas do Estado, que também requereu a diversificação e a sofisticação das

<sup>27</sup> "Urbanização e....urbana" op cit

atividades terciárias. Segundo esta ótica, os anos 80 teriam sido marcados pela "interiorização dos serviços", da mesma forma que os anos 70 o foram, pelo movimento de interiorização da indústria. Os traços gerais desse processo guardam relação com a racionalização produtiva das empresas, que externalizou grande parte dos serviços de apoio, com a crescente informatização, com a expansão das telecomunicações e com a extensão e melhoria da rede viária.

Como vimos, na década de 70, o crescimento expressivo da PEA terciária<sup>28</sup> refletiu, de acordo com os dados trabalhados por Semeghini<sup>29</sup>, a expansão dos serviços distributivos, o crescimento expressivo do comércio varejista e do atacadista, dos transportes e comunicações. Observa-se a implantação das grandes cadeias de lojas e supermercados e a ampliação e diversificação da rede hoteleira e dos serviços de alimentação. Neste período, o aparato terciário se ampliou, se diversificou e se modernizou. Também se fortalece o caráter de centro prestador de serviços de educação, esporte, cultura e saúde. Ao mesmo tempo, se expandem e diversificam um conjunto de atividades de apoio à produção, multiplicando-se as empresas de consultoria, marketing, processamento de dados, treinamento e agenciamento de mão de obra, serviços de profissionais liberais e empresas ligadas a atividades financeiras. Mas é a ampliação dos serviços pessoais e sociais que melhor caracterizam as transformações do terciário neste período.

Na década de 80, ocorreria um aprofundamento das funções urbanas de Campinas, sendo este o principal indicador da configuração da metropolização, que interliga o município-polo a uma importante área no seu entorno, que se organiza sob sua influência direta. O quadro do terciário de Campinas confere substância a esta idéia<sup>30</sup> sustentando sua crescente especialização funcional, como polo comercial e de prestação de serviços:

.Campinas passa a ser o segundo maior mercado do Estado e o quarto do país, sendo superado apenas por São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. Configura-se como a Região de maior participação no consumo nacional de produtos classes A e B, o que explica, em parte, o porte e a diferenciação dos empreendimentos implantados na cidade<sup>31</sup>.

.Do ponto de vista da prestação de serviços, destacam-se as duas universidades e vários institutos de pesquisa. A concentração destes equipamentos transforma a cidade num dos polos de produção científica e tecnológica mais importantes do Estado, constituindo-se num polo de atração de indústrias de tecnologia de ponta, em função dos centros de pesquisa existentes nos campos da informática, microeletrônica, automação industrial e química fina, devendo se consolidar como um centro de referência nacional<sup>32</sup>.

<sup>28</sup> Como foi visto na seção sobre desenvolvimento do terciário regional, não há dados disponíveis sobre a PEA para a década de 80. Em 1970, a PEA terciária representava 62,2% do total da PEA e cresceu na década a uma taxa de 7,13% a.a., uma das mais altas entre as maiores cidades do estado

<sup>29</sup> "Urbanização e Metropolização no Estado de São Paulo-Desafios da Política Urbana" Rel.C2 Gestão Urbana Integrada Semeghini U.C. NESUR junho de 1992

<sup>30</sup> Para informações mais detalhadas ver "Urbanização e Metropolização....urbana" -Áurea D'Avanzo op. cit.

<sup>31</sup> Há na RMC três shoppings implantados: o Iguatemi, considerado a maior área de venda do país; o Galleria, que possui três ampliações previstas e o Shopping D. Pascoal. A abrangência regional destes shoppings, particularmente o Iguatemi chega a atingir 58 cidades da região. Dentre os supermercados de abrangência regional destacam-se: Makro, Uemura, Manolo, Extra, Eldorado, Enxuto, e as duas unidades do Carrefour.

<sup>32</sup> São inúmeras as instituições de pesquisa, dentre as quais destacamos: o Laboratório Nacional de Luz Síncrotron (LNLS); o Instituto Agrônomo de Campinas (IAC); a Coordenadoria de Assistência Técnica Integral (CATI); o Instituto Tecnológico de Alimentos (ITAL); o Instituto Biológico de Campinas (IB); a

. No campo cultural, a instalação e expansão dos dois campus universitários (PUCC e UNICAMP) impulsionaram o circuito artístico e cultural da cidade. Desenvolveu-se na cidade um conjunto de equipamentos culturais e de recreação, esporte e lazer (teatros, museus, bibliotecas, bosques, parques, praças esportivas), dentre os quais, muitos de abrangência regional<sup>33</sup>. A Prefeitura Municipal mantém dois teatros, a Orquestra Sinfônica, o Observatório de Capricórnio e vários museus.

. No campo dos serviços de comunicações, tres emissoras, de abrangência regional instalaram-se na cidade: a EPTV Campinas, associada à rede Globo, a TV THATY associada à rede Manchete e a TV Brasil associada à SBT. Campinas possui ainda dois jornais de circulação diária, que possuem circulação regional, sendo que um deles já possui um caderno metropolitano. Na região circulam também uma série de pequenos periódicos.

. No campo de pesquisa e desenvolvimento (P&D), Campinas se configura como polo de desenvolvimento tecnológico, cujo núcleo é constituído pela UNICAMP, pela Companhia de Desenvolvimento Tecnológico (CODETEC) e por mais dois Institutos Governamentais: O Centro de Pesquisa e Desenvolvimento da TELEBRAS (CPQD) e a Fundação Centro Tecnológico para a Informática do CNPQ (CTI).

. Campinas também se destaca na prestação de serviços nas áreas de educação e saúde<sup>34</sup>. No campo da educação destaca-se, além da presença das duas universidades, três Colégios técnicos e vários cursos pré vestibulares de renome, que concentram estudantes de toda região. No campo da saúde, objeto de estudo deste trabalho, são 24 Hospitais, 4 Policlínicas Municipais e 41 unidades básicas de saúde municipais, sem falar de uma extensa rede de assistência ambulatorial privada.

#### **1.4.- OS PRINCIPAIS PROBLEMAS METROPOLITANOS<sup>35</sup>**

Nesta seção, buscaremos sintetizar os principais problemas que ocorrem em setores, cujas ações extrapolam os limites territoriais e/ou competências municipais, como decorrência do processo

---

Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA); a Fundação Tropical de Pesquisa e Tecnologia "André Tosello" e o Observatório de Capricórnio. A entidade gestora do polo, criada em 1984 como Centro da Indústria de Apoio à Tecnologia de Campinas, passou a chamar-se Companhia de Desenvolvimento do Polo de Alta Tecnologia (CIATEC).

<sup>33</sup> Destacam-se o Parque Portugal, o Centro de Convivência Cultural e o Parque Ecológico Monsenhor Salim.

<sup>34</sup> A estruturação dos serviços de saúde na região será objeto do Cap.III deste trabalho.

<sup>35</sup> A elaboração deste item do trabalho baseou-se em um trabalho anterior "Diagnóstico das principais funções de interesse metropolitano na Região de Campinas", realizado junto à Unidade Técnica de Campinas/ EEMPLASA, no primeiro semestre de 1993, no qual buscou-se, junto aos municípios e órgãos setoriais do estado, informações que permitissem a análise destas funções metropolitanas.

de metropolização que se verifica na região de Campinas.<sup>36</sup> Foram diagnosticados os principais problemas relativos aos recursos hídricos, resíduos sólidos, e transportes<sup>37</sup>.

#### 1.4.1. Os Recursos Hídricos Regionais

Em relação aos recursos hídricos, buscaremos, à seguir, levantar, de forma resumida, os principais problemas e soluções apontadas pelos órgãos setoriais responsáveis:

O primeiro problema diz respeito à qualidade da água nas três Bacias que banham a RMC: a Bacia do Piracicaba, Bacia do Capivari e Bacia do Jundiá. A principal causa da poluição é o lançamento de efluentes domésticos sem tratamento, nos corpos d'água da Região. Na Bacia do Rio Piracicaba, cerca de 56% do total das cargas poluidoras lançadas são oriundas de esgotos domésticos, com um índice de remoção de apenas 2.5%. Na Bacia do Rio Capivari, 90% das cargas remanescentes são provenientes de esgotos domésticos.

Mas a poluição não atinge da mesma maneira todos os municípios. Alguns são mais prejudicados, em função da localização de suas captações, principalmente no que se refere à vizinhança com grandes municípios à jusante dos rios que os abastecem. Na região de Campinas, algumas destas situações foram levantadas:

. O município de Sumaré é extremamente prejudicado, à medida que a sua captação no Rio Atibaia está localizada logo após a confluência com o Ribeirão Anhumas (que recebe 40% dos despejos dos municípios de Campinas, além das cargas químicas remanescentes do município de Paulínia), onde a qualidade da água é considerada pela CETESB como ruim.

. Da mesma forma o município de Monte Mor, que capta água no Rio Capivari-Mirim, à medida que a água do Rio Capivari, no trecho referente a seu território, (após a confluência com o Córrego Piçarrão, que recebe 40% dos dejetos de Campinas), é considerada muito ruim.

. Os municípios que captam no Rio Piracicaba, à jusante da confluência com o Ribeirão Quilombos (que recebe os dejetos dos municípios de Sumaré, Hortolândia, Nova Odessa e Americana), como é o caso de Santa Bárbara D'Oeste, também são bastante prejudicados.

. O município de Americana, no qual está situada a Represa de Salto Grande, também se vê prejudicado em seu potencial turístico, à medida que a Represa acaba servindo como "lagoa de estabilização" dos dejetos despejados por Campinas e Paulínia, apresentando graves problemas de saúde pública, como focos de esquistossomose.

Dentre as soluções apontadas, destaca-se a construção de sistemas de tratamento de esgotos domésticos nos municípios da região, sendo que os recursos necessários são da ordem de US\$ 500 milhões, dos quais US\$250 milhões estão sendo negociados com o BIRD.

<sup>36</sup> O setor saúde não foi contemplado nesta seção, por constituir-se, como vimos, num capítulo específico, devido à sua importância, como tema central deste trabalho.

<sup>37</sup> Em função das limitações das condições de realização deste trabalho, optou-se pela seleção de problemas considerados de grande relevância, sob a perspectiva da regionalização sem que, com isso, se pretenda esgotar a discussão dos problemas metropolitanos, que poderiam incluir temas como Habitação ou Segurança Pública, dentre outros. Entretanto, optou-se por priorizar o estudo daquelas funções cujas soluções são, necessariamente, de âmbito comum e para as quais existiam dados disponíveis.

Outro problema grave em relação aos recursos hídricos da região, é que alguns municípios já apresentam problemas de disponibilidade hídrica, com dificuldades de atendimento de suas demandas atuais, seja pela insuficiência de seus mananciais, seja pela distância dos mananciais alternativos<sup>38</sup>, seja pela má qualidade da água que impossibilita seu aproveitamento.

O maior déficit no balanço disponibilidade/demanda é do município de Indaiatuba, cujo manancial (Capivari- Mirim) seca nas épocas de estiagem. Também Hortolândia e Vinhedo apresentam problemas de insuficiência em alguns períodos e, Cosmópolis, Sumaré e Nova Odessa, apresentam vazões mínimas inferiores às necessárias, realizando captações em barragens, que reduzem as vazões dos mananciais a montante.

As soluções propostas vão da construção de captações integradas (Nova Odessa, Sumaré e Hortolândia), venda de água de um município para outro à ampliações de captações e construções de novas barragens<sup>39</sup>. O problema da insuficiência hídrica, entretanto, é fundamental não só porque hoje está atingindo alguns municípios da região, como vimos acima, mas, principalmente, porque os estudos técnicos prospectivos realizados sobre as Bacias dos Rios Piracicaba e Capivari<sup>40</sup> prevêem que a Bacia não terá condições de proporcionar água em quantidades suficientes, já nas próximas décadas. Tal fato poderá significar um forte constrangimento ao desenvolvimento industrial da região. A principal medida proposta pelo DAEE é a construção de uma barragem no Rio Jaguari, próxima a uma ali existente (da CPFL), para o atendimento da demanda prevista para o ano de 2010. A construção desta barragem poderá propiciar a transferência da vazão captada por Campinas no Rio Capivari para o município de Indaiatuba, que atualmente já vem sofrendo insuficiência de recursos hídricos.

Finalmente, cabe considerar que há sérias deficiências operacionais de tratamento e distribuição de água na região, propiciando altos índices de perdas por vazamentos, devido às más condições da rede de distribuição e também, perdas devido à déficits na capacidade de reservação de água tratada. Os índices de perda em alguns municípios chegam a 50%. Como ação prevista para minorizar estas perdas a SANASA está implantando em Campinas o "Programa de Desenvolvimento Operacional".

#### 1.4.2. A destinação final inadequada de resíduos sólidos

O principal problema da região neste campo é a destinação e tratamento inadequado dos resíduos sólidos domésticos. A maioria dos municípios dispõe seus resíduos a céu aberto, sem tratamento algum. O município de Campinas, produz cerca de 61% do volume de lixo coletado na região e está dispondo seu lixo em um aterro, considerado emergencial e provisório pela Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental- CETESB, em decorrência da ausência de condições mínimas necessárias a seu funcionamento. Somado aos demais municípios, tem-se que 84% do volume total de lixo na região (963,2 ton./dia) está sendo disposto inadequadamente, afetando o meio ambiente e, causando epidemias e moléstias transmitidas pela proliferação de insetos, ratos e mesmo pelo contato direto, como é caso dos catadores de lixo.

As soluções previstas vão do diagnóstico dos tipos de lixo coletados, e orientação técnica e estudos de viabilidade técnica de soluções conjuntas entre os municípios, até projetos de mais longo prazo, que envolvem a educação para a coleta seletiva de lixo.

<sup>38</sup> Nos municípios que constituem a conurbação ao longo da Via Anhanguera, a aproximação entre os núcleos urbanos gera conflitos pela utilização de um mesmo manancial.

<sup>39</sup> Para maiores detalhes consultar "Diagnóstico.....Campinas" op. cit. pg 11.

<sup>40</sup> "Plano Diretor para captação e Produção de Água para a Bacia do Piracicaba" DAEE/SANASA 1992

Outro problema sério na região é a escassez de novas áreas, que possam ser aproveitadas para este fim, principalmente nos municípios maiores (Campinas e Americana), devido ao alto preço das terras, restrições legais ao uso do solo, ou por tratarem de áreas agricultáveis ou de pecuária ou ainda por pressões da própria população, que não deseja os aterros próximos às áreas residenciais. Em consequência desta dificuldade, há aterros sanitários localizados dentro da mancha urbana dos municípios.

As diretrizes setoriais prevêm a construção de usinas de reciclagem/compostagem de lixo doméstico, de forma a reaproveitá-lo e, ao mesmo tempo, aumentar a vida útil dos aterros existentes, à medida que o volume de lixo, a ser compactado, sofreria considerável decréscimo.

Outro problema grave, diz respeito à existência de antigos depósitos de lixo a céu aberto / ou aterros em áreas degradadas, que estão contaminadas, sujeitas a emissão de gases letais produzidos por resíduos químicos ali despejados. Tais áreas, nos grandes centros, vêm sendo ocupadas por famílias desabrigadas, expostas a sérios riscos de saúde. A solução passaria não só pela execução de um Programa de Remediação das Áreas Degradadas, como pela exigência pela CETESB e Conselho Estadual do Meio Ambiente (CONSEMA) de um plano de desativação e monitoramento do aterro, na época da aprovação do mesmo.

Também é sério o problema da destinação e tratamento inadequado dos resíduos sólidos industriais, principalmente os considerados perigosos. O alto custo de uma central de tratamento de resíduos industriais impede que as iniciativas sejam tomadas isoladamente. Dentre as grandes indústrias, poucas possuem sistemas de disposição adequados, sendo que a maioria estoca este lixo em tambores, nos quais, nem sempre as condições de armazenamento são tecnicamente corretas, esperando por soluções, que tornam-se cada dia mais prementes. Algumas indústrias enviam estes resíduos para incineração fora da região, sem todavia, adotarem normas de segurança no seu manuseio. As pequenas e médias empresas acabam dispendo seus resíduos em lixões municipais, comprometendo a recuperação dos mesmos, ou realizam "desovas" clandestinas, comprometendo a saúde das populações que residem nas imediações.

Finalmente, cabe ressaltar os problemas relativos à coleta e tratamento inadequado de resíduos sólidos hospitalares, de farmácias, clínicas e consultórios. Não existem incineradores de grande porte na região<sup>41</sup>, devido ao custo e a necessidade de se ter um volume considerável de lixo hospitalar para viabilizá-lo economicamente. Entretanto existem na Região 43 hospitais com 5218 leitos<sup>42</sup>, sendo que o Município de Campinas, que possui a maioria destes estabelecimentos, acumina seus resíduos para ser incinerado em São Paulo.

#### 1.4.3. Inexistência de um Sistema de Transportes Metropolitanos:

A ausência de integração entre os sistemas de transportes coletivos municipais se dá pela inexistência de uma entidade gestora metropolitana, capaz de planejar e operacionalizar regionalmente um sistema de transporte coletivo. Isto acarreta uma enorme perda de qualidade de vida para o cidadão metropolitano, que paga um alto custo de transporte, acumulando mais de uma tarifa<sup>42</sup> para se deslocar entre os municípios da região. A ausência de integração acarreta também um aumento de tempo dispendido nos percursos, lotação e congestionamento nas horas de pico, em função da inadequação entre a oferta e a demanda. Também não existe um local para embarque e desembarque de passageiros metropolitanos no município-sede.

<sup>41</sup> O HC da Unicamp possui um incinerador próprio que encontrava-se interdito pela CETESB. O município de Americana está construindo um incinerador de lixo hospitalar.

<sup>42</sup> Há disparidades entre as tarifas cobradas por não existir uma metodologia unificada para o cálculo e fixação das mesmas entre os municípios.

Outro problema sério na área de transportes é o alto fluxo de transportes de carga na Região, não só devido ao acelerado crescimento urbano industrial, mas também à concentração de veículos de carga, que apenas trafegam pela região, em função, dentre outros motivos, da instalação do terminal intermodal de cargas nos municípios de Campinas e Hortolândia, que deve assumir o papel de retroporto regulador do carregamento de exportação de soja. Como consequência disto, é elevado o risco de contaminação dos mananciais, áreas de proteção ambiental e ecossistemas, em acidentes envolvendo veículos com cargas tóxicas. Este risco também é iminente para a população que circunda o polo petroquímico. Em Campinas, afeta o Distrito de Barão Geraldo e o de Aparecidinha. É também elevado o fluxo de cargas que atravessam os sistemas viários urbanos, gerando deterioração dos mesmos e aumentando o número de acidentes de trânsito na região. Seria necessária a criação de uma estrutura viária regional, integrando o sistema de transporte de cargas, nas suas diversas versões, modalidades e interfaces, e ordenando a circulação de cargas perigosas na região.

É também elevado o índice de acidentes, envolvendo o cidadão metropolitano, nas rodovias e nas intersecções, devido ao dimensionamento inadequado dos entroncamentos entre os grandes eixos viários e os sistemas viários urbanos. O planejamento e execução da rede viária regional, deveria levar em consideração critérios de segurança dos usuários e de preservação do meio ambiente. Para tanto, os macro empreendimentos de transportes deveriam respeitar as vocações, tendências e potencialidades sócio-econômicas dos municípios, e isso não se faz sem a participação dos mesmos na definição e delineamento dos projetos regionais.

O futuro Conselho de Desenvolvimento Metropolitano seria o Fórum adequado à discussão dos Projetos de interesse regional, nos quais os macro-empreendimentos possam se articular aos interesses e prioridades das comunidades abrangidas, ali representadas pelas autoridades locais e regionais, que passariam a definir conjuntamente, não só os projeto de âmbito regional, mas também as prioridades dos investimentos a serem realizados na região.

### ***1.5 O ENCAMINHAMENTO DE SOLUÇÕES REGIONAIS***

A busca de soluções conjuntas para os problemas regionais ainda se dá num âmbito restrito de setores e, através de experiências muito recentes, ainda insuficientemente avaliadas. Cabe, entretanto, tecer aqui alguns comentários sobre algumas experiências e tentativas de consorciamento por parte dos municípios da região:

A mais conhecida e importante destas experiências é a do Consórcio Intermunicipal das Bacias do Piracicaba e Capivari. Trata-se da experiência mais duradoura e efetiva de consorciamento na região. Fundado em 1989, em Americana, onde tem sua sede, o Consórcio é integrado por 31 municípios paulistas. Foi criado com o objetivo básico de promover a integração regional e a recuperação e preservação ambiental dos rios. As Prefeituras integrantes participam através de dotação orçamentária e, de acordo com programas específicos. Para o desenvolvimento destes programas o Consórcio contou com a participação de vários órgãos estaduais, federais e da iniciativa privada, tendo como prioridade o tratamento dos esgotos domésticos. Através de uma parceria com o Departamento Estadual de Água e Energia Elétrica-DAEE - o Consórcio tem investido na elaboração de planos diretores de esgoto e de projetos executivos de sistemas de tratamento, incluindo a construção de Estações de Tratamento de Esgotos (ETEs). A viabilização do programa de recuperação das Bacias do Piracicaba e Capivari exige, entretanto, recursos que extrapolam, em muito, a capacidade financeira municipal. Desta forma, o Consórcio, em parceria com outros órgãos estaduais, que atuam no setor (DAEE, CETESB, SABESP, etc.), elaborou um projeto que envolve recursos da ordem de US\$ 550 milhões dos quais, a metade viria do Banco

Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD). O BIRD aprovou, entretanto, a liberação somente da primeira parcela (US\$ 1.6 milhões), destinada a elaboração dos projetos executivos.

Paralelamente à iniciativa de consorciamento independente dos municípios, avançava a discussão e o processo de criação de um sistema estadual de gerenciamento de recursos hídricos no Estado de São Paulo. Em 31/12/1991 foi aprovada a Lei Estadual de Recursos Hídricos (Lei no 7663)<sup>43</sup>. Um dos aspectos mais importantes desta Lei foi a descentralização do gerenciamento dos recursos hídricos, prevendo a criação dos Comitês de Bacias Hidrográficas (CBH), com poder deliberativo e atuação eminentemente regional, a nível de cada bacia hidrográfica. As bacias passam então a ser as unidades básicas de planejamento e gestão das águas.

O Comitê das Bacias Hidrográficas dos Rios Piracicaba, Capivari e Jundiá (CBH-PCJ) foi criado já nas disposições transitórias da Lei 7663. Foi também o primeiro a ser viabilizado, devido a sua importância estratégica para o setor e, para o Estado. A instalação do CBH-PCJ consistiu no primeiro dispositivo regulamentado no âmbito do gerenciamento dos recursos hídricos do Estado, conferindo à região característica de modelo em relação às demais e, mesmo em relação ao país.

O processo de concepção e implantação do CBH-PCJ durou mais de um ano, até sua implantação, no qual foi intensa a participação de todos os seguimentos envolvidos: estado, municípios e sociedade civil. Como resultado deste processo e, com o objetivo de se compor um Comitê democrático e representativo o CBH-PCJ foi instalado com 48 membros, sendo 1/3 representativo de cada segmento envolvido. Cada qual definindo sua forma de representação no Comitê<sup>44</sup>.

A legislação estadual previu também a criação das Agências de Bacias Hidrográficas, que seriam os organismos de coordenação, no âmbito das respectivas bacias, da arrecadação e da aplicação dos recursos destinados a obras de saneamento básico e preservação ambiental. Além da cobrança pelo uso das águas, a legislação prevê também a compensação financeira à municípios situados em áreas de mananciais. Tais recursos deverão ser destinados à recuperação das bacias.

Outra importante conquista regional foi a Fundação Agência das Bacias Hidrográficas dos Rios Piracicaba, Capivari e Jundiá (deliberação CBH-PCJ no 14/94, de 21/12/1994). A Agência foi criada como uma entidade de direito privado mas, não foi oficializada até o momento, pois sua Lei de criação necessita da aprovação do CRH e da Assembléia Legislativa. Sua criação irá concretizar na região a descentralização institucional e financeira do Sistema Integrado de Gerenciamento de Recursos Hídricos do Estado de São Paulo (SIGRH).

A existência do Consórcio na Região de Campinas fez com que o processo de descentralização da gestão dos recursos hídricos ali se desenvolvesse de forma pioneira, garantindo também um amplo debate sobre a forma de institucionalização e sobre a composição das instâncias deliberativas e gestoras dos recursos hídricos regionais. Inspirou também outras tentativas de consorciamento, menos exitosas, que tiveram lugar na RMC:

. No âmbito da saúde, os municípios de Hortolândia, Sumaré e Nova Odessa ensaiaram um consórcio com vistas à utilização da Santa Casa de Sumaré, que seria então apoiada de forma a responder pelas demandas dos três Municípios.

<sup>43</sup> A LEI 7663, de 30 de dezembro de 1991, estabelece as normas de orientação à Política Estadual de Recursos Hídricos, bem como as normas que orientam o Sistema Integrado de Gerenciamento de Recursos Hídricos no Estado de São Paulo.

<sup>44</sup> "Recursos Hídricos: Gestão e Participação" Ana Lúcia Magyar Boletim de Conjuntura de Política Social Fundação. n.16-1995

Tal tentativa, entretanto, não evoluiu e, os municípios de Hortolândia e Nova Odessa partiram para a construção de seus próprios hospitais municipais;

. No campo da destinação de resíduos sólidos, houve também uma tentativa de criação de um Consórcio Intermunicipal para a construção de um aterro sanitário comum, entre os municípios de Jaguariúna, Cosmópolis, Santo Antonio de Posse, Pedreira e Artur Nogueira, no qual a coleta e destinação final dos resíduos sólidos estaria a cargo de empresas especializadas. No entanto, devido a dificuldades políticas, advindas do processo de emancipação do município de Holambra, o projeto foi abandonado. Na região de Campinas, somente o município de Vinhedo participa de um consórcio de destinação de resíduos sólidos, através do qual tem acesso ao aterro sanitário de Várzea Paulista;

. No campo dos transportes, também há uma proposta de criação de um Consórcio Intermunicipal para o setor, lançada no II Fórum Regional de Transportes, ocorrido no município de Campinas em 22/6/93;

. Houve ainda uma tentativa, mais geral, de criação de um Consórcio Metropolitano por parte dos municípios da região, liderados pelo município de Campinas que, entretanto, não teve força suficiente para tornar-se realidade.

A institucionalização das regiões metropolitanas no Brasil não é um fato novo. Ela foi prevista, através de emenda constitucional, em 1969, sendo que as Regiões Metropolitanas hoje existentes foram criadas pela Lei complementar Federal nº14 de 1973. Reconhecia-se, a nível institucional "que a realidade da estrutura do espaço urbano, em determinadas aglomerações, extrapolava a capacidade de gestão dos municípios e exigia a definição de uma instância intermediária entre os níveis estadual e municipal, para dar conta da peculiar natureza das questões que, nestas circunstâncias, eram colocadas para a administração pública".

O perfil das regiões metropolitanas, então criadas<sup>45</sup>, teve a marca do regime autoritário, de total subordinação dos municípios ao governo federal e de total ausência de participação popular em qualquer nível de decisório. A avaliação das gestões metropolitanas, no período autoritário, é encontrada em vários trabalhos<sup>46</sup>, não sendo objeto deste estudo. É importante ressaltar, entretanto, que face ao fracasso da maior parte das experiências de gestão metropolitana neste período, a maior parte das estruturas metropolitanas foram desmontadas, sem que novas estruturas fossem criadas, no contexto democrático e de maior participação popular, seja através das representações legislativas ou de Organizações Não Governamentais (ONGs) e mesmo, de órgãos colegiados que já são realidade na gestão de políticas públicas, como a de saúde, nas várias esferas de governo.

A Constituição de 1988 delegou aos Estados<sup>47</sup>, a competência de instituir, mediante lei complementar, regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microregiões. A Constituição do Estado de São Paulo (artigo 153, parágrafo 1º) define como Região Metropolitana o

<sup>45</sup> Foram criadas, em 1973, as Regiões Metropolitanas de São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador, Curitiba, Belém e Fortaleza. A Região Metropolitana do Rio de Janeiro foi criada em 1974, através da Lei complementar n.20, que tratou também da fusão do Estado do Rio de Janeiro com o da Guanabara.

<sup>46</sup> Ver Relatório São Paulo Metrôpole: Planejamento e Gestão/ EEMPLASA/ maio/1990 e " Urbanização e Metropolização no Estado de São Paulo /Gestão Urbana integrada" Semeghini U.C. op cit

<sup>47</sup> Artigo 25, parágrafo 3

"agrupamento de municípios limítrofes que assume destacada expressão nacional, em razão de elevada densidade demográfica, significativa conurbação e de funções urbanas e regionais com alto grau de diversidade, especialização e integração sócio-econômica, exigindo planejamento integrado e ação conjunta permanente dos entes públicos nela atuantes". No artigo 154, instituiu-se a criação do Conselho de Desenvolvimento Metropolitano (CDM), visando promover o planejamento regional, a organização e execução de função pública de interesse comum. O Estado deverá criar ainda, mediante lei complementar, para cada unidade regional, um Conselho de caráter normativo e deliberativo, bem como disporá sobre a organização, a articulação, a coordenação e, conforme o caso, a fusão de entidades e órgãos públicos atuantes na região, assegurada nestes e naqueles, a participação paritária do conjunto dos municípios, com relação ao estado.

Para viabilizar, na prática, os preceitos constitucionais, o executivo paulista enviou em 1991, ao Legislativo, o projeto de Lei no 19/91, que estabelece as diretrizes gerais para a constituição das regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microregiões. A tramitação do projeto de Lei foi bastante longa, a despeito da existência de consenso sobre a necessidade de planejamento e gestão conjunta do desenvolvimento regional. Ou seja, o processo de institucionalização vem sendo marcado por uma série de dificuldades políticas, que obstaculizaram a aprovação dos projetos de lei que regulamentam a questão.

Em 1991, quando da apreciação da proposta da Secretaria de Planejamento e Gestão / Empresa Metropolitana de Planejamento da Grande São Paulo (EMPLASA) pelas Prefeituras da região, a polêmica maior girou em torno da participação paritária do Estado e do conjunto de municípios no CDM, bem como em relação ao papel da EMPLASA, enquanto Secretaria Executiva dos Conselhos Metropolitanos. A articulação política, que resultou na oposição dos municípios à proposta do Estado, capitaneada pela Prefeitura de Campinas, chegou a aventar a possibilidade de criação de um Consórcio da Região Metropolitana de Campinas, que, como vimos, esvaziou-se no decorrer do mesmo ano. Os impasses políticos fizeram com que o trâmite da Lei 19/91 na Assembléia Legislativa do Estado se estendesse até 1o de agosto de 1994. Mas o processo de institucionalização não terminou aí, pois é necessário ainda, para a viabilização das Regiões Metropolitanas, a aprovação de um projeto de Lei complementar que define os municípios que deverão compor essas regiões. É necessário, antes de mais nada, vontade política da nova administração estadual e da Assembléia Legislativa para propor, debater e aprovar a legislação complementar necessária à efetiva regionalização do Estado.

## **1.6 OS PRINCIPAIS PROJETOS METROPOLITANOS**

A futura Região Metropolitana de Campinas tem um enorme potencial de crescimento. Listamos a seguir alguns dos macro projetos de desenvolvimento que deverão definir o futuro perfil regional<sup>48</sup>:

- 1 - Prolongamento das rodovias dos Bandeirantes: o novo traçado ligando os municípios de Campinas e Cordeirópolis, deve incentivar o desenvolvimento de um novo corredor industrial, redefinindo os planos diretores de ocupação urbana em Hortolândia, Sumaré, Nova Odessa, Santa Bárbara D'Oeste e Limeira.

<sup>48</sup> Fonte: Correio Popular 8/05/94 pg.C3

- 2 - Ampliação da Replan: a inauguração da unidade de hidrotratamento, prevista para 1997, para a produção de diesel com baixo teor de enxofre, vai impulsionar indiretamente a ocupação industrial do eixo Paulínia- Cosmópolis- Artur Nogueira e Engenheiro Coelho.
- 3 - Corredor de exportação Ferroviário: a inauguração em abril de 1992, da variante Boa Vista, em Campinas, foi o primeiro passo para a interligação das Regiões de Araraquara e Bauru, super produtoras agrícolas, com o ramal exportador Uberaba- Santos. Com a iniciativa, a FEPASA pensa em aliviar a sobrecarga rodoviária de transporte de produtos agrícolas.
- 4 - Hidrovia Tietê-Paraná: o entroncamento hidroviário, que recebeu nas últimas décadas investimentos de US\$ 2 bilhões, permitirá o escoamento de produtos agrícolas, promovendo o desenvolvimento industrial nas regiões norte e oeste do Estado de São Paulo. A hidrovia, desta forma, deverá conter o fluxo migratório daquelas regiões para Campinas, que foi intenso entre as décadas de 60 e 80.
- 5 - Anel Viário de Campinas: vai permitir a interligação entre as rodovias D. Pedro I, Anhanguera, Bandeirantes e Santos Dumont, aliviando o estrangulamento do tráfego na Região Metropolitana.
- 6 - Ampliação dos Serviços do Aeroporto de Viracopos: o aeroporto registrou, nos últimos dois anos, uma pequena reação no movimento de passageiros e comemorou um acréscimo de 120% em seu movimento de cargas. Para os próximos anos, a Superintendência da INFRAERO, que administra o aeroporto, prevê um incremento da oferta das linhas regionais, ligando Campinas aos principais polos econômicos do país, e a instalação do entreposto de distribuição de produtos da Zona Franca de Manaus.
- 7 - Gasoduto Brasil-Bolívia: terá, se viabilizado, seu principal entroncamento entre as cidades de Campinas e Paulínia, impulsionando a ocupação industrial em toda a Região.
- 8 - Pequenas Centrais Hidrelétricas: projetadas pelas Estatais que administram a distribuição de energia na Região pretendem, com participação da iniciativa privada, complementar o suprimento da demanda energética de indústrias e residências. Outra opção de fonte energética deverá ser a lagoa de estabilização para o controle do fluxo d'água no rio Jaguari, projetada pelo Consórcio Intermunicipal das Bacias dos Rios Piracicaba e Capivari. Além de abrigar uma usina hidroelétrica, a lagoa redefinirá os sistemas de captação para abastecimento em Municípios como Campinas, Sumaré, Nova Odessa e Americana.

Tais projetos nos dão a dimensão das perspectivas de desenvolvimento que envolvem a RMC, ao mesmo tempo que nos trazem a dimensão da urgência de se promover um Planejamento Regional, que impeça a reprodução aqui, dos problemas que envolvem hoje a RMSP. Os problemas da região de Campinas ainda não assumiram a dimensão daqueles apresentados pela RMSP e, permitem acreditar nas possibilidades de equacionamento, face às potencialidades da região. Para isso, é necessário e urgente, não só a retomada de um processo de crescimento sustentado, mas também a construção de um novo modelo de desenvolvimento, capaz de reverter o quadro de profundas desigualdades sociais e estruturais hoje existentes, que se expressam também nas desigualdades entre os próprios municípios da RMC

É necessário, antes de mais nada, planejar este desenvolvimento segundo a lógica das necessidades da população, e não segundo a lógica dos interesses privados ou corporativos predominantes no interior do Estado. Novas formas de financiamento e gestão das políticas públicas devem ser desenvolvidas, de forma a adequá-las às diferentes realidades regionais, permitindo um tratamento integrado e, o que é prioritário, um padrão redistributivo / compensatório nas políticas urbanas/regionais e sociais. Isto só será possível, através de um modelo de desenvolvimento aliado a um processo de conquista da cidadania. Isto é, um processo

educativo e participativo, que permita a generalização e a consolidação das formas colegiadas de gestão num processo que, cada vez mais, capacite a nação brasileira para o exercício democrático e para a cidadania.

Neste processo de democratização das formas de gestão, é perfeitamente cabível os questionamentos feitos pelos Prefeitos da região, acerca da paridade do Conselho de Desenvolvimento Metropolitano. Se a dificuldade para se conseguir uma gestão mais democrática e participativa é vedada pela Constituição, talvez o caminho seja a revisão constitucional. O importante é que não se reproduzam as experiências de metropolização do período autoritário, nas quais há uma clara supremacia de um nível de Governo sobre os outros. De qualquer forma, a constituição do CDM pode significar um grande avanço democrático, no sentido de tornar mais amplo o espectro dos decisores e mais transparentes os processos decisórios.

Neste sentido, é de fundamental importância a discussão da pauta de prioridades, definidas pelos novos Prefeitos da região, antes mesmo da criação do CDM, buscando-se observar a consonância, ou não, das prioridades em relação aos macro projetos regionais, acima relacionados. Esta pauta, definida em maio de 1994<sup>49</sup> pelos Secretários de Planejamento dos Municípios da RMC, liderados por Campinas, consta de uma agenda mínima para que a futura Região Metropolitana venha a atender às reais necessidades e prioridades regionais:

. Reformulação tributária: a nova tributação deve garantir uma fonte permanente de recursos para obras públicas na região. Argumenta-se que os orçamentos dos municípios mais ricos da região são insignificantes para obras do porte das estações de tratamento de esgoto e estações de captação conjunta de água. O município de Campinas, por exemplo, tem um orçamento de US\$ 230 milhões de dólares, inferior ao da Unicamp ou à arrecadação de pelo menos dez empresas do município.

. O consumo de água das empresas deve ter uma tributação mais rigorosa para que o consumidor comum não arque com os custos pesados do abastecimento proveniente de bacias hidrográficas saturadas. Os grandes complexos industriais e usinas canavieiras, que se utilizam gratuitamente das águas de rios estratégicos para o abastecimento urbano, devem ser taxados de forma a obter-se recursos necessários ao financiamento das obras de despoluição das bacias.

. Devido ao grande número de trabalhadores que se deslocam diariamente de suas cidades para trabalhar em Municípios vizinhos, é de fundamental importância a modernização dos sistemas de transporte de massas e a criação de um sistema metropolitano de transportes.

Cabe ressaltar que, a questão da regionalização da saúde, objeto deste trabalho, não foi colocada pelos Secretários de Planejamento como prioridade regional. Isto se deve, a meu ver, ao fato de, tradicionalmente, não serem tratadas num mesmo fórum, questões pertinentes ao desenvolvimento urbano e ao desenvolvimento social.

O setor saúde, que vem de forma pioneira, no âmbito das políticas sociais, vivenciando um processo de descentralização, tem consciência de que a questão da regionalização é hoje um dos principais entraves à efetivação do SUS. Há um certo consenso entre os Secretários de Saúde da região, técnicos e estudiosos do setor, de que a falta de organização regional do sistema de

<sup>49</sup> Fonte: Correio Popular- 8/ 5/ 94

saúde<sup>50</sup> é um dos principais obstáculos a serem vencidos para se garantir maior eficiência ao Sistema Único de Saúde na região de Campinas.

Além das prioridades regionais destacadas acima, é necessário ampliar a agenda de discussão dos políticos locais e regionais, introduzindo outros importantes temas ligados à regionalização, tais como:

- os efeitos do colapso do padrão de crescimento industrial, que prevaleceu até meados dos anos 80, sobre uma política de interiorização do desenvolvimento, assentada na complementação da infra-estrutura viária e na atração de investimentos por parte dos municípios. A necessidade de se buscar uma ação conjunta dos municípios que desfaça, em benefício da coletividade, os mecanismos de disputa por novas plantas industriais, que acabam por onerar as finanças municipais, prejudicando o conjunto dos municípios.
- a necessidade de aproximação entre as iniciativas públicas e privadas na definição de uma política de desenvolvimento regional. A perspectiva de retomada do crescimento industrial, face aos desafios tecnológicos que se impõem para a modernização do parque industrial nacional e sua inserção competitiva no mercado mundial, apontam para a consolidação na região do pólo de indústrias de alta tecnologia na área de informática, micro-eletrônica, telecomunicações e química fina. Embora Campinas ofereça excepcionais condições para tanto, dentre as quais se destaca a concentração de Centros de Pesquisa & Desenvolvimento,<sup>51</sup> é necessário e urgente uma revisão da política dos Polos Tecnológicos.
- uma reformulação tributária, que reduza as diferenças brutais de captação de recursos entre dois grupos distintos de municípios inseridos na realidade metropolitana: de um lado, as cidades que, por seu potencial industrial conseguem oferecer infraestrutura urbana e de serviços à maior parte da população (caso de Campinas, Americana, Paulínia, Valinhos e Vinhedo) e, de outro, municípios que sofrem com grande parte dos domicílios sem abastecimento de água, esgotamento sanitário, energia elétrica, etc. (como Sumaré, Hortolândia e Santa Bárbara D'Oeste, Cosmópolis, Santo Antonio de Posse, Monte-Mor, Engenheiro Coelho e outros), uma vez que possuem arrecadações incompatíveis com a demanda por serviços públicos essenciais.

A discussão de tal agenda teria como fórum privilegiado o Conselho de Desenvolvimento Metropolitano, fundamental tanto na definição e priorização dos futuros investimentos para municípios/regiões onde se concentram as maiores deficiências, como na promoção de políticas compensatórias, que persigam um maior equilíbrio sócio-econômico e tributário entre os municípios da região. Seu papel permitiria uma visão mais integrada das prioridades regionais no campo das políticas urbanas, sociais e, sobretudo, no estabelecimento de uma política regional de desenvolvimento, que promova uma efetiva integração de esforços entre os municípios da região.

<sup>50</sup> Ver Diagnóstico das principais funções de interesse metropolitano DAI /EMPLASA /1992

<sup>51</sup> Como evidência o trabalho "A nova realidade da indústria paulista...São Paulo" NESUR/UNICAMP, além de um contexto econômico e social adverso, tem sido pequena a prioridade dada pelo poder político local à política de polos tecnológicos, dado que esta não tem propiciado dividendos importantes, funcionando mais como uma imagem, construída por pessoas egressas da Universidade, do que como um efetivo instrumento de mobilização do potencial científico, tecnológico e industrial da região. O maior problema das políticas propostas pelos polos é a escassa aderência à dinâmica industrial regional. Esta situação se traduz na pequena repercussão das iniciativas dos polos junto aos setores mais dinâmicos da economia local e regional e ao poder público municipal.

**CAPÍTULO II- A REFORMA SANITÁRIA DOS ANOS 80 E AS TRANSFORMAÇÕES NO SISTEMA DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO**

## **2.1 A REFORMA SANITÁRIA DOS ANOS 80 - NOVOS ARCABOUÇOS INSTITUCIONAIS**

### **2.2 AS TRANSFORMAÇÕES NA ÁREA DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO NA DÉCADA DE 80**

2.2.1 Reformas Administrativas

2.2.2 Modelo Assistencial

### **2.3 AS DIFERENTES ETAPAS DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO**

2.3.1 Introdução

2.3.2 Periodização

2.3.3 A Busca de Alternativa Municipais e o Movimento Municipalista da Saúde

2.3.4 A Municipalização no Contexto das AIS

2.3.5 A Municipalização no Contexto do SUDS

2.3.6 A Municipalização no Contexto do SUS

2.3.7 A Municipalização no Contexto da "Recentralização"

## 2.1 A REFORMA SANITÁRIA DOS ANOS 80: NOVOS ARCABOUÇOS INSTITUCIONAIS

O debate em torno da necessidade de reformulação da política de saúde se acentua no final da década de 70, tendo um marco importante na VII Conferência Nacional de Saúde, que inspirou o Plano Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE). A ênfase dessa proposta recaía sobre a universalização dos serviços básicos de saúde, sob a responsabilidade do setor público.

Tendo enfrentado forte oposição do setor privado, que a considerava uma proposta estatizante, o PREVSAÚDE nunca foi implementado.

No início da década de 80, em decorrência da crise financeira da Previdência Social, motivada pela conjuntura recessiva, criou-se, por Decreto Presidencial, um Conselho Consultivo - o Conselho Nacional da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), com o objetivo de propor medidas que racionalizassem os gastos com assistência médica.

Em 1982, o resultado desse trabalho constituiu-se num plano que era uma simplificação do PREVSAÚDE. Esse plano propunha medidas racionalizadoras, dentre as quais destaca-se a criação das AIHS - Autorização de Internações Hospitalares, que visavam o controle do gasto com assistência hospital<sup>52</sup> que até então consistia, basicamente, na compra de serviços do setor privado mediante fatura.

No âmbito ambulatorial, a proposta de racionalização consistia nas Ações Integradas de Saúde (AIS), cuja implementação iniciou-se em 1983. As AIS constituíram-se em um momento importante na reorganização do sistema de saúde, pois significaram um primeiro passo no redirecionamento dos recursos públicos do setor privado para o setor público. Tinham por objetivo integrar os serviços das várias instituições públicas, através de seus recursos físicos, financeiros e humanos, de forma a permitir, através dos convênios realizados, uma gestão integrada dos recursos públicos existentes.

Para a Previdência Social as AIS possibilitaram a compra de serviços de hospitais, postos e centros de saúde municipais e estaduais a preços muito inferiores (cerca da metade) que os do setor privado. Para estados e municípios, as AIS acabaram funcionando, como instrumentos de financiamento de suas redes, servindo para alguns, como um estímulo para um "despertar" para a assistência à saúde<sup>53</sup>. Era um dinheiro novo que possibilitava, não só a melhoria das redes ambulatoriais, como também propiciou aos municípios maior segurança em relação às suas possibilidades de prestar serviços mais resolutivos, contando agora com retaguarda laboratorial, e expandindo a assistência ambulatorial em diversas especialidades, inclusive odontologia.

As medidas racionalizadoras propostas pelo CONASP abriam caminho para mudanças de maior profundidade no setor.

É importante observar que haviam duas concepções diferentes de Reforma Sanitária presentes no debate dos anos 80: a que concebia a Reforma Sanitária como necessidade de racionalização dos

<sup>52</sup> Objetivava-se uma racionalização nos gastos previdenciários, através de um maior controle do setor privado, inibindo a prática de faturar internações, cirurgias e atos desnecessários que visavam apenas aumentar o faturamento.

<sup>53</sup> Os limites do potencial transformador das AIS foram dados, entretanto, pela própria resistência da tecnoburocracia do INAMPS, temerosa da alteração do "status quo" da própria instituição, em benefício de estados e municípios.

gastos previdenciários com assistência médica e, a que a concebia como uma necessidade de reformulação mais profunda do sistema de saúde.

A corrente "racionalizadora" acabou abrindo caminho para o "movimento sanitário", que defendia reformulações estruturais no sistema de saúde. Ambas as correntes acabavam por se encontrar em várias formulações, tornando a década de 80 um período rico em transformações no campo da saúde pública.

Em 1985, no contexto da redemocratização do país, surgiram as propostas da Comissão Para o Plano de Governo (COPAG) e o I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República (I PND), que reafirmavam a necessidade de reorganização do sistema de saúde. A Nova República trouxe profissionais que até então defendiam a Reforma Sanitária no seio da sociedade civil para ocuparem cargos importantes nos Ministérios da Saúde e Previdência Social.

Em pleno clima de euforia da Nova República, e contando com intensa participação dos setores organizados da sociedade, em março de 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foram lançados os marcos históricos do Movimento Municipal de Saúde.

Naquele momento, nem mesmo as lideranças sanitárias mais progressistas<sup>54</sup> tinham plena consciência da força e da extensão do movimento municipalista na área da saúde<sup>55</sup>. Em função disso não havia espaço no temário da VII Conferência para o movimento municipalista, o que fez com que os Secretários Municipais se reunissem paralelamente ao Plenário e às Comissões da Conferência, produzindo um documento que foram apresentados em plenário através de um "Relatório Final". Desse documento destacam-se duas importantes recomendações: que todos os Estados compusessem os seus Colegiados de Secretários Municipais e que estes Colegiados trabalhassem no sentido de compor o que viria a ser o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde-CONASEMS.

Ou seja, a idéia do CONASEMS foi lançada pelo movimento municipalista paralelamente à VIII Conferência Nacional de Saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco fundamental na conquista de um sistema de saúde que voltasse os recursos públicos na área da saúde realmente para os interesses da população, em detrimento daqueles setores privados, que haviam se beneficiado deles até então.

Foi uma verdadeira inflexão de rumos na direção daqueles setores mais comprometidos com a saúde da população. Destarte, a VIII Conferência estabeleceu um conjunto de princípios e propostas para a Reforma Sanitária:

- . unificação dos órgãos responsáveis pela saúde, com a transferência, no âmbito federal, das atribuições do MPAS para o Ministério da Saúde (MS)
- . integração das esferas de Governo Federal, Estadual e Municipal
- . descentralização progressiva do sistema
- . universalização do atendimento

<sup>54</sup> As lideranças mais progressistas, embora não representassem as forças hegemônicas nas instituições a que pertenciam (MS, MPAS, Universidades, Congresso, SES) haviam tido força suficiente para articular a VIII CNS.

<sup>55</sup> Expressão desta força do movimento municipalista da saúde foi a alteração do número de delegados oficiais que representavam os municípios, que passaram de 12 para 84 na VIII CNS.

- .. regionalização e hierarquização do sistema, segundo a complexidade das unidades
- . fortalecimento do setor público e atuação do setor privado de forma complementar ao setor público
- . participação da sociedade através dos Conselhos de Saúde

Em agosto de 1986 foi criada a **Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS)**, através de portaria interministerial, com o objetivo de dar sequência às recomendações da VIII Conferência.

Era uma Comissão pluralista, com representantes dos três níveis de Governo, das Universidades, dos trabalhadores em saúde, do recém constituído CONASEMS e do setor privado de saúde. A CNRS trabalhou intensamente durante um ano, produzindo uma proposta de sistema de saúde que ratificava e detalhava os princípios da VIII Conferência, servindo de base tanto para as discussões da Assembléia Nacional Constituinte, que formulou e aprovou a seção saúde da Constituição, como para a formulação da Lei Orgânica de Saúde-LOS.

Tais propostas reafirmavam a **saúde como direito de cidadania**, bem como a responsabilidade do setor público pelas ações e serviços de saúde, assegurando também a necessidade de **reorganização do Sistema Nacional de Saúde**, segundo os princípios da universalização, participação social, integralidade das ações, descentralização e unicidade de comando em cada nível de governo.

A CNRS subsidiava também a criação da nova lei do Sistema Nacional de Saúde. No campo organizacional propunha a **integração interinstitucional**, com uma única instituição pública respondendo pelo setor saúde, a cada nível de Governo. Propunha também a distritalização, isto é, a organização do sistema segundo **Distritos Sanitários**<sup>56</sup>, e a criação de **Fundos de Saúde**, que englobassem todos os recursos destinados ao setor, em cada nível de Governo. A gestão desses Fundos caberia ao Governo do nível correspondente com a participação de usuários e prestadores de serviços.

Na reordenação funcional do sistema de saúde, além da unificação, a CNRS defendia a descentralização, vista como uma melhor distribuição de funções e recursos financeiros que deveria ser feita através de uma reforma tributária, que distribuisse melhor os recursos entre as esferas de governo, garantindo maior autonomia de gasto a estados e municípios. Defendia ainda a necessidade de maior volume de recursos para a saúde, que garantisse a universalização.

As propostas da CNRS foram incorporadas ao anteprojeto da Comissão da Ordem Social. Essa Comissão, entretanto, acabou alterando significativamente algumas dessas propostas, à medida que propôs a criação de um Fundo Nacional de Seguridade Social, depois substituído, na **Comissão de Sistematização**, pela proposta de **Orçamento da Seguridade Social**.

A inserção da Saúde no contexto da seguridade social, definida como "um conjunto de ações voltado para assegurar os direitos sociais relativos à Saúde, Previdência e Assistência Social" apontava, entretanto, para a manutenção do vínculo previdenciário, uma vez que seu financiamento foi pensado para o conjunto das áreas. Por essa proposta, o financiamento da saúde contaria com um mínimo de 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social e com recursos de receitas de estados e municípios. No entanto, isso não ficou definido constitucionalmente, a não ser nas disposições transitórias.

<sup>56</sup> distritos sanitários constituem-se em unidades administrativo-funcionais para prestação de serviços básicos de saúde, em determinada área geográfica.

Paralelamente à Constituinte, o movimento sanitário avançava através de articulações com os novos Governos Estaduais, recém eleitos. No bojo do movimento sanitário, o MPAS desencadeou junto a alguns governos estaduais mais aderentes ao movimento, uma proposta de um Convênio inédito, que seria um aprofundamento do Convênio das AIS.

Em julho de 1987 foi criado pelo decreto nº 94657 o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS). A criação do SUDS decorreu da necessidade de serem estabelecidas diretrizes que possibilitassem a consolidação das AIS e acelerassem o processo de implantação do SUS. Foram incorporadas as propostas da CNRS, referentes à organização da saúde, particularmente aquelas que propunham a unificação das ações e dos serviços em nível estadual, enquanto estratégia para implementar a unificação da saúde em seus vários níveis. Dessa forma, o SUDS se propunha a ser uma estratégia de avançar através dos espaços de menor resistência política, em direção à reformulação do Sistema.

Cabe ressaltar que a resistência política do nível federal ao processo de descentralização tinha um forte "QG" no INAMPS. Essa reação era originada por dois tipos de interesses:

interesses privados de redes de laboratórios, ambulatorios e hospitais, cristalizados dentro do INAMPS, constituídos através de décadas de um relacionamento baseado em pagamentos de faturas, sem nenhum compromisso com os resultados em termos de saúde pública.

interesses da tecnocracia do INAMPS, que buscava a manutenção de um status quo, garantido através de adicionais e vantagens relativas a cargos de direção, supervisão, auditorias, etc, e eram pouco operativos.

A implantação do SUDS rompia parcialmente com essa situação à medida que promovia a "estadualização" da Saúde, viabilizada através de convênios entre o INAMPS e as Secretarias Estaduais de Saúde-SES.

A gestão do SUDS nos estados coube às CIS-Comissões Interinstitucionais de Saúde, contando, algumas vezes, com o apoio do Conselho Estadual de Saúde.

Através desses convênios, o MPAS revia a política de compra de serviços desses estados e municípios a baixo preço, passando a repassar recursos referentes à atenção ambulatorial para que eles o gerissem. Esses recursos ambulatoriais passaram a ser distribuídos não mais por unidades prestadoras, mas agora por Municípios, que tinham uma boa margem de gestão sobre os recursos.

Embora o sistema de pagamento centralizado das internações hospitalares, via AIHs fosse mantido, os estados, que tinham competência administrativa e gerencial, passaram a ter uma certa participação também na distribuição das AIHs

Esses convênios eram diferenciados entre os estados, de acordo com o peso político de cada um e com a capacidade gerencial de cada SES. Dessa forma, as SES podiam absorver mais ou menos atribuições do Inamps.

No caso de São Paulo, os recursos ambulatoriais eram repassados integralmente e este redistribuía estes recursos para os municípios e para o setor privado. São Paulo, de forma pioneira no país, passou a priorizar o setor ambulatorial público em detrimento do setor privado, particularmente aqueles mercantilizados, que fraudavam o INAMPS, economizando, assim recursos que puderam ser dirigidos para as redes municipais de saúde.

Em 1988, influenciada pela força do movimento sanitário e pelas experiências de descentralização da saúde, que vinham se desenvolvendo em São Paulo, a Constituinte consagrou um capítulo específico da Constituição à Saúde, fato inédito até então, e reconheceu as necessidades de

profundas mudanças, encampando, em termos gerais, as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde.

A Constituição institucionalizou, desse modo, os princípios que nortearam o PREVSAUDE e que embasaram importantes momentos de reorganização do Sistema, como as AIS e o SUDS. Na Constituição, a saúde passou a ser um dos componentes da seguridade social. Reafirmou-se a universalidade da assistência, à medida que foi vista como um direito de todos e um dever do Estado.

No que se refere a sua organização, a Constituição introduziu um novo modelo organizacional. As ações e serviços públicos passaram a constituir um **Sistema Único de Saúde (SUS)** e integraram uma rede regionalizada e hierarquizada. Reafirmaram-se as diretrizes de 1) descentralização<sup>57</sup>, com direção única em cada esfera de Governo<sup>58</sup> 2) atendimento integral, com prioridade para as práticas preventivas, mas sem prejuízo dos serviços assistenciais e 3) participação da comunidade.

As mudanças constitucionais no campo da saúde e nos demais campos das políticas sociais (com exceção da Reforma Agrária), refletiam o ambiente de participação social e pareciam romper o "padrão" anterior: excessivamente centralizado e autoritário, seletivo (no plano dos beneficiários), heterogêneo (no plano dos benefícios) e fragmentado (institucional e financeiramente).

O novo sistema, que se delineava no plano constitucional baseava-se em estratégias de descentralização e desconcentração do poder de decisão e gestão do nível federal para as outras esferas de governo, construção de uma lógica de financiamento que fortalecia esses níveis de governo e criação de estruturas de participação de segmentos organizados da sociedade nas instâncias decisórias.

Os avanços deste período, que vão das AIS ao SUS, passando pelo SUDS, se dão no bojo de um movimento social muito intenso, que lutava pelas liberdades democráticas e desaguava na Constituição cidadã, base jurídico-legal dos que deveriam marcar uma nova etapa da sociedade brasileira, na qual o desenvolvimento se faria com justiça social, através de mecanismos compensatórios de distribuição de renda.

Isso foi viabilizado por uma correlação positiva em favor das forças sociais, que almejavam pela democratização e mudança, e acabaram imprimindo um caráter reformador à Constituição. No entanto, após a promulgação da Carta, em outubro de 1988, essas forças se desmobilizariam, surpreendidas, inclusive pela morte do Presidente eleito e ascensão do vice José Sarney, que acabou viabilizando a retomada das forças conservadoras, à partir de 1989.

O adiamento do processo eleitoral, com a prorrogação do mandato do Presidente Sarney para 5 anos, foi uma estratégia das forças mais retrógradas da sociedade, no sentido de ganhar o tempo necessário à sua rearticulação, de forma a definir novas estratégias de manutenção do poder. Essas estratégias foram construídas em torno de um jovem político, cujo eficiente marketing

<sup>57</sup> No que se refere à descentralização é interessante observar que no período final da Nova República, a grande instância de interlocução do governo federal era o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), que representava o poder da política dos Governadores nas negociações com o governo federal. Com a eleição de Collor, as articulações passaram a ser realizadas com Prefeitos e lideranças regionais. Na área da saúde essa nova fase ficou marcada pela substituição do CONASS pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASSEMS), nas negociações do processo de descentralização em saúde.

<sup>58</sup> Com este objetivo, promoveu-se a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, no bojo da Reforma Ministerial do Governo Collor (março de 1991) e a sua extinção, em julho de 1993, sendo suas funções absorvidas pela Secretaria Nacional de Ações de Saúde (SNAS) do MS.

político o transformou numa imagem de renovação e moralismo, que buscava corresponder aos anseios da sociedade brasileira.

Essa rearticulação das forças conservadoras, teve como primeira consequência no campo da saúde o adiamento da Lei Orgânica da Saúde-LOS que deveria secundar a Constituição. A Constituição dava um prazo de 180 dias para que isso ocorresse, tendo a LOS sido adiada sucessivas vezes juntamente com a regulamentação das demais conquistas sociais.

Nesse período, vivenciava-se um clima de retrocesso, com o Governo Sarney mergulhado em um verdadeiro "mar de lama"<sup>59</sup>.

Somente em agosto de 1990, o Congresso aprovou a versão final da LOS (Lei 8080/90) que, entre outros aspectos relevantes, definiu as responsabilidades de cada nível de governo, tanto de âmbito comum (planejamento, financiamento e controle), como as específicas. Como incumbência primária do município determinou a execução das ações e a gestão dos serviços de saúde. Atribuiu aos estados, nesse particular, apenas o que o município fosse incapaz de assumir e, ao Ministério da Saúde, apenas o que estivesse acima do nível estadual de competência.

Uma das mais importantes modificações, em relação ao financiamento do setor saúde, introduzida pela LOS foi o estabelecimento de critérios para distribuição de recursos financeiros da esfera federal para as instâncias estaduais e municipais

Esses critérios deveriam basear-se:

- no perfil demográfico;
- no perfil epidemiológico;
- nas características qualitativas e quantitativas da rede de saúde;
- no desempenho técnico, econômico e financeiro;
- no nível de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- na previsão do Plano Quinquenal de Investimentos;
- no ressarcimento do atendimento prestado a outras esferas de Governo

A LOS acrescentou ainda que, independentemente de qualquer procedimento prévio, metade dos recursos destinados a estados e municípios seriam distribuídos com base em critério populacional.

No entanto, com vitória das forças conservadoras, expressa na eleição do Presidente Collor, observa-se, ainda em 1990, o veto presidencial a uma série de itens, principalmente aqueles relativos ao financiamento do SUS e aos mecanismos de participação da sociedade civil no gerenciamento do SUS. Tais vetos retiravam da LOS a instituição da transferência automática de recursos para estados e municípios, obstaculizando e postergando a definição dos mecanismos de financiamento, que concediam à esfera municipal um papel fundamental e cada vez mais autônomo de definição dos rumos da política de saúde. Também foram vetados os itens ligados aos mecanismos de participação social no gerenciamento do sistema.

<sup>59</sup> Desbaratava-se um amplo esquema de corrupção e favorecimentos institucionalizado, que teve sua expressão máxima na SEHAC, cujo eixo central de atuação era uma política social assistencialista, realizada à base de clientelismo e corrupção

Por pressão das forças democráticas, os vetos presidenciais acabaram sendo reexaminados e os dispositivos que feriam as atribuições constitucionais do poder Executivo foram recuperados no Projeto de Lei enviado pelo Presidente da República e aprovado pelo Congresso Nacional, dando origem à Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990 que, junto com a Lei 8080, passaram a compor a LOS.

Dentre os principais aspectos da LOS destacam-se:

em relação ao processo de **gestão**, o SUS contaria em cada esfera de governo, com **duas instâncias colegiadas**: as **Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde**<sup>60</sup>

quanto às transferências intragovernamentais, instituiu-se que os recursos destinados às ações e serviços de responsabilidade de estados e municípios, seriam repassados de forma automática e regular, de acordo com os critérios estabelecidos pelo artigo 35 da LOS. Contudo, enquanto tais critérios não fossem regulamentados, as transferências obedeceriam apenas ao critério populacional.

dispunha também sobre a criação dos Fundos de Saúde e sobre os requisitos para o repasse automático dos recursos aos municípios.

os recursos a serem repassados, de forma regular e automática a estados, municípios e Distrito Federal, seriam aqueles alocados para a cobertura de ações e serviços de saúde, a serem implementados por tais níveis de governo. A Lei assegurava que 70% dos recursos seriam destinados a municípios e o restante aos estados, evidenciando assim claramente a prioridade dada à municipalização. Foram excluídos os recursos do Fundo Nacional de Saúde referentes a despesas de custeio e capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades de administração direta e indireta, investimentos de iniciativa do Poder Legislativo, aprovados na Lei do Orçamento pelo Congresso Nacional, e investimentos do Plano Quinquenal do Ministério da Saúde.

As condições de aplicação do conteúdo da LOS (Leis 8080 e 8142) deveriam ser regulamentadas através de portarias ministeriais. No entanto, ao invés de regulamentar a LOS, a edição pelo MS e INAMPS da NOB/1/91 e suas portarias correlatas, acabaram, no mesmo ano de aprovação da LOS (1990), promovendo a "recentralização". Isso se deu através do estabelecimento de uma nova sistemática de transferências intragovernamentais, que feriam frontalmente alguns importantes pressupostos constitucionais e através do refortalecimento do INAMPS, que passou a concentrar novamente funções que vinham, até então, sendo desenvolvidas pelos estados e municípios.

As novas portarias da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS) do Ministério da Saúde<sup>61</sup> e a resolução nº 258 do INAMPS<sup>62</sup>, que aprovou a Norma Operacional Básica do SUS

<sup>60</sup> A portaria 001/91 do INAMPS definiu que 70% dos recursos a serem repassados aos estados e municípios deveriam ser destinados aos últimos. Foi facultado a eles o estabelecimento de consórcios para a execução de ações e serviços de saúde, remanejando entre si os recursos destinados a cada um individualmente. Como condição para o recebimento dos recursos estados e municípios devem contar com Fundo de Saúde, Plano de Saúde, Relatórios de Gestão, que permitam o controle previsto na LOS, com contrapartida de recursos no respectivo orçamento e com Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (previsto o prazo de dois anos para sua implantação).

<sup>61</sup> Portarias 15,16,17,18,19 e 20

(N.O.B./SUS) nº1/91 modificaram significativamente as formas de financiamento do setor saúde, através do Governo Federal.

À despeito de toda Legislação de cunho descentralizador, promovia-se "ao arrepio constitucional" a "recentralização" através do controle financeiro centralizado do SUS. Essas normatizações representaram uma reação às conquistas constitucionais, regulamentadas na LOS. Na prática, igualaram o setor público e o privado, enquanto prestadores de serviços. Os governos estaduais foram praticamente aliados do SUS, com o estabelecimento de uma relação direta entre o nível central e os municípios, com desprezo pela estrutura federativa nacional.

A autonomia municipal também foi ferida em diversos dispositivos, que serão analisados mais à frente.

Em outras palavras, o conjunto dessas normas e portarias promoveu uma "recentralização" da gestão a nível federal. Transformou o SUS em letra morta ou, como parece ser tradição neste país, em mais uma Lei natimorta. Era mais que isso, o que se promovia, na prática, era um verdadeiro desmanche das conquistas sociais e da utopia de construção de uma nova sociedade alicerçada em um maior grau de justiça social. Para isso era necessário contrarrestar as diretrizes de descentralização restringindo o papel de estados e municípios, num movimento oposto ao da implantação do SUS. Ao tratar municípios, estados e setor privado como meros prestadores de serviços, o governo federal retirou, em boa medida, a capacidade de planejamento e mesmo de condução de uma política de saúde mais autônoma por parte dos Estados e municípios, mutilando, dessa forma, o desenho original do SUS e, portanto, a própria Constituição.

Essas normas passaram a regulamentar os repasses de recursos financeiros do INAMPS para os prestadores através: 1) da implantação de um sistema de pagamento baseado na produção de serviços, inclusive para a rede pública, de acordo com uma tabela de procedimentos fixada pelo governo federal, 2) da limitação dos gastos com atendimento ambulatorial, mediante definição de tetos para cada estado, baseados em valores per capita estipulados pelo próprio INAMPS (Unidades de Cobertura Ambulatorial-UCAS), 3) da igualdade entre os pagamentos dos procedimentos em toda a rede, extinguindo índices de valorização, à exceção dos hospitais universitários, nos quais incidiria um índice com critérios modificados, que contemplariam apenas as internações hospitalares.

As transferências de recursos financeiros do INAMPS para os prestadores passaram a ser realizadas através de 4 modalidades básicas:

- . SIH/SUS-Sistema de Informações Hospitalares para o pagamento de internações para os serviços públicos e privados, de forma igualitária, à partir de agosto de 1991, à exceção dos HUs, que preenchessem determinados requisitos. Há uma definição de tetos de AIHs mensais por unidades federadas

- . SIA/SUS-Sistema de Informações Ambulatoriais, para o pagamento de todos os serviços (públicos e privados)<sup>63</sup>.

- . UCA-Unidades de Cobertura Ambulatorial, que constituem-se em tetos financeiros para os recursos destinados às atividades ambulatoriais de cada estado. Possuíam seis valores diferentes, (variando de um estado para outro) que

<sup>62</sup> Foram publicadas pelo Diário Oficial da União (DOU) de 10 de janeiro de 1991

<sup>63</sup> O processamento do Sistema de Informações de ambos é realizado pelo Centro de Informações da Saúde-CIS da SES, o qual gera o pagamento das unidades de saúde, de acordo com a produção/fatura, que é coberta diretamente pelo MS.

leva em conta variáveis como capacidade instalada, volume da população, cobertura pelos planos privados de saúde, etc. O valor encontrado é multiplicado pela população total do estado, determinando o valor global a que cada um tem direito. O atendimento ambulatorial realizado por cada estado é pago até o limite desse teto. A sobra de recursos é distribuída entre Estado (30%) e Municípios (70%), segundo critério populacional.

. SIOP/SUS-Sistemas de Informações de Órteses, Próteses e Materiais Especiais para o pagamento de tais produtos, fixados através de tabela de preços.

O conteúdo expresso na NOB 91 e no conjunto de portarias da SNAS/MS instituiu a generalização e uniformização dos mecanismos de pagamento para todos os integrantes do sistema, sejam públicos ou privados, segundo critérios de eficiência. Na prática, essas portarias implementaram o pagamento realizado a partir da comprovação do serviço prestado. Ao avocar para si o controle financeiro, seja através da manipulação das tabelas de pagamentos, do estabelecimento dos valores e cotas de AIHs e UCAs, ou ainda, pela própria forma de realização dos pagamentos, o governo federal acabou por avocar para si próprio, o controle do sistema. Essas medidas acabaram por desvirtuar o papel dos governos estaduais e municipais, retirando-lhes competências existentes à época do SUDS e aprisionando-os às normas editadas centralmente.

Esse novo sistema de financiamento se baseou num conceito de produção de serviços e de investimentos por projetos, não contemplando as ações de saúde coletiva, como vigilância epidemiológica e sanitária, saúde do trabalhador, controle do meio ambiente, educação em saúde, etc. Também não considerou as atividades de capacitação e treinamento, nem atividades de ciência e tecnologia em saúde.

À despeito do retrocesso característico desse período, houve alguns avanços técnicos, no que se refere à implantação das AIHs, também para os hospitais públicos e no aumento relativo do conjunto dos recursos destinados às atividades ambulatoriais que, ao final do Governo Collor, pela primeira vez na história do INAMPS, acabaram suplantando o montante de recursos destinados à assistência hospitalar.

Entretanto, essa fórmula propiciou a retomada de distorções históricas do sistema, como o fato dos prestadores escolherem os procedimentos mais convenientes em termos de remuneração, independentemente das demandas existentes e uma série de outros desvios produtivistas, que serão evidenciados no capítulo III deste trabalho: o excesso de consultas de urgência/emergência e de procedimentos complementares, solicitados em função de critérios extra-técnicos vis à vis ao desinteresse dos prestadores pelas ações educativas e preventivas de saúde.

É importante destacar alguns outros aspectos contraditórios da N.O.B /91 em relação ao texto Constitucional.:

somente os recursos do INAMPS foram objeto dessa normatização. Na verdade, esses recursos deveriam compor o Fundo Nacional de Saúde, cujos repasses deveriam ser objeto de normatização.

ao contrário do que se anunciou com a aprovação da Lei 8142, os recursos para custeio das ações ambulatoriais e internações continuaram dependendo de convênios e termos aditivos, firmados com estados e municípios. Esses convênios tornaram-se instrumentos de negociação política entre o governo federal e os governos locais. Os recursos a serem repassados, na ausência de regulamentação do artigo 35 da LOS, deveriam ser transferidos às demais esferas de Governo, através de critérios populacionais, até que novos critérios

de repasses fossem definidos e não através de convênios, como vinha sendo feito.

embora o critério populacional seja levado em conta nas transferências relativas às UCAs, esses recursos são residuais em relação ao volume total de recursos, que são canalizados diretamente do INAMPS aos prestadores através de pagamento por procedimento ambulatorial e hospitalar. E é este fluxo direto que envolve a maior parte dos recursos do SUS, que caracteriza o processo de "recentralização" da gestão do SUS, à medida que compromete a autonomia de gestão e a unicidade de comando nas esferas estadual e municipal.

A autonomia municipal também foi arranhada quando tais normas passaram a exigir requisitos para a concessão do repasse aos municípios que, embora importantes são de difícil concessão no curto prazo, particularmente para municípios pobres e de pequeno porte. Esses requisitos são:

- . Fundo Municipal de Saúde
- . Conselho Municipal de Saúde
- . Plano Municipal aprovado pelo Conselho e Poder Executivo
- . Programação e Orçamento em Saúde
- . Relatório de Gestão Local (Desempenho Assistencial, Gerencial e Financeiro)
- . contra partida de um mínimo de 10% do Orçamento Municipal
- . constituição de Comissão para elaboração do PCCS (Plano de Carreira) com prazo de dois anos para implantação

Cabe ressaltar que, em relação à exigência de contrapartida de no mínimo 10% do orçamento municipal para a saúde, embora a preocupação fosse legítima, caracterizou mais uma intromissão na autonomia municipal. A Constituição Federal e a LOS não definiram percentuais de recursos para a saúde, exceto nas Disposições Transitórias da Constituição, até que fosse aprovada legislação complementar.

Não houve nenhuma definição de critérios no tocante às regras relativas ao repasse de recursos para investimentos. estados e municípios continuaram dependendo da aprovação pelo Ministério da Saúde de seus projetos ou das propostas do Legislativo aprovadas na Lei Orçamentária. Isso significa que, na prática, os gastos de capital continuaram submetidos à critérios de negociação política.

Outro aspecto centralizador importante da N.O.B./91, que diz respeito diretamente ao tema deste trabalho, é o relativo ao fluxo de recursos para consórcios de municípios, pois a definição dos remanejamentos para atender a referência de pacientes para o Município-polo depende do MS, quando esta é função típica do gestor estadual, a quem cabe coordenar as ações intermunicipais e inter-regionais no estado. Também importante do ponto de vista da regionalização é a extinção dos Índices de Valorização Hospitalar (IVH) e de Valorização de Desempenho. A extinção desses índices estabeleceu um nivelamento entre prestadores, extinguindo um importante instrumento de regionalização e hierarquização.

Aliado a este quadro de "recentralização" do SUS aprofundaram-se as dificuldades financeiras à partir de 1991, que se expressaram na desvalorização, em termos reais, das tabelas de procedimentos e atrasos na efetivação dos pagamentos.

Na prática, não obstante a existência de uma Lei Orgânica da Saúde, o SUS passou a vigir, nesse período, segundo a regulamentação editada pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS) do Ministério da Saúde.

A portaria n. 234 de 7 de fevereiro de 1992, conhecida como NOB/SUS/92 complementa a NOB/SUS/91, e institui alguns novos mecanismos de repasse. Na verdade, esses novos mecanismos de repasse significaram "a divisão do mesmo bolo em mais fatias", dando a ilusão aos estados e municípios de que se tratavam de recursos novos. Os novos mecanismos de repasse acirraram a disputa entre eles, desviando-os, muitas vezes, da luta principal, pela alocação de mais recursos para a saúde.

A NOB/92 buscava esclarecer os critérios de distribuição das AIHS estaduais ou sob gestão da SES. Estas podem ser distribuídas entre a SES e as SMS de duas maneiras: pelo planejamento integrado, consolidado no Plano Estadual de Saúde e aprovado pelos CONSEMS e Conselho Estadual, ou, de forma matemática, distribuindo diretamente aos municípios gestores o correspondente a 80% de seu quociente populacional e repassando o restante à SES. A distribuição das AIHS entre os prestadores deverá ser feita pelos municípios gestores, cabendo ao estado as AIHS estaduais e as dos municípios não gestores.

Em termos de financiamento ambulatorial, a Guia de Autorização de Pagamento (GAP) foi substituída pelo SIA/SUS-Sistema de Informações Ambulatoriais. Não houve mudanças neste sistema de financiamento das atividades ambulatoriais, cuja celebração de contratos com o setor privado é feita pelas SMS e cujo teto era estabelecido pelo nível federal, através da multiplicação da população de cada unidade federada pela UCA correspondente, estabelecida pelo MS. Os resíduos obtidos entre o valor do teto e o que foi efetivamente gasto, era transferido às SES (30%) e às SMS (70%), divididos também segundo critérios populacionais. Os municípios que não atenderam aos critérios estabelecidos pela Lei 8142/90, têm os resíduos que lhes seriam destinados, repassados à SES.

São criados dois novos fatores de estímulo:

1. fator de estímulo à Municipalização (FEM), que se caracterizava como um repasse de recursos de custeio aos municípios efetivamente "municipalizados", ou seja, que atendiam o requisito da LEI 8142/ 90 para o repasse regular e automático dos recursos federais. Seu valor correspondia a 5% da UCA estadual vezes a população municipal, dividido por 12 meses.
2. fator de estímulo à Gestão Estadual (FEGE), que se caracterizava como recurso de capital para aquisição ou recuperação dos equipamentos para unidades assistenciais já existentes. Eram transferidos apenas aos estados e D.F. na condição de que tivessem o disposto no art. 4 da Lei 8142. Ou seja, esse fator se destinava a reajustar os valores a serem repassados mensalmente, de forma regular e automática, aos estados habilitados, para reposição e modernização tecnológica dos equipamentos da rede pública municipal e estadual. Os valores do FEGE são inversamente proporcionais aos valores das UCAs, podendo variar de 1 a 5% da mesma.

Criou-se o IVQ-Índice de Valorização de Qualidade (em substituição ao extinto IVH) que correspondia a um acréscimo de 20% sobre o total devido ao hospital a título de serviços hospitalares, desde que atendessem a critérios estabelecidos em instrumento específico. Aos hospitais universitários e de ensino também se aplicava o IVQ, da mesma forma que aos demais.

Os municípios passaram a ter a possibilidade de pleitear AIHS adicionais do Fundo de compensação da SES, por sua atuação como referência regional, e aos municípios vizinhos, através de consórcios formais ou informais, quando referência microregional.

No campo dos recursos para investimentos criou-se paralelamente, nesse período, o Pró-Saúde que deveria funcionar com base nos planos tripartites de aplicação para estados e municípios e de forma regular e automática à partir de 1993, quando passaria a ser alocado no Fundo Nacional de Saúde. Esse programa destinou-se a municípios que funcionavam como referência macro-regional, capitais, com população igual ou superior a 200.000 habitantes.

Na gestão do Ministro Jamil Haddad houve a recuperação de algum espaço para retomada do processo de descentralização no âmbito federal. No final de 1993 foi produzido pelos segmentos mais progressistas, inicialmente dentro do MS, o documento "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde-a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei". Esse documento foi discutido no âmbito do CONASS e CONASEMS e, posteriormente, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, cujas contribuições foram assimiladas e o documento aprovado. A NOB /SUS/93 é a tradução operacional desse documento. Há, portanto, nesse momento, uma retomada da condução do processo de descentralização pelas forças sociais derrotadas no Governo Collor. Conseguiu-se, através dessa NOB, estabelecer-se os mecanismos que dariam sequência ao processo de descentralização. Reconhecia-se, de forma inédita, que os municípios deveriam ser escalonados em faixas de competência de gestão, viabilizando-se, assim, a retomada do processo de descentralização.

A Norma Operacional Básica NOB/SUS/93 caracteriza, portanto, uma ruptura com a situação anterior ao instituir os parâmetros para a implantação gradativa do modelo SUS. Tais parâmetros permitem que as inovações constitucionais atinjam estados e municípios em diferentes graus de intensidade, compatíveis com sua própria vontade e capacidade de absorver responsabilidades gerenciais e políticas. Cria-se desta forma, uma situação intermediária, na qual convivem três sistemáticas diferentes de relacionamentos entre as três esferas de governo, cujas principais características são resumidas<sup>64</sup> a seguir:

no que se refere ao gerenciamento do processo de descentralização, a NOB/SUS/93 criou, a nível federal e estadual, Comissões de Intergestores, como instâncias de planejamento e negociação, reafirmando o papel deliberativo dos correspondentes Conselhos de Saúde. No nível federal, a Comissão de Intergestores é formada por representantes do MS, das SES / CONASS e das SMS / CONASEMS. No âmbito estadual, a Comissão é de caráter bipartite, com representação paritária da SES e do órgão de representação das SMS, sendo considerado como membro nato o secretário de saúde do município da capital, reiterando-se também, na esfera municipal, o papel deliberativo dos Conselhos Municipais de Saúde.

no que se refere às condições de gestão, há três situações intermediárias entre a situação atual e a de gestão plena do SUS: gestão incipiente, gestão parcial e gestão semi-plena. Elas caracterizam situações progressivas de gestão de estados e municípios, sobre o SUS, convivendo simultaneamente.

- na **gestão incipiente**, os municípios e estados passam a assumir a responsabilidade sobre a autorização do credenciamento/ descredenciamento, controle e avaliação dos serviços privados contratados, distribuição de uma cota de AIH correspondente (no caso dos municípios a 8% de sua população) e assume o gerenciamento da rede ambulatorial existente no município.

- na **gestão parcial**, os municípios e estados, além das responsabilidades gerenciais definidas na situação anterior, recebem os recursos financeiros

<sup>64</sup> Este resumo baseou-se nos seguintes documentos: "Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei" GED/MS e "Distribuição equitativa de recursos financeiros no setor saúde" de Sílvia Marta Porto in "O financiamento da Saúde no Brasil"/OPAS/1994

referentes à diferença entre o que foi gasto com o pagamento de custeio aos prestadores públicos e privados (ambulatorial e hospitalar) e o teto financeiro, fixado à partir de uma série histórica de gastos de custeio, cujo período deverá ser definido.

- na **gestão semi-plena** os estados e municípios recebem a totalidade dos recursos de custeio (ambulatorial e hospitalar), elaboram os convênios com o setor privado, pagam e controlam os serviços.

Para que a situação desejada seja atingida, onde estados e municípios assumam plenamente a gestão do SUS e, em contrapartida, recebam o repasse global, direto e automático, é necessário que se resolva o problema de garantia de fluxos regulares de recursos para a saúde nos três níveis de governo. São necessárias também várias medidas político-administrativas, nas diversas situações propostas, para que estados e municípios possam avançar em relação às situações de gestão propostas. Há um grande número de municípios que já vêm cumprindo uma série de requisitos necessários à municipalização. Dentre eles, predominam os que mais polarizam e lideram em suas regiões, quer pelo seu tamanho, quer pela sua história política. Esses municípios totalizam algumas centenas (300 a 400) ou seja, cerca de 10% do total, mas representam uma forte concentração populacional (cerca de 60% da população), econômica e política. Em regra esses municípios possuem acima de 60.000 a 100.000 habitantes, embora muitos municípios menores também venham cumprindo os requisitos necessários à municipalização<sup>65</sup>. Segundo a NOB/SUS/93, os critérios para a obtenção dos diferentes graus de autonomia de gestão são resumidos à seguir:

- da situação de prestador para a de gestor incipiente:
  - manifestar seu interesse em assumir as condições propostas
  - organizar um sistema de controle dos serviços
- da situação de prestador para a de gestor parcial:
  - implementar as medidas previstas na situação anterior
  - cumprir as exigências da Lei n. 8142/90
  - apresentar à comissão tripartite o Relatório de Gestão e o Plano de Saúde atualizados
- da situação de gestão parcial para a de gestão semi-plena:
  - implementar as medidas previstas na situação anterior
  - apresentar à Comissão Tripartite um Plano de Compromisso, incluindo os balancetes financeiros do Fundo Municipal de Saúde, atas da Reuniões do CMS, gastos do tesouro municipal com saúde e um sistema organizado para efetuar pagamentos ambulatoriais e hospitalares dos prestadores privados contratados

Para os Estados os requisitos são os seguintes:

<sup>65</sup> "Municipalização: do chavão a uma luta grande e consequente" Nelson Rodrigues dos Santos in Revista Saúde em Debate n° 38 março de 1993

- da situação de gestão incipiente para a de gestão parcial:
  - manifestar interesse em assumir esta condição
  - cumprir as exigências da Lei 8142/90
  - realizar programação integrada com os municípios
  - apresentar Relatório de Gestão e Plano Estadual de Saúde atualizados
- da situação de gestão parcial para a de gestão semi-plena:
  - implementar as medidas previstas na condição anterior
  - apresentar à condição tripartite um Plano de Compromisso, incluindo os Balançetes do Fundo Estadual de saúde, atas das reuniões dos CES, gastos do tesouro estadual com saúde e um sistema organizado para efetuar pagamentos ambulatoriais e hospitalares dos prestadores privados contratados

Em relação ao financiamento com recursos arrecadados pela União:

- continuam existindo tetos financeiros para o repasse federal, definidos pelo Ministério da Saúde. A distribuição entre estados e municípios é realizada mediante subtetos, definidos à partir de parâmetros estabelecidos ainda pelo MS, que podem, entretanto, ser modificados sempre que houver proposta da comissão Bipartite, aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde. O valor da cota máxima da unidade federada não poderá, entretanto, ser superado. Nos casos das gestões incipientes e parcial os recursos financeiros continuam sendo transferidos por pós pagamento prospectivo por procedimento aos diferentes prestadores (hospitais públicos, filantrópicos e privados). A cota dos municípios que não alcançarem os requisitos mínimos de gestão incipiente é administrada pela instância estadual. Caso exista um saldo financeiro entre o volume de recursos faturados e o teto financeiro estipulado, a diferença é repassada para as secretarias estaduais ou municipais, quando enquadradas no tipo de gestão parcial. No caso dos municípios e estados com gestão semi-plena os recursos referentes aos tetos estabelecidos são transferidos globalmente. Quando os municípios não estão nessas categorias, a diferença é administrada pela SES. Caso as SES permaneçam classificadas no tipo de gestão incipiente, a diferença em relação ao seu próprio teto e a correspondente aos municípios, que não alcançaram a gestão parcial ou semi-plena, devem continuar sendo administradas pelo nível federal.

- para facilitar o ressarcimento do atendimento hospitalar de âmbito regional deverá ser implementada a Câmara de Compensação. A distribuição das AIHs do nível estadual para os municípios será realizada, em sua maioria, segundo a série histórica, mas haverá uma reserva destinada às compensações relativas à utilização de hospital de um município por outro, desde que devidamente acordados. Esses recursos que, inicialmente, ficam na guarda do governo estadual, deverão ressarcir esses municípios, mediante solicitações dos mesmos, calcadas em entendimentos técnicos.

- os critérios para financiamento das atividades ambulatoriais permaneceram os mesmos, para os município que não atingisse a gestão semi-plena Os valores são prefixados pelo nível federal mas, há um teto financeiro para cada estado,

que é definido segundo o número de habitantes e o correspondente valor da UCA. Os tetos municipais são determinados segundo a média do seu gasto mensal ambulatorial (mes anterior), corrigido pela capacidade potencial de produção (equipamentos x recursos humanos), pela população adscrita e pela complexidade da rede. As SES administram a diferença entre o teto estadual e o total dos tetos de seus municípios não inclusos na condição de gestão parcial ou semi plena.

- em relação aos fatores de apoio, tanto estados como municípios continuam podendo receber um adicional de recursos, da ordem de 5% do correspondente teto ambulatorial, no primeiro caso, quando enquadrado na gestão parcial ou semi-plena e, no segundo, à partir da gestão incipiente. O valor destinado aos estados deve ser aplicado no financiamento das atividades de tratamento fora do município, aquisição de medicamentos especiais e provisão de órteses e próteses ambulatoriais. No nível municipal não existe pré determinação para a alocação de recursos.

- em relação aos recursos de investimentos foi proposta a elaboração dos Planos Municipais e Estaduais de Investimentos, compatibilizados no Plano Plurianual. Os Planos de Investimentos deverão obrigatoriamente ser aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde. O Plano Nacional de Investimentos deverá ser enviado em tempo hábil ao Congresso Nacional para nortear a inclusão de emendas parlamentares para a área de saúde.

- em relação à Fundação Nacional de Saúde propôs-se a sua municipalização, segundo as diretrizes apresentadas, de acordo com a manifestação de interesse dos municípios que possuem unidades da FNS e, segundo critérios estabelecidos pelo MS e aprovados pelos CMS, respeitadas as orientações gerais dos CES e CNS.

À despeito da NOB/SUS/93, na prática, o ano de 1994 foi marcado pela resistência do governo federal em implantar as novas medidas. Somente 24 municípios conseguiram a condição de gestão semi-plena até fins de 1994.

Para finalizar a discussão dos arcabouços institucionais, que marcaram as profundas transformações na política de saúde na década de 80 e início dos anos 90, comentaremos, brevemente, à seguir, o decreto presidencial n. 1232 de 30 de agosto de 1994. Embora esteja situado fora do período selecionado para o desenvolvimento deste estudo (que se encerra em 1993), esse Decreto é de extrema importância para o processo de descentralização, pois caracteriza uma nova etapa, na qual alguns importantes preceitos constitucionais, como o repasse global, direto e automático dos recursos federais aos municípios são efetivados pela primeira vez, pelo menos para alguns municípios brasileiros.

O Decreto n.1232 de 30 de agosto de 1994 normatizou as condições e formas de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais, Municipais e do Distrito Federal. Ou seja, esse Decreto suspende a sistemática do estabelecimento de convênios entre as diferentes esferas de governo, substituindo-as pela definição dos critérios, estabelecidos pela LOS, e que deveriam orientar os repasses federais.

Destaca-se, portanto, seu artigo 1<sup>o</sup> que reza que os recursos do Orçamento da Seguridade Social serão transferidos aos estados, municípios e DF, independentemente de convênio ou instrumento congênere e, segundo os critérios, valores e parâmetros de cobertura assistencial de acordo com a Lei n.8080 e exigências contidas no próprio decreto. Enquanto não forem definidas as

características epidemiológicas e de organização dos serviços, como prevê a LOS<sup>66</sup>, reafirma que os recursos deveriam ser repassados por critérios populacionais.

As exigências para a efetuação dos repasses foram definidas no art.2: a transferência fica condicionada à existência do Fundo de Saúde e apresentação de Plano de Saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, do qual conste a contrapartida de recursos do orçamento do estado, município ou D.F. Esses planos deverão ser consolidados na esfera regional e estadual. As transferências do FNS foram também condicionadas à indicação pelas Comissões Bipartites, da relação de municípios que, além de cumprirem as exigências legais, participam dos projetos de regionalização e hierarquização aprovados naquelas comissões, assim como da compatibilização das necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos.

Chama também a atenção nesse decreto o art. 10, através do qual se determina que o atendimento no âmbito do SUS, prestado a paciente beneficiário de Plano de Saúde, deveria ser ressarcido pela entidade mantenedora do referido Plano. Esse artigo, entretanto, não foi normatizado nas portarias subsequentes.

Em 31 de outubro de 1994 foram editadas duas portarias do Ministro Santillo (n.1834 e 1827), que davam encaminhamentos à algumas resoluções do Decreto n<sup>o</sup> 1232. A portaria 1834 rescindiu os convênios de municipalização das NOBs /SUS/91 e NOB/SUS/92 e revogou a Portaria n.203 que estabelecia minuta-padrão dos convênios a serem celebrados entre estados e municípios, com vistas à habilitação para a gestão descentralizada das ações e serviços de saúde. Essa portaria estabeleceu um prazo (30 dias) para que os municípios habilitados, através de convênios de municipalização (NOBs / SUS/91 e 92), procedessem ao seu enquadramento em termos da NOB /SUS/93, sendo que aqueles que não se enquadrassem retomariam à condição de não habilitados.

A portaria n<sup>o</sup> 1827 determinou que os tetos financeiros estaduais fossem definidos pela Secretaria de Assistência à Saúde do MS e, os das SES e das SMS, fossem definidos pelas Comissões Intergestoras Bipartites. É importante destacar que esses tetos deveriam considerar, além das programações de ações da rede própria e contratada/conveniada, ações de referência regional. Determinou também que os repasses aos estados e municípios sejam transferidos diretamente aos Fundos Estaduais e Municipais. No caso dos municípios em condição de gestão semi-plena, o teto financeiro seria transferido até o dia 10 do mês de competência da execução dos serviços e, no caso dos municípios em condição de gestão parcial, estabeleceu que as diferenças entre o teto financeiro estabelecido e os recursos efetivamente pagos aos estados, também seriam transferidas mensalmente. Os recursos transferidos passaram a ser considerados receita própria dos estados e municípios, mas deveriam ser aplicados em despesas correntes e de capital, segundo a categoria econômica que forem deduzidos do MS.

## **2.2 - AS TRANSFORMAÇÕES NA ÁREA DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO NA DÉCADA DE 80**

Como vimos anteriormente, a década de 80 foi marcada por profundas mudanças na política brasileira de saúde, com os Estados tendo, em determinadas etapas desse processo, um papel decisivo nos contornos que a nova política assumiu, dado o caráter descentralizador de que as reformas se revestiram.

<sup>66</sup> O prazo para estas definições é delimitado em 180 dias à partir da publicação do Decreto

O Estado de São Paulo desempenhou um papel extremamente ativo na redefinição da política sanitária, podendo-se afirmar que alguns aspectos das políticas de saúde aqui adotadas antecipavam as mudanças propostas à nível federal.

Como bem o demonstra o trabalho de Ana Luiza Viana<sup>67</sup>, na SES de São Paulo, os processos de reestruturação administrativa (visando a descentralização) e de mudança no modelo de prestação de serviços (incorporando a assistência médica individual às ações de saúde) foram iniciados na década de 70, embora somente em algumas áreas específicas.

Esse movimento de reforma, entretanto, só ganharia impulso nos anos 80, quando um novo modelo de políticas federais foi proposto, possibilitando desde a maior transferência de recursos até a efetivação de novas formas de gestão interinstitucional, que abarcassem todos os níveis de Governo. Nesse período, São Paulo ilustrou o chamado "ciclo descentralizador virtuoso" que caracterizava uma combinação explícita de objetivos, políticas e programas entre os diferentes níveis de Governo.

Cabe ressaltar, portanto, algumas das políticas antecipadoras das mudanças constitucionais aqui implementadas, dentre as quais destacam-se:

a criação em 1983 do Programa Metropolitano de Saúde-PMS, visando a criação de áreas descentralizadas na Região Metropolitana, a incorporação da assistência médica pelo setor público, a integralidade das ações preventivas e curativas e a integração da rede básica com hospitais;

a implantação em 1984 da municipalização, mediante convênios entre Estado e Municípios, prevendo repasses de recursos;

a criação em 1986 dos Escritórios Regionais de Saúde-ERSAS, por áreas de Saúde regionalizadas e descentralizadas, estabelecendo uma nova estrutura para os serviços de saúde do Estado;

e a implantação do SUDS à partir de 1987, por um decreto estadual (n<sup>o</sup> 27.140 de 30/6/87), que delegou ao Secretário Estadual de Saúde a competência para firmar convênios de prestação de serviços de saúde com os municípios, aprofundando o processo de municipalização.

O "ciclo descentralizador virtuoso" foi possível, particularmente na segunda metade dos anos 80, graças aos contornos políticos do período: o processo de redemocratização da sociedade, que permitiu o acesso de movimentos sociais e seus atores às instituições públicas de saúde, fazendo também com que temas como a descentralização/ municipalização, ganhassem centralidade política nas agendas dos governos federais e estaduais. Em São Paulo esses temas foram centrais nos governos Montoro e Quéricia, apesar das diferenças que marcaram as duas gestões.

As principais mudanças operadas no plano institucional pela SES de São Paulo foram as reformas administrativas e a reestruturação no modelo de prestação de serviços, que veremos com mais detalhes a seguir:

<sup>67</sup> "Sistema e descentralização - A Política de Saúde no Estado de São Paulo nos anos 80: formação e tensões" Ana Luiza Viana-Tese de Doutorado-Instituto de Economia da Unicamp mimeo julho-1994

### 2.2.1 Reformas Administrativas

A estrutura criada na primeira gestão de Walter Leser em 1967, que vigorou até 1985, dividia a SES em quatro Coordenadorias: de Saúde da Comunidade, de Assistência Hospitalar, de Saúde Mental e de Serviços Técnicos Especializados. A Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC) foi regionalizada através da criação dos Departamentos de Saúde e dos Distritos Sanitários. Através desse modelo, os Centros de Saúde passaram a se relacionar de forma regionalizada com a CSC.

Mas foi somente na segunda gestão de Leser (1975-78), que esta regionalização, através de Departamentos de Saúde, se consolidou. Entretanto, a SES assim estruturada viveu até 1986 uma dicotomia interna em seu modelo organizativo: por um lado o atendimento ambulatorial regionalizado e, por outro, o atendimento hospitalar organizado segundo especialidades.

É com essa estrutura que a SES chegou aos meados de 80, quando na gestão João Yunes (1983-87) promoveu-se uma descentralização gerencial, na qual os diretores de Departamentos Regionais de Saúde passam a desempenhar um papel de "subsecretários", presidindo as CRIS - Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde e os GRIAS - Grupos Regionais de Integração das Ações de Saúde, sendo também responsáveis pela consolidação dos orçamentos das unidades de saúde em cada região e pela coordenação e implantação dos convênios de integração dos serviços. Entretanto, a dicotomia na estrutura administrativa das unidades a serem integradas pelos GRIAS permanecia, pois estavam subordinadas a coordenadorias com lógicas administrativas diferentes.

Ainda em 1983 as Ações Integradas de Saúde, cujo convênio com o Estado de São Paulo foi assinado em agosto de 1983<sup>68</sup>, vieram reforçar o movimento de integração e descentralização em curso, impulsionando a própria reestruturação da SES em 1986. Inicialmente foram criados o Departamento de Recursos Humanos (DRHU) e o Centro de Informação em Saúde (CIS). Mas, o ápice do processo de reestruturação se deu entre 1985-87, quando uma nova lógica de organização dos serviços foi criada, através da implantação do Programa Metropolitano de Saúde-PMS e da criação da Coordenadoria do Programa Metropolitano, responsável pelo desenvolvimento do novo modelo de gerenciamento integrado, no qual hospitais e ambulatórios estavam sob uma gerência única.

Os resultados positivos desses novos modelos de integração dos serviços embasaram os estudos visando uma ampla reforma administrativa na SES, que desembocou na criação dos Escritórios Regionais de Saúde-ERSAS. Segundo Viana (1994), a criação dos ERSAS veio responder a uma necessidade interna da SES de solucionar a sobreposição, de fato, de duas estruturas: a antiga, que vigorava para o interior do Estado, formada por Departamentos e Distritos e, a nova, do PMS, constituída de módulos e regiões de saúde, que se desenvolvia na área metropolitana.

Os ERSAS visavam a constituição, em cada região específica, de uma nova instância de coordenação dotada de uma infraestrutura técnico-administrativa, a fim de integrar todos os serviços da SES naquela região. Tinham como instância política as CRIS e, como instância técnica-administrativa, as antigas estruturas da SES<sup>69</sup> e passavam a relacionar-se com o nível

<sup>68</sup> Os Convênios das AIS envolveram até 1986 todos os serviços de saúde da SES e 501 municípios, correspondendo a 98% da população do Estado de São Paulo.

<sup>69</sup> Departamentos Regionais de Saúde/ ou distritos sanitários, unidades ambulatoriais, hospitais gerais e especializados e laboratórios.

central da SES através de instâncias intermediárias - as Coordenadorias Regionais de Saúde-CRS<sup>70</sup>.

Mas os ERSAs respondiam também a uma política mais geral do Governo Montoro(1983-87), que buscava, através da criação dos Escritórios Regionais de Governo-ERGs, coordenar, de forma descentralizada, as ações das diversas Secretarias Estaduais<sup>71</sup>. Dessa forma, os ERSAs representavam não apenas uma descentralização administrativa, mas uma efetiva descentralização gerencial e decisória, que se sobrepunha à burocracia de nível central. Além de coordenar e gerenciar as unidades estaduais a nível regional, os ERSAs participavam, através das CRIS, de todo o planejamento e coordenação do setor saúde na região.

Além dos ERSAs, a reforma administrativa de 1986 também criou o Centro de Vigilância Epidemiológica e o Centro de Vigilância Sanitária, cujas ações passaram a ser coordenadas por um Conselho de Vigilância, com o objetivo de integrar as ações nesses campos, que eram totalmente dispersas. Criou-se também, a nível central, como unidades de apoio aos ERSAs, o Centro de Apoio ao Desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde-CADAIS e o Centro Técnico de Manutenção de Equipamentos e Edificações.

Em maio de 1987 o corolário desse processo de descentralização, que vinha ocorrendo no Estado de São Paulo, deu-se com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde-SUDS, através de um convênio, no qual o governo federal transferia à SES os recursos e responsabilidades para a implantação de "um modelo de saúde baseado na universalização, descentralização, regionalização, hierarquização e integralização das ações", princípios consagrados na VIII Conferência Nacional de Saúde. O SUDS acelerou o processo de descentralização ao ampliar a ação administrativa e de coordenação dos ERSAs, que passaram a absorver as atribuições do INAMPS em suas regiões e a controlar os convênios com o setor privado, além de assumirem a administração e gerência dos serviços próprios do INAMPS.

Ou seja, no plano estadual, a política federal (SUDS) se traduziu na integração dos serviços estaduais de saúde com a rede própria e contratada do INAMPS. Esse processo de integração foi conduzido pela Comissão Interinstitucional de Saúde-CIS, sob a presidência do Secretário Estadual de Saúde, com dois objetivos básicos: integrar os serviços do INAMPS à SES e aprofundar o processo de municipalização. O convênio SUDS permitiu que estados e municípios começassem a romper com o centralismo federal, passando a ter um relativo poder decisório em suas esferas de abrangência.

Na implantação do SUDS em São Paulo três estratégias foram fundamentais:

a municipalização, tendo início em agosto de 1987, firmava, via convênios, a transferência das unidades estaduais, cujo atendimento apresentasse abrangência local, (incluído bens móveis, equipamentos e recursos humanos) para os municípios.

<sup>70</sup> Foram criadas quatro macro-regiões de saúde no estado, correspondendo a cada uma delas uma Coordenadoria Regional.

<sup>71</sup> Foram criados 62 ERSAs, sendo 47 no interior e os demais na Região Metropolitana de São Paulo, adotando-se os critérios de regionalização dos ERGs, mas também critérios específicos da saúde, como acesso aos serviços e perfil epidemiológico, etc.

a formulação de um plano conjunto, por ambos os níveis de governo, no qual eram repassados recursos do governo federal para custeio, e do governo estadual (junto com a contrapartida municipal) para investimentos<sup>72</sup>.

as transferências eram feitas através de um processo de planejamento e não por pagamento de serviços.

Em junho de 1987, antes mesmo da formalização do SUDS a nível federal, a CIS criou os Grupos de Trabalho Interinstitucionais-GTIs, que determinaram a integração funcional dos funcionários do INAMPS aos ERSAs e aprovaram o modelo básico de convênio para efetivar a integração ao sistema, dos serviços locais de saúde e o apoio às estratégias de municipalização dos serviços de saúde, sob o comando da SES. Foram criadas também, uma série de outras medidas, com o objetivo de estruturar o SUDS-SP: surgiram as Unidades de Planejamento e Programação (UPP), a Assessoria Jurídica (ASJR) e a Unidade de Avaliação e Controle (UAC).

Os ERSAs passaram a denominar-se SUDS Regionais, aos quais se integraram as unidades prestadoras de serviços do INAMPS e os Serviços de Medicina Social (SMS) também do INAMPS. A partir de março de 1988 o SUDS-SP, através dos ERSAs, responsabilizava-se também pelo pagamento das contas ambulatoriais do setor privado contratado/conveniado, regionalizando, dessa forma, as novas atribuições.

Em junho de 1989, o governo estadual formalizou, através do decreto n<sup>o</sup> 30.073, algumas regras do SUS<sup>73</sup>, reiterando as bases do sistema e as normas que definiam as relações entre os governos estadual e municipais. Explicitou também a transferência dos equipamentos sob gestão do Estado aos municípios, mas, somente daqueles que atuassem, preponderantemente ou exclusivamente, na área municipal, ou cuja complexidade fosse necessária para garantir a resolutividade do sistema local. Nesse contexto de acelerada descentralização, os ERSAs passaram a operar como importantes instrumentos da descentralização.

Entretanto, como conclui Viana<sup>74</sup>, a existência dos ERSAs facilitou a implantação do SUDS no Estado, mas revelou muito rapidamente, a sua inadequação frente as tarefas de coordenação técnica e política introduzidas pelo sistema, no que se refere aos montantes e tipos de serviços a serem integrados. Ou seja, os ERSAs haviam sido estruturados para integrarem apenas os serviços públicos de saúde. A despeito de sua participação nas CRIS, seus instrumentos técnicos e gerenciais mostraram-se obsoletos frente ao novo desafio: o de integrar e controlar também os serviços privados de saúde.

---

<sup>72</sup> No período SUDS (1987-90), foram construídas no Estado de São Paulo 600 novas unidades de saúde.

<sup>73</sup> Com a aprovação da Constituição de 1988, o SUDS passa a denominar-se Sistema Único de Saúde-SUS

<sup>74</sup> op.cit.pg 54

### 2.2.2 Modelo Assistencial<sup>75</sup>

A expansão das atividades e das ações do centro de saúde tem início com a reforma de 1967, quando o centro de saúde já era visto como uma unidade polivalente, que desenvolvia ações integradas de diversos programas, segundo a definição da população-alvo a ser atendida. Estabelecia também a hierarquia dessas unidades e criava os Departamentos Regionais de Saúde, que coordenavam regionalmente os centros de saúde de uma região. Previu-se também uma instância exclusivamente administrativa que agregaria vários centros de saúde: os distritos sanitários.

Em 1978 implantava-se o modelo de programação - os Programas de Saúde - com atividades de caráter preventivo e curativo integradas. Os programas de saúde eram divididos em dois grandes grupos, segundo as atividades de assistência médico-sanitária: assistência à saúde da criança e assistência ao adulto<sup>76</sup>. Esse modelo assistencial, prevalecente até o final da década de 70, caracterizava-se, ainda, pelo profundo desligamento entre a rede básica e o hospital, não havendo também preocupação com a expansão e melhoria da rede hospitalar estadual.

Mas é só na década de 80 que as atividades e ações dos centros de saúde se expandiam com a implantação do PMS, das AIS e do SUDS. O PMS formulou novos parâmetros para o modelo de assistência, indicando a necessidade de integração das ações ambulatoriais e de internação e procurando fazer do Centro de Saúde a porta de entrada do sistema, além de se constituir num intenso programa de construções, reformas e reequipamentos de centros de saúde e de hospitais.

As AIS deram prioridade às ações de assistência, transferindo recursos sob o critério de pagamento por produção de consulta e custeando investimentos em instalações físicas e contratação de recursos humanos. O SUDS, finalmente, impôs a adoção pela SES de novas práticas como as que o Núcleo de Atenção Integrada (NAI) desenvolveu, definindo o pronto-atendimento e as consultas nas cinco clínicas básicas<sup>77</sup>, como atividades primordiais do centro de saúde.

Mas a assistência médica só pode se incorporar como atividade dominante no modelo de programação porque o PMS, as AIS e o SUDS canalizaram recursos para a SES, contribuindo para a criação de três importantes instrumentos: a melhor remuneração dos médicos em relação a outros profissionais, o incentivo ao aumento da produtividade na rede pública e o reequipamento dos centros de saúde, de modo a permitir o desenvolvimento de atividades de assistência médica.

<sup>75</sup> Por modelo assistencial entende-se o modelo de prestação de serviços da SES, ou o conjunto de atividades previstas para serem executadas pelos ambulatorios públicos, a integração das atividades preventivas e curativas no plano da assistência, a definição da porta de entrada do sistema, os níveis de integração previstos com a rede de serviços e o grau de cobertura definido.

<sup>76</sup> A incorporação da assistência médica nesse período ficou reduzida a alguns componentes da população, particularmente o grupo materno-infantil, que se constituía na clientela tradicional da rede de saúde.

<sup>77</sup> As cinco clínicas básicas são: pediatria, gineco-obstetrícia, clínica médica, saúde mental e cirurgia.

## 2.3 AS DIFERENTES ETAPAS DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

### 2.3.1 Introdução

A Municipalização é parte de um processo de descentralização política, técnica e administrativa do sistema de saúde, que supõe um processo de reestruturação do poder. Ou seja, trabalhamos aqui com a concepção de descentralização na vertente francesa que, ao contrário da vertente anglo-saxã, diferencia os processos de desconcentração, ou descentralização administrativa, do processo de descentralização<sup>78</sup>.

Enquanto na descentralização administrativa há uma transferência de atribuições ou responsabilidades de execução à níveis inferiores, dentro do governo central e de suas agências, na descentralização há uma transferência de poderes a uma autoridade de uma área, ou de uma função especializada, com distinta personalidade jurídica. Ou seja, a descentralização efetiva dos recursos de saúde impõe o deslocamento do fluxo de poder político, administrativo e tecnológico, do poder central aos níveis periféricos, intermediários e locais. A descentralização é, portanto, um processo de reestruturação do poder, submetido à dinâmica das forças políticas em confronto.

Conforme Solon M. Vianna<sup>79</sup>, o que caracteriza a descentralização no sistema de saúde não é só o fato de que a tomada de decisão se dá junto ao local onde os serviços são prestados, nem somente a existência de maior possibilidade de controle social sobre esses serviços. Sua característica central é, sobretudo a autonomia das instâncias subnacionais para organizar o respectivo sistema, de acordo com as peculiaridades locais, respeitados os princípios constitucionais. O que diferencia, portanto, a descentralização da desconcentração, da delegação, da privatização e da municipalização é a ausência de subordinação dos níveis periféricos ao nível central. Ou seja, na descentralização ocorre "perda centrífuga de poder". E, esse poder não foi delegado, mas conquistado politicamente através de um processo democrático e, que, portanto, só pode ser retomado pela mesma via.

A municipalização, como a compreendemos neste trabalho não é, portanto, sinônimo de descentralização, mas uma etapa deste processo, que pode avançar além da própria municipalização, através da criação dos distritos sanitários e de uma crescente autonomia da gestão por parte das próprias unidades de saúde. Nessa perspectiva, consideramos um equívoco conceitual conceber a municipalização como sinônimo de descentralização, ou supô-la como o limite extremo desse processo. Mas esse equívoco parece ser reforçado pela LOS (lei n.8142/ Art.1) que limitou a participação dos usuários na gestão dos serviços aos colegiados, um em cada nível de governo. Consideramos que esse instrumento de controle social seja, também, de extrema valia aos demais níveis de organização do sistema de saúde, como o distrito sanitário (Lei n.8080/90 art.10 Parágrafo 2), o nível regional e, as unidades de saúde, particularmente as de maior porte.

Mas não basta apenas definir conceitualmente os processos em curso. Para melhor compreendê-los é necessário buscar o significado histórico concreto de cada conceito, que depende da correlação de forças sociais em cada momento histórico. Dessa forma, para compreender o real significado do conceito de municipalização aqui tratado é necessário traçar rapidamente um resumo do seu percurso histórico, para identificar o lugar ocupado pela municipalização no jogo das forças político-sociais presentes na atualidade.

<sup>78</sup> Para uma discussão mais detalhada consultar "Municipalização da Saúde: os caminhos do labirinto" Carmen Fontes Teixeira in Saúde em Debate n. 33

<sup>79</sup> "A descentralização tutelada" Solon Magalhães Vianna -Revista Saúde em Debate n.º 35 -julho de 1992

### 2.3.2 Periodização

O processo de municipalização das ações de saúde teve início em meados da década de 70, através de experiências pioneiras, conduzidas inicialmente de forma autônoma por alguns municípios brasileiros. Tais experiências logo se difundiram e deram origem à organização municipal, através de um processo de troca de experiências, motivado pela necessidade de buscar respostas para a prestação de serviços urbanos e sociais que atenuassem uma nova realidade, experimentada particularmente pelos municípios médios, de intensa migração e concentração da miséria nas periferias urbanas. Essa organização à nível municipal experimentou forte estímulo com as eleições de 1983 e a implantação das AIS e, posteriormente, com o SUDS. Mas é com a promulgação da nova Carta Magna, em 1988, que o papel central dos municípios na condução da política de saúde se institui.

À despeito das novas regras constitucionais, observou-se no período subsequente, novos embates na elaboração das normatizações complementares, que não se esgotaram com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde em 1990 e da Lei n° 8142, que a complementou.

O período 1990-93, como vimos, foi marcado pela edição das NOBs/SUS/91 e 92, que reeditaram os instrumentos convencionais, como base para as transferências dos recursos federais à estados e municípios, numa tentativa de solapar a recém conquistada autonomia municipal na gestão do SUS. Os mecanismos de repasses prospectivos por produção, que igualaram o setor público e o privado, enquanto prestadores de serviços ao nível federal, feriam o princípio federativo e as regras constitucionais do SUS. Essa "recentralização" aliada à retração do montante de repasses, tanto do nível federal como do estadual, no Estado de São Paulo, acabaram por ensejar um modelo municipalista de assistência em alguns municípios.

À partir de 1993 uma nova normatização federal, consubstanciada na NOB/SUS/93 delineou um processo transicional, no qual os municípios puderam optar pelo ritmo e intensidade do processo de municipalização, de acordo com as suas condições prévias. Essa normatização, aliada ao Decreto presidencial n° 1232 de agosto de 1994, inaugurou uma nova etapa do processo de municipalização, que, dado aos limites deste trabalho, não será incluída como seu objeto de estudo.

Portanto, as etapas do processo de municipalização, identificadas neste trabalho, são:

- a busca de alternativas municipais e o surgimento e consolidação do movimento municipalista da saúde (1977-82)
- as Ações Integradas de Saúde/AIS (1983-86)
- o Sistema Único e Descentralizado de Saúde/SUDS (1987-88)
- o Sistema Único de Saúde/SUS (1989-90)
- a "Recentralização": NOB/SUS/91 e NOB/SUS/92 (1991-92)
- a Municipalização Progressiva/NOB/SUS/93 e o Decreto Itamar (1993-94)

### 2.3.2.1 A Busca de Alternativas Municipais e o Movimento Municipalista da Saúde (1977/ 1982)<sup>80</sup>

A proposta de municipalização da saúde já era discutida no contexto das "Reformas de Base" na década de 60, sendo inclusive objeto de debate na III Conferência Nacional de Saúde (1963)<sup>81</sup>. Com a derrota das forças que lutavam por essas reformas e a ascensão do regime militar, caminhou-se na direção oposta, de extrema centralização política e concentração de recursos no âmbito do governo federal.

Foi na segunda metade da década de 70, que os municípios começaram a buscar alternativas no campo da saúde para fazer frente às novas situações colocadas pelo contexto sócio-econômico.

Dessa forma, é necessário tecer algumas breves considerações sobre as intensas transformações ocorridas no contexto sócio-econômico, na primeira metade da década de 70.

Entre 1967 e 1973 se estruturou, à nível econômico, o segundo ciclo expansivo da economia, conhecido como "milagre econômico". O eixo da acumulação se deslocou do setor de bens de produção para o setor de bens de consumo, basicamente as indústrias automobilística e de construção civil. Houve uma retomada dos investimentos governamentais, principalmente no setor hidrelétrico. O crescimento do PIB foi altíssimo, principalmente devido ao II PND - o mais concentrado esforço do estado desde o Plano de Metas, no sentido de promover modificações estruturais na economia. No entanto, o II PND foi viabilizado graças a um afluxo intenso de empréstimos internacionais à juros flutuantes, que provocou um grave estrangulamento externo, já no final da década de 70, com a subida das taxas de juros internacionais. O II PND foi desativado em meados de 1976, devido à adoção de uma política antiinflacionária contencionista. Mas o pagamento dos serviços dessa dívida, constitui-se, ainda hoje, num pesadíssimo ônus financeiro herdado desse período.

O crescimento econômico desse período gerou grandes expectativas nos diversos segmentos sociais, sendo que a maioria da população ficou à margem desse processo. Esse modelo de desenvolvimento excludente, alicerçado no regime autoritário, que excluía qualquer nível participativo da sociedade, garantiu o usufruto desse crescimento à parcelas pequenas da sociedade. O acentuado desenvolvimento industrial, ocorrido na primeira metade da década, foi acompanhado por um arrocho salarial no setor formal urbano, que garantiu lucros excepcionais, ou seja, um intenso "crescimento do bolo", jamais repartido.

Nesse contexto, marcado pelo crescimento econômico, vis à vis o crescimento da pauperização urbana e, principalmente, rural (e dos pequenos municípios) observa-se a maior migração rural-urbana da história do país. As cidades grandes e médias, às quais esse afluxo de migrantes se dirigia, cresceram intensamente, chegando algumas a dobrarem de tamanho no período de uma década, como é o caso de Campinas, Londrina, Niterói, Uberaba, Ponta Grossa, etc.

Esse processo de pauperização e de migração rural - urbana colocou para o poder municipal, na época, um desafio de governabilidade jamais conhecido pelo poder local. E ele, diferentemente dos demais níveis de poder, estava frente à frente com as pressões advindas desse processo de periferização das cidades por populações miseráveis.

<sup>80</sup> Grande parte desta seção foi baseada nos artigos do Prof. Dr. Nelson Rodrigues dos Santos (listados na bibliografia), que foi um dos pioneiros do movimento municipalista da saúde e atualmente é coordenador da secretaria técnica do CONASS.

<sup>81</sup> "Instituições Médicas no Brasil" M.T. Luz Graal R.J. 1977

Cresciam as tensões e pressões sobre as prefeituras, no sentido de estender os serviços urbanos e sociais a essas periferias. Mas o sistema tributário regressivo concentrava a maior parte dos tributos na esfera federal, sendo que apenas pequena fatia do "bolo tributário" ficava em mãos dos municípios<sup>82</sup>. Dessa forma, a instância mais pobre da federação era a que se via "cara a cara" com os problemas advindos da pauperização crescente de parcela da população brasileira.

Os municípios estavam também alijados de qualquer nível participativo nas decisões federais, bem como a maior parte dos setores organizados da sociedade. Mas as tensões sociais eram tão grandes que o governo federal começou a elaborar uma série de programas sociais, com o objetivo de atenuá-las e de integrar esses segmentos sociais a margem do desenvolvimento econômico. A partir de 1974 criou-se o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) e o FAS<sup>83</sup> e, através de um esforço de integração interministerial, passou-se a formulação de uma série de programas federais, de caráter assistencial, dentre os quais se destacaram:

- o P.P.A. (Programa de Pronto-Atendimento), no âmbito da Previdência Social, que buscava potencializar a atividade ambulatorial nos grandes centros urbanos;
- o II PRONAN (Programa Nacional de Alimentação e Nutrição) do INAN, que visava apoiar os pequenos produtores agrícolas, através da compra de sua produção para os mercados institucionais
- o Programa de Alfabetização de Adultos (MOBRAL).
- o FUNRURAL que estendeu os benefícios previdenciários para idosos e trabalhadores rurais, buscando atenuar o grau de precariedade das condições de vida dessa parcela da população.

No final de 1976, o Ministério da Saúde desencadeou a implantação dos chamados Programas de Extensão de Cobertura (PECs), dentre os quais merece destaque o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento). Esse programa, implementado prioritariamente no Nordeste e, depois ampliado para o Norte e Centro-Oeste, destinava-se a municípios com menos de 20.000 habitantes. Constituíam-se numa experiência pioneira de extensão de cobertura dos serviços de saúde, a baixo custo. Na verdade, promovia uma desconcentração de recursos físicos, humanos, equipamentos básicos, trazendo no seu bojo uma proposta de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde pública vinculados às SES<sup>84</sup>.

Esses programas sociais desenvolvidos pelo governo federal, acabaram prestando-se mais à legitimação ideológica dos governos militares, pois evidenciaram-se pouco eficazes e efetivos, à medida que, a maior parte dos recursos acabava sendo retida nas atividades meio, deixando as populações-alvo desassistidas. Tais programas, criados com os propósitos de serem compensatórios e, portanto, desconcentradores, acabavam atuando de forma<sup>85</sup> a reconcentrar recursos entre as camadas e regiões mais ricas, no trajeto de sua implementação.

<sup>82</sup> Em 1980 os municípios eram responsáveis por 3% da Arrecadação Direta e por 9% da Receita Disponível (Afonso J.R. in "Notas para o Debate- A questão tributária e o financiamento dos diferentes níveis de governo" pg 5)

<sup>83</sup> "Saúde e Previdência: estudo de política social" J.C. Braga e Sérgio G. de Paula Hucitec-SP-1978

<sup>84</sup> "A extensão de cobertura dos serviços de saúde" E.J. Rosas- tese de mestrado- FIOCRUZ-RJ

<sup>85</sup> A concentração de recursos se dava através dos pagamentos de salários aos tecnocratas envolvidos, fornecedores, empreiteiras, etc, concentrados em sua maioria no Sul e, particularmente no Sudeste.

A ineficácia dos programas à nível federal fez com que muitos municípios, pressionados pelas crescentes demandas de serviços urbanos e sociais passassem a desenvolver programas próprios, autônomos em relação à política federal. A atuação municipal nesse período, caracterizava-se como tentativas "quase desesperadas" dos municípios, particularmente os de médio porte, de responder às crescentes pressões do contingente de migrantes pobres, que inchavam essas cidades, em busca das oportunidades e dos trabalhadores urbanos (setor formal), pauperizados em função do arrocho salarial, que foi um dos pilares do "milagre brasileiro".

O contexto político-social da segunda metade da década de 70, por um lado, abria novos espaços, com a vitória do então MDB em alguns municípios, nas eleições de 1976, e, por outro, via surgir movimentos sociais urbanos, que exerciam pressões mais organizadas sobre o poder municipal. Mas, independentemente da filiação partidária, os Prefeitos se viam pressionados a utilizar os escassos recursos municipais para dar algum tipo de resposta, mesmo que de cunho assistencialista, à situação das periferias urbanas desses municípios. Vários municípios médios e capitais<sup>86</sup> iniciavam, de forma independente em relação aos demais níveis de governo, seus próprios caminhos na busca de alternativas para a atenção à saúde da população.

Esses municípios já opunham certa resistência ao modelo de assistência nacional, que no município privilegiava as especialidades médicas, o pronto-socorro e o hospital municipal (ou subsídios municipais a hospitais privados). Também havia uma resistência ao modelo assistencial das Secretarias Estaduais de Saúde, que caracterizavam-se pela assistência limitada à clientela materno-infantil, com baixíssima cobertura e resolutividade<sup>87</sup>. A maioria dos centros de saúde (CS) estaduais não estava equipada para a realização de diagnósticos médicos mais precisos, uma vez que a rede não contava com a retaguarda dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT).

Nessa fase, o papel tradicional dos municípios na prestação de serviços de saúde consistia, basicamente, em proporcionar atendimento nos casos de urgência ou promover a remoção dos doentes graves para Municípios maiores, que dispunham de serviços de maior complexidade.

Alguns municípios estendiam a cobertura, de forma bastante precária, através de kombis, que levavam assistência médica e/ou odontológica, muitas vezes de forma intermitente, às populações rurais e periféricas. Outros implantavam pequenos postos de saúde, que praticavam um assistencialismo médico, quase sempre através de meias jornadas de trabalho.

Esse início, apesar de extremamente precário e tímido, já era expressão do que viria a se constituir, nas primeiras experiências de atenção primária à saúde, baseadas em postos comunitários, profissionais não especializados e programas mais direcionados aos problemas da população. Rapidamente os Prefeitos começaram a se apoiar em médicos sanitaristas, que faziam a crítica do assistencialismo e do "preventivismo" isolados, como vinham sendo desenvolvidos pelos demais níveis de governo, e passaram a realizar um novo modelo de assistência integrada. Além das consultas médicas, buscavam desenvolver algumas atividades preventivas, como vacinação, distribuição de leite em pó à gestantes e lactentes, etc... Dessa forma quase espontânea nascia a chamada atenção integral à saúde, que buscava aliar uma atuação preventiva às ações de assistência médica.

<sup>86</sup> Como exemplo desses municípios pioneiros podemos citar além de Campinas (SP), Curitiba (PR), Londrina (PR) e Lages (SC).

<sup>87</sup> Para maiores informações sobre as iniciativas municipais nesse período consultar "A Saúde Vista do Município" Bases Doutrinárias, Políticas, Programáticas e Propostas e "O poder municipal no rumo do Sistema Único de Saúde" - Nelson Rodrigues dos Santos- 1986

Na região de Campinas destacamos as experiências do municípios de Campinas e Americana que, na segunda metade da década de 70 investiram na construção de suas redes básicas periféricas municipais e passaram a investir na integralidade da assistência à saúde, numa atuação claramente antecipatória do processo de municipalização, que viria a ser vivido por grande parte dos municípios na década de 80. Mas são inúmeros os exemplos dessas iniciativas municipais, dentre os quais podemos citar: Campinas, Joinville, Blumenau, Londrina, Cambé, Maringá, Montes Claros, Uberlândia, Niterói, Caruaru, etc.

Essa etapa de busca de alternativas isoladas pelos Prefeitos durou pouco. A partir de 1978 uma série de encontros entre Secretários Municipais de Saúde<sup>88</sup> foram promovendo a troca de experiências entre eles, revelando que as iniciativas e realizações municipais em saúde se aproximavam das recomendações da Conferência Mundial de Alma-Ata, avançando na atenção primária à saúde, e que eram muito mais efetivas na promoção da saúde. No entanto, sentia-se, na prática, o peso da desintegração entre os diversos prestadores, à medida que a rede básica não possuía suporte laboratorial, nem retaguarda para o encaminhamento dos casos mais graves. Dessa forma, o movimento pela municipalização da saúde ia se fortalecendo. Reivindicava-se o desenvolvimento de um sistema de referência e contra-referência e do suporte laboratorial da rede básica.

No início de 1978 foi realizado o I Encontro de Secretários de Saúde das Capitais do Nordeste, em João Pessoa, que também se encontravam pressionados pela crescente migração cidade-campo e buscavam trocar experiências sobre como desenvolver programas, com que nível tecnológico, em função da escassez de recursos, mas buscando responder à estas pressões da demanda que sofriam. Em meados de 1978, o município de Campinas foi sede do I Encontro<sup>89</sup> Nacional de Secretários de Saúde. A partir de 1979 esse encontro se repete em vários municípios.

O movimento municipalista na área da saúde era uma das expressões do processo de democratização vivenciado pela sociedade brasileira. A democratização fomentava novos tipos de participação da sociedade e trazia novas demandas, novos atores e agendas, principalmente na área social, visando principalmente a ampliação da cobertura dos programas sociais, a descentralização das decisões e a inclusão dos demandantes no processo decisório.

A restauração das eleições em todos os níveis de governo criou as condições políticas necessárias a uma nova lógica de atuação política dos governos estaduais e municipais, pautada numa maior autonomia e independência em relação ao nível central, e compromisso com políticas que resultassem em fonte de legitimação e aceitação popular. Como enfatiza Viana<sup>90</sup> "o processo de mudança pode ser caracterizado pelas tentativas de inverter as grandes características definidoras do modelo anterior de intervenção do estado na área social, em particular na área de saúde. Buscava-se descentralizar as decisões e a operação, aumentar o grau de participação do público na definição da oferta de serviços, regular mais eficientemente as ações de saúde, de forma a racionalizar o gasto público e, por fim, incluir a clientela e aumentar o grau de participação dos usuários na formulação e implementação da política."

<sup>88</sup> Em 1978 foi realizado o I Encontro de Secretários Municipais de Saúde das Capitais do Nordeste. Ainda em 1978 realizou-se o Encontro de Secretários de Saúde de Campinas; em 1979, o de Niterói e muitos outros, como o de João Pessoa, Belo Horizonte, São José dos Campos, etc. Em 1985 foram realizados os Encontros de Secretários Municipais de Montes Claros, Joinville, Poços de Caldas, Crissiuma e Bauru, que já trazem a marca da VIII Conferência Nacional de Saúde e da Constituinte.

<sup>89</sup> João Pessoa, São José dos Campos, Belo Horizonte, Montes Claros, Joinville, Poços de Caldas, Criciúma, Baurú, etc.

<sup>90</sup> "Sistema e descentralização..... formação e tensões" op cit pg.3

É dentro desse espírito que, no início da década de 80, o governo estadual recém eleito em São Paulo, numa iniciativa antecipadora da municipalização, elaborou uma proposta de convênio que ficou conhecida como "Convênio do Município Carente". Esse convênio tinha por objetivo fixar a residência de médicos nos municípios que não dispunham desse profissional<sup>91</sup>, por meio da realocação de vínculos empregatícios do setor público no local de prestação de serviços, em geral um centro de saúde do estado.

Nesse período, os encontros de Secretários de Saúde serviram de base para um nível de organização política maior dos Secretários, que em meados dos anos 80, de forma pioneira em São Paulo e Minas Gerais, e depois em Santa Catarina, Paraná e outros, começaram a formar Colegiados de Secretários Municipais de Saúde. Essa nova instância de poder adquiria mais força política e maior poder de pressão sob os demais níveis de governo, investindo nas pressões no sentido de que se promovesse a municipalização do sistema de saúde.

A rica experiência acumulada nesses anos deu aos Secretários de Saúde a certeza e a comprovação de que os centros municipais de saúde eram muito mais resolutivos do que os estaduais. Os Secretários de Saúde dos municípios maiores sabiam que se a SES transferisse para a gestão municipal os CS do estado, a assistência poderia ser otimizada através da implantação da assistência integral, do cumprimento da jornada de trabalho por parte dos médicos, de uma avaliação constante da qualidade dos programas de saúde e um controle mais efetivo dos mesmos, por parte da população<sup>92</sup>.

### 2.3.2.2. A Municipalização no Contexto das AIS<sup>93</sup>

Concomitantemente a esse processo que se desenrolava, à nível estadual e municipal estava sendo elaborado, a nível federal, como vimos, o Plano de Reorientação da Assistência Médica no âmbito do MPAS (CONASP), tendo como um de seus objetivos a reorientação do modelo assistencial de prestação de serviços de assistência médica. Dentro do CONASP, destacavam-se as AIS que buscavam a integração das instituições prestadoras de assistência, objetivando minimizar a dicotomia entre prevenção e cura e eliminar ações paralelas, sobrepostas e concorrentes entre os vários níveis de governo. Na prática as AIS objetivavam baratear os custos dos serviços de assistência médica comprados pela Previdência do setor privado, através da compra de serviços ofertados pelo setor público, por valores muito inferiores àqueles pagos ao setor privado.

O Programa das AIS no Estado de São Paulo iniciou-se em outubro de 1983 com a assinatura do convênio com a SES e dos termos aditivos com os municípios do estado. Através do termo de adesão, os municípios definiam seus compromissos programáticos e financeiros e, dentre eles, o de não promover uma retração nos recursos do orçamento municipal alocados na saúde. O objetivo era de promover um maior compromisso dos municípios na prestação dos serviços de saúde.

<sup>91</sup> Existiam em 1983 no Estado de São Paulo mais de 300 Municípios sem médicos residentes

<sup>92</sup> Nelson Rodrigues dos Santos op cit

<sup>93</sup> Esta seção foi baseada no trabalho de Oswaldo Y. Tanaka e alli., cujo resumo foi publicado sob o título "A municipalização dos serviços de saúde no Estado de São Paulo" na revista Saúde em Debate n.33 pgs 73-79

Apesar do empenho político estadual, a adesão municipal foi relativamente lenta: em 1983 apenas a capital havia aderido; em 1984 alguns municípios de grande e médio porte. A expansão das adesões às AIS somente viria a ocorrer no final de 1984 e início de 1985, depois de um esforço conjunto realizado pela SES e INAMPS/SP, junto aos Prefeitos, no sentido de concretizarem os Planos de Aplicação Municipal e a negociação dos tetos financeiros de repasses de recursos às Prefeituras Municipais.

Muitas Secretarias Municipais não possuíam experiência em planejamento ou, muitas vezes, não havia estrutura própria de prestação de serviços que permitisse caracterizar a contrapartida municipal no Plano de Aplicação. Isso exigiu, algumas vezes, a municipalização da produção dos serviços estaduais ali prestados. Com a expansão das AIS no estado evidenciava-se o papel emergente dos municípios na prestação dos serviços de saúde, tornando-se, nessa fase, a instância responsável pela atenção básica à saúde.

Em resposta às exigências conveniais foram se formando, gradativamente, as Comissões Locais e Regionais Interinstitucionais de Saúde, cuja composição era negociada e os papéis nem sempre bem definidos. As Comissões Locais e Regionais Interinstitucionais tornaram-se instâncias de negociação e até de algumas decisões, até então, totalmente centralizadas. Mas, em última instância, havia um controle centralizado da gestão dos convênios, que era exercido pela CIS- Comissão Interinstitucional de Saúde do Estado de São Paulo.

As AIS impulsionaram também a Reforma Administrativa da SES, ocorrida em 1985, fazendo com que a operacionalização do processo de municipalização avançasse. Nessa reforma foi de fundamental importância a criação dos 62 ERSAS, concebidos para implantar o novo modelo de assistência à saúde em suas áreas de abrangência. A criação dos ERSAS foi fundamental para que a municipalização pudesse ocorrer com a velocidade que ocorreu no estado. Os ERSAS, como vimos, representaram uma efetiva descentralização gerencial e decisória, que se sobrepunha a burocracia do nível central, e participavam através das Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde (CRIS) de todo o planejamento e coordenação do setor saúde na região. A Reforma da SES permitiu a expansão e a execução descentralizada do planejamento em saúde no estado, através da Programação e Orçamento Integrada (POI), que consistia no instrumento técnico de operacionalização dos convênios.

Em resumo, a Reforma da SES em 1987 criou uma estrutura horizontalizada, que foi fundamental para alavancar o processo de municipalização no Estado de São Paulo. A partir de então, o processo de municipalização ganhou rapidamente autonomia em relação às estruturas estaduais, como veremos a seguir.

### 2.3.2.3. A Municipalização no Contexto do SUDS

O SUDS propunha a descentralização das ações de saúde realizadas pelo nível federal, através da estadualização dos equipamentos próprios do INAMPS e de parte do gerenciamento da compra de serviços do setor privado. Tratava-se de uma fase transitória, fruto da aceleração do processo de implementação do SUS, na qual o nível Estadual detinha um papel central, devendo negociar, ainda sob cláusulas conveniais, a adesão dos municípios e o repasse de verbas.

Os convênios SUDS significaram, na prática, um aumento expressivo de recursos orçamentários para o setor saúde à nível municipal, pois, além do repasse financeiro para custeio dos serviços de saúde a nível estadual, havia o pagamento por produção de atividades e a possibilidade de aplicação de recursos para a expansão da rede municipal dos serviços de saúde. Os termos

aditivos ao SUDS delimitavam com maior clareza o papel do município, na prestação direta de serviços de saúde à população. Continham uma série de exigências aos municípios, como, por exemplo, desembolsarem, no mínimo, o mesmo percentual desembolsado anteriormente, reservarem os recursos orçamentários necessários para atender às despesas decorrentes do Plano Municipal de Operacionalização e integrá-lo na POI, bem como prestar contas trimestralmente à SES.

A SES transferiu aos municípios a responsabilidade de gerir toda a rede básica, enquanto aos ERSAs (transformados em SUDs Regionais) competia o controle do setor privado (contratado ou conveniado), bem como os ambulatorios (de especialidades) e serviços hospitalares do setor público.

A SES transferiu aos municípios a responsabilidade de gerir toda a rede básica, enquanto aos ERSAs (transformados em SUDs Regionais) competia o controle do setor privado (contratado ou conveniado), bem como os serviços ambulatoriais (de especialidades) e hospitalares do setor público.

Foi o auge da reestruturação do sistema de saúde paulista, que culminou com a municipalização da assistência. A municipalização, que ocorreu de forma bastante rápida (1987/88), foi realizada através de convênios, que repassaram os prédios, equipamentos, recursos humanos, financeiros e "know how". Foi muito grande a adesão municipal, sendo que em 1987 cerca de 71% dos municípios paulistas já haviam assinado o convênio de municipalização.

A participação dos municípios na política de saúde tornou-se bem mais expressiva depois da implementação do SUDS. Foram estabelecidos os Planos Diretores de Saúde, que possuíam as mesmas bases teóricas, técnicas e orçamentárias do POI, tornando-se instrumentos de Planejamento Municipal.

À nível de gestão colegiada ocorreram mudanças significativas com o advento do SUDS, que ao estabelecer a estadualização e a municipalização, transformava a forma e o aspecto político das comissões. Essas deixavam de ser arena de disputas acirradas de poder, à medida que os papéis pareciam mais claramente definidos naquele momento.

Houve um significativo aumento da participação dos gastos municipais com o setor saúde, como veremos no Capítulo IV deste trabalho, que propiciou investimentos, particularmente na expansão da rede física e, na contratação de pessoal de nível superior (médicos e dentistas). A política de municipalização, nesse período, como enfatiza trabalho do NEPP<sup>(7)</sup>, parecia constituir-se, basicamente, na expansão da rede física e na contratação de pessoal, refletindo uma concepção de saúde fortemente apoiada na assistência médica, o que, de certa forma, reproduzia no estado o padrão "INAMPS", tão criticado pelo movimento sanitário.

#### 2.3.2.4. A Municipalização no Contexto do SUS

O período SUS, nessa etapa vai da promulgação da Constituição até 1990. Isso porque consideramos que as NOBs/91 e 92, editadas durante o Governo Collor, inauguraram uma nova etapa, que denominamos da "recentralização federal".

A criação do Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal de 1988, estabeleceu, como vimos, novas diretrizes para o sistema de saúde, em busca de uma maior autonomia financeira e

de gestão para os municípios, consolidando o processo de descentralização em curso e reforçando o papel do município na gestão do sistema de saúde.

Entretanto, a permanência dos convênios nesse período, como instrumento de repasse das transferências federais, evidencia a resistência do poder central à instituição de mecanismos mais democráticos e transparentes de efetuar as relações intergovernamentais. Evidencia também uma tentativa de rearticulação das forças sociais conservadoras, no sentido de reverter o processo de descentralização, avocando para si o poder de definição de critérios para a efetivação das transferências que já estavam instituídos por Lei.

A descentralização, por ser um preceito constitucional, deveria se dar sem a necessidade de celebração de convênios, que são acordos de vontade, celebrados se e quando houver interesse das partes. Como enfatiza Cordeiro<sup>94</sup> se a prestação da assistência à saúde, nas três esferas de governo é dever constitucional, não pode ficar ao sabor da vontade ou interesse dos dirigentes governamentais, cuja responsabilidade é inegociável. Conclui-se, portanto, que o convênio SUS não poderia ser uma "cópia" do convênio SUDS, porque isso significaria que a Constituição não teria mudado nada, do ponto de vista institucional.

No Estado de São Paulo, esse período caracterizou-se, entretanto, pela continuidade do processo de expansão das redes municipais, que, na maior parte dos municípios, teve início com as AIS, ganhando impulso com o SUDS. Essas fontes de recursos estimularam a expansão dos recursos do Tesouro Estadual e dos Orçamentos Municipais para o setor saúde. Os gastos municipais com saúde cresceram 396% no período 86/90<sup>95</sup> o que refuta a tese de que os municípios reduziram seus gastos, à medida que receberam transferências do governo estadual e federal. A ampliação da capacidade instalada nesse período, bem como o aumento na produção de serviços, a contratação de recursos humanos e expansão do gasto em saúde espelham as transformações ocorridas no plano legislativo e financeiro, evidenciando o fortalecimento da instância municipal.

Em 1989, 81% dos gastos do SUDS foi para repasses aos Municípios (33%) e ao setor privado (48%). Em 1990, praticamente todos os municípios haviam municipalizado a assistência à saúde (98%)<sup>96</sup>. Isso significa que, esse período foi marcado por uma profunda transformação na atuação do estado e dos municípios. Através de suas estruturas descentralizadas (SUDS-R), o estado deixou a prestação de serviços para os municípios e voltou-se para as atividades de planejamento e articulação política.

Enquanto no período SUDS a municipalização teve como pressuposto o processo de descentralização promovida pelos níveis federal e estadual, no período SUS (89-90), com o fortalecimento financeiro dos municípios e as novas regras constitucionais, francamente favoráveis à municipalização das políticas sociais, ela parece ganhar rumos próprios.

O papel do estado ficou reduzido ao apoio a municípios menores e à complementação dos recursos federais que lhes eram repassados. Esses recursos eram insuficientes para a assistência prestada por estes pequenos municípios, em função de uma demanda mínima por eles atendida. Nos municípios de pequeno e médio porte, onde os recursos repassados pelo estado geralmente são maiores que os recursos próprios do município, o apoio estadual era bem vindo, desde que restrito às funções técnicas, ou seja, não competindo com o poder político municipal na tomada

<sup>94</sup> "Controvérsias no financiamento do SUS" Hélio Cordeiro artigo publicado na Revista "Saúde em Debate" no 31

<sup>95</sup> "Sistema Único de Saúde- uma reforma no meio do caminho" José Fernando Casquel Monte in "São Paulo em Perspectiva" F. Seade V.6 no4 out./dez 92

<sup>96</sup> "Educação, Saúde e Atenção ao Menor no Estado de São paulo: uma avaliação dos serviços públicos estaduais" Vol IV NEPP/Unicamp out. 1991

de decisões. Nos municípios de grande porte, onde o aporte de recursos do estado era inferior ao do próprio município, houve sérias críticas ao desempenho estadual. Abstraindo-se o tamanho dos municípios, de um modo geral, havia críticas de que os recursos repassados eram insuficientes e que havia atrasos sistemáticos e excesso de critérios políticos na transferência dos mesmos.

No plano organizacional, a atuação do estado também foi objeto de fortes críticas, em função de seu despreparo para o exercício dos novos papéis que lhe foram atribuídos na estruturação do SUS. Evidenciou-se, neste período, sua incapacidade de promover mecanismos de articulação dos serviços; de desenvolver sistemas de gerenciamento regional (pessoal, material, orçamento, custo, manutenção) e de criar um sistema de referência e contra-referência de abrangência regional<sup>97</sup>. Esse foi e continua sendo, um problema crucial para a organização do SUS, pois o seu desenho original pressupôs sistemas de gerenciamento e de planejamento integrados e calcados nas diferentes realidades regionais.

#### 2.3.2.5. A Municipalização no Contexto da "Recentralização"

Esse período, que vai de 1990 a 1993 foi marcado, no plano jurídico institucional, como vimos, pela edição das normas e portarias federais que restabeleceram o centralismo, através da centralização do controle financeiro do SUS. Tais normas estabeleceram uma relação direta do nível federal com os prestadores, e a relação do nível federal com as demais instâncias de governo passou a ser, em grande medida, uma relação de compra de serviços.

Quanto à evolução do processo de municipalização nesse período, quase não há bibliografia disponível, que permita um acompanhamento do processo à nível nacional, ou mesmo estadual. Por isso nos restringimos aqui a resumir algumas das principais características do período, fruto das observações deste trabalho sobre a região de Campinas, ora em estudo:

à partir de 1990, concomitantemente à retração de recursos de financiamento do nível federal e estadual, observa-se um crescente comprometimento de recursos dos orçamentos municipais com a saúde.

o projeto de regionalização do estado para a região é um fracasso, assim como algumas tentativas de acertos intermunicipais.

alguns municípios passam a buscar um modelo "municipalista" de organização dos serviços. Esse modelo, se efetivado, negará os pressupostos do SUS, à medida que autonomiza o nível municipal.

Os índices de crescimento das consultas e exames diagnósticos na região revelam claramente um desvio produtivista, aliado à exacerbação de determinados tipos de consultas, como as de urgência/emergência e alguns tipos de SADT (raio X e exames laboratoriais).

há uma generalização do modelo assistencial baseado no Pronto-Atendimento, desvinculado de uma preocupação maior com a qualidade dos serviços prestados.

<sup>97</sup> Em novembro/1994 inaugurou-se uma Central de Vagas na região, que abrange, entretanto, somente os municípios do ERSA-27

há uma alteração do perfil da assistência ambulatorial pública, que passou a ter um efetivo contingente de adultos em sua clientela.

os principais gargalos do SUS na região são a assistência hospitalar secundária e determinados SADT de alto custo. O crescimento do mercado privado constituído pelos Planos de Saúde e as faltas de garantias de regularidade e de valores compatíveis das tabelas de pagamento SUS fez com que a maior parte dos hospitais privados da região se desinteressasse pelo SUS. Os hospitais filantrópicos, parceiros preferenciais do SUS, também buscam alternativas de financiamento ao SUS.

algumas Prefeituras (como a de Campinas), vêm, de uma maneira pioneira, buscando contornar a crise gerada pelo desinteresse dos hospitais parceiros, através do uso de moedas próprias (como a negociação de isenções e perdões de dívidas, impostos municipais, etc.), o mínimo de leitos necessários às internações de municípes e, com isso, evitar uma crise hospitalar.

observa-se a saturação dos hospitais de nível mais complexo (na região de Campinas os HUs), em consequência da desorganização regional do SUS. Esses, devido à saturação por casos de menor complexidade, acabam por se desviar de sua função de prestar assistência de nível mais complexo.

a municipalização nessa etapa começa a evidenciar, novamente, buscas de modelos assistenciais alternativos, como é o caso, na região de Campinas, do município-sede que integrando e descentralizando as políticas sociais. Também é o caso de Hortolândia, que constituiu um sistema descentralizado de saúde e implementou um programa de médico de família.

finalmente, como subproduto da crise de financiamento do SUS e, consequentemente, da existência de gargalos nos níveis de assistência, particularmente aqueles referentes ao nível hospitalar secundário, foi intenso crescimento dos Planos de Saúde privados, que, por sua vez, se utilizam dos equipamentos públicos, no que diz respeito aos procedimentos de alto custo, onerando e levando os níveis mais complexos do SUS à saturação.

***CAP III O PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE NA REGIÃO  
METROPOLITANA DE CAMPINAS***

**3.1 O PIONEIRISMO DE ALGUNS MUNICÍPIOS DA REGIÃO NA ORGANIZAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE.**

**3.2 A EVOLUÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA (REDE FÍSICA) DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE NA RMC.**

**3.3 A EXPANSÃO DOS RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS NA RMC**

**3.4 A EXPANSÃO NA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA RMC.**

**3.5 PRINCIPAIS ENTRAVES À CONTINUIDADE DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO**

### **3.1 O PIONEIRISMO DE ALGUNS MUNICÍPIOS DA REGIÃO NA ORGANIZAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE<sup>98</sup>**

A região de Campinas possuía em 1985 81 unidades básicas de saúde (UBS), o que corresponde a cerca de 65% do total de unidades da rede em 1993. Embora não se possa avaliar quantas destas unidades eram estaduais, evidencia-se pela extensão da rede que já era significativo o número de unidades municipais. Para melhor qualificar esse processo de desenvolvimento de experiências autônomas de municipalização, vamos comentar rapidamente a experiência de Americana da qual dispomos de alguns poucos dados e a de Campinas, que por se tratar do município-sede da região merecerá um estudo mais aprofundado.

O município de Americana começou a elaborar um Plano Municipal de Saúde em 1977, visando a cobertura, principalmente da população mais carente da periferia do município. Foi então criada a Fundação de Saúde de Americana (FUSAME). Em 1978 foram inaugurados 6 Postos de Saúde que realizavam atendimentos de urgência, consultas médicas, curativos, pequenas cirurgias, controle de pressão arterial, inalações e imobilizações. Em 1979 mais dois Postos foram inaugurados e em 1980 já eram 10 Postos, ou seja a rede já correspondia a 62% da rede em 1993. Em 1982, visando dar retaguarda à rede de Postos municipais é inaugurado o Hospital Municipal Saúde e Fraternidade, junto ao qual é construído um Pronto Socorro.

Evidencia-se, dessa forma, o pioneirismo de Americana no estabelecimento de uma rede básica e do Hospital Municipal antes que isso se tornasse objeto das políticas de saúde federais. A FUSAME continuou tendo um crescimento progressivo entre 1982 e 1987 com o apoio das AIS que permitiu um grande salto qualitativo, à medida que propiciou não só a complementação dos equipamentos e promoção das reformas necessárias mas também a montagem de um sistema integrado de saúde. Em 1987 com o advento do SUDS foi possível ampliar o ambulatório de especialidades tais como oftalmologia, ginecologia, obstetrícia, otorrinolaringologia, urologia, cirurgia geral, cardiologia e ortopedia. Também foi possível a instalação de um laboratório no próprio hospital, complementando, dessa forma, a estruturação da rede municipal de saúde.

<sup>98</sup> Esta seção apoiou-se nos seguintes trabalhos:

- "São Paulo no Limiar do século XXI" Núcleo de Estudos de Políticas Públicas NEPP/UNICAMP-SEPLAN 1992
- "Educação, Saúde e Atenção ao Menor no Estado de São Paulo: uma avaliação dos serviços públicos estaduais" Vol 4 NEPP/UNICAMP out.1991
- "A Organização dos Serviços de Saúde: uma avaliação da experiência de Campinas" Caderno de pesquisa n° 26 NEPP/UNICAMP nov.1993
- "Campinas uma experiência em saúde" Cristina A. Possas (Org.) Relatório Final Convênio Puccamp/Finep 1987
- "Organização e gerenciamento dos serviços de saúde: uma avaliação da experiência de Campinas" Queiroz M.S. e Viana Ana L. publicado na Revista de Administração Pública fev.1994
- "O desenvolvimento da municipalização dos serviços de saúde em Campinas" Queiroz M.S. publicado na Revista de Administração Pública out/dez 1994
- "O processo de municipalização dos serviços de saúde: um estudo de caso no Estado de São Paulo" Relatório Final NEPP/UNICAMP Convênio Fecamp/F.Seade
- "A gerência dos serviços de saúde: diagnóstico sobre a capacidade gerencial e as novas formas de gestão no modelo atual de saúde" Relatório Final dez.1992

### 3.1.1. As etapas do processo de municipalização no município-sede Campinas:

#### 3.1.1.1. A busca de alternativas para a organização dos serviços saúde em Campinas (1977-83)

O município de Campinas também foi pioneiro, em muitos aspectos, da implantação de um novo modelo de saúde. Ele não só respondeu de imediato aos estímulos provenientes do Governo Federal e Estadual, como muitas vezes se antecipou, através da implementação de modelos alternativos de prestação de assistência à saúde.

As primeiras experiências alternativas para o sistema de saúde na região ocorreram em meados da década de 70, quando um convênio entre a Faculdade de Medicina da Unicamp e a Fundação Kellogs estabeleceu um programa de serviço médico comunitário, através do qual os alunos entravam em contato com os serviços de nível primário de atenção médica. Essa experiência foi desenvolvida no município de Paulínia, onde inicialmente foi criado um Centro de Saúde Escola<sup>99</sup>.

Efetivou-se, dessa forma, na região de Campinas mais essa experiência pioneira, que visava a integração docente-assistencial, com os serviços públicos de atenção primária. Ela serviu de referencial para a experiência de Medicina Comunitária, que viria a se desenvolver anos depois no município de Campinas.

O programa de Medicina Comunitária, iniciado em 1977 pela Secretaria Municipal de Saúde, no Governo Francisco Amaral, é um exemplo desse pioneirismo de Campinas. Essa experiência foi viabilizada por tratar-se de um Governo de oposição, disposto a investir em um programa alternativo de saúde, que pudesse promover uma efetiva reforma no sistema de saúde. Sua plataforma política era a expansão da assistência médico-sanitária a populações marginalizadas. O Secretário de Saúde desse período, Dr. Sebastião de Moraes, era um médico humanista, com idéias progressistas, ligado à Igreja Católica, que contava com o apoio do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp. Advogava a idéia de que a expansão dos serviços de saúde deveria estar colada à participação social. O caminho era "a construção de postos de saúde simples, para pessoas simples com custos simples". Essa foi a filosofia que embasou a implantação da rede básica de saúde em Campinas nesse período inicial. O projeto considerava, portanto, que o primeiro passo para promover um sistema médico democratizado era a implantação pela Prefeitura de uma rede básica de atenção primária à saúde. Isso foi realizado através de uma experiência alternativa, que cobria 4% da população do município e envolvia menos de 2% dos recursos da Secretaria de Saúde<sup>100</sup>.

Esse programa teve prosseguimento com o lançamento de um plano que permitiu caracterizar a política de saúde do município, através da democratização da assistência médica, da extensão da cobertura, da hierarquização dos níveis de atendimento, da medicina integral e da participação comunitária. Em termos tecnológicos pretendia-se um meio-termo entre a sofisticação do hospital e a simplificação médica que ocorrera na fase inicial. Observava-se um modelo de medicina integral, voltado tanto à população quanto ao meio ambiente. Essa medicina deveria ser protagonizada por uma equipe de saúde, na qual destacar-se-ia o papel do auxiliar de saúde, que deveria ser recrutado na própria localidade, devendo atuar como elo entre a equipe de saúde e a

<sup>99</sup> A Faculdade de Medicina controlou até recentemente todo o sistema de saúde de Paulínia, que compreendia a Vigilância Sanitária e Epidemiológica, o ambulatório de meio ambiente, o ambulatório de saúde do trabalhador, o controle de infecção hospitalar, o pronto-socorro e quatro centros de saúde. O convênio entre a Faculdade de Medicina da Unicamp e o município de Paulínia está, entretanto, em processo de rompimento.

<sup>100</sup> "Atenção Primária e Política de Saúde" D. Feliciello in C.A. Possas (Org.) "Campinas uma experiência em saúde" Relatório Final Convênio Puccamp/Pinep-1987

comunidade. Seu papel seria muito relevante, enquanto educador que deveria combater a excessiva medicalização promovida pela sociedade de consumo. A consulta médica deveria incluir o atendimento em grupo, como forma de romper com o autoritarismo da relação médico paciente. Enfim, uma das características principais desse projeto era a de que a população deveria ser co-responsável pelo empreendimento, sendo a participação comunitária um dos pilares básicos do modelo.

A construção dos postos da rede básica teve início em 1977, quando foram instaladas 2 unidades, em 1979 já eram 22 e, no início de 1981 a rede já contava com 36 postos de saúde. Pode-se afirmar que essa experiência foi viabilizada por ter envolvido um grande número de profissionais de nível superior, em sua maioria recém formados da Unicamp, motivados para desenvolver uma experiência inédita em medicina comunitária, para a qual possuíam instrumentação tecnológica e uma boa dose de voluntarismo. Essa experiência acabou formando uma geração de sanitaristas campineiros (na qual também me incluo), que até hoje desempenham papéis importantes no sistema, como é o caso da atual Secretária Municipal de Saúde e do Diretor do ERSA de Campinas.

Campinas passou a ser considerada, pelos gestores de nível federal e estadual, como área experimental para a implantação do Sistema Nacional de Saúde. Houve interesse do INAMPS, SES e Ministério da Saúde de estabelecer vínculos inter-institucionais, visando a criação de um sistema de referência e contra-referência entre a rede básica, os ambulatórios do INAMPS e os Hospitais Universitários. Com esse objetivo foi criada uma comissão para promover os convênios necessários. Mas as condições políticas da época não foram suficientes para viabilizar esse processo de integração interinstitucional. Havia insegurança por parte dos gestores das várias instituições em relação à continuidade dos repasses federais.

O sucesso do plano municipal se deveu mais à extensão da cobertura e aos baixos custos, que levaram à sua institucionalização e ao reconhecimento oficial pela Previdência, do que à modificações significativas no modelo tradicional da prática médica. A expansão da rede, sem uma contrapartida financeira no orçamento municipal que permanecia nos anos 79/80 em torno de 5.5% do dispêndio total, comprometia, em parte, a eficiência e resolutividade dos postos. Somente a alta produtividade da equipe de trabalho, motivada por seus ideais, explica a expansão e o funcionamento da rede nesse período.

Após a saída do Secretário, o projeto descaracterizou-se, principalmente no que diz respeito a seu caráter alternativo comunitário. A proposta de medicina comunitária ao ser reinterpretada pelos partidos políticos de esquerda, no sentido de colocar a necessidade de luta pela conquista da saúde por parte das classes populares, promoveu uma resistência da administração municipal de continuar financiando particularmente os aspectos menos convencionais da prática médica.

Ao final dessa primeira fase de implementação da rede básica, o perfil dos serviços de saúde no município já se alterara significativamente, aumentando a participação da rede pública na oferta dos serviços médicos<sup>101</sup>. Entretanto, essa participação não foi acompanhada de uma alteração na composição dos gastos. A maior parte dos recursos do INAMPS, principal financiador da assistência médica, continuou sendo canalizada para os prestadores privados (cerca de 78%). O gasto relativo ao setor público, embora atingisse um percentual significativo (cerca de 17%), destinava-se, em sua maior parte, aos serviços de tecnologia mais complexa, localizados principalmente nos hospitais universitários (15.35%).

<sup>101</sup> Atenção Primária...saúde"op cit.

### 3.1.1.2. A integração interinstitucional (1983-1987)

Em 1982, com a experiência adquirida através da participação no Movimento Municipal de Saúde, e o acompanhamento das discussões do PREV-SAÚDE, e logo depois do CONASP, à nível nacional, Campinas, mais uma vez, de uma maneira pioneira, criou um fórum de representantes de instituições de saúde (SMS, Inamps, Pucc, Unicamp e SES), para discutirem os conflitos e as superposições de atribuições para a prestação de serviços de saúde em Campinas. Esse fórum interinstitucional, que recebeu o nome de Pró Assistência I, era um projeto de âmbito municipal-estadual, que antecedia as AIS, buscando promover a integração docente-assistencial na área da saúde.

O Pró Assistência só foi reconhecido oficialmente em outubro de 1983, com a participação de representantes da UNICAMP, PUCCAMP, da SES, da SMS, Ministério da Previdência e Assistência Social (Agência Regional do INAMPS) e Ministério da Saúde (Delegacia Federal de Saúde). Mas, somente no início de 1984, com a assinatura do convênio com o MPAS, é que os repasses financeiros ganharam mais regularidade e se iniciaram efetivamente as AIS.

A administração municipal que se iniciou em 1983 encontrou a rede ampla, mas em precárias condições. Essa situação só pode começar a ser revertida com o afluxo de recursos oriundos do projeto Pró-Assistência, e das Ações Integradas de Saúde-AIS. Pretendia-se melhorar o atendimento da rede, visando a melhorar a qualidade do atendimento dos 36 postos municipais e 8 estaduais existentes, integrando-os aos serviços especializados e, aos hospitais responsáveis pelo atendimento secundário e terciário.

Em 1987, a instituição do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) significou um passo definitivo na consolidação da municipalização e integração dos serviços de saúde contidos nos projetos AIS e PRO-ASSISTÊNCIA.

A integração interinstitucional dos serviços a nível municipal também se deu no interior de uma arena de conflitos e interesses diversos, no qual se contrapunham os interesses da medicina previdenciária e do setor privado, de um lado (Sociedade de Medicina e Cirurgia, Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo- Regional de Campinas, e o INAMPS) e de outro, os setores voltados para a saúde pública (SMS, SES, UNICAMP e PUCCAMP).

A nível interno, a Secretaria Municipal da Saúde promoveu uma reforma administrativa, que, entretanto, foi insuficiente para evitar uma série de dificuldades geradas, em parte, pela rapidez com que as modificações aconteciam, exigindo intensa articulação com as esferas federal e estadual. Entretanto, inexistiam mecanismos institucionais que permitissem uma comunicação mais eficiente com a base do sistema, o que promoveu grande insatisfação daqueles que ali operavam. Outra dificuldade gerencial observada nesse período foi a de se lidar com recursos humanos herdados das demais esferas de Governo, com diferentes contratos de trabalho, diferentes experiências administrativas e diferentes níveis salariais, para o desenvolvimento de funções semelhantes.

À partir desse período, o eixo do modelo assistencial deslocou-se para uma assistência médica que teve no pronto atendimento a ação de saúde básica, o que tem reflexos imediatos no aumento de demanda por um tipo de atendimento mais especializado, cuja maior parte dos recursos concentraram-se nos hospitais. Ou seja, a universalização da cobertura, aliada a esse modelo assistencial, que privilegiou o pronto-atendimento, acabou por intensificar os estrangulamentos já existentes na outra base do sistema - os serviços especializados.

Para organizar o sistema de referência, à nível da rede municipal foi criada, na própria SMS, uma Central de marcação de consultas especializadas, através de linha telefônica (Linha Direta). As consultas eram solicitadas diretamente pelos Centros de Saúde e agendadas, de acordo com a

disponibilidade das especialidades. Essa disponibilidade sofria importantes restrições, em função da demanda regional, atendida através de agendamentos diários, na própria porta dos ambulatórios de especialidades, fato que gerava e mantinha inalterada a conhecida "fila do INAMPS".

### *3.1.1.3- A implantação do Sistema Unico de Saúde (1988-93)*

A fase de implantação do SUS foi marcada por três etapas distintas: na primeira, que vai de 1989 a 1990, convergiam uma situação favorável externa, na qual o afluxo de recursos federais e estaduais ainda foi intenso, com uma situação interna propícia à soluções inovadoras, com a ascensão do Partido dos Trabalhadores à Prefeitura Municipal. A gestão petista termina em 90, quando o Prefeito rompeu com o PT.

À partir de 1990 se estabeleceu uma nova etapa que vai até 1992 e, é marcada no nível externo pela "recentralização" e, no interno, pelos efeitos da crise entre o Prefeito Jacó Bittar e o PT.

Finalmente, a terceira etapa de implantação do SUS caracteriza o período atual que se inicia com a gestão do PSDB em 1993 no plano interno e, com a edição da NOB/SUS/93 no externo, marcando a retomada do processo de descentralização da saúde.

#### *1ª etapa: sinergia das forças progressistas*

A primeira etapa é a dos dois primeiros anos da gestão petista (89/90). Esse período foi marcado, não só pelo maior investimento municipal no setor saúde, como pela continuidade dos fluxos de recursos federais, via SUDS regionais. O volume de recursos permitiu, além de se equipar os postos com instrumentos terapêuticos, antes disponíveis somente em hospitais, um aumento significativo nos quadros e nos salários de recursos humanos, nessa época já composto principalmente por médicos. A SMS passou de 400 para 2000 funcionários, sendo que a maior parte dos contratos novos correspondiam a pessoal de nível superior.

A questão do gerenciamento foi considerada central. Buscou-se desenvolver um modelo gerencial baseado no trabalho em equipe, na integração da clínica com a medicina coletiva e no processo de desospitalização, à partir da incorporação, pela rede, de tecnologias adequadas para o diagnóstico e tratamento de grande parte das doenças. Os salários foram substancialmente melhorados, superando os da UNICAMP; os C.S. foram equipados para a realização de pequenas cirurgias, evitando-se assim o uso do pronto-socorro.

Promoveu-se uma política de descentralização gerencial, que possibilitava que cada unidade buscasse desenvolver suas próprias tecnologias e processos de trabalho. Houve um esforço no sentido de se romper com o pronto-atendimento, estimulando a assistência horizontal, que pressupõe uma equipe de profissionais dirigida a uma única área de atendimento. Todas as unidades passaram a ter dois esquemas de atendimento: um para intercorrências, de solução imediata, e outro envolvendo consulta agendada.

Esse tipo de atendimento foi extensivo aos Hospitais Mário Gatti e Cândido Ferreira, rompendo com sua estrutura verticalizada, ao criar grupos de trabalho com uma função determinada. A média de permanência nesses hospitais foi normatizada segundo padrões internacionais. Medidas simples de gerenciamento produziram uma queda da média de internação de 21 para 7 dias, possibilitando um número de internações três vezes maior. O resultado mais imediato desta nova política gerencial foi uma significativa diminuição de custos por paciente e uma queda brusca nos índices de infecção hospitalar, que antes eram de 50%.

Entretanto, as principais críticas que são feitas a esse período relatam uma certa inexperiência administrativa. Fato é que, as experiências gerenciais promovidas nessas etapas, não chegaram a ser institucionalizadas, permitindo que a crise política entre o Prefeito e o PT, que resultou na

renúncia do Secretário de Saúde, fizessem com que a maior parte das conquistas fossem em grande parte perdidas.

### *2ª etapa: desarticulação e retrocesso*

Os dois anos (91/92) dessa fase foram marcados pelas disputas entre o PT e o Prefeito. Aliada às dificuldades internas, o quadro externo, foi marcado pela retração das transferências federais e estaduais e pela recentralização decisória à nível federal, instituída com a edição das NOBs/SUS/91 e 92. A somatória de fatores negativos à nível interno e externo fizeram com que muitas das conquistas anteriores fossem inviabilizadas.

Foi um período marcado pela instabilidade, com a alternância de Secretários de Saúde que apesar de terem dado contribuições individuais importantes, não conseguiram estabelecer um projeto institucional, que explicitasse os objetivos e metas de trabalho, em função da própria descontinuidade, que caracterizou esse período. Isso teve reflexos importantes na organização do trabalho do nível central da SMS. Apesar da dedicação da equipe de nível central, as sistemáticas e os processos de trabalho eram muito complicados e pouco efetivos. A organização administrativa herdada da época do Pró Assistência já não respondia às necessidades impostas pelas novas funções assumidas pela SMS no decorrer do processo de municipalização.

Um dos problemas mais sérios foi a ausência de uma política específica de recursos humanos e um achatamento brutal dos salários, que impediu uma maior fixação dos profissionais, particularmente médicos. Aliado aos baixos salários era grande a desmotivação dos profissionais que permaneceram na rede, devido à ausência de projeto institucional. Mas, apesar da desarticulação política e do retrocesso vivenciado pela política de saúde à nível nacional, muita gente continuou praticando uma boa assistência, ou desenvolvendo ações programadas, porque já as havia incorporado à sua prática.

Deu-se continuidade à ampliação da capacidade instalada da rede básica, que atingiu, em termos físicos, um bom grau de adequação, apesar de necessidade de reformas em alguns Postos de Saúde mais antigos (Jardim São Marcos e Santa Mônica). No restante da rede, a capacidade física estava mais deteriorada e o problema mais grave era a falta de profissionais especializados, devido ao achatamento salarial.

Apesar das dificuldades internas e externas, esse período foi marcado por avanços no processo de municipalização, evidenciado pela alteração do perfil dos prestadores de serviços, com o setor público passando a responder pela maior parte das consultas ambulatoriais. O setor público em 1993 respondeu por 51% do total de consultas SUS e o setor Universitário por mais 41% (Tabela ). No âmbito das internações hospitalares, também vai alterando-se o perfil da prestação de serviços, com a predominância dos leitos de caráter público e o descredenciamento crescente do setor privado lucrativo.

### *3ª etapa: a descentralização progressiva*

A nível externo essa etapa foi marcada pela retomada do processo de descentralização que, como vimos, sofreu um forte retrocesso com a edição das NOBs/SUS/91 e 92. A edição da NOB/SUS/93 instituiu um processo de descentralização progressivo, através da criação de critérios que credenciaram os municípios para assumirem a gestão semi plena do SUS.

A Secretaria de Saúde de Campinas considerou a gestão semi plena uma conquista democrática, que o município desejou assumir, sem perder de vista a participação regional. No entanto, apesar de desejar assumir a gestão semi-plena, considerou inoportuna essa passagem naquele momento (meados de 1994) em que o país não tinha ainda uma base orçamentária definida. A SMS já havia empenhado todas as moedas municipais (isenções de impostos e taxas, descontos em

contas de água, saneamento de dívidas municipais, etc) num esforço para evitar uma crise hospitalar no município. Essas negociações exigiram e continuam exigindo um grande esforço político, à medida que envolvem uma negociação permanente da Prefeitura com os hospitais. Assim, à despeito da SMS se sentir estruturada para assumir a gestão semi plena do SUS, preferiu não fazê-lo naquele contexto de crise de financiamento hospitalar e indefinições orçamentárias, à nível federal.

À nível interno da SMS, entretanto, a recém empossada administração PSDB iniciou um movimento, no sentido de buscar uma maior estabilidade institucional. Destacam-se duas importantes iniciativas:

a criação da Família Ocupacional da Saúde, que constitui-se num Plano de Carreira próprio para os servidores da saúde, reconhecendo as especificidades do setor no contexto da administração mais geral da prefeitura. Esse plano de carreira implicou também numa recuperação salarial naquele período, que ajustou os salários aos níveis de mercado, o que era pré condição para a recuperação do quadro profissional da SMS, que encontrava-se esvaziado. A proposta foi aprovada pela Câmara de Vereadores e implantada em maio de 1993, possibilitando, ainda neste ano, a contratação de emergência de 190 médicos, fora os outros profissionais.

foi realizado um esforço de reestruturação da SMS. A proposta trazida pela saúde no Programa de Governo do PSDB foi incorporada ao processo mais amplo de mudança que flexibilizou a estrutura da própria prefeitura. A nível interno, a SMS estava estruturada apenas para a gestão dos serviços próprios. Não havia pessoal qualificado, nem processos de trabalho implantados, para responder pela gestão de todo o SUS. A reestruturação, portanto, visava a capacitá-la para gerenciar o SUS local. Após a aprovação do Legislativo, a reforma administrativa da SMS começou a ser implementada ainda em 1993.

A estrutura da SMS, antes da reestruturação, se resumia ao Gabinete do Secretário, ao Departamento de Saúde e a algumas estruturas verticalizadas. O Departamento de Saúde foi reestruturado e foram criados três novos Departamentos de suporte aos serviços de saúde municipais, do SUS local e dos programas institucionais: o Departamento de Planejamento e Gestão, o Departamento de Informação e Desenvolvimento, que trabalha os dados de produção e os dados epidemiológicos<sup>102</sup> e o Departamento de Programas e Projetos Especiais, que possui uma estrutura matricial e procura responder às exigência do SUS. Essas duas medidas foram básicas para o desenvolvimento dos projetos dessa gestão. Foram criadas também, inicialmente, 4 Coordenadorias de Saúde, respondendo cada uma por uma área específica do município e as Coordenadorias específicas para as áreas de Vigilância Sanitária e Epidemiológica e para os Serviços de Atenção Secundária, Terciária e de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e de Assistência Hospitalar.

Mas o processo de reestruturação da SMS continuou buscando responder a uma nova ordem de demandas baseadas em diretrizes gerais da gestão PSDB no município. Em sua agenda política, ganha centralidade um projeto de desenvolvimento e enfrentamento da crise social com parceria da sociedade, batizado de "Município Saudável". No âmbito desse projeto mais geral, ocorreu o Projeto de Descentralização, no qual foram criadas quatro Secretarias de Ação Regional (SARs). No bojo dessa proposta de descentralização foram criadas no âmbito das SARs, três Diretorias: a

<sup>102</sup> Todos os bancos epidemiológicos já estão implantados e desconcentrados através das várias regiões.

Diretoria do Desenvolvimento Social, a Diretoria de Infraestrutura e a Diretoria Administrativa. Trata-se da criação de um espaço institucional de Gerência de Projetos Intersectoriais, sob o comando das SARs.

A nível central de Governo a integração intersectorial é realizada através de três Conselhos: o de Desenvolvimento Social (CDS), o de Desenvolvimento de Áreas Administrativas e o de Infraestrutura.

No CDS participam os Secretários da Saúde, Educação, Promoção Social e Cultura e os quatro Secretários de Ação Regional. O CDS busca garantir a unidade das diretrizes das políticas, através de um processo de engenharia política, que envolve uma delegação gradativa de poder do nível central ao descentralizado, formação de recursos humanos para gerência, normatização de processos, para não haver um experimentalismo desnecessário e perda de identidade da política municipal, ao mesmo tempo que garanta um nível de diferenciação necessário para dar respostas às diferentes exigências regionais.

Uma das metodologias que vêm sendo usadas nesse processo, é a gerência social descentralizada, inspirada no "Projeto de Distritalização"<sup>103</sup> desenvolvido no âmbito do setor saúde, que vem sendo adaptado para instrumentalizar as Diretorias de Desenvolvimento Social, com a contribuição de todas as secretarias sociais da prefeitura e das organizações não governamentais da própria região. Esse projeto à partir de uma área geográfica, que se entende como um Distrito Social, identificou, junto com as organizações próprias da população dessa região, os recursos existentes (públicos e privados) e os problemas, de modo a subsidiar o planejamento ascendente, que torna-se a base de um projeto específico de desenvolvimento para aquela área geográfica. Dentro das SARs devem ser priorizadas as áreas sociais de risco, que concentram maior índice de miséria, onde são desenvolvidos projetos com essa metodologia.

As reformulações internas da SMS visam a adequar a sua estrutura interna não só às suas funções ampliadas de gestora do SUS municipal, mas também a esse processo de descentralização mais amplo da prefeitura, no bojo do qual se define a priorização de uma atuação intersectorial de enfrentamento da crise social. Mas, o processo de descentralização mais geral da prefeitura, promoveu um avanço no sentido de se criarem 5 Regiões de Saúde<sup>104</sup>, cujos Coordenadores mantêm estreito relacionamento com as Secretarias de Ação Regional. Na área de promoção à saúde, o que é realizado na comunidade, ou seja, fora do Posto de Saúde, passou para o comando da SAR, possibilitando uma maior integração com outras áreas das políticas sociais, como educação, promoção social, cultura, etc. Embora num primeiro momento os profissionais de saúde que atuam junto às SARs, ainda respondam, à nível de assistência prestada ao Departamento de Saúde, o processo de descentralização deverá avançar no sentido de garantir um maior grau de autonomia das Coordenadorias Regionais em relação à SMS.

Por enquanto, estão sob o comando administrativo das SARs, na área da saúde: os Centros de Saúde, as Clínicas Modulares Transportáveis de Odontologia, o Sistema de Atenção Domiciliar, os Centros de Atenção Psico-Social e as equipes de Vigilância em Saúde. Não estão descentralizados: as Policlínicas e os Centros de Referência, os serviços de SADT, que dão retaguarda a todas as unidades do SUS e os sistemas de apoio técnico, como compra de medicamentos, insumos lavagem de roupa, distribuição de medicamentos, etc. Na assistência

<sup>103</sup> O projeto de distritalização foi desenvolvido através do trabalho de várias instituições, dentre as quais se destaca a participação da Organização Panamericana de Saúde, que conseguiu sistematizar esse processo e desenvolver módulos de capacitação de pessoal para o desenvolvimento da proposta.

<sup>104</sup> A SAR Oeste foi dividida em duas no âmbito da saúde, devido ao fato de concentrar o maior número de unidades de saúde e o maior contingente de população de baixa renda do município, no qual a quase totalidade é dependente da assistência do SUS.

ambulatorial de nível secundário, como somente a metade das consultas é realizada pela SMS e a outra metade pela UNICAMP e PUCC, busca-se, numa primeira etapa, compor um sistema único, através da distribuição informatizada das consultas.

Em relação ao modelo assistencial adotado por Campinas, cabe ressaltar que, à despeito de ter havido uma ampliação muito grande do volume de atendimento à partir de 1991, com a disseminação do pronto atendimento, as novas regras de financiamento federais, há uma crescente preocupação com o desenvolvimento de mecanismos que possam vir a garantir a melhoria da qualidade dos serviços. Na prática, os programas de saúde nunca deixaram de existir, pois suas ações acabaram incorporando-se à rotina do corpo técnico, à excessão dos médicos da rede básica, cuja rotatividade é muito grande. Hoje há uma clara preocupação da SMS de fomentá-los, embora de uma forma menos rígida, para buscar uma melhoria qualitativa da assistência prestada.

A melhoria da qualidade e um maior grau de integração entre as instituições que participam do SUS está sendo buscada, em termos da gestão, através da retomada das Comissões Interinstitucionais, que haviam se esvaziado com a municipalização. As novas comissões visam trabalhar as ações programadas no município e não mais aquela ação restrita ao setor público. Em cada área da assistência a composição das comissões é diferente, envolvendo representantes das instituições que se destacam naquela área. Essas comissões buscam trabalhar em cima de diretrizes para as áreas, que os representantes se comprometem a levar para dentro da sua instituição. Trata-se de um trabalho bastante diferenciado daquele trabalho das comissões em 1985/86, que procurava criar as normas e ganhar a rede para realizar ações que, muitas vezes, ainda não eram desenvolvidas, como o planejamento familiar, prevenção, etc. Hoje as normas estão prontas, são outras as necessidades. Busca-se garantir as condições necessárias para uma maior resolutividade para ações que já vem sendo desenvolvidas dentro do SUS, incorporando também outros tipos de atendimento, melhorando o sistema de referência, supervisionando, para descobrir o que está sendo feito e como ou por que não está sendo feito, se há necessidade de treinamento/capacitação e também auxilia-se a implantação dos sistemas de informação e vigilância de agravos, alimentar etc

A nível de SMS, o Departamento de Saúde constituiu um Conselho, que funciona como uma ponte entre o nível central e as unidades da rede. Esse Conselho é formado pelo conjunto de coordenadores de programas, pelos técnicos do Departamento e pelos supervisores técnicos das regiões. Esse Conselho permite ao nível central da SMS conhecer as demandas das unidades de saúde das diversas regiões e realizar o acompanhamento das ações desenvolvidas, atuando na retaguarda, de forma a garantir as condições necessárias para que as ações possam ser desenvolvidas.

Dentre os novos programas, destaca-se o de DST/AIDS, instituído em 1994, mas que evoluiu muito, devido ao financiamento do Banco Mundial. Montou-se o COAS, melhorou-se o ambulatório de DST/AIDS e abriu-se leitos no Hospital Municipal. Avançou-se bastante na área assistencial, embora o trabalho à nível de prevenção precise ainda ser mais abrangente, envolvendo além de prostitutas e homossexuais, trabalhos com usuários de drogas, etc.

Observa-se, dessa forma, um esforço da atual gestão, no sentido de dotar a SMS de uma estrutura mais adequada ao atual modelo de organização/gestão do SUS. Os dois maiores problemas que a SMS enfrenta hoje é a fixação de profissionais, particularmente médicos na região oeste e o estrangulamento financeiro.

À despeito do esforço que vem sendo realizado à nível de reestruturação da SMS e da própria Prefeitura Municipal permanecem, ainda, problemas decorrentes do insuficiente desenvolvimento gerencial, particularmente presente nas áreas meios, com déficit quantitativo e qualitativo de quadro técnico gerencial e a reforma administrativa, ainda em processo de consolidação.

A forma e a velocidade com que se processaram as transformações no setor saúde, aliada à falta de garantias em relação aos níveis salariais no setor público (que dificulta a contratação e fixação de profissionais), parecem ser os principais fatores responsáveis pela insuficiência e inadequação da capacidade técnico gerencial.

### 3.2 A EVOLUÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE NA RMC<sup>105</sup>

#### 3.2.1 Evolução da capacidade ambulatorial

Os dados relativos à evolução da capacidade instalada no Estado de São Paulo na década de 80<sup>106</sup> revelam que a rede ambulatorial no Estado cresceu 19.5%, não atingindo, entretanto, metade do crescimento verificado na Região Sudeste e sendo quatro vezes menor que o crescimento verificado no País como um todo, o que denuncia um forte movimento de desconcentração regional dos estabelecimentos de saúde<sup>107</sup>.

Na região de Campinas foram analisados dados referentes apenas à segunda metade da década (1985-90), revelando um crescimento de 8.8% no n<sup>o</sup> de estabelecimentos de saúde sem internação, passando de 165 para 181. É importante ressaltar, no entanto, que esse crescimento foi maior no período das AIS 1985-87 (5.2%) que no período SUDS/SUS( 1987-90)<sup>108</sup> (Tabela 21).

À partir da segunda metade da década de 80 houve uma marcante recuperação dos investimentos ambulatoriais públicos no Estado de São Paulo. Observou-se também uma mudança muito grande no perfil de gastos ambulatoriais: em 1993 o setor público respondeu por 43.2% do faturamento ambulatorial do Estado. O setor público somado ao Universitário, respondia por 61.5% do faturamento ambulatorial, enquanto o setor filantrópico detinha 22.5% e os demais 16%. Ou seja, hoje é clara a hegemonia do setor público em relação ao privado, no que se refere a assistência ambulatorial no Estado de São Paulo<sup>109</sup>.

Na Região de Campinas, o número de Unidades Básicas de Saúde-UBS passou de 81 em 1985 para 124 em 1993 (34.7%), sendo que o crescimento mais acentuado foi no período 1985-90 (23.6%).

<sup>105</sup> A região em processo de metropolização, que foi objeto desta pesquisa compreende 18 municípios listados no início desse trabalho. Entretanto, muitos dos dados aqui analisados não encontravam-se disponíveis para os 12 municípios do ERSA-27/ Campinas: Americana, Campinas, Sumaré, Nova Odessa, Santa Bárbara D'Oeste, Paulínia, Cosmópolis, Indaiatuba, Monte-Mor, Valinhos, Vinhedo e Hortolândia

<sup>106</sup> "Sistema e descentralização- A política de saúde no Estado de São Paulo nos anos 80: formação e tensões" Ana Luíza D'Ávila Viana-Tese de doutoramento-IE/UNICAMP

<sup>107</sup> "Sistema e descentralização....tensões" op cit -pg 94

<sup>108</sup> No período SUDS/SUS o crescimento dos ambulatórios gerais foi contrarrestado pelo fechamento dos ambulatórios especializados.

<sup>109</sup> Plano Estadual de Saúde-SES-1994

Observa-se também o fenômeno da desconcentração regional, com o Município-sede perdendo participação relativa (caindo de 55% em 1985 para 43% em 1990). Ou seja, a maior parte dos municípios no entorno de Campinas ampliou sua rede básica de saúde, enquanto o município-sede investiu no aperfeiçoamento da sua. (Tabela 22)

É interessante observar que o município-sede já possuía sua rede básica formada em 1985, optando pela reestruturação da rede em 1990, com o fechamento de alguns mini-postos, que funcionavam de maneira precária, e a realização de obras de construção, reforma e ampliação em 24 UBS e em dois ambulatorios de especialidades, nos Hospitais (Mário Gatti e Cândido Ferreira) e no Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (Laboratório Municipal de Análises Clínicas).

No entanto, no período 1992-94, como veremos mais à frente, cresceram os gastos com material de consumo e pessoal em detrimento dos gastos com equipamentos e material permanente. Essa queda nos investimentos, abaixo dos níveis de reposição e manutenção, sentida após 1992, deverá mais à frente tornar-se um grave problema a ser enfrentado pela rede pública no Município-sede.

Nem todos os municípios da região de Campinas, priorizaram a expansão de suas redes básicas, como foi o caso de Jaguariúna, que partiu para a construção de um hospital de 100 leitos. A obra financiada em grande parte (cerca de 90%) pelo Governo Estadual foi inaugurada em 1994. O Hospital é composto por ambulatorios (10 especialidades), pronto-socorro, CTI e centros materno-infantil de obstetrícia e cirúrgico com capacidade para 900 cirurgias/mês. Atualmente estão em funcionamento o ambulatorio de especialidades e um pronto-socorro, ou seja, o município não possui ainda recursos para equipar e colocar em funcionamento todo o hospital. Atualmente não existem outras unidades de saúde, tendo o município optado por um modelo hospitalocêntrico de assistência.

O município de Sumaré optou por expandir a assistência de nível secundário, antes mesmo de atingir um grau de suficiência do número de UBS existentes. É interessante observar, que o município de Sumaré possui bairros extremamente populosos, como o de Nova Veneza, com apenas uma UBS, enquanto o município de Jaguariúna, com uma população semelhante, está em vias de ter um hospital com cerca de 100 leitos.

Houve também uma forte expansão dos ambulatorios de especialidades no setor público, passando de 5 em 1985 para 22 em 1993 (77.3%), sendo que no período 85-90 os ambulatorios triplicaram de número, continuando sua expansão até 93 (mais 32%). Em 1985 apenas 4 municípios possuíam ambulatorios de especialidades: Campinas, Americana, Paulínia e Valinhos; em 1990 já eram 11 e em 1993 eram 15 (Tabela 22), sendo que em 1994, Jaguariúna também inaugura o seu e Santo Antônio da Posse expande o número de especialidades oferecidas na Unidade de Saúde existente, restando apenas um Município na Região que não oferece atualmente consultas especializadas: Engenheiro Coelho. A expansão dos investimentos públicos no campo da saúde na Região de Campinas também pode ser dimensionada através do aumento no número de pronto socorros e laboratórios municipais, que cresceram, segundo os dados disponíveis, respectivamente 75% e 250% no período 1985-93 (Tabelas 22 e 23)

Outro dado interessante de ser observado é a evolução do número de ambulâncias nos municípios da região de Campinas. Embora muitos municípios não tenham conseguido informações à respeito dos anos de 1985 e 1990, observa-se, em todos os que o conseguiram, um aumento no número desses veículos, o que pode também ser um indicador da intensidade do fluxo regional de pacientes, à medida que os municípios têm também investido num transporte regular de passageiros para o HC/ UNICAMP, através de kombis, microônibus e, mesmo ônibus, muitas vezes fretados pela Prefeitura para o transporte de munícipes para tratamento no HC./Unicamp. (Tabela 24)

Em resumo as principais tendências, em termos da evolução da capacidade ambulatorial instalada na Região de Campinas foram:

na segunda metade dos anos 80 cresceu a capacidade ambulatorial dos municípios, particularmente no período das AIS (1985-87). No período SUDS/SUS o crescimento não foi expressivo, porque o crescimento dos ambulatórios gerais foi contrarrestado pelo fechamento de ambulatórios especializados;

as unidades básicas de saúde se expandiram significativamente entre 1985 e 1993 (34.7%), sendo que a expansão maior se concentrou no período entre 1985-90. Na atualidade houve uma desaceleração, em função da adequação da rede em termos de número de unidades. Entretanto, os ambulatórios cresceram mais que as UBS, aumentando sua participação relativa no total de unidades sem internações;

os ambulatórios públicos ganharam participação relativa em relação aos privados, representando 75% do total em 1990. Dentre os ambulatórios do setor público, os de especialidades triplicaram entre 1985 e 90, e continuaram se expandindo entre 1990 e 93 (32.%)

foi expressiva a expansão do número de laboratórios (250%) e pronto-socorros municipais (75%) entre 1985 e 1993, traduzindo também o aumento da capacidade instalada na região.

### 3.2.2 Evolução da capacidade da rede hospitalar :

Na região de Campinas existiam em 1984, 32 hospitais gerais<sup>110</sup>, com um total de 4068 leitos<sup>111</sup>, apresentando um coeficiente de 1.7 leitos/1000 hab<sup>112</sup>. Campinas detinha o maior número de hospitais gerais (18), com 2763 leitos, seguida por Americana (4), com 538 leitos, apresentando os maiores coeficientes de leitos/1000 hab. da região (3.6 e 3.7 respectivamente)<sup>113</sup>. Destacava-se já àquela época a necessidade de promover uma melhor disponibilidade de leitos gerais para o município de Sumaré, que registrava uma relação de 0.5 leitos/1000 hab. e uma percentagem de ocupação dos leitos existentes de 100% na Santa Casa de Misericórdia.

A evolução do número de hospitais gerais<sup>114</sup> no período 1985-93, na região de Campinas (Tabela 25), foi bastante acanhada. Na área pública, além do Hospital das Clínicas da Unicamp, que se ampliou ao ganhar sede própria (1986), houve a construção do CAISM-Centro de Assistência

<sup>110</sup> Foram considerados todos os hospitais da região com exceção dos hospitais psiquiátricos

<sup>111</sup> Esses dados são referentes a dezembro de 1984 e foram extraídos do trabalho "Distribuição e Disponibilidade dos Leitos Hospitalares na Região de Campinas" CIMIS 1985

<sup>112</sup> Em outubro de 1985 foi inaugurado o Hospital Municipal de Paulínia, com capacidade prevista para 100 leitos. O município passou então a contar com dois hospitais gerais, um deles ainda não considerado no referido estudo, que tomou por base o ano de 1984.

<sup>113</sup> O município de Vinhedo apresentava um coeficiente de 3.6 leitos/1000 hab, idêntico ao de Campinas.

<sup>114</sup> Considerou-se mais adequada a exclusão de alguns hospitais e leitos com alto nível de especialização: o Instituto Penido Burnier, o Centro Domingos Boldrini e o SOBRAPAR

Integral à Saúde da Mulher, também da Unicamp, inaugurado em 1990 e a municipalização em 1992 dos Hospitais Augusto O. de Camargo (Indaiatuba)<sup>115</sup> e do Hospital de Artur Nogueira<sup>116</sup>. Observou-se também uma tendência pronunciada de expansão dos hospitais municipais na região, em função do grande número de obras detectadas pela pesquisa de campo realizada neste trabalho.

No setor privado o número de hospitais permanece praticamente estabilizado. Somente o Município-sede ganha um pequeno hospital, o Madre Teodora (35 leitos). O complexo Hospitalar "Santa-Casa-Irmãos Penteado" passou da categoria de público a privado. Embora seja considerado como privado filantrópico, a Santa Casa-Irmãos Penteado foi incluída em 1985 no grupo de hospitais públicos, porque ali funcionava o Hospital das Clínicas da Unicamp e a maioria das internações ou era gratuita, ou paga pela Previdência. Com a inauguração da sede própria do HC no campus universitário, este complexo hospitalar passou para o grupo de hospitais privados contratados, reduzindo pela metade seus leitos operacionais.

Quanto ao número de leitos, houve um crescimento pouco expressivo (2% no período 1985-93), mas observou-se uma forte alteração na distribuição desses leitos entre os setores público/privado. Embora no período 1985-90 observe-se uma pequena queda no total de leitos públicos. Essa tendência é fortemente contrarrestada no período recente (1990-93), em que ocorre um aumento de 523 leitos (55.6%). Os leitos públicos, que em 1985 representavam 23.7% do total de leitos, passaram a representar 35.6% em 1993. Paralelamente houve uma diminuição de 431 leitos privados (14%) entre 1985 e 93. (Tabela 26)

O aumento dos leitos públicos, por si só, já é um forte indício das alterações que estão se processando no sistema de saúde da região. Mas para melhor avaliá-las é necessário observar como se comporta o acesso aos leitos disponíveis por parte da população usuária do SUDS/SUS. Para tanto, lançamos mão, a seguir, de um estudo, realizado recentemente sobre o desempenho Hospitalar no município de Campinas no período 1984 -1991<sup>117</sup>. Embora esse estudo se restrinja aos hospitais do Município-sede, é importante pois avalia não só o crescimento numérico dos leitos, segundo as entidades mantenedoras, mas também o acesso da população usuária do SUDS/SUS a esses leitos teoricamente disponíveis.

Nesse período os hospitais públicos do município de Campinas tiveram um crescimento médio anual de 2% nos leitos oferecidos. Enquanto os hospitais privados contratados pela Previdência Social tiveram uma queda de 30% e os privados não contratados, um crescimento de 78%. Na verdade, houve uma transferência de leitos do grupo de hospitais contratados (queda de 15% nos leitos) para o dos hospitais não contratados (acréscimo de 14%). Nesse período quatro hospitais se descredenciaram do SUS<sup>118</sup>.

<sup>115</sup> A municipalização do hospital Augusto O. de Camargo está sendo questionada na justiça pela mantenedora, havendo grandes chances do hospital ser reavido no início de 1995.

<sup>116</sup> O Hospital de Artur Nogueira foi municipalizado pelo Governo do Estado, mas encontra-se fechado para reformas, funcionando apenas como pronto-socorro e ambulatório de especialidades

<sup>117</sup> "Hospitais Gerais em Campinas-o acesso aos leitos" Francisco Castor de Lima Tese de Mestrado FGV/EAESP 1993

<sup>118</sup> A Casa de Saúde de Campinas descredenciou-se da Previdência em 1987 e o hospital Coração de Jesus em 1990. Ambos reduziram seus leitos operacionais à praticamente metade. A Clínica Infantil Campinas fechou em 1987, reabrindo em 1990 com o nome de Hospital Santa Rita de Cássia (privado não contratado) e o Hospital Álvaro Ribeiro permaneceu descredenciado por cerca de 1 ano.

Dos que permaneceram como parceiros do SUS, três diminuíram os leitos oferecidos (num total de 393 leitos)<sup>119</sup>. A redução dos leitos disponíveis para o SUS continuou entre 1991 e 1993, provavelmente com maior intensidade. Enquanto em 1991 os hospitais parceiros realizavam cerca de 62% do total das suas internações com o SUS, em 1993 as internações SUS, representavam menos de 40% do total. E esse percentual caiu drasticamente em 1994, quando os hospitais parceiros responderam somente por 30% do total de internações SUS<sup>120</sup> realizadas em Campinas. Cabe ressaltar ainda que esse percentual foi mantido através de complementações de valores das tabelas pela Prefeitura, através dos convênios com alguns hospitais (Maternidade e Hosp. Albert Sabin). Isso possibilitou ao município ter disponibilidade sobre cerca de 400 leitos privados à disposição do SUS<sup>121</sup>.

Os hospitais contratados evidenciaram grande dificuldade de convivência dentro do SUS, oscilando entre o serviço público e o privado. Por um lado, evidencia-se o desinteresse em trabalhar com o SUS, através do descredenciamento crescente e da diminuição do número de internações para o sistema, por outro, o vínculo com o SUS interessa à medida que credencia esses estabelecimentos para a obtenção de verbas públicas a fundo perdido ou a juros subsidiados, para ampliações, reformas e compra de equipamentos, ou ainda para a obtenção de benefícios como isenções de impostos e taxas.

A avaliação do desempenho desses grupos de hospitais no período é de que tanto os privados não contratados, como os parceiros do SUS, trabalharam com enorme capacidade ociosa. A existência de capacidade ociosa vis à vis a falta de leitos do SUS se explica pelo aviltamento dos valores repassados pelo SUS. Grande parte dos hospitais que se descredenciaram, optaram pelo fechamento de algumas alas e/ou passaram a manter-se com base nos Planos de Saúde, que vêm crescendo com bastante intensidade na região.

O crescimento dos Planos de Saúde pode ser observado através do significativo aumento das internações pagas por convênios, no total de internações realizadas em Campinas, que tiveram um aumento de 40% entre 1985 e 1991, enquanto as internações particulares sofreram uma queda de 41%. Evidencia-se, dessa forma, uma tendência acelerada de procura pelas formas de auto-financiamento, principalmente através de sistemas grupais de seguro saúde, por aquela parcela a população que pode pagar por eles, face à difícil situação do SUS. No mesmo período, houve uma queda das internações gratuitas e pagas pelo sistema público de saúde, em termos absolutos e relativos. Em julho de 1985 eram 7014 internações, que representavam 60% do total de internações em Hospitais Gerais em Campinas, passando a 6544 em julho de 1991, que corresponde a 53% deste total.

Buscando maior independência em relação ao setor privado, o setor público vem aumentando seu número de leitos, com mais intensidade à partir de 1990. Em 1993 o setor público contava com cerca de 41.5% dos leitos gerais do Município de Campinas e com 35.5% dos leitos gerais da região. (Tabela 26)<sup>122</sup>. Há uma grande quantidade de Hospitais Municipais sendo construída ou ampliada na região.

<sup>119</sup> Mantiveram-se conveniados, porém reduzindo os leitos disponíveis os Hospitais: Santa Casa/Irmãos Penteado, Beneficência Portuguesa e Albert Sabin.

<sup>120</sup> Dados referentes à média do período janeiro/mayo de 1994/ Fonte CAH -106/ elaboração: Coordenadoria de Atenção Secundária e Terciária da SMS

<sup>121</sup> O déficit de leitos/SUS em Campinas, em 1994, é estimado em aproximadamente 1000 leitos. Se considerarmos a região do ERSA -27 esse déficit sobe para 2000 leitos.

<sup>122</sup> Campinas (Hosp. Ouro Verde e ampliação do Hosp. Mário Gatti); Jaquariúna (Hospital Municipal com 100 leitos); Pedreira (ampliação do Hospital em cerca de 40 leitos); Hortolândia, Nova Odessa e Santa Bárbara D'Oeste (construção modular/por etapas de Hospitais Municipais); Paulínia construção de um novo Hospital

Esse avanço, no entanto, está longe de significar auto-suficiência. Os hospitais de caráter público de Campinas responderam, no período entre janeiro e maio de 1994, por 70% das internações do SUS. (Tabela 40). Isso significa que, para realizar o atendimento hospitalar secundário e exames complementares, o setor público necessita da complementariedade da rede privada. Entretanto, a oferta privada em Campinas vem caindo exponencialmente, devido, em parte, aos baixos valores pagos pelo SUS e, em parte à concorrência dos convênios privados.

O mercado criado pelos convênios é tão atraente que muitos municípios pretendem transformar seus hospitais municipais em autarquias ou fundações, de forma a poderem também operar com convênios. Isso proporcionaria um mix de clientela e de fontes de financiamento, que permitiria maior independência em relação às transferências federais.

Em relação aos hospitais especializados/psiquiátricos o estudo realizado pela CIMS<sup>123</sup> em 1984 revelou que havia 9 hospitais especializados na região de Campinas, com 1758 leitos, que realizavam cerca de 7897 internações. Em 1993 havia apenas 6 hospitais com 940 leitos, realizando cerca de 4307 internações. Isso significa que houve uma redução de 46.5% no número de leitos psiquiátricos disponíveis e de 45.5% no total de internações, ou seja, foram reduzidas para quase a metade (Tabela 27).

Os cinco hospitais localizados no Município-sede<sup>124</sup> apresentavam uma taxa média de ocupação de cerca de 80%, sendo que o Sanatório Cândido Ferreira, o único considerado não lucrativo, apresentou uma taxa de ocupação de 99.5%. Os outros quatro mantinham credenciamento com o INAMPS, que contratava quase a metade (47.6%) dos leitos existentes, realizando 895 internações /mês(julho/95). A análise da disponibilidade de leitos /1000 hab realizada a nível de Região de Governo<sup>125</sup> identificava um coeficiente de 2.0 leitos/1000 hab, considerado suficiente para atender as necessidades da região.

Em relação à procedência, em 1985, cerca de 26.2% da clientela era oriunda de outros municípios<sup>126</sup>. Cabe ressaltar que este percentual era idêntico ao dos hospitais gerais (26.73%). Quanto à fonte pagadora das internações, o estudo revelou que 85% eram financiadas pelo INAMPS, 7.14% gratuitas, 3.46% particulares e 3% IAMSPE. Nessa época, o Sanatório Cândido Ferreira funcionava como referência (via convênio) para o Ambulatório de Saúde Mental da Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde, sendo as internações realizadas incluídas na categoria dos serviços gratuitos.

Em 1990 foi criada no ERSA-27 uma experiência pioneira de Central de Vagas, na área de Psiquiatria com o objetivo de referenciar os pacientes a nível regional. A Central de Vagas referenciava pacientes das UBS, dos pronto-socorros e dos hospitais públicos para hospitais credenciados pelo SUS. Para a obtenção do credenciamento passou-se a exigir condições mínimas de assistência, bem como um padrão mínimo de condições físicas para funcionamento dos hospitais.

---

Municipal; Santo Antonio da Posse ( Hospital Municipal novo que, entretanto encontra-se fechado); Indaiatuba (deve retomar a construção do Hospital Municipal).

<sup>123</sup> "Distribuição e ... na região de Campinas"-op cit

<sup>124</sup> Os Hospitais Psiquiátricos de Campinas em 1985 eram: Casa de Saúde Dr. Bierrembach de Castro (279 leitos), Casa de Saúde Vale do Alvorada (151 leitos), Hospital Tibiriçá (144 leitos), Sanatório Dr. Cândido Ferreira (209 leitos) e Sanatório Santa Izabel (260 leitos).

<sup>125</sup> A Região de Governo de Campinas, além dos 18 Municípios considerados neste estudo, inclui ainda Mogi-Mirim, Mogi-Guaçu e Itapira.

<sup>126</sup> Fonte: estudo realizado pelo ERSA-27 em julho de 1985 com base nas altas hospitalares.

Alguns hospitais psiquiátricos da região de Campinas encontravam-se, entretanto, numa situação tão precária que o Estado sentiu necessidade de intervir, de forma a exigir dos proprietários além de condições mais humanas de alojamento, alimentação, etc, um projeto técnico visando ao tratamento dos pacientes internados. Em 1989 houve intervenção na Clínica de Repouso de Americana. O Estado firmou um acordo com o município, no qual se responsabilizaria pelo custeio e o município pelos recursos humanos e pelo gerenciamento. Os repasses estaduais, entretanto, eram realizados via projetos (SUS). Com as mudanças ocorridas no Governo Collor, que alteraram a forma de pagamento para pagamento por fatura/produção, o projeto técnico do hospital inviabilizou-se financeiramente. O Estado se retraiu e a Prefeitura Municipal acabou assumindo temporariamente a maior parte das despesas, até que em 1994 resolveu retirar seu apoio financeiro. O Estado não renovou a intervenção e a Clínica de Repouso de Americana fechou.

A equipe de supervisão hospitalar criada no ERSA-27 em 1990, negociou também a melhoria das condições de atendimento com mais dois hospitais psiquiátricos de Campinas: a Casa de Saúde Dr. Bierrembach de Castro e a Casa de Saúde Vale do Alvorada. O primeiro necessitava não só de reformas físicas, mas também de um projeto técnico, para que pudessem tornar-se referência do SUDS/SUS. Os gestores do hospital, entretanto, consideraram mais interessante o fechamento do Hospital, solicitando à época seu descredenciamento. Em relação à Casa de Saúde Vale do Alvorada, dada a situação precária em que encontrava-se o atendimento, o ERSA propôs mudanças, que, não foram aceitas. O ERSA passou a não mais referenciar os pacientes do SUS, não renovando o convênio em 1992.

O fechamento desses três hospitais psiquiátricos e do hospital São Bento em Valinhos reduziu o número de leitos psiquiátricos na região, criando uma repressão de demanda regional, à medida que os leitos disponíveis nas enfermarias dos hospitais gerais (Pucc e Unicamp) não eram suficientes e que não houve novos investimentos no setor. O município de Campinas passou a referir uma parte de suas internações nessa área para hospitais da região, particularmente Indaiatuba e Americana, mas também para Itapira (ERSA-28). Nos quatro hospitais que assistiam ao SUS na área de saúde mental<sup>127</sup> em 1993, as internações eram provenientes de Americana (28.4%), Campinas (23.1%), Indaiatuba (15.2%) e Sumaré (6.3%)<sup>128</sup>.

Conclui-se, portanto que, concomitantemente à garantia pela Constituição, da saúde como um direito de cidadania, observa-se na região de Campinas um constrangimento no montante absoluto de internações do SUS, que se concentram cada vez mais nos hospitais públicos da região. Esses hospitais têm funcionado no limite de sua capacidade. Face a essa situação caótica, vivenciada pelo SUS na área hospitalar, a população que pode pagar por convênios, o tem feito, levando a crescimento muito rápido dos convênios privados. Essas tendências de crescimento dos convênios privados de saúde, aproxima o modelo de saúde brasileiro a um modelo tipo MEDICARE americano, onde aqueles que podem pagar pelos serviços o fazem, enquanto o estado assume a responsabilidade pelo restante. Só que aqui, ao contrário do sistema americano, quem não pode pagar não é o restante, mas a maioria da população brasileira.

Resumindo, as principais tendências em relação à evolução da capacidade hospitalar na região de Campinas entre 1984 e 1993 foram:

uma acanhada evolução do número de hospitais gerais no período 1985-93, na região de Campinas. Na área pública, o ganho maior concentrou-se na inauguração da sede própria do HC da Unicamp em 1986 que, à partir daí, se ampliou e ganhou complexidade e na inauguração do CAISM, também da

<sup>127</sup> Sanatório Cândido Ferreira, Clínica de Repouso Indaiá, Hospital Seara e Hospital Tibiriçá.

<sup>128</sup> Fonte: ERSA-27

Unicamp em 1990. Houve também duas municipalizações de hospitais privados, que, no entanto, enfrentaram problemas de diferentes ordens. Observou-se também uma forte tendência de expansão dos hospitais públicos na região. No setor privado o número de hospitais permaneceu praticamente estabilizado. Atualmente há um projeto de construção de um hospital da UNIMED em Campinas, o que, aparentemente, é contraditório com a existência de ociosidade na rede privada.

foi pequeno o crescimento no número total de leitos no período 1985-93 (2%). Houve, entretanto, um significativo aumento na participação relativa dos leitos públicos em relação aos privados. Os leitos públicos, que em 1985 representavam 23.7% do total de leitos, passaram a representar 35.6% em 1993. Paralelamente houve uma diminuição de 14% leitos privados nesse período. É interessante observar que o aumento dos leitos públicos entre 1990 e 1993 foi da ordem de 56%.

foi significativo o movimento de descredenciamento dos hospitais privados em relação ao SUS. Estudo sobre o desempenho hospitalar no município de Campinas (1984 -1991)<sup>129</sup> revelou uma transferência de leitos de hospitais contratados pelo SUS (queda de 15%) para hospitais não contratados (acréscimo de 14%). Nesse período, quatro hospitais se descredenciaram<sup>130</sup>. Os hospitais que saíram do SUS optaram por fechar algumas alas, ou manter-se com base nos Planos de Saúde. As internações através de convênios tiveram um aumento de 40% no total de internações realizadas nos hospitais do município de Campinas, enquanto as internações particulares sofreram uma queda de 41%. Evidenciou-se, desta forma, uma certa substituição dos leitos anteriormente oferecidos ao SUS, por leitos oferecidos aos Planos de Saúde Privados.

observou-se uma forte tendência dos hospitais parceiros do SUS de diminuir o número de leitos oferecidos ao sistema, apesar de trabalharem com capacidade ociosa. Somente três hospitais parceiros reduziram 393 leitos<sup>131</sup>. Isso se explica, em parte, pelo aviltamento dos valores repassados pelo nível federal, em parte pela própria ineficiência na gestão desses estabelecimentos.

a viabilização das parceria ainda existentes tem sido empreendida através de um empenho particular e inovador da Prefeitura de Campinas, que através de convênios, realiza complementações de valores das tabelas federais, através de negociações de dívidas com os serviços municipais, isenções de impostos e taxas municipais, etc. No início de 1994, os hospitais parceiros do SUS ainda respondiam por cerca de 30% do total de internações SUS<sup>132</sup> realizadas em

<sup>129</sup> "Hospitais Gerais em Campinas o acesso aos leitos" op cit

<sup>130</sup> A Casa de Saúde de Campinas descredenciou-se da Previdência em 1987 e o Hospital Coração de Jesus em 1990. Ambos reduziram seus leitos operacionais à praticamente metade. A Clínica Infantil Campinas fechou em 1987, reabrindo em 1990 com o nome de Hospital Santa Rita de Cássia (privado não contratado) e o Hospital Álvaro Ribeiro, que permaneceu descredenciado por cerca de 1 ano.

<sup>131</sup> Mantiveram-se conveniados, porém reduzindo os leitos disponíveis, os hospitais: Santa Casa+ Irmãos Penteado, Beneficência Portuguesa e Albert Sabin.

<sup>132</sup> Dados referentes à média do período janeiro/maio de 1994/Ponte CAH -106 Coordenadoria de Atenção Secundária e Terciária da SMS

Campinas, garantidas, em sua maior parte, através dos convênios municipais com alguns hospitais privados.

observou-se também uma forte tendência de redução de hospitais e leitos psiquiátricos na região. Foram fechados 3 hospitais após 1990. Isso significa que houve uma redução de 46.5% no número de leitos psiquiátricos disponíveis e de 45.5% no total de internações.

### *3.3. A Expansão dos Recursos Humanos em Saúde na RMC*

A participação do emprego do setor público em saúde aumentou, vis à vis à do setor privado no período 1981-87. No Estado de São Paulo a proporção de profissionais de saúde no setor público passou de 36% (81) para 49% (87), sendo que esse crescimento foi mais acelerado à partir de 1985. Esse aumento deve-se em grande parte ao incremento do emprego de nível superior, particularmente o emprego odontológico e, especialmente do emprego médico. O esforço do setor público em aumentar o emprego médico foi bastante superior ao do setor privado, enquanto o setor público cresceu 53% no período, passando a representar 40.7% do total de empregos médicos, o setor privado cresceu apenas 13%.

O quadro de pessoal da SES expandiu-se quase 50% entre 1984 e 89 e o número de médicos praticamente dobrou a participação da categoria no quadro de pessoal da SES. Esse crescimento ocorreu fundamentalmente no período de descentralização dos recursos federais para o nível estadual (que se inicia com as AIS e se expande com o SUDS). A descentralização propiciou a contratação de pessoal em regime CLT, que em 1989 representava 59% do total de Rh da SES. Verificou-se também que 95% dos médicos contratados em regime CLT foram alocados nos ERSAs, o que significa que o crescimento do quadro de médicos se deu em apoio ao processo de descentralização dos serviços de saúde, representado pelos ERSAs. A concentração de profissionais, inclusive os de nível superior, deu-se nos centros de saúde e na estrutura gerencial dos serviços<sup>133</sup>.

Para a região de Campinas foi bastante difícil obter dados relativos aos recursos humanos contratados ou municipalizados, principalmente aqueles referentes ao período anterior à municipalização. O resultado da pesquisa de campo, envolvendo os 18 municípios da região, embora incompleto, revela um intenso crescimento no volume total de RH em todas as categorias profissionais. Conforme evidencia a Tabela 28, no período 1985-90 todas as categorias de profissionais tiveram taxas de crescimento expressivas. No período seguinte (1990-1993) a contratação de médicos cresce mais pronunciadamente que as demais categorias (113%), seguida pela de profissionais de nível superior (95%), de outros profissionais de nível não superior (72%) e, finalmente, dentistas (55%).

Os dados obtidos, apesar de incompletos, apontam uma tendência de aumento relativo do número de médicos no total de funcionários das SMS (de 16.8% para 23.3% entre 1985 e 1993). Os outros profissionais de nível superior também ganham participação relativa (6.9% para 9.4%).

Embora não tenha sido nosso objeto de estudo avaliar o mercado de trabalho regional para profissionais médicos, observou-se que, na grande maioria dos municípios, o salário pago é bem superior ao do Governo Estadual e o número de médicos que são funcionários do Estado

<sup>133</sup> Viana Ana Luiza S. op.cit.

municipalizados vem diminuindo rapidamente, sendo residuais em grande parte das prefeituras pesquisadas<sup>134</sup>.

Existe uma média regional de salários que os municípios se esforçam por acompanhar. Quando não o conseguem sofrem movimentos de evasão, como foi o caso de Campinas em 1992, ou de Indaiatuba no início de 1994. Há municípios que têm conseguido manter o salário atrativo em relação ao mercado regional<sup>135</sup>, outros, como Pedreira, declararam que o baixo nível salarial vem comprometendo seriamente a qualidade dos serviços oferecidos no município.

A questão dos recursos humanos é hoje um dos principais entraves à melhoria do SUS. Mesmo comprometendo a maior parte dos recursos financeiros com Rh<sup>136</sup>, as prefeituras, de uma maneira geral, não vêm conseguindo garantir uma política salarial estável. As oscilações salariais, particularmente no caso dos médicos, acaba por promover uma alta rotatividade dos profissionais, que procuram alternativas mais vantajosas no mercado. Isso acaba por significar um enorme desperdício de recursos públicos, à medida que perde-se profissionais capacitados, que foram alvo de treinamentos e que já adquiriram um conhecimento acerca da população que atendem. A rotatividade dificulta a criação de vínculos entre a população e o profissional, que é fundamental no processo de restabelecimento da saúde.

Uma dificuldade adicional é fixar profissionais nas periferias. No município de Campinas, por exemplo, esse é o caso da região oeste que, além de distante, concentra a população de menor faixa de renda<sup>137</sup>.

A questão dos Recursos Humanos, no que se refere a certas especialidades, é ainda mais grave. O município de Campinas, por exemplo, realizou um concurso em set/93 para 23 especialidades. Devido aos salários não competitivos, e algumas vezes às condições tecnológicas inadequadas (cardiologia), em algumas especialidades não se conseguiu o número de profissionais necessários: patologia clínica, infectologia, psiquiatria e cardiologia.

Uma outra questão, da maior relevância, no que diz respeito à melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo SUS, refere-se à qualificação dos recursos humanos envolvidos e ao processo de gerenciamento dos processos e serviços de saúde. Nos processos de mudança institucional tipo SUS, em que há um novo desenho da organização dos serviços, integrados em uma única rede, com comando único em cada nível de gestão e uma rearticulação da rede público-privada, existe uma tendência a indefinições na gestão dos serviços. Isso confunde os níveis tradicionalmente propostos (político- institucional, técnico-administrativo e técnico-operacional).

O resultado desse processo rápido de mudança institucional foi que as instâncias intermediárias, criadas nos momentos iniciais do processo de descentralização (como por exemplo os

<sup>134</sup> Segundo depoimento de funcionário da SMS "quando há funcionários municipalizados, que não recebem complementação salarial, como é o caso de Artur Nogueira, o município fica "constrangido no gerenciamento dos recursos humanos do Estado, devido à falta de isonomia e acaba fazendo vistas grossas ao cumprimento de horários, etc."

<sup>135</sup> Dois municípios declararam ser os salários atuais atrativos em relação ao mercado regional: Artur Nogueira e Cosmópolis.

<sup>136</sup> Campinas, por exemplo, gasta cerca de 70% dos recursos orçamentários com Rh.

<sup>137</sup> Nesse caso, além de vantagens adicionais, como subsídio ao transporte, adicionais salariais, etc, seria necessário, a criação de grupos de apoio, que dessem retaguarda a esses profissionais. Tais grupos além de servirem como fórum para troca de experiências, dariam suporte emocional para esses profissionais, uma vez que atuam como depositários de toda sorte de conflitos e desgraças e, ao mesmo tempo, de esperança de alívio e cura para os males que afligem a população mais miserável.

ERSAS/ARS), rapidamente perderam suas funções, criando visões mais burocráticas e menos estratégicas do processo de descentralização, dificultando assim o avanço de novas formas de gerência mais descentralizadas.

Muitas vezes, esses níveis intermediários reproduziram as estruturas gerenciais centrais, com todas suas mazelas, fazendo com que a descentralização não cumprisse seu papel de possibilitar uma maior proximidade e interação entre os níveis operativos e os níveis decisórios do sistema<sup>138</sup>.

Dessa forma, políticas inovadoras como o SUS, requerem, por outro lado, mudanças estratégicas nos processos gerenciais e tecnológicos, requisitando novos perfis profissionais, novos fluxos de trabalho, métodos e ações operacionais, bem como a incorporação de novos equipamentos para implementá-las. No caso da organização dos serviços em rede hierarquizada e regionalizada, além do desenvolvimento de tecnologias para a gerência das unidades produtoras de serviços, há necessidade de uma gestão tecnológica para definir o nível tecnológico adequado a cada serviço, interrelacionando os diferentes níveis, através de um sistema de referência e contra-referência e criando indicadores de desempenho, custo, benefício e oportunidades de incorporação de equipamentos.

A falta dessa estrutura técnico-gerencial, adequada ao novo modelo organizacional faz com que a implementação das novas diretrizes da política de saúde se atrelem à capacidade de resposta governamental às novas demandas. E geralmente o setor público não possui a agilidade necessária à operacionalização ágil das mudanças necessárias, criando um descompasso entre as necessidades e as respostas gerenciais. As mudanças estruturais na máquina administrativa são fortemente obstaculizadas por critérios de ordem política e não técnico-operacionais. E as mudanças acabam ocorrendo em ritmo bastante lento e heterogêneo entre os diferentes órgãos e, muitas vezes até entre os setores de um mesmo órgão.

Nesse contexto, a reciclagem dos recursos humanos torna-se tarefa imprescindível a cada mudança estrutural na política, e muitas vezes, esse aspecto é negligenciado, seja por fatores de ordem econômica e operacional, seja pela pequena prioridade que lhe é atribuída, uma vez que a quantidade de serviços ofertados tem sido priorizada, em relação à qualidade dos mesmos. No campo da saúde coletiva esses instrumentos de gerência encontram-se ainda menos desenvolvidos.

A conclusão que se chega é que a implantação do novo modelo de saúde, consubstanciado no SUS, exige que se desenvolva, concomitantemente aos processos de descentralização e municipalização, novas práticas gerenciais, novos instrumentos de acompanhamento, avaliação e controle e agilidade administrativa-financeira para adequar os recursos humanos às novas exigências do modelo organizacional.

No município de Campinas, à despeito do grau de autonomia financeira e gerencial e da estrutura gerencial relativamente consolidada que o município apresenta, o suporte técnico-gerencial e administrativo ainda é subdimensionado em relação à responsabilidade ampliada da SMS. Os investimentos numa primeira etapa da municipalização se dirigiram, prioritariamente, às áreas fins, particularmente a contratação de profissionais para exercerem atividades assistenciais. A partir de 1993, houve, entretanto, um significativo investimento em áreas meio, com a contratação e treinamento de recursos humanos, informatização do almoxarifado e de praticamente a metade dos procedimentos, como o controle de medicamentos, as guias de compras, etc. O retorno desse investimento, mostrou-se proporcionalmente pequeno. Na prática continua havendo problemas, porque a SMS não domina os processos gerenciais como um todo.

<sup>138</sup> As informações sobre a inadequação do modelo gerencial dos ERSAS foram extraídas da pesquisa "O processo de municipalização dos serviços de saúde: um estudo de caso no Estado de São Paulo" NEPP/FAPESP-1993.

Por exemplo, nos processos de compras há uma total dependência de outras secretarias-meio, como a de Finanças e a de Administração. Além dos limites impostos pelos cronogramas de desembolso da Secretaria de Finanças, há um forte estrangulamento na Secretaria de Administração, cujo quadro de pessoal parece ser pequeno para fazer frente ao conjunto de processos de licitação. Isso faz com que apesar do esforço de realização do planejamento de compras realizado pela SMS acabe faltando medicamentos na ponta do sistema.

Há, portanto, uma necessidade continuada de investimentos na capacitação gerencial e modernização dos processos de gerenciamento interinstitucional, de forma a poder agilizar as atividades meios, bem como um investimento permanente em qualificação de pessoal, para fazer frente às mudanças operacionais e à ampliação das funções das SMS. Finalmente é necessário garantir maior estabilidade salarial, para diminuir a rotatividade dos profissionais de saúde e melhorar as condições de trabalho para profissionais que atuam em áreas que apresentam maior concentração de problemas, em função da existência de piores condições de vida.

### ***3.4. A Expansão na Produção dos Serviços de Saúde na RMC***

#### ***3.4.1 A Expansão da Produção de Consultas Ambulatoriais***

O Estado de São Paulo era em 1985 o único estado brasileiro que superava o parâmetro do INAMPS de 2.8 consultas/ hab/ ano, apresentando 3.01 consultas/hab/ano. Em 1990, enquanto as consultas realizadas no Brasil atingem 3.6 consultas/hab/ano, o Estado de São Paulo atinge 4.2 consultas /hab/ ano. Mas, enquanto no Brasil as participações do setor público e privado mantiveram-se inalteradas, em São Paulo, ao contrário, inverteu-se a participação do setor público e privado no total de consultas, sendo que em 1985 o setor público respondia por 32% das consultas e em 1990 por 62%. O indicador de cobertura do setor público que era de 0.96 consultas /hab /ano em 1990 passou a 1.80 cons/hab/ano.

Os dados referentes ao Município-sede da RMC nos permitem uma visão mais abrangente, evidenciando a profunda alteração no perfil dos prestadores de serviços ambulatoriais no período 1982-93: o setor universitário foi o mais cresceu (3021%), elevando sua participação relativa de 16.9% (82) para 40.8% (93). É interessante observar que o número de consultas realizadas nos HUs continua crescendo a um ritmo bastante intenso. Somente no período 1990-93 as consultas cresceram cerca de 40%, fazendo com que o HC/Unicamp passasse a responder por 41% do total de consultas realizadas no município. O setor público, entre 1982 e 1993, também teve uma taxa de crescimento no número de consultas bastante elevada. Sua participação relativa subiu de 40.2% para 50.5%. Juntos os setores universitário e público respondiam em 1993 por 91.3% do total de consultas realizadas no SUS/Campinas. Embora os setores conveniados e contratados também tenham crescido em números absolutos, sua participação relativa caiu de 43% para 8.7% (Tabela 29).

A análise da evolução do número de consultas por tipo de prestador, para o conjunto dos municípios do ERSA -27, só pode ser feita para o período 1990-93. A taxa média de crescimento foi de 24%. Os setores público e universitário cresceram 37.5% e 40% respectivamente. Em contrapartida, os setores filantrópico e contratados caíram 31 e 10% respectivamente no mesmo período (Tabela 30).

Se observarmos a evolução somente das consultas do setor público na região do ERSA-27, após a municipalização (1988-93), temos um crescimento de 131%, ou seja um crescimento anual médio de 18%. Dentre os municípios do ERSA-27, os que apresentaram taxas de crescimento acima da média do ERSA foram: Paulínia (43.2% a.a.), Monte Mor (35.9% a.a.), Nova Odessa (25.4% a.a.) e Sumaré (21.4%) (Tabela 31).

Para o município de Americana foi possível obter-se uma série histórica mais longa (1985 - 1993). Na FUSAME - Fundação de Saúde de Americana a taxa de crescimento anual das consultas ambulatoriais foi de 29.9% e 48.9% para SADT. Tais dados revelam uma taxa mais elevada de crescimento anual que no período SUS e um crescimento mais acentuado dos SADT em relação ao de consultas (Tabela 32)

Em relação à concentração das consultas médicas no setor público, após a municipalização (1988-93), os municípios do ERSA-27 praticamente dobraram o número de consultas/hab/ano. Em 1990, o padrão de concentração de consultas da região (1.39) era próximo ao brasileiro (1.4), embora inferior ao padrão do Estado de São Paulo (1.8). O padrão médio regional, entretanto, esconde diferenças bastante acentuadas entre os municípios da região. Em 1993, alguns municípios se destacavam por apresentarem uma altíssima concentração de consultas per capita. Esse é o caso de Paulínia (5.87), Nova Odessa (4.48), Valinhos (3.74) e Americana (3.08)<sup>139</sup>. Outros apresentavam uma concentração menor que média regional, como é o caso de Monte Mor (1.67), Campinas (1.57) e Cosmópolis (0.77). (Tabela 34)

Se analisarmos a distribuição das consultas médicas no setor público por tipo de unidade de saúde, temos que, em 1992, cerca de 60% das consultas realizadas na região de Campinas foram em unidades básicas de saúde; 21% em pronto-socorro e 17% em ambulatórios de especialidades. (Tabela 33)

Em relação ao tipo de consulta tem-se que uma expansão em todos os tipos. Mas é importante observar que o ritmo de crescimento varia enormemente em função do tipo de consulta. Para o ERSA-27, no período após a municipalização, as consultas de urgência e emergência cresceram 256.5%, ou cerca de 37.4% a.a. É importante ressaltar que elas são decrescentes entre 1988 e 1990 e têm um crescimento explosivo entre 1990 e 1991 (404%), quando se estabelece o pagamento por produção (Tabela 35).

No Município-sede, no mesmo período, as consultas de urgência-emergência cresceram a taxas muito mais explosivas que as da região (277.7% a.a.). Também se observa uma mudança de patamar em 1991, quando elas disparam. Esses números evidenciam, com clareza, o desvio produtivista induzido pela política recentralizadora do Governo Collor. Para o Município-sede, o fenômeno da exarcebção do número de consultas de urgência-emergência é notadamente mais intenso que para o ERSA como um todo. Elas passam de 0.24% do total para 24% revelando uma drástica mudança do perfil assistencial. (Tabela 36)

Da mesma forma que as consultas de urgência-emergência há nesse período um crescimento acentuado dos procedimentos odontológicos (279% para o ERSA e 1430% para Campinas) e dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico-SADT- (240% para o ERSA e 485.7% para Campinas). A expansão de SADT não se dá, entretanto, de uma forma proporcional entre os vários tipos de exames. Há um grande crescimento dos exames de raio x (381% no ERSA e 1263% para Campinas) e uma explosão do número de exames laboratoriais (945% no ERSA e 1012% para Campinas). Em contraposição houve na região uma retração de outros exames, provavelmente de custo mais elevado (-41% para o ERSA e -12.58 para Campinas), que significou um decréscimo de quase 10% a.a. para estes tipos de exames no ERSA-27.

Entre 1988 e 1992, os SADT apresentaram uma taxa média de crescimento na região do ERSA-27 de 27.7% a.a. Muitos municípios suplantaram esta taxa média, como é o caso de Cosmópolis (118%), Paulínia (43.3%), Campinas (42.4%) e Nova Odessa (32.5%). Outros ficaram bem abaixo: Santa Bárbara D'Oeste (13.2%); Vinhedo (12.8%) e Sumaré (9.5%) (Tabela 37).

<sup>139</sup> A concentração de consultas (setor público e privado) desses municípios é superior ao padrão do INAMPS (2.8 cons/hab/ano).

Em termos de concentração de SADT/ habitante/ano é importante destacar que há municípios que apresentaram uma concentração maior de SADT/hab que a média de consultas/habitante do ERSA-27, do que em 1992 ( 2.05), como é o caso de Paulínia (3.17) e Nova Odessa (2.10)(Tabela 38). Dessa forma, o aumento exagerado no consumo de SADT (e medicamentos) também compõem o novo perfil das políticas municipais de saúde.

O desempenho da rede pública quanto ao número de consultas básicas também é marcado por um movimento ascendente. Mas o ritmo e a intensidade do crescimento é bastante distinta da verificada em relação às consultas de urgência/emergência e dos SADT. No período posterior à municipalização (1988-92), as consultas em clínicas básicas cresceram nos municípios do ERSA-27 da seguinte forma: pediatria (38.5%), gineco-obstetrícia (71.4%), adulto (51.5%) e saúde mental (1.83%) (Tabela 35). Todas elas crescendo em ritmo bem menos acentuado que as consultas especializadas (157%).

Ou seja, o crescimento da rede básica e do pronto atendimento não diminuiu a demanda por consultas especializadas, ao contrário. Há demanda reprimida em certas especialidades, seja pela baixa resolutividade deste modelo de assistência, centrado no pronto-atendimento, seja por pressões advindas da universalização do atendimento, ou ainda, devido à falta de hierarquização dos serviços/SUS, que deixa aberta aos usuários a porta dos níveis mais complexos de assistência, na ausência de um sistema de referência e contra-referência.

Em relação à evolução das consultas de saúde mental, após a municipalização, chama a atenção a sua baixa participação em relação ao número total de consultas (entre 1 e 2%). Também revelou-se baixíssima a taxa de crescimento desse tipo de especialidade (2.3%) (Tabela 35). No município de Campinas, a situação mostrou-se ainda mais grave. Há uma diminuição no número absoluto de consultas de saúde mental (-3% a.a), sendo sua participação relativa decrescente (de 4.5% em 1988 para 1.9% em 1992) (Tabela 36).

É lamentável a falta de prioridade que esta especialidade tem tido por parte das autoridades sanitárias e pelas municipalidades. Uma política de saúde que priorizasse o desenvolvimento de grupos terapêuticos, na área de saúde mental, produziria resultados muito mais qualitativos e duradouros, em termos gerais de saúde. Isso porque grande parte das doenças, que compõem o cotidiano da rede de saúde, apresentam um forte componente emocional. Trata-se de um enorme volume de queixas assentadas nas dificuldades de enfrentamento de condições sócio-econômicas adversas que, necessitam de sólido e permanente suporte psíquico para sua superação.

Outra tendência importante observada no Município-sede é a mudança no perfil das atividades dos ambulatorios públicos, expressa no crescimento relativo das consultas de adultos, bem superior ao das demais clínicas básicas e mesmo das consultas especializadas. Em 1993 as consultas de adultos representavam 27% do total, enquanto as especializadas representavam 15.8%, as de pediatria 21% e as de gineco-obstetrícia 10% (Tabela 36). Essa mudança configurada no perfil de atividades dos ambulatorios públicos também foi detectada na RMS<sup>140</sup>. Cabe ressaltar que, no período imediatamente anterior à municipalização (1986/87), as consultas de pediatria chegaram a representar mais da metade das consultas realizadas na rede de saúde municipal, tradicionalmente voltada para a clientela materno-infantil. Em 1992 as consultas de pediatria passaram a representar apenas 1/3 do total de consultas oferecidas.

A avaliação realizada nos serviços de saúde de Valinhos, em 1993, pelo Núcleo de Saúde da PUCCAMP, confirma as distorções do modelo assistencial evidenciadas acima. É importante ressaltar que o município de Valinhos, cujo Prefeito é médico e ex-Secretário Municipal de Saúde

<sup>140</sup> Viana Ana Luiza op cit pg 117

manteve os programas de saúde com vitalidade em relação à outros municípios da região. À despeito disso, a avaliação evidencia que:

a cobertura por consulta médica é de 3.23 consultas/hab/ano, ultrapassando o parâmetro SUS e CONASP (2 consultas/hab/ano)

a concentração de consultas é maior na urgência/emergências (excedente de 23%), em detrimento das clínicas básicas (déficit de 21.5%). Este excedente pode explicar o alto número de consultas/hab/ano

nas áreas básicas, com exceção da saúde da mulher, o alcance das metas não atinge 100%. Na saúde da criança houve 68% de alcance, na saúde do adulto 55% e na saúde mental 59%

à despeito da taxa de mortalidade materna ter sido zero nos últimos anos, foi alto o número de cesarianas (51.11%), bastante superior ao padrão da OMS (14%)

nas especialidades o alcance das metas foi deficitário somente em ortopedia e otorrinolaringologia

as urgências/emergências apontam um alcance de 336%, o que indica distorção, sugerindo uma qualidade discutível nos serviços básicos e programáticos e oferecimento de consultas tipo pronto-atendimento

a produção de serviços de diagnose e terapia também ultrapassa o necessário. Nos exames de diagnose por imagens o alcance da meta foi de 273%, sendo que o setor privado é o único responsável por esses exames. Para exames de patologia clínica a oferta dos serviços municipais já seria suficiente para cobrir as necessidades da população, entretanto há ainda a oferta de serviços privados

Em relação aos exames pedidos por consulta, o município de Valinhos apresentou, por amostragem, o parâmetro de 30 exames/100 consultas, ultrapassando o parâmetro SUS (19 exames/100 consultas)

Confirmam-se, dessa forma as tendências apontadas anteriormente. Resumindo, as principais tendências observadas no âmbito da produção de consultas ambulatoriais na região foram:

observa-se um processo de concentração das consultas nos ambulatórios de "caráter público", particularmente os universitários. No município de Campinas há uma alteração no perfil dos prestadores de serviços ambulatoriais: os setores universitário e público juntos respondiam em 1982 por 57.1% do total de consultas do sistema público de Campinas, em 1993 passaram a responder por 91.3%. O setor universitário foi o que mais cresceu, elevando sua participação relativa de 16.9% (1982) para 40.8% (1993). Essa tendência tende a se acentuar, à medida que as consultas realizadas nos HUs continuam crescendo intensamente (40%) entre 1990-93, e, em breve haverá um novo ambulatório universitário (PUCC). O restante setor público, neste período, também teve uma taxa de crescimento das consultas ambulatoriais bastante elevada, tendo sua participação relativa elevada de 40.2% para 50.5%. Embora os setores conveniados e contratados também tenham crescido em números absolutos, sua participação relativa caiu de 43% para 8.7%.

na região do ERSA de Campinas<sup>141</sup>, embora só haja dados disponíveis para o período 1990-93, há a mesma tendência anterior. Houve um aumento no número de consultas (23.8%) e uma crescente concentração dessas consultas nos setores público e universitário. Juntos, esses setores que eram responsáveis por 76.8 do total de consultas realizadas no sistema público em 1990, passaram para 86.1% em 1993. Embora o setor universitário tenha apresentado a maior taxa de crescimento (41%), sua participação relativa está em torno de 20%, enquanto o setor público aumentou sua participação relativa de 59% para 66%. Em contrapartida, os setores filantrópico e contratado tiveram queda no total de consultas realizadas e viram sua participação relativa reduzida para 8.8% e 5.3% respectivamente. A evolução das consultas do setor público na região do ERSA-27 após a municipalização (1988-93) apresentou um crescimento anual médio de 18.2%.

o aumento do número de consultas resultou numa maior concentração das consultas/hab, que praticamente dobrou na região, após a municipalização.

o desempenho da rede pública em relação ao número de consultas nas clínicas básicas também é marcado por um movimento ascendente, mas de intensidade bastante distinta da verificada nas consultas de urgência/emergência, nos SADT e, nas consultas de especialidades.

no ERSA-27 as consultas de urgência e emergência cresceram cerca de 37.4% a.a após a implantação do SUS. No entanto, se observarmos as diferentes fases de sua implantação verificamos que no período 1988-90 elas são decrescentes, passando a ter um crescimento explosivo à partir de 1991, quando a NOB/1/91 estabelece o pagamento por produção. No município de Campinas a situação é ainda mais grave.

há nesse período, um crescimento acentuado dos procedimentos odontológicos e de SADT na região como um todo e, particularmente em Campinas. A expansão dos SADT não se deu, entretanto, em todos os tipos de exames. Há um grande crescimento dos exames de "raio x" e uma explosão de exames laboratoriais. Em contrapartida houve uma retração de outros exames. Alguns municípios da região apresentaram uma concentração de SADT/habitante/ano maior que a média de consultas/habitante do ERSA-27 (2.05 em 1992). É o caso de Paulínia (3.17) e Nova Odessa (2.10).

No município-sede observou-se uma mudança no perfil das atividades dos ambulatórios públicos. Esta tendência se expressa no aumento da participação relativa das consultas de adultos no total de consultas realizadas. Essa alteração do perfil das atividades dos ambulatórios públicos, por um lado corresponde ao envelhecimento da população e, por outro, às mudanças no modelo assistencial, com a implantação do pronto atendimento.

observou-se ainda um baixo crescimento (ERSA-27) ou, um crescimento negativo (Campinas) das consultas de saúde mental e a diminuição de sua participação relativa no total de consultas do setor público.

O aumento exacerbado nas consultas de emergência, no consumo de SADT e medicamentos compõem um novo perfil das políticas de saúde após a municipalização. Em contraposição a

<sup>141</sup> Os dados apresentados referem-se apenas aos 12 municípios do ERSA-27

estes movimentos de "tecnificação" e "emergencialização" crescentes da assistência, as consultas nas clínicas básicas perdem participação relativa e o pronto-atendimento passa a substituir nas UBS, as rotinas dos programas de saúde. A sistemática de financiamento instituída pela NOB1/91 (pagamento por produção) é a maior responsável pelo desvio produtivista revelados pelos dados acima.

### 3.4.2 A Expansão da Produção de Internações Hospitalares

Se avaliarmos historicamente a situação hospitalar na região de Campinas, evidencia-se que o coeficiente de internações há uma década atrás era alto (15%/população/ano) em relação ao padrão do INAMPS (10%/população/ano). Havia, entretanto, uma baixa taxa de ocupação dos leitos, devido à não disponibilidade de grande parte destes leitos para a população não previdenciária. Estudo sobre o desempenho hospitalar realizado entre 1984-1991<sup>142</sup> conclui que houve uma diminuição nas internações (7.5%), enquanto a população teria crescido 15.8%.

A despeito da ampliação da capacidade ambulatorial nesse período, constatou-se uma forte repressão da demanda para alguns tipos SADT e de internações hospitalares, que hoje se constituem nos principais gargalos do SUS. Como os hospitais públicos vêm trabalhando no limite da capacidade instalada (taxa de ocupação de 79% em 1991)<sup>143</sup>, enquanto os privados apresentam forte ociosidade, com taxas de ocupação de 54% (contratados) e 32% (não contratados). Conclui-se que a repressão da demanda se dá nos hospitais públicos.

O crescimento das internações nos hospitais públicos nos últimos anos (1990-93) pode ser observado à partir dos dados relativos ao faturamento (AIHs) dos hospitais municipais de Campinas e Americana, que tiveram um crescimento de 28.8% neste período, passando a representar 17.6% do total de AIHs do ERSA-27. (Tabela 39)

Mas a assistência hospitalar prestada pelo setor público no Estado de São Paulo consumiu apenas 9% das AIHs pagas em 1993. O setor público somado ao setor universitário respondeu por 32.7% do faturamento hospitalar do SUS no Estado. Destacando-se-se, dessa forma, a participação dos hospitais filantrópicos<sup>143</sup>, que responderam em 1993 por quase a metade do faturamento hospitalar do SUS paulista.

No município de Campinas, as internações SUS vêm crescendo, passando de 53% em 1991 para 77% em 1993. (Tabela 40). Se observarmos somente as internações de munitípes, entretanto, há uma diminuição da participação relativa do setor público (entre 1991 e 1993), concomitante ao crescimento do setor privado. (Tabela 41) Isso se explica pelo crescimento dos convênios privados no município. Observa-se, em consequência, uma crescente participação relativa dos hospitais privados (sem inserção no SUS) no total de internações de munitípes (8.5 pontos percentuais). Respondiam por cerca de 1/3 do total de internações no período 1990-93 (Tabela 41).

Os hospitais de "carater público" apresentavam uma participação média de 28.7% no total de internações, mas revelaram uma queda de participação relativa (de 2.3 pontos percentuais).

Os hospitais parcialmente inseridos no SUS apresentaram uma participação relativa média de 37.4%, mas também perderam participação relativa (de 6 pontos percentuais).

<sup>142</sup> "Hospitais Gerais em Campinas" op cit

<sup>143</sup> Plano Estadual de Saúde-Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo-1994

Se considerarmos somente as internações do SUS em Campinas (inclusive a de não municipais), os Hospitais de caráter público respondiam por cerca de 70% do total, sendo que somente a Pucc e Unicamp juntas atendiam 43% da demanda SUS por internações. Há que se considerar, entretanto, que uma parte destas internações é relativa a moradores de outros municípios. (Tabela 42)

A maior parte dos hospitais parceiros do SUS, responsáveis pelo restante das internações, apresentaram no período recente (1990-93) uma participação decrescente das internações SUS no total de suas internações. Com exceção da Maternidade de Campinas e do hospital Domingos Boldrini, os demais tiveram, em média um decréscimo de 22 pontos percentuais da participação das internações SUS no total de suas internações (Tabela 43). Esse fato revela o desinteresse crescente dos hospitais filantrópicos na parceria efetiva com o setor público. O problema central com relação à integração com os serviços privados filantrópicos referem-se, segundo a argumentação desses hospitais, aos baixos valores pagos pelas tabelas do MS (AIHs), o que vem provocando a retração do setor e a elevação do déficit de leitos no município, hoje estimado em cerca de 1000 leitos.

Muitas vezes, esses hospitais mantêm o vínculo com o setor público devido aos benefícios advindos dessa parceria, em termos de isenções, doações a fundo perdido, transferências de recursos para equipamentos e reformas. Mas, na realidade, em função da falta de garantia da política federal, expressa nas defazagens de valores e nos atrasos nos prazos de pagamentos, grande parte dos hospitais filantrópicos almeja reduzir sua parceria com o SUS, passando a depender mais de convênios próprios ou privados. Isso tem provocado uma enorme retração no n° de leitos e internações efetivamente colocados à disposição do sistema.

Conclui-se que o crescimento da rede ambulatorial pública, aliado ao aumento do número de diagnósticos, não foi seguido da garantia de atendimento pelos níveis mais especializados do sistema. Criou-se, dessa forma, uma lacuna: a dos serviços especializados e internações hospitalares de nível secundário. Em relação às consultas de especialidades, como vimos, há um forte investimento, observado na maior parte dos municípios da região, em termos de oferecer o maior número de especialidades no próprio município.

Entretanto, no campo da assistência hospitalar a repressão da demanda permanece sem soluções. Enquanto os hospitais públicos funcionam, como vimos, no limite da capacidade instalada, o setor privado funciona com ociosidade e desinteressa-se pela inserção no sistema. Nos municípios que possuem hospital municipal há uma forte tendência de "fecharem as portas" dos hospitais municipais a internações oriundas de outros municípios, o que vem ocorrendo no hospital da FUSAME, em Americana e no hospital municipal de Paulínia.

Embora fizesse parte do projeto de regionalização da SES a complementação dos valores de parte das internações realizadas pelo SUS, acabou não se concretizando. Resta saber que esfera de poder (e com que recursos) se responsabilizará pela cobertura deste hiato. A complementação dos valores das tabelas federais, viabilizaria uma rearticulação com o setor privado, até que a rede pública possuísse capacidade instalada para responder as demandas totais do SUS.

Nesse sentido, a Prefeitura de Campinas desenvolveu em termos pioneiros a experiência de criação de uma Central de Vagas, em convênio com Governo Estadual, que ao complementar os valores das tabelas federais, conseguia aumentar o número de leitos privados disponíveis para o SUS, sanando, temporariamente a deficiência de leitos/SUS. Entretanto, o Estado não manteve por muito tempo o convênio, restando à Prefeitura, buscar outros mecanismos de financiamento, para garantir as vagas necessárias às internações de municípios em alguns hospitais da rede privada de Campinas. Dessa forma, a Prefeitura de Campinas tem desenvolvido formas de negociação, em torno dos benefícios que estes hospitais possuem, buscando dar abatimentos em impostos e taxas, bem como negociar dívidas com empresas municipais, etc.

Atualmente, além do Hospital Universitário da Pucc (280 leitos), mais cinco hospitais filantrópicos integram o SUS/Campinas: o Alvaro Ribeiro, o Albert Sabin, a Maternidade de Campinas, o Irmãos Penteado e o Sanatório Cândido Ferreira (em regime de co-gestão), totalizando 400 leitos. A parceria com o hospital Albert Sabin e com a Maternidade de Campinas é regulamentada através de convênios com a SMS/PMC.

É importante destacar a experiência de co-gestão que o município de Campinas desenvolve junto ao Sanatório Cândido Ferreira, que serve como exemplo de parceria bem sucedida entre o setor público e o setor filantrópico. Essa experiência aponta para novas possibilidades de convivência entre o setor público e o privado. Para que essa e outras possibilidades, possam se desenvolver no campo da gestão dos serviços públicos de saúde é necessário, entretanto, que o processo de descentralização tenha prosseguimento, através de uma gradativa transferência da gestão do sistema do nível federal para o nível municipal. É necessário também uma efetiva definição de competências entre as três esferas de Governo, bem como das relações interinstitucionais.

Concomitantemente a esses esforços, o município de Campinas, busca prosseguir com a ampliação do Hospital Mário Gatti e com a construção do Hospital Ouro Verde, com o objetivo de, no futuro, tornar-se auto-suficiente no tocante às demandas de nível secundário.

#### **As principais tendências observadas em relação à produção hospitalar foram:**

No campo das internações hospitalares, há uma tendência de diminuição do número de internações/hab. Apesar da ampliação da capacidade ambulatorial, constatou-se uma forte repressão da demanda para alguns tipos de internações hospitalares e de SADT. Conclui-se que o crescimento da rede ambulatorial pública, aliado ao aumento do número de diagnósticos, não foi seguido da garantia de atendimento pelos níveis mais especializados do sistema. Criou-se, dessa forma, uma lacuna: a dos serviços especializados e internações hospitalares de nível secundário.

No campo da assistência hospitalar a repressão da demanda permanece sem soluções na região. Os dados referentes a 1991 evidenciaram que os hospitais públicos vinham trabalhando no limite da capacidade instalada, com uma taxa de ocupação de 79%<sup>144</sup>. Os hospitais privados, apesar de apresentarem forte ociosidade, com taxas de ocupação de 54% (contratados) e 32% (não contratados), mostram crescente desinteresse pela inserção no SUS. Conclui-se que a repressão da demanda se dá nos hospitais públicos.

Entre 1990 e 1993 observou-se que os hospitais privados do município de Campinas (não inseridos no SUS) tiveram sua participação aumentada no total de internações de munícipes, concomitante ao decréscimo da participação dos hospitais de caráter público e parcialmente inseridos no SUS, o que aponta para o crescimento dos Planos de Saúde, uma vez que as internações privadas tendem a ser decrescentes.

Em relação às internações SUS em Campinas, os hospitais de caráter público respondiam, em média, nos primeiros meses de 1994, por 70% do total, sendo que somente a Pucc e Unicamp juntas atenderam 43% da demanda SUS por internações. Há que se considerar, entretanto que, uma parte destas internações é relativa a moradores de outros municípios.

<sup>144</sup> O Hospital Mário Gatti apresentou em 1991 uma taxa de ocupação de 104%, o que evidencia a pressão da demanda existente, que obriga ao atendimento através de "macas no corredor".

Há uma tendência crescente de retração dos hospitais filantrópicos em relação à parceria com o setor público. Com exceção da Maternidade de Campinas e do Hospital Domingos Boldrini, os demais apresentaram forte queda das internações SUS no total de suas internações.

Para contrarrestar essa tendência, a Prefeitura de Campinas vem ampliando o hospital municipal Mário Gatti e construindo mais um hospital municipal (Ouro Verde), cujas obras encontram-se, entretanto, semi-paralizadas, devido à não efetivação das transferências federais previstas. Concomitantemente, a Prefeitura desenvolveu, em termos pioneiros, a criação de uma Central de Vagas, com mecanismos de financiamento indireto, através da negociação de dívidas e/ou abatimentos de impostos e taxas municipais. Assim, ela procura garantir as vagas mínimas necessárias às internações de munícipes em alguns hospitais da rede privada de Campinas. Também merece destaque a experiência de co-gestão que o município de Campinas desenvolve junto ao Sanatório Cândido Ferreira.

***CAP -IV O CRESCIMENTO DOS GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE NA REGIÃO DE CAMPINAS***

#### **4.1 O FORTALECIMENTO FINANCEIRO DOS MUNICÍPIOS**

4.1.1 Considerações sobre o Impacto das Reformas Constitucionais de 1988 nas Finanças Públicas

4.1.2 O fortalecimento financeiro dos Municípios da região de Campinas

4.1.2.1 A evolução das receitas Municipais (1980/1993)

4.1.2.2 As alterações na composição das receitas (1985/90/92)

#### **4.2 O AUMENTO DOS GASTOS SOCIAIS E DOS GASTOS COM SAÚDE E SANEAMENTO NA REGIÃO DE CAMPINAS NO PERÍODO PÓS REFORMA CONSTITUCIONAL**

4.2.1 Introdução

4.2.2 O crescimento dos gastos sociais no Brasil

4.2.3 O crescimento dos gastos sociais e dos gastos com a função "saúde e saneamento" nos municípios da região de Campinas

#### **4.3 O AUMENTO DOS GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE NO PERÍODO RECENTE**

4.3.1 A crise de financiamento da saúde no âmbito da Seguridade Social

4.3.2 A retração dos gastos com saúde nas esferas federal e estadual após 1990

4.3.3 O crescimento dos gastos líquidos municipais com saúde na região de Campinas

4.3.4 A mudança na composição dos recursos gastos com saúde entre as três esferas de Governo na região de Campinas

#### 4.1.1 Considerações sobre o impacto das Reformas Constitucionais de 1988 nas finanças públicas

Ao contrário do que se pensa, a descentralização fiscal em favor dos municípios tem início nos anos 60. Ou seja, a centralização promovida em meados dos 60, atingiu negativamente os Estados, mas não os municípios, cuja participação na distribuição dos recursos tributários disponíveis aumentou. O principal problema enfrentado pelos municípios eram as limitações na autonomia para a realização dos gastos<sup>145</sup>.

Houve também um contínuo afrouxamento da centralização, à partir de meados dos anos 70, no que se refere à autonomia e maior participação de estados e municípios na receita federal, particularmente a desses últimos. Essa recuperação foi também acompanhada por uma expressiva elevação das transferências federais negociadas e do endividamento estadual e municipal. O crescimento das transferências (tributárias e negociadas) contribuiu para o desinteresse em relação à arrecadação própria, especialmente nas cidades menores, que foram mais beneficiadas pelas transferências.

Segundo Serra e Afonso<sup>146</sup>, há evidências de que às vésperas e durante a Constituinte (1986/88) os municípios detinham a mais alta fatia do bolo tributário das últimas décadas. No entanto, não era essa a percepção dos Constituintes, que pressionaram para a ampliação da repartição do bolo tributário em favor dos municípios, propiciando um aumento ainda maior dos recursos tributários à disposição dos municípios, com a nova Constituição.

A nova Constituição atribuiu aos Governos subnacionais competências tributárias exclusivas, incidentes sobre bases econômicas sólidas e abrangentes, aliada a ampla liberdade para legislar, coletar, gerir e gastar os recursos.

Também elevou a participação dessas esferas na arrecadação de impostos dos níveis superiores de Governo, vedando-se vinculações e tornando mais transparentes os cálculos e repasses. A alíquota de participação estadual no Fundo de Participação Estadual (FPE) aumentou de 16 para 21,5% e dos municípios no Fundo de Participação Municipal (FPM) de 20 para 22,5%. Com isso os Fundos de Participação passaram a comprometer quase a metade dos principais impostos federais.

Entre 1988 e 1993, a arrecadação tributária cresceu substancialmente em proporção do PIB (de 22,4% para 26,4%). Cresceram em valores absolutos e relativos a arrecadação tributária direta e os recursos tributários disponíveis dos estados e, sobretudo, dos municípios. A receita de impostos da União sofreu grande redução (de 36% para 28% da receita total) que, entretanto foi bastante atenuada pelo crescimento das contribuições sociais. Os dados agregados (receita de impostos mais contribuições sociais) revelam uma queda na participação da União de 71% para 68% da disponibilidade total de recursos no período. (Tabela 44)

No que diz respeito ao comportamento da arrecadação tributária própria, sabe-se que, enquanto a União manteve no período 1985-92 seu patamar de arrecadação em relação ao PIB (16,4%) os Estados aumentaram sua participação (de 5,6% para 7,4%) e os municípios também (de 0,9 para 1,6% do PIB).

A análise do comportamento da arrecadação tributária própria dos municípios, através das contas nacionais e das capitais<sup>147</sup>, apresenta um crescimento real expressivo entre 1988-90. Pouco se

<sup>145</sup> "As finanças públicas municipais: Trajetórias e Mitos" Serra J. e Afonso J.R.R. Texto para Discussão n. 3 Instituto de Economia da Unicamp -mimeo/out-1991

<sup>146</sup> Serra e Afonso op cit

<sup>147</sup> Segundo dados da ABRASF e do Tesouro Nacional

sabe, entretanto, dos municípios não capitais. Estudo realizado por Afonso<sup>148</sup>, através de amostragem com 93 municípios de diferentes portes e regiões do país, conclui que houve um esforço significativo para aumentar a arrecadação tributária própria, inclusive obtendo-se resultados mais expressivos que as capitais. Embora haja, por um lado, grande disparidade na cobrança de impostos, por outro, observou-se uma tendência comum ao incremento acelerado dos tributos locais, sendo o IPTU e as taxas, os tributos mais explorados.

Conclui-se, embora preliminarmente que, concomitantemente ao aumento das transferências constitucionais, os municípios investiram no incremento das receitas próprias, de tal modo que essa arrecadação explicou, juntamente com o aumento das transferências do ICMS, a maior parte do aumento da receita líquida municipal ocorrida entre 1988-91, superando, por larga margem, a influência do FPM (salvo nos pequenos municípios).

Estudo realizado pela F. Seade sobre a evolução das finanças municipais no período 1985/90 no Estado de São Paulo<sup>149</sup>, confirmam algumas dessas tendências:

Nesse período, as Transferências Constitucionais representaram, em conjunto, para os municípios do Estado de São Paulo não menos que 50% dos recursos disponíveis;

as transferências estaduais foram mais significativas para os municípios grandes e médios, embora também tenham beneficiado os de menor porte;

as transferências federais, englobadas no FPM, mantiveram sua característica de serem inversamente proporcionais ao tamanho da população municipal, beneficiando mais os pequenos municípios, mas permanecendo, para o conjunto dos municípios paulistas, inferiores às transferências estaduais;

para o conjunto dos municípios, as transferências (estaduais e federais) per capita foram, em 1990, 46.5% maiores que em 1985.

a importância das transferências estaduais nesse período se deve não só ao aumento da cota-parte municipal (de 20 para 25%) mas também à ampliação da base de incidência e à elevação das alíquotas do ICMS.

A reação do Governo Federal às perdas de receitas impostas pela descentralização tributária, promovida em 1988 se deu através de três frentes:

- a) redução de gastos, através da diminuição de transferências negociadas para Estados e municípios. Entre 1988 e 1990, à despeito do fracasso da operação Desmonte<sup>150</sup> houve uma redução nas transferências não constitucionais, da ordem de 0.5% do PIB, com o peso desse ajuste recaindo, preponderantemente, sobre os Estados. Segundo dados dos Balanços da União (regime de competências), as transferências referentes ao SUS decresceram de 0.85 % para 0.64% do PIB entre 1988-90.

<sup>148</sup> "Evolução real e estrutura da receita dos municípios Não Capitais 1988-91" José Roberto R. Afonso mimeo-agosto/92

<sup>149</sup> "A Reforma Tributária de 1988 e os municípios do Estado de São Paulo" " Coleção Estudos Municipais" F. Seade-SP-1993

<sup>150</sup> Através da Operação Desmonte, o Governo Federal pretendia transferir compulsoriamente para as esferas subnacionais, encargos, anteriormente financiados com tributos, que lhes foram transferidos.

b) através de restrições creditícias, diminuindo o refinanciamento das dívidas externas de estados e municípios e exigindo-lhes pagamentos de compromissos em atraso. Dificultou-se também o acesso dessas esferas ao crédito interno. Essas medidas acabaram, entretanto, sendo flexibilizadas em várias oportunidades, nas quais foram usadas como moedas de barganha política entre o Governo Federal e as demais esferas de Governo.

c) priorizou-se o aumento da arrecadação não submetida à partilha entre estados e municípios. Após o fracasso da criação do selo-pedágio, criou-se a Contribuição sobre o Lucro das Empresas em 1989, aumentou-se a alíquota do FINSOCIAL de 0.5% (1988) para 2% (1990), alterou-se a forma de cobrança do PIS e lançou-se mão do IOF, com ênfase, à partir do Governo Collor, para a taxação dos ativos financeiros. Em consequência dessas alterações, os impostos sujeitos à partilha, que em 1988 representavam 48% da arrecadação federal, reduziram-se para 39% em 1990. Também foram alterados os prazos de apuração, cálculo e recolhimento de impostos, reduzindo-se o tempo de sua permanência na rede bancária e aprofundando-se a sua indexação.

Essas estratégias do Governo Federal, para fazer frente à queda das receitas, penalizaram mais os estados e municípios maiores, que tinham um elevado patamar de dívidas e possuíam melhores canais de acesso aos Fundos Públicos. Os municípios menores sofreram muito pouco os efeitos do corte de transferências voluntárias e de crédito.

O período pós constitucional foi marcado, dessa forma, por um duplo movimento: por um lado a descentralização tributária e, por outro, um movimento de recentralização, consubstanciado na busca de recuperação de receitas, empreendida pelo Governo Federal, através do aumento das contribuições sociais e demais impostos não partilhados.

Assim, a lógica que preside a reestruturação tributária brasileira é a de uma acirrada disputa entre os entes federativos, que acaba resultando na elevação da carga tributária total, num contexto de absoluta desperção, descoordenação e descontinuidade dos gastos, além da inadequação das fontes de financiamento à natureza das atividades financiadas.

Os governos municipais, para os quais se deslocaram as expectativas de maior universalidade, eficiência e efetividade das políticas públicas, particularmente as políticas sociais, embora favorecidos com a reforma tributária, acabaram pressionados por aumentar o nível de gastos. Via de regra, a alocação dos recursos vem sendo realizada segundo a ótica das necessidades municipais, sem qualquer perspectiva regional ou nacional.

Por outro lado, os ganhos constitucionais das esferas subnacionais vão sendo corroídos pelo desinteresse da União para com as bases de arrecadação dos Fundos de Participação (IR e IPI), pela desatualização dos critérios de rateio e pelo crescimento dos fluxos "extra-tributários" de financiamento, baseados no aumento de contribuições sociais<sup>151</sup>.

Os critérios de rateio dos Fundos de Participação não mais refletem a dinâmica da produção e da população brasileira. Desconsideram a desconcentração regional e intra-regional, que promoveu uma diminuição da diferenciação do produto per capita entre as regiões brasileiras e privilegia os municípios de menor porte, em detrimento das grandes aglomerações populacionais, onde se concentram as carências de infra-estrutura urbana e os bolsões de miséria.

<sup>151</sup> "A questão tributária e a Federação" Dain Sulamis in Seminário Internacional "Impasses e Perspectivas da Federação no Brasil" IESP/FUNDAP S.P. mimeo maio/1995

Assim, as cidades de grande e médio porte, as regiões metropolitanas e os governos estaduais encontram-se mergulhados em dificuldades financeiras, incapazes de responder de maneira satisfatória às demandas sociais de sua população.

Tais dificuldades financeiras são agravadas pela crise fiscal. Como enfatiza Dain S. (1995) " a crise fiscal, na sua dimensão intergovernamental se defronta hoje com pressões de curto prazo, relativas às expectativas de estabilização da economia, que parecem depender do ajuste fiscal baseado na geração de "superávits" nas contas dos governos. Supõe-se que parte do êxito deste ajuste fiscal dependeria da geração de excedentes nas contas dos Governos subnacionais, ou da neutralização dos reflexos do endividamento nas finanças públicas federais, o que não parece viável no curto prazo.

Ou seja, a política de estabilização, face aos limites da âncora cambial, volta-se para a tentativa de controle das variáveis monetárias e fiscais e, portanto, para o controle dos níveis de endividamento dos Estados. As restrições ao endividamento, aliadas à elevação das taxas de juros, obrigam a mobilização de recursos para o pagamento da dívida, em detrimento das possibilidades de investimentos, que poderiam advir dos ganhos relativos à descentralização e autonomia das esferas subnacionais.

Nesse contexto, o novo desenho institucional do sistema tributário brasileiro tem sido alvo de críticas generalizadas, de todas as esferas de Governo e de analistas brasileiros e internacionais. Perfilam-se dezenas de projetos de Reforma Tributária, dentre os quais muitos sugerem, embora implicitamente, medidas que promoveriam a recentralização do poder de tributar e da arrecadação pública.

A avaliação do Banco Mundial e do FMI e de outros observadores estrangeiros, citados por Afonso<sup>152</sup>, é de que a participação dos governos subnacionais na carga tributária supera a de outros países em desenvolvimento, assemelhando-se a das federações mais avançadas. Surpreendem-se também com o grau de autonomia com que os níveis subnacionais cobram seus impostos e geram suas despesas. Num grupo de dez países analisados (ricos e pobres), o Brasil ganha o primeiro lugar em relação ao grau de autonomia de gasto, medido pela proporção de despesas sem vinculações específicas<sup>153</sup>.

Por outro lado, no que se refere às competências para tributar, cabe aos Estados a cobrança do maior tributo indireto da economia e o que mais arrecada: o ICMS. O Brasil é um dos casos raros em que há dois impostos sobre o Valor Adicionado (ICMS e IPI) e que são os Governos subnacionais que legislam e arrecadam, sem interferência da União, o imposto de maior impacto no processo produtivo e de comercialização da economia (ICMS).

Valendo-se dessa situação tributária privilegiada, os Estados, num primeiro momento promoveram sucessivos aumentos da carga do ICMS, para contrarrestar os efeitos negativos da conjuntura macroeconômica e, numa segunda etapa, acirraram a guerra fiscal, desrespeitando a legislação complementar e os acordos que mantinham, na luta pela atração de novos investimentos, provocando danos à competitividade industrial no mercado interno. A guerra fiscal acabou por promover a queda na arrecadação desse imposto, e com ela, a da cota-parte municipal nela apoiada.

<sup>152</sup> "Notas para o Debate: A questão Tributária e o Financiamento dos Diferentes Níveis de Governo" Afonso J.R.R. in Seminário Internacional "Impasses e Perspectivas da Federação no Brasil" IESP/FUNDAP S.P.mineo /maio-1995

<sup>153</sup> SHAH, Anwar in "The Reform of Intergovernmental Fiscal Relations in Developing and Emerging Market Economies", Policy and Research Series n. 23 Washington, The World Bank June/1994

O Governo Federal, por sua vez, não aceitou as perdas relativas ao processo de descentralização tributária, promovendo, como vimos, uma "recentralização" através da recuperação de receitas, via aumento das contribuições sociais e de impostos não partilhados. Essa reação federal tornou mais complexo e injusto o sistema tributário, sem que se tenha resolvido os seus desequilíbrios financeiros. Sua ação aumentou a desordem e a ineficiência do sistema, com reflexos negativos para a economia e a sociedade, agravando as desigualdades interpessoais de renda, com a majoração da tributação indireta e das contribuições sociais, sem qualquer ganho também para a nova ordem federativa<sup>154</sup>.

Ou seja, à despeito das intenções constitucionais, o processo político de implementação da reforma tributária acabou por representar um capítulo do desenvolvimento da crise desse sistema, passando a ganhar força os apelos para a realização de uma nova reforma do aparato fiscal.

Na prática, o processo de descentralização tributária no Brasil não obedeceu uma lógica nacional, inexistindo mecanismos eficientes de integração e coordenação das políticas e ações entre os membros da Federação. Sua configuração atual dificulta a utilização da política tributária como instrumento de política econômica, particularmente no esforço de estabilização, nas tentativas de abertura dos mercados e de retomada do desenvolvimento.

Trata-se não só de uma dispersão dos recursos disponíveis, mas de uma desarticulação federativa, que vem inviabilizando a consecução de políticas de interesse nacional. Para contrarrestar essa tendência, Rezende<sup>155</sup> enfatiza a necessidade de se promover a associação de interesses (e não a recentralização das fontes de financiamento, como querem alguns). Isso significa o estabelecimento de novos arranjos institucionais que viabilizem a cooperação entre os entes federados, e, entre estes e a iniciativa privada, de forma a financiar o desenvolvimento, preservando a autonomia de cada um. Esse rearranjo institucional é pré condição para a recomposição da capacidade do poder público de estabilizar a economia e orquestrar o financiamento do desenvolvimento. Isso permitiria estancar a sangria dos recursos relativos aos serviços da dívida, agrupar recursos dispersos e mobilizar recursos adicionais do setor privado e de fontes externas para a realização de investimentos, ao mesmo tempo que permitiria a submissão das prioridades de aplicação, às necessidades apontadas pelo planejamento estratégico de desenvolvimento do país.

#### 4.1.2 O fortalecimento financeiro dos municípios da região de Campinas

Em termos do conjunto da RMC, observa-se (Tabela 45) que as receitas praticamente dobram, ao longo da década de 80, apresentando um desempenho excepcional em 1991 e retomando o patamar de 1990 nos anos seguintes (1992/93).

No entanto, à despeito do movimento geral de melhoria da situação municipal, há diferenças marcantes no comportamento das receitas, entre os diversos municípios. Dentre os municípios que apresentaram um crescimento excepcional de suas receitas destacamos:

<sup>154</sup> "A desordem fiscal e os caminhos para uma nova reforma do sistema tributário" Oliveira Fabrício Augusto de -Texto para Discussão n. 21 Instituto de Economia da Unicamp mimeo-maio de 1993

<sup>155</sup> "Descentralização e Desenvolvimento: Problemas Atuais do Financiamento das Políticas Públicas" Fernando Rezende in Seminário Internacional "Impasses e Perspectivas da Federação no Brasil" IESP/FUNDAP SP - mimeo- maio/1995

Paulínia, que dobrou sua receita entre 1990 e 1993 pela ampliação do polo petroquímico, mas também por ter sido beneficiada na partilha dos tributos estaduais e federais, pela sua base econômica altamente industrializada, face à pequena população;

Jaguariúna apresentou o maior índice de crescimento da receita, em relação a 1980 (644%). Esse município tornou-se um eixo de expansão industrial recente, com a instalação de grandes indústrias, como a Antártica e a Compaq, tendo sido também beneficiado na partilha tributária.

Outros municípios que chamam a atenção pelo índice de crescimento da Receita na década de 80 são Monte-Mor (295%) e Nova Odessa (234%). (Tabela 46)

Em termos absolutos, podemos classificar os municípios da região de acordo com a média da receita no período 1980-92<sup>156</sup>. A classificação baseou-se na média regional, na qual optou-se por não incluir os valores referentes ao município sede, com o objetivo de não distorcê-la.

Segundo essa classificação inter-regional existiam até 1992 quatro municípios com alto nível de receitas: Campinas, Sumaré, Americana e Paulínia. Outros quatro apresentaram um nível médio de receita: Valinhos, Santa Bárbara D'Oeste, Indaiatuba e Vinhedo, aos quais agrega-se o município de Hortolândia (emancipado de Sumaré em 1991). Com níveis de receita relativamente baixos na região, encontram-se os municípios de: Jaguariúna, Cosmópolis, Pedreira, Nova Odessa, Artur Nogueira, Monte Mor, Santo Antonio da Posse e os novos municípios: Holambra e Engenheiro Coelho. (Tabela 45)

Se realizarmos a mesma classificação, com base na média da receita per-capita, excluindo-se o município de Paulínia (para não distorcer a média), obtém-se o seguinte quadro:

Além de Paulínia outros seis municípios foram classificados como tendo alto nível de RPC, com base na média do período 1990-1992<sup>157</sup>: Vinhedo, Sumaré, Hortolândia, Valinhos e Jaguariúna. Quatro possuem níveis médios: Campinas, Americana, Artur Nogueira e Santo Antonio da Posse. Os sete municípios restantes possuem níveis baixos de RPC no contexto da região de Campinas (Tabela 47).

Quanto à evolução da RPC observa-se que o movimento é ascendente desde o início da década de 80, com exceção dos anos de 1983 e 84, no qual a recessão se aprofunda, e no ano de 1988 no qual os valores apresentam-se inferiores aos do início da década. A partir de 1990 há uma mudança de patamar da RPC, superior a 50% em relação a 1980 (US\$ 300 por habitante). A exclusão de Paulínia da média faz com que a RPC da região caia significativamente (US\$ 61 na média entre 1990-93) (Tabela 48).

Outro indicador do comportamento das finanças municipais é a receita disponível<sup>158</sup>. Podemos avaliar o seu comportamento e o de outras variáveis das finanças municipais a ela relacionados,

<sup>156</sup> O ano de 1993 não foi incluído na média, devido ao surgimento dos novos municípios. Caso o incluíssemos, haveria uma distorção dos valores apresentados na década, por isso optamos pela sua não inclusão.

<sup>157</sup> Os novos municípios: Hortolândia e Engenheiro Coelho foram classificados com base apenas no ano de 1993. O município de Holambra não foi incluído por não haver disponibilidade de dados sobre sua população.

<sup>158</sup> O indicador Receita Disponível busca detectar a realidade dos recursos do orçamento municipal sobre os quais a administração possui relativamente maiores garantias para atender à demanda da população, particularmente a receita tributária própria e as transferências constitucionais da União e do Governo do Estado.

buscando traçar um quadro sintético das mudanças ocorridas na região de Campinas entre 1985 e 1990<sup>159</sup>, sob o impacto da Reforma Constitucional:

Nesse período, a Receita Disponível per capita<sup>160</sup> da região de Campinas cresceu 37% em relação à 1985. (Tabela 50).

A receita municipal não só cresceu mas, houve também uma alteração na sua composição. Nos municípios da região de Campinas em 1985, as transferências estaduais compunham praticamente a metade da receita total. Em 1990 essas transferências mudaram de patamar, crescendo 75% em relação aos valores de 1985 e aumentaram sua participação relativa para quase 60% do bolo tributário. Nos anos de 1991 e 1992, embora o patamar de recursos seja mantido, sua participação relativa volta a ser inferior aos 50%, devido ao crescimento da receita tributária própria. (Tabela 51/Gráfico 16))

A Receita Tributária Própria (RTP) na região de Campinas cresceu 32.6% entre 1985 e 1990, mas é em 1991 que ela salta de patamar, crescendo 71.5%. Esse patamar é mantido em 1992, porém apresentando uma pequena queda. A participação relativa das RTP no contexto da receita total cresceu 5 pontos percentuais à partir de 1990, à despeito do enorme crescimento das transferências estaduais verificado nesse período. (Tabela 51/Gráfico 16))

Quanto à transferências federais, embora tenham crescido cerca de 50% em termos absolutos entre 1985 e 1990, sua participação relativa manteve-se praticamente inalterada, em função do crescimento dos outros componentes da receita. A partir de 1991 observa-se uma tendência de queda relativa e absoluta dessas transferências no total das receitas municipais da região. (Tabela 51/Gráfico 16))

Evidencia-se dessa forma que o impacto das reformas constitucionais se fez sentir na região em estudo, através do crescimento tanto das receitas tributárias próprias, como das transferências estaduais e federais.

À partir de 1990, no entanto, são as receitas tributárias próprias que mais crescem em termos relativos, aumentando sua participação no bolo tributário municipal na região. É interessante observar também que elas representam, em termos absolutos, 3.2 vezes o valor das transferências federais e, cerca da metade das transferências estaduais (1992) (Tabela 51).

<sup>159</sup> Os dados utilizados no estudo da F.Seade referem-se aos anos de 1985 e 1990. O ano de 1985 representa um período sem choques antiinflacionários, com crescimento econômico e no qual os parâmetros que definiam as possibilidades de receita disponível dos municípios, dentro da realidade tributária estabelecida pelo antigo sistema tributário vigente desde meados da década de 60, apresentavam-se substancialmente melhorados, principalmente pelo aumento percentual de partilha do Fundo de Participação dos municípios-FPM. O ano de 1990, por sua vez, continha a última informação disponível consolidada na Fundação à época do estudo, permitindo observar a nova realidade da receita dos municípios pós 1988. Esse ano, entretanto, corresponde ao período de implantação do Plano Collor quando, apesar de ter ocorrido forte contensão da atividade econômica, houve através de medidas do plano de estabilização, condições conjunturais extremamente favoráveis para o aumento da arrecadação tributária, notadamente pela permissão de pagamento de impostos com os cruzados bloqueados, podendo, desta forma, apresentar valores superestimados.

<sup>160</sup> A receita per capita permite visualizar melhor o orçamento municipal em termos de sua população-alvo, tornando mais homogêneas as bases de comparação dos comportamentos efetivos das receitas, embora introduzam um outro elemento da realidade, que é o crescimento populacional. Isso faz com que as variações verificadas nas análises correntes das finanças municipais, sejam aqui atenuadas pelo crescimento populacional.

## 4.2 O AUMENTO DOS GASTOS SOCIAIS E DOS GASTOS COM SAÚDE E SANEAMENTO NA REGIÃO DE CAMPINAS NO PERÍODO PÓS REFORMA CONSTITUCIONAL

### 4.2.1 Introdução

Os anos 80 são marcados por profundas alterações nas relações entre as três esferas de Governo. No campo das políticas sociais<sup>161</sup> evidencia-se o fim de um modelo centralizador, baseado na total dependência da esfera federal para a concepção, execução e financiamento de programas sociais.

Mas a década de 80 também é o cenário no qual se observa a articulação das esferas locais no sentido de ganharem maior autonomia financeira, de forma a aumentarem a sua participação na gestão e controle das políticas públicas, particularmente no que se refere às políticas sociais.

No plano fiscal, como vimos, essa situação acabou por efetuar um aumento das receitas das esferas locais, em relação ao total das receitas tributárias nacionais, através do aumento da sua capacidade de tributação e ao aumento das transferências estaduais e federais (automáticas e negociadas).

No que se refere ao financiamento das políticas sociais<sup>162</sup>, o aumento das transferências negociadas, nos anos 80, possibilitou, ainda que de forma diferenciada e heterogênea, um ressurgimento da administração local dessas políticas. As transferências negociadas foram os principais mecanismos operacionais dos chamados Fundos Sociais, criados nos anos 70 e que passaram a ser importantes fontes extra-orçamentárias de financiamento de programas governamentais na área social. Esses programas passaram a contar também, cada vez mais, com recursos advindos das próprias esferas locais.

A lógica dos Fundos Sociais era obter financiamento através de contribuições sociais e não de impostos, garantindo maior flexibilidade alocativa dos recursos, livrando-se das amarras orçamentárias. Através desses Fundos, importantes fontes de recursos adicionais foram canalizados para as esferas locais.

A generalização desses mecanismos de transferências negociadas sem critérios definidos acabou, entretanto, por gerar um movimento reativo, que se consubstanciou em pressões para que essas transferências passassem a ser realizadas, segundo critérios definidos, através de normas legais ou constitucionais.

Essas pressões, aliadas ao acirramento da crise fiscal, no início dos anos 90, vem representando um progressivo esgotamento do modelo de descentralização da gestão das políticas sociais baseado em transferências negociadas. Isso porque, de um lado, a Constituição de 1988 aumentou os recursos das esferas locais, enfraquecendo a base de recursos disponíveis para a União e, de

<sup>161</sup> Para uma análise mais aprofundada da dinâmica do gasto social no Brasil, ver Médici, André C. "A dinâmica do gasto Social no Brasil nas três esferas de Governo: uma análise do período 1980-1992"- sexto relatório do sub projeto "Canais de Acesso aos Fundos Públicos na Área Social" do Projeto Balanços e Perspectivas do Federalismo Fiscal no Brasil" IESP/FUNDAP-junho-1994

<sup>162</sup> Uma definição mais detalhada do conceito de Fundos Sociais encontra-se em Médici, A.C. op cit pg 6

outro, as preocupações com a estabilização da economia e seus reflexos na gestão orçamentária, trazem limitações crescentes a essa forma de relacionamento intragovernamental<sup>163</sup>.

#### 4.2.2 O CRESCIMENTO DOS GASTOS SOCIAIS NO BRASIL

Estudo realizado recentemente pelo IESP/FUNDAP<sup>164</sup> revela que, em função das taxas de crescimento econômico dos anos 80 e 90 não terem sido muito elevadas, os gastos sociais, à partir de 1986, passaram a absorver parcelas cada vez maiores do PIB, passando de 13,3% em 1985 para 19% em 1990, declinando em 1992 para 17,1%. No entanto, do ponto de vista da dinâmica demográfica, o aumento dos gastos sociais, com exceção dos anos de 1989 e 1990, não compensou o crescimento populacional.

Esse movimento pode ser observado através da análise da dinâmica do gasto social per-capita na década de 80, que evidencia uma forte queda no primeiro quinquênio, contrarrestada na segunda metade da década, por uma pródiga elevação. Essa tendência, entretanto, parece não se manter no início dos anos 90, quando os gastos sociais per-capita foram reduzidos a patamares inferiores aos do início dos anos 80.

O crescimento do gasto social na segunda metade dos anos 80 se deu num contexto de descentralização, no qual houve um aumento dos gastos sociais com base em recursos próprios das esferas locais e com o aumento da responsabilidade sobre o gasto, com base no aumento das transferências federais para essas áreas. A participação dos Estados no gasto social global aumentou de 24% (1980) para 27% (1992) e a dos municípios de 11% para 16% no mesmo período.

Se retirarmos dos gastos sociais os gastos com a Previdência Social, cujo pagamento é, por definição, concentrado no Governo Federal<sup>165</sup> teremos que somente os municípios aumentam sua participação no gasto público social, passando de 16,3% para 19,1%. Ou seja, nesse período os municípios foram a única instância governamental a colocar dinheiro novo no financiamento das políticas sociais e a aumentar seu comprometimento financeiro nos anos recentes (1990-92), quando as demais esferas retraíram sua participação.

Esse processo de aumento da participação das instâncias locais de Governo, particularmente da instância municipal, no financiamento dos gastos sociais é correlato ao aumento da participação dessas esferas nas receitas públicas e, em menor medida, ao aumento da responsabilidade municipal sobre o gasto, viabilizada através de transferências inter-governamentais negociadas para a área social. Essas transferências, como vimos, foram importantes na dinâmica dos gastos sociais, particularmente dos Estados, tendo representado 17,5% do total de gastos sociais dos mesmos entre 1982 e 1992, contra apenas 3,8% dos gastos sociais municipais no mesmo período. A crise recente tem, entretanto, impactado negativamente sobre as transferências, que em 1992 retornaram ao patamar de US\$ 2 bilhões, (idêntico ao de 1982) depois de terem atingido a casa de US\$ 7 bilhões em 1988.

<sup>163</sup> "A dinâmica do gasto social no Brasil" op cit.

<sup>164</sup> Médici, A. C. op cit pg 30

<sup>165</sup> Os gastos com Previdência Social dos Estados e municípios se constituem em pagamentos de benefícios a funcionários públicos, aposentados e pensionistas, não se constituindo portanto, em gastos sociais propriamente ditos

### 4.2.3 O Crescimento Dos Gastos Sociais E Dos Gastos Com A Função "Saúde e Saneamento" Nos Municípios Da Região De Campinas

Como vimos, os anos 80 foram marcados por um movimento de descentralização das receitas tributárias, em favor de Estados e municípios. A Constituição de 1988 ratificou essa tendência e gerou ganhos para essas esferas de governo, particularmente os municípios.

A visão dominante sobre os equívocos da Reforma Constitucional de 1988 enfatiza a perda de receitas da União para estados e municípios, alegando que não houve uma correspondente descentralização dos encargos. Esta seção pretende evidenciar um movimento contrário: o de aumento dos gastos municipais e a priorização dos gastos sociais.

À despeito do fracasso da "operação-desmonte", que pretendia desonerar o Governo Federal de uma série de encargos, em função da perda de receitas desse nível de Governo, o fato é que os municípios passaram a gastar mais, principalmente, com programas sociais. Isso foi possível graças à sensível melhora do nível de receitas, que refletiu-se, como era esperado, no aumento às despesas, tanto correntes, como de capital<sup>166</sup>.

O crescimento das despesas sociais per capita entre 1985 e 1990, nos municípios do Estado de São Paulo, foi muito significativo (81%), sendo que a região de Campinas apresentou uma taxa de crescimento (93%) (Tabela 49), ainda mais alta que os valores médios do Estado, superando também a da região metropolitana de São Paulo (RMSP) (77.06%)<sup>167</sup>.

Outro fator que evidencia um maior comprometimento dos municípios paulistas em geral e, da região de Campinas, em particular, com os gastos na área social, é a relação das "despesas sociais", como proporção da Receita Disponível Per Capita (RDPC)<sup>168</sup>. Os municípios paulistas passaram a comprometer cerca de 71% da RDPC com gastos sociais em 1990, contra 55% em 1985<sup>169</sup>. Na região de Campinas a participação das "despesas sociais" na RDPC subiu de 48.71% (1985) para 59.07% (1990). Em termos absolutos, as Despesas Sociais per capita da região de Campinas quase dobraram, enquanto a RDPC cresceu 37.4% e a população cresceu 18.9% no período (1985-90). (Tabela 49)

Nesse período observa-se, no entanto, uma alteração na composição relativa das despesas sociais, tanto para o Estado de São Paulo, como para a região de Campinas: a elevação da participação relativa dos gastos com as funções "educação e cultura" e "saúde e saneamento", concomitante à redução da participação dos gastos com "habitação e urbanismo". (Tabela 49)

<sup>166</sup> As despesas de custeio municipais (per capita), embora muito mais altas que as de investimentos, cresceram na região de Campinas a taxas idênticas (44%) no período 1985-90.

<sup>167</sup> O estudo da F. Seade "A Reforma Tributária de 1988 e os municípios do Estado de São Paulo" que serviu de base para a análise comparativa dos gastos sociais nos anos de 1985 e 1990, define como função social às seguintes funções: "Saúde e Saneamento"; "Educação e Cultura" e "Habitação e Urbanismo"

<sup>168</sup> A Receita Disponível é a diferença entre a Receita Arrecadada e as Operações de crédito e outras transferências (em 1990 também as transferências de Convênios)

<sup>169</sup> F. Seade-op cit. pg. 15

No Estado de São Paulo os gastos com a função "habitação e urbanismo" cresceram, em termos reais, 48.2%, mas reduziram sua participação relativa no conjunto do gasto social de 46% para 32%.<sup>25</sup>

Na região de Campinas, os gastos com "habitação e urbanismo" cresceram em termos reais a uma taxa superior à do Estado (68.1%), mas também perderam participação relativa, em relação aos demais gastos sociais, passando de 40.7% (1985) para 30.2% (1990). Isso ocorreu porque os gastos com as demais funções sociais cresceram à taxas superiores. O gasto com a função "educação e cultura" consumiu em 1990 a maior parcela dos recursos da área social, mas também perdeu participação relativa nesse período em relação à função "saúde e saneamento", cujos gastos cresceram num ritmo bem mais intenso (mais que duas vezes o da função educação e cultura). (Tabela )

Ou seja, comparando-se os gastos sociais na região de Campinas, nos anos de 1985 e 1990, a função "Saúde e Saneamento" foi a que apresentou o maior crescimento em termos absolutos e relativos. Esse intenso crescimento corresponde, como vimos, ao período em que se processa a descentralização da política de saúde, consubstanciada através das AIS, SUDS e SUS. O Estado de São Paulo passou a receber um fluxo intenso de recursos federais, que, foram transferidos em grande parte, via Convênios, aos municípios. Mas, por se tratar de convênios, esses recursos não foram contabilizados como Receita Disponível<sup>170</sup>, contribuindo, dessa forma, para diminuir as notórias diferenças entre as taxas de crescimento de receitas e despesas municipais.

Para checarmos estas tendências, observadas através dos resultados da pesquisa do Seade que trabalha com a comparação de dois anos apenas (1985/1990), efetuamos a média dos gastos sociais<sup>171</sup> relativa ao período anterior à Constituição (1981-88), de modo a compará-la com a média relativa ao período posterior, (1989-92). Confirmou-se a tendência de crescimento da participação relativa das funções "Educação e Cultura" (de 15,7% para 23,3%) e "Saúde e Saneamento" (de 13,1% para 19,7%) no total das despesas municipais da região de Campinas, enquanto as funções "Habitação e Urbanismo"; "Transportes" e "Assistência e Previdência" perderam participação relativa. (Tabela 52)<sup>172</sup>.

É interessante observar que os gastos das funções "Educação e Cultura" e "Saúde e Saneamento" somados perfazem 43% de todo o gasto municipal, ou 58,2% do gasto social (na média do período 1989-92). Se utilizarmos o conceito de gasto social mais restrito, excluindo os gastos com as funções "Assistência e Previdência" e "Transportes", os gastos com aquelas duas funções passam a representar quase 70% do total do gasto social.

Em relação ao período mais recente (1990-1993), os dados levantados neste trabalho, através dos Balanços Municipais, confirmaram a continuidade do crescimento dos gastos sociais em relação a 1990 na região de Campinas. Em 1991 cresceram 18%; em 1992, 20% e, em 1993 apresentaram um crescimento menor (5%) (Tabela 54). A participação relativa dos gastos sociais no total do gasto municipal também cresceu (de 72,3% em 1990 para 74,8% em 1991, para 76,3% em 1992, declinando para 71,9% em 1993). (Tabela 53) O gasto social per capita na região foi em média, nesse período de US\$ 219. (Tabela 55)

<sup>170</sup> No conceito de Receita Disponível utilizado pela Fundação Seade não foram incluídas as transferências negociadas (convênios), mas apenas as constitucionais.

<sup>171</sup> Neste trabalho foram considerados como gastos sociais aqueles relativos às funções: "Educação e Cultura"; "Habitação e Urbanismo"; "Saúde e Saneamento"; "Transportes" e "Assistência e Previdência".

<sup>172</sup> "Demonstrações Fiscais para a região de Campinas" - Despesas Municipais por Função / Programa e Subprograma-EMPLASA-1994

Nesse período, a composição dos gastos por funções não revela alterações significativas, mas apenas pequenas flutuações. Chama a atenção, o crescimento da função "Transportes" (44%), que eleva um pouco sua participação relativa no total do gasto municipal.

Dentre os "Programas" sociais, quatro se destacam por consumirem individualmente os maiores percentuais de recursos orçamentários municipais: "Saúde" (12.43%); "Ensino Fundamental" (11.24%); "Serviços de Utilidade Pública" (8.43%) e "Urbanismo" (7.38%). Juntos eles consumiram em média, no período 1990-93, cerca de 40% do total das despesas municipais na região de Campinas. (Tabela 53)

Conclui-se, portanto, que os municípios da região de Campinas, concomitantemente ao processo de descentralização tributária e ao aumento de suas receitas tributárias próprias, passaram a gastar cada vez mais com as funções sociais, o que desmente a tese em contrário que advoga que os níveis locais não estariam assumindo os novos encargos que lhes foram atribuídos a partir de 1988 referentes, particularmente, ao desenvolvimento de políticas de cunho social.

É importante ressaltar, mais uma vez que estas conclusões referem-se a municípios diferenciados, que como vimos no Capítulo I, estão longe de serem representativos da realidade da maior parte dos municípios brasileiros. A análise aqui empreendida, no entanto, corrobora as tendências evidenciadas para todo o Estado de São Paulo, onde os municípios efetivamente comprometeram percentuais crescentes das despesas com gastos sociais, o que, naturalmente não implica que o tenham realizado da maneira mais adequada.

### **4.3 O AUMENTO DOS GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE NO PERÍODO RECENTE**

#### **4.3.1 A crise do financiamento da saúde no âmbito da Seguridade Social**

A questão do financiamento e dos gastos em saúde ocupa um lugar de centralidade nas discussões sanitárias, a nível nacional e internacional. As razões de tal ordem de preocupações estão nos custos crescentes dos serviços, vis a vis a baixa eficácia da assistência sobre os níveis de saúde populacional.

À despeito dos inúmeros fóruns de debate sobre o tema, não há no Brasil, informações confiáveis, a não ser sobre o volume de gastos federais. O volume de gastos estaduais e municipais; a estrutura e composição dos gastos públicos, os gastos privados no sistema de atenção médica supletiva e os gastos por desembolso direto das famílias são aproximações grosseiras, que acabam por produzir uma verdadeira "dança dos números"<sup>173</sup>.

Quanto ao volume de gastos, uma análise empreendida por Vilaça (1994), com dados relativos a 1990, concluiu que o gasto nacional em saúde per capita no Brasil, em relação à países latino-americanos com níveis de desenvolvimento semelhante<sup>174</sup>, só foi inferior aos da Argentina e Uruguai. Quando se compara o volume de gastos em relação ao PIB, entretanto, o Brasil

<sup>173</sup> "Comentários sobre o financiamento e gastos em saúde no Brasil" Eugénio Vilaça Mendes in O Financiamento da Saúde no Brasil-Série Economia e Financiamento n. 4/OPAS-BSB/1994

<sup>174</sup> Foi selecionado um grupo de países latino-americanos com PIB per capita semelhantes (corrigidos em anos próximos a 1990): Argentina, Brasil, Colômbia, Chile, Costa Rica, México, Uruguai e Venezuela

encontra-se abaixo da média dos países selecionados, só apresentando uma situação favorável em relação ao México e igualando-se à Venezuela.

Com base nesse estudo<sup>175</sup>, poder-se ia afirmar, portanto, que, em relação à riqueza que gera e à dimensão das necessidades sanitárias da população, o Brasil gasta pouco com saúde, embora em termos de volume de gasto per capita, gaste acima da média de países com níveis de desenvolvimento semelhantes. Em termos de indicadores de nível de saúde e de indicadores de serviços, entretanto, a situação brasileira é sempre desfavorável em relação à média dos países selecionados, o que fortalece a hipótese de que o Brasil gasta mal com saúde.

É ampla a discussão sobre a ineficácia alocativa dos recursos da saúde baseada num padrão de gastos, conformado à partir de metade dos anos 60, que se acenta no modelo médico-assistencial-privatista, que privilegia a atenção hospitalar. Foge aos nossos propósitos, entretanto, discutir a adequação e o grau de eficiência e eficácia do atual modelo de assistência à saúde.

Nosso propósito nesta seção é evidenciar a importância do papel da União no financiamento da saúde. Dados relativos ao período 1980/1992 revelam que os recursos da União nunca foram responsáveis por menos do que 70% dos gastos públicos totais do setor saúde, chegando em 1988 a representar 87.2% destes. No entanto, houve significativa queda desses gastos como percentagem das receitas próprias da União (Receita do Tesouro + Receita Previdenciária), que caíram de 17.8% (1989) para 11.1% (1992). Da mesma forma caíram os gastos estaduais com saúde. Nesse mesmo período, entretanto, os gastos municipais com saúde, como percentagem das receitas próprias (incluindo o FPM), passaram de 6.3% para 8.2%<sup>176</sup>.

Nosso objetivo aqui é evidenciar as razões da crise do financiamento da saúde, à nível federal, nos últimos anos, em função da instabilidade de suas fontes de receita no contexto do Orçamento da Seguridade Social (OSS). Essa crise é, a nosso ver, um dos fatores que explica o crescimento da participação municipal no financiamento da saúde no período recente.

Para compreender a crise de financiamento da saúde no âmbito federal é necessário, portanto, inseri-la no contexto da discussão do financiamento da Seguridade Social, que integra a Saúde, a Previdência e a Assistência Social.

O Orçamento da Seguridade Social (OSS) apresenta problemas considerados por muitos analistas como estruturais. O primeiro diz respeito à dinâmica temporal das áreas que o compõem. A Previdência deveria apresentar um fluxo fixo e regular, com alterações no longo prazo, em função do envelhecimento populacional. Os benefícios observam, em grande parte, a lógica do seguro social, sendo proporcionais às contribuições individuais e das empresas, que teoricamente deveriam ser complementadas pelo Governo.

A Saúde, enquanto política universal não poderia ser financiada com recursos de contribuições securitárias, que oneram as folhas de salários, devendo ser financiada com recursos fiscais, refletindo o esforço fiscal da sociedade como um todo. As contribuições que incidam sobre o faturamento ou sobre o valor adicionado, embora não pareçam, a meu ver, as fontes mais adequadas, por incidirem sobre o consumo, ao invés da renda, são, entretanto, na atual estrutura orçamentária da seguridade social, menos ruins que a contribuição sobre a folha.

No que se refere à Assistência Social, por seu caráter focalizado e seletivo, voltada para as camadas de renda mais baixas ou que necessitam auxílios diversos, o financiamento deveria advir de recursos fiscais ou de contribuições solidárias advindas dos extratos sociais de mais alta

<sup>175</sup> "Comentários sobre financiamento e gasto em saúde no Brasil" op cit pg 131-132

renda<sup>177</sup>. Dessa forma a contribuição sobre o lucro poderia ser adequada, embora também incidindo sobre o consumo e não sobre a renda.

Mas a estrutura de financiamento da Seguridade Social brasileira, de acordo com seu desenho institucional, passou a ser financiada indistintamente com receitas oriundas, basicamente, das contribuições sobre a folha de salários, sobre o faturamento e o lucro.

A principal fonte de recursos para a Seguridade é a contribuição sobre a folha de salários. Esta fonte é muito sensível às variações cíclicas da economia, diminuindo nos períodos recessivos, em que as despesas com a Seguridade aumentam muito. Nos últimos anos esta fonte vem sofrendo sérias restrições, em função das transformações que vem ocorrendo no mundo do trabalho, que substituem mão de obra por tecnologia.

Além da contribuição sobre folha, a seguridade também conta com outras fontes, algumas das quais sofreram alterações, de forma a engrossar o volume de recursos das chamadas "contribuições sociais": alterou-se a forma de cobrança do PIS-PASEP, que é responsável pelo financiamento do seguro-desemprego, ampliou-se a alíquota do Finsocial (de 0.5 para 2%). Também foram incorporados recursos dos Concursos Prognósticos e, mais tarde criaram-se as contribuições sobre lucro de pessoas jurídicas.

Os Fundos baseados no faturamento e lucro, ao contrário dos Fundos baseados na folha de salário, apresentaram uma tendência ao crescimento. Em 1994 as contribuições para financiamento da Seguridade Social (COFINS) e as Contribuições sobre o Lucro de Pessoas Jurídicas cresceram 74% e 6.7% em relação ao ano anterior<sup>178</sup>.

O aumento das contribuições sociais, elevou a sua participação na arrecadação federal de 29% (1988) para 38% (1993) do total arrecadado (Tabela 44). Dessa forma, o Governo Federal, como vimos, buscou compensar as perdas de recursos efetivadas à partir da Reforma Tributária de 1988.

Quanto aos recursos provenientes de receitas ordinárias do Tesouro, nos anos recentes, é motivo de uma longa controvérsia, que indica que o Governo Federal, ao invés de colocar recursos fiscais na Seguridade, acabou retirando daí, na maior parte do tempo, recursos para investimentos em outras áreas e atividades<sup>179</sup>, o que se confirmou também com a criação do Fundo Social de Emergência (FSE)<sup>180</sup>, que em 1994 e início de 1995 permitiu a transferência de recursos da seguridade para áreas não sociais.

<sup>176</sup> "Políticas Sociais e Federalismo no Brasil: Problemas e Perspectivas" Médici, A. C. in Seminário Intenacional "Impasses e Perspectivas da Federação no Brasil" FUNDAP/IESP S.P. mimeo -maio/1995

<sup>177</sup> Médici A.C. op cit pg 11

<sup>178</sup> Médici A.C. op cit pg 9

<sup>179</sup> Os recursos fiscais representavam para a seguridade em 1992, 7.2% da receita prevista. Contudo, é necessário considerarmos que, segundo o Relatório Final da Comissão Parlamentar Especial para Estudos da Seguridade Social, 11.8% do orçamento da Seguridade Social são gastos com ações que não deveriam ser financiadas por esse orçamento. Em função dessas distorções, há um débito de 12.2 bilhões de dólares da União para com a Previdência. Conclui-se que o desvio nos recursos do OSS foram, nesse período, superiores aquilo que era alocado pelo Tesouro Nacional.

<sup>180</sup> O Fundo Social de Emergência foi criado com o objetivo de se criar uma fonte de recursos desvinculada, para aumentar o grau de liberdade alocativa do Governo Federal no manejo do Orçamento. É composto por 20% dos principais impostos, contribuições sociais e dos Fundos de participação de estados e municípios. Para

Conclui-se, portanto, que a seguridade nos últimos anos passou a ser financiada quase que exclusivamente com recursos das contribuições sociais.

Em relação à repartição dos recursos da seguridade entre os setores que a compõem, a Constituição de 1988 (art.55) estipulou, ainda em suas Disposições Transitórias que, enquanto a Lei de custeio da Seguridade Social, e as Leis Orgânicas de cada setor, não fossem definidas, a saúde deveria receber um percentual não inferior a 30% do total de recursos disponíveis do OSS. Isso foi observado até a aprovação da LOS em 1990 e no ano seguinte, uma vez que o orçamento já havia sido aprovado.

A LOS não definiu os critérios de partilha dos recursos entre os setores que compõem a Seguridade Social. O art 31 da LOS afirma genericamente que "O OSS destinará ao SUS, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos de previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

À partir de então a definição da destinação dos recursos entre os vários setores<sup>181</sup> passaria a ser feita através de negociação em cada LDO e Lei de Orçamento anual. Em 1992 e 1993, essa composição incluiu uma certa especialização de fontes, que foi definida, na prática, através de um acordo entre as lideranças partidárias. Ou seja, criou-se uma vinculação preferencial entre tipos de fontes e setores da Seguridade. Dessa forma, a contribuição sobre a folha passou a ser destinada, preferencialmente, para a Previdência, os recursos sobre o faturamento, para a Saúde e, a receita sobre o lucro, para a Assistência<sup>182</sup>.

Assim, a LDO de 1992 destinou a quase totalidade do FINSOCIAL para o setor saúde. Ou seja, o FINSOCIAL, que era a segunda fonte de recursos para o orçamento da Seguridade, passou a ser a primeira para a saúde. Mas, o questionamento judicial do FINSOCIAL<sup>183</sup>, que levou muitas empresas a depositar os recursos em juízo, bem como a sua substituição pela Contribuição para o Financiamento da Seguridade (COFINS), que se enquadrava melhor aos preceitos constitucionais, foram fatores que contribuíram para que os recursos destinados à saúde em 1992 fossem insuficientes.

Em função disso, o gasto federal com a saúde registrou quedas nunca antes observadas. Em 1992, o setor saúde recebeu em torno de 22% do OSS (excluídos os recursos do seguro-desemprego), o que só foi possível devido aos malabarismos realizados pelo Governo Federal, que incluiu entre as despesas relativas à saúde, despesas com merenda escolar, construção de CIACS, pagamentos a docentes, saneamento básico e meio ambiente, demarcação de terras indígenas, etc.

Ou seja, a indefinição relativa à partilha dos recursos destinados às três áreas que compõem o OSS, acabou por permitir que a saúde vivenciasse à partir de 1993 a mais grave crise financeira de sua história.

---

maiores detalhes ver Médici, A.C. e Marques R.H., "O Fundo Social de emergência e o Financiamento da Política Social no Biênio 1994-1995" Nota Técnica IESP/Fundap, SP maio de 1994

181 A excessão do seguro-desemprego que, apesar de estar inserido na Seguridade social, possui fonte específica de financiamento

182 Para maiores detalhes consultar "A organização dos serviços de saúde no Brasil: avanços e problemas" Rosa Maria Marques - texto apresentado na IV Jornada de Economia de la Salud abril-1995 Buenos Aires-mimeo

183 Argumentava-se que como contribuição social, o Finsocial não tinha uma destinação específica, funcionando como mais um imposto. Argumentava-se também que representava uma bi-tributação, dado que o PIS/PASEP tinha a mesma base de incidência.

A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) estabeleceu que em 1993 seriam repassados ao Fundo Nacional de Saúde recursos equivalentes a 15.5% da arrecadação sobre a folha de salários. No entanto, já em maio de 1993, os repasses da Previdência à Saúde deixaram de ser efetuados, ou seja, o Governo deixou de cumprir a própria Lei Orçamentária.

Os motivos alegados para o não cumprimento da LDO (1993) vão do fraco desempenho da arrecadação das contribuições sobre a folha, ao aumento de despesas com benefícios, em função da vigência dos novos benefícios e encargos previdenciários, instituídos pela Constituição e o pagamento dos 147% aos aposentados nesse período.

Em consequência, aprofundaram-se as dificuldades financeiras do setor saúde, à medida que passou a depender da disponibilidade de caixa do Tesouro, numa conjuntura de restrição monetária e fiscal, que faziam parte da estratégia de estabilização da economia. A consequência imediata foi que o nível de gasto do setor saúde em 1993, foi 10.7% inferior ao realizado em 1980.

Apresentar uma situação financeira relativamente estável na esfera previdenciária, deixando que a opinião pública considerasse que a crise estava centrada na área da saúde, foi uma opção política, que mascarava o fato do problema do financiamento ser da Seguridade como um todo<sup>184</sup>.

O impacto maior desta opção recaiu sobre Estados e municípios, uma vez que o pagamento das AIHs à rede hospitalar pública e privada, acabou sendo cumprido, mesmo com grandes atrasos, via fontes extraorçamentárias, como foi o caso do empréstimo do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) em 1993 e utilização de recursos do Tesouro Nacional, que ainda hoje estão sendo utilizados para esse fim<sup>185</sup>.

Em 1994 foi mantida a política de não efetuar transferências de recursos da contribuição sobre a folha salarial para a saúde, que ficou na dependência dos recursos do Finsocial e do Tesouro.

Nesse ano, aprofunda-se a problemática financeira da Seguridade com a criação do FSE que, como vimos, desvinculou parte importante dos recursos constitucionalmente destinados às áreas sociais. Com o FSE, cerca da metade dos recursos<sup>186</sup> da contribuição sobre o faturamento (fonte de recursos preferenciais para a saúde), passaram a ser livremente alocados pelo Governo Federal.

A "maior flexibilidade na alocação dos recursos", que justificou a criação do FSE, acabou por redundar, recentemente na destinação, pelo Governo Federal, do "excesso" da arrecadação da contribuição sobre o faturamento, para pagamento de seus próprios compromissos.

Os problemas expostos evidenciam que a crise de financiamento do setor saúde é a face aparente de uma crise maior, a crise da estrutura de financiamento da própria seguridade social, nos moldes em que foi concebida pela Constituição de 1988.

A ausência de definições sobre o percentual do OSS destinado às políticas que o compõem, aliado à criação do FSE, que transferiu parte das contribuições sociais para Tesouro, foram responsáveis por essa crise no financiamento do setor saúde, que só não foi pior, face ao

<sup>184</sup> "Saúde no contexto da Seguridade: Dilemas de financiamento" op cit pag.56

<sup>185</sup> O Fundo Social de Emergência e o financiamento da Política Social no Biênio 1994/1995" in Notas Técnicas n. 5 maio/1994 IESP/FUNDAP Rosa H. Marques e André C. Médici

<sup>186</sup> Rosa Maria Marques op cit pg 13

movimento de descentralização tributária, que permitiu o aumento da participação municipal no financiamento da saúde.

Os limites dessa participação municipal no financiamento da saúde, entretanto, podem ser evidenciados através de estudo de Médici<sup>187</sup> que, com base nos dados de 1990, estima que se os Estados e municípios gastassem 10% de seus recursos próprios, haveria um aumento de recursos da ordem de apenas 20% (US\$ 2.5 bilhões) no total dos gastos públicos com a saúde, o que evidencia o peso do nível federal na determinação dos gastos sanitários.

As propostas atuais de redefinição do OSS passam atualmente por três alternativas: a especialização das fontes, a vinculação dos recursos para cada área que compõe a Seguridade e a eliminação do OSS, com a definição de novos critérios de financiamento das políticas, à partir de uma reforma tributária. Essa redefinição deverá ser influenciada pela redefinição do escopo de atividades de cada área, face ao processo de descentralização e à Reforma Previdenciária.

A perda substancial de receitas da Seguridade Social, num contexto de aumento das contribuições sociais que deveriam financiá-la, exprime não só a estratégia federal de compensar as perdas tributárias instituídas pela Constituição de 1988, mas também revelam uma estratégia de contenção fiscal desencadeada sobre os elos mais fracos das políticas sociais: as políticas de Saúde e Assistência Social.

Dessa forma, ao invés de dar continuidade ao processo de descentralização dessas políticas, o Governo Federal vem, como vimos no Capítulo II, postergando esse processo, na tentativa de manter o controle centralizado de parte do OSS, que lhe permite efetuar um tipo de ajuste fiscal duplamente regressivo: seja porque o aumento das contribuições sociais sobrecarrega os contribuintes que não podem sonegar (assalariados e consumidores em geral), seja porque reduz o gasto em setores que deveriam consolidar as conquistas sociais consubstanciadas na Constituição de 1988.

#### **4.3.2 A RETRAÇÃO DOS GASTOS NAS ESFERAS FEDERAL E ESTADUAL APÓS 1990**

##### **4.3.2.1. A evolução dos gastos federais com saúde:**

A análise dos gastos federais com saúde nos anos 80 e início dos 90 pode ser feita em quatro momentos distintos<sup>188</sup>:

o primeiro momento corresponde ao fim do "modelo centralizado" (1974-82), que corresponde ao início da crise econômica dos anos 80. O gasto com saúde apresenta ligeira queda, embora permaneça constante em proporção ao PIB.

o segundo momento, denominado "modelo de transição" (1983-86), que corresponde ao momento mais drástico da crise econômica e à implantação dos Planos Heterodoxos de ajustamento. Na área da saúde corresponde à

<sup>187</sup> Médici A.C. op cit pg 16

<sup>188</sup> Uma análise desta periodização da política de saúde encontra-se em Médici, A.C. e Silva, P.L.B., "Desenvolvimento e Crise do Setor Saúde nos anos 80 e 90" IESP/FUNDAP, mimeo, agosto de 1993

implantação das AIS. Observa-se uma queda nos gastos absolutos com saúde, seguida de recuperação, em 1985 e 86, em função do retorno do crescimento econômico e da arrecadação governamental. No entanto, os gastos em saúde como proporção do PIB atingem os valores mais baixos da década.

O terceiro momento corresponde ao "modelo descentralizado" que se estabelece com a consolidação do (SUDS) em 1987 e a constituição do SUS em 1988-89. Nesse período os gastos federais atingem seus níveis mais elevados, tanto em termos absolutos, como em termos de proporção do PIB, onde ultrapassa a casa dos 2.3% da renda nacional.

O quarto momento, de "recentralização"<sup>189</sup>, que se estabelece com o advento do Governo Collor e se estende até 1993, há uma acentuada queda nos níveis de gasto federal, tanto em termos absolutos como em termos de percentual do PIB, atingindo-se níveis inferiores aos obtidos no início da década de 80.

Em termos de volume de recursos, as despesas federais foram reduzidas de um patamar de 11.6 bilhões de dólares em 1987, para 10.3 bilhões em 1990, caindo para 7.2 bilhões em 1992. Em 1993 houve uma pequena recuperação, elevando-se para 9.2 bilhões, sendo que para 1994 estima-se nova queda em relação a 1993. Ou seja, os recursos federais foram reduzidos em 38.2% entre 1987 e 1992 (Tabela 56), enquanto o gasto federal per capita caiu de US\$ 80.3 para US\$ 44.3 no mesmo período. O pico do gasto federal com saúde foi o ano de 1989 (Gráficos ) quando se atingiu a casa dos 12.4 bilhões de dólares, que correspondeu a 2.52% do PIB.

#### 4.3.2.2. A evolução dos gastos com saúde no Estado de São Paulo:

Os gastos estaduais com saúde, enquanto proporção das receitas, caem gradativamente ao longo da década de 80, diferentemente do que ocorre com os demais níveis de Governo, comprovando a baixa prioridade dada por essa esfera de Governo ao setor. Embora no período da Nova República (1985/86), observe-se uma recuperação do gasto estadual líquido, concomitante ao crescimento das transferências federais, os anos de 1987 e 1988 marcam um total declínio dos gastos estaduais com saúde, em parte, como contrapartida do crescimento brutal das transferências federais nesse período. Entre 1989 e 1990 os Estados voltam a destinar parcelas crescentes de recursos próprios para a saúde<sup>190</sup>.

A análise dos gastos com a Função Saúde no Estado de São Paulo<sup>191</sup>, entretanto, revela um comportamento diferenciado do comportamento geral dos gastos com saúde nos Estados, acima descrito.

Na primeira metade da década de 80, as principais características do financiamento e do gasto com saúde em São Paulo, foram a sua dependência, quase exclusiva, dos recursos do Tesouro Estadual e a constante e baixa participação desses gastos na despesa total do Estado. Entre 1980-84 a recessão econômica refletiu-se na queda de 17% na despesa total, 13% na receita do ICM e 15% na Função Saúde.

<sup>189</sup> Ao invés da caracterização desse período como "descentralização tutelada", preferiu-se neste trabalho o uso da expressão "recentralização", à medida que, esse período caracteriza-se pelo fato do Governo Federal na área da saúde ter reassumido o controle financeiro do SUS e passado a se relacionar com as demais instâncias de Governo, enquanto prestadores de serviços.

<sup>190</sup> Médici A.C. op cit pgs 28 e 29

<sup>191</sup> "Sistema e descentralização- A política de Saúde no Estado de São Paulo nos anos 80: formação e tensões" Tese de Doutorado de Ana Luiza D'Ávila Viana-Instituto de Economia / UNICAMP julho-1994

Entre 1985-86 a recuperação da atividade econômica, aliada aos efeitos do Plano Cruzado, rebateu positivamente nas finanças públicas: a despesa cresceu 69% sobre 1984, o ICM 63% e a FS 87%. Ou seja, a Função Saúde apresentou um crescimento real mais elevado que as duas primeiras.

Entre 1987-89 o gasto com a função saúde em São Paulo cresceu num movimento contrário àquele observado no conjunto dos Estados brasileiros. Não foram apenas os fatores macro-econômicos que impulsionaram o gasto com a FS. Há uma série de outros fatores, no âmbito inteno ao próprio setor saúde que, como veremos mais à diante, passaram a exigir um maior comprometimento de recursos do Tesouro do Estado. Embora em 1987 o ICM e a despesa como um todo tenham caído em relação ao ano anterior (face ao Plano Cruzado), se comparados a 85, a despesa cresceu 37%, o ICM 14% e a FS 87%. Em 1989, sob o impacto da reforma tributária, a despesa total cresceu 21%, o ICM 15% e a FS 29% em relação a 1988.

A dimensão do crescimento da função saúde ganha mais significado quando se compara suas taxas de participação na despesa total do Estado, segundo a distribuição entre Administração Direta e Indireta.

Até 1986 a FS mantinha uma participação média de 5.3% sobre a despesa total do Estado, sendo que a Administração direta ficava em média com 3.4% e os 1.9 restantes ficavam para os órgãos da Administração Indireta e outros.

A partir de 1987 a FS muda de patamar, subindo para 7.7 em 1987, 12.7% em 1989 e 12% em 1990 como porcentagem do gasto total. Esse crescimento é totalmente direcionado para a Administração Direta, que atinge 10.8% em 1989, enquanto a Administração Indireta permanece com os mesmos 1.9%.

São três os fatores que justificam esse movimento ascendente: o aporte de recursos transferidos pelas Ações Integradas de Saúde-AIS, mais visíveis à partir de 1985, o impacto do Programa Metropolitano de Saúde-PMS- que além de reforçar os gastos de investimentos no período 1985-86 estimula uma pressão financeira nos gastos de custeio à partir de 1989 e o convênio para a implantação do SUDS com o Governo Federal, que estadualizou os recursos do INAMPS, por meio de repasses diretos à SES.

Justifica-se, dessa forma, o maior aporte para a Administração Direta, pois esses programas visavam oferecer atendimento médico nos Centros de Saúde e Hospitais da rede, privilegiando a atenção primária, em detrimento dos grandes hospitais da Administração Indireta.

Estudos realizados pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas-NEPP/UNICAMP, revelam que o aumento de gastos com a função saúde neste período decorreu tanto da expansão dos recursos do Tesouro do Estado como do aumento das transferências dos recursos do INAMPS, via FUNDES para a SES.

Com o advento do SUDS o governo federal transferia ao Estado junto com os recursos todos os encargos de pagamento dos serviços realizados, inclusive por prestadores contratados e conveniados, ficando o gerenciamento a cargo da SES. Conseqüentemente, essa medida elevou a participação da SES no orçamento do Estado.

Mas é também verdade que a implementação do SUDS implicou numa forte tendência à expansão dos níveis de custeio do sistema. Isso porque a universalização da cobertura provocou a ampliação dos serviços. Em 1989, o FUNDES exigia uma contrapartida do Tesouro da ordem de 50% do total de recursos alocados. Apesar desse alto nível de participação dos recursos do Tesouro do Estado, no financiamento do SUS, nesse período, o montante de recursos transferidos pela esfera federal cobria praticamente 75% do total do gasto.

A partir de 1991, à despeito da rescentralização promovida pelo Governo Collor, a Função Saúde (FS) manteve sua participação no total do gasto estadual (12.4%). Em 1992 é ocorre a retração (10.5%), que se acentua (8.9%) em 1993 (Tabela 57). Se considerarmos que, nesses recursos, estão incluídas as transferências federais, tem-se que o gasto estadual com saúde está bem abaixo dos 10% recomendados pelo Ministério da Saúde, como compromisso com o setor.

Em termos de valores absolutos, o gasto estadual no setor saúde caiu 46.4% entre 1990/91. Em 1993 representava 61.2% do gasto estadual com saúde em 1990. Para 1994 estima-se uma nova queda, ficando 44.2% inferior ao gasto de 1990<sup>192</sup> (Tabela 58)

Em relação às transferências federais sofrem forte contração à partir de 1991, em função das alterações promovidas pelo Governo Collor, que estabeleceram o repasse direto do MS aos prestadores.

Os recursos do FUNDES em 1991 caíram 83% em relação a 1990, chegando a representar em 1992 apenas 8.9% do que representava em 1990, e em 1993, 12.9% (Tabela 59). Isto porque, os recursos do FUNDES passaram a ser basicamente aqueles oriundos do faturamento de hospitais (AIHs) e de serviços ambulatoriais (UCAs) da rede pública estadual. Tais recursos, segundo informações da Coordenadoria de Planejamento, Orçamento e Gestão da SES, representam cerca de 10% do Orçamento anual da SES e são utilizados na aquisição de medicamentos de caráter excepcional, manutenção de Hospitais Estadualizados, e dos núcleos de gestão assistencial, bem como em repasses de recursos financeiros a municípios e entidades filantrópicas.

Em relação à distribuição das transferências estaduais entre os participantes do SUS no Estado, em 1993 observou-se que, em relação ao custeio, foram dirigidas, em sua maior parte, para as entidades filantrópicas (61.5%) e, o restante para os municípios. Em termos de investimentos os municípios receberam 66% do total dispendido nesse ano<sup>48</sup>

No que se refere às transferências federais relativas a gastos ambulatoriais no período 1988-93, efetuadas diretamente aos prestadores, no Estado de São Paulo, observa-se uma redução de cerca de 300 milhões de dólares (27%), apresentando ligeira recuperação em 1993.<sup>48</sup>

Aliada à redução de recursos para cobertura das despesas ambulatoriais, cumpre salientar que, a defasagem entre o período de apresentação da fatura e o pagamento efetivo, teve uma variação de 45 a 60 dias, por parte do Ministério da Saúde, o que levou a uma forte desvalorização dos recursos<sup>193</sup>, e a uma conseqüente pressão por parte dos serviços conveniados, de recursos do Tesouro do Estado para complementação do custeio.

Em relação às transferências federais relativas às despesas hospitalares realizadas no Estado de São Paulo, estas cresceram cerca de 17.6% entre 1991 e 1993<sup>48</sup>. Isso se explica devido ao fato de haver apenas teto em relação ao número de AIHs, mas não em relação ao volume de recursos financeiros transferidos. Cabe ressaltar que a assistência hospitalar encontra-se na quase total dependência de recursos federais e que apenas 9% da assistência hospitalar encontra-se na mão do setor público no Estado de São Paulo.

<sup>192</sup> Fonte: Balanços do Estado e dotação orçamentária inicial de 1994. Elaboração: Plano Estadual de Saúde/SES-1994

<sup>193</sup> Segundo a SMS de Valinhos os repasses diretos via MS melhoraram o sistema de pagamento, uma vez que a fatura vem sendo paga dentro do mês. Metade da fatura do mês anterior é depositada alguns dias antes da entrega da fatura mensal, como forma de fazer face às despesas correntes no próprio mês. O problema maior passou a ser a defasagem dos valores da tabela. Para se ter uma idéia, somente entre maio e julho de 1994, incluindo a virada do Plano Real, Valinhos estima que houve uma perda de 100% pela não correção da tabela.

### 4.3.3. O crescimento dos gastos municipais líquidos com saúde na RMC

Estudos sobre a evolução dos gastos municipais com saúde no período recente são raros. Um esforço nesse sentido foi realizado pela área social do IESP/FUNDAP<sup>194</sup>, cujos resultados referem-se ao conjunto dos gastos municipais com saúde no país e, evidenciando algumas características observadas no decorrer da década de 80<sup>195</sup>.

O ritmo de crescimento dos gastos líquidos municipais com saúde, em termos absolutos, foi muito mais intenso do que o verificado com os gastos estaduais. Em termos de participação no PIB a dos municípios cresce o dobro na década, passando de 0,17% para 0,38%, enquanto que a dos Estados passou de 0,42 para apenas 0,49%. O movimento de retirada dos recursos próprios, em função do aumento das transferências federais, foi muito mais suave nos municípios que nos estados. Este estudo, entretanto, computou apenas as transferências federais, deixando de lado as estaduais.

Tais características, entretanto, são bastante gerais, não dando conta de apreender as profundas diferenças existentes entre as regiões brasileiras e entre os próprios municípios de uma região, em função de seu tamanho, sua base econômica, a evolução de suas receitas, etc. Além disso, os dados que dão suporte à este esforço analítico referem-se basicamente ao período anterior às mudanças constitucionais, não dando conta das transformações que vêm ocorrendo no período recente (1990-93), no plano do financiamento, no que se refere à participação das instâncias municipais.

No Estado de São Paulo, pesquisa do NEPP/UNICAMP<sup>196</sup> registrou tendência ao crescimento relativo dos recursos orçamentários municipais na área da saúde, com destaque para os municípios grandes e médios, cuja participação variava de 10 a 20% do total do orçamento.

Resultados preliminares de um estudo realizado pelo CEPAM<sup>197</sup> reafirma essa tendência de crescimento acentuado dos gastos municipais próprios com saúde, que teriam crescido, em termos reais, 150% no período 1987/92.

A análise que empreenderemos a seguir teve por objetivo evidenciar as diferentes taxas de crescimento dos gastos municipais, no contexto de uma situação metropolitana, através de um estudo do caso da região de Campinas evidenciar o equívoco daqueles que acreditam que a descentralização de recursos para as esferas municipais teria ocorrido sem a descentralização dos encargos correspondentes. E, também, de forma a mostrar as diferenças no ritmo de crescimento dos gastos entre os vários municípios que integram a RMC.

Trata-se de um esforço para apreender a mudança nos patamares de gastos municipais, ocorridas com o processo de municipalização, através da comparação dos valores de 1985 e 1990 e a evolução desses gastos no período recente (1990-1993), no qual, como vimos há uma violenta retração do gasto federal e do Estado de São Paulo.

<sup>194</sup> Este estudo foi realizado através de levantamentos do Departamento de Contas Nacionais do IBGE e pelas estatísticas da Divisão de Estados e municípios (DIVEM) do Departamento do Tesouro Nacional do Ministério da Economia.

<sup>195</sup> "O financiamento da Saúde no Brasil" Médici A.C. op cit. pg 20

<sup>196</sup> "Educação, Saúde e Atenção ao Menor: uma avaliação do serviço público no Estado de São Paulo" Relatório Final, NEPP/UNICAMP dezembro de 1991

<sup>197</sup> "Gastos Sociais em municípios de São Paulo" mimeo-dados preliminares-CEPAM-SP

Este estudo foi realizado com base nos Balanços Municipais<sup>198</sup> dos 18 municípios que compõem a região, buscando identificar os gastos municipais líquidos com saúde, através da dedução das transferências federais e estaduais, dos gastos brutos com os Programas de Saúde<sup>199</sup>. Alguns dos resultados obtidos através da análise desses dados são resumidos à seguir, revelando importantes tendências em relação à participação dos gastos orçamentários municipais no total dos gastos com saúde.

A análise da evolução dos gastos por programas municipais revela, à primeira vista, que no período recente (1990-1993) cresce a participação relativa dos gastos com saúde na região de Campinas (de 13% para 17%), tendo crescido, em termos absolutos 8% na média do período.

No entanto, é necessário avaliar o comportamento dos Gastos Municipais Líquidos com Saúde (GMLS), que representam os gastos brutos menos as transferências estaduais e federais.

- no período 1985-90 houve um crescimento dos GMLS de um patamar de US\$ 8 para US\$ 39 milhões, ou seja, cerca de 374% em cinco anos<sup>200</sup>. Nesse período, observa-se ao lado de um elevado nível de transferências federais e estaduais para a saúde um significativo crescimento do GMLS, porém a taxas inferiores (30% a.a) que a das transferências (47% a.a.). A partir de 1990, concomitantemente à forte contração dos gastos federais e estaduais, o GMLS continua crescendo até 1993, num ritmo ainda bem intenso, atingindo a casa dos US\$ 64 milhões (64% maior que o GMLS de 1990, que já se encontrava num nível bastante elevado). A taxa de crescimento do GMLS entre 1985 e 1993 foi de 675%. (Tabelas 60 e 61)
- em relação à participação relativa das transferências (federais e estaduais), a análise do conjunto dos gastos orçamentários municipais evidencia um aumento da sua participação no total do gasto municipal com saúde no período 1985-90 (de 13% para 25%). No período recente, entretanto, apesar de terem apresentado um pequeno crescimento em termos de valores absolutos (3% na média entre 1990-93), as transferências perderam participação relativa (de 25% em 1990 para 18,8% em 1993) (Tabela 62). Isso se deveu ao crescimento dos recursos próprios municipais (28% na média do período). Conclui-se, portanto, que no período AIS/SUDS/SUS (1985-90) as transferências tiveram maior peso relativo nas despesas municipais com a saúde, que no período posterior.
- a importância das transferências é diferenciada para cada município, em cada período estudado: em 1985, dentre os municípios para os quais há dados disponíveis, só eram significativas praticamente para Campinas (27,6% do gasto com saúde). Em 1990, as transferências representam entre 13% e 30% do total de gasto em saúde para 6 municípios e entre 30% e 50% para outros 4 municípios (Campinas, Monte-Mor, Nova Odessa e Santa Bárbara D'Oeste), sendo que para outros dois representaram mais de 50%: Americana (60%) e Valinhos (74,5%). Em 1993, como vimos, as transferências passam a ter menor importância (menos de 10% do total de gasto com saúde) para os municípios maiores/ou mais ricos, como Campinas, Americana e Paulínia<sup>201</sup>. Entretanto, excedem os 30% do total do gasto em saúde

<sup>198</sup> Os dados analisados foram extraídos dos anexos 7, dos Balanços Municipais, referentes aos anos de 1985, 1990, 1991, 1992 e 1993

<sup>199</sup> Utilizou-se aqui o conceito de "Programa" segundo as classificações orçamentárias contidas na Lei n. 4320/64, que define o "Programa de Saúde" como o conjunto de ações desenvolvidas no sentido de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

<sup>200</sup> É necessário considerar, entretanto, que esses valores encontram-se subestimados para o ano de 1985, uma vez que não foi possível obter os Balanços Municipais dos municípios de Paulínia e Pedreira relativos a este ano.

em alguns municípios: Jaguariúna (87.7%), Valinhos (36.7%), Monte-Mor (33.4%) e Santo Antonio da Posse (31.9%).(Tabela 62)

- se observarmos as transferências para os municípios, do ponto de vista de sua origem, por esfera de Governo, para o que dispomos apenas dos dados referentes ao ano de 1992, temos que as transferências federais relativas ao custeio do SUS, representaram 10.9% das despesas realizadas nos Programas de Saúde, somadas a outras transferências federais (2.35), totalizam 13.3%. As transferências estaduais representaram apenas 2.1% do total dos gastos municipais. Ou seja, os municípios da região, em 1992, arcaram, em média, com 84.5% do custeio do SUS municipal.(Tabela 63)
- observa-se também, em 1992, uma concentração das transferências estaduais em poucos municípios da região: Campinas (45.4%), Valinhos (32.9%) e Pedreira (11.9%), que juntos, concentraram mais de 90% das transferências estaduais. (Tabela 62)
- em relação à evolução dos gastos municipais líquidos per capita, a região gastava em 1985, US\$ 5.7 por hab/ano, passando a US\$ 22.7 (1990) e a US\$ 41,6 em 1992, caindo um pouco no ano seguinte 33.4 (1993). No mesmo período as transferências para os municípios subiram de US\$ 0.9 hab/ano para US\$ 7.6 (1990), chegando a US\$ 13,7 em 1991, mas decaindo à partir de então (US\$7.7 em 1993).(Tabela 64)
- o gasto municipal total per capita atingiu cerca de US\$ 53 em 1991, caindo para US\$ 41 em 1993. Guardando-se algumas ressalvas<sup>202</sup>, podemos afirmar que os valores dos gastos municipais brutos per capita na região de Campinas equivaleram em 1991, aos gastos federais per-capita, ultrapassando-os em 1992. Em termos líquidos teriam se aproximado bastante em 1992. A análise da evolução do gasto per-capita federal sugere uma forte elevação no período 1987-89, seguida de queda dramática (quase a metade) entre 1989 e 92, quando passam de US\$80,4 para US\$44,1. A evolução dos GMLS ao contrário, revelou um movimento ascendente. Em 1985 eram de US\$ 5,7, passando a US\$ 22,7 (1990) e quase dobrando em 1992 (US\$ 41,6).
- se observarmos a evolução do GMLS per capita veremos que cresceram muito menos que as transferências no período 1985-90 (285% contra 731%), mas, no período recente (1990-93) deu-se o contrário (cresceram 50% contra 22% das transferências).(Tabela 65)
- a participação dos gastos municipais líquidos, em relação ao total da despesa municipal na região evoluiu através de um crescimento contínuo: 2.96% (1985); 7.91% (1990); 8.33 (1991); 9.11 (1992) e 12.25% (1993). Evidencia-se desta forma, que a evolução dos gastos municipais líquidos se deu num ritmo bem mais acelerado que o total dos gastos municipais. Em outras palavras, houve um comprometimento crescente das receitas municipais com o setor saúde.(Tabela 66)
- em termos de valores absolutos, os gastos municipais líquidos com saúde de 6 municípios perfizeram em 1993 cerca de 86.5% do total de gastos municipais na região: Campinas, Paulínia, Americana, Sumaré, Indaiatuba e Holambra.

<sup>201</sup> Em relação à Paulínia não se tem idéia do valor total das transferências, uma vez que parte delas eram absorvidas pelo HC/Unicamp, que gerenciava seu sistema de saúde.

<sup>202</sup> Os valores utilizados para o gasto federal per capita estão em dólares médios de 1992 e os dos gastos municipais, em valores médios de 1993

- em relação à receita<sup>203</sup> da região, os GMLS se mostraram mais elevados que em relação às despesas, principalmente em 1990 e 1993. Enquanto em 1990, os GMLS representavam 7.9% da despesa e 10.1% da receita. Em 1993, representaram 11.5% da despesa e 15.2% da receita, o que revela déficits importantes nas finanças municipais. (Tabelas 66 e 68)

A participação dos GMLS no total das receitas, que já havia atingido um patamar de 10% da receita no período do SUDs, sobe ainda mais no período recente. Tal fato confirma a hipótese de que os municípios foram e têm sido na atualidade (na região em estudo) a única instância a cumprir efetivamente as recomendações do MS, no sentido de que cada nível de Governo comprometesse cerca de 10% de suas receitas com a saúde. (Tabela 67)

Entretanto, há diferenças bem acentuadas nos níveis do GMLS em relação às receitas municipais, entre os municípios da região, no decorrer do período estudado. Em 1985, nenhum município chegava ao patamar de 10% do total da receita<sup>204</sup>. Alguns municípios pequenos foram os que comprometeram maiores percentuais de suas receitas com a saúde: Jaguariúna, Nova Odessa e Artur Nogueira. Em 1990, a situação já se alterara bastante. Mas, apesar das exigências de contrapartida municipal do SUDs, apenas 6 municípios ultrapassavam 10% das receitas municipais gastas com saúde: Jaguariúna, Artur Nogueira, Indaiatuba, Paulínia, Pedreira e Campinas. Havia, entretanto, municípios investindo percentuais entre 5 e 10%, como era o caso de: Cosmópolis, Vinhedo, Valinhos e Santo Antonio da Posse. Em 1993, a situação era bem diferente. mais da metade dos municípios da região investiram mais de 10% do total das receitas, sendo que 5 municípios investiram acima de 15%: Holambra, Engenheiro Coelho, Artur Nogueira, Campinas e Jaguariúna. Os demais, investiram percentuais entre 5% e 10% (Tabela 68)

Ainda no tocante à relação dos GMLS com as receitas municipais, chama a atenção o caso do município-sede-Campinas, que em 1993 passa a consumir cerca de 21% da receita Municipal com saúde. O GMLS, por sua vez, representava 15.4% do total das despesas, evidenciando, desta forma, o aumento do déficit municipal. Também chama a atenção a situação dos municípios novos: Engenheiro Coelho (22.4%) e Holambra (20.5%), que em 1993 consumiram um alto percentual de suas receitas, provavelmente na estruturação de suas redes básicas de saúde. (Tabela 67)

- outra correlação importante destacada na Tabela 51 é que à despeito do intenso crescimento das receitas tributárias próprias à partir de 1990, o GMLS mantém um alto percentual de participação nas mesmas, que gira em torno de 46% (média do período 1990-92). Ou seja o GMLS passa a consumir à partir de 1990 quase a metade das receitas tributárias próprias dos municípios da região de Campinas, num contexto de acelerado crescimento das mesmas.

- em relação aos gastos por categoria econômica, os dados disponíveis dizem respeito aos gastos municipais brutos, (incluindo as transferências estaduais e federais). Através da sua análise observamos que os gastos com investimentos passam de um patamar de 6.1% em 1985<sup>205</sup> para 15.26% em 1990, evidenciando que o maior afluxo de transferências no período AIS/ SUDs /SUS teve um impacto positivo do ponto de vista dos investimentos. Em 1993, embora haja um crescimento dos valores absolutos no que se refere aos investimentos, há uma retração da

<sup>203</sup> Consideramos para fins desta análise, como valores da receita, a receita total menos as transferências SUDs/SUS.

<sup>204</sup> Em 1985 não há dados disponíveis para os municípios de Paulínia e Pedreira.

<sup>205</sup> Não foram considerados os dados relativos aos municípios de Paulínia e Pedreira, em função de não encontrarem-se disponíveis os Balanços Municipais referentes a 1985.

sua participação relativa (10.9%), em função do crescimento acentuado dos gastos de custeio (Tabela 69)

Estas taxas de investimentos regionais escondem, entretanto, realidades bastante heterogêneas do ponto de vista da realização de investimentos por parte dos municípios. Em 1985, dos 13 municípios para os quais há dados disponíveis, quatro conseguiram investir mais que 10% do total de gasto com saúde: Jaguariúna (24.2%), Nova Odessa (39.6%), Santa Bárbara D'Oeste (13.4%) e Sumaré (13%). Em 1990, a situação era bem diferente, com a metade (9) dos municípios da região investindo mais de 10%, destacando-se Jaguariúna (51.9%), Artur Nogueira (49.3%) e Santa Bárbara D'Oeste (43.8%). Em 1993 com a retração generalizada dos investimentos na região, somente Jaguariúna (86.1%) e Pedreira (17.6%), que estão realizando obras com financiamento estadual e os novos (e ricos) municípios: Holambra (30%) e Hortolândia (12.2%) apresentaram níveis de investimentos superiores a 10% do total de gasto com saúde.

#### 4.3.4. O crescimento dos gastos municipais líquidos com saúde no Município-sede Campinas

Com a municipalização em 1988, os gastos municipais com saúde, em Campinas, saltam de um patamar de US\$ 6.5 para US\$ 20 milhões, passando a crescer de forma constante à partir de então até atingir, em 1994, a casa dos US\$ 46.2, ou seja, mais que o dobro do que foi gasto no período da municipalização. (Tabela 71/Gráfico 33).

Em termos de participação relativa ao total de despesas municipais, a saúde consumia em 1985 menos do que 5% do total de gastos municipais, subindo à partir de 1989 para um patamar de 15%, atingindo hoje cerca de 18% do total das despesas municipais (1993 e 1994) (Tabela 73/Gráfico 39)).

A participação dos gastos do Hospital Mário Gatti no total de gastos da PMC vinha mantendo uma certa constância entre 1989-92. Em 1993, entretanto, observa-se uma drástica redução, tanto do volume absoluto de recursos, como na sua participação relativa no total de gastos da PMC (Tabela 73/Gráfico 39).

A ascensão das despesas municipais não é acompanhada pela das transferências SUDS/SUS, que somente em 1987 e em 1991 aumentam significativamente (Tabela 71). Em termos relativos, os recursos das transferências SUDS/SUS para custeio, mantiveram-se em torno de 24-30% do gasto total (1985-87). Após a municipalização (1988-91) caíram para um patamar mais baixo, oscilando entre 12 e 21%. A partir de 1992, entretanto, foram reduzidas drasticamente para 7% e 5% em 1992 e 1993, respectivamente. Conclui-se, portanto, que as transferências para o custeio do SUS municipal caíram bastante após a municipalização, particularmente no período recente, quando passaram de cerca de 21% em 1991 para 5% em 1993. Os investimentos, oriundos de transferências foram esporádicos, sendo mais significativos em 1987 e 1991. (Tabela 71/Gráfico 34)

Em relação aos itens de despesa da SMS, observamos que, com a municipalização, os gastos com pessoal saltam de um patamar de US\$ 5.2 (1988) para US\$ 11.4 milhões (1989). Continuam crescendo à partir de então, até atingirem US\$ 18.4 milhões (1992) e saltarem para o patamar de US\$ 30.3 milhões (1993) e US\$ 33.4 em 1994 (representando 82.3% e 72.2 respectivamente, do total das despesas com saúde da PMC ((Tabela 72/Gráfico 35).

Outro importante item de despesa, que vem ganhando importância crescente nos últimos anos é o de gastos com consumo. Com a municipalização, saltaram de um patamar de US\$ 639 mil (1988) para US\$ 3 milhões (1989). Apesar de reduzidos entre 91 e 92, em 1993, com a nova

administração (PSDB) atingem quase US\$ 4 milhões, praticamente dobrando em 1994 (US\$ 7.8 milhões, com previsão de atingirem US\$ 9.8 milhões (1995). (Tabela 72/Gráfico 36)

Cabe ressaltar que o item mais importante dos gastos com consumo é o de medicamentos e que, a SMS tentou, sem sucesso, colocar em discussão na Conferência Municipal de Saúde, realizada em dezembro de 1994. Tal fato, por um lado, revela a profundidade que o processo de democratização da gestão do SUS atingiu no município, evidenciando os limites de atuação da PMC na redefinição de sua política de saúde, mas, por outro, revela também um estreitamento do raio de ação técnico. Isso porque as diretrizes da política passam a responder antes ao resultado dos embates entre interesses políticos locais. O crescente consumo de medicamentos e de consultas e exames auxiliares vêm se tornando, dessa forma, uma importante característica da política municipal.

Em contraposição a esse aumento dos gastos com pessoal e consumo, os gastos de investimentos em equipamentos e material permanente que, com a municipalização, saltaram de cerca de US\$ 182 mil para 1.8 milhões de dólares (1989). Mas são reduzidos drasticamente já em 1990 (US\$ 580 mil) e assim sucessivamente, até atingir em 1993 uma quantia irrisória (US\$ 37.324), inferior à própria taxa de depreciação dos equipamentos existentes. Em 1994 houve uma recuperação do patamar de 1990, prevendo-se para 1995, um gasto da ordem de US\$ 25.3 milhões referentes, basicamente, ao empréstimo para financiamento do equipamento da ampliação do Hospital Mário Gatti (Tabela 72/Gráfico 37).

Em relação aos investimentos em obras, saltaram de US\$ 113 mil (1988) para US\$ 2.7 milhões (1989). Com excessão do ano de 1990, continuaram crescendo até atingir em 1992 o patamar de US\$ 7.2 milhões. A atual administração (PSDB) praticamente zerou os gastos com obras em 1993, gastando muito pouco também em 1994 (US\$ 468 mil). (Tabela 72/ Gráfico 38)

A análise dos dados acima referentes às despesas de saúde do município de Campinas revela que a municipalização quase triplicou as despesas com a saúde. De lá para cá, essas continuaram crescendo, dobrando em relação ao patamar anterior.

Isso naturalmente, propiciou um aumento em todos os itens de despesa. No entanto, há diferenças marcantes entre as duas administrações no tocante às suas prioridades. Há também diferenças acentuadas no perfil de gastos nas duas fases da administração Jacó Bittar, marcadas pelo seu rompimento com o PT. Em 1991, quando isso aconteceu, a administração municipal parece optar pela elevação dos gastos com investimentos, particularmente com obras, em detrimento das despesas com pessoal (1991) e consumo (1991 e 1992). Em 1993, com a ascensão do PSDB ao executivo municipal, alterou-se novamente a conformação dos gastos, com um aprofundamento dos gastos de custeio, que cresceram intensamente em 1993 e 1994, em detrimento total de gastos com investimentos (obras e equipamentos).

Trata-se, como podemos observar através desses números, de uma mudança radical na política municipal, permeada pelo processo eleitoral, mas também pelos avanços no processo de democratização dos mecanismos decisórios. Com isso há uma clara priorização do custeio da assistência à saúde, em detrimento dos investimentos na expansão da capacidade instalada no período recente.

É interessante observar que a expansão do gasto com saúde nos anos de 1992 e 1993 se dá num contexto de um enorme déficit. Ou seja, a administração do PSDB em Campinas herdou um déficit da ordem de 65.2 milhões de dólares (36% das receitas municipais), relativo ao ano de 1992 (ano eleitoral) que, embora decrescente, permaneceu alto em 1993 (57.9 milhões), sendo reduzido significativamente em 1994 ( US\$ 23.6).

#### 4.3.5. A Mudança na Composição dos Recursos Gastos Com Saúde Entre as Três Esferas de Governo na Região de Campinas<sup>206</sup>

Segundo a contabilidade nacional, o Governo que gastou mais com saúde nos anos 80, tanto em termos absolutos, como em termos relativos à suas receitas/despesas foi o governo federal<sup>207</sup>.

No entanto, a participação da União na composição dos recursos que financiam o setor saúde, embora tenha se ampliada no período 1987-89, decresceu à partir daí, em função dos cortes sofridos nos Governos Collor e Itamar. A participação relativa dos gastos federais caiu de 82.9% em 1988 para 72.7% em 1990, enquanto a dos municípios, no mesmo período subiu de 8.5% para 11.9%.

Em termos de governo estadual, como vimos, ao contrário da tendência apresentada pelos demais estados, São Paulo aumentou o percentual de gasto com a função saúde, pulando de um patamar de 7.8% do total de gastos em 1987 para 11 a 12.8% no período 1989/90. A partir daí sua participação também retrocedeu gradativamente, até chegar em 1993 aos 7.1%, inferior ao nível de 1987.

Apesar da incontestável relevância dos governos estaduais e, particularmente, do governo federal, no financiamento e na definição dos rumos da saúde pública brasileira, podemos afirmar que face à situação de crise vivida pelo sistema público de saúde nos anos recentes (1990-93), uma nova realidade vem surgindo nas regiões mais ricas do país, na qual o papel dos municípios deixa de ser o de um mero coadjuvante, para ganhar cada vez maior importância no financiamento e, portanto, na definição dos rumos da política de saúde. Isso vem ocorrendo mais como uma resposta municipal à crise do que a um avanço planejado no processo de descentralização. Na verdade, esse período é marcado, como vimos, por um forte retrocesso nesse processo, do ponto de vista da colocação em prática dos preceitos constitucionais. Esse retrocesso, engendrado por forças políticas retrógradas, que deram sustentação ao Governo Collor, buscavam reverter os avanços constitucionais em termos de conquistas de benefícios sociais.

Face à turbulência enfrentada pelos municípios nesse período, no qual a municipalização do SUS é seguida da retração e falta de garantias do financiamento pelas demais instâncias de Governo, observa-se a <sup>gestão</sup> de um quadro de crise generalizada no sistema público de saúde.

Na prática, a crise do SUS, levou ao estabelecimento de um sistema dual, onde trinta milhões de usuários pagam direta ou indiretamente pela atenção à saúde, enquanto mais de cem milhões de pessoas recebem uma atenção à saúde bastante precária, que tem permitido o retorno de problemas sanitários básicos, que a saúde pública já poderia ter erradicado, como a cólera, dengue, leishmaniose, hanseníase, etc<sup>208</sup>.

Embora essa pareça ser a situação generalizada no país, em termos de saúde pública, há importantes diferenciações no universo dos municípios brasileiros. Nosso estudo de caso, como já salientamos, trata de uma região peculiar, não característica da imensa maioria dos municípios brasileiros. Na maioria desses municípios, que também guardam entre si grande heterogeneidade,

<sup>206</sup> Considerou-se aqui como região de Campinas, apenas os doze municípios do ERSA-27, devido à não disponibilidade destes dados para os demais municípios.

<sup>207</sup> Há que se considerar a magnitude das receitas federais, que são superiores em quase 30% à soma das receitas das demais esferas.

<sup>208</sup> Mozart de Oliveira

observa-se um enorme esforço, no sentido de melhorar o sistema público de saúde. Esse esforço, que pode ser expresso em termos quantitativos, através do crescente comprometimento financeiro deles e do aumento e diversificação dos serviços oferecidos, nem sempre é coroado pela eficácia dos resultados.

Mas é inegável o crescimento dos gastos municipais no período recente na região de Campinas, o que contraria as estimativas baseadas nas contas nacionais, de declínio dos gastos (absoluto e relativo) nos últimos anos da década. Esses gastos continuaram crescendo no período recente (1990-93), após o retrocesso dos gastos nas esferas federal e estadual. Isso alterou muito o mix de composição de recursos entre as esferas de Governo na região.

Se observarmos o custeio global do SUS no ERSA-27/Campinas em 1992<sup>209</sup> (Tabela 70), vemos que o governo federal gastou cerca de US\$ 132.2 milhões (44.8%), o governo estadual US\$ 82.8 milhões (28%) e os municípios US\$ 80.1 milhões (27.2%).(Tabela 70).

Mas se observarmos apenas os gastos nos municípios do ERSA (excluindo-se Campinas e os dois hospitais universitários), a participação municipal sobe para 31.6%, ou seja ela passa a ser maior que a participação estadual (25%) (Gráfico 32). Se observarmos apenas o Município-sede (excluindo-se os hospitais universitários), a participação municipal chega a quase a metade (48.8%) do total (gráfico 31). Isso significa que, enquanto em média nas contas nacionais as esferas locais estavam respondendo por cerca de 12% do total do gasto com saúde<sup>210</sup>, na região de Campinas os municípios respondiam por quase três vezes mais.

Se observarmos o total do gasto do SUS na região de Campinas, a PMC ficou com cerca de 29% do total de recursos, a Unicamp com 34.8%, a Pucc com 4.8% e os demais municípios do ERSA-27, com 32% do total. Ou seja, o Hospital da Unicamp consumiu mais recursos que o município de Campinas, ou que o conjunto dos municípios do ERSA-27 (excluído Campinas). Dos recursos consumidos pelo HC/Unicamp em 1992, 62.8% eram oriundos do governo do estado e o restante da União. Do total de recursos do Estado destinados ao ERSA-27, o HC consumiu 88%.(Tabela 70)

Em relação ao custeio do SUS municipal de Campinas, os dados de 1992, corroborados pelos de 1993 evidenciam que o orçamento municipal responde por quase a metade dos recursos gastos, sendo o restante 1.6% do governo estadual e 49.6% do federal. Uma outra parcela dos recursos federais, entretanto, foi paga diretamente (sem passar pelo SUS municipal) pelo MS para: Universidades e Mário Gatti (41%), Prefeitura (40%) e setor privado (19%).

<sup>209</sup> Fonte: ERSA-27

<sup>210</sup> Médici, André C.-op cit pg 30

**V A AUSÊNCIA DE REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA REGIÃO I  
CAMPINAS**

## **5.1 INTRODUÇÃO**

**5.2 - Diagnóstico dos principais problemas relativos à falta de organização regional do Sistema Único de Saúde na Região de Campinas**

**5.3 Principais fluxos intermunicipais na área da saúde**

**5.4 O esvaziamento do Projeto de regionalização da SES e dos ERSAs Regionais**

**5.5 Autonomização municipal x Regionalização da assistência à saúde**

**5.6 Principais conflitos e limites da atuação municipal na resolução de problemas de âmbito regional**

## 5.1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste capítulo é o de tecer algumas considerações sobre a relevância do processo de regionalização no âmbito da saúde, como parte de um processo mais amplo de regionalização do próprio estado, que vem sendo debatido no âmbito do governo, da sociedade e do Legislativo. A urgência desse processo de institucionalização da regionalização é evidenciada através da intensidade dos fluxos intermunicipais, que, no campo da saúde, são aqui discutidos a partir dos fluxos de internações hospitalares. Discute-se a falência do Projeto de Regionalização do estado e suas graves consequências para a região. Dentre elas, destaca-se a concentração dos recursos nos Hospitais Universitários, particularmente o HC/Unicamp e o desenvolvimento de um modelo Municipalista de assistência à saúde no período 1990-1993.

O desenvolvimento desse modelo de assistência "municipalista" coloca em cheque o SUS, à medida que o processo de municipalização avança sem observar qualquer lógica de regionalização. Esse processo de municipalização, para ser revertido, necessita de uma vigorosa investida do governo estadual, no sentido de efetivamente implantar a regionalização do SUS, criando mecanismos como as Câmaras de Compensação e outros, que possibilitem aos municípios melhor estruturados em termos de rede serem ressarcidos pelo desempenho do papel de polo regional. O desenvolvimento desse modelo "municipalista" de assistência, no contexto da municipalização, deveu-se a uma série de fatores, dentre os quais destacamos:

a retração dos recursos federais e estaduais para o financiamento da saúde

a instituição das NOBs /SUS /91 e 92, que acirraram a competição entre os municípios, ao estabelecerem uma relação direta entre governo federal e municípios, enquanto prestadores de serviços e criaram uma série de fatores de estímulo ao desenvolvimento das redes Municipais. Esses fatores de estímulos, entretanto, não significavam recursos novos, mas a repartição dos mesmos recursos em mais fatias, que passaram a ser disputadas pelos municípios entre si

a falência do Projeto de Regionalização do Estado de São Paulo, de suma importância para o avanço e racionalização do SUS na região. A regionalização permitiria ao estado racionalizar o uso dos recursos existentes, bem como planejar de forma integrada e regionalizada a rede de saúde, possibilitando grandes ganhos, com a alocação de poucos recursos

as dificuldades de organização autônoma dos municípios da região, no sentido de estabelecerem parcerias, através de contratos, convênios ou outras formas associativas, que viabilizassem formas de atuação concertadas e mecanismos financeiros compensatórios entre exportadores e receptores de fluxos de demanda intermunicipal, particularmente no campo das internações hospitalares e nos SADT

os obstáculos de ordem político-partidária, que dificultam o entedimento entre municípios com fortes inter-relações sócio-econômicas e interdependência no campo dos serviços sociais e urbanos prestados à população

a inexistência de instâncias regionais, nas quais as prioridades definidas através de um processo de planejamento ascendente e integrado, entre os diversos setores e instituições envolvidas, possam ser debatidas e deliberadas, de forma a dar transparência às decisões Governamentais, romper com uma forma de atuação clientelista e com a privatização dos interesses no interior do estado,

que vem marcando a atuação dos Governos Federal e do Estado de São Paulo nas gestões mais recentes

o fortalecimento financeiro dos municípios na década de 80, particularmente após a Reforma Tributária de 1988.

Um dos aspectos centrais da discussão deste capítulo é a perda de função da SES na implantação do SUS, deixando de cumprir o seu papel no financiamento do sistema, na assistência técnica, na capacitação de pessoal e na implantação da regionalização, que tem caracterizado a SES no período recente (após a implantação do SUS). Assistiu-se a um verdadeiro "desmanche" das estruturas regionais da SES, que foi acompanhado de uma total "recentralização" das decisões, que muitas vezes passavam ao largo até mesmo do titular da pasta da saúde. A arena decisória na gestão Fleury pareceu restringir-se ao Gabinete do Governador, num claro desrespeito às estruturas colegiadas de gestão e aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde.

Esse processo de "recentralização" a nível estadual, foi acompanhado, no plano federal, pelo movimento de "recentralização" promovido pelas normatizações do MS /INAMPS. Na região de Campinas, ora em estudo, esse período foi marcado pelo desencadeamento, no âmbito dos municípios mais bem aparelhados, de um processo de "autonomização relativa", que, se levado às últimas consequências, promoveria a negação do próprio SUS.

Para se retomar o caminho da implantação do SUS, no estado de São Paulo, é necessário que, além da implementação da NOB/SUS/1993, se efetive uma profunda reestruturação da SES. Num primeiro momento, esse processo exige a redefinição do papel do estado no SUS, para o que será muitas vezes necessário convencer os municípios a deixarem de realizar algumas funções, que, por omissão do próprio estado, passaram a desempenhar. Esse processo de recuperação do papel da SES parece já ter sido iniciado pela gestão do PSDB no governo estadual, através do movimento de reestruturação e recuperação das estruturas regionais do estado.

## ***5.2 - Diagnóstico dos principais problemas relativos à falta de organização regional do Sistema Único de Saúde na Região de Campinas***

A regionalização do sistema de saúde é um dos pilares básicos do modelo organizacional adotado constitucionalmente em 1988. Caberia ao governo estadual o papel de organizador regional do sistema, mantendo sob seu controle os equipamentos de maior grau de complexidade, que possuem abrangência regional. Tais ações, em função de seus custos mais elevados, teriam a relação custo-benefício otimizada através da regionalização.

Na região de Campinas, o sistema de saúde até o momento não conseguiu organizar-se a nível regional. O intenso processo de desenvolvimento da rede ambulatorial a nível dos municípios, experimentado no curso da municipalização, concomitante à ausência de uma estruturação regional dos níveis mais complexos de assistência, causou uma série de distorções no desenho original do sistema, que discutiremos a seguir.

O fluxo de pacientes entre os municípios da região é caótico. Não existe oferta racional dos serviços por níveis de complexidade crescente que responda a um planejamento regional das necessidades da população, nem um sistema de referência<sup>211</sup> e contra referência. O fluxo é

espontâneo, ou improvisado, movido por comunicações interpessoais; pelas facilidades maiores ou menores de cada serviço, pelas oscilações nas ofertas, pela troca de favores e pela urgência dos casos.

A rede ambulatorial e hospitalar secundária do SUS vem apresentando baixa resolutividade devido à insuficiência e/ou inadequação dos recursos existentes e falta de controle sobre a assistência prestada.

À despeito do esforço empreendido por grande parte das Prefeituras da região, no sentido de darem respostas mais efetivas à população, persistem sérios problemas organizacionais e mesmo aqueles relativos ao modelo de assistência, que levam a uma baixa resolutividade das redes municipais de assistência à saúde. Persiste também o chamado "turismo hospitalar", no qual alguns municípios caracterizam-se como centros exportadores de "demandas indevidas"<sup>212</sup>. Ou seja a baixa resolutividade da rede ambulatorial e hospitalar do SUS e a desorganização regional do sistema fazem com que os pacientes produzam seu próprio caminho na busca de soluções, numa trajetória descontínua e cheia de desperdícios, que culmina a saturação dos equipamentos maiores e mais bem equipados, localizados nos centros maiores, como é o caso dos Hospitais Universitários (PUCC e UNICAMP) e dos Hospitais Municipais de Campinas, Americana e Paulínia.

A repressão de demanda de nível secundário poderia ser atenuada se o SUS fosse melhor remunerado e os leitos conveniados/contratados fossem efetivamente colocados à disposição do SUS, até que a rede pública se expandisse o suficiente para responder à totalidade das demandas na região. Como veremos na seção referente ao financiamento do sistema municipalizado, os recursos federais sofreram uma retração da ordem de 40% nos últimos anos, levando a um crescente descredenciamento da rede privada. Mesmo os Hospitais parceiros do SUS têm buscado promover um mix de suas fontes de financiamento, através de convênios, de forma a romper a grande dependência do SUS, em função da falta de garantias de que os recursos sejam suficientes para o custeio.

Os hospitais que oferecem níveis de assistência mais complexos, particularmente os hospitais universitários de Campinas, em função do excesso de demanda indevida, acabam por reprimir as demandas de maior complexidade, que são a sua verdadeira vocação. Isso compromete os resultados do SUS como um todo, à medida que utilizam-se recursos de alta especialização e alto custo, para a resolução de demandas que poderiam estar sendo resolvidas a um custo muito menor. Por outro lado, permite-se que pessoas que realmente dependem dos recursos de maior complexidade comprometam sua saúde, ou mesmo morram, por falta de acesso aos recursos necessários.

Na região de Campinas vários projetos de regionalização da saúde foram discutidos, capitaneados pelas principais instituições públicas na área da saúde (Unicamp, Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, ERSA-27). A discussão do processo de regionalização envolveu essas instituições e tomou boa parte do tempo da gestão Fleury, resultando num projeto da própria SES, que incorporou algumas importantes contribuições do ERSA-27, da Prefeitura Municipal e da Unicamp. O Governador, em visita à Unicamp em agosto de 1993 lançou, com grande alarde, a implementação do Projeto de Regionalização e, o comprometimento de US\$ 500 mil para a informatização do Sistema e mais US\$ 350 mil mensais para o custeio.

Apesar de ter se comprometido e anunciado o volume de recursos para o desenvolvimento do Projeto de Regionalização da Saúde na região de Campinas, o Governo Fleury não efetivou suas

<sup>212</sup> Demandas de menor complexidade que poderiam ser resolvidas no próprio município, através da rede básica de atendimento.

promessas. O atraso e insuficiência dos recursos, bem como a falta de determinação política acabaram por inviabilizar a implementação do Projeto nessa gestão. A criação de uma Central de Vagas Regional acabou se restringindo à integração dos municípios do ERSA-27, numa rede informatizada, com parte das consultas dos Hospitais Universitários à sua disposição. A Central de Vagas, que deveria funcionar nos moldes da experiência desenvolvida pelo Município de Campinas, não conseguiu a adesão dos Hospitais da região, devido, principalmente, à falta de recursos para a complementação do custeio, que estavam previstos no Projeto de Regionalização.

Ou seja, o governo do estado assistiu, passivamente, nesse período, ao descredenciamento da rede de hospitais privados, motivado pela retração dos valores das tabelas de custeio federal, socorrendo topicamente o Sistema de Saúde na região, em alguns momentos críticos em que o SUS ameaçava entrar em colapso.

A não participação estadual no custeio da assistência ambulatorial e hospitalar secundária promoveu, por um lado, a repressão da demanda, principalmente em serviços que exigem mais recursos e/ou menores lucros, maior dedicação e competência profissional, devido ao fato de que os Hospitais conveniados/contratados pelo SUS acabavam selecionando suas internações/procedimentos, de acordo com critérios ligados à lucratividade. Os leitos conveniados com o SUS eram, muitas vezes, "desviados" para a clientela dos convênios privados, em função da melhor remuneração oferecida.

Por outro lado, parte da demanda de atenção secundária acabou exportada para hospitais municipais dos municípios com mais recursos ou foi desaguando nos Hospitais Universitários. Em consequência, os hospitais universitários foram concentrando recursos, requerendo constantes ampliações<sup>213</sup>, equipamentos e contratações, de forma a responder às pressões crescentes da demanda. Isso causou uma séria distorção no SUS Regional, uma vez que o estado passou a destinar uma enorme parcela dos recursos regionais para um único estabelecimento, que por suas características tende a consumir cada vez mais recursos. O Hospital da Unicamp. Sem a regionalização, a população tende a procurar diretamente esse Hospital, por saber que aí se concentram os mais famosos especialistas da região e a tecnologia de ponta na assistência à saúde.

Tais recursos, por sua vez, acabam sendo, em parte, mal utilizados, à medida que respondem, na maior parte das vezes, (como revela pesquisa realizada pela própria UNICAMP) por tratamentos de patologias simples, que poderiam ser resolvidas pela rede básica ou secundária. Por outro lado, faltam recursos para custeio / complementação de leitos secundários, que poderiam estar aliviando os hospitais universitários.

A falta de uma atuação efetiva no sentido de regionalização do SUS na região de Campinas, além de permitir a atuação clientelista do estado na região, que muitas vezes priorizou entidades filantrópicas, em detrimento do próprio setor público e outras, optou por obras de prioridade discutível<sup>214</sup>, também ajudou a promover a concentração de recursos nos hospitais universitários.

Essas instituições, autônomas em relação ao SUS, voltadas primordialmente para a pesquisa e ensino, por funcionarem como desaguadouro de toda a desorganização e ineficácia do SUS, passaram a consumir a maior parcela (35% do total) dos recursos destinados à saúde na região de Campinas. Como vimos no cap. IV, dos recursos consumidos pela UNICAMP em 1992, 63% eram oriundos do governo estadual e representavam 88% do total destinado pelo estado ao ERSA-27.

<sup>213</sup> O Hospital Celso Pierro foi beneficiado em 1993 com a construção de um ambulatório de 8200m<sup>2</sup> e cerca de CR\$ 924 milhões de cruzeiros (valores correntes)

<sup>214</sup> Exemplo de obras não prioritárias na região são o Hospital de Jaguariúna e a ampliação do Hospital de Pedreira

Em função disso e do tratamento diferenciado dado pelo governo federal aos HUs, o HC/Unicamp concentrou recursos humanos altamente especializados e equipamentos de última geração, que seguramente extrapolam a dimensão das necessidades de pesquisa e ensino. As pressões da demanda também acabam se transformando em trunfos importantes na luta por recursos escassos. Esses recursos tanto podem financiar incorporação de tecnologia de ponta, como priorizar a complementação dos valores pagos aos parceiros do SUS, de forma a evitar a superlotação do HC. Mas, como se sabe, a incorporação de tecnologia e de recursos adicionais responde também a um jogo de interesses e pressões, que nada tem a ver com um planejamento racional das necessidades.

A concentração de recursos nos HUs, aliada à ausência da regionalização, criou uma série de distorções, que começam com a "subutilização" do potencial disponível, em função de estar respondendo a demandas de assistência à patologias primárias e secundárias, e acabam por dificultar uma gestão mais efetiva do SUS por parte do município, uma vez que ele não participa da gestão do HC, em função da autonomia universitária.

Ou seja, em função de representarem importantes referências para o Sistema Público de Saúde na região, os hospitais universitários se agigantaram, tendendo a concentrar cada vez mais recursos, num efeito "bolas de neve," aprisionando, parcialmente, o fluxo de recursos estaduais para a região. Parcela desses recursos poderia ser direcionada para a reorganização do sistema de saúde e para o custeio de outras unidades hospitalares do SUS. Também poderia servir como investimento em pequenas unidades mistas e hospitais de nível secundário que dessem cobertura a parte da demanda indevidamente concentrada no HC.

Poder-se-ia, inclusive discutir, no âmbito de um Conselho Regional de Saúde e de um Conselho de Desenvolvimento Regional, a prioridade e/ou viabilidade de se terminar (ou vender) o Hospital Regional<sup>215</sup> de Sumaré, cujas obras encontram-se paralizadas. Também é necessário se pensar nas alternativas de "autonomização" da gestão de equipamentos públicos de grande porte, como o HC/Unicamp

A descentralização / regionalização das funções hoje acumuladas pelos hospitais universitários na região, num primeiro momento, pode ser traduzida pela recuperação da capacidade estadual de complementar o custeio SUS através do efetivo funcionamento da Central de Vagas Regional. Esta deveria viabilizar os leitos necessários ao Sistema, num período de transição, para um modelo em que os Hospitais da rede venham a ser efetivamente públicos ou co-geridos<sup>216</sup>. Descentralização que deve, de forma gradativa e paralela, envolver também os recursos existentes no campo dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e dos Recursos Humanos. A descentralização das funções dos HUs deveria ser tema de discussão permanente de um Conselho Regional de Saúde.

A descentralização exigiria um empenho das estruturas regionais do estado e dos próprios HUs, no sentido de atuarem como Centro de Referência Regional para capacitação de recursos

<sup>215</sup> Existe um Hospital Regional com cerca de 200 leitos, iniciado na gestão Pinotti, cujas obras foram paralizadas localizado no município de Sumaré, que é priorizada pelo Plano Diretor Regional para investimentos, por tratar-se de uma região que, como vimos, atraiu muita migração e concentra grande parte da população pauperizada da região, vizinhando com outros municípios com características semelhantes. A ausência de regionalização tem levado grande parte dos municípios vizinhos, entretanto, a iniciarem as obras de seus hospitais municipais, como é o caso de Hortolândia e Nova Odessa. Sumaré é um dos maiores demandadores de internações hospitalares de Campinas e uma grande parcela de sua população trabalha e utiliza os serviços do município-sede.

<sup>216</sup> Entende-se que uma parceria mais efetiva possa ser buscada através do desenvolvimento de novos modelos de gestão, que permitam um controle mais efetivo do setor público sobre o setor privado/filantropico.

humanos, definição de níveis tecnológicos adequados para o processo de hierarquização da rede de saúde regional, etc. Nesse sentido, existe um Projeto pioneiro de "Pesquisa Operacional e Tecnológica", idealizado pelo Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp, que visa a transferir tecnologia do HC/Unicamp para os municípios, durante o processo de regionalização dos serviços de saúde. Esse projeto objetiva capacitar tecnologicamente a rede ambulatorial e hospitalar, de forma a desenvolver condutas diagnósticas e terapêuticas tecnicamente indicadas, que permitam uma utilização mais efetiva da capacidade instalada. No entanto, esse projeto, que deveria ter decolado juntamente com o Projeto de Regionalização, encontra-se desacelerado.

Também com o objetivo de dar maior resolutividade à rede de saúde, os municípios da região têm efetuado um grande esforço, aumentando o investimento em saúde, que se traduz na consolidação da assistência de nível primário, ampliação do n. de UBS, melhoria na remuneração de seus profissionais, compra e distribuição de medicamentos, reforçando programas e municipalizando a vigilância epidemiológica e sanitária. Têm também, reforçado a retaguarda laboratorial e investido, significativamente, na assistência secundária, através da criação de ambulatórios de especialidades, unidades mistas e pequenos Hospitais. Embora os modelos de assistência à saúde sejam heterogêneos, a maior parte dos municípios tem priorizado a assistência à saúde e ampliado a capacidade instalada e o volume e a diversificação dos serviços oferecidos.

Observa-se, entretanto, que esse movimento de expansão da assistência à saúde, capitaneado na atualidade pelos próprios municípios, não observa nenhuma lógica de regionalização. Aliado ao fato de que a rede de saúde pública existente já não tenha sido constituída segundo uma racionalidade que contemplasse a hierarquização e a regionalização dos níveis de assistência, tem-se que a expansão da mesma também não se dá segundo a lógica da regionalização, preconizada pelo SUS. Ou seja, o resultado é que a oferta de serviços de saúde à população da região de Campinas vem se expandindo sem corresponder a um desenho de assistência integrado, hierarquizado (segundo níveis de complexidade) e regionalizado, que articula-se através do sistema de referência e contra-referência.

Com isso os municípios tendem a assumir níveis mais complexos de assistência, buscando a auto-suficiência, como resposta às pressões advindas dos munícipes, no sentido de suprir as lacunas deixadas pelos demais níveis de governo. Há carência de leitos SUS na região, o que leva os municípios a desejarem ter seu próprio Hospital. Entretanto, a viabilidade, a prioridade, bem como a definição do grau de complexidade da assistência a ser prestada deveria ser discutida à partir de um Plano Regional, e não uma decisão de âmbito municipal. O que acontece, na prática, é que, face às dificuldades enfrentadas pelos usuários, os Prefeitos sofrem pressões no sentido de que o Município dê respostas aos estrangulamentos do SUS, vivenciados à nível regional.

O Prefeito, por sua vez, responde a uma gama de interesses: aos dividendos eleitorais, advindos da autonomia local na prestação de serviços de saúde<sup>217</sup>, às pressões da corporação e das classes médicas, no sentido da ampliação do âmbito da assistência prestada pelo município e às lacunas deixada pela crise do setor privado e filantrópico, em função dos baixos valores pagos pelo SUS.

Esse movimento de expansão da assistência no âmbito do município responde a tais pressões e se viabiliza através do fortalecimento financeiro dos municípios na década de 80, particularmente após a Reforma Tributária de 1988, que será discutida no capítulo V deste trabalho. Mas a capacidade de financiamento da esfera municipal é, para a grande maioria dos municípios, mesmo nesta região que se destaca no cenário sócio-econômico do estado, insuficiente para garantir uma auto-suficiência no âmbito da assistência à saúde.

<sup>217</sup> Como afirma recente pesquisa do NEPP ( ) "Os prefeitos descobriram na saúde uma importante fonte geradora de satisfação imediata e, portanto, de votos."

Essa tendência, portanto, é permeada de impasses. Há sérias possibilidades de não conclusão das obras, o que tem levado muitos municípios, como Nova Odessa, Hortolândia e Santa Bárbara a planejarem projetos modulares, que numa primeira etapa se restringem à construção de um Pronto-Socorro, Ambulatório ou Unidade Mista, devendo desdobrar-se a seguir em Hospitais maiores e de atendimento mais complexo. Há também o risco de subutilização de muitos desses equipamentos, caso não venham a ter uma abrangência regional, como é o caso do hospital de Jaguariúna e também do de Pedreira. Mas, as maiores dificuldades ficam por conta das necessidades de custeio, face ao decréscimo acentuado dos valores das transferências federais nos últimos anos.

Face à sólida base industrial da maior parte dos municípios na região de Campinas, muitos municípios contam com a possibilidade de um financiamento misto desses hospitais, baseado, em parte, em recursos do orçamento municipal e, nas transferências de outras esferas de governo e, em parte, em recursos oriundos do estabelecimento de convênios próprios ou particulares. Ou seja, uma das possibilidades que se abre para municípios, com sólida base econômica e boa capacidade instalada no âmbito da assistência à saúde, é a do setor público passar a atuar numa dupla lógica: pública, para a população dependente do SUS e, privada, para a clientela que pode pagar pelos serviços. Dessa forma os Hospitais Municipais, transformados em unidades de gestão semi autônomas (Fundações, autarquias, etc.), poderiam diferenciar os serviços prestados e passar a operar convênios próprios ou estabelecer vínculos de prestação de serviços com empresas privadas ou planos privados de saúde.

Outra possibilidade que alteraria radicalmente o cenário do financiamento do SUS Municipal, particularmente para esses municípios, com sólida base econômica, e para as unidades públicas de grande porte, seria a regulamentação do art. 10 do Decreto Presidencial n. 1232, do governo Itamar, que institui o ressarcimento do atendimento prestado pelo SUS a beneficiários de Planos de Saúde.

Essas, e outras alternativas de diversificação das fontes de financiamento, por parte dos municípios da região, aliadas à possibilidade de uma nova reforma tributária, que os beneficie, são francamente favoráveis ao desenvolvimento de um "modelo Municipalista" de assistência. Esse modelo, entretanto, ao englobar níveis de maior complexidade, sem uma perspectiva regional, promoveria uma pulverização de recursos públicos já escassos. Tais recursos, se alocados segundo um plano regionalizado de investimentos, tornariam a relação custo-benefício mais efetiva e beneficiariam globalmente os Municípios da região.

Na atualidade já são bastante sérios os problemas de âmbito intermunicipal, à espera de soluções concertadas regionalmente. A diferença entre as capacidades instaladas e os graus de resolutividade das redes municipais se fazem sentir na intensidade dos fluxos de pacientes de um município para outro. Na ausência de regionalização os problemas de âmbito intermunicipal têm se intensificado, à espera de vontade política para que as soluções possam ser implementadas.<sup>218</sup> Os municípios maiores, geralmente mais bem equipados, enfrentam uma nova ordem de

<sup>218</sup> Na região de Campinas, o município-sede detém um papel de liderança na questão regional, não só porque detém um entendimento político consolidado e disposição para exercer essa liderança, mas também porque conta com parceiros fortes (universidades) para poder alavancar o processo de regionalização. Com a nova gestão do PSDB espera-se que efetivamente, e, em curto prazo, se dê um salto qualitativo nessa questão, fazendo da experiência da região de Campinas uma alavanca para o processo de regionalização à nível do Estado de São Paulo. Há alguns Projetos de âmbito regional, sendo discutidos à nível da nova gestão estadual, que a SMS de Campinas está ajudando a alavancar, dentre os quais destacamos: a SMS tinha uma proposta de desenvolver uma política municipal em relação aos equipamentos de saúde. Iniciou-se em 1994 um diagnóstico sobre a situação dos equipamentos em toda a rede SUS (vida útil, estado de conservação, recursos humanos envolvidos com esses equipamentos, existência de ociosidade, etc). Com a incorporação do projeto pela SES em 1995, pretende-se montar em Campinas um Centro Regional de

dificuldades criadas à partir da municipalização: o acesso de não munícipes aos serviços municipais, financiados, em parte, com recursos orçamentários do município. Esse é o caso do município-sede da região-Campinas, mas também já é um problema para Americana, Paulínia e, em menor escala, para Valinhos, Vinhedo e Indaiatuba.

Estudos sobre a regionalização da demanda hospitalar na região do ERSA-27 nos dão a dimensão do fluxo intermunicipal em 1992. Embora esses fluxos sejam bastante dinâmicos e não se disponha de informações mais atualizadas, as entrevistas realizadas neste trabalho com alguns Secretários Municipais de Saúde revelaram que alguns municípios estão "fechando as portas" do Sistema Municipal a munícipes vizinhos. Isso já é fato em Americana, onde se exige comprovação de residência para atendimento no Hospital da FUSAME-Fundação Municipal de Saúde de Americana e pode, em breve, ser realidade em Paulínia, quando em maio de 1995 o convênio com a UNICAMP for efetivamente rompido e o município assumir a gestão do Sistema Municipal de Saúde. O município de Campinas, com a implantação da Central de Vagas, também vem, gradativamente, atrelando consultas e internações à demanda da sua rede básica e, com isso, estreitando as possibilidades de assistência a essas demandas regionais. Indaiatuba também vem "devolvendo" referências enviadas por Monte-Mor, num movimento de priorização de suas próprias necessidades.

O bloqueio crescente às demandas regionalizadas e o crescimento da pressão a nível de atenção secundária, em função da universalização do atendimento e da expansão da rede básica, tem sido responsável pela ampliação da oferta de especialidades em todos os municípios da região. A repressão da demanda acaba por funcionar também como elemento de pressão sobre as Prefeituras, no sentido de construir seu próprio hospital municipal. Há intenção de construção de Hospitais Municipais nos municípios de Santa Bárbara D'Oeste e Cosmópolis<sup>219</sup>. Estão em obras os Hospitais Municipais de Jaguariúna, Artur Nogueira<sup>220</sup>, Hortolândia, Nova Odessa, Pedreira<sup>221</sup> e Campinas (ampliação do Mário Gatti e construção do Ouro Verde). Além desses, o hospital regional de Sumaré (220 leitos) encontra-se paralizado e o hospital de Santo Antonio da Posse fechado por falta de recursos de custeio. O município de Monte Mor vem lutando para conseguir reformar o Hospital lá existente, de forma a conseguir o credenciamento para funcionar como hospital filantrópico e poder efetivar uma parceria com o SUS. Muitos municípios resolvem começar por conta própria as obras, na esperança de conseguir, através de negociações políticas, auxílio de outras esferas de governo para término, equipamento ou custeio.

Essas negociações têm se dado num círculo decisório muitíssimo restrito, do qual não participa, muitas vezes, nem mesmo o titular da pasta. Daí podermos inferir que a falta de prioridade

---

Tecnologia em Saúde, com a finalidade de ajudar a definir as diretrizes para a área de equipamentos, e ajudar a implementar, através de assistência técnica, formação de recursos humanos e a manutenção dos equipamentos existentes.

Também está se montando um Sistema Regional de Atendimento Pré-Hospitalar. Foi criado no município de Campinas, logo no início da gestão PSDB, um sistema de urgência/emergência. Apesar de implantado esse sistema apresenta ainda problemas relativos à qualidade. Através de um Sistema Regional seriam articulados os recursos que os Municípios da região possuem em uma central informatizada que concentra as informações sobre vagas e serviços disponíveis, de forma a comunicar às ambulâncias, o local mais adequado para a internação do paciente.

<sup>219</sup> Segundo informações do ERSA-27, o Conselho Municipal de Saúde teria conseguido um adiamento dos Planos da Prefeitura de construção do Hospital. Foi então priorizada a construção de um Pronto-Socorro Municipal.

<sup>220</sup> O Hospital de Artur Nogueira foi municipalizado em 1992, com recursos Estaduais, e encontra-se em reformas, funcionando atualmente como Pronto Socorro e Ambulatório de Especialidades.

<sup>221</sup> A Fundação Beneficente de Saúde (FUNBEPE) de Pedreira está ampliando o Hospital, criando mais 40 leitos para a maternidade e pediatria.

política em relação aos Projetos de Regionalização, no Estado de São Paulo, pode ser entendida no contexto da "recentralização" decisória promovida pelo Governo Fleury, que se expressa também no esvaziamento das estruturas regionais do estado. Isso porque, num contexto onde as alianças e parcerias políticas encontrava-se definidas, a regionalização, ao colocar novos atores na arena política, poderia colocar em cheque interesses já "concertados".

Ou seja, a regionalização, por um lado, permitiria ampliar e dinamizar a capacidade de intervenção estadual nas diferentes realidades regionais, possibilitando uma utilização mais eficiente dos recursos existentes, mas por outro, poderia significar um verdadeiro "cheque-mate" nas alianças estabelecidas pelo governo do estado. Ou seja, a regionalização poderia colocar em cheque a lógica de privatização dos interesses no interior do estado, forçando-o a negociar com novos atores, projetos e prioridades políticas regionais.

Em outras palavras, a ampliação e democratização das arenas decisórias pode colocar em cheque velhas fórmulas de fazer política que, apesar de seu verniz moderno, não tem respondido aos anseios de descentralização, democratização e aumento do controle social sobre as estruturas de poder, de modo a tornar o poder público mais efetivo na resolução dos problemas sociais.

A descentralização e democratização das arenas decisórias seriam um importante contraponto à privatização dos interesses no interior do estado, particularmente na relação com grandes empreiteiras, cujos interesses tem ditado as prioridades políticas. Somente nesse novo contexto de descentralização e democratização das arenas decisórias seria possível garantir prioridade a projetos como o da regionalização da saúde, que possui um enorme potencial racionalizador, envolvendo pequeno volume de recursos e poucas obras.

Esse processo de descentralização e democratização das arenas decisórias significaria um grande avanço em relação ao modo de atuação clientelista anterior. Isso por que, regionalizar significa justamente a diluição dessa capacidade de negociação caso a caso, forçando minimamente a discussão e a observação parâmetros de técnicos. Ou seja, a descentralização e democratização das arenas decisórias viabilizaria uma maior discussão e observação do planejamento regional.

No caso da região de Campinas, por exemplo, o planejamento regional das necessidades de saúde é um exercício que vem sendo desenvolvido com relativa eficiência. Ou seja, tem demonstrado que, do ponto de vista estritamente técnico, é perfeitamente possível adequar a capacidade instalada e os serviços existentes ao novo modelo organizacional. O problema não é o de ausência de planejamento, mas a não observância dele, pelas instâncias decisoras, que muitas vezes encontram-se fora do próprio âmbito setorial.

Tal fato tem permitido grandes distorções no SUS, como, por exemplo, a falta de recursos estaduais para custeio, concomitantemente à disponibilidade de recursos para obras que, quase sempre, não constam das prioridades definidas pelo Planejamento Regional<sup>222</sup>.

Não se pretende, com estas considerações, imaginar-se que o processo de regionalização se desenvolveria fora do jogo político mas que o próprio exercício da negociação se realizaria em outras bases, com a observação do planejamento como instrumento para se pensar a realidade da região, como argumentação em defesa de um jogo político mais transparente e passível de crítica e participação.

<sup>222</sup> Exemplo disso são as obras do Hospital de Jaguariúna (100 leitos), um Hospital superdimensionado para um Município de cerca de 36.000 habitantes. Outro exemplo é o da ampliação do Hospital da Fundação Beneficente de Pedreira (mais 40 leitos), próximo à Jaguariúna, quando a Maternidade do vizinho município de Santo Antonio da Posse encontra-se fechada (8 leitos), por falta de recursos para custeio.

Não é nosso objetivo aqui analisar as intervenções estaduais no campo da saúde na região de Campinas, mas apenas observar que a articulação interinstitucional e a regionalização continuam sendo os grandes desafios à consolidação do SUS na região. E que esse movimento de regionalização, que se insere num movimento mais amplo de regionalização da própria estrutura do estado, é um passo imprescindível no processo de descentralização das políticas sociais, que ora discutimos, sob a ótica da política de saúde.

A regionalização, como vimos, está na dependência da vontade política estadual, mas depende também de um posicionamento mais seguro e efetivo das esferas municipais, no sentido de lutar para que isso se efetive. /

Na área da saúde, onde o processo de descentralização mais avançou e, no Estado de São Paulo, onde a municipalização é realidade, vive-se hoje um impasse, que põe em risco o desenho original do SUS. Ou se avança, através de uma vigorosa atuação "concertada" entre governo estadual e municípios, na promoção da Regionalização, ou se permite<sup>223</sup> um avanço irracional da Municipalização, que coloca em cheque o SUS.

Isso porque, a estruturação de um sistema municipal de saúde não pode perder de vista a perspectiva regional, correndo o risco de inviabilizar-se. E esta perspectiva regional dificilmente será atingida à partir de uma perspectiva municipal, ou obtida através da liderança isolada do Município-sede.

A regionalização é competência estadual, por definição constitucional. Isso não impede a livre associação municipal mas o estado não pode estar ausente desse processo, uma vez que cabe a ele o planejamento integrado e o financiamento (mesmo que parcial) das várias ações setoriais. Torna-se necessário, portanto, reestruturar a forma de atuação estadual, através de uma efetiva descentralização e democratização do processo decisório.

Essa reestruturação passaria pela criação/consolidação de instâncias decisórias descentralizadas, como os Conselhos de Desenvolvimento Regionais e, no âmbito da saúde, os Conselhos Regionais de Saúde. Os Conselhos setoriais, de âmbito regional, criados sempre que necessários, definiriam as prioridades setoriais para a região, que seriam levadas aos Conselhos de Desenvolvimento Regionais, que compatibilizariam as diferentes propostas setoriais, definindo prioridades e deliberando sobre a distribuição do orçamento estadual para a região.

Desse ponto de vista, a criação da Região Metropolitana de Campinas seria um importante avanço institucional, pois permitiria a regionalização do orçamento estadual destinado à essa região, levando os Prefeitos a discutirem conjuntamente suas prioridades. Isso dificultaria as negociações caso a caso, promovendo maior transparência nas decisões e o aprofundamento do debate acerca das prioridades, embasado em critérios técnicos, através da realização de um planejamento ascendente, integrado entre os vários setores, focalizado sobre os interesses regionais, democraticamente definidos.

<sup>223</sup> Um caso típico de apoio estadual a um avanço irracional, do ponto de vista do SUS, na assistência hospitalar, é o de Jaguariúna (28.500 hab em 1994), onde foi construído um Hospital de 100 leitos, que atualmente funciona como ambulatório de Especialidades e PS. O município não conta com nenhuma unidade básica de saúde.

### 5.3 Principais fluxos intermunicipais na área da saúde

Campinas é o município-sede da região e é natural que concentre especialidades e tecnologias mais complexas, cuja implementação em municípios menores teria um custo-benefício não otimizado. Isso justifica um certo número de internações regionais. O aumento das internações dos que residem fora do Município implica, entretanto, em diminuição das internações dos residentes, à medida que o n. de leitos gerais/1000 hab. caiu 13.2% (1984-91) e o n.º de internações/100 hab. caiu 7.5%, enquanto a população do município cresceu 15.8% no mesmo período<sup>224</sup>. Acredita-se que houve uma significativa repressão da demanda por internações hospitalares nos Hospitais Públicos, que trabalham no limite da capacidade instalada, e atendem à população que não tem convênios, nem pode pagar internação particular, uma vez que os Hospitais privados apresentam grande capacidade ociosa.

Na rede de hospitais gerais de Campinas, o estudo realizado nos meses de julho entre 1985 e 91, revelou que o percentual de pacientes residentes caiu de 73 para 68%. Nos Hospitais Públicos o incremento nas internações de pacientes de fora foi maior (14%). Dentre os hospitais públicos, o HC/UNICAMP aparece como o hospital de maior abrangência regional, com 62% de internações de pacientes de outros municípios, seguido pelo Celso Pierro (PUCC) com 31% e Mário Gatti com 10% em 1993<sup>225</sup>. No grupo de hospitais privados contratados pela Previdência Social o número de internações de fora manteve-se praticamente inalterado no período do estudo (78/76%) e nos hospitais privados não contratados houve aumento das internações de residentes em Campinas (de 66% para 74%). Conclui-se que foi nos hospitais públicos, cujo acesso é franqueado à população mais pobre da cidade, que as internações regionais cresceram, passando de quase 1/3 em 1985 para quase metade (45%) em 1991.

Embora essa acentuação do caráter regional dos hospitais públicos localizados em Campinas possa sugerir que mais uma vez foram penalizados os mais desfavorecidos aqui residentes, é necessário uma reflexão mais abrangente, que considere o processo de metropolização em curso na região de Campinas. Para tanto é necessário observar os principais fluxos intermunicipais das internações hospitalares, de modo a identificar quais são os principais demandantes, para, a seguir, avaliar a situação sócio-econômica e financeira desses municípios, a capacidade instalada, a produção de serviços de saúde e o grau de prioridade dada às questões de saúde pelo município, bem como o apoio que tem recebido das demais instâncias de poder e o modelo de saúde que vem adotando à partir da Municipalização. Enfim, é necessário buscar avaliar o sistema de saúde de uma perspectiva regional, principalmente no campo das internações hospitalares de SADT de alto custo, uma vez que elas devem ser realizadas através de um sistema regionalmente estruturado.

O estudo dos principais fluxos intermunicipais das internações hospitalares foi realizado pelo ERSA-27, com base nos dados de procedência, obtidos no boletim CAH 106 do mês de outubro de 1991. Embora tais fluxos sejam bastante dinâmicos, face ao crescimento da rede ambulatorial e também ao "fechamento" de determinados municípios às demandas oriundas de fora do Município, lamentavelmente, esse estudo não foi atualizado pelo ERSA, o que nos obriga a tomá-lo como base de ilustração do fenômeno da regionalização das demandas por internações hospitalares.

Campinas é o grande polo regional, com 26 hospitais e cerca de 3600 leitos (59% do total da RMC), respondendo, à época do estudo, por 60% das internações realizadas nos municípios do ERSA-27. Das internações realizadas em Campinas 83% são de residentes, contra 17% vindas de

<sup>224</sup> "Hospitais Gerais em Campinas- o acesso aos leitos" Francisco Castor de Lima FGV/EAESP-1993

<sup>225</sup> Fonte: CAH 106-Relatório do ERSA-27

fora. Dentre as internações oriundas de outros municípios destacam-se as de Sumaré (57%), Indaiatuba (7.3%), Monte-Mor (7.2%) e Americana (6.5%).

O Hospital Municipal Mário Gatti possui uma demanda oriunda de outros municípios em torno de 9 a 15% (1991 e 92 respectivamente). O ônus financeiro que essa demanda regional imputa aos cofres municipais pode ser avaliado em função de que o Hospital respondeu em 1990/91 por 32% e 24% respectivamente, do total de gasto da SMS.

Dentre os equipamentos hospitalares situados no Município de Campinas, destacam-se ainda os hospitais universitários (PUCC e UNICAMP), que concentravam em 1992 a maior oferta de serviços terciários da região e juntos respondiam por 22% das internações realizadas pelos municípios do ERSA-27 em Campinas. Esses dois Hospitais apresentaram 31% e 62% de suas internações provenientes de outros municípios em 1993<sup>226</sup>.

Se compararmos a procedência das internações nos hospitais de Campinas no período 1991-93 observamos que em 1991 somente três hospitais recebiam um percentual de demanda regional inferior a 10% (a Casa de Saúde, o Hospital Vera Cruz e o Hospital Mário Gatti), em 1992 somente a Casa de Saúde e o Hospital Madre Teodora, em 1993, os dados disponíveis indicam que os menores percentuais de demanda regional foram do Hospital Mário Gatti, do Alvaro Ribeiro e do Instituto Penido Burnier-ORL.

Americana também destacava-se, tanto pela capacidade instalada (1115 leitos), como pelo grau de polarização regional que exercia (15% do total de internações do ERSA-27). Das internações realizadas no próprio Município, 21% tinham origem em Santa Bárbara e 10% em Nova Odessa. Pesquisa realizada pela Fundação Municipal de Saúde de Americana (FUSAME) evidenciou que o percentual de internações oriundas dos municípios vizinhos chegou a girar em torno de 40% do total das internações realizadas<sup>227</sup>. A constatação desse fato levou o município a tentar negociações junto a Santa Bárbara e Nova Odessa, no sentido de uma compensação financeira pelos serviços prestados, sem que a iniciativa tivesse obtido sucesso. A FUSAME optou então por restringir a assistência aos munícipes, passando a exigir comprovação de residência, de forma a controlar o fluxo de pacientes externos.

Paulínia apresenta uma situação muito peculiar: o hospital municipal além de absorver cerca de 73% da própria demanda por internações, funciona também como um centro de polarização regional. Entretanto, a maior parte dessa demanda externa é induzida pelo HC da Unicamp, que gerencia o sistema de saúde do município<sup>228</sup>. Das internações realizadas no município, cerca de 33% vinham de outros municípios, particularmente Campinas (13.2%), Sumaré (10.1%), Cosmópolis (4.8%) e outros (2.6%). A intenção do Município, ao assumir a gestão do sistema, é fechar as portas para demandas externas, através do credenciamento de todos os munícipes e, com isso, garantir-lhes uma "assistência de primeiro mundo".

Conforme evidencia o gráfico que se segue, os municípios de Valinhos, Vinhedo e Indaiatuba absorvem a maioria de suas necessidades de internações, 84%, 89% e 85% respectivamente. Esses municípios recebiam um pequeno percentual de demanda externa, particularmente de

<sup>226</sup> Fonte: CAE106-relatório do ERSA-27-Coordenadoria de Atenção Primária e Secundária e Terciária/SMS/PNC-junho-1994

<sup>227</sup> Fonte: Jornal: "O Liberal" de 6/4/94 pg 4.

<sup>228</sup> O convênio com a UNICAMP, entretanto foi rompido pelo município, por considerar que o município vem arcando com parte do custo da regionalização. Foi estabelecido um cronograma de retirada dos atuais gestores, que deve terminar em maio de 95.

Campinas (entre 2 e 4%) e Vinhedo recebia cerca de 7% do total de internações do município de Valinhos.

Os municípios de Sumaré e Santa Bárbara D'Oeste, apesar de realizarem próximo da metade de suas internações hospitalares, exportavam, em termos absolutos, um grande contingente de demandas por internações hospitalares. Somente o município de Sumaré demandava praticamente o mesmo número de internações realizadas em Campinas que os demais municípios do ERSA-27<sup>229</sup>. O município de Santa Bárbara consumia cerca de 21% do total de internações realizadas em Americana.

Os municípios de Monte-Mor e Nova Odessa aparecem como exportadores de toda a sua demanda. Monte-Mor possui um Hospital que não é credenciado pelo sistema, por condições inadequadas de funcionamento, enviando 98% de sua demanda por internações hospitalares, para Campinas e, Nova Odessa, que enviava 87% de sua demanda para Americana, está, no momento, construindo uma unidade mista, embrião de um futuro Hospital.

O município de Valinhos estima que cerca de 30% das internações e dos atendimentos no Pronto-Socorro Municipal provêm do município de Campinas. O de Artur Nogueira crê que 15% do atendimento de seu PS seja oriundo de Holambra e Engenheiro Coelho. O município atende pacientes de Engenheiro Coelho no ambulatório, mas no PS o atendimento não pode ser negado, pois pode caracterizar omissão de socorro.

Outro importante conjunto de dados, revelados neste estudo é relativo ao uso dos hospitais universitários:

no caso do Hospital Celso Pierro (PUCC):

- Campinas utilizava pouco mais que 70% de sua capacidade
- quando se relativizam as internações realizadas pelas populações dos municípios, (vezes 10.000), observa-se peso semelhante entre Campinas e Monte-Mor, como usuários

no caso do HC da UNICAMP:

- Campinas utilizava cerca de 40% de suas internações
- aproximadamente 35% das internações são de outros municípios da região (incluindo as regiões de Limeira, Piracicaba e Mogi-Mirim, etc), o que evidencia seu caráter regional
- quando se aplica o coeficiente internação/hab x 10.000, aparecem Sumaré, Monte-Mor e Cosmópolis como usuários tão importantes como Campinas.

Finalmente, um segundo conjunto de dados, relativo à distribuição das internações procedentes dos municípios do ERSA-27, segundo os hospitais que as recebem, permitiu que se concluísse que:

<sup>229</sup> Sumaré estima que em 1994 cerca de 25% da demanda do seu Pronto-Socorro tenha sido de Hortolândia.

há um predomínio dos hospitais públicos<sup>230</sup> como referência regional

os hospitais de demanda mista<sup>231</sup>, isto é SUS e outros seguros, aparecem em segundo lugar em termos de polarização regional.

os hospitais privados atraem preferencialmente demanda de municípios muito próximos.

Estudo realizado pelo ERSA-27 em conjunto com mais 9 ERSAS pertencentes à região administrativa de Campinas<sup>232</sup> evidenciou que o grande fluxo dessas regionais é para o ERSA de Campinas, envolvendo principalmente as duas universidades (UNICAMP e PUCC), acarretando um acúmulo de serviço, principalmente no setor secundário de atenção, o que, a nível regional, poderia ser facilmente executado pelos equipamentos de saúde existentes.

Um estudo realizado pela UNICAMP<sup>233</sup> permitiu estabelecer os principais fluxos regionais que se dirigiram para a área de saúde da UNICAMP, bem como as principais doenças motivadoras desses fluxos. Os resultados, apresentados no organograma a seguir revelam que no ambulatório do HC/Unicamp, 55% dos pacientes eram provenientes do próprio ERSA-27, 40% de outros ERSAS e 5% de outros estados. Os doentes não pertencentes ao ERSA-27 provinham principalmente de sete ERSAS: Mogi-Mirim, Limeira, Piracicaba, São João da Boa Vista, Jundiá, Rio Claro e Sorocaba.

A massa crítica do congestionamento e saturação, entretanto, tem procedência de 4 ERSAS: 27(Campinas), 28 (Mogi-Mirim), 43 (Limeira) e 47 (Piracicaba). No ERSA-27 a massa crítica provinha dos municípios de Campinas e Sumaré (incluindo ainda Hortolândia). Cabe ressaltar que Campinas, nesse período, era responsável por 1/3 dos encaminhamentos (53.7%), mas que esse período foi um período de intensa crise política na SMS, que culminou com a saída de muitos médicos da rede<sup>234</sup>. Em relação aos demais podemos destacar que, dos 18 municípios que mais encaminharam pacientes (76.47% do total, excluindo-se Campinas) 12 pertencem à região de Campinas (área em processo de metropolização).

em relação aos atendimentos ambulatoriais realizados no CAISM-Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher também pertencente à Unicamp, cerca de 73% da clientela era proveniente do ERSA-27. Os principais municípios que enviavam pacientes para o CAISM eram Campinas, Sumaré e Piracicaba. Os 15 municípios que mais encaminham para o HC eram também os que mais encaminhavam para o CAISM, dentre os quais, 10 pertencentes à região em processo de metropolização.

<sup>230</sup> Foram considerados hospitais públicos: o HC/Unicamp, o HC/Pucc, o CAISM, Paulínia e Mário Gatti.

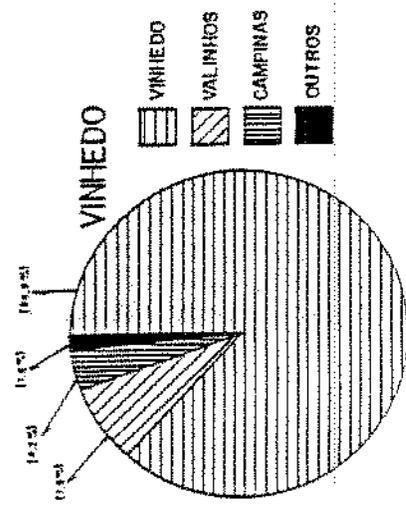
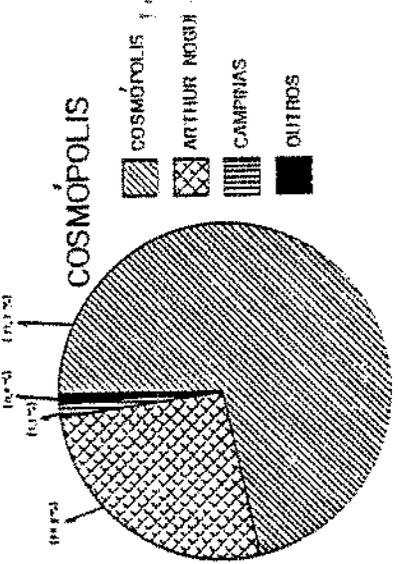
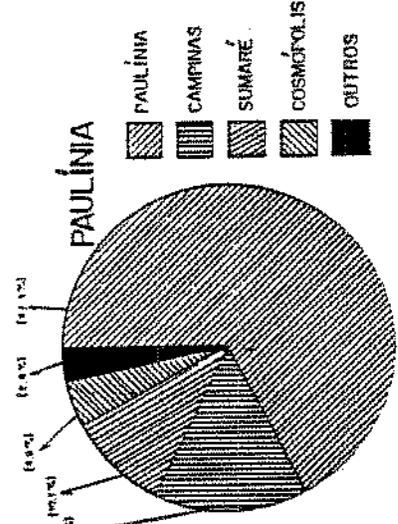
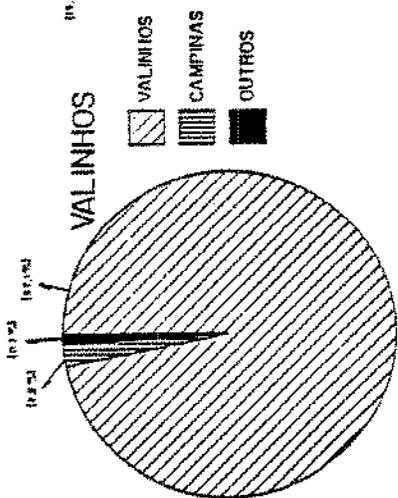
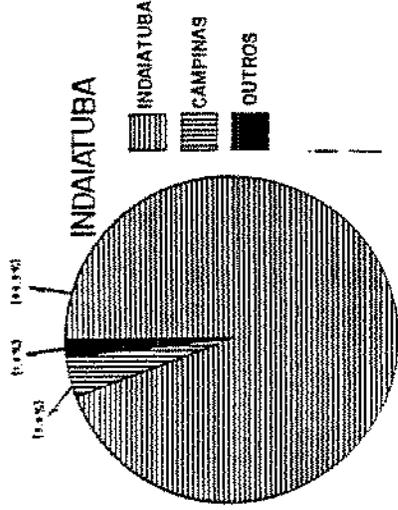
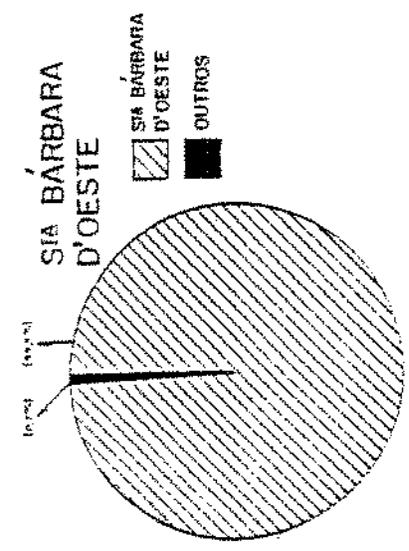
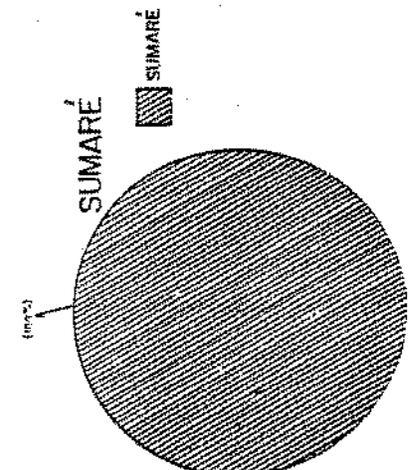
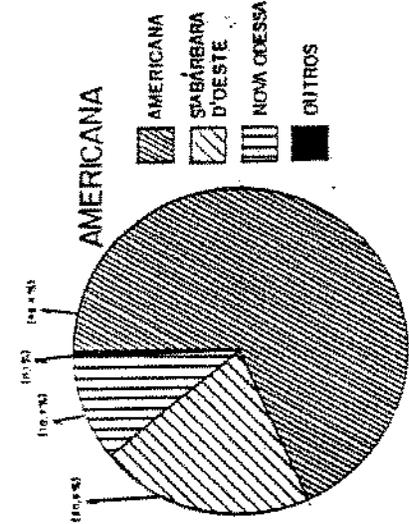
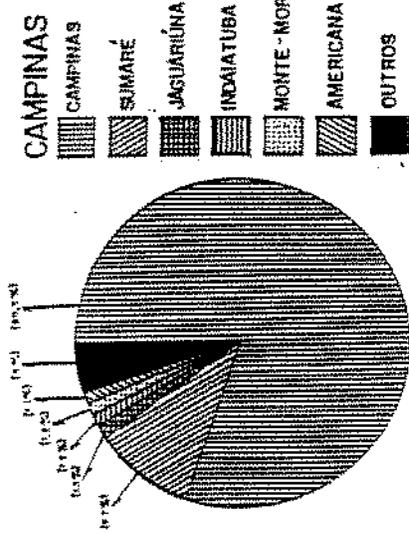
<sup>231</sup> Foram considerados hospitais de demanda mista: Boldrini, Álvaro Ribeiro, Albert Sabin e Irmãos Penteado.

<sup>232</sup> Participaram desse diagnóstico os ERSAS 25, 26, 28, 42, 43, 47, 51, 54 e 55 pertencentes à região administrativa de Campinas.

<sup>233</sup> O estudo foi realizado à partir dos atendimentos prestados pelas unidades hospitalares da UNICAMP no mês de fevereiro de 1992. Foram levantadas as procedências (ERSAS/MUNICÍPIOS) e as prevalências de várias doenças, de acordo com a cidade de origem dos pacientes. Esse inquérito de morbidade baseou-se nos CIDS anotados nas diversas fichas de atendimentos.

<sup>234</sup> É importante ressaltar, entretanto, que Campinas atravessou no ano de 1992 uma crise político-institucional muito forte, que resultou no desligamento do prefeito de seu partido (PT) e no pedido de demissão do secretário da saúde. Tal fato teve consequências drásticas na política de valorização de Recursos Humanos da SMS, resultando na saída de um significativo número de profissionais de saúde. Isso nos força a observar os dados de referências relativos ao município de Campinas com redobrado cuidado.

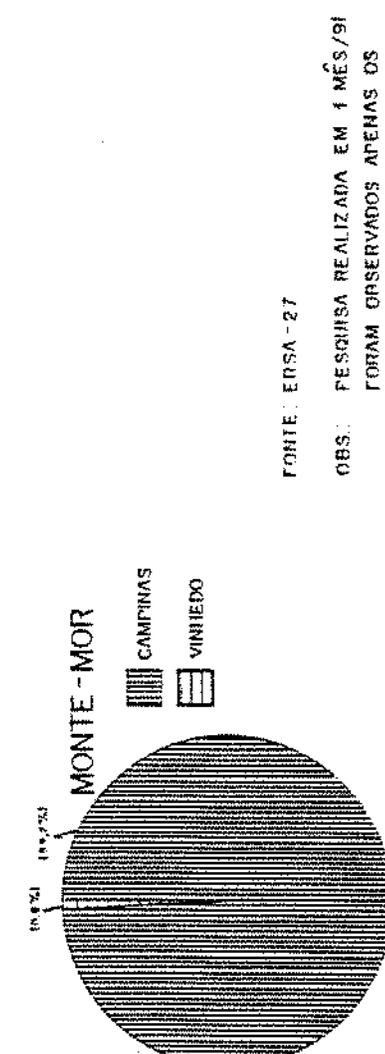
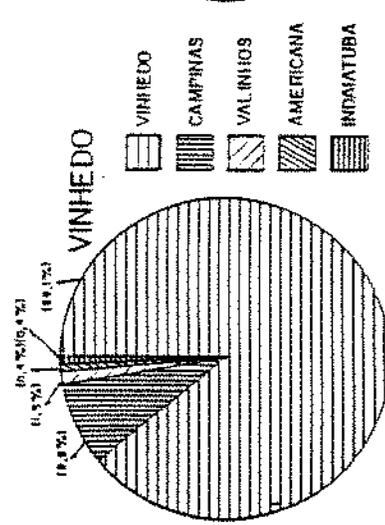
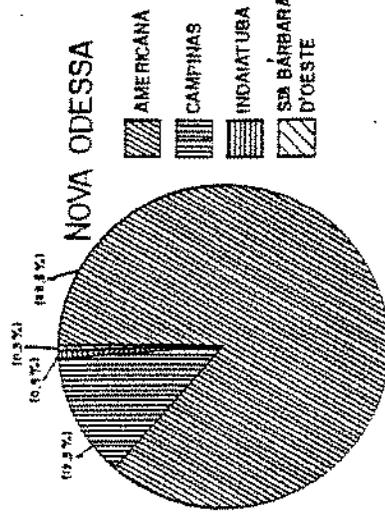
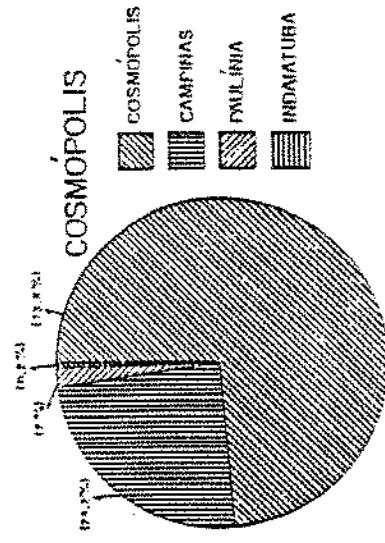
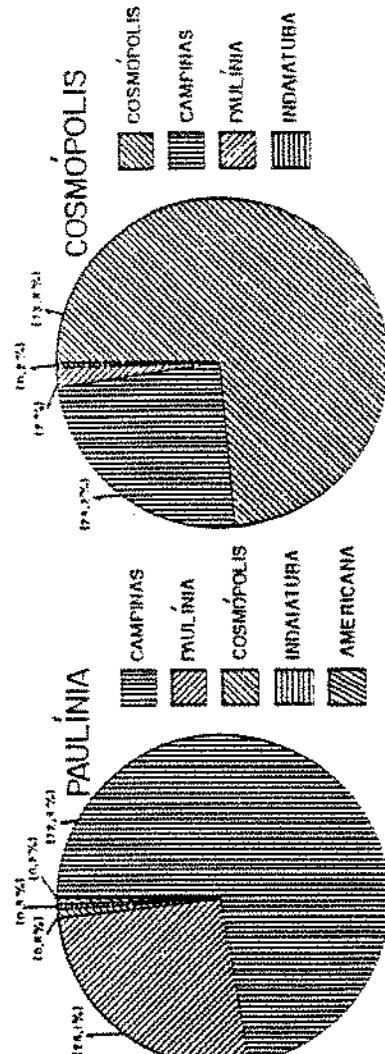
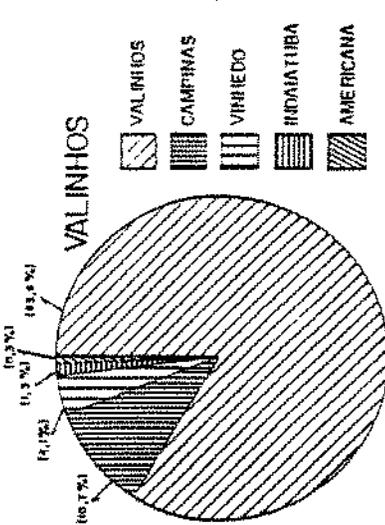
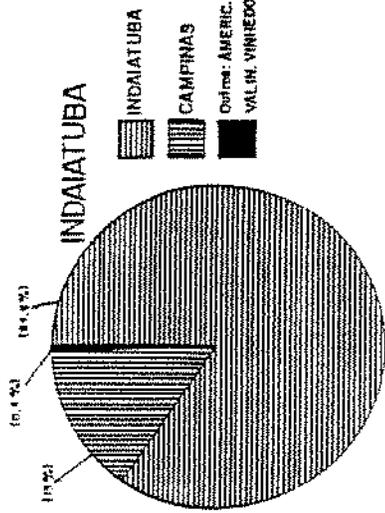
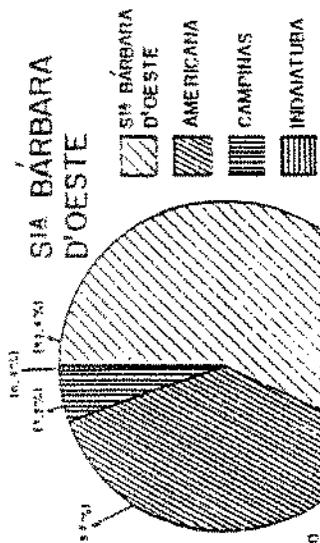
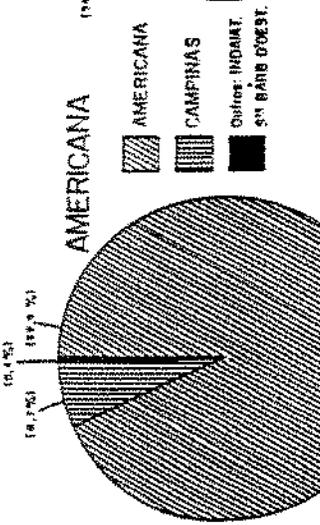
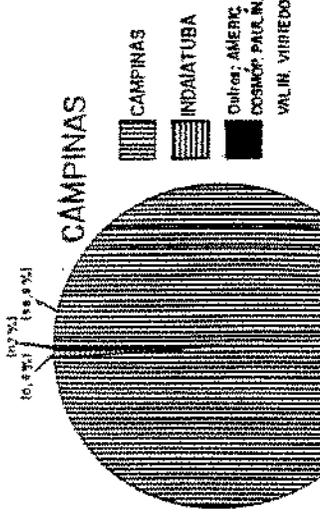
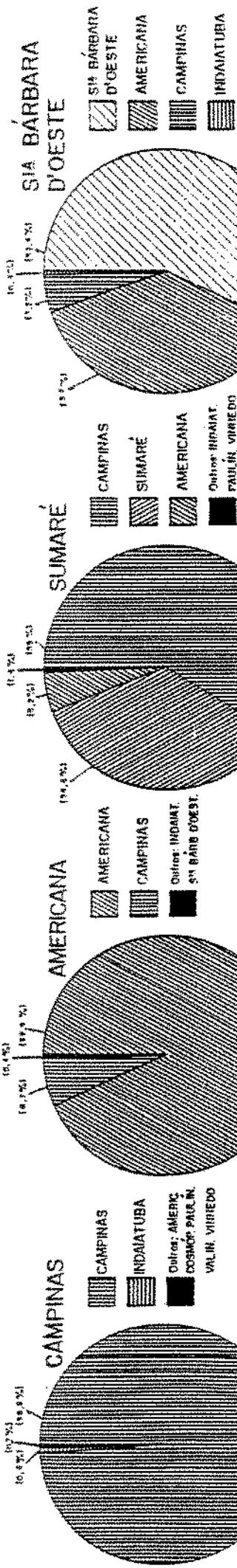
# ORIGEM DAS INTERNAÇÕES REALIZADAS NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPINAS



OBS: (1) NÃO FORAM INCLUIDAS AS INTERNAÇÕES REALIZADAS POR OUTROS MUNICÍPIOS / OUTROS ESTADOS; UMA VEZ QUE O OBJETIVO É VISUALIZAR O FLUXO INTRA METROPOLITANO DE INTERNAÇÕES.  
 (2) FORAM AGRUPADOS EM "OUTROS" OS MUNICÍPIOS CUJAS INTERNAÇÕES REPRESENTAM MENOS QUE 1% DO TOTAL.  
 (3) NÃO HÁ DADOS DISPONÍVEIS PARA OS NOVOS MUNICÍPIOS: HOLLANDA, HORTOLÂNDIA E ENGENHEIRO COELHO.  
 (4) OS MUNICÍPIOS DE NOVA ODESSA E MONTE-MOR NÃO FORAM INCLUIDOS PORQUE NÃO POSSUEM HOSPITAL, EM FUNCIONAMENTO.

FORTE: ERSA-87  
 PESQUISA REALIZADA EM 1 MÊS/91  
 FORAM PESQUISADOS APENAS AS INTERNAÇÕES  
 REALIZADAS NOS 11 MUNICÍPIOS DO ERSA-87  
 UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

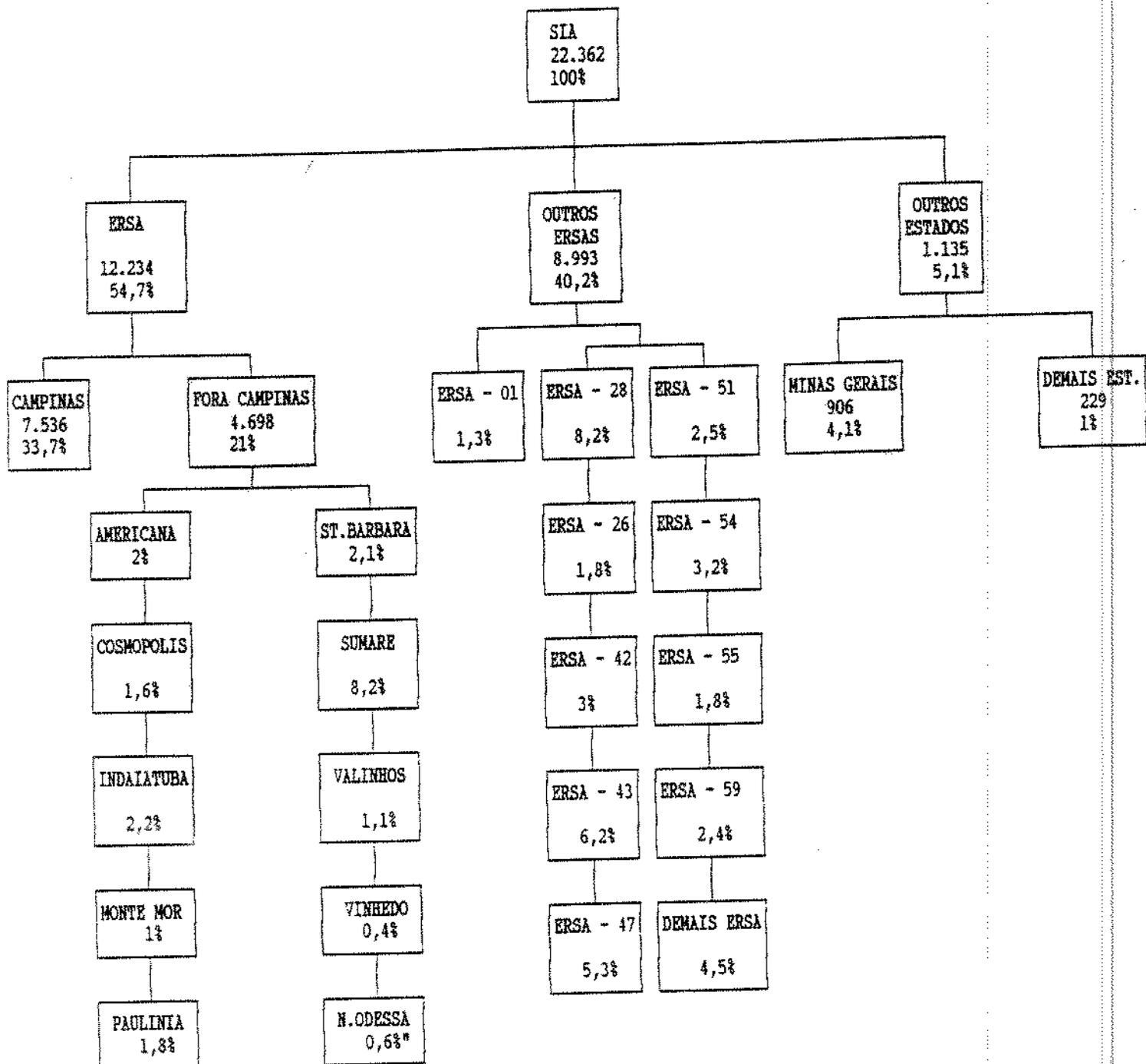
# LEI VENEZUELA (LUCU) - 1992 - AIDA



FONTE: ERSÁ - 27

OBS.: PESQUISA REALIZADA EM 1 MÊS/91 FORAM OBSERVADOS APENAS OS DESTINOS DAS INTERFERÊNCIAS DOS MUNICÍPIOS DO ERSÁ - 27.

DEMANDA DE ATENDIMENTO SIA FEVEREIRO/92 - H.C. UNICAMP



Observa-se, portanto, que mesmo a demanda do complexo hospitalar da UNICAMP, que caracteriza-se pela acentuada regionalização, concentra a maior parcela de sua clientela na área de metropolização. Somados os ERSAS 27 e 28 realizavam 62.9% da demanda ambulatorial do HC e 78.5% da demanda ambulatorial do CAISM.

Em relação às patologias mais atendidas no HC observou-se um grande número de patologias de nível secundário, ou mesmo de patologias simples, que poderiam ser absorvidas e resolvidas por outros níveis do sistema de saúde de Campinas e região. Embora tenha havido diferenças importantes em relação às patologias provenientes dos municípios, a maioria deles teve entre os 4 CIDS mais incidentes seguimento pós-cirúrgico, glaucoma, catarata e rinites. Para o CAISM, ao contrário, são referidas patologias mais complexas, o que evidencia que ele, mais do que o HC, possui parceiros para atender demandas de menor complexidade. O HC encontra-se sobrecarregado de patologias secundárias que deveriam ser atendidas em outros níveis do Sistema. Analisando-se a demanda de Campinas à época, por exemplo, observa-se que predominam as doenças típicas de pronto-socorro, com poucas exceções.

Conclui-se, portanto, que o fluxo dos municípios para a UNICAMP não respeita regras ou hierarquias, mas baseia-se em fatores originados nos municípios, e não em políticas regionais, emanadas pelos ERSAS. O próprio ERSA-27, no qual situa-se a cidade polo de atração-Campinas, não conhece e não controla o fluxo de pacientes para a cidade .

#### *5.4 O esvaziamento do Projeto de regionalização da SES e dos ERSAs Regionais*

À despeito do pioneirismo na implantação do SUDS e da municipalização, o SUS no Estado de São Paulo ainda se encontra em fase de implantação, com muitos obstáculos que, para serem vencidos, requerem uma série de medidas que garantam a integração, a hierarquização e a regionalização dos serviços, de modo a fazê-lo funcionar efetivamente como um sistema.

Como vimos, o processo de municipalização que, num primeiro momento, foi um desdobramento do SUDS, acabou ganhando rumo próprio, muitas vezes não desejáveis do ponto de vista da concepção sistêmica do SUS. Um desses sub produtos não desejáveis da municipalização foi a autonomização relativa de alguns municípios maiores em relação ao SUS. Essa busca de autonomia foi expressa na I Conferência Estadual de Saúde através da proposta de extinção dos ERSAS, ou, na melhor das hipóteses, do seu esvaziamento, enquanto instância de planejamento, articulação política e gerenciamento regional.

É compreensível que os municípios estivessem, naquele momento, reagindo à atuação do nível estadual, na condução do processo de descentralização, principalmente no tocante ao excesso de critérios políticos, que permearam o repasse dos recursos durante o SUDS. Trata-se, entretanto, de uma posição equivocada à medida que a hierarquização e a regionalização dos serviços de saúde são funções típicas do nível estadual e pressupostos essenciais do desenho do SUS.

A viabilização desses princípios parece ser, entretanto, motivo de controvérsia entre aqueles que acreditam que a parceria com o estado, na organização desses atributos do sistema é fundamental e os que acreditam que a melhor via para a regionalização é a da organização autônoma dos municípios, através de associações e consórcios intermunicipais. Ou seja, que os consórcios intermunicipais na área da saúde tendem a substituir responsabilidades, tradicionalmente concentradas na esfera do gestor estadual, de forma a promover um maior ordenamento na utilização dos recursos disponíveis e a reforçar o papel do município na elaboração e gestão da política de saúde como um todo.

Uma análise de algumas experiências de consórcios intermunicipais, no âmbito da saúde, realizada com base na análise de onze dessas experiências<sup>235</sup>, permite concluir que a principal dificuldade enfrentada no processo de organização regional autônoma dos municípios é a dificuldade de "concertação" permanente dos humores políticos entre os municípios. Um forte grau de institucionalização é visto como uma fórmula para contornar esse nível de dificuldades.

A organização regional capitaneada pelo estado, embora também enfrente obstáculos de ordem política, apresenta a vantagem de ter uma distância relativa aos conflitos locais, muitas vezes históricos e de, teoricamente, poder compor uma política estadual através da "concertação" das realidades regionais. Desse ponto de vista, é de fundamental importância a participação estadual no processo de organização regional, sob o risco de se promover uma descentralização excessiva, na qual se perca a possibilidade de "concertação" das políticas locais, e a perseguição de objetivos maiores, consubstanciados nas políticas de âmbito estadual e federal.

Há, portanto, diferentes caminhos para a regionalização da saúde, que pode ser efetivada através de uma organização regional, com uma forte presença estadual, ou tender a um grau maior de autonomia.

A autonomização municipal na condução da regionalização é expressão não só do fortalecimento municipal no contexto federativo brasileiro, mas também um sub produto da lentidão e falta de prioridade dos governos estaduais na condução do processo de regionalização.

Nesse contexto é necessário revitalizar as estruturas regionais da SES, os ERSAs, enquanto instâncias técnicas, de forma a:

- repensar sua estruturação administrativa, criada para operar serviços, de forma que não mais se adequam às novas exigências criadas pela municipalização, vinculadas ao planejamento, integração regional, formação/reciclagem de recursos humanos, etc.
- promover o planejamento regional ascendente, de forma a organizar os fluxos intermunicipais, através de um sistema de referência e contra-referência, que tornaria o sistema muito mais eficaz, promovendo a racionalização dos custos e potencializando os resultados para a região como um todo.
- capacitá-lo tecnicamente, de forma a instrumentalizar o processo de estruturação dos sistemas locais/regionais de saúde e garantir uma assessoria técnica eficiente, não só aos municípios, mas, e principalmente aos Conselhos Regionais de Saúde e aos futuros Conselhos de Desenvolvimento Regionais, no sentido de promover a observação do planejamento regional.
- é necessário também buscar uma maior organicidade entre sua estruturação territorial e os fluxos e relações de interdependência existentes, o que envolve a discussão da organização dos Distritos Sanitários, como forma de respeito à organização regional espontânea. Na região de Campinas, por exemplo, é clara a conformação de um distrito nas proximidades do município de Americana, envolvendo os municípios de Nova Odessa, Santa Bárbara D'Oeste e Sumaré.

Mas a revitalização dos ERSAs, enquanto instâncias técnicas, deve ser secundada pela criação de novas instâncias políticas de âmbito regional, compostas por forças sociais representativas dos interesses regionais, que as credencie como porta-voz e avalista das propostas e prioridades definidas à nível de região. A redefinição do desenho institucional, com ênfase nas estruturas

<sup>235</sup> "Os Consórcios Intermunicipais no SUS. Parceria e Cooperação Técnica" José Mendes Ribeiro, in Revista "Espaço para a Saúde" NESCO Vol 3 Curitiba maio de 1993

regionais colegiadas de gestão, deverá garantir a mudança na forma como vem sendo realizada a distribuição dos recursos estaduais para a região.

É necessário, portanto, enfrentar o desafio da descentralização e da democratização das estruturas de gestão, através da criação dos Conselhos Regionais de Saúde e dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento.

A criação dessas instâncias regionais são de fundamental importância para garantir-se a presença do estado no processo de descentralização e evitar uma autonomização excessiva das políticas municipais, que inviabilizaria o SUS e a execução de um planejamento integrado das políticas estaduais. Ou seja, acreditamos ser de vital importância a participação do estado na estruturação do SUS, enquanto garantia da existência do próprio SUS na sua concepção constitucional.

Na região de Campinas, a fraqueza política do ERSA foi responsável pela não viabilização do Plano Diretor Regional do ERSA-27 (1992) que priorizava a reestruturação dos serviços, sob a ótica da hierarquização e regionalização, em detrimento da construção de novas obras. Embora não tenha norteados os investimentos estaduais de saúde destinados à região, o Plano Diretor Regional serviu de parâmetro para algumas importantes atuações estaduais, como a montagem da assistência a queimados, a ampliação da assistência neo-natal, a parceria realizada com o Município de Sumaré, etc.

Dá a importância de se institucionalizar um fórum político regional para o setor saúde, que conte com a participação do governo do estado, mas também de outras forças representativas do poder local, inclusive dos Conselhos Municipais de Saúde, de forma a garantir que as diretrizes e prioridades regionais sejam observadas pelas autoridades das demais esferas de governo.

Esse também é o fórum adequado para se promover a desconcentração dos recursos estaduais destinados à região, que hoje se concentram no Hospital das Clínicas da Unicamp e, dessa forma garantir que ele volte a funcionar como um centro de excelência, desobrigando-se da assistência de nível primário e secundário. Esse processo de desconcentração deve, gradativamente e de forma "concertada" entre as instituições envolvidas, promover a capacitação da rede básica e a transferência dos recursos necessários ao fortalecimento do nível secundário, de forma a impedir o desperdício que significa, na prática, a utilização de profissionais de alto nível de especialização e de sofisticada tecnologia, para a realização da assistência primária e secundária.

A regionalização da saúde na região de Campinas é uma proposta pioneira que pode ser amadurecida através do debate permanente entre as instituições envolvidas no processo, para o que seria de fundamental importância a criação do Conselho Regional de Saúde.

A construção do Sistema Único de Saúde, no bojo de um processo democrático, envolve divergências e interesses conflitantes. Mas, acima das diferentes concepções acerca das alternativas para a efetivação da regionalização, há um consenso em torno da necessidade da regionalização, construído à partir da prática cotidiana das instituições de saúde locais, que convivem com os efeitos nefastos da desorganização regional do sistema.

O pioneirismo do projeto de regionalização no Estado de São Paulo coube ao ERSA-27, tendo sido amplamente debatido com a Secretaria Municipal de Saúde e da Unicamp, que acabaram por produzir projetos alternativos e disputar a centralidade na condução do processo. Inspirado nesse debate em torno da necessidade de regionalização, o governo estadual, através da Macro-Região de Saúde-4, elaborou seu próprio projeto de regionalização do SUS, segundo níveis de complexidade, através da criação de Centrais de Vagas regionais, que deveriam controlar os fluxos ambulatoriais, de SADT e de internações do SUS. Um dos principais objetivos das Centrais de Vagas era o de desafogar os dois hospitais de referência de Campinas (Unicamp e Pucc), através do encaminhamento para outros hospitais do sistema. Isso só seria viável se

houvesse complementação dos valores das tabelas do MS, de modo a garantirem mais leitos à disposição do SUS na rede parceira, ou mesmo leitos regionais em hospitais municipais.

Para o desenvolvimento do projeto de regionalização original, que envolvia 11 ERSAS da região, foram previstos, inicialmente, recursos para a compra de equipamentos da ordem de US\$ 3.884.202, US\$ 324.000 para compra dos equipamentos e US\$ 500.000 para custeio mensal<sup>236</sup>. Ou seja, o projeto de regionalização é um projeto muito barato relativamente aos gastos da esfera estadual.

Lançado em agosto de 1993, com grande publicidade, o projeto de regionalização, que foi lançado pelo governo do estado, foi reduzido prevendo a criação, numa etapa pioneira, de Centrais de Vagas em 5 ERSAS da região de Campinas: Campinas, Mogi-Mirim, Piracicaba, Limeira e São João da Boa Vista, que abrangiam 55 municípios, atingindo uma população de cerca de 4 milhões de pessoas. Essas centrais estariam ligadas, via computador, com a Central de Vagas-mãe, localizada em Campinas, para o agendamento de consultas, SADT e internações. O controle sobre o número de vagas disponíveis no município-sede e na região permitiriam o encaminhamento de pacientes para os hospitais adequados.

À despeito da aparente priorização do projeto de regionalização pelo Governo do Estado, que o lançou na região, com a presença do Governador na região, em meados de 1993, na prática, este não se efetivou no prazo, nem nas condições previstas na ocasião de seu lançamento. Apenas conseguiu-se a implantação no ERSA-27, em caráter experimental, de uma Central de Vagas, que atende, basicamente, encaminhamentos de nível ambulatorial.

Dentre as razões da não viabilização do projeto de regionalização, destaca-se o fato de não ter havido adesão dos hospitais da região, face ao não comprometimento de recursos financeiros estaduais para complementação do custeio. Isso dificultou a ampliação do número de leitos oferecidos ao SUS, cujo déficit regional é estimado pelo ERSA-27 em 2000 leitos. Segundo estimativas do ERSA existem hoje, só no município de Campinas, cerca de 1000 leitos ociosos na rede privada, que poderiam ser colocados à disposição do SUS, caso houvesse uma política consequente de custeio por parte dos Governos Federal e Estadual.

Sob a alegação de falta de verbas, o governo estadual reduziu o projeto de regionalização à inauguração de uma Central de Vagas no ERSA-27 (Campinas), que envolve 12 municípios da região e atinge uma população de cerca de 1.4 milhões de pessoas. Foram investidos apenas US\$ 350 mil na implantação do sistema<sup>237</sup>, que representam uma quantia insignificante de recursos em relação aos investimentos estaduais na região<sup>238</sup>.

Não é objetivo deste trabalho analisar os motivos que levaram ao esvaziamento do Projeto de Regionalização do estado, à medida que isso exigiria uma análise do processo político de implementação da política de regionalização, que está fora de nossos propósitos neste momento.

Entretanto, é importante salientar que no interior do Projeto de Regionalização, priorizou-se a compra de serviços (consultorias) e de equipamentos (computadores), em detrimento da complementação do custeio da rede hospitalar.

<sup>236</sup> Isso representa um total anual de cerca de 13.7% dos recursos que o estado aplicou no sistema de saúde só na região do ERSA 17, tomando-se como base o ano de 1992.

<sup>237</sup> Folha Sudeste -11/11/94 -pg 1

<sup>238</sup> Só à título de ilustração, o Secretário Estadual de Saúde liberou no mesmo dia cerca de R\$1.5 milhão para a região, sendo R\$ 500mil para o Hemocentro da Unicamp.

Ou seja, no âmbito estadual, deu-se continuidade à política de priorização de gastos com maior visibilidade, como a compra de equipamentos e novas obras. Um gestor municipal beneficiado pelos repasses estaduais afirmou ter ido ao Governador atrás de recursos para custeio, que lhe foi negado. Em troca lhe ofereceram recursos para novas obras".

Exemplos de novas obras concomitantemente à paralização de outras não são raros na região: a ampliação do hospital de Pedreira (mais 40 leitos), a construção dos hospitais de Jaguariúna, Hortolândia, Nova Odessa, Santa Bárbara D'Oeste, Paulínia e Campinas. São mais de 650 novos leitos, sem contar os novos ambulatórios de especialidades (como o da PUCC). Enquanto isso, as obras do hospital regional de Sumaré (200 leitos) foram abandonadas e as do hospital Ouro Verde, em Campinas (200 leitos) encontram-se paralizadas. O hospital municipal de Santo Antonio da Posse (8 leitos) encontra-se fechado, devido à recursos para custeio.

Ou seja, a política de "realização de obras" passa ao largo de qualquer planejamento racional das necessidades locais ou regionais. É realizada através de negociações diretas entre o Governador e os Prefeitos, geralmente através da intermediação dos deputados que atuam na região, sem qualquer compromisso com a necessidade ou prioridade das mesmas, face ao contexto regional.

A desorganização regional do SUS, aliada à repressão da demanda por internações hospitalares e SADT de alto custo, faz com que haja uma pressão crescente da população sobre os prefeitos, no sentido de construírem hospitais municipais.

Alguns prefeitos acabam optando pelo desenvolvimento de projetos modulares, que prevêm a construção progressiva das unidades. Esse é o caso de Nova Odessa e Hortolândia.

A maior parte dos prefeitos busca viabilizar as aspirações de seus munícipes junto aos demais níveis de governo. Esses, face aos compromissos políticos assumidos, passam a alimentar com recursos as bases partidárias, respondendo, ao mesmo tempo, à pressões pela realização de obras que confirmam visibilidade à atuação de suas administrações, e alimentem, também, os interesses das construtoras, sempre dispostas a financiar campanhas e governos. No contexto da crise de financiamento do setor público e de drástica redução dos recursos destinados a investimentos, o hospital passa a substituir as grandes obras viárias, fechando o conhecido "circuito" de interesses, que liga políticos e empreiteiras.

Essa é a razão primordial pela qual, na prática, o planejamento baseado no conhecimento técnico, quando existente, torna-se um assíduo frequentador de gavetas. O processo de implementação de uma política passa pela composição dos interesses políticos a ela ligados. Dessa forma, acreditamos que o caminho para a superação do clientelismo e da privatização dos interesses no interior do estado seja o aperfeiçoamento dos canais de acesso às arenas decisórias, que possibilite uma maior participação da sociedade organizada na definição e controle das políticas das políticas sociais.

Nesse sentido, é fundamental e urgente não só uma reestruturação administrativa da SES, mas, e principalmente, a descentralização das arenas decisórias, consubstanciadas nos Conselhos Regionais de Saúde e de Desenvolvimento Regional. É fundamental, também, que a composição desses Conselhos seja democrática o suficiente para evitar a reprodução de atuações clientelistas e de privatização de interesses no seu interior.

A não efetivação desse papel articulador por parte do estado implicará, como vimos, no risco de ser implantado um modelo de municipalização relativamente autônomo, em que cada município busca possuir o máximo de auto-suficiência, sem qualquer observação da lógica regional, o que implicaria no comprometimento do próprio SUS.

A realização das articulações políticas necessárias ao bom andamento das questões que transcendem o nível municipal é uma preocupação que remonta ao período das AIS, quando eram objeto da atuação das Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde (CRIS). Aos poucos, essa instância foi se fragilizando, com um rebaixamento de suas funções, à medida que não tinham poder de decisão sobre as transferências de recursos das demais esferas de governo. Os municípios passaram gradativamente a dirigir-se aos níveis centrais da SES e, mais tarde, diretamente ao Governador, efetivando, na prática, a "rescentralização". O setor privado, por sua vez, usava mais a corporação médica como contato com o setor público do que o canal institucional (CRIS).

O desinteresse pela instância regional, por parte das instituições envolvidas, deveu-se, em parte, ao processo de "rescentralização" decisória dos níveis de governo federal e estadual e, em parte, à força do movimento municipalista na elaboração da Lei Orgânica de Saúde, que acabou não contemplando a existência dessa instância no desenho institucional do SUS, num claro privilégio da instância municipal.

As necessidades de coordenação intermunicipal e a ausência de um fórum onde tais questões pudessem ser discutidas levou, recentemente, à criação das Comissões Intergestoras Regionais, que, apesar de também não terem exercido, na prática, um papel mais efetivo na definição dos investimentos realizados na região, têm funcionado como espaço de troca de experiências e informações entre os Secretários de Saúde, e de discussão das prioridades regionais.

Essas comissões carecem, a meu ver, de maior grau de institucionalização e representatividade social, devendo dar origem a um Conselho Regional de Saúde, que contasse, além dos Secretários Municipais, com representantes do ERSA, das demais instituições envolvidas no SUS e com a participação de representantes dos Conselhos Municipais de Saúde.

A ausência dessa instância articuladora dos interesses no âmbito regional tem contribuído para o processo de "autonomização" relativa dos municípios na prestação de serviços de saúde na região de Campinas, no período recente, que será discutida com mais detalhes, na seção que se segue.

Nesse sentido, o Plano Diretor Regional, elaborado através de um planejamento ascendente, pelo conjunto de instituições participantes do SUS, teria no Conselho Regional de Saúde uma instância intermediária, que legitimaria a proposta técnica consolidada pelo ERSA e a defenderia junto ao futuro Conselho de Desenvolvimento Metropolitano, que compatibilizaria as necessidades setoriais definindo, dessa forma, as prioridades e os recursos relativos a todos os setores. As prioridades, assim definidas, comporiam o orçamento regionalizado do estado, atrelado às despesas municipais e recursos federais envolvidos, amarrando, dessa forma os investimentos e o custeio necessário à implementação das políticas definidas como prioritárias para a região.

Ou seja, a discussão das prioridades regionais precisa se acentar em uma discussão mais ampla, que transcende o campo das políticas setoriais propriamente ditas, transbordando para o conhecimento da dinâmica sócio-econômica das diferentes capacidades tributárias dos municípios da região.

Uma organização regional assentada nessas bases poderia promover um planejamento de políticas compensatórias, que apoiassem os municípios mais fracos ou compensassem os maiores, ou melhor aparelhados, pelo ônus regional que carregam.

Dessa forma, não são somente os ERSA's que precisam de revisão quanto aos seus papéis, frente às mudanças que a municipalização impõe. É a própria estrutura estadual, que necessita de revisão, de forma a descentralizar e integrar-se ao processo de municipalização, particularmente no campo das políticas sociais. Torna-se necessária e urgente a criação de mecanismos de integração e fóruns regionais, nos quais seja possível discutir e definir as prioridades, de modo a

permitir maior aproximação com as diversidades regionais e propiciar uma maior integração entre os diversos campos das políticas públicas, bem como o exercício de um controle mais efetivo das políticas por parte da população.

No contexto metropolitano, como o de São Paulo, Campinas e Santos a presença do Conselho de Desenvolvimento Metropolitano, bem como de instâncias técnicas de planejamento/coordenação das diferentes políticas públicas é de extrema importância, requerendo a continuidade do processo de descentralização e democratização das estruturas de gestão, em todos os níveis.

### *5.5 Autonomização municipal x Regionalização da assistência à saúde*

Na região de Campinas são evidentes os avanços conseguidos com a municipalização do sistema de saúde, embora o processo seja bastante heterogêneo entre os municípios. Houve um aumento generalizado do gasto municipal com saúde, que será discutido no capítulo V, concomitante a um movimento de "autonomização" das políticas municipais. Em outras palavras, os municípios passaram a assumir um papel cada vez mais determinante no financiamento e definição de sua política de saúde.

Nessa etapa do processo de municipalização, entretanto, os municípios encontram-se divididos entre a necessidade de adequar-se às regras de financiamento ditadas por Brasília ou, traçar rotas próprias para a política municipal de saúde, de forma a melhor responder às demandas dos munícipes.

Ou seja, à despeito dos limites colocados à atuação municipal em função da inconclusão do processo de descentralização, a municipalização colocou boa parte do sistema de saúde sob o comando das prefeituras, tornando a política de saúde objeto direto da ação política. Isto é, com a municipalização a política de saúde saiu de um campo mais técnico para expor-se diretamente aos ditames políticos, com as vantagens e desvantagens que isso pode significar.

Pelo lado positivo, a meu ver, está uma maior preocupação com a satisfação da clientela, que passa a ter voz dentro do sistema de saúde. Isso tem induzido a uma busca incessante de alternativas que possam aproximar a assistência prestada daquilo que é objeto de desejo da população usuária.

Assim, as políticas começam a se diferenciar, na busca de uma aproximação maior à realidade municipal ou até mesmo regional, como é o caso de Campinas, que vem descentralizando sua atuação.

Alguns municípios optaram por criar ou fortalecer o nível secundário de atendimento, antes mesmo de adequarem a rede básica às necessidades municipais. Esse é o caso, por exemplo, de Sumaré, que optou pela criação de um ambulatório de especialidades e pela construção de um NINA-Núcleo de Atenção à Saúde da Mulher, antes mesmo de ampliar e consolidar sua rede básica, que apresenta uma demanda reprimida estimada em cerca de 100%<sup>239</sup>.

Há exemplos de municípios que adotaram modelos assistenciais bastante diferenciados, como é o caso de Jaguariúna, que optou por um modelo hospitalocêntrico. Também é o caso do recém

<sup>239</sup> Segundo estimativa do Secretário Municipal de Saúde há bairros em Sumaré com cerca de 30.000 habitantes (maiores que Jaguariúna) que possuem apenas uma unidade de saúde.

emancipado município de Hortolândia, que optou por um modelo assistencial alternativo, totalmente descentralizado e centrado na tentativa de integralidade entre as ações assistenciais, entre ações preventivas e curativas, baseado no estabelecimento de vínculos entre a comunidade e os profissionais de saúde.

Jaguariúna, um município pequeno, com cerca de 25.000 hab, mas com alto nível de receita per capita, forte movimento de expansão industrial e apoio do governo estadual nas duas últimas gestões<sup>240</sup>, optou pela construção de um hospital de 100 leitos (4 leitos/ 1000 hab). O projeto de construção do hospital é de 1989 e foi viabilizado com forte apoio do governo do estado, contando também, com recursos municipais. Com a inauguração parcial do prédio do hospital, o Centro de Saúde local fechou, dando lugar a um ambulatório de especialidades<sup>241</sup> e a um Pronto-Socorro, que passaram a ocupar o prédio do Hospital Municipal, ainda inconcluso.

Segundo os dirigentes do hospital, praticamente não há demanda reprimida, sendo que observou-se acentuado crescimento dos procedimentos médicos após a inauguração do Pronto-Socorro (em torno de 50%). Ao contrário, existe ociosidade que permite o atendimento de demandas regionais, principalmente em neurocirurgia, infectologia e otorrino. Existe um convênio com Pedreira para a realização de ecografias, em troca da realização de eletroencefalogramas. O município realiza também exames de RX contrastados para Artur Nogueira.

O sistema de referências, entretanto, é totalmente informal. Na área gineco-obstetrícia os encaminhamentos são feitos para a Maternidade de Campinas, à qual pertence o atual Secretário de Saúde. As emergências são referidas para o Hospital da Unicamp. Há uma aspiração do município de tornar-se Centro de Referência Regional em infectologia.

O fundamental nesse modelo é que ele busca fazer um caminho autônomo em relação às proposições do SUS. Não há rede básica de assistência. Toda a assistência é desenvolvida no hospital, com ênfase na assistência de nível secundário. Para isso foi aquinhado com recursos estaduais. A oportunidade de construção do Hospital Municipal também responde às oportunidades de estabelecimento de convênios particulares<sup>242</sup>, cujo mercado encontra-se em expansão, no contexto de expansão industrial que o município vem vivenciando.

Já o Município de Hortolândia, emancipado de Sumaré em 1991, cujo primeiro mandato municipal se estabelece em 1993, optou por adotar um modelo próprio de assistência à saúde bastante diferenciado na região.

O Plano de Saúde do município prioriza a atenção primária e secundária. Na atenção primária inova com o Projeto Casa do Médico de Família<sup>243</sup> e enfermagem de quarteirão, que desenvolve

<sup>240</sup> Um exemplo desse privilégio político do município em relação ao governo estadual, foi a construção de oito conjuntos habitacionais nas duas últimas gestões (em média um por ano). O município, além de pequeno, não concentra população de estratos de renda mais baixos, nem possui populações periféricas faveladas, como é o caso do município sede e de alguns municípios do eixo Anhanguera.

<sup>241</sup> No ambulatório de especialidades de Jaguariúna são oferecidas atualmente as seguintes especialidades: clínica geral, pediatria, gineco-obstetrícia, dermatologia, oftalmologia, otorrino, neurologia, ortopedia e odontologia.

<sup>242</sup> Prova desse interesse é a proposta do setor saúde municipal que está sendo analisada na Câmara de Vereadores, que visa a transformar o Hospital Municipal em autarquia, de forma a possibilitar o estabelecimento de convênios particulares.

<sup>243</sup> O projeto "Médico de Família" foi orçado em US\$600 mil dólares e prevê a construção de 6 casas, que funcionarão ao mesmo tempo como residência e consultório médico. Apesar de estar em negociação um apoio do MS, o projeto vem sendo financiado, até o momento, com recursos exclusivamente municipais.

ações preventivas e curativas e tem por objetivo desafogar as Unidades Centrais de Atendimento à Saúde (UCAS).

O Programa "Médico de Família" se caracteriza pela fixação do médico no bairro e pelo atendimento à população em sua casa-consultório. A medicação de rotina aos doentes crônicos, o controle de pressão arterial e das taxas de diabetes são acompanhamentos feitos rotineiramente pelas enfermeiras de quarteirão<sup>244</sup>.

Ainda dentre as ações descentralizadas destaca-se a implantação das Unidades Móveis de Saúde, do SISI-Serviço Itinerante de Saúde Infantil, do SISM-Serviço Itinerante de Saúde da Mulher e do PADO-Programa de Atendimento Domiciliar.

Há ainda quatro Unidades Centrais de Atendimento, duas das quais oferecem pronto atendimento aos casos de urgência e emergência (24 hs), fazendo encaminhamentos para os hospitais de Campinas (Jardim Amanda e Vila Real) e há ainda um centro de especialidades médicas<sup>245</sup>.

Há também um novo programa, que nasce para substituir a antiga figura do Posto de Saúde. A principal característica do CIF-Centros de Atenção Integral à Saúde da Família (6) é a integração das ações de saúde com educação e promoção social. Como atividades básicas, esse novo modelo de atenção integral à família oferece medicina preventiva e curativa<sup>246</sup>, através dos ambulatórios de clínica, pediatria e ginecologia, que oferecem também educação em saúde. Há também assistência odontológica e social, serviços de enfermagem, de nutrição e educação em saúde. Paralelamente há um Centro de Convivência Infantil, com berçário, creche e pré-escola e realizam-se cursos de profissionalização da mulher e do adolescente. Atualmente existem dois CIFS em funcionamento, mas estão projetados mais três.

Há ainda em Hortolândia um projeto de construção de um hospital municipal de cerca de 120-150 leitos, que será construído em módulos. O planejamento hospitalar prevê a ampliação à partir do primeiro módulo (maternidade com 22 leitos), os módulos do pronto socorro e depois, o de cirurgia ambulatorial, que deverá resolver cerca de 60% das necessidades cirúrgicas de pequeno e médio porte. Finalmente deverão ser construídas enfermarias gerais de adultos e crianças.

A ampliação dos níveis de complexidade é prevista através de consorciamento regional, que aponte as prioridades e responsabilidades por município, para procedimentos especiais e internações, desde que cada um tenha sua estrutura assistencial básica montada em relação ao número de habitantes e necessidades de cobertura satisfeitas.

É importante ressaltar que esse modelo assistencial, que tem origem no modelo inglês, vem sendo desenvolvido também em alguns outros municípios brasileiros, apresentando um aumento da resolutividade da assistência primária. Baseia-se na criação de um vínculo médico-paciente que garanta maior efetividade da terapêutica adotada. Embora ainda não suficientemente avaliada, a experiência de Hortolândia vem dando seus primeiros frutos, como fonte de inspiração para algumas experiências desenvolvidas no município de Americana.

<sup>244</sup> A Casa do Médico de Família foi implantada inicialmente no Jardim Amanda I, priorizado, devido à concentração de população de renda mais baixa.

<sup>245</sup> O centro de especialidades médicas oferece as seguintes especialidades: oftalmologia, otorrino, cardiologia, dermatologia, neurologia, gastroenterologia, endoscopia e fisioterapia.

<sup>246</sup> Essas ações são desenvolvidas através de programas de saúde da criança, da mulher, do adulto e saúde mental, integrados à educação em saúde.

Os municípios de Jaguariúna e Hortolândia expressam, portanto, a diversidade dos caminhos trilhados no processo de municipalização da assistência à saúde na região.

Além desses municípios há inúmeros exemplos de avanços municipais no campo da atenção secundária ambulatorial e hospitalar, envolvendo, muitas vezes, desafios importantes como nos casos de Indaiatuba e Artur Nogueira, que relataremos a seguir.

No município de Indaiatuba, o Hospital Augusto O. de Camargo foi interditado em 1988 pela prefeitura, devido à falta de condições para o seu funcionamento. A mantenedora, com sede em São Paulo e o corpo clínico não se responsabilizavam pela situação precária de funcionamento do hospital. Com a interdição o hospital passou a funcionar como uma autarquia, ligada à prefeitura e com o corpo clínico contratado em regime de CLT. As finanças do hospital foram saneadas e ele foi reestruturado para funcionar como retaguarda ao atendimento SUS<sup>247</sup>. Mas a municipalização do hospital não está resolvida em termos jurídicos. Os antigos donos, responsáveis pela mantenedora, reivindicam na justiça a revisão da interdição ou a desapropriação, que é inviável, em termos financeiros, para a prefeitura. Face ao desenvolvimento desfavorável do litígio, o prefeito decidiu, em set/94, devolver o hospital, sendo que a prefeitura assumiria sua gestão e financiamento por um período de transição, com garantia do atendimento SUS para o município.

Em função da reversão do processo de municipalização do hospital, a prefeitura decidiu reativar a obra do hospital Municipal, que encontrava-se paralizada. A estrutura do prédio existe desde 1987/88, sendo que no final de 1992 apenas uma parte da obra foi reativada e concluída, para utilização da escola técnica municipal, que transferiu parte de suas instalações para lá. Atualmente a escola está sendo removida devendo ser retomadas as obras para construção de uma maternidade e de um pronto-socorro, com cerca de 80 leitos<sup>248</sup>.

Atualmente as referências para assistência mais complexa são realizadas, principalmente, para a PUCC E UNICAMP. Mas, em função do saturamento desses hospitais regionais, encaminham-se cirurgias e tratamentos renais infantis para São José do Rio Pardo, tomografias para Bragança Paulista e São Paulo e consultas de cardiologia para Piracicaba. Na área de oftalmologia existe uma referência informal para o setor privado, que atende SUS (Clínica Raskin). Indaiatuba recebia referências de ultrassonografia de Monte-Mor, que estão suspensas.

Evidencia-se, desta forma, o esforço municipal no sentido de buscar maior grau de auto-suficiência na prestação da assistência à saúde, vis a vis as enormes dificuldades enfrentadas para referenciar pacientes para outros municípios, através de um sistema de referência totalmente informalizado e sem garantias.

Outro município que exemplifica os esforços municipais na busca de maior grau de auto-suficiência na prestação de serviços de saúde é Artur Nogueira. O hospital particular que oferecia uma assistência em clínica médica e gineco-obstetrícia foi comprado pelo governo estadual em 1992 e doado ao município. Após a municipalização funcionou 6 meses como maternidade, até que o centro cirúrgico foi desativado, devido a problemas de infra-estrutura no prédio. Atualmente, encontra-se em fase final de reforma, financiada parcialmente pelo estado e complementada pela prefeitura.

<sup>247</sup> Além de atender o SUS, o Hospital Augusto O. de Camargo atende à clientela de convênios privados, que representa cerca de 30 a 40% do total.

<sup>248</sup> Há também um projeto para construção de mais uma UBS, pois há demanda reprimida na rede básica (em torno de 20 dias). No atendimento de nível especializado, há demanda reprimida nas áreas de cardiologia, oftalmologia, neurologia, pneumologia, oncologia e nefrologia.

O município pretende que o hospital consiga um maior grau de autonomia, através de sua transformação em fundação ou autarquia, para poder estabelecer convênios particulares, como forma de viabilizá-lo financeiramente. Enquanto aguarda definições do governo estadual à respeito dessa possibilidade, o prédio vai sendo utilizado como ambulatório de especialidades e pronto-socorro. As referências de internações são encaminhadas para Cosmópolis<sup>249</sup> e Campinas<sup>250</sup>. Também aqui observa-se a informalidade da regionalização, particularmente no campo da assistência ambulatorial secundária e exames complementares de alto custo<sup>251</sup>.

Há, entretanto, questões políticas que dificultam essas relações informais, como por exemplo, no caso de Engenheiro Coelho, antigo distrito de Artur Nogueira. Com a emancipação consolidada em 1993, Artur Nogueira passou a não mais atender munícipes de Engenheiro Coelho, a não ser em casos de emergência. As referências para SADT, especialidades e internações passaram a ser um sério problema para esse município (pequeno e relativamente pobre no contexto metropolitano)<sup>252</sup>.

Outro exemplo de dificuldades de ordem política, enfrentadas pelos municípios para estruturarem as relações de referência intermunicipais foi o do fracasso das tentativas de formação de um consórcio intermunicipal, formado pelos municípios de Monte-Mor, Nova Odessa, Hortolândia e Sumaré para apoiar o hospital filantrópico "Imaculada Conceição" localizado em Sumaré. O governo estadual viu-se obrigado a socorrê-la, através de uma intervenção, face a situação falimentar em que se encontrava.

A parceria do estado com a prefeitura de Sumaré vem sendo exemplar, no sentido de uma atuação compensatória do nível estadual, no apoio a municípios que, são apontados pelo Plano Diretor do ERSA-27, como prioridade absoluta de investimentos na região. Tal parceria foi responsável pela reestruturação do pronto socorro em 1992 e da própria Santa Casa, que ganhou um ambulatório de especialidades (anexo), criação do NINA- Núcleo Integrado de Atenção à Mulher e dos serviços de ortopedia, fisioterapia, acidentes de trabalho e SADT.

Outro município que necessita uma forte atuação compensatória do nível estadual é Monte -Mor. Apesar dos avanços da municipalização, expressos na não existência de demanda reprimida na rede básica e muito pouca na atenção ambulatorial secundária<sup>253</sup>, o município exporta toda a sua demanda de internações hospitalares para os hospitais universitários de Campinas. Apesar de possuir o Hospital Coração de Jesus que é considerado de utilidade pública, ele não possui condições de funcionamento<sup>254</sup>. Dessa forma, somente o pronto-socorro e o ambulatório, ali

<sup>249</sup> A referência para internações é feita informalmente pelos próprios médicos que trabalham no PS de Artur Nogueira e no hospital de Cosmópolis.

<sup>250</sup> O ambulatório de especialidades ampliou bastante as especialidades oferecidas, havendo repressão de demanda apenas em neurologia e oftalmologia.

<sup>251</sup> Enquanto Holambra atende pacientes com hanseníase, Artur Nogueira, em troca, atende pacientes com problemas neurológicos. Jaquariuna realiza RX contrastado, com o fornecimento de material por parte de Artur Nogueira, Itapira, endoscopia, Araras, eletroencefalograma, Mogi-Guaçu, tomografia, Campinas e Mogi-Mirim, hemodiálise, oftalmologia e pré-natal de risco são realizados na Unicamp.

<sup>252</sup> Os exames laboratoriais tem sido enviados para Mogi-Mirim e Santo Antonio da Posse; casos de oncologia para Mogi-Guaçu; endoscopia e ultrassonografia estão atualmente sem referências. As internações vão para Cosmópolis, Campinas e Mogi Mirim.

<sup>253</sup> No campo da assistência ambulatorial secundária, o município oferece atualmente as seguintes especialidades: oftalmologia, cardiologia, ortopedia, ginecologia, psiquiatria, pediatria, clínica médica e odontologia, devendo em breve atender também otorrinolaringologia e dermatologia. Há demanda reprimida apenas em neurologia, que não é oferecida.

localizados, atuam como parceiros do SUS, sendo subsidiados pela prefeitura desde 1989. O município pretende, com a construção de uma unidade mista e a reforma do hospital buscar um maior grau de auto-suficiência no atendimento hospitalar de nível secundário, diminuindo, dessa forma, o encaminhamento de pacientes para os hospitais de Campinas.

Num outro extremo encontra-se o município de Americana, que possui uma das redes de saúde mais completa e bem estruturadas da região. Americana possui o maior número de leitos por habitante na região, apresentando um padrão superior, inclusive aos da OMS. Embora buscando a auto-suficiência no setor saúde, o município vem buscando aumentar a resolutividade de seus serviços, adotando inovações, como o atendimento domiciliar aos pacientes da FUSAME.

Americana, por possuir uma maior capacidade instalada e serviços melhor estruturados que seus vizinhos: Nova Odessa, Santa Bárbara D'Oeste e Sumaré, passou a funcionar, como vimos, como polo regional no campo da assistência à saúde.

Em 1994 a FUSAME, para fazer frente a essa tendência, passou a exigir comprovante de residência para atendimento na Fundação. Esse fechamento das "fronteiras municipais", no campo da assistência à saúde, foi uma resposta ao ônus representado pela demanda regional, numa conjuntura de crescentes desembolsos dos orçamentos municipais para a saúde. Na ausência de uma política efetiva de regionalização, ou de acordos intermunicipais que compensassem esses municípios pelo seu papel polarizador em relação à demanda regional, é compreensível que buscassem se desvincular desse ônus, até que se instituíam os mecanismos compensatórios necessários.

Outro exemplo de "autonomização" relativa do sistema municipal de saúde na região é o de Paulínia. O sistema de saúde desse município vem sendo gerenciado, desde a sua criação, pelo HC/UNICAMP. Em função desse convênio, uma série de demandas regionais, que são encaminhadas ao HC, acabam sendo para lá referidas, face ao saturamento do hospital universitário.

Dessa forma, o município acabava arcando com parte da demanda regional destinada ao Unicamp. O convênio, entretanto, foi rompido, devido ao desinteresse por parte do prefeito de Paulínia, que estabeleceu prazo até maio/95 para o HC/UNICAMP deixar, gradativamente, de gerenciar o sistema de saúde de Paulínia.

Atualmente o hospital municipal passa por uma reforma geral, na qual haverá um crescimento interno das alas de internação. Está sendo instalada uma UTI e uma UTI néo-natal. Após a reforma do hospital e a saída da Unicamp, o Prefeito pretende "fechar as portas" do Hospital aos não munícipes e investir os recursos na construção de um sistema de saúde de "primeiro mundo", exclusivo para paulinenses<sup>255</sup>.

Esses municípios, que estão num processo de autonomização da assistência municipal à saúde, possuem uma base industrial consolidada, que garante a uma parcela considerável de sua população a possibilidade de usufruir de convênios de assistência privada, para ter acesso a um tratamento diferenciado. A autonomização pode corresponder, portanto, a anseios de auto-

<sup>254</sup> O Hospital Coração de Jesus, de Sumaré não possui as condições necessárias para conseguir o cadastramento, que viabilize sua inclusão no SUS. Para que isso se efetive é necessário o saneamento financeiro do hospital e a realização de reformas na sua infra-estrutura.

<sup>255</sup> Atualmente, o Município de Paulínia já vem reencaminhando as demandas de internações de outros municípios para o Hospital Mário Gatti e para o HC/PUC, inclusive aquelas referentes a acidentes com cargas petroquímicas do polo, que são frequentes na região, em que os motoristas não residem no Município, geralmente nem mesmo na região.

suficiência, que seriam garantidos não só através dos orçamentos municipais fortalecidos pela Constituição de 1988, mas também através da disputa de uma fatia da clientela do setor privado. Disputa ou aliança, que lhes permitisse o atendimento diferenciado a clientela conveniada como alternativa ou complementação do financiamento federal. Alguns hospitais municipais já operam com essa sistemática, embora com um volume restrito de clientela particular. Para que isso seja conseguido é necessário, primeiramente, garantir maior autonomia de gestão aos hospitais municipais, através de sua transformação em autarquias ou Fundações.

O município de Pedreira, à semelhança de Americana, possui uma Fundação. Embora o hospital seja patrimônio público (da Prefeitura<sup>256</sup> e por ela subvencionado), seu estatuto é de fundação beneficente, gerida através de um conselho, formado pelo prefeito, pelo vice, 15 vereadores e representantes da sociedade civil, totalizando 28 conselheiros.

Essa busca de autonomização do sistema municipal de saúde já vem criando polêmicas tipicamente metropolitanas na região de Campinas. Em relação à Paulínia, por exemplo, o vizinho município de Cosmópolis que tem parte considerável de sua força de trabalho se deslocando diariamente para trabalhar em Paulínia, não concorda com um possível "fechamento de fronteiras", pois considera injusto que trabalhadores de Paulínia, que se utilizam de Cosmópolis como uma cidade-dormitório, não possam usufruir da infra-estrutura de serviços sociais que a cidade oferece a seus moradores, passando a onerar Cosmópolis, cuja receita é cerca de 1/10 da de Paulínia<sup>257</sup>.

A relação entre Paulínia e Cosmópolis tende a ser uma relação onde as tensões se acumulam, face ao estreito interrelacionamento sócio-econômico entre os municípios, por um lado, e a oposição político-partidária das duas administrações<sup>258</sup>, por outro. Em Cosmópolis, apesar da aspiração da comunidade a que se construa um hospital municipal<sup>259</sup>, venceu a posição do Conselho Municipal da Saúde, que optou por melhorar a resolutividade do Hospital Filantrópico existente. E, à medida que o município assume a gestão parcial, solicitada ao MS, pretende-se construir um pronto-socorro municipal, que opere com maior resolutividade que o atualmente existente. O município de Cosmópolis possui demanda reprimida em quase todas as especialidades<sup>260</sup> e realiza, no geral, cerca de 40% do total de consultas. Os encaminhamentos são feitos para os hospitais regionais (UNICAMP E PUCC)<sup>261</sup>.

O município-sede é, naturalmente, o que recebe maior volume de demandas regionais. A SMS vem, entretanto, gradativamente, tomando medidas que apontam no sentido da autonomização. Nesse município, entretanto "um fechamento de porteiros" seria impraticável, em função da própria dimensão do município, e da consequente dificuldade de se discriminar, efetivamente, a população residente. Mas, à medida que avança o número de vagas disponíveis na Central de Vagas Municipal restringe-se o número de vagas na porta do sistema e, essa é uma forma efetiva

<sup>256</sup> A Fundação Beneficente de Pedreira possui um Hospital com 60 leitos, que está sendo ampliado em mais 40 leitos (maternidade e pediatria)

<sup>257</sup> Em 1993 Paulínia obteve US\$ 60.030.334 de receita total e Cosmópolis US\$ 6.490.070, sendo que as receitas per capita foram de US\$1479 e US\$ 163 respectivamente.

<sup>258</sup> Enquanto a Prefeitura de Cosmópolis vem sendo administrada pelo PT há duas gestões, a de Paulínia no período 1982/88 era administrada pelo PSD, sendo que atualmente (1993/96) está nas mãos do PMDB.

<sup>259</sup> Expressa na discussão das prioridades, por ocasião da discussão do orçamento municipal

<sup>260</sup> Por ocasião da pesquisa (out/94), o município de Cosmópolis oferecia consultas apenas em três especialidades: dermatologia, psiquiatria e oftalmologia

<sup>261</sup> As referências para a Policlínica de Campinas estão suspensas.

de controle, que também vem sendo posta em prática nos ambulatórios e leitos hospitalares do SUS municipal.

É interessante observar que esses municípios, que polarizam a demanda regional, não receberam um apoio financeiro do governo estadual que fizesse frente aos custos regionais com que vêm arcando. Também não conseguiram promover articulações vitoriosas com os municípios vizinhos, através de iniciativa própria, que permitisse um possível rateio de custos. As tentativas de negociação entre as partes interessadas foram infrutíferas, denotando o nível de dificuldades que a proposta de articulações autônomas dos municípios deverá enfrentar.

Acreditamos que os mecanismos compensatórios instituídos à partir de negociação de nível intraregional necessitarão, na maior parte dos casos, de uma esfera de mediação para serem operacionalizados.

No período abrangido por este estudo (1990-93), entretanto, face à inexistência de mecanismos compensatórios e da falência do projeto de regionalização do governo do estado, observou-se um claro movimento de autonomização dos municípios mais bem aparelhados, numa tentativa de construção de um modelo "Municipalista" de assistência à saúde, que nada tem a ver com o SUS, chegando ao extremo da promoção do fechamento do Sistema Municipal de Saúde ao atendimento regional. Isso, provavelmente, acabou por sobrecarregar mais ainda o município-sede que passou a arcar com um ônus regional mais pesado, contribuindo, também, para o processo de saturação dos equipamentos regionais (hospitais da Unicamp e Pucc) em curso.

Essas experiências de autonomização relativa dos municípios na área da saúde é, por um lado, um subproduto do fortalecimento financeiro dos municípios, por outro, tem a ver com o enfraquecimento do papel do estado no SUS em função da "recentralização" federal, consubstanciado à partir do Governo Collor, tem muito a ver também com o esvaziamento do projeto de regionalização do governo estadual.

Nesse período, portanto, a procura de um "modelo auto-suficiente" de assistência à saúde parece ser um traço marcante do processo de municipalização. Esse modelo caracterizou-se pela busca de auto-suficiência, fazendo com que os municípios com maior infra-estrutura se fechassem "defensivamente", fazendo com que os menos equipados ficassem na dependência quase exclusiva dos equipamentos regionais (hospitais universitários), contribuindo para a sua saturação.

Consubstanciou-se, dessa forma, a falta de parceiros para os hospitais universitários, que se viram obrigados a suprir as necessidades de assistência secundária regionais.

Isso não só distorceu e encareceu substancialmente o SUS à nível regional, mas também tornou o estado presa de sua própria ineficiência.

O hospital universitário, particularmente o da Unicamp acabou, como vimos, como um sorvedouro dos recursos estaduais destinados à região, que poderiam ter sido destinados para o reforço financeiro desses hospitais municipais, que arcam com o ônus da polarização regional e, complementarmente aos hospitais parceiros do SUS, de forma a garantir a oferta dos leitos necessários ao SUS regional, que permitisse o desafogo do HC.

O processo de autonomização municipal, no campo da saúde foi, portanto, um subproduto não desejável da falência do projeto de regionalização, aprofundando as distorções existentes no SUS.

Mas isso só foi possível devido à situação peculiar dessa região no contexto nacional, cujo potencial econômico e financeiro da maior parte dos municípios, aliado ao processo de fortalecimento fiscal dos mesmos nas décadas de 80/90, permitiu-lhes ampliar sua atuação no tocante às políticas sociais, particularmente no campo da saúde.

## 5.6 PRINCIPAIS CONFLITOS E LIMITES DA ATUAÇÃO MUNICIPAL NA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS DE ÂMBITO REGIONAL

A principal crítica feita à municipalização é a de que os municípios universalizaram um tipo de assistência de baixo nível, centrado na consulta médica de pronto-atendimento, objetivando a elevação da produção de serviços, mas sem uma preocupação com a qualidade do atendimento prestado.

Com isso, os municípios estariam, por um lado, garantindo uma satisfação imediata aos munícipes, por outro, respondendo às exigências de produtividade, explicitadas nas novas regras de financiamento federal, instituídas durante o Governo Collor.

Como se sabe, o modelo assistencial baseado no pronto atendimento permite um elevado número de consultas, resultando em alta produtividade e, portanto, melhores remunerações pelos serviços prestados. Esse aumento quantitativo da assistência prestada, entretanto, se faz às expensas da qualidade dos serviços.

Esse modelo assistencial, baseado na urgencialização e medicalização crescente da assistência à saúde, foi fruto da exposição direta da política de saúde ao jogo político mais geral. Ou seja, tais ações contavam com interesses organizados de apoio, (políticos locais, corporação médica, donos de farmácia, empreiteiros de obras públicas). Com isso houve uma ampliação do espaço de legitimidade do dirigente local e tende a levar a uma autonomização do nível local, quebrando a lógica do SUS. Essa possibilidade foi reforçada pelas portarias, resoluções e normas operacionais do MS, que, ao instituírem o repasse direto e, o pagamento por produção, retirando dos SUDS regionais quase 80% dos recursos que recebiam (para pagamento da rede ambulatorial privada e municipalizada).

Por outro lado, esse modelo assistencial, "centrado numa concepção mais biológica e individual, baseado em intervenções médicas, através de meios drásticos, tais como a cirurgia ou medicamentos poderosos", tão criticado nos meios técnicos, é reivindicado pela população. Isso porque tais intervenções prometem uma recuperação mais rápida, para garantir o trabalho e a sobrevivência familiar, ou ainda, porque a sugestão e propaganda da indústria farmacêutica-hospitalar criam expectativas contrárias a muitos dos procedimentos básicos de saúde, promovidos pelos postos de saúde. A urgencialização, ao contrário, promove resultados imediatos, reforçando o lado individual da assistência e quebrando, dessa forma, a integração individual/coletivo.

A representação que a população faz da rede básica de saúde é "a de uma instância simples, apropriada para lidar com pequenos problemas de saúde, principalmente de mulheres e crianças, enquanto o hospital em geral (e o HC/Unicamp em particular), com todos os aparelhos sofisticados, aparece, aos olhos da população, como um modelo insuperável de intervenção médica<sup>262</sup>".

A percepção dos médicos, ao contrário, consiste em que o serviço está capacitado para tratar uma proporção significativa dos problemas de saúde da comunidade (cerca de 85% dos casos que aparecem), sejam eles problemas simples ou complexos. Na avaliação dos médicos, cerca de 80% dos casos que o centro de saúde está apto a resolver não são decorrentes de problemas de saúde que se enquadrem nos tradicionais parâmetros biologicistas da medicina curativa. São problemas de origem social, somatizados em dores, indisposições, angústias, que não podem ser resolvidos via medicamentos ou intervenções cirúrgicas. Mesmo quando o problema se enquadra no

<sup>262</sup> "(Queiroz e Chiarini, 1990; Canesqui & Queiroz, 1988)".

paradigma biologicista dominante na medicina curativa, grande parte dos médicos procura promover a recuperação por si do organismo, administrando medicamentos mais brandos, com menores riscos e efeitos colaterais, adequando dietas e condutas preventivas, que exigem mais tempo e esforço, mas podem alcançar respostas mais duradouras e efetivas.

Portanto, a tentativa dos postos e centros de saúde de introduzir uma forma terapêutica menos comprometida com o complexo industrial/farmacêutico/hospitalar, encontra resistência numa parcela significativa da população, que procura alternativas, seja através das consultas com farmacêuticos, seja pela auto-medicação ou pela procura direta dos níveis mais complexos de assistência. A reivindicação por tratamentos drásticos, que não obstante os riscos, prometem produzir a cura instantânea, mostra uma necessidade que vai além do alívio físico e psicológico pessoal, penetrando na questão da própria sobrevivência familiar, uma vez que a doença ameaça a capacidade de trabalho indispensável para a sobrevivência do grupo doméstico<sup>263</sup>.

Assim, é possível compreender porque a municipalização e a consequente politização da política de saúde, aliadas às novas regras de financiamento federal, acabam promovendo um modelo assistencial baseado no pronto atendimento, na exacerbação das consultas de urgência e de SADT, secundadas pela farta distribuição de medicamentos. Também é possível compreender a razão das críticas sofridas por esse modelo assistencial por parte dos profissionais de saúde pública, que se esforçam por retomar os programas de saúde e fortalecer a medicina preventiva.

Um certo "consumismo" exacerbado de consultas, SADT e medicamentos parece ser uma das características centrais dessa etapa do processo de municipalização. Acreditamos, entretanto que essa deva ser uma etapa a ser superada no decorrer do processo, que deverá avançar na busca de uma maior eficácia da assistência prestada, em decorrência dos avanços do próprio processo de descentralização e democratização da assistência à saúde.

Embora não tenha sido objeto dessa pesquisa, foi possível observar que a municipalização, à despeito da disseminação do pronto atendimento e do consumo exacerbado de SADT e medicamentos, tem permitido a muitos municípios, a realização de um esforço no sentido de darem respostas mais efetivas às demandas da população, através de ações e programas criativos e adaptados à realidade local.

Nesse sentido, a disseminação das consultas de pronto-atendimento corresponde, a nosso ver, aos primeiros anseios de uma população que, até então, não tinha acesso ao consumo sequer de uma consulta médica. Parece-me possível supor que, uma vez garantido esse acesso, a própria população passe a exigir, gradativamente, uma melhor qualidade do atendimento prestado.

Outro importante problema da municipalização, que decorre, em parte desse primeiro, é a transferência dos estrangulamentos para a outra ponta do sistema (especialidades/internações). Dado que há oferta insuficiente desses, observa-se, na região uma forte tendência de entrada dos municípios nesse tipo de atendimento, sem a observação dos princípios de hierarquização e regionalização preconizados pelo SUS.

O processo de municipalização do sistema de saúde também se depara com a descentralização inconclusa do SUS, à nível federal. Isso diz respeito, principalmente à falta de descentralização da relação de compra de serviços da rede privada. Sem a descentralização torna-se muito difícil para as prefeituras terem um papel mais efetivo no desenvolvimento de uma parceria mais profícua com o setor privado. É comum os hospitais privados resistirem a integrar-se num sistema de referência. Isso só tem sido possível através de um sistema de co-gestão, no qual a prefeitura

<sup>263</sup> (Canesqui e Queiroz, 1988).

injeta recursos e submete o hospital às regras necessárias ao sistema, ou ainda, através de complementação dos valores pagos, através de moedas próprias, como é o caso de Campinas.

Para o sucesso das iniciativas das prefeituras em integrar a rede de saúde é necessário, portanto, a continuidade do processo de municipalização, nos moldes previstos pelo texto constitucional, de forma a permitir o desenvolvimento de parcerias com o setor privado e mesmo com os demais níveis de governo, no caso dos hospitais públicos não municipalizados.

No caso de Campinas, por exemplo, as dificuldades de integração com os hospitais universitários têm sido estudadas por técnicos da SMS e do Dep. de Medicina Preventiva da Unicamp. A autonomia universitária aliada à ausência de mecanismos de financiamento e gestão que contemplem o nível regional, permitem que o desenvolvimento do HC da Unicamp ocorra em dissonância com as necessidades de saúde da região. "O HC cresce de um modo dependente da competência de negociação de cada departamento e de suas equipes de professores com órgãos financiadores, reitoria, MS, SES e demais instituições". Isso ocorre porque os hospitais universitários não são encarados como parte do equipamento público de saúde.

A integração do próprio hospital municipal "Mário Gatti" ao SUS Municipal requereu um processo de "desautonomização", uma vez que o hospital funcionava de modo relativamente independente da SMS.

A continuidade do processo de descentralização dos recursos federais para a saúde permitiria, portanto, não só uma maior autonomia municipal na alocação dos recursos, de forma a permitir a priorização da assistência básica e a superação dos limites do modelo assistencial baseado no pronto-atendimento, como também uma maior integração entre as instituições no âmbito do SUS.

Finalmente, um último aspecto importante a ser discutido, relativo ainda às dificuldades de integração da rede, é o da ausência de criação de mecanismos regionalizados de financiamento, avaliação e controle do SUS. Ou seja, embora a rede de saúde funcione, na prática, respondendo a uma demanda de nível regional, as transferências ainda tem por base critérios populacionais, ou seja, municipais, (inclusive porque pouco se conhece sobre os níveis de polarização da demanda). A definição de uma Câmara de Compensações, prevista nas normatizações federais, implicaria numa ação "concertada" dos municípios reconhecendo o fluxo intermunicipal que no entanto, ainda não se efetivou.

Isso nos permite afirmar que, nesse momento do processo de municipalização, a crise de eficácia e o desperdício de recursos são, em grande medida, fruto da falta de articulação no interior do sistema de saúde, seja entre o setor público e o privado, seja entre os diferentes níveis de governo, ou entre os próprios governos municipais.

O processo de autonomização municipal aqui estudado, apresenta, entretanto, um limite estreito, devido à própria conformação metropolitana da região, que vai extinguindo barreiras físicas e econômicas entre os municípios e tecendo um forte entrelaçamento social, econômico e político, que inviabilizava modelos de atuação autônoma.

Há também limites para a autonomização, à medida que torna-se difícil, em grandes conglomerados urbanos, auferir a veracidade de informações, como a de domicílio efetivo. Haverá sempre uma dinâmica intra-regional ditada pela situação metropolitana, que exigirá gastos cada vez maiores com a vigilância policialesca aos fluxos intermunicipais.

Os limites à autonomização também se colocam de um ponto de vista político-partidário, à medida que as eleições colocam interesses, muitas vezes comuns, outras contrários, entre municípios vizinhos. Isso pressionaria um sistema de saúde estruturado autonomamente.

A autonomização também possui limites do ponto de vista da relação custo-benefício. A regionalização da assistência, ao contrário da autonomização municipal, proporcionaria relações de custo-benefício mais adequadas e complementares para os níveis tecnológicos adotados. A organização do SUS é, do ponto de vista de sua racionalidade, necessariamente intermunicipal, ou seja a célula do sistema não são os municípios isolados, mas a região sanitária.

No caso da região de Campinas, devido ao seu potencial econômico, é esperado que além do município-sede, vários outros atraiam fluxos de demanda regional, como é o caso de Americana, Paulínia, Valinhos, Indaiatuba e outros. Eles acabam tornando-se sub polos em relação a determinados serviços, atraindo fluxos de demanda das cidades vizinhas.

O grande desafio gerencial e técnico do processo de municipalização hoje é o de realizar essa integração regional. Nesse sentido, seria desejável o fortalecimento das instâncias colegiadas de gestão a nível regional, à despeito desse nível não ter sido previsto pela LOS. Assim, as Comissões Intergestoras, atualmente compostas pelos Secretários de Saúde da região, deveriam ser fortalecidas com a representação de outras instituições de saúde integrantes do SUS e de representantes da sociedade civil.

A definição das fontes de financiamento e dos critérios de repasse dos recursos federais, bem como a articulação dos componentes do sistema de saúde num sistema hierarquizado e organizado regionalmente são, portanto, os grandes desafios com que se depara hoje o processo de municipalização da saúde.

Mas, não se pode pensar as políticas públicas de uma determinada região isoladamente. As interdependências municipais devem ser debatidas do ponto de vista do conjunto das relações intermunicipais e, não apenas do ponto de vista sanitário isoladamente, o que poderia estreitar o raio de negociações. Daí a relevância da criação de um fórum metropolitano, secundando a criação das instâncias setoriais de âmbito regional.

Embora envolvendo uma série de dificuldades, sejam as inerentes ao processo democrático, sejam as relativas às transformações estruturais nas formas de organização e gestão das políticas públicas, esse é um possível caminho a ser trilhado, de forma a:

- democratizar não só o processo decisório, mas também as várias etapas de implantação de uma política
- tornar transparente as decisões acerca do "caminho dos recursos", dificultando a privatização dos interesses no interior do estado
- minorar o clientelismo político, através da democratização e fortalecimento das estruturas colegiadas de gestão
- promover o debate conjunto e integrado dos diversos setores das políticas públicas junto ao conjunto de representantes da sociedade organizada
- integrar os diversos sistemas locais de saúde de forma complementar, buscando aumentar a capacidade resolutiva global do SUS regional
- garantir uma resposta de âmbito regional aos problemas, que só podem ser resolvidos nessa instância, seja pelo volume de recursos envolvidos, seja pela otimização da relação custo-benefício
- instituir o planejamento ascendente, não normativo e comprometido com as diferentes realidades epidemiológicas existentes na região

-utilizar estrategicamente os recursos de investimento, segundo a lógica da regionalização e no caso da saúde, da hierarquização dos serviços

-garantir a observação do planejamento coordenado entre os vários níveis e setores de atuação pública, na busca de eficiência e de resultados, que muitas vezes só podem ser atingidos, através de um equacionamento estratégico, de nível supra-municipal

**CONCLUSÕES**

A Região de Campinas emergiu dos anos 70 como uma das principais concentrações econômicas do país consolidando, nessa região, uma base econômica composta por um amplo e dinâmico parque industrial, uma estrutura agrícola e agro-industrial avançada, um setor terciário diversificado e complexo e, uma infra-estrutura viária, de transportes e comunicações, que dá suporte ao processo de desenvolvimento econômico.

A estrutura industrial da região, em meados dos anos 80, já era bastante diversificada, com a presença de importantes estabelecimentos da indústria mecânica, elétrica, química, de material de transporte, de papel e celulose, etc. Merece também destaque, o polo petroquímico de Paulínia e o parque têxtil de Americana (que se estende por Santa Bárbara D'Oeste e Nova Odessa). A região também vem se consolidando como um polo de alta tecnologia, com indústrias na área de informática, micro-eletrônica, telecomunicações e química fina. Este polo vem sendo alavancado, entre outros fatores, pela presença das duas universidades (UNICAMP, PUCC) e dos diversos institutos de pesquisas existentes.

Mas, a segunda metade dos anos 80 e início dos 90, foi marcada, pela estagnação do investimento na ampliação da capacidade produtiva, fazendo com que, em sua essência, a estrutura industrial do Estado de São Paulo fosse a mesma do início dos 80 e, portanto, uma herança dos ciclos de crescimento anteriores. As transformações que ocorreram na indústria paulista, nesse período, foram impulsionadas, na maioria das vezes, por uma adaptação das empresas às orientações de curto prazo da política econômica.

Em função deste quadro de estagnação provocado pela paralisia dos investimentos no Estado, o processo de desconcentração industrial, à partir da região metropolitana de São Paulo (RMSP), passa a ser presidido por uma outra lógica. As áreas mais intensamente industrializadas, cujas estruturas produtivas, mais complexas, são mais sensíveis à queda da demanda "intra-industrial", foram as que sofreram com maior intensidade os efeitos da estagnação. A melhor performance interiorana se explica (em parte), pela maior facilidade de adaptação às orientações de curto prazo da política econômica. Exemplo disto foi a ampla integração de seu parque produtivo ao esforço exportador. Neste empenho sobressairam-se os segmentos agroindustriais, incluindo, porém, uma gama variada de outros itens (têxteis, calçados, materiais de transporte, produtos siderúrgicos, mecânicos e bens intermediários). Também contribuíram para o melhor desempenho interiorano, em relação à RMSP, a intensificação da urbanização e o dinamismo da produção agrícola, a exemplo da cana e da laranja, que apresentam importantes rebatimentos na indústria<sup>264</sup>.

Desta forma, a região de Campinas, cujo crescimento industrial nos anos 70 fora muito expressivo, continuaria ganhando peso relativo na última década, embora num ritmo mais lento. A análise do desempenho econômico no período 1985-91, através do valor adicionado, indica um ritmo de crescimento a uma taxa média de 2.67% a.a.<sup>265</sup>, bem superior à média do Estado (1.7% a.a) e à da RMSP (1.22%). A região "metropolitana" de Campinas (RMC) apresentou-se como a mais dinâmica entre as regiões metropolitanas paulistas<sup>266</sup>, tendo sido a menos atingida pela crise

<sup>264</sup> A atividade agropecuária na RMC, tem como principal característica a sua diversificação. Além de importante produtora regional de cana, algodão, milho, tomate, batata, café e laranja, a região detém ainda uma importante atividade fruti, horti e floricultora, destacando-se também na produção avícola em grande escala.

<sup>265</sup> É importante observar, entretanto, que o crescimento da RMC, neste período, é puxado por Paulínia, que praticamente triplica seu Valor Adicionado (V.A.) entre 1985 e 1991. Excluindo-se Paulínia da RMC, observa-se um crescimento negativo do V.A. regional (- 0.94% a.a.).

<sup>266</sup> Em 1991 a RMC representava 7.7% do V.A. estadual, a Baixada Santista 3.9 e a RMSP 48.6%. Juntas, as regiões metropolitanas somavam cerca de 60% do V.A. do Estado.

econômica, mesmo tendo reduzido o ritmo de expansão que vinha apresentando e, crescido a uma taxa inferior à taxa média de crescimento da população (3.5% a.a.).

O dinamismo econômico da região de Campinas também, pode ser observado através da expansão, diversificação e modernização de um amplo conjunto de serviços produtivos e distributivos<sup>267</sup>. Simultaneamente, as transformações do mundo urbano demandaram a ampliação da oferta dos serviços pessoais e sociais. Estes foram estimulados, não apenas pelo crescimento populacional, mas sobretudo pelo aumento de seus segmentos médios. O intenso crescimento dos serviços produtivos, pessoais e sociais, é o corolário natural do intenso processo de desenvolvimento econômico e urbano, que a RMC vive nas décadas de 70 e 80.

Em função dessa expansão, diversificação e modernização dos serviços, o município-sede vê reforçadas e ampliadas suas funções de polo terciário, o que redefine seu papel de centralidade na região, ao mesmo tempo que constitui uma área metropolitana sob sua influência. Ou seja, a grande cidade dos anos 70, vê aprofundado seu caráter de polo regional, emergindo como uma nova metrópole no interior do Estado.

Os dados da evolução demográfica da região de Campinas, também evidenciam esse processo de metropolização. Na década de 70 e, início dos anos 80<sup>268</sup>, a região de Campinas caracterizou-se como a principal área de atração populacional do Estado<sup>269</sup>.

As taxas de crescimento populacional refletiram o intenso processo de interiorização do desenvolvimento econômico, fundado na expansão industrial, através dos grandes eixos viários. Assim, os municípios localizados ao longo da via Anhangüera foram os principais responsáveis pela elevação da taxa de crescimento anual da população regional nesse período. Inicia-se também um deslocamento "intra-regional", do núcleo (Campinas) para a periferia (Sumaré, Valinhos e Paulínia)<sup>269</sup>. Esse deslocamento, provavelmente se intensificou na década de 80<sup>270</sup>, quando há uma diminuição no ritmo de crescimento de toda a RMC, particularmente dos maiores centros, como Campinas e Americana<sup>271</sup>.

Em consequência do dinamismo econômico e populacional da década de 70 e início dos 80, acelerou-se o processo de adensamento da rede urbana na região. A mancha urbana regional apresentou um crescimento da ordem de 200% entre 1974 e 1989, que foi o mais intenso do interior do Estado. Promoveu-se intensa conurbação de Campinas, particularmente com os municípios do eixo Anhangüera, onde a mancha urbana já não apresenta praticamente descontinuidade. Houve uma verdadeira mudança de escala da concentração urbana, consolidando-se uma vasta zona periférica, particularmente nas áreas limítrofes entre Campinas e Sumaré / Hortolândia; Campinas e Monte Mor, bem como, nas áreas limítrofes de Americana com Nova Odessa e Santa Bárbara D'Oeste.

<sup>267</sup> A modernização da indústria e da agropecuária e a agroindustrialização geraram novas exigências de serviços de apoio à produção (comunicações, transportes, comercialização e intermediação financeira).

<sup>268</sup> Na década de 70, a região de governo de Campinas recebeu cerca de 260.000 migrantes oriundos, principalmente, da RMSP (25%) e do oeste paulista (26.8%).

<sup>269</sup> A migração interregional é estimada nesse período em cerca de 86.000 pessoas.

<sup>270</sup> Vários municípios cresceram mais que o núcleo na década de 80: Sumaré, Monte Mor, Indaiatuba, Paulínia e Cosmópolis.

<sup>271</sup> Os municípios que apresentaram as maiores taxas de crescimento na década de 80 foram: Sumaré, Monte Mor e Indaiatuba.

Mas, o grau de polarização que o município de Campinas passou a exercer na região, deve ser avaliado, sobretudo pela inter dependência econômica entre Campinas e os municípios ao seu entorno. Esta interdependência se embasa na configuração do terciário do município-sede que, como vimos, constitui-se no melhor indicador da metropolização em curso.

As demandas de infra-estrutura e serviços urbanos, e de equipamentos sociais acompanharam o processo de desenvolvimento da metrópole, mudando também de escala, com o processo de metropolização. Não só pelo aumento no volume destas demandas, mas e, principalmente, devido ao aumento violento dos custos da extensão da infra-estrutura e de serviços urbanos e sociais, em função do padrão de urbanização, acentado na expansão periférica. Essa mudança de escala das demandas urbanas e sociais e, de seus custos, se dá num contexto de corroída capacidade do poder público de fazer frente a elas, em função das restrições fiscais e financeiras decorrentes da crise econômica. Mais que isto, sem que houvessem reformulações nas relações intergovernamentais, que possibilitassem uma atuação governamental integrada, para resolver problemas que assumiram uma dimensão metropolitana e, já não podem ser enfrentados de forma isolada pelos municípios e demais instâncias governamentais.

O resultado é que, à despeito de manter níveis de desenvolvimento econômico e de infra-estrutura urbana e social diferenciados, no contexto do estado e do país, aprofundaram-se nas décadas de 80 e 90, os desequilíbrios sociais e urbanos na RMC. Isto ocorreu, devido ao estreitamento das oportunidades produtivas mas, também, em função da redução da capacidade de intervenção estatal. E, sobretudo pela falta de coordenação e cooperação entre as diferentes políticas, setores e níveis de governo.

Dentro desse contexto metropolitano, configurado na região de Campinas nas últimas décadas, destacamos importantes problemas e tímidas iniciativas, por parte das autoridades e lideranças regionais, no sentido "concertar" mais efetivamente os interesses e, produzir resultados que beneficiem a região como um todo.

Dentre os principais problemas metropolitanos, destacamos o da qualidade e disponibilidade de recursos hídricos nas bacias que banham a RMC<sup>272</sup>. Estudos técnicos prospectivos<sup>273</sup> prevêem insuficiência hídrica na RMC, já nas próximas décadas. Tal fato aponta para a possibilidade de um forte constrangimento ao desenvolvimento industrial.

Outro importante problema metropolitano é o da destinação e tratamento inadequado dos resíduos sólidos domésticos. A maioria dos municípios dispõe seus resíduos a céu aberto, sem tratamento algum. Há escassez de novas áreas que, possam ser aproveitadas para este fim, principalmente nos municípios maiores (Campinas e Americana). Também é sério o problema da destinação e tratamento inadequado dos resíduos sólidos industriais, principalmente os considerados perigosos, e da coleta e tratamento inadequado de resíduos sólidos hospitalares, de farmácias, clínicas e consultórios. O alto custo de uma central de tratamento de resíduos industriais e, de incineradores de grande porte, impede que as iniciativas de construção sejam tomadas isoladamente.

Destacou-se também a inexistência de um sistema de transporte coletivo metropolitano, que acarreta uma enorme perda de qualidade de vida para o cidadão metropolitano.

<sup>272</sup> Bacias do Piracicaba, Capivari e Jundiá.

<sup>273</sup> "Plano Diretor para Captação e Produção de Água para a Bacia do Piracicaba" DAEE-1992.

Outro importante problema de âmbito regional, que apresenta um viés fortemente metropolitano<sup>274</sup>, é a desorganização regional do sistema de saúde. Observa-se a existência de um fluxo caótico de pacientes entre os municípios da região. Não existe oferta racional dos serviços, por níveis de complexidade crescente, que responda a um planejamento regional das necessidades da população, nem um sistema de referência<sup>275</sup> e contra referência que ordene o fluxo entre os equipamentos de diferentes níveis de complexidade e, também o fluxo intermunicipal. Esses fluxos ocorrem de forma espontânea, ou improvisada, movidos por comunicações interpessoais; pelas facilidades maiores ou menores de cada serviço; pelas oscilações nas ofertas; pela troca de favores e pela urgência dos casos.

Contribui para isto a baixa resolutividade da rede ambulatorial e hospitalar secundária do SUS, devido à insuficiência e/ou inadequação dos recursos existentes e à falta de controle sobre a assistência prestada. O resultado é que os pacientes acabam produzindo seu próprio caminho na busca de soluções, numa trajetória descontínua e cheia de desperdícios, que culmina a saturação dos equipamentos maiores e mais bem equipados, localizados nos centros maiores, como é o caso dos hospitais universitários (PUCC e UNICAMP) e dos hospitais municipais de Campinas, Americana e Paulínia.

É neste contexto, de ausência de regionalização, que procuramos situar os dilemas do processo de municipalização da saúde. As profundas mudanças que o sistema de saúde vem sofrendo na década de 80 e início dos 90, consolidadas pelos novos arcabouços institucionais, acabaram por promover uma autonomização municipal muito grande que, pode negar os princípios constitucionais balizadores da organização do sistema de saúde.

O novo modelo organizacional no campo da saúde, introduzido pela Constituição de 1988, prevê a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), integrado através de uma rede regionalizada e hierarquizada. Este sistema, ainda em construção, se baseia em estratégias de descentralização não só da gestão, mas também do poder decisório, do nível federal para as outras esferas de governo. Este processo de descentralização fundamentou-se na construção de uma lógica de financiamento que fortalecesse esses níveis de governo e criasse estruturas de participação de segmentos organizados da sociedade nas instâncias decisórias.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), que regulamenta estes princípios constitucionais, previu o estabelecimento de critérios para distribuição de recursos financeiros da esfera federal para as instâncias estaduais e municipais. As condições de aplicação do conteúdo da LOS (Leis 8080 e 8142) deveriam ser regulamentadas através de portarias ministeriais. No entanto, ao invés de regulamentá-las, o Ministério da Saúde e INAMPS editaram as NOB/1/91 e NOB/1/92<sup>276</sup> e suas portarias correlatas, que modificaram significativamente as formas de financiamento e as relações intergovernamentais no interior do setor saúde.

À despeito de toda legislação de cunho descentralizador, promovia-se "ao arrepio constitucional" a "recentralização", através do controle financeiro centralizado do SUS. Isto se deu através do estabelecimento de uma nova sistemática de transferências intergovernamentais, baseada num

<sup>274</sup> Os dados relativos aos fluxos de demandas intermunicipais em saúde, evidenciam uma forte concentração desses fluxos entre os municípios da região metropolitana.

<sup>275</sup> O sistema de referência constitui-se no encaminhamento formalizado de um paciente para um serviço de maior complexidade existente no próprio município, ou em outro município da região.

<sup>276</sup> A portaria n. 234 de 7 de fevereiro de 1992, conhecida como NOB/SUS/92 complementa a NOB/SUS/91, e institui alguns novos mecanismos de repasse. Na verdade, estes novos mecanismos de repasse significaram "a divisão do mesmo bolo em mais fatias", dando a ilusão aos estados e municípios, de que se tratavam de recursos novos.

conceito de produção de serviços e, de investimentos por projetos. Com isto, deixava-se de contemplar as ações de saúde coletiva, como vigilância epidemiológica e sanitária, saúde do trabalhador, controle do meio ambiente, educação em saúde, capacitação e treinamento de profissionais de saúde, ciência e tecnologia em saúde. O retrocesso característico deste período, não impediu, entretanto, que houvesse alguns avanços técnicos, como por exemplo, no que se refere à implantação das Autorizações para Internações Hospitalares (AIHs), para os hospitais públicos. Também se observou o aumento relativo do conjunto dos recursos destinados às atividades ambulatoriais.

O processo de descentralização é retomado, a nível dos arcabouços institucionais da área da saúde, com a edição da NOB/SUS/93. Ela representa uma ruptura com a situação anterior, ao instituir os parâmetros para a implantação gradativa do modelo SUS. Estes parâmetros permitem que as inovações constitucionais atinjam estados e municípios em diferentes graus de intensidade. O processo de descentralização passa a ser compatível com a própria vontade municipal e, com a capacidade de absorver responsabilidades gerenciais e políticas. Cria-se desta forma, uma situação intermediária, na qual convivem três sistêmicas diferentes de relacionamentos entre as três esferas de governo<sup>277</sup>.

O processo de descentralização da saúde no Brasil é muito heterogêneo e pouco conhecido. É fato, entretanto, que o Estado de São Paulo desempenhou um papel extremamente ativo nas redefinições da política sanitária. São Paulo ilustra, na década de 80, o que podemos chamar de "ciclo descentralizador virtuoso". Pode-se afirmar, inclusive que, em alguns aspectos, antecipou as mudanças propostas à nível federal:

Os processos de reestruturação administrativa, (visando a descentralização) e, de mudança no modelo de prestação de serviços (incorporando a assistência médica individual às ações de saúde), foram iniciados na década de 70, embora somente em algumas áreas específicas. Este movimento de reforma, entretanto, só ganharia impulso nos anos 80, quando um novo modelo de políticas federais é proposto. Ele possibilitou uma maior transferência de recursos e a efetivação de novas formas de gestão "interinstitucionais", que abarcaram os diferentes níveis de Governo.

Em 1983, as Ações Integradas de Saúde (AIS), vieram reforçar o movimento de integração e descentralização em curso, impulsionando a reestruturação da Secretaria Estadual de Saúde (SES). O ápice deste processo de reestruturação se deu entre 1985 e 1987, quando uma nova lógica de organização dos serviços foi criada, através da implantação do Programa Metropolitano de Saúde (PMS), que desenvolveu um modelo de gerenciamento integrado. Nele, o hospital e os ambulatorios estavam sob uma gerência única. Os resultados positivos desse novo modelo de integração dos serviços, embasaram os estudos visando uma ampla reforma administrativa na SES que, dentre outras mudanças, desembocou na criação dos Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs).

Em 1987 o corolário desse processo de descentralização, que vinha ocorrendo no Estado de São Paulo, se dá com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). O SUDS consubstanciou o auge da reestruturação do sistema de saúde paulista, que culminou com a municipalização da assistência. O SUDS estadualizou os equipamentos próprios do INAMPS e, parte do gerenciamento da compra de serviços do setor privado. Promoveu também um expressivo aumento de recursos orçamentários municipais para o setor saúde, concomitantemente à transferência da responsabilidade pela gestão de toda a rede básica.

<sup>277</sup> A gestão incipiente, a gestão semiplena e a gestão parcial, do SUS.



A municipalização ocorreu de forma bastante rápida em todo o Estado (1987/88), transferindo-se aos municípios, via convênios, as unidades estaduais cujo atendimento apresentava abrangência local.

Os ERSAs passaram a controlar o setor privado (contratado ou conveniado), bem como os serviços ambulatoriais (de especialidades) e hospitalares do setor público. A existência dos ERSAs facilitou a implantação do SUDS no Estado, alavancando a municipalização, mas revelou muito rapidamente, a sua inadequação frente as novas tarefas de coordenação técnica e política dos integrantes do sistema.

A municipalização da saúde consubstanciou-se, como parte de um processo de descentralização política, técnica e administrativa do sistema de saúde, que supõe um processo de reestruturação do poder decisório.

O processo de municipalização da saúde teve início em meados da década de 70, através de experiências autônomas de alguns municípios<sup>278</sup> que, logo se difundiram e deram origem a um processo de organização municipal. Este movimento municipalista na saúde, experimentou forte estímulo com as eleições de 1983 e a implantação das AIS e, posteriormente, do SUDS. Sua força revelou-se na VIII Conferência Nacional de Saúde e no processo constituinte, garantindo grandes conquistas para essas esferas no texto constitucional que cria o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1990, quase todos os municípios do Estado de São Paulo, já haviam aderido à municipalização. Isso promoveu uma profunda transformação na atuação do estado e dos municípios. Com a municipalização houve um significativo aumento da participação dos gastos municipais com o setor saúde. Tais recursos, somados às crescentes transferências dos demais níveis de governo, propiciaram investimentos, particularmente na expansão da rede física e na contratação de pessoal de nível superior (médicos e dentistas). A política de saúde, nesse período, parece refletir uma concepção de saúde fortemente apoiada na assistência médica, o que, de certa forma, reproduz o padrão "INAMPS", tão criticado pelo movimento sanitário.

Através de suas estruturas descentralizadas (ERSAs, que passaram a chamar-se SUDS-R), o Estado deixou a prestação de serviços para os municípios e, voltou-se para as atividades de planejamento e articulação política. No plano organizacional, sua atuação foi objeto de fortes críticas, em função do despreparo para o exercício dos novos papéis, que lhe foram atribuídos na estruturação do SUS. Evidenciou-se sua incapacidade de promover mecanismos de articulação dos serviços; de desenvolver sistemas de gerenciamento regionais (pessoal, material, orçamento, custo, manutenção) e de criar um sistema de referência e contra-referência de abrangência regional<sup>279</sup>. O equacionamento destes problemas permanece como um dos principais gargalos a organização do SUS, uma vez que esta pressupõe sistemas de gerenciamento e de planejamento integrados e, calcados nas diferentes realidades regionais.

Assim, na primeira etapa de implantação do SUS (1989-90), na qual há um fortalecimento financeiro dos municípios, concomitantemente ao estabelecimento de uma relação direta destes

<sup>278</sup> Destaca-se o pioneirismo de Campinas e Americana na municipalização da assistência à saúde. Estas experiências, conduzidas inicialmente de forma autônoma por alguns municípios de médio e grande porte, foram fruto das pressões advindas do "inchaço" das periferias urbanas, por expressivos contingentes de migrantes e de trabalhadores urbanos pauperizados no período do "milagre econômico" brasileiro.

<sup>279</sup> O projeto de regionalização do Governo Estadual, se restringiu à inauguração, em novembro de 1994, de uma central de vagas regional, abrangendo, entretanto, somente os Municípios do ERSa-27 e algumas vagas para consultas ambulatoriais.

com o nível federal, observa-se que o processo de municipalização da saúde no Estado de São Paulo vai ganhando rumos próprios.

Há um crescente movimento de autonomização dos municípios, particularmente em relação ao governo estadual, que se acentua no período seguinte (1990-1993). Nosso estudo de caso sobre a RMC, revelou importantes transformações na organização do sistema de saúde à partir da municipalização:

- Os ambulatorios públicos ganharam participação relativa em relação aos privados, passando a representar 75% do total de ambulatorios (1990). Dentre os ambulatorios do setor público, os de especialidades triplicaram entre 1985 e 1990, e continuaram se expandindo entre 1990 e 1993 (32%). O aumento da capacidade instalada na região também se expressa através da expansão do número de laboratórios e pronto-socorros municipais no período 1985- 1993.
- Em relação à capacidade hospitalar observou-se uma acanhada evolução do número de hospitais gerais no período 1984-1993. No setor privado o número de hospitais permaneceu praticamente estabilizado. Mais recentemente, observou-se forte tendência de expansão dos hospitais municipais<sup>280</sup>. Foi pequeno (2%) o crescimento do número total de leitos no período 1985-1993. Houve, entretanto, um significativo aumento na participação relativa dos leitos públicos em relação aos privados no sistema público de saúde. Isso devido ao crescente descredenciamento dos hospitais privados em relação ao SUS. Isso à despeito de trabalharem, muitas vezes, com capacidade ociosa. Observou-se também uma grande redução de hospitais e leitos psiquiátricos na região<sup>281</sup>:
- Em termos de recursos humanos (RH), observou-se o crescimento do número de contratações em todas as categorias de profissionais de saúde, mais acentuadamente de médicos, que dobraram de número entre 1990-1993. A despeito desta expansão quantitativa, a questão dos recursos humanos apresenta-se como um dos principais entraves à melhoria do SUS. Mesmo comprometendo a maior parte dos recursos financeiros da saúde com RH<sup>282</sup>, as prefeituras, de uma maneira geral, não vêm conseguindo garantir uma política salarial estável e, no caso dos municípios maiores, atribuir vantagens salariais relativas ao trabalho nas periferias. As oscilações salariais e as condições adversas de trabalho, acabam promovendo uma alta rotatividade dos profissionais, particularmente médicos, que procuram alternativas mais vantajosas no mercado. Isto representa um enorme desperdício de recursos públicos, à medida que perde-se profissionais capacitados, que foram alvo de treinamentos e já adquiriram vínculos com a população que atendem. A questão dos Rhs, no que se refere a certas especialidades médicas, é ainda mais grave. Outra questão fundamental é que, políticas inovadoras como o SUS, requerem mudanças estratégicas nos processos tecnológicos, requisitando novos perfis profissionais, novos fluxos de trabalho, métodos e ações operacionais, bem como a incorporação de novos equipamentos para implementá-los. Há, portanto, uma necessidade continuada de investimentos em novos profissionais e na capacitação gerencial. É necessário promover a modernização dos processos de gerenciamento "interinstitucional" institucional, de forma a poder agilizar as atividades meios e, qualificar o pessoal, para fazer frente às mudanças operacionais e à ampliação das funções das Secretarias Municipais de Saúde.
- As maiores transformações no sistema de saúde puderam ser observadas através dos dados relativos à sua produção. Há uma crescente concentração de consultas nos ambulatorios de

<sup>280</sup> Há pelo menos 12 Hospitais em construção ou expansão na RMC.

<sup>281</sup> Foram fechados 3 hospitais psiquiátricos na região do ERSA-27 após 1990. Isto representou uma redução de 46.5% no número de leitos psiquiátricos disponíveis e, de 45.5% no total de internações.

<sup>282</sup> Campinas, por exemplo, gasta cerca de 70% dos recursos orçamentários com recursos humanos.

"caráter público", particularmente os universitários. Em Campinas, este setor passou a responder por 91.3% do total de consultas ambulatoriais do SUS em 1993. Foi o setor que mais cresceu, elevando sua participação relativa de 16.9% (1982) para 40.8% (1993) do total de consultas<sup>283</sup>. Na região do ERSA de Campinas<sup>284</sup>, foram observadas tendências semelhantes, porém com o setor universitário tendo menos expressão. A concentração de consultas no setor público, após a implantação do SUS (1988-93), nos municípios do ERSA-27, praticamente dobrou.

- Houve um crescimento acentuado dos procedimentos odontológicos e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) na região do ERSA-27 como um todo e, particularmente em Campinas. A expansão dos SADT não se deu, entretanto, em todos os tipos de exames. Houve um grande crescimento dos exames de "raio x" e uma explosão no número de exames laboratoriais. Em contrapartida, houve uma retração de outros exames, que significou um decréscimo de quase 10% a.a. para o ERSA como um todo.
- O número de consultas nas clínicas básicas foi marcado por um movimento ascendente. Mas, a intensidade deste crescimento foi bastante distinta da verificada nas consultas de urgência/emergência, nos SADT e, nas consultas de especialidades. Isso evidencia, por um lado, que o crescimento da rede básica e do pronto atendimento não diminuiu a demanda por consultas especializadas, ao contrário. Há demanda reprimida em certas especialidades, seja pela baixa resolutividade deste modelo de assistência, centrado no pronto-atendimento, seja por pressões advindas da universalização do atendimento. A falta de hierarquização e organização regional dos serviços também é responsável pela demanda reprimida em certas especialidades, à medida que deixa aberta aos usuários, a porta dos níveis mais complexos de assistência, saturando-os com demandas de nível primário.

Evidencia-se, desta forma, um movimento de "tecnificação e emergencialização" crescentes da assistência, concomitante à perda de participação relativa das consultas nas clínicas básicas. O pronto-atendimento passa a substituir nos postos de saúde as rotinas dos programas de saúde. A sistemática de financiamento instituída pela NOBI/91 (pagamento por produção) é a responsável pelos desvios produtivistas apontados nesse trabalho.

- Há uma mudança no perfil das atividades dos ambulatórios públicos, observada no município-sede, através do aumento da participação relativa das consultas de adultos, no total de consultas realizadas. O crescimento das consultas de adultos é bem superior ao das demais clínicas básicas e das consultas especializadas.

Em relação às internações hospitalares, observou-se uma tendência de diminuição do número de internações/hab. O crescimento da rede ambulatorial pública, aliado ao aumento do número de diagnósticos, não foi acompanhado pela garantia de atendimento nos níveis mais especializados do sistema de saúde. Constatou-se uma forte repressão da demanda nos hospitais públicos, relativas a alguns tipos de internações hospitalares e SADT de alto custo. Em relação às internações do SUS, no município de Campinas, os hospitais de "caráter público" responderam, na média dos primeiros meses de 1994, por cerca de 70% do total de internações. Somente a Pucc e Unicamp atenderam 43% do total da demanda SUS por internações.

<sup>283</sup> Esta tendência tende a se acentuar, à medida que as consultas realizadas nos HUs continuam crescendo intensamente (40% entre 1990 e 1993) Em breve haverá um novo ambulatório universitário (PUCC). O restante do setor público, nesse período, também apresentou uma taxa de crescimento das consultas ambulatoriais bastante elevada, tendo sua participação relativa elevada de 40.2% para 50.5%.

<sup>284</sup> Os dados apresentados referem-se apenas aos 12 municípios do ERSA-27.

Observou-se uma clara tendência de retração dos hospitais filantrópicos, em relação à parceria com o setor público. Para contrapor-se a esta tendência, a prefeitura de Campinas desenvolveu, em termos pioneiros no Estado, a experiência de criação de uma central de vagas, em convênio com governo estadual, que complementava os valores das tabelas federais, conseguindo aumentar o número de leitos disponíveis para o SUS. Com a ruptura do convênio com o Estado, a Prefeitura, buscou, mais uma vez, de forma pioneira, criar mecanismos indiretos de financiamento, através da negociação de dívidas e/ou abatimentos de impostos e taxas municipais. Com isto, passou a garantir as vagas mínimas necessárias às internações de munícipes, em alguns hospitais da rede privada de Campinas.

Neste contexto, de busca de alternativas para viabilizar a parceria com o setor filantrópico, também é importante destacar a experiência de co-gestão que o município de Campinas desenvolve junto ao Sanatório Cândido Ferreira. Esta experiência, serve como exemplo de parceria bem sucedida entre o setor público e o setor privado filantrópico, apontando para novas possibilidades de convivência entre ambos. Para que esta e, outras possibilidades, possam se desenvolver, no campo da gestão dos serviços públicos de saúde, é necessário, entretanto, que o processo de descentralização tenha prosseguimento, através da colocação em prática da NOB/SUS/93, que garante a transferência gradativa da gestão do sistema, do nível federal para o nível municipal.

O quadro acima nos dá a dimensão das conquistas que a municipalização da saúde trouxe para a RMC. Apesar dos gargalos ainda existentes e, da falta de efetividade de uma assistência baseada no pronto-atendimento, são notáveis as conquistas advindas do processo de municipalização da saúde, em termos da expansão e da diversificação da assistência prestada.

Isto foi possível porque os governos municipais, foram favorecidos pela reforma tributária, que propiciou o aumento das receitas e do nível de gastos. Houve um aumento da participação das receitas das esferas locais, em relação ao total das receitas tributárias nacionais. Isto se deu através do aumento da sua capacidade de tributação e, do aumento das transferências estaduais e federais (automáticas e negociadas).

O aumento das transferências negociadas, nos anos 80, possibilitou, ainda que de forma diferenciada e heterogênea, um ressurgimento da administração local das políticas sociais. As transferências negociadas foram os principais mecanismos operacionais dos chamados Fundos Sociais, criados nos anos 70. Estes fundos, passaram a ser importantes fontes extra-orçamentárias de financiamento de programas governamentais na área social. Esses passaram também a contar, cada vez mais, com recursos advindos das próprias esferas locais.

No entanto, as pressões municipalistas, aliadas ao acirramento da crise fiscal, no início dos anos 90, vem promovendo um progressivo esgotamento do modelo de descentralização da gestão das políticas sociais, baseado em transferências negociadas. Isto porque, de um lado, a Constituição de 1988 aumentou os recursos das esferas locais, enfraquecendo a base de recursos disponíveis para a União e, de outro, as preocupações com a estabilização da economia e, seus reflexos na gestão orçamentária, trazem limitações crescentes a esta forma de relacionamento "intragovernamental".

Por outro lado, fortaleceram-se os governos locais, aos quais a Constituição atribuiu competências tributárias exclusivas, incidentes sobre bases econômicas sólidas e abrangentes, aliadas a ampla liberdade para legislar, coletar, gerir e gastar os recursos. A Constituição também elevou a participação destas esferas na arrecadação de impostos dos níveis superiores de governo, vedando-se vinculações e tornando mais transparentes os cálculos e repasses.

Concomitantemente ao aumento das transferências constitucionais, há fortes indícios de que os municípios investiram no incremento das receitas próprias. Essa arrecadação teria explicado, juntamente com o aumento das transferências do ICMS, a maior parte do aumento da receita

líquida municipal ocorrida entre 1988-91, superando, por larga margem a influência do FPM (salvo nos pequenos municípios). Por outro lado, os ganhos constitucionais das esferas locais vão sendo corroídos pelo desinteresse da União para com as bases de arrecadação dos Fundos de Participação (IR e IPI), pela desatualização dos critérios de rateio e, pelo crescimento dos fluxos "extra-tributários" de financiamento, baseados no aumento de contribuições sociais.

Os critérios de rateio dos Fundos de Participação (FPE e FPM), passaram a não mais refletir a dinâmica da produção e da população brasileira. Desconsideraram a desconcentração regional e "intra-regional" que, promoveu uma diminuição da diferenciação do produto per capita entre as regiões brasileiras. Privilegiam os municípios de menor porte, em detrimento das grandes aglomerações populacionais, onde se concentram as carências de infra-estrutura urbana e os bolsões de miséria. Assim, as cidades de grande e médio porte, as regiões metropolitanas e os governos estaduais, encontram-se mergulhados em dificuldades financeiras, incapazes de responder de maneira satisfatória, às demandas sociais de sua população<sup>285</sup>.

O período pós constitucional é marcado, desta forma, por um duplo movimento: por um lado a descentralização tributária e, por outro, um movimento de "recentralização", consubstanciado na busca de recuperação de receitas, empreendida pelo governo federal, através do aumento das contribuições sociais e demais impostos não partilhados. Desta forma, a lógica que preside a reestruturação tributária brasileira é a de uma acirrada disputa entre os entes federativos, que acaba resultando na elevação da carga tributária total. Isto ocorre num contexto de absoluta dispersão, descoordenação e descontinuidade dos gastos, além da inadequação das fontes de financiamento à natureza das atividades financiadas, como é o caso da seguridade social.

Na RMC, as receitas totais dos municípios praticamente dobraram, ao longo da década de 80. No entanto, à despeito do movimento geral de melhoria da situação municipal, há diferenças marcantes no comportamento das receitas, entre os diversos municípios. O impacto das reformas constitucionais se fez sentir na RMC, através do crescimento tanto das receitas tributárias próprias, como das transferências estaduais e federais.

As transferências federais cresceram na RMC cerca de 50%, em termos absolutos, entre 1985 e 1990, embora sua participação relativa tenha se mantido praticamente inalterada, em função do crescimento dos outros componentes da receita. A partir de 1991, observa-se uma tendência de queda relativa e absoluta destas transferências no total das receitas municipais da região. A receita tributária própria (RTP) cresceu 32.6% entre 1985 e 1990, mas é em 1991 que ela salta de patamar, crescendo 71.5%. (patamar mantido em 1992). A participação relativa das RTP, no contexto da receita total da região, cresceu a partir de 1990, à despeito do enorme crescimento das transferências estaduais verificado neste período.

Este aumento das receitas municipais correspondeu um aumento das despesas, em especial, das despesas sociais. O gasto social global (per capita) no Brasil, na década de 80, apresentou dois movimentos distintos: uma forte queda no primeiro quinquênio, contrarrestada, na segunda metade da década, por uma pródiga elevação. Esta, ocorre num contexto de descentralização, no qual o aumento dos gastos sociais tem com base recursos próprios das esferas locais e, também o aumento da responsabilidade sobre o gasto, baseado no aumento das transferências federais para estas áreas. Estados e municípios aumentaram sua participação no gasto social global.

O crescimento das despesas sociais per capita na segunda metade dos anos 80, nos municípios do Estado de São Paulo foi muito significativo (81%). A RMC apresentou uma taxa de crescimento de 93%, mais alta que os valores médios do Estado e da RMSP.

<sup>285</sup> "A questão tributária e a federação" Dain Sulamis In Seminário Internacional "Impasses e Perspectivas da Federação no Brasil" IESP/FUNDAP S.P.. mimeo maio / 1995.

No período recente (1990-93), aumento ainda mais o comprometimento financeiro municipal com os gastos sociais, concomitantemente à retração do gasto nos demais níveis de governo. Na RMC, os gastos sociais cresceram e 1991, 18% em relação ao ano anterior; em 1992, 20% e, em 1993 apresentaram um crescimento menor (5%). A participação relativa do gasto social no total do gasto municipal também cresce<sup>286</sup>. O gasto social per capita médio na RMC foi de US\$ 219 neste período.

Observa-se, ainda uma mudança na composição relativa das despesas sociais, particularmente no período pós constitucional. Isto foi verdadeiro tanto para o Estado de São Paulo, como para a região de Campinas, onde há uma elevação da participação relativa dos gastos com as funções "educação e cultura" e "saúde e saneamento", concomitante à redução da participação dos gastos com "habitação e urbanismo". A função "saúde e saneamento" foi a que apresentou o maior crescimento em termos absolutos e relativos.

Conclui-se, portanto, que os municípios da região de Campinas, concomitantemente ao processo de descentralização tributária e, ao aumento de suas receitas tributárias próprias, passaram a gastar cada vez mais com as funções sociais. Isto evidencia que os municípios estão assumindo os novos encargos que lhes foram atribuídos à partir de 1988, referentes, sobretudo, ao desenvolvimento de políticas de cunho social.

Dentre os gastos sociais, destaca-se o crescimento dos gastos municipais com saúde. A nível agregado brasileiro, estes gastos, como percentagem das receitas próprias (incluindo o FPM) passaram de 6.3% para 8.2% (1989-92). Concomitantemente, houve significativa queda dos gastos federais com saúde, como percentagem das suas receitas próprias (receita do tesouro + receita previdenciária), que caíram de 17.8% para 11.1% no mesmo período.

Em termos de volume de recursos, as despesas federais foram reduzidas de um patamar de US\$ 11.6 (1987), para US\$ 10.3 bilhões (1990), chegando a US\$ 7.2 bilhões (1992)<sup>287</sup>. Ou seja, os recursos federais foram reduzidos em 38.2% entre 1987 e 1992, enquanto o gasto federal per capita caiu de US\$ 80.3 para US\$ 44.3 nesse período. O pico do gasto federal com saúde foi o ano de 1989, quando se atingiu a casa dos US\$ 12.4 bilhões, correspondente a 2.5% do PIB.

Em relação aos gastos estaduais, à partir de 1987 a função saúde muda de patamar, subindo para 7.7 (1987), 12.7% (1989) e 12% (1990) do gasto total. Este movimento ascendente é explicado, principalmente, pelo aporte de recursos transferidos da esfera federal, mas também pelo crescente comprometimento de recursos estaduais.

Com a "recentralização" promovida pelo governo Collor, o gasto estadual com o setor saúde caiu 46.4% entre 1990 e 1991. Em 1993 representava 61.2% do gasto estadual com saúde em 1990. Os recursos do FUNDES, que consubstanciavam as transferências federais para o Estado de São Paulo caíram em 1991, 83% em relação a 1990, chegando a representar em 1992 e 1993, cerca de 9% e 13% respectivamente do que representavam em 1990.

Mas, à despeito da retração dos recursos federais e estaduais para a saúde, não se pode perder de vista a importância e a magnitude destes recursos, no montante global de recursos empregados no setor. Entre 1980 e 1992 os recursos da União nunca foram responsáveis por menos do que 70% dos gastos públicos totais com o setor saúde. Para se compreender a atual crise de financiamento da saúde é necessário, portanto, analisá-la no contexto do Orçamento da Seguridade Social (OSS), que integra, à nível federal, os recursos da saúde, previdência e assistência social.

<sup>286</sup> O gasto social passa de 72,3% do total do gasto em 1990 para 74,8% em 1991; 76,3% em 1992 e 71,9% em 1993.

<sup>287</sup> Em 1993 houve uma certa recuperação dos gastos federais com saúde, que passaram a US\$ 9.2 bilhões.

De acordo com seu desenho constitucional, o OSS é financiado, indistintamente, com receitas oriundas, basicamente, das contribuições sobre a folha de salários, sobre o faturamento e sobre o lucro. Desde a sua criação, houve um significativo aumento das contribuições sociais, que aumentaram a sua participação na arrecadação federal de 29% (1988) para 38% (1993) do total arrecadado. Este crescimento das contribuições evidencia a estratégia do governo federal de elevar as arrecadações não partilhadas com as demais instâncias de governo.

Em relação à repartição dos recursos da seguridade entre os setores que a compõem, a Lei Orgânica da Saúde (LOS)<sup>288</sup> não definiu critérios de partilha. A definição da destinação dos recursos entre os vários setores<sup>288</sup>, passou a ser feita através de negociação em cada LDO e Lei de Orçamento Anual. Em 1992 e 1993, esta composição incluiu uma certa especialização de fontes, que foi definida, na prática, através de um acordo entre as lideranças partidárias. Ou seja, criou-se uma vinculação preferencial entre tipos de fontes e setores da seguridade social.

Assim, a LDO de 1992 destinou a quase totalidade do FINSOCIAL para o setor saúde. Mas, o questionamento judicial do FINSOCIAL<sup>289</sup>, que levou muitas empresas a depositarem os recursos em juízo, bem como a sua substituição pela Contribuição para o Financiamento da Seguridade (COFINS), que se enquadrava melhor aos preceitos constitucionais, foram fatores que contribuíram para que os recursos destinados à saúde em 1992 fossem insuficientes. Em função disso, o gasto federal com a saúde registrou quedas nunca antes observadas.

Ou seja, a indefinição relativa à partilha dos recursos destinados às três áreas que compõem o OSS, acabou por permitir que a saúde vivenciasse, à partir de 1993, a mais grave crise financeira de sua história. Isto à revelia da própria LDO de 1993, que estabeleceu que seriam repassados ao Fundo Nacional de Saúde, recursos equivalentes a 15.5% da arrecadação sobre a folha de salários. No entanto, descumprindo-se a própria LDO, deixou-se de efetivar os repasses da previdência à saúde já em maio de 1993. Em consequência, aprofundaram-se as dificuldades financeiras do setor saúde, à medida que este passou a depender da disponibilidade de caixa do Tesouro, numa conjuntura de restrição monetária e fiscal, que compõe a estratégia de estabilização da economia. A consequência imediata foi que o nível de gasto federal com o setor saúde em 1993, foi 10.7% inferior ao realizado em 1980.

Em 1994, a problemática financeira da seguridade social agravou-se, com a criação do Fundo Social de Emergência (FSE) que, desvinculou parte importante dos recursos constitucionalmente destinados às áreas sociais. A "maior flexibilidade na alocação dos recursos", que justificou a criação do FSE, acabou por redundar, recentemente, na destinação, pelo governo federal, do "excesso" da arrecadação da contribuição sobre o faturamento, para pagamento de seus próprios compromissos.

Conclui-se, portanto que, a crise de financiamento do setor saúde é apenas a face aparente de uma crise maior, a da estrutura de financiamento da própria seguridade social, nos moldes em que foi concebida pela Constituição de 1988. Os desvios do OSS para o Tesouro, via FSE, num contexto de aumento das contribuições sociais que, deveriam financiá-la, exprime uma estratégia federal de compensar as perdas tributárias impostas pela Constituição de 1988. Expressam também uma estratégia de contenção fiscal, desencadeada sobre os elos mais fracos das políticas públicas: as políticas sociais e, no seu interior, as políticas de saúde e assistência social.

<sup>288</sup> À exceção do seguro-desemprego que, embora inserido na seguridade social, possui fonte específica de financiamento.

<sup>289</sup> Argumentava-se que, como contribuição social, o Finsocial não tinha uma destinação específica, funcionando como mais um imposto. Argumentava-se também que representava uma bi-tributação, dado que o PIS/PASEP tinha a mesma base de incidência.

Tabela 21

Região de Campinas/Área de Metropolização

Estabelecimentos de Saúde: Gerais e Especializados, com e sem Internação - 1985, 1987 e 1990

MUNICÍPIOS	ESTABELECEMENTOS DE SAÚDE (1)								Taxa de Crescimento 1985/90 (%)
	TOTAL			GERAL E ESPECIALIZADO					
	1985	1987	1990	com internação		sem internação			
			1985	1990	1985	1990			
Americana	25	24	29	6	6	19	22	16,0	
Artur Nogueira	7	7	8	1	5	3	0	14,3	
Campinas	137	129	125	19	24	91	79	-8,7	
Cosmópolis	3	4	4	1	1	2	2	33,3	
Indaiatuba	9	12	13	2	2	5	8	44,4	
Jaquariúna	3	3	3	0	0	1	1	0,0	
Monte Mor	4	4	4	0	0	2	4	0,0	
Nova Odessa	2	2	3	0	0	1	3	50,0	
Paulínia	7	8	8	2	2	5	6	14,3	
Pedreira	5	5	5	1	1	4	4	0,0	
Sta. Bárbara D'Oeste	13	12	16	0	1	4	14	23,1	
Santo Antonio da Posse	2	2	2	0	0	1	1	0,0	
Sumaré	17	17	18	0	1	16	17	5,9	
Valinhos	12	14	14	1	1	5	12	16,7	
Vinhedo	10	10	9	1	1	6	8	-10,0	
Região de Campinas	256	253	261	34	45	165	181	1,95313	

Fonte: IBGE; Estatísticas da Saúde - Assistência Médico-Sanitária, 1985,1987,1990.

Elaboração própria

(1) Incluem Postos de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas, Clínicas ou Postos de Assistência Médica, Pronto-Socorros e Hospitais.

Tabela 22

Região de Campinas/Área de Metropolização

Evolução do Número de Unidades Públicas de Saúde sem Internação (1985-93)

	UBS			Ambulatório de Especialidades			PS		93
	85	90	93	85	90	93	85	90	
Municípios da Região de Campinas	85	90	93	85	90	93	85	90	93
Americana (*1)	10	13	16	1	1	2	-	2	3
Artur Nogueira	1	4	2	-	-	1	-	-	1
Campinas (*2)	38	36	40	2	5	7	1	1	1
Cosmópolis	1	2	3	-	1	1	-	-	1
Engenheiro Coelho	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Holambra	-	-	1	-	-	1	-	-	-
Hortolândia (*3)	-	-	4	-	-	1	-	-	-
Indaiatuba	3	5	5	-	1	1	-	-	1
Jaquariúna (*4)	1	1	1	-	-	-	-	1	1
Monte-Mor (*5)	2	3	4	-	-	1	-	-	1
Nova-Odessa	1	3	3	-	1	1	-	1	1
Paulínia	3	3	3	1	1	1	1	1	1
Pedreira	2	2	3	-	1	1	1	1	1
Santa Bárbara D'Oeste	3	7	10	-	1	1	1	1	1
Santo Antônio da Posse (*6)	1	1	1	-	-	-	-	1	1
Sumaré (*7)	9	14	9	-	1	1	1	1	1
Valinhos (*8)	3	7	11	1	1	1	1	1	1
Vinhedo	3	5	7	-	1	1	1	1	1
Região de Campinas	81	106	124	5	15	22	8	12	14

Fontes: Prefeituras Municipais, CIS/SES

Elaboração própria

\*1 - Americana possuía em 1993, 2 postos de saúde que funcionavam como PS e possuíam leitos de observação

\*2 - Dados relativos a 1984. Existiam além destes, mais 4 postos de saúde da PUCC e 2 centros de atenção psicossocial.

Em 1993 o Município possuía também 1 centro de apoio sorológico

\*3 - Em Hortolândia 3 postos funcionam como P.A. e um como unidade mista (1993)

\*4 - Com a inauguração em 1994 de parte do prédio do Hospital Municipal a Unidade Mista de Jaquariúna deu lugar a um PS e a um ambulatório de especialidades

\*5 - Em Monte Mor o pronto socorro privado pertence ao Hospital Coração de Jesus mas é subvencionado pela Prefeitura

\*6 - A UBS de Santo Antônio da Posse funciona como Pronto-Atendimento, unidade mista e Pronto-Socorro (1993)

\*7 - O PS e o ambulatório de especialidades de Sumaré foram reestruturados em 1993. Sumaré possui também uma unidade de saúde mental

\*8 - Valinhos possui ainda um centro de apoio psico-pedagógico (1993)

Dessa forma, ao invés de dar continuidade ao processo de descentralização dessas políticas, o governo federal vem postergando este processo, na tentativa de manter o controle centralizado de parte do OSS, que lhe tem permitido efetuar um tipo de ajuste fiscal duplamente regressivo. Em primeiro lugar porque o aumento das contribuições sociais sobrecarrega os contribuintes da base da pirâmide (assalariados e consumidores em geral), em segundo, porque reduz o gasto em setores que consubstanciam importantes conquistas sociais da Constituição de 1988.

A crise do setor saúde só não foi pior, devido ao movimento de descentralização tributária, que permitiu o aumento da participação municipal no financiamento da saúde. O ritmo de crescimento dos gastos líquidos municipais com saúde, em termos absolutos, foi muito mais intenso do que o verificado com os gastos estaduais. Enquanto os gastos municipais, a nível nacional, mais que dobraram na década, em termos de participação no PIB (de 0,17% para 0,38%), os gastos dos estados apenas passaram de 0,42 para 0,49%.

Nosso estudo do caso da região de Campinas busca evidenciar o equívoco dos que acreditam que a descentralização de recursos para as esferas municipais teria ocorrido sem a concomitante descentralização dos encargos. Nosso estudo mostra que, nessa região, a participação municipal chegou a superar a participação estadual, ganhando grande importância no contexto do gasto global com saúde, à despeito das diferenças existentes no interior da RMC.

No período 1985-90 houve um crescimento dos gastos municipais líquidos com saúde (GMLS) de 374%<sup>290</sup>. O GMLS continua crescendo até 1993, num ritmo ainda mais intenso, concomitantemente à contração dos gastos federais e estaduais com saúde.

Se considerarmos os gastos municipais líquidos per capita, a RMC gastava US\$ 5.7 hab /ano (1985), passando a US\$ 22.7 (1990) e a US\$ 41.6 em 1992, caindo um pouco no ano seguinte (US\$ 33.4). Guardando-se as devidas ressalvas<sup>291</sup>, podemos afirmar que os valores dos gastos municipais (brutos) per capita na região de Campinas equivaleram em 1991, aos valores dos gastos federais per capita, ultrapassando-os em 1992. E que, em termos líquidos, teriam se aproximado bastante em 1992. Isto se explica pela queda dramática do gasto federal per capita entre 1989 e 1992, quando caem quase pela metade, vis a vis ao movimento ascendente do GMLS.

Em relação à participação relativa das transferências (federais e estaduais) no conjunto dos gastos orçamentários municipais com saúde, evidencia-se um aumento da sua participação relativa no período 1985-90 (de 13% para 25%). No período recente, entretanto, apesar de terem apresentado um pequeno crescimento, em termos absolutos, perderam participação relativa, devido ao crescimento dos recursos próprios municipais.

Os dados de 1992 revelam que os municípios da região, arcaram, em média, com 84.5% do custeio do SUS municipal. As transferências federais representavam 10.9% das despesas municipais realizadas com programas de saúde. Somadas a outras transferências federais (2.35) totalizaram 13.3% do total de despesas municipais. As transferências estaduais representaram apenas 2.1% do total destas despesas.

A participação dos GMLS nas receitas municipais em 1990 girava em torno de 10% do total da receita. Continuou subindo de lá para cá (15% em 1993). Isto evidencia o fato de que, na RMC,

<sup>290</sup> É necessário considerar, entretanto, que estes valores encontram-se subestimados para o ano de 1985, uma vez que não foi possível obter os Balanços Municipais dos municípios de Paulínia e Pedreira relativos a este ano.

<sup>291</sup> Os valores utilizados para o gasto federal per capita estão em dólares médios de 1992 e os dos gastos municipais, em dólares médios de 1993.

os municípios comprometem recursos acima do nível mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde (10% de suas receitas).

Entretanto, há diferenças bem acentuadas nos níveis de comprometimento das receitas municipais com o GMLS entre os municípios da região, no decorrer do período estudado. Em 1985, nenhum Município atingia o patamar de 10% do total do gasto. Em 1993, a situação é bem diferente: metade dos municípios da região gastavam mais de 10% com saúde, sendo que quatro deles gastaram acima de 15%<sup>292</sup>. A outra metade gastou percentuais entre 6% e 10%. Ou seja, abaixo das recomendações do M.S., mas acima do patamar anterior à municipalização (3%).

O GMLS no município de Campinas que era de 2.4% (1985) da receita total, sobe para 12.7% (1990) e 21% (1993). Também chama a atenção o empenho dos novos municípios: Engenheiro Coelho e Holambra gastaram em 1993 acima de 20% de suas receitas com saúde. Hortolândia gastou um percentual menor (10.7%), que, entretanto, incide sobre uma das maiores receitas da região.

Uma correlação interessante é a da participação do GMLS nas receitas tributárias próprias. À despeito do intenso crescimento que estas receitas tiveram a partir de 1990, o GMLS manteve um alto percentual de participação, (46% em média no período 1990-92). Ou seja, o GMLS passa a consumir a partir de 1990, quase a metade das receitas tributárias próprias dos municípios da região, num contexto de acelerado crescimento das mesmas.

Apesar da incontestável relevância dos governos estaduais e, particularmente, do governo federal, no financiamento e, na definição dos rumos da política de saúde, podemos afirmar que, nos últimos anos (1990-93), uma nova realidade vem surgindo, particularmente nas regiões mais ricas do país. Nela, o papel dos municípios deixa de ser o de um mero coadjuvante, para ganhar cada vez maior centralidade, tanto no financiamento, como na definição dos rumos da política de saúde.

Esse processo de aprofundamento da municipalização vem ocorrendo, mais como uma resposta municipal à crise do setor, do que a um avanço planejado no processo de descentralização, a partir do nível federal. Na prática, o período aqui estudado é marcado, por um forte retrocesso federal, em relação ao processo de descentralização. Este movimento é engendrado por forças políticas retrógradas, que deram sustentação ao governo Collor e, encontram-se ainda aliadas ao atual governo, buscando reverter parte dos avanços constitucionais, que se referem a conquistas de benefícios sociais.

Face à turbulência enfrentada pelos municípios nesse período, no qual a municipalização da saúde é seguida da retração dos recursos para custeio do SUS, por parte das instâncias superiores de governo, observa-se, a gestação de um quadro de crise generalizada no sistema público de saúde. Nos municípios da RMC, que guardam entre si grande heterogeneidade, esta crise foi evitada através de um enorme comprometimento dos recursos municipais com a saúde. Este esforço financeiro municipal resultou na alteração da composição de recursos de financiamento da saúde entre as esferas de governo:

No custeio global do SUS regional (ERSA -27)<sup>293</sup>, em 1992<sup>294</sup>, o governo federal respondeu por cerca de 43.4% dos recursos totais gastos. O governo estadual gastou 25% do total e, os

<sup>292</sup> São os seguintes os municípios cujo GMLS ultrapassa o patamar dos 15% do total das despesas: Holambra (21.9%); Engenheiro Coelho (18.9%); Artur Nogueira (16.7%) e Campinas (15.4%).

<sup>293</sup> O ERS -27 é composto por 12 municípios dos 18 considerados neste trabalho como pertencentes à RMC (ver Cap. III).

<sup>294</sup> Fonte: ERS -27.

municípios 31.6%. Isto significa que, enquanto, nas contas nacionais, as esferas locais estavam respondendo, em média, por cerca de 12% do total do gasto com saúde<sup>295</sup>, na região de Campinas, os municípios responderam por 31.6% do total do gasto. Ou seja, quase o triplo do gasto municipal médio com saúde no país. Os gastos municipais ultrapassaram a participação do nível estadual no financiamento do SUS que, como vimos, concentrou-se fortemente em um único estabelecimento de saúde: o Hospital da Clínicas da Unicamp.

Do ponto de vista do gasto, o município de Campinas consumiu cerca de 29% do total de recursos regionais; o HC/Unicamp 34.8% e o HC/Pucc 4.8%. Somados, esses dois hospitais universitários consumiram quase 40% do total de recursos gastos pelo SUS na região. O gasto com os HUs superou os gastos com os demais municípios do ERSA-27 (32%). É interessante observar que o Hospital da Unicamp consumiu mais recursos que o município de Campinas, ou que o conjunto dos municípios do ERSA-27 (excluído Campinas). Dos recursos consumidos pelo HC/Unicamp em 1992, 62.8% eram oriundos do Governo do Estado e o restante da União. Do total de recursos do Estado destinados à região de Campinas (ERSA-27), o HC consumiu cerca de 88%.

Em relação ao custeio do SUS municipal de Campinas, 48.8% tiveram origem no orçamento municipal; 1.6% no orçamento estadual e, o restante, no nível federal (49.6%)<sup>296</sup>. Ou seja, em 1992, o SUS municipal de Campinas era praticamente financiado metade pelo município e metade pela União<sup>297</sup>.

Esse elevado grau de participação municipal no financiamento da saúde, garantiu um também elevado grau de autonomia municipal na condução da política de saúde, particularmente no que se refere às relações com o nível estadual. A crescente autonomização municipal contribuiu para a não efetivação da regionalização. Pode-se afirmar que não houve uma firme vontade política por parte dos atores envolvidos, em relação ao assunto.

A continuidade do processo de municipalização requer, portanto, uma série de ponderações acerca dos limites da atuação municipal, sob pena de se inviabilizar a construção do SUS.

A discussão dos limites da atuação municipal se restringiu, neste trabalho a dois aspectos, ambos relativos à ausência de regionalização: a falência do projeto de regionalização do Governo do Estado de São Paulo e, o concomitante desenvolvimento de um modelo "municipalista" de assistência à saúde, no período recente (1990-1993).

Um dos problemas mais graves diagnosticado, devido a falência do projeto de regionalização estadual, é o do agigantamento dos hospitais universitários (HUs). Em função de representarem importantes referências para a rede de saúde regional, os HUs se agigantaram, particularmente o HC / Unicamp. Este, tende a concentrar cada vez mais recursos, num efeito "bola de neve", aprisionando grande parte do fluxo de recursos estaduais para a região.

O HC/Unicamp, como instituição autônoma em relação ao SUS, voltada primordialmente para a pesquisa e ensino, não está estruturado para funcionar como hospital regional de referência. Mas, por funcionar como tal, acaba servindo de desaguadouro para toda a desorganização e ineficácia do SUS, desviando-se de suas funções primordiais. Isto faz com que, à despeito de ter consumido cerca de 35% do total de recursos destinados à saúde na região de Campinas (Ersa-27) em 1992,

<sup>295</sup> Médici, André C.

<sup>296</sup> A análise dos dados relativos à março de 1993 confirmam estes percentuais: 49.5% de recursos orçamentários da Prefeitura; 49% do Governo Federal e 1.5% do Governo Estadual.

<sup>297</sup> Em relação aos recursos pagos diretamente aos prestadores, pelo Ministério da Saúde, a distribuição foi a seguinte: Universidades e Hosp.Municipal Mário Gatti (41%); Prefeitura (40%) e setor privado (19%).

o HC acabe prestando, na maior parte das vezes, uma assistência de nível primário e secundário. Esses níveis menos complexos de assistência poderiam ser resolvidos a um custo muito inferior, à medida que não exigem o nível tecnológico e de especialização existente no HC. Parcela dos recursos ali consumidos poderia ser direcionada para a reorganização do SUS e, para o custeio de outras unidades hospitalares de nível secundário.

Outro importante sub produto da falência do projeto de regionalização, na RMC, foi o desenvolvimento de um modelo de assistência "municipalista". Este modelo tem por base o movimento de expansão da assistência à saúde, capitaneado na atualidade pelos próprios municípios, sem a observação de qualquer lógica de regionalização. Esse modelo potencializa as distorções já existentes que, se originam no fato da rede de serviços existente, não ter sido constituída segundo uma racionalidade que, contemplasse a hierarquização e a regionalização dos níveis de assistência. De acordo com este modelo, os municípios tendem a assumir níveis mais complexos de assistência, buscando a auto-suficiência. O modelo "municipalista", responde às pressões advindas dos municípios, no sentido de que sejam supridas as lacunas existentes no sistema de saúde municipal. Responde também a uma outra ordem de interesses presentes no jogo político municipal, como por exemplo, a disposição dos Prefeitos para a realização de obras públicas que, ao mesmo tempo dêem visibilidade à administração e, alimentem os interesses de empreiteiras, sempre dispostas a contribuir nas campanhas eleitorais.

Os estrangulamentos na oferta de serviços hospitalares de nível secundário e, de SADT no SUS regional leva os municípios a desejarem ter seu próprio hospital. Entretanto, a viabilidade, a prioridade, bem como a definição do grau de complexidade da assistência a ser prestada, deveria ser discutida à partir de um planejamento regional. O modelo "municipalista", ao perder de vista a perspectiva regional, corre o risco de inviabilizar-se, pois a tomada de decisão no âmbito municipal é permeada de impasses, tais como: a possibilidade de não conclusão das obras; o risco de subutilização e, sobretudo, as incertezas relativas ao custeio dos grandes equipamentos de saúde. Caberia ao nível estadual o papel de organizador regional do sistema de saúde. Ficariam sob seu controle, os equipamentos de maior grau de complexidade que, em função de seus custos mais elevados, teriam com a regionalização, uma relação custo-benefício otimizada.

Este avanço municipal nos níveis de assistência mais complexos, parece ter como horizonte a possibilidade de criação de um "mix" de fontes de financiamento para os hospitais municipais. Este "mix" de recursos financeiros se basearia, em parte, em recursos do orçamento municipal e, nas transferências de outras esferas de governo e, outra parte, em recursos oriundos do estabelecimento de convênios próprios ou particulares. Ou seja, uma das possibilidades que se abre para estes municípios é a do setor público passar a atuar numa dupla lógica: pública, para a população dependente do SUS e, privada, para a clientela que pode pagar pelos serviços. Desta forma, os hospitais municipais, transformados em unidades de gestão semi autônomas (fundações ou autarquias) poderiam diferenciar os serviços prestados, passando a operar convênios próprios ou estabelecer vínculos de prestação de serviços com empresas ou planos privados de saúde.

Estas e outras alternativas de diversificação das fontes de financiamento, por parte dos municípios da região, se apoiam na sólida base industrial da maior parte destes municípios. Também há a possibilidade de uma nova reforma fiscal e tributária, que os beneficie. Estes fatores são francamente favoráveis ao desenvolvimento de um modelo "municipalista" de assistência à saúde.

O modelo "municipalista", entretanto, ao englobar níveis de maior complexidade, sem uma perspectiva regional, promove uma pulverização de recursos públicos, já escassos. Tais recursos, se alocados segundo um plano regionalizado de investimentos, tornariam o custo-benefício mais efetivo, beneficiando globalmente a região e, não alguns municípios, isoladamente.

O modelo "municipalista", além de ser irracional, se observado de uma perspectiva regional, enfrenta sérias barreiras para se constituir, particularmente no contexto de uma região

metropolitana. Uma delas é a própria dificuldade de se estabelecer barreiras à entrada das demandas intermunicipais.

Esta é uma questão tipicamente metropolitana. Enquanto os municípios maiores e/ou mais bem equipados buscam dificultar ou impedir o acesso de não munícipes aos serviços municipais financiados, em boa parte, com recursos do próprio município<sup>298</sup>, outros preferem investir em ambulâncias para exportar suas demandas para os vizinhos. Alguns municípios estão fechando as portas do sistema municipal. Este é o caso de Americana, onde se exige comprovação de residência para atendimento pela Fundação Municipal de Saúde de Americana (FUSAME) e, deverá, em breve ser realidade também em Paulínia.

O desenvolvimento deste modelo "municipalista" de assistência, no contexto do processo de implantação do SUS, se deveu a uma série de fatores, dentre os quais destacamos:

- o fortalecimento financeiro dos municípios na década de 80, particularmente após a reforma tributária de 1988
- a retração dos recursos federais e estaduais para o financiamento da saúde nos últimos anos
- a falência do projeto de regionalização do Governo do Estado, de suma importância para o avanço e racionalização do SUS
- as dificuldades de organização autônoma dos municípios, no sentido de estabelecerem parcerias, através de contratos, convênios ou outras formas associativas
- os obstáculos de ordem político-partidária, que dificultam o entendimento entre municípios, com fortes "inter-relações" sócio-econômicas e, interdependência no campo dos serviços sociais e urbanos
- a instituição das NOBs / SUS /91 e 92, que acirraram a competição entre os municípios, ao criarem fatores de estímulo ao desenvolvimento das redes municipais
- a inexistência de uma instância regional forte, na qual as prioridades definidas através de um processo de planejamento ascendente e integrado, possam ser debatidas e deliberadas.

A reversão do modelo "municipalista" requer uma vigorosa investida do governo estadual e/ou do conjunto dos municípios da região, no sentido de efetivamente implantar a regionalização. Isto porque, a perspectiva regional, não pode ser atingida à partir de uma perspectiva municipal e, dificilmente poderá ser obtida através da liderança isolada do município-sede. É necessária a participação do Estado na criação de mecanismos compensatórios, como as Câmaras de Compensação e outros, que possibilitem aos municípios com redes de saúde melhor estruturadas, serem ressarcidos pelo desempenho do papel de polo regional.

Mas o processo de regionalização da assistência à saúde se insere em um movimento mais amplo de revisão da própria estrutura regional do Estado. Este é um passo imprescindível no processo de descentralização que o país vem vivenciando. Sua consecução depende não só de vontade política estadual, mas também do posicionamento municipal, no sentido da superação dos modelos "municipalistas", em favor da regionalização.

Em resumo, o processo de municipalização da saúde vive hoje um importante dilema: ou avança na promoção da regionalização, através de uma vigorosa atuação "concertada" entre estado e

<sup>298</sup> Este é o caso de Americana, Paulínia e, em menor escala, de Campinas, Valinhos, Vinhedo e Indaiatuba.

municípios, ou se permite um avanço da municipalização, acentado numa extrema autonomização municipal. Isto significaria a negação do SUS, pelo que denominamos modelo "municipalista" de assistência à saúde.

As ações coordenadas entre estes níveis de governo, deveriam compor arenas decisórias específicas a nível regional, nas quais as prioridades setoriais seriam definidas e deliberadas. No campo da saúde, estas arenas seriam constituídas pelos Conselhos Regionais de Saúde. As arenas decisórias setoriais, por sua vez, estariam submetidas a um Conselho de Desenvolvimento Regional. No caso das regiões metropolitanas, o Conselho de Desenvolvimento Metropolitano, que compatibilizaria as diferentes propostas setoriais, definindo prioridades e, deliberando sobre a distribuição do orçamento estadual para a região e as correspondentes contrapartidas municipais.

No entanto, a institucionalização da regionalização vem se arrastando governo após governo, sem que tais instâncias sejam, enfim criadas. A despeito do reconhecimento de sua necessidade, do ponto de vista teórico, parece não haver uma articulação mais concreta de interesses em torno desta questão. Provavelmente porque, a regionalização envolve perda do poder de negociação caso a caso, que instrumentaliza o clientelismo político. Ou ainda porque, significa maior transparência e democratização das arenas decisórias.

Enfim, o encaminhamento de soluções conjuntas para problemas metropolitanos / regionais ainda é uma experiência recente e pouco efetiva. Dentre as iniciativas conjuntas, ocorridas na RMC destaca-se a criação do Consórcio Intermunicipal das Bacias do Piracicaba e Capivari, fundado em 1989, em Americana. Houve outras tentativas, sem êxito, de consorciamento para construção de um aterro sanitário na região de Jaguariúna e, de um consórcio para apoiar a Santa Casa de Sumaré. Observou-se também uma tentativa de organização mais ampla dos municípios, através da criação de um Consórcio Metropolitano, liderada por Campinas, que, entretanto, não chegou a se consolidar. O baixo grau de institucionalização, aliado ao esvaziamento das estruturas regionais existentes, estão a exigir urgência nas decisões da Assembléia Legislativa paulista na aprovação da legislação complementar<sup>299</sup> que, define os municípios que deverão compor as regiões metropolitanas do Estado.

Os projetos de desenvolvimento voltados para a RMC nos dão a dimensão das perspectivas de desenvolvimento que envolvem esta região. Nos trazem também a dimensão da urgência de se promover um planejamento regional, que impeça a reprodução aqui, dos problemas que envolvem hoje a RMSP.

No entanto, quando se trata de definir prioridades regionais é necessário que a região seja pensada integralmente. Desta forma, o papel de um Conselho de Desenvolvimento Metropolitano, deverá ser de fundamental importância, não só como fórum de definições acerca das prioridades regionais no campo das políticas urbanas, mas também, no campo das políticas sociais. Particularmente, naquelas tarefas que exigem maior nível de especialização e organização regional.

Assim, acreditamos que a criação da Região Metropolitana de Campinas e do seu respectivo Conselho de Desenvolvimento Metropolitano, constituirá, um importante avanço institucional, ao permitir a regionalização do orçamento estadual e, promover a discussão conjunta das prioridades pelas autoridades regionais. Dificultará também as negociações caso a caso, promovendo maior transparência decisória e, o aprofundamento do debate acerca das prioridades. É de se esperar

<sup>299</sup> A nova Lei a ser votada deve complementar a Lei 19/91, aprovada pela Assembléia Legislativa em 10 de agosto de 1994, que institui a figura das regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões do Estado de São Paulo.

também, que promova a realização de um planejamento ascendente, integrado entre os vários setores, que permita o desenvolvimento de um enfoque regional.

## ***REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- AFONSO J.R. "Evolução Real e Estrutura da Receita dos Municípios Não Capitais 1988-1991" mimeo Ago 1992
- AFONSO J.R. e Serra J. "As Finanças Públicas Municipais: Trajetórias e Mitos" Texto para Discussão n<sup>o</sup> 3 Instituto de Economia/UNICAMP Campinas Out.1991
- AFONSO, J.R.R. "Notas Para o Debate: A Questão Tributária e o Financiamento dos Diferentes Níveis de Governo" in Seminário Internacional: Impasses e Perspectivas da Federação no Brasil FUNDAP/IESP São Paulo mimeo Maio 1995
- AGUNE, Antonio C. (Coord.) "Evolução da Receita dos Municípios da Região Metropolitana da Grande São Paulo 1980-90" São Paulo IESP/FUNDAP, São Paulo Relatório de Pesquisa 12-1993
- ALMEIDA Maria H. (Coord.) Subprojeto "Redefinição de Competências entre as Esferas de Governo na Prestação de Serviços Públicos na Área Social" Relatório Final NEPP Junho de 1994
- BRAGA J.C. Paula S.G.de "Saúde e Previdência: estudo de política social" Hucitec São Paulo 1978
- CAIADO Aurílio S. in "O Crescimento Econômico da Grande São Paulo, da Baixada Santista e da Bacia do Piracicaba" Relatório Final Coord. Neide Patarra mimeo 1994
- CAMPOS, Wagner de Souza "A Política de Financiamento e de Gestão do SUDS- Considerações para o debate" Publicado na Revista "Saúde e Debate" Junho de 1989
- CANO, W.(Coord.) "A Nova Realidade da Indústria Paulista: Subsídios para a Política de Desenvolvimento Regional do Estado de São Paulo" Relatório Final Convênio FECAMP/F.SEADE Maio 1994
- CARVALHO, A.I e alii "Os Caminhos da Descentralização no Setor Saúde Brasileiro" in Revista Saúde em Debate n<sup>o</sup> 38 Março 1993
- CARVALHO, Gilson C. M. " A Implantação do Sistema Único de Saúde: Nós Críticos a Nível Estadual" Revista Saúde em Debate n<sup>o</sup> 45 Dez. 1994
- CARVALHO, Gilson C. M. "O Caos no Financiamento da Saúde... no Fundo do Poço" Revista Saúde em Debate n<sup>o</sup> 33
- CARVALHO, Gilson C. M. " A Doença da Saúde tem Cura" Revista Saúde em Debate n<sup>o</sup> 35 Julho 1992
- CARVALHO, Guido de e Santos, Lenir "Sistema Único de Saúde- Comentários à Lei Orgânica de Saúde" HUCITEC 1992
- CASTRO, M.H. G. "Conflitos de Interesses na Implementação da Reforma da Política de Saúde" Revista Saúde em Debate n<sup>o</sup> 35 Julho 1992
- CEPAM "Gastos Sociais em Municípios do Estado de São Paulo" mimeo (prelo)

- CEPAM "Tipologia Municipal de Base Econômica" Cadernos CEPAM-1988
- CIMIS " Distribuição e Disponibilidade dos Leitos Hospitalares na Região de Campinas" mimeo Dez 1985
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS "A implantação do SUS no Município de Campinas" mimeo maio 1991 mimeo
- CORDEIRO, Hésio "Controvérsias no Financiamento do SUS" Revista Saúde em Debate n<sup>o</sup> 31
- D'AVANZO, Áurea Maria "Urbanização e Metropolização no Estado de São Paulo: Desafios da Política Urbana"
- DAEE/SANASA "Plano Diretor para Captação e Produção de Água na Bacia do Piracicaba" mimeo 1992
- DAIN Sulamis " A Questão Tributária e a Federação " publicado como texto do Seminário Internacional "Impasses e Perspectivas da Federação no Brasil" IESP/FUNDAP maio 1995
- DECRETO PRESIDENCIAL n<sup>o</sup> 1232 - Diário Oficial da União de 30 de ago. de 1994
- EMPLASA "Desenvolvimento Regional e Ordenamento Territorial" 1991
- EMPLASA "Fichamento Municipal e Análise Gráfica da Região de Campinas" Diretoria de Assuntos Institucionais/DAI 1993
- EMPLASA "Mapeamento da Infra Estrutura de Interesse Regional da Região de Campinas" Diretoria de Assuntos Institucionais/DAI mimeo 1993
- EMPLASA "Notas Sobre o Processo de Metropolização na Economia Paulista" Diretoria de Assuntos Institucionais/DAI- Waldomiro Pecht 1994
- EMPLASA "São Paulo Metrópole: Planejamento e Gestão" maio 1990
- EMPLASA "Sumário de Dados da Região de Campinas" Diretoria de Informações/DIF 1992
- EMPLASA " Região de Campinas-Área de Metropolização-Demonstrações Fiscais 1982/1991" Diretoria de Assuntos Institucionais/DAI Abril 1994
- EMPLASA "Caracterização dos Municípios da Região de Campinas - Diretoria de Assuntos Institucionais/DAI mimeo 1993
- EMPLASA "Demonstrações Fiscais para a Região de Campinas- Despesas municipais por função/ programa/ subprograma" Diretoria de Assuntos Institucionais/DAI out. 1994
- EMPLASA "Diagnóstico das Principais Funções de Interesse Metropolitano na Região de Campinas" Diretoria de Assuntos Institucionais/DAI 1993
- EMPLASA "Documento Síntese sobre o Perfil de Campinas"-Diretoria de Assuntos Institucionais/DAI mimeo abril 1993
- FUNDAP "Gestão Pública no Setor Saúde: Um Plano Estratégico" Documentos de Trabalho - Questão Social n<sup>o</sup> 14 out. 1992

- FUNDAP "O Enfrentamento da Questão Social- Experiências Municipais" 1989
- FUNDAP/CBIA "Região Metropolitana da Grande São Paulo: cenário dos opostos" Documentos de Trabalho n<sup>o</sup> 13 Dez 1991
- FUNDAP/IESP "Estratégia de Gestão das Políticas Sociais: Continuidades e Descontinuidades" mimeo 1992
- FUNDAP/IESP Economia do Setor Público- 1987 Relatório de Pesquisa Vol.3 mimeo Dez 1989
- FUSAME "A Fundação de Saúde de Americana de 1982 a 1987" FUSAME mimeo
- INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (INAMPS) Resolução n<sup>o</sup> 258 de 10 janeiro de 1991
- JÚNIOR, O. Mozart "Problemas Atuais e Propostas para a Revisão da Política de Financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil" Revista Saúde em Debate n<sup>o</sup> 38 Março 1993
- JUNQUEIRA Luciano A.P. e Araújo Laís C.M.N. de "Saúde: Direito do Cidadão e Dever do Estado?" Boletim de Conjuntura de Política Social IESP/FUNDAP n<sup>o</sup> 13 Jul/Ago/1994
- LIMA Francisco C. "Hospitais Gerais em Campinas - O Acesso aos Leitos" - Dissertação de Pós Graduação da FGV/EAESP mimeo 1993
- LUZ M.T. "Instituições Médicas no Brasil" ED.Graal Rio de Janeiro 1977
- MAGYAR, Ana L. "Recursos Hídricos: gestão e participação" Boletim de Conjuntura n<sup>o</sup>16 FUNDAP/IESP Janeiro/Fevereiro 1995
- MARQUES Rosa M. "A organização dos serviços de saúde no Brasil: avanços e problemas" IV Jormada de Economia de la Salud Buenos Aires mimeo abril 1995
- MÉDICI A..C. "Gastos com saúde nas três esferas de governo 1980-1990" Série Economia e Financiamento n<sup>o</sup> 4 "O financiamento da Saúde no Brasil" OPAS BSB 1994
- MÉDICI A.C. e Marques R.M." O Fundo Social de Emergência e o Financiamento da Política Social no Biênio 1994/1995" Notas Técnicas n.5 IESP/FUNDAP maio 1994
- MÉDICI A.C. e Silva P.L. B."Desenvolvimento e crise do setor saúde nos anos 80 e 90" IESP/FUNDAP mimeo ago. 1993
- MÉDICI, A. C. "Novas Regras para o Financiamento do Setor Saúde em 1991" Revista Saúde em Debate n<sup>o</sup> 31
- MÉDICI, A. C. & MARQUES R.M."O Financiamento da Saúde nos Estados e Municípios: Alternativas de Custeio do Processo de Descentralização" FUNDAP/IESP Relatório Final Novembro 1993
- MÉDICI, A. C."A Dinâmica do Gasto Social no Brasil nas Três Esferas De Governo: Uma Análise do Período 1980-1992" Sexto Relatório do subprojeto "Canais de acesso aos Fundos Públicos na Área Social" FUNDAP/IESP Junho 1994
- MÉDICI, A. C., MARQUES R. M. & SOARES, L.T. "Saúde no Contexto da Seguridade: Dilemas de Financiamento" in Revista Saúde em Debate n<sup>o</sup> 44 Setembro 1994

- MÉDICI, A.C. "Políticas Sociais e Federalismo no Brasil: Problemas e Perspectivas" in Seminário Internacional: Impasses e perspectivas da Federação no Brasil FUNDAP/IESP Maio 1995
- MELAMED, C. & RIBEIRO, J.M. "Financiamento em Saúde no Brasil 1988-1992: Novos Problemas e Proposições" Revista Saúde em Debate n<sup>o</sup> 41 Dezembro
- MENDES E. V. "Comentários sobre financiamento e gastos em saúde no Brasil" Série: Economia e financiamento n.4 "O financiamento da Saúde no Brasil" OPAS BSB 1994
- MERHY, Emersom E. "A Mutilação da Lei Orgânica da Saúde: Vitória dos que Desejam um Povo Mutilado" Revista Saúde em Debate n. 30
- MINISTÉRIO DA SAÚDE "Descentralização do SUS: Prioridade do MS" GED/MS
- MINISTÉRIO DA SAÚDE Portaria n<sup>o</sup> 1834 do Ministro da Saúde de 31 de out. 1994
- MINISTÉRIO DA SAÚDE Portaria n<sup>o</sup> 199 da Secretaria de Assistência a Saúde de 3 de nov de 1994
- MINISTÉRIO DA SAÚDE Portaria n<sup>o</sup> 234 de 7 de fev. 1992
- MINISTÉRIO DA SAÚDE Portaria n<sup>o</sup> 545 de 20 de maio de 1993
- MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria Nacional de Assistência à Saúde - portarias 15,16,17,18,19,20 de 8 de jan.1991
- MIOLA, Jeferson & MISOCZKY, Maria C. "Comentários sobre o Documento - Municipalização e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei" Revista Saúde em Debate n<sup>o</sup> 38 Março de 1993
- MONTI J.F. Casquiel \_\_\_ "Sistema Único de Saúde - uma Reforma no Meio do Caminho" Revista São Paulo em Perspectiva Vol.6 n.4 - Outubro/Dezembro 1992
- NEPP/FECAMP/IPEA/PNUD "A gerência dos serviços de saúde: diagnóstico sobre a capacidade gerencial e as novas formas de gestão no modelo atual de saúde" Relatório Final dez. 1992
- NEPP/UNICAMP "Educação, Saúde e Atenção ao Menor no Estado de São Paulo: Uma Avaliação dos Serviços Públicos Estaduais" Vol 4 Outubro 91
- NEPP/UNICAMP "São Paulo, Anos 90: Transformações Sociais, Novas Demandas e Políticas de Governo/ Necessidades Sociais Básicas" Vol.1 Novembro 1990
- NEPP/UNICAMP -SEPLAN "Coleção São Paulo no Limiar do Século XXI" 1992
- NESUR/UNICAMP "Explosão Urbana Regional e Demandas Sociais no Estado de São Paulo: 1970-1985" - Relatório final - Vol.II - Estudo de Casos Janeiro 1988
- OLIVEIRA, Fabrício A. "A Desordem Fiscal e os Caminhos para uma Nova Reforma do Sistema Tributário" Texto para discussão n<sup>o</sup> 21 IE/UNICAMP Maio 1993
- PORTO Sílvia M. "Distribuição equitativa de recursos financeiros no setor saúde" "O financiamento da saúde no Brasil" OPAS/1994

- POSSAS, Cristina A. "Reorganização do sistema de saúde: elementos para o debate da Reforma Sanitária Brasileira" VIII Conferência Nacional de Saúde Março de 1986
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS/SEPMA Sumário de Dados n<sup>o</sup>1 População  
"Sumário de Dados n<sup>o</sup>2 Economia"
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS SPMA/SMS "Saúde no Município de Campinas"  
Sumário de Dados n<sup>o</sup>3 Março 1995
- QUEIROZ M.S. & VIANA Ana L.S. (Coord.) "O Processo de Municipalização dos Serviços de Saúde: um Estudo de Caso no Estado de São Paulo" Relatório Final NEPP/UNICAMP Convênio FECAMP/F.SEADE
- QUEIROZ, Marcos S. & VIANA Ana Luiza "Organização e o Gerenciamento dos Serviços de Saúde: Uma Avaliação da Experiência de Campinas" Publicado na Revista de Administração Pública Fevereiro 1994
- QUEIROZ, Marcos S. "O desenvolvimento da municipalização dos serviços saúde em Campinas" Revista de Administração Pública Out/Dez 1994
- REZENDE, Fernando "Descentralização e Desenvolvimento Problemas Atuais do Financiamento das Políticas Públicas" in Seminário Internacional: Impasses e Perspectivas da Federação no Brasil" FUNDAP/IESP mimeo Maio 1995
- RIBEIRO, J.M. "Os Consórcios Intermunicipais no SUS Parceria e Cooperação Técnica" Revista Espaço para a Saúde Vol.3 NESCO Curitiba Maio 1994
- ROSAS E.J. "A extensão de cobertura dos serviços de saúde" Tese de Mestrado FIOCRUZ Rio de Janeiro
- SANTOS Hélio O. "A emancipação da saúde de Hortolândia" Consultoria, Planejamento & Assessoria em Saúde
- SANTOS, Nelson R. dos "Análise e Comentários sobre os Sistemas Municipais de Saúde" Revista Espaço para a Saúde Vol.3 NESCO Curitiba Maio 1994
- SANTOS, Nelson R. dos "A Saúde Vista do Município" Bases Doutrinárias, programáticas e propostas 1986
- SANTOS, Nelson R. "Descentralização e Municipalização" I Congresso Nacional da ABRASCO set.1986
- SANTOS, Nelson R dos "Governabilidade na Saúde" Revista Saúde em Debate n<sup>o</sup> 34 Março 1992
- SANTOS, Nelson R dos "O SUDS Os Vetos e a Sanção do Projeto" Revista Saúde em Debate n<sup>o</sup> 30
- SANTOS, Nelson R. "Municipalização: Do Chavão a uma Luta Grande e Consequente" Revista Saúde em Debate "n<sup>o</sup> 38 Março 1993
- SANTOS, Nelson R. dos "O Sistema Único de Saúde: Realizando a Utopia sem Perder a Utopia" Revista Saúde em Debate n<sup>o</sup> 43 Junho 1994

- SEADE F. " A Reforma Tributária de 1988 e os Municípios do Estado de São Paulo" Coleção Estudos Municipais São Paulo 1993
- SEADE/SEPLAN "Cenários da Urbanização Paulista - Regiões Administrativas" - Coleção São Paulo no Limiar do Século XXI 1992
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE "Projeto de Organização do Sistema de Saúde na Região de Campinas" Coordenação de Regiões de Saúde 4 estudos de concepção dez 1992
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/ERSA-27 "Programa de Integração, Hierarquização e Regionalização dos Serviços de Saúde na Região de Campinas" Nov 1993 mimeo
- SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE "Plano Estadual de Saúde" 1994
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS" O Município de Campinas e o Desenvolvimento do Setor Saúde" mimeo Campinas 1994
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VALINHOS "Plano Diretor da Secretaria de Saúde de Valinhos" mimeo 1994
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VINHEDO "Plano Municipal de Saúde de Vinhedo" 1992/1993 mimeo
- SEMEGHINI Ulisses C. "Urbanização e Metropolização no Estado de São Paulo- Desafios da Política Urbana"/Gestão Urbana Integrada NESUR/UNICAMP mimeo junho 1992
- SHAH Anwar "The Reform of Intergovernmental Fiscal Relations in Developing and Emerging Market Economies, Policy and Research Series N. 23, Whashington, The World Bank June 1994
- TANAKA, Oswaldo Y. e alii "A Municipalização dos Serviços de Saúde no Estado de São Paulo" Revista Saúde em Debate n<sup>o</sup> 33
- TEIXEIRA, Carmen F. "Municipalização da Saúde: Os Caminhos do Labirinto" Revista Saúde em Debate n<sup>o</sup> 33
- UNICAMP/Faculdade de Ciências Médicas "Projeto de Regionalização" mimeo 1994
- VIANA, A. L. D'Ávila "Sistema e Descentralização- A Política de Saúde no Estado de São Paulo nos Anos 80: Formação e Tensões" Tese de Doutorado-IE/ Unicamp 1994 mimeo
- VIANA A. L., Queiroz M. e Castro M.H. "A Organização dos Serviços de Saúde: uma avaliação da experiência de Campinas" NEPP/UNICAMP Caderno de Pesquisa n<sup>o</sup> 26 nov 1993
- VIANNA, Solon M. "A Descentralização Tutelada" Revista Saúde em Debate n<sup>o</sup> 35 Julho de 1992
- VIANNA, Solon.M. et alii "O Financiamento da Saúde no Brasil" BSB-OPAS 1994:

***ANEXO I***

Tabela 1  
Participação das Regiões no Valor da Transformação Industrial (VTI) do ESP  
1960-1985

Região	1960	1970	1975	1980	1985
ESP	100	100	100	100	100
RMSP	74	75	69	63	57
INTERIOR	26	25	31	37	43
CAMPINAS	9	11	15	12	13
Litoral	4	3	3	4	

Fonte: IBGE- Censos Econômicos  
Elaboração:EMPLASA/SPG

Tabela 2  
Estrutura da Indústria Segundo o Número de Estabelecimentos, Pessoal Ocupado (PO), Valor de Produção (VP) e Valor da Transformação Industrial (VTI) (Valores Relativos).

	1980					1985				
	N°.Esta	PO	VP	VTI		N°.Estab	PO	VP	VTI	
				% SP	% BRASIL				%SP	%BRASIL
Est. de São Paulo	100	100	100	100	54,4	100	100	100	100	51,9
RMSP	55,93	65,75	58,6	62,77	34,2	53,03	61,96	53,4	56,5	29,4
Interior	44,07	34,25	41,3	37,23	20,2	46,97	38,08	46,5	43,4	22,5
RA Campinas	14,22	13,22	14,5	15,15	8,6	15,69	14,48	17,1	16,7	8,7
RG Campinas	6,25	6,82	9,37	9,69	-	6,84	7,50	11,0	10,7	-
Mun. de Campinas	2,1	2,4	2,0	2,1	-	2,2	2,3	2,2	2,5	

Fonte: FIBGE - Censo Industrial 1980 e 1985  
Elaboração:EMPLASA/SPG

Notas:

A Região Administrativa de Campinas é formada por 7 Regiões de Governo

- RG de Braçança Paulista (formada por 14 municípios)
- RG de Jundiaí (formada por 9 municípios)
- RG de Limeira (formada por 8 municípios)
- RG de Piracicaba (formada por 10 municípios)
- RG de Rio Claro (formada por 8 municípios)
- RG de São João da Boa Vista (formada por 16 municípios)
- RG de Campinas (formada pelos municípios de : Americana, Artur Noqueira, Campinas, Cosmópolis, Indaiatuba, Itapira, Jaquariúna, Mogi-Guaçu, Mogi-Mirim, Monte Mor, Nova Odessa, Paulínia, Pedreira, Stª Bárbara D'Oeste, Stª Antonio de Posse, Sumaré, Valinhos e Vinhedo).

Tabela 3

Região de Campinas/Área de Metropolização  
Distribuição da PEA por Município, segundo Setor de Atividade<sup>(\*)</sup> 1970 / 1980

(%)

Municípios	1970				1980			
	Primário	Secundário	Terciário(1)	Total	Primário	Secundário	Terciário(1)	Total
Americana	3,9	62,4	33,7	100,0	1,3	59,6	36,8	100,0
Artur Nogueira	73,9	8,6	17,5	100,0	50,3	22,2	26,9	100,0
Campinas	6,4	34,7	58,8	100,0	2,5	40,3	57,2	100,0
Cosmópolis	39,9	39,4	20,6	100,0	19,1	47,4	33,5	100,0
Indaiatuba	25,8	45,6	28,6	100,0	12,6	55,5	29,8	100,0
Jaquariúna	48,5	21,3	30,2	100,0	26,9	34,7	36,7	100,0
Monte Mor	54,8	18,4	26,8	100,0	36,9	33,8	27,7	100,0
Nova Odessa	16,3	52,3	31,4	100,0	7,7	57,1	33,0	100,0
Paulínia	37,1	41,3	21,6	100,0	11,7	45,8	41,3	100,0
Pedreira	13,1	64,9	22,0	100,0	5,8	66,2	27,5	100,0
St. Bárbara d'Oeste	22,5	48,5	29,0	100,0	8,1	60,3	30,0	100,0
St. Antonio da Posse	65,5	16,6	17,8	100,0	44,7	29,9	24,6	100,0
Sumaré	23,1	43,5	33,5	100,0	7,0	53,5	37,6	100,0
Valinhos	20,3	47,8	31,9	100,0	11,9	48,5	38,6	100,0
Vinhedo	27,6	40,3	32,0	100,0	11,8	56,8	30,7	100,0
Total	14,0	40,1	45,9	100,0	6,4	46,4	46,4	100,0

Fonte: IBGE-Censos Demográficos do ESP 1970/80.

Elaboração: EMPLASA/DIF/SDE/CTD.

Notas:

(1) Inclusive as pessoas procurando trabalho pela primeira vez.

(2) Inclusive as pessoas procurando trabalho (que já trabalharam e que nunca trabalharam).

(\*) Informações ainda não disponíveis para os novos municípios.

Tabela 4

Região de Campinas/Área de Metropolização  
PEA-Taxa de Crescimento Geométrico Anual 1980/70

Municípios	TGCA(%)			
	Primário	Secundário	Terciário	Total
Americana	-3,28	7,22	8,68	7,72
Artur Nogueira	2,43	17,09	11,10	6,45
Campinas	-2,28	8,96	7,03	7,53
Cosmópolis	-0,61	8,96	12,31	7,04
Indaiatuba	-0,41	9,10	7,41	6,97
Jaquariúna	-1,22	10,01	6,84	4,77
Monte Mor	1,75	12,51	6,20	5,87
Nova Odessa	3,59	12,73	12,31	11,75
Paulínia	-5,13	7,56	13,57	6,46
Pedreira	-3,45	5,01	7,16	4,81
Santa Barbara D'oeste	0,12	13,31	11,29	10,89
Santo Antonio da Posse	1,74	12,08	9,19	5,72
Sumaré	4,16	19,84	18,75	17,37
Valinhos	0,89	6,60	8,48	6,44
Vinhedo	-1,09	11,44	7,20	7,68
Total	0,40	9,10	7,58	7,25

Fonte: IBGE-Censo Demográfico do ESP, 1970/80.

Elaboração: EMPLASA/DIF/SDE/CTD.

Notas:

(\*) Não inclui os municípios de Engenheiro Coelho, Holambra e Hortolândia, inexistentes à época.

Tabela 5  
Região de Campinas/Área de Metropolização  
Consumo de Energia Elétrica Segundo os Municípios (1) 1980-85-91

(Em mwh)

Municípios	Consumo de Energia			TGCA (%)	
	1980	1985	1991	1985/80	1991/85
Americana	480.988	722.731	960.802	8,48	4,86
Artur Nogueira	26.160	62.073	90.983	18,86	6,58
Campinas	947.709	1.256.586	1.671.242	5,80	4,87
Cosmópolis	21.644	36.881	55.938	11,25	7,19
Indaiatuba	81.398	167.437	219.672	15,52	4,63
Jaquariúna	28.113	46.065	75.239	10,38	8,52
Monte Mor	13.217	25.113	53.530	13,70	13,44
Nova Odessa	44.792	67.735	113.718	8,62	9,02
Paulínia	243.147	340.778	324.557	6,98	-0,81
Pedreira	41.555	72.300	77.400	11,71	1,14
St. Bárbara D'Oeste	99.131	139.933	233.475	7,14	8,91
St. Antonio de Posse	4.958	9.111	14.809	12,94	8,43
Sumaré	217.937	392.007	502.976	12,46	4,24
Valinhos	174.034	343.803	369.993	14,59	1,23
Vinhedo	52.623	88.858	115.262	11,05	4,43
Total	2.477.406	3.771.411	4.879.596	8,77	4,39

Fonte: CESP-Divisão de Estudos do Mercado de Energia.

Elaboração: EMPLASA/SPG

(1) Alta e baixa tensão.

Tabela 6  
Região de Campinas/Área de Metropolização  
Evolução do Consumo de Energia Elétrica(1) 1980-1990

(em kwh)

Municípios	Total				
	Residencial	Comercial	Industrial	Outros(2)	Total
1980	418308969	204413822	1588924792	265757307	2477404890
1990	951224622	414722897	2800114526	490258632	4656320677

Fonte: CESP-Anuários 1980-1990.

Elaboração: EMPLASA/SPG

Notas:

(1) Alta e baixa tensão.

(2) Rural, poder público, serviço público, iluminação pública e consumo próprio.

Tabela 7

Região de Campinas/Área de Metropolização

Valor Adicionado: Dados Absolutos e Taxa Média Anual de Crescimento 1985 - 1991

Em milhares de US\$ médios de 1993

Ano	Região da Grande São Paulo	Região da Baixada Santista	Região de Campinas	Total	Estado de São Paulo
1985	57.913	4.152	8.837	70.901	110.520
1986	74.457	5.263	9.305	89.025	134.398
1987	71.296	4.723	9.528	85.547	130.608
1988	59.331	5.389	10.084	74.805	119.605
1989	78.096	5.999	12.341	96.435	151.066
1990	64.400	4.630	10.704	79.734	128.348
1991	55.177	4.406	9.993	69.577	113.648
Taxa média de crescimento	1,22%	2,38%	2,67%	1,33%	1,70%

Fonte: Secretaria da Fazenda do Estado de São Paulo/

Sumário de Dados da Emplasa 1992.

Elaboração própria

Tabela 8

Região de Campinas/Área de Metropolização  
Evolução e Classificação do Valor Adicionado, segundo os Municípios: 1985/1992

US\$ em mil, médio de 1993

Municípios	Classificação	V.A. Médio (1985/92)	TGCA	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Campinas	Alto	3.192.254	3,37%	2.766.413	3.296.414	3.124.934	3.177.740	3.692.075	3.127.418	2.863.759	3.489.275
Sumaré (2)	Alto	1.562.590	-17,78%	1.855.886	1.594.685	1.840.519	2.125.884	2.295.369	1.849.575	467.547	471.257
Paulínia	Alto	1.647.311	19,31%	854.905	870.241	831.483	913.105	2.110.606	2.203.666	2.452.632	2.941.852
Americana	Alto	1.210.081	-2,30%	1.222.790	1.294.895	1.195.690	1.446.702	1.330.062	1.192.498	959.350	1.038.662
Hortolândia	Alto									1.292.846	1.845.990
Valinhos	Médio	531.325	-1,66%	497.066	535.676	550.314	563.698	740.805	498.046	423.032	441.959
Sta. Barbara D'Oeste	Médio	372.519	-2,27%	337.483	281.631	473.631	413.842	503.489	378.140	304.497	287.440
Vinhedo	Médio	297.789	-1,15%	300.209	307.779	343.063	249.369	354.391	302.772	247.881	276.852
Indaiatuba	Médio	284.960	4,81%	231.178	294.268	291.577	266.666	304.909	285.822	284.118	321.144
Nova Odessa	Médio	188.552	0,23%	144.408	179.814	157.173	214.235	323.693	195.110	147.197	146.788
Jaguariúna (1)	Baixo	148.204	-6,47%	158.948	159.372	199.325	219.218	43.069	182.979	123.236	99.484
Cosmópolis (1)	Baixo	151.618	4,38%	122.660	113.135	146.509	140.565	214.639	163.920	145.972	165.542
Arthur Nogueira (1)(2)	Baixo	118.405	-5,51%	138.545	106.655	130.215	124.937	150.436	117.905	95.357	93.191
Monte Mor	Baixo	122.083	15,19%	79.767	108.678	109.871	110.939	146.617	99.869	106.272	214.654
Pedreira	Baixo	99.548	-4,23%	105.013	133.998	114.691	101.071	113.605	84.406	66.004	77.594
Holambra	Baixo									27.235	53.385
Sto. Antonio de Posse (1)	Baixo	18.541	-6,06%	21.268	19.899	18.927	16.366	17.442	22.021	18.669	13.734
Eng. Coelho	Baixo									4.678	10.956
Região de Campinas		450.235	1,97%	8.836.538	9.297.140	9.527.921	10.084.339	12.341.208	10.704.146	10.020.282	10.132.814
Região de Campinas excluindo Paulínia		392.786	-1,48%	7.981.633	8.426.899	8.696.439	9.171.234	10.230.602	8.500.480	7.567.650	7.190.962

Fonte: Sumário de Dados da Região de Campinas-EMPLASA/SPG 1992.

Elaboração própria

Notas:

- Critérios de Classificação dos V.As.

- Alto: V.A. Médio do Município &gt; V.A. Médio da Região + (0,5 x Desvio Padrão)

- Médio: V.A. Médio Região - (0,5 x Desvio Padrão) &lt; V.A. Médio do Município &lt; V.A. Médio da Região + (0,5 x Desvio Padrão)

- Baixo: V.A. Médio Região &lt; V.A. Médio da Região (1985 - 91) - (0,5 x Desvio Padrão)

(1) No ano de 1991 esses municípios perderam parte de seu V.A. com a emancipação do Município de Holambra. Est. r foi incluído separadamente na tabela, porque não havia como partilhá-lo entre os Municípios.

(2) No ano de 1991 optou-se ainda, por adicionar ao V.A. de Sumaré, o V.A. de Hortolândia e ao de Arthur Nogueira, o V.A. de Engenheiro Coelho, ambos emancipados em 1991.

Obs.: A média utilizada para classificação dos V.As exclui Campinas.

Tabela 9  
Região de Campinas/Área de Metropolização  
Evolução e Classificação do Valor Adicionado, segundo os Municípios: 1985/1992

Municípios	Classificação	Índice médio	TCGA	Índice de crescimento 1985 = 100								
				1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	
Campinas	Alto	115	3,37%	100	119	113	115	133	113	104	126	
Sumaré (2)	Alto	84	-17,78%	100	86	99	115	124	100	25	25	
Paulínia	Alto	193	19,31%	100	102	97	107	247	258	287	344	
Americana	Alto	99	-2,30%	100	106	98	118	109	98	78	85	
Valinhos	Medio	107	-1,66%	100	108	111	113	149	160	85	89	
Sta. Bárbara d'Oeste	Medio	110	-2,27%	100	83	140	123	149	112	90	85	
Vinhedo	Medio	99	-1,15%	100	103	114	83	118	101	83	92	
Indaialuba	Medio	123	4,81%	100	127	126	115	132	124	123	139	
Nova Odessa	Medio	131	0,23%	100	125	109	148	224	135	102	102	
Jaguariúna (1)	Baixo	93	-6,47%	100	100	125	138	27	115	78	63	
Cosmópolis (1)	Baixo	124	4,38%	100	92	119	115	175	134	119	135	
Arthur Nogueira (1)	Baixo	85	-5,51%	100	77	94	90	109	85	62	67	
Monte Mor	Baixo	153	15,19%	100	136	138	139	184	125	133	269	
Pedreira	Baixo	95	-4,23%	100	128	109	96	108	80	63	74	
Sto. Antonio de Posse (1)	Baixo	87	-6,06%	100	94	89	77	82	104	88	65	
Região de Campinas		106	4,44%	100	105	108	114	140	121	113	136	
Região de Campinas excluindo Paulínia		109	1,79%	100	106	109	115	128	107	95	113	

Fonte: Sumário de Dados da Região de Campinas-EMPLASN/SPG 1992.

Elaboração própria

Notas:

- Critérios de Classificação dos V.As.

- Alto: V.A. Médio do Município > V.A. Médio da Região + (0,5 x Desvio Padrão)

- Médio: V.A. Médio Região - (0,5 x Desvio Padrão) < V.A. Médio do Município < V.A. Médio da Região + (0,5 x Desvio Padrão)

- Baixo: V.A. Médio Região < V.A. Médio da Região (1985 - 91) - (0,5 x Desvio Padrão)

(1) No ano de 1991 esses municípios perderam parte de seu V.A. com a emancipação do Município de Holtambra. Este valor foi incluído separadamente na tabela, porque não havia como partilhá-lo entre os Municípios.

(2) No ano de 1991 optou-se ainda, por adicionar ao V.A. de Sumaré, o V.A. de Hortolândia e ao de Arthur Nogueira, o V.A. de Engenheiro Coelho, ambos emancipados em 1991.

Obs.: A média utilizada para classificação dos V.As exclui Campinas.

Tabela 10  
Região de Campinas  
Evolução e Classificação do Valor Adicionado per capita, segundo os Municípios: 1985/1992  
US\$ médio de 1993

Municípios	Classificação V.A. Médio (1985/92)	TGDA	US\$ médio de 1993									
			1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992		
Sumaré (2)	Alto	10,00 -23,54%	12,67	10,12	10,86	11,67	11,72	8,78	12,22	1,94		
Paulínia	Alto	49,91 15,12%	31,83	30,77	27,92	29,12	63,93	63,39	67,01	85,31		
Americana	Alto	8,33 -4,32%	9,02	9,35	8,46	10,02	9,02	7,92	6,24	6,62		
Valinhos	Alto	8,57 -3,01%	8,76	9,16	9,13	9,08	11,58	7,56	6,23	7,07		
Vinhedo	Alto	9,90 -4,78%	11,36	11,19	11,99	8,37	11,43	9,39	7,38	8,06		
Jaguariúna (1)	Alto	6,91 -7,36%	8,34	7,99	9,55	10,04	1,89	7,66	4,93	4,88		
Hortolândia									15,66	22,39		
Campinas	Medio	3,99 1,40%	3,73	4,35	4,03	4,01	4,56	3,78	3,38	4,11		
Nova Odessa	Medio	6,16 -2,91%	5,39	6,45	5,42	7,09	10,29	5,96	4,32	4,39		
Cosmópolis (1)	Medio	4,62 1,62%	4,29	3,80	4,72	4,34	6,36	4,66	3,98	4,80		
Arthur Nogueira (1)	Medio	5,44 -0,59%	6,72	4,92	5,70	5,20	5,94	4,43	4,18	6,45		
Monte Mor	Medio	5,49 10,61%	4,33	5,59	5,35	5,12	6,41	4,13	4,16	8,78		
Sta. Bárbara d'Oeste	Baixo	3,01 -7,46%	3,29	2,59	4,11	3,39	3,89	2,76	2,10	1,91		
Indaialuba	Baixo	3,26 0,67%	3,15	3,81	3,58	3,10	3,36	2,99	2,82	3,30		
Pedreira	Baixo	3,86 -5,96%	4,36	5,44	4,54	3,91	4,29	3,11	2,38	2,84		
Sto. Antonio de Posse (1)	Baixo	1,42 -5,36%	1,73	1,57	1,46	1,23	1,28	1,58	1,30	1,17		
Engenheiro Coelho									0,72	1,69		
Região de Campinas		8,72 3,53%	7,93	7,81	7,79	7,71	10,40	9,21	8,84	10,11		
Região de Campinas excluindo Paulínia		5,40 -3,83%	6,22	6,17	6,35	6,18	6,57	5,34	4,69	4,74		

Fonte: Sumário de Dados da Região de Campinas-EMPLAS/SPG 1992.

Elaboração própria

-Notas:

- Critérios de Classificação dos V.As.

- Alto: V.A. Médio do Município > V.A. Médio da Região + (0,5 x Desvio Padrão)

- Médio: V.A. Médio Região - (0,5 x Desvio Padrão) < V.A. Médio do Município < V.A. Médio da Região + (0,5 x Desvio Padrão)

- Baixo: V.A. Médio Região < V.A. Médio da Região (1985 - 91) - (0,5 x Desvio Padrão)

(1) No ano de 1991 esses municípios perderam parte de seu V.A. com a emancipação do Município de Holambra. Este valor foi incluído separadamente na tabela, porque

não havia como partilhá-lo entre os Municípios.

(2) No ano de 1991 optou-se ainda, por adicionar ao V.A. de Sumaré, o V.A. de Hortolândia e ao de Arthur Nogueira, o V.A. de Engenheiro Coelho, ambos emancipados em 1991.

Obs.: A média utilizada para classificação dos V.As exclui Campinas.

Para o município de Holambra não existem dados de população disponíveis.

Tabela 11  
 Comércio Varejista e Atacadista: Distribuição Relativa  
 Estado de São Paulo, RMSP, Região de Campinas e Município de Campinas 1980-1985.  
 (%)

Áreas	Estabelecimentos		Pessoal Ocupado		Receita Total do Comércio	
	1980	1985	1980	1985	1980	1985
Estado de São Paulo	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Reg. Metrop. de São Paulo	47,80	45,27	55,55	54,63	61,39	58,81
Reg. Governo de Campinas	5,05	5,35	5,50	5,64	6,23	6,28
Município de Campinas	2,34	2,27	3,29	3,18	3,29	3,46

Fontes:- Fundação IBGE - Censos Econômicos de 1985; Anuário Estatístico do Estado de São Paulo.

Tabela 12  
 Comércio Varejista e Atacadista: Participação Regional e Municipal  
 Região de Governo, Interior e Município de Campinas 1980-1985  
 (%)

	Ano	Reg.Gov. Campinas/ Interior	Município Campinas/ Reg.Gov. Campinas
Estabelecimentos	1980	9,67	46,42
	1985	9,77	42,40
Total Pessoal Ocupado	1980	12,37	59,83
	1985	12,43	56,32
Receitas do Comércio-Total (em Cr\$ 1.000)	1980	16,13	52,85
	1985	15,25	55,01

Fontes:- Fundação IBGE, Censos Econômicos de 1985.  
 - Fundação SEADE, Anuário Estatístico do Estado de São Paulo 1991.  
 Prefeitura Municipal de Campinas

Tabela 13  
 Serviços: Distribuição Relativa do Número de Estabelecimentos; Pessoal Ocupado e  
 Receita dos Serviços  
 Estado de São Paulo, RMSP, Região de Campinas e Município de Campinas 1980-1985.  
 (%)

Região	Estabelecimentos		Total de Pessoal Ocupado		Valor de Produção	
	1980	1985	1980	1985	1980	1985
Estado de São Paulo	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Reg. Metrop. de São Paulo	55,19	50,95	64,17	59,52	76,23	72,40
Reg. Governo de Campinas	4,96	5,43	4,60	4,15	3,62	3,66

Fontes:- Fundação IBGE - Censos Econômicos de 1985  
 - Fundação IBGE - Anuário Estatístico do Estado de São Paulo

Tabela 14  
 Serviços: Participação Relativa dos Estabelecimentos, Pessoal Ocupado  
 e Receita Total  
 Região de Governo, Interior e Município de Campinas 1980-1985 (%)

	Ano	Reg.Gov. Campinas/ Interior	Município Campinas/ Reg.Gov. Campinas
Estabelecimentos	1980	11,06	47,47
	1985	11,07	46,07
Pessoal Ocupado	1980	12,84	57,15
	1985	10,26	59,80
Receita Total	1980	15,21	63,98
	1985	13,26	68,80

Fonte

- Fundação IBGE, Censos Econômicos de 1985, Vol. 3 - Região Sudeste.
- Elaboração: Prefeitura Municipal de Campinas

Tabela 15  
 Região de Campinas/Área de Metropolização  
 Participação da população da Região no total da população do  
 Estado de São Paulo

ANO	EST.DE SÃO PAULO	REG. DE CAMPINAS	REG/EST
1960	12.829.806	387.251	3,01 %
1970	17.771.948	852.450	4,79 %
1980	25.040.712	1.235.124	4,93 %
1991	31.191.970	1.802.022	5,77 %

Fonte: FIBGE - Censos Demográficos 1940/1980  
 e Sinópsse Preliminar de 1991 (dez/92)  
 Elaboração: EMPLASA/SPG

TABELA 16

Dados básicos comparativos entre as "Regiões Metropolitanas" do Estado de São Paulo

## DADOS BÁSICOS - "Regiões Metropolitanas"

	Grande Sao Paulo	Região de Campinas	Baixada Santista	Total	Estado de São Paulo
População (1991) Mil habitantes	15.417,6	1.802,0	1.219,5	18.439,1	31.548,0
Taxas de Crescimento Anual (%)					
1970-1980	4,5	6,6	3,9	4,6	3,5
1980-1991	1,9	3,5	2,2	2,0	2,1
Área km <sup>2</sup>	8.051	3.335	2.373	13.759	247.898
Densidade hab./km <sup>2</sup>	1.914	540	514	1.337	127

Fonte: FIBGE - Censos Demográficos/ EMLASAF - Sumário de Dados da Região de Campinas-1992.

Elaboração: EMLASA

Tabela 17

Região de Campinas / Área de Metropolitização

Taxa de Crescimento Geométrico Anual (%)

1960 / 1991

Município	1970/60	1980/70	1991/80
Americana	5,9	6,3	2,1
Arthur Nogueira (a) (b)	2,2	4,6	5,3
Campinas	5,9	5,9	2,2
Cosmópolis (a)	3,3	6,7	4,2
Indaiatuba	4,6	6,3	5,4
Jaguariúna (a)	2,0	3,9	4,6
Monte Mor	2,4	5,8	5,6
Nova Odessa	3,9	10,1	4,1
Paulínia	6,5	6,8	5,3
Pedreira	3,4	3,6	2,4
Sto. Antonio de Posse (a)	3,2	3,4	2,5
Sta. Barbara d'Oeste	3,3	9,5	6,0
Sumaré (c)	8,2	16,0	7,5
Valinhos	5,4	4,7	3,0
Vinhedo	4,6	5,8	4,1
Total	5,4	6,6	3,5

Fonte: FIBGE - Censos Demográficos 1940-80 e Sinopse Preliminar de 1991 (dez/92).

Elaboração: EMLASA/SPG

Notas:

(a) Parte desse município, veio formar Holambra.

(b) Parte desse município veio formar Engenheiro Coelho.

(c) Parte desse município veio formar Hortolândia.

Os novos municípios não serão considerados em separado neste documento, já que ainda não dispõem de séries históricas de informação para a análise.

Tabela 18  
Evolução da População Municipal Segundo seus Componentes  
Região de Campinas/Área de Metropolização  
1970 / 1980

ÁREA	POP. TOTAL		CRESC. ABSOLUTO			CRESC. RELATIVO			TY. CRESC. 1960 / 70
	1970	1980	TOT.	VEG.(1)	MIGRI(2)	TOT.	VEG.	MIGRI.	
REG.DE CAMPINAS ÁREA DE METROP.	652.450	1.235.124	582.674	180.110	402.564	89,3	30,9	69,1	6,6
AMERICANA	66.316	122.004	55.688	20.577	35.111	84,0	37,0	63,1	6,3
ARTUR NOGUEIRA	10.171	15.941	5.770	1.590	4.180	56,7	27,6	72,4	4,6
CAMPINAS	375.864	664.559	288.695	102.948	185.747	76,8	35,7	64,3	5,9
COSMÓPOLIS	12.110	23.232	11.122	3.577	7.565	91,8	32,0	68,0	6,7
INDAIATUBA	30.537	56.234	25.700	7.449	18.251	84,2	29,0	71,0	6,3
JAGUARIÚNA	10.391	15.210	4.819	5.575	-756	46,4	115,7	-15,7	3,9
MONTE MOR	7.960	14.020	6.060	1.979	4.081	76,1	32,7	67,3	5,8
NOVA ODESSA	8.336	21.893	13.557	2.341	11.216	162,6	17,3	82,7	10,1
PAULÍNIA	10.708	20.775	10.047	3.419	6.628	93,8	34,0	66,0	6,8
PEDREIRA	15.053	21.383	6.330	3.003	3.327	42,1	47,4	52,6	3,6
STA.BÁRBARA D'OESTE	31.018	76.621	45.603	7.629	37.974	147,0	16,7	83,3	9,5
STO.ANT.DE POSSE	7.799	10.872	3.073	1.800	1.273	30,4	58,6	41,4	3,4
SUMARÉ	23.074	101.834	78.760	8.541	70.760	341,3	10,8	89,2	16,1
VALINHOS	30.775	48.922	18.174	6.298	11.849	59,1	34,7	65,2	4,7
VINHEDO	12.338	21.641	9.303	3.404	5.899	75,4	36,6	63,4	5,8

Fonte: Fundação Seade - Arquivo Demográfico  
Fundação IBGE - Censo Demográfico de 1960 e 1970

Elaboração: EMPLASA/SPG

Nota: (1) Os óbitos e nascimentos anteriores a 1971 referem-se ao local de ocorrência do evento.  
(2) Saldo migratório obtido através do Método das Estatísticas Vitais.

Tabela 19

Região de Campinas/Área de Metropolização  
Evolução e Classificação da População Total, segundo os Municípios: 1980/1991

Municípios	Classificação											TCCA (x)			
	1990	1991	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1990/80
Campinas	Grande	Grande	664.559	679.336	694.441	709.882	725.666	741.802	758.296	775.157	792.393	810.012	828.023	846.434	2,22
Sumaré	Grande	Médio	101.834	109.514	117.773	126.656	136.208	146.480	157.527	169.407	182.184	195.924	210.700	144.021	7,54
Americana	Médio	Médio	122.004	124.598	127.248	129.954	132.717	135.540	138.422	141.365	144.372	147.442	150.577	153.779	2,13
Sta. Barb. D'Oeste	Médio	Médio	76.621	81.212	86.077	91.234	96.700	102.494	108.634	115.143	122.041	129.353	137.103	145.317	5,99
Indaialuba	Médio	Médio	56.237	59.302	62.534	65.942	69.536	73.325	77.321	81.535	85.979	90.664	95.606	100.816	5,45
Hortolândia	-	Médio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82.569	-
Valinhos	Médio	Médio	48.922	50.400	51.922	53.490	55.106	56.770	58.485	60.251	62.071	63.946	65.877	67.867	3,02
Cosmópolis	Pequeno	Pequeno	23.232	24.216	25.242	26.311	27.425	28.587	29.798	31.060	32.375	33.747	35.176	36.666	4,24
Paulínia	Pequeno	Pequeno	20.755	21.854	23.010	24.228	25.511	26.861	28.283	29.780	31.356	33.015	34.763	36.603	5,29
Nova Odessa	Pequeno	Pequeno	21.893	22.793	23.730	24.705	25.720	26.777	27.878	29.023	30.216	31.458	32.751	34.097	4,11
Vinhedo	Pequeno	Pequeno	21.646	22.527	23.444	24.398	25.391	26.425	27.500	28.619	29.784	30.996	32.258	33.571	4,07
Artur Nogueira	Pequeno	Pequeno	15.941	16.781	17.665	18.596	19.576	20.608	21.693	22.837	24.040	25.307	26.640	21.545	5,27
Pedreira	Pequeno	Pequeno	21.383	21.896	22.422	22.960	23.511	24.075	24.653	25.244	25.850	26.470	27.106	27.756	2,40
Monte-Mor	Pequeno	Pequeno	14.020	14.804	15.633	16.507	17.431	18.406	19.436	20.523	21.671	22.884	24.164	25.516	5,59
Jaguariúna	Pequeno	Pequeno	15.210	15.913	16.648	17.418	18.223	19.065	19.946	20.868	21.833	22.842	23.897	25.002	4,62
Sto. Ant. da Posse	Muito	Muito	10.872	11.148	11.432	11.722	12.020	12.326	12.639	12.960	13.290	13.627	13.974	14.329	2,54
Eng. Coelho	Peq.	Pequeno	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.499	-
Região de Campinas			1.235.129	1.276.293	1.319.220	1.364.003	1.410.740	1.459.539	1.510.511	1.563.774	1.619.454	1.677.687	1.738.614	1.802.387	3,50

Fonte: Explana - Sumário de Dados da Região de Campinas-1992

Elaboração própria

Notas: - A população dos anos de 1981 e 1990 foi estimada através de TCCA 80/91.

- Critério de Classificação: - Grande: População Total > 200.000 Hab.

Médio: 50.000 Hab. < População Total < 200.000 Hab.

Pequeno: 20.000 < População Total < 50.000 Hab.

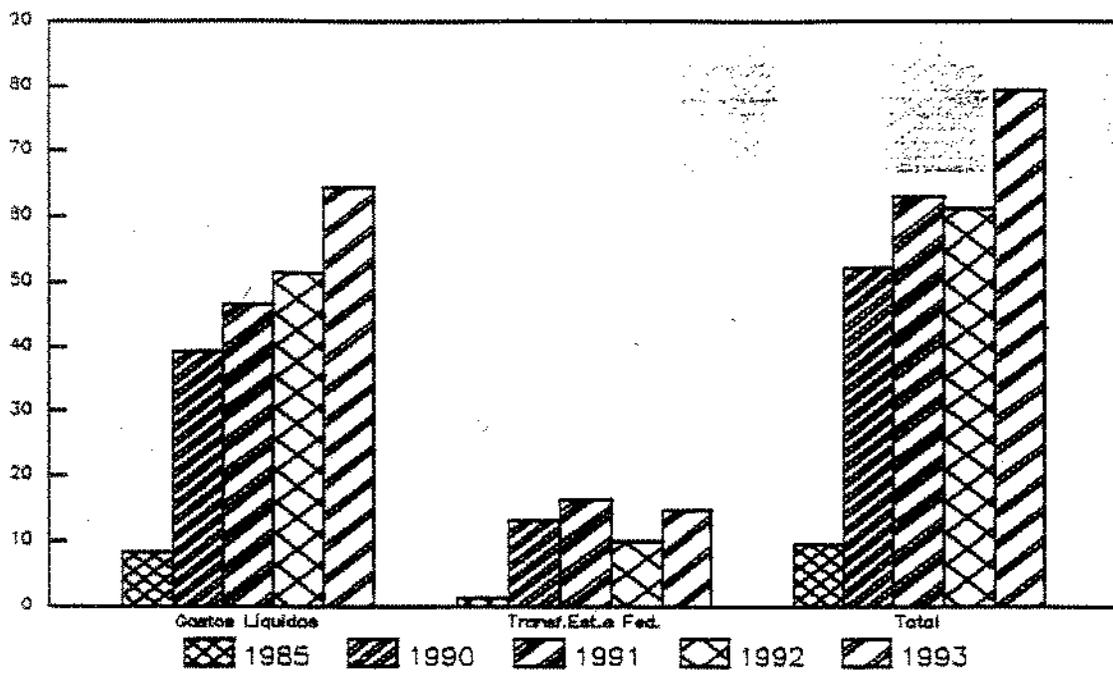
Tabela 20  
 Taxa de Urbanização 1970/80 (%)  
 Região de Campinas/Área de Metropolização

Municípios	1970	1980
Americana	93,9	99,8
Artur Nogueira	31,4	43,7
Campinas	89,3	89,0
Cosmópolis	58,0	81,3
Indaiatuba	73,1	86,2
Jaguariúna	36,9	61,0
Monte Mor	47,6	49,1
Nova Odessa	74,9	89,2
Paulínia	34,3	91,9
Pedreira	80,2	92,0
Stº Bárb.D'Oeste	72,1	93,8
Stº Ant.da Posse	53,3	65,4
Sumaré	66,3	94,1
Valinhos	64,9	76,6
Vinhedo	60,1	97,2

Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 1970 e 1980.

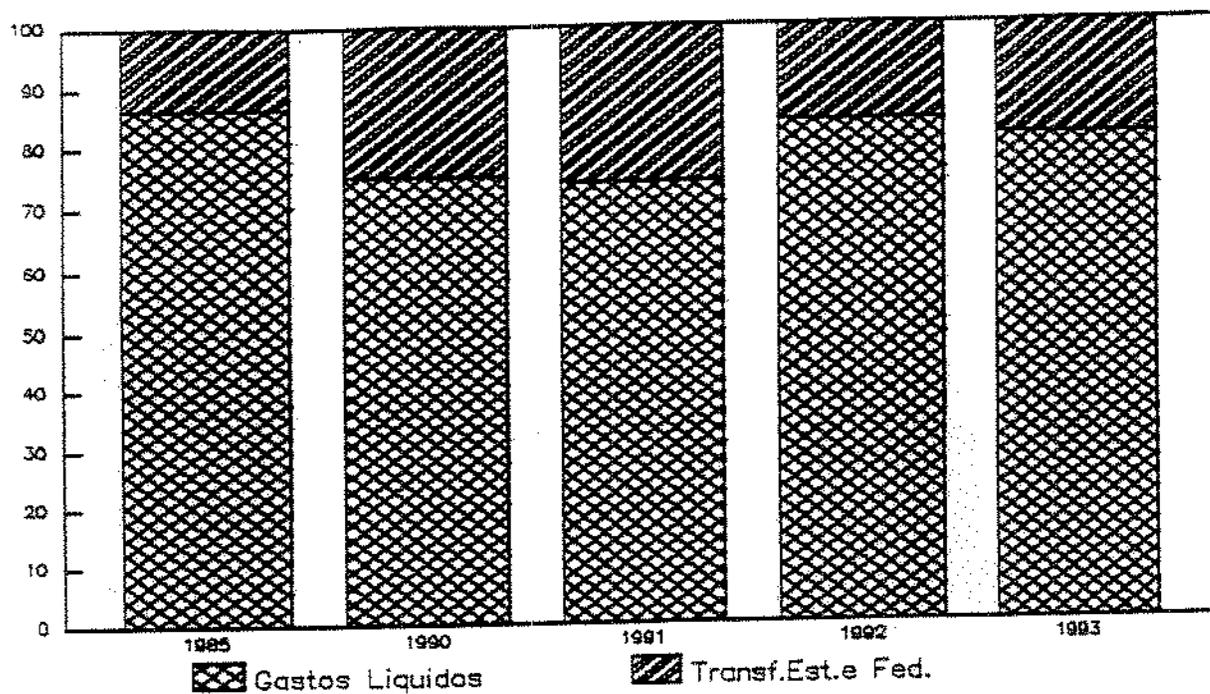
Elaboração: EMPLASA/SPC

19. Evolução do Gasto Municipal Líquido com Saúde na Região de  
Campinas - Área de Metropolização  
Milhões US\$, média de 1993



Fonte: Balanços Municipais  
Elaboração: Própria

20. Evolução do Gasto Municipal Líquido com Saúde na Região de Campinas - Área de Metropolização  
(3)



Fonte: Balanços Municipais  
Elaboração: Própria

Tabela 23  
 Região de Campinas/Área de Metropolização  
 Evolução do Número de Laboratórios Públicos (1985-93)

	Públicos		
	1985	1990	1993
Municípios da Região de Campinas	85	90	92
Americana	1	1	1
Artur Nogueira	-	1	1
Campinas (*1)	2	3	3
Cosmópolis	-	1	1
Indaiatuba	-	1	1
Jaguariúna	ND	1	1
Monte-Mor (*2)	-	-	-
Nova Odessa (*3)	-	-	-
Paulínia	1	1	1
Pedreira	-	-	1
Santa Bárbara D'Oeste	-	1	-
Santo Antônio da Posse	-	1	1
Sumaré (*4)	-	1	1
Valinhos	-	1	1
Vinhedo	ND	1	1
Região de Campinas	4	14	14

Fontes: Prefeituras Municipais, CIS/SES, Fundação SEADE  
 Elaboração: própria

Notas:

- \*1 - Em 1990, além da criação do Laboratório Municipal de Análises Clínicas, municipalizou-se o Laboratório do INAMPS e parte do Laboratório de Análises Clínicas do Instituto Adolfo Lutz.
- \*2 - O Laboratório pertence ao hospital privado, mas recebe subvenções da Prefeitura.
- \*3 - Os exames de laboratório são terceirizados e o Rx e Ultrassom da Prefeitura também são operacionalizados por terceiros.
- \*4 - Ampliado e reestruturado em 1993; através da parceria Prefeitura/Secretaria Estadual de Saúde

Tabela 24  
 Região de Campinas/Área de Metropolização  
 Evolução do Número de Ambulâncias (1985-93)

Municípios	1985	1990	1993
Americana	ND	ND	9
Artur Nogueira	3	5	7
Campinas (*1)	ND	ND	28
Cosmópolis	3	5	6
Indaiatuba (*2)	1	4	7
Jaguariúna (*1)	ND	ND	5
Monte-Mor	ND	3	4
Nova Odessa	1	3	3
Paulínia	3	4	5
Pedreira (*1)	ND	ND	4
Santa Bárbara D'Oeste (*1)	ND	ND	6
Santo Antonio da Posse	ND	3	4
Sumaré	10	12	13
Valinhos	2	4	7
Vinhedo (*3)	ND	ND	5
Região de Campinas	23	43	113

Fontes: Prefeituras Municipais, Fundação SEADE  
 Elaboração: própria

Notas:

- \*1 - Dados relativos a 1992 (Fundação SEADE)
- \*2 - Sendo 3 terceirizadas
- \*3 - Mais 2 Kombis

Tabela 25  
Região de Campinas/Área de Metropolitização  
Evolução do Número de Hospitais Gerais (\*1) Públicos e Privados (1985 - 1993)

Municípios da Região de Campinas	Públicos					Privados					Total				
	85	90	93	85	90	93	85	90	93	85	90	93	85	90	93
Americana	1	1	1	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Artur Nogueira (*2)	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Campinas (*3)	3	4	4	12	13	14	15	17	17	17	18	18	17	17	18
Cosmópolis	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Indaiatuba	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2
Jaguariúna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monte Mor	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nova Odessa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paulínia	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Pedreira	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Santa Bárbara D'Oeste	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Santo Antonio da Posse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sumaré	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Valinhos	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Vinhedo	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Região de Campinas	5	6	7	24	25	25	29	31	31	29	31	32	29	31	32

Fontes: Prefeituras Municipais, "Hospitais Gerais em Campinas - o acesso aos leitos" - 1993, "Distribuição e Disponibilidade dos leitos hospitalares na Região de Campinas" - 1985.

Elaboração: própria

Notas:

\*1 - Foram excluídos os Hospitais Psiquiátricos e, em Campinas, os Hospitais com alto grau de especialização como o Instituto Burnier, Centro Domingos Boldrini e Sobrapat.

\*2 - Municipalizado em 1992, encontra-se atualmente em reformas, funcionando apenas como PS e ambulatório de especialidades

\*3 - Foram considerados como hospitais de caráter público: em 1985 a Santa Casa/Irmãos Penteado, Mário Gatti e PUC e em 1990/1993 a UNICAMP e o CAISM, sendo que a Santa Casa/Irmãos Penteado passa a ser considerada privada.

Tabela 26

Região de Campinas/Área de Metropolização

Evolução do Número de Leitos Gerais nos Hospitais Públicos e Privados (1985 - 1993)

Municípios da Região de Campinas	Públicos			Privados			Total		
	85	90	93	85	90	93	85	90	93
Americana	110	120	137	428	308	325	538	428	462
Artur Nogueira				40	36		40	36	0
Campinas (*1)	812	769	1.157	1.846	1.767	1.631	2.658	2.536	2.788
Cosmópolis				92	85	85	92	85	85
Indaiatuba			106	106	114	9	106	114	115
Jaguariúna							0	0	0
Monte-Mor							0	0	0
Nova Odessa							0	0	0
Paulínia	35	52	64	18	18	18	53	70	82
Pedreira				54	53	60	54	53	60
Santa Bárbara D'Oeste (*2)				167	178	150	167	178	150
Santo Antonio da Posse							0	0	0
Sumaré				113	140	95	113	140	95
Valinhos				122	122	152	122	122	152
Vinhedo				94	108	124	94	108	124
Região de Campinas	957	941	1.464	3.080	2.929	2.649	4.037	3.870	4.113

Fontes: Prefeituras Municipais; "Hospitais Gerais em Campinas - o acesso aos leitos"- 1993; IBGE - Estatísticas de Saúde - Assistência Médico-Sanitária - 1985/90; "Distribuição e Disponibilidade dos leitos hospitalares na Região de Campinas" - 1985

Elaboração própria

Notas;

\*1 - Em Campinas foram considerados públicos os hospitais com caráter público: UNICAMP/CAISM; PUCC; Mário Gatti.

Em 1985 foram incluídos os leitos da Santa Casa/Irmãos Penteado entre os leitos públicos. Não foram considerados os hospitais psiquiátricos e os hospitais com alto grau de especialização como o Instituto Penido Burnier, o Centro Domingos Boldrini e o Sobrapar. Os dados de Campinas apresentados na coluna leitos privados (1990) referem-se a 1991, devido ao cadastro do ERSa apresentar-se incompleto.

\*2 - Os dados de Santa Bárbara D'Oeste apresentados na coluna leitos privados (1993) referem-se a 1992.

Tabela 27

REGIÃO DE CAMPINAS (ERSA-27)

EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE HOSPITAIS, LEITOS E INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

MUNICÍPIOS	Nº de hospitais		Nº de leitos		Nº de internações					
	1984	1993	1984	1993	1984		1993			
			#	%	#	%	#	%	#	%
Campinas	5	3	1 043	59,33%	332	35,32%	164	2,08%	1 218	28,28%
Americana (*)	2	2	410	23,32%	374	39,79%	6 225	78,83%	1 840	42,72%
Indaiatuba	1	1	155	8,82%	234	24,89%	1 503	19,03%	1 249	29,00%
Valinhos	1		150	8,53%		0,00%	5	0,06%		0,00%
Total	9	6	1 758	100,00%	940	100,00%	7 897	100,00%	4 307	100,00%

Fontes: Distribuição e Disponibilidade dos leitos hospitalares na Região de Campinas - 1985  
ERSA 27

Elaboração: própria

Notas:

\* - Em 1994 a Clínica de Repouso de Americana é fechada , reduzindo-se o número de leitos a 140 (Hosp. Seara) e as internações a aproximadamente 1016 (1993).

Tabela 28  
Região de Campinas/Área de Metropolização  
Evolução da Contratação de Recursos Humanos pelo Setor Público (1985-93)

Municípios da Região de Campinas	Médicos				Dentistas				Outros (Nível Superior)				Outros (Nível não Super)			
	85	90	93	85	90	93	85	90	93	85	90	93	85	90	93	
Campinas (*1)	77	257	435	99	174	223	36	147	215	401	571	1081				
Americana	ND	109	198	ND	13	30	ND	16	20	ND	549	628				
Artur Nogueira (*2)	1	5	47	1	4	11	-	2	8	8	28	65				
Paulínia	29	48	76	9	19	21	33	46	65	261	328	379				
Cosmópolis	3	5	17	2	9	19	1	16	16	9	29	63				
Nova Odessa	ND	ND	42	-	ND	17	ND	ND	10	ND	ND	98				
Santa Bárbara	12	40	88	-	15	25	1	3	12	30	143	182				
Sumaré	ND	83	65	ND	40	48	ND	20	10	ND	188	142				
Jaguariuna	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND				
Pedreira (*1)	7	ND	ND	1	ND	ND	3	ND	ND	ND	ND	ND				
Santo Antonio da Posse	5	10	24	-	6	6	ND	5	39	ND	11	31				
Vinhedo	36	ND	32	8	ND	16	6	ND	4	28	ND	20				
Valinhos	37	26	93	5	12	17	2	10	46	46	24	143				
Indaialuba (*3)	ND	18	155	5	18	43	ND	ND	72	ND	ND	383				
Monte Mor	ND	5	18	ND	6	12	3	1	1	ND	8	16				
Região de Campinas	207	606	1290	130	316	488	85	266	518	813	1879	3231				

(Continuação)

Municípios da Região de Campinas	Taxas de Crescimento 1985/1990			Taxas de Crescimento 1990/1993		
	Médicos	Dentistas	Outros	Médicos	Dentistas	Outros
Campinas (*1)	233,87%	75,8%	42,4%	69,3%	28,2%	46,3%
Americana	ND	ND	ND	81,6%	130,8%	25,0%
Artur Nogueira (*2)	400,0%	300,0%	250,0%	840,0%	175,0%	300,0%
Paulínia	65,5%	111,1%	39,4%	58,3%	10,5%	41,3%
Cosmópolis	66,7%	350,0%	222,2%	240,0%	111,1%	0,0%
Nova Odessa	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Santa Bárbara	233,3%	ND	376,7%	120,0%	66,7%	300,0%
Sumaré	ND	ND	ND	-21,7%	20,0%	-50,0%
Jaguariuna	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Pedreira (*1)	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Santo Antonio da Posse	100,0%	ND	ND	140,0%	0,0%	680,0%
Vinhedo	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Valinhos	-29,7%	140,0%	400,0%	257,7%	41,7%	360,0%
Indaialuba (*3)	ND	260,0%	ND	761,1%	138,9%	ND
Monte Mor	ND	ND	-66,7%	260,0%	100,0%	0,0%
Região de Campinas	192,7%	143,1%	131,1%	112,9%	54,4%	94,7%

Notas:

\*1 - Dados referentes a 1984. Nos censamentos do CIS/SES

constam também em Campinas 190 especialistas/INMPS

\*2 - Sendo 28 plantonistas

\*3 - Sendo 65 plantonistas do hospital

Fontes: Prefeitura Municipal, CIS/SES

Elaboração: própria

Tabela 29

Município de Campinas

Evolução do Número de Consultas Médicas Realizadas por Tipo de Prestador (1982-93)

Tipos de Serviços de Saúde	19820		1990		1993		Taxa de Crescimento 1982-1993
	N. Abs.	%	N. Abs.	%	N. Abs.	%	
Público	85.759	40,16%	1.204.067	49,27%	1.392.830	50,53%	1524,12%
Universitário	35.996	16,86%	800.904	32,78%	1.123.710	40,77%	3021,76%
Conveniados (Filantr.+Sindicat.)	24.402	11,43%	329.972	13,50%	98.128	3,56%	302,13%
Contratados	67.391	31,56%	108.623	4,45%	141.604	5,14%	110,12%
TOTAL	213.548	100,00%	2.443.566	100,00%	2.756.272	100,00%	1190,70%

FONTE: Projeto Pró-Assistência I  
Núcleo de Informação - ERS27

Elaboração: própria

Notas:

\*1 - No ano de 1982 estão computadas as consultas médicas e de auxiliares de saúde

\*2 - Referentes à Unimed

Tabela 30

Região de Campinas (ERSA-27)  
Evolução do Número de Consultas Médicas por Tipo de Prestador (1990-93)

Municípios do ERSA-27	Público				Universitário			
	1990	1993	1990	1993	1990	1993	1990	1993
	N. Abs.	%	N. Abs.	%	N. Abs.	%	N. Abs.	%
Americana	420.733	79,68	493.767	87,99	0,00	0,00	0,00	0,00
Campinas	1.204.067	49,27	1.392.830	50,53	800.904	32,78	1.123.710	40,77
Cosmópolis	15.124	14,66	30.874	23,05	0,00	0,00	0,00	0,00
Indaiatuba	82.405	44,84	262.696	70,14	0,00	0,00	0,00	0,00
Monte Mor	19.063	33,06	47.540	60,38	0,00	0,00	0,00	0,00
Nova Odessa	71.495	100,00	165.643	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Paulínia (*)	153.344	99,80	238.208	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Bárbara D'Oeste	173.020	67,69	340.447	88,39	0,00	0,00	0,00	0,00
Sumaré	283.878	73,86	353.494	79,37	0,00	0,00	0,00	0,00
Valinhos	204.423	88,35	269.451	88,14	0,00	0,00	0,00	0,00
Vinhedo	41.189	42,37	75.711	55,38	0,00	0,00	0,00	0,00
ERSA-27	2.668.741	59,18	3.670.661	65,77	800.904	17,76	1.123.710	20,13

Municípios do ERSA-27	Filantrópicos e Sindicatos				Contratados				TOTAL	
	1990	1993	1990	1993	1990	1993	1990	1993	1990	1993
	N. Abs.	%	N. Abs.	%	N. Abs.	%	N. Abs.	%	N. Abs.	%
Americana	74.879	14,18	14.060	2,51	32.403	6,14	53.346	9,51	528.015	100,00
Campinas	329.972	13,50	98.128	3,56	108.623	4,45	141.604	5,14	2.443.566	100,00
Cosmópolis	101.353	0,00	111.820	0,00	88.007	85,34	103.047	76,95	103.131	100,00
Indaiatuba	38.602	55,16	31.201	29,86	0,00	0,00	0,00	0,00	183.758	100,00
Monte Mor	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	57.665	100,00
Nova Odessa	0,00	0,00	0,00	0,00	300	0,20	0,00	0,00	71.495	100,00
Paulínia (*)	82.596	32,31	44.734	11,61	0,00	0,00	0,00	0,00	153.644	100,00
Santa Bárbara D'Oeste	0,00	0,00	91.902	20,63	100.482	26,14	0,00	0,00	255.616	100,00
Sumaré	26.865	11,61	36.244	11,86	100	0,04	0,00	0,00	384.360	100,00
Valinhos	54.754	56,32	61.003	44,62	1.280	1,32	0,00	0,00	231.388	100,00
Vinhedo	709.021	15,72	489.092	8,76	331.195	7,34	297.997	5,34	97.223	100,00
ERSA-27									4.509.861	100,00

FONTE: ERSA-27

Elaboração: própria

Notas: \*1 - O atendimento em Paulínia foi computado como universitário pelo ERSA-27. Para os nossos propósitos consideramos mais adequado considerá-lo como "setor público"

Tabela 31  
Região de Campinas (ERSA-27)  
Evolução da Produção de Consultas Médicas do Setor Público (1988-1993)

Municípios/anos	Taxas de Crescimento em relação a 1988										TCCA	
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1989	1990	1991	1992		1993
Americana	251.617	267.494	421.864	354.666	459.580	493.767	6,31%	67,66%	40,95%	82,65%	96,24%	14,43%
Campinas (*1)	619.708	695.444	970.100	994.955	1.259.365	1.392.830	12,22%	56,54%	60,55%	103,22%	124,76%	17,58%
Cosmópolis	14.582	11.839	15.984	18.235	30.267	30.874	-18,81%	9,61%	25,05%	107,56%	111,73%	16,19%
Hortolândia	-	-	-	105.595	101.635	166.466	ND	ND	ND	ND	ND	25,56%
Indaiatuba	129.970	90.563	82.264	69.582	201.605	262.696	-30,32%	-36,71%	-46,46%	55,12%	102,12%	15,11%
Monte Mor	10.268	18.701	18.874	29.544	23.349	47.540	82,13%	83,81%	187,73%	127,40%	362,99%	35,87%
Nova Odessa	53.486	70.319	69.974	89.679	108.565	165.643	31,47%	30,83%	67,67%	102,98%	209,69%	25,37%
Paulínia	39.550	86.526	ND (*2)	134.937	142.685	238.208	118,78%	ND	241,18%	260,77%	502,30%	43,21%
Santa Bárbara D'Oeste	153.554	183.969	170.475	198.203	205.563	340.447	19,81%	11,02%	29,08%	33,87%	121,71%	17,26%
Sumaré	134.085	219.795	284.130	265.744	264.979	353.494	63,92%	111,90%	98,19%	97,62%	163,63%	21,39%
Valinhos	159.758	183.456	201.581	181.968	205.012	269.451	14,83%	26,18%	13,90%	28,33%	68,66%	11,02%
Vinhedo	34.706	29.034	42.973	40.689	46.972	75.711	-16,34%	23,82%	17,24%	35,34%	118,15%	16,88%
ERSA-27	1.617.628	1.856.598	2.282.222	2.483.437	3.086.556	3.736.341	14,77%	41,08%	53,52%	90,81%	130,98%	18,23%

Fontes: Núcleo de Informações/ERSA27 e Prefeituras Municipais

Elaboração: própria

Notas:

\*1 - Excluídos os dados das Universidades

\*2 - Dados agregados aos da Unicamp

Tabela 32  
Município de Americana  
Evolução do N° de Consultas Médicas, SADT e Internações  
FUSAME (1985-93)

FUSAME	1985	1990	1993	TGCA
Consultas Médicas	60.865	376.972	493.471	29,90%
SADT	12.503	182.425	301.614	48,87%
Internações	3.117	9.035	12.216	18,62%

Fonte: FUSAME

ERSA 27

Elaboração: própria

Tabela 33  
 Região de Campinas/Área de Metropolização  
 Distribuição das consultas Médicas no Setor Público por Tipo de Unidade  
 de Saúde: 1992

Tipo de Unidade de Saúde	Consultas Médicas	
	N Abs.	%
Unidades de Saúde	1.288.818	59,2
Pronto-Socorro	464.061	21,3
Pronto-Atendimento	17.169	0,8
Ambulatório de Especialidades	365.244	16,8
Unidades Mistas	39.683	1,8
Outros	1.005	0,0
<b>Total</b>	<b>2.175.980</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Fundação Seade  
 Elaboração própria

Tabela 34  
 Região de Campinas/ (ERSA-27)  
 Evolução da Produção de Consultas Médicas per capita do Setor Público

Municípios/anos	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Americana	1,74	1,81	2,80	2,31	2,93	3,08
Campinas	0,78	0,86	1,17	1,18	1,46	1,57
Cosmópolis	0,45	0,35	0,45	0,50	0,79	0,77
Hortolândia						
Indaiatuba	1,51	1,00	0,86	0,69	1,90	2,34
Monte Mor	0,47	0,82	0,78	1,16	0,87	1,67
Nova Odessa	1,77	2,24	2,14	2,63	3,06	4,48
Paulínia	1,26	2,62	0,00	3,69	3,70	5,87
Santa Bárbara D'Oeste	1,26	1,42	1,24	1,36	1,33	2,09
Sumaré	0,74	1,12	1,35	1,85	1,71	2,12
Valinhos	2,57	2,87	3,06	2,68	2,93	3,74
Vinhedo	1,17	0,94	1,33	1,21	1,34	2,08
ERSA-27	1,05	1,17	1,39	1,45	1,75	2,05

Fontes: Núcleo de Informações/ERSA 27  
 Prefeituras Municipais  
 Elaboração própria





Tabela 37

Região de Campinas (ERSA-27)  
Evolução da Produção de SMDT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico)

Taxas de Crescimento em Relação a 1988

Municípios/anos	1988	1989	1990	1991	1992	1989	1990	1991	1992	1991	1992	TCGA
Americana	81.072	104.916	145.697	148.039	191.055	29,41%	79,71%	82,60%	135,66%	82,60%	135,66%	23,90%
Campinas (*) (*2)	88.270	253.011	310.236	472.552	517.010	186,63%	251,46%	435,35%	485,71%	435,35%	485,71%	55,57%
Cosmópolis	768	ND	10.121	24.777	37.961	ND	1217,84%	3126,17%	4842,84%	3126,17%	4842,84%	165,15%
Hortolândia	29.886	26.288	54.099	66.475	97.866	-	81,02%	122,43%	227,46%	122,43%	227,46%	34,52%
Indaiatuba	ND	ND	ND	226	ND	-	-	-	-	-	-	-
Monte Mor	18.210	30.409	20.204	52.821	74.505	66,99%	10,95%	190,07%	309,14%	190,07%	309,14%	42,22%
Nova Odessa	20.178	15.028	ND	75.366	122.115	-25,52%	-	273,51%	505,19%	273,51%	505,19%	56,85%
Paulínia	26.822	22.961	43.485	56.988	49.795	-14,39%	62,12%	112,47%	85,65%	112,47%	85,65%	16,73%
Santa Bárbara D'Oeste	83.958	69.310	74.672	104.765	132.294	-17,45%	-11,06%	24,78%	57,57%	24,78%	57,57%	12,04%
Sumaré	28.894	27.369	27.950	79.273	84.748	-5,28%	-3,27%	174,36%	193,31%	174,36%	193,31%	30,87%
Valinhos	14.578	8.829	20.427	23.410	26.639	-39,44%	40,12%	60,58%	82,73%	60,58%	82,73%	16,27%
Vinhedo	392.636	558.126	706.891	1.023.736	1.334.102	42,15%	80,04%	160,73%	239,78%	160,73%	239,78%	35,77%
ERSA-27												

Fonte: Núcleo de Informações/ERSA-27

Elaboração própria

\*1 - Excluídos os dados referentes às Universidades

\*2 - No ano de 1990 os dados encontram-se agregados aos da Unicamp

Tabela 38  
 Região de Campinas (ERSA-27)  
 EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO DE SADI PER CAPITA (1988-92)

Municípios/anos	1988	1989	1990	1991	1992
Americana	0,56	0,71	0,97	0,96	1,22
Campinas (*1) (*2)	0,11	0,31	0,37	0,56	0,60
Cosmópolis	0,02	0,00	0,29	0,68	0,99
Hortolândia				0,00	0,00
Indaiatuba	0,35	0,29	0,57	0,66	0,92
Monte Mor	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00
Nova Odessa	0,60	0,97	0,62	1,55	2,10
Paulínia	0,64	0,46	0,00	2,06	3,17
Santa Bárbara D'Oeste	0,22	0,18	0,32	0,39	0,32
Sumaré	0,46	0,35	0,35	0,73	0,85
Valinhos	0,47	0,43	0,42	1,17	1,21
Vinhedo	0,49	0,28	0,63	0,70	0,76
ERSA-27	0,26	0,35	0,43	0,60	0,76

Fonte: Núcleo de Informações/ ERSÁ 27  
 Elaboração própria

Tabela 39

Região de Campinas

EVOLUÇÃO DO Nº DE INTERNAÇÕES FINANCIADAS PELO NÍVEL FEDERAL(AIHS) NOS HOSP.PÚBLICOS E CONTRATADOS DO ERSA-

	1990	(%)	1993	(%)	Diferença (%) 1990/93
<b>Hospitais Públicos</b>					
FUSAME	7.499		10.640		41,89
Hospital Municipal Mário Gatti	5.218		5.743		10,06
SUB-TOTAL	12.717	14,84	16.383	17,59	28,83
<b>Hospitais Filantrópicos</b>					
Irm. Miser. de Americana	5.659		2.894		-48,86
SEARA-Hosp.Psiq. Beneficiente	880		1.016		15,45
Hosp.Álvaro Ribeiro	4.928		1.351		-72,59
Irm.Miser.Campinas/Irmãos.Penteado	5.970		5.565		-6,78
Hosp.Coração de Jesus	9		31		244,44
Hosp.Mater.Santo Antonio	7.887		9.050		14,75
Maternidade de Campinas	6.867		7.947		15,73
Casa de Saúde Campinas	-		-		-
Clín.Inf.Dr.Domingos Boldrini	847		1.078		27,27
Santório Dr.Cândido Ferreira	501		764		52,50
SOBRAPAR(Soc.Bras.Crânio Facial)	-		213		
Irm.Sta.Casa de Miser.Valinhos	4.908		7.847		59,88
Irm.Sta.Casa de Miser.Sumaré	5.031		4.892		-2,76
Sta.Casa Sat.Bárbara d'Oeste	6.307		8.415		33,42
Irm. Sta.Casa de Vinhedo	7.271		7.194		-1,06
Hosp.Benef.Sta.Gertrudes	5.269		6.351		20,54
SUB-TOTAL	62.334	72,72	64.608	69,38	3,65
<b>Hosp.Benef. e Lucrativos</b>					
Hosp. André Luiz	1.773		2.399		35,31
Clín. de Rep. Indaiá	1.184		1.249		5,49
Real Soc. Port.de Beneficência	777		1.162		49,55
Hosp.Fibiriçá	498		454		-8,84
Inst.Benef. Augusto O. Camargo	6.430		6.044		-6,00
Clín. de Rep. de Americana	-		824		-
SUB-TOTAL	10.662	12,44	12.132	13,03	13,79
TOTAL/ERSA-27	85.713	100,00	93.123	100,00	8,65

Fonte: Núcleo de Informações do ERSA-27

Elaboração própria

Tabela 40  
 INTERNAÇÕES PAGAS PELO SUS EM HOSPITAIS  
 DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS 1991 - 93.  
 (%)

1991	1992	1993
53	51	77

Fonte CAH 107 - Relatório/ERSA - 27.  
 Elaboração: Coordenadoria de Atenção  
 Secundária e Terciária/SMS/PMC 1994.

Tabela 41  
 PARTICIPAÇÃO DOS HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS NO MONTANTE DAS  
 INTERNAÇÕES DOS MUNICÍPIOS (1991 - 1993).

Relação com o SUS	Hospitais	(%)		
Totalmente inseridos no SUS	HC UNICAMP + CAISM	10,49	12,41	9,32
	HC PUCAMP	13,88	12,76	12,46
	Mário Gatti	4,36	3,67	4,88
	Cândido Ferreira	0,49	0,51	0,29
	Tibiriçá	0,19	0,36	0,15
<b>SUBTOTAL</b>		<b>29,41</b>	<b>29,71</b>	<b>27,10</b>
Parcialmente inseridos no SUS	Santa Casa	10,17	10,14	4,27
	Albert Sabin	10,76	8,13	7,08
	Maternidade	11,69	12,25	11,90
	Benef. Portuguesa	2,07	5,38	5,91
	Álvaro Ribeiro	4,35	3,00	3,90
	Boldrini	0,40	0,26	0,17
	SOBRAPAR	0,10	0,02	0,12
<b>SUBTOTAL</b>		<b>39,54</b>	<b>39,18</b>	<b>33,35</b>
Sem inserção no SUS	Centro Médico	3,54	3,39	3,40
	Vera Cruz	6,89	5,02	9,62
	Samaritano	3,13	3,42	3,54
	Casa de Saúde	9,49	8,80	8,15
	Coração de Jesus	3,67	3,18	3,70
	Santa Edwirges	1,62	2,47	4,88
	Santa Tereza	0,89	0,74	1,43
	Santa Rita de Cássia	0,64	0,58	1,01
	Madre Maria de Theodoro		1,26	1,43
	Penido Burnier	1,11	2,16	2,30
<b>SUBTOTAL</b>		<b>30,98</b>	<b>31,02</b>	<b>39,46</b>
<b>TOTAL</b>		<b>99,93</b>	<b>99,91</b>	<b>99,91</b>

Fonte: CAH 107 - Relatório/ERSA - 27.  
 Elaboração: Coordenadoria de Atenção Secundária e Terciária/SMS/  
 PMC 1994.

Tabela 42

Participação dos Hospitais de Campinas no montante das internações SUS  
Jan/49 a maio/94

Distribuição das AIHS nos hospitais de Campinas:

Hosp. Parceiros	(%)	Hosp. de "Caráter	(%)
do SUS		Público"	
Maternidade	10	PUCC	23
Sabin	7	HC UNICAMP	20
Irmãdade	7	CAISM	12
Tibiriçá	3	Mário Gatti	10
Ben. Portuguesa	2	Cândido Ferreira	5
Álvaro Ribeiro	1		
Sobrapar	1		
Boldrini	1		
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>		<b>70</b>

Fonte: CAH 106 - Relatório/ERSA - 27.

Elaboração: Coordenadoria de Atenção  
Secundária e Terciária/SMS/PMC 1994.

Tabela 43

Evolução das Internações SUS nos Hospitais parceiros do  
SUS em Campinas - 1991 - 93.

(%)

	1991	1992	1993	TGCA
Santa Casa	50	88	39	-11,68%
Albert Sabin	75	49	41	-26,06%
Maternidade	19	43	45	53,90%
Benef. Portuguesa	17	42	16	-2,99%
Álvaro Ribeiro	67	41	19	-46,75%
Boldrini	63	59	78	11,27%
<b>SOBRAPAR</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>82</b>	<b>-9,45%</b>

Fonte: CAH 106 - Relatório/ERSA - 27.

Elaboração: Coordenadoria de Atenção  
Secundária e Terciária/SMS/PMC 1994.

Tabela 44  
Carga Tributária - Nível e Divisão Por Governo: 1980/88/93

NÍVEIS DE GOVERNO	1980	1988	1993
Receita Tributária em % do PIB:	25%	22%	26%
Estrutura da Arrecadação Direta:	100%	100%	100%
União	75%	71%	68%
Impostos /	38%	36%	28%
Contribs.Seguridade	28%	29%	38%
Estados	22%	26%	27%
Municípios	3%	3%	5%
Estrutura da Receita Disponível:	100%	100%	100%
União	69%	62%	58%
Impostos	28%	29%	37%
Contribs.Seguridade	41%	33%	21%
Estados	22%	27%	26%
Municípios	9%	11%	16%

Fonte: Fundação Getúlio Vargas (FGV) e Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Elaboração: Afonso J.R.R.

Notas:

Como "Receita Disponível" consideram-se as transferências intergovernamentais constitucionais e legais de tributos.

Tabela 45

Região de Campinas

Evolução e Classificação da Receita Total, segundo os Municípios: 1981/1993

milhares US\$ médio de 1993

Municípios	Classi- ficação	Rec.Total Média-1981/92	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
			97.135	107.300	98.690	94.798	137.576	174.281	174.144	217.497	164.908	152.980	214.004	200.853	167.058
Campinas	Alta	152.846	97.135	107.300	98.690	94.798	137.576	174.281	174.144	217.497	164.908	152.980	214.004	200.853	167.058
Sumaré (2)	Alta	38.498	22.091	21.515	22.343	21.907	32.768	53.337	42.808	31.982	41.342	54.766	65.805	51.315	34.829
Americana	Alta	29.486	23.665	20.546	18.266	18.643	23.062	30.367	32.112	25.211	37.521	44.115	45.731	34.594	39.098
Paulínia	Alta	23.453	15.568	15.248	15.363	12.589	16.137	21.874	21.884	18.069	26.801	30.406	41.595	45.901	60.030
Hortolândia	Média	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21.726
Valinhos	Média	15.800	11.018	9.989	10.235	11.046	14.371	19.617	16.875	14.653	20.045	21.358	22.497	17.899	15.057
Sta. Bárb. D'Oeste	Média	13.844	10.473	11.366	8.152	8.317	10.043	12.687	16.473	14.345	19.021	18.520	21.558	15.175	18.128
Indaiatuba	Média	13.136	9.039	8.644	7.813	7.861	9.809	12.907	13.459	9.882	15.219	19.592	23.463	19.941	19.493
Vinhedo	Média	9.812	7.234	7.149	5.402	6.433	7.482	9.165	10.010	9.467	13.340	14.973	15.245	11.928	13.889
Jaguariúna (1)	Baixa	5.584	1.955	2.383	2.205	3.087	4.975	6.637	7.886	995	6.838	11.276	10.876	7.898	14.540
Cosmópolis (1)	Baixa	5.185	3.344	4.164	3.402	3.168	3.887	5.951	4.934	3.890	6.219	7.461	8.464	7.331	6.490
Pedreira	Baixa	4.324	3.383	3.887	3.246	2.804	3.550	4.783	4.693	3.780	4.875	6.234	5.468	5.183	7.267
Nova Odessa	Baixa	4.450	2.241	2.516	2.294	3.052	3.591	4.643	4.456	3.567	5.366	7.476	7.396	6.801	6.393
Arthur Nogueira (1)	Baixa	3.682	2.258	2.393	2.077	2.311	3.057	4.508	3.971	3.378	3.845	5.932	5.424	5.027	4.596
Monte Mor	Baixa	3.279	1.414	2.010	2.017	1.966	2.558	3.697	3.680	3.002	4.629	5.582	4.904	3.885	4.650
Sto. Ant. da Posse(1)	Baixa	1.943	1.135	1.170	1.041	1.175	1.816	2.283	2.018	2.127	2.676	2.872	2.493	2.514	2.301
Holambra	Baixa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.418
Engenheiro Coelho	Baixa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	912
Reg. de Campinas		325.323	211.952	220.279	202.547	199.148	274.603	366.739	359.404	361.844	372.643	403.544	494.923	436.244	437.876
Região de Campinas, excluindo Paulínia		301.870	196.385	205.031	187.184	186.559	258.465	344.865	337.520	343.775	345.842	373.138	453.328	390.343	377.845

Fontes:- Demonstrações fiscais para região de Campinas, Rapiasa (1981-1991)

- Balanços Municipais (1993), Receita Federal (1992)/CIBAM.

Elaboração própria

Notas: \* Os valores de Campinas não foram considerados no cálculo da média e desvio padrão dos dados

\* Dados deflacionados pelo ICP-DI para valores de 1993 e convertidos para dólares pela cotação média deste ano.

\* Os dados relativos a 1993 são preliminares, uma vez que não estão ainda, disponíveis nos bancos de dados oficiais.

\* Critério de classificação: Foram classificados como município de Alta Receita aqueles que

tiveram a Receita Média (1985-92) maior que US\$ 16.903,91 mil (valor correspondente à média do grupo de municípios, acrescentada da metade do desvio

padrão); os municípios de baixa Receita foram aqueles inferiores a US\$ 6.092,90 mil (valor correspondente a média dos municípios, subtraindo-se a

metade do desvio padrão) e por fim, os municípios classificados como médio foram aqueles que apresentaram valores intermediários entre os dois grupos.

Tabela 46

Região de Campinas

Evolução e Classificação da Receita Total, segundo os Municípios: 1981/1993

Índice de crescimento 1981 = 100

Municípios	Classifi- cação	Índice Médio	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Campinas	Alta	158	100	110	102	98	142	179	179	224	170	157	220	207	172
Sumaré (2)	Alta	173	100	97	101	99	148	241	194	145	187	248	298	232	158
Americana	Alta	128	100	87	77	79	97	128	136	107	159	186	193	146	165
Paulínia	Alta	169	100	98	99	81	104	141	141	116	172	195	267	295	386
<b>SUBTOTAL</b>		<b>157</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>98</b>	<b>93</b>	<b>132</b>	<b>177</b>	<b>171</b>	<b>185</b>	<b>171</b>	<b>178</b>	<b>232</b>	<b>210</b>	<b>190</b>
Valinhos	Média	143	100	91	93	100	130	178	153	133	182	194	204	162	137
Sta. Bár. D'Oeste	Média	135	100	109	78	79	96	121	157	137	182	177	206	145	173
Indaiatuba	Média	151	100	96	86	87	109	143	149	109	168	217	260	221	216
Vinhedo	Média	140	100	99	75	89	102	127	138	131	184	207	211	165	192
<b>SUBTOTAL</b>		<b>142</b>	<b>100</b>	<b>98</b>	<b>84</b>	<b>89</b>	<b>110</b>	<b>144</b>	<b>150</b>	<b>128</b>	<b>179</b>	<b>197</b>	<b>219</b>	<b>172</b>	<b>176</b>
Jaquariúna (1)	Baixa	321	100	122	113	158	255	340	403	51	350	577	556	404	744
Cosmópolis (1)	Baixa	158	100	125	102	95	116	178	148	116	186	223	253	219	194
Pedreira	Baixa	135	100	115	96	83	105	141	139	112	144	184	162	153	215
Nova Odessa	Baixa	205	100	112	102	136	160	207	199	159	239	334	330	303	285
Arthur Noqueira (1)	Baixa	166	100	106	92	102	135	200	176	150	170	263	240	223	204
Monte Mor	Baixa	239	100	142	143	139	181	262	260	212	327	395	347	275	329
Sto. Ant. da Posse(1)	Baixa	174	100	103	92	103	160	201	178	187	236	253	220	221	203
<b>SUBTOTAL</b>		<b>190</b>	<b>100</b>	<b>118</b>	<b>104</b>	<b>112</b>	<b>149</b>	<b>207</b>	<b>201</b>	<b>132</b>	<b>219</b>	<b>298</b>	<b>286</b>	<b>246</b>	<b>294</b>
<b>Reg. de Campinas</b>		<b>158</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>96</b>	<b>94</b>	<b>130</b>	<b>173</b>	<b>170</b>	<b>171</b>	<b>176</b>	<b>190</b>	<b>234</b>	<b>206</b>	<b>207</b>
<b>Região de Campinas, excluindo Paulínia</b>		<b>157</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>95</b>	<b>95</b>	<b>132</b>	<b>176</b>	<b>172</b>	<b>175</b>	<b>176</b>	<b>190</b>	<b>231</b>	<b>199</b>	<b>192</b>

Fontes:- Demonstrações fiscais para região de Campinas, Emplasa (1981-1991)

- Balanços Municipais (1993), Receita Federal (1992)/CEPAM.

Elaboração própria

Notas:

\* Os valores de Campinas não foram considerados no cálculo da média e desvio padrão dos dados

\*- Critério de classificação: Foram classificados como município de Alta Receita aqueles que tiveram a Receita Média (1985-92) maior que US\$ 16.903,91 mil (valor correspondente à média do grupo de municípios, acrescentada da metade do desvio padrão); os municípios de baixa Receita foram aqueles inferiores a US\$ 6.092,90 mil (valor correspondente a média dos municípios, subtraindo-se a metade do desvio padrão); e, por fim, os municípios classificados como médio foram aqueles que apresentaram valores intermediários entre os dois grupos.

\* Dados deflacionados pelo IGP-DI para valores de 1993 e convertidos para dolares pela cotação média deste ano.

\* Os dados relativos a 1993 são preliminares, uma vez que não estão ainda, disponíveis nos bancos de dados oficiais.

Tabela 47

Região de Campinas

Evolução e Classificação da Receita Total per capita, segundo os Municípios: 1981/1993

US\$ médio de 1993

Municípios	Classifi- cação	Rec.Total Média- 1981/92	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Paulínia	Alta	778	712	663	634	493	601	773	735	576	812	875	1.136	1.331	1.479
Vinhedo	Alta	340	321	305	221	253	280	333	350	318	430	464	454	347	382
Sumaré (2)	Alta	238	202	183	176	161	224	339	253	176	211	260	457	211	209
Hortolândia	Alta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	264
Valinhos	Alta	264	219	192	191	200	253	335	280	236	313	324	331	286	209
Jaquariúna (1)	Alta	264	123	143	127	169	261	333	378	46	299	472	435	387	531
Campinas	Média	197	143	155	139	131	185	230	225	274	204	185	253	237	189
Americana	Média	207	190	161	141	140	170	219	227	175	254	293	297	221	244
Arthur Nogueira (1)	Média	179	135	135	112	118	148	208	174	141	152	223	252	348	193
Sto. Ant. da Posse(1)	Baixa	152	102	102	89	98	147	181	156	160	196	206	174	215	153
Cosmópolis (1)	Baixa	167	138	165	129	116	136	200	159	120	184	212	231	213	164
Adreia	Baixa	172	154	173	141	119	147	194	186	146	184	230	197	190	250
Engenheiro Coelho	Baixa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	140
Indaiatuba	Baixa	159	152	138	118	113	134	167	165	115	168	205	233	205	174
Nova Odessa	Baixa	151	98	106	93	119	134	167	154	118	171	228	217	203	239
Monte Mor	Baixa	158	96	129	122	113	139	190	179	139	202	231	192	159	164
Sta. Bárbara D'Oeste	Baixa	120	129	132	89	86	98	117	143	118	147	135	148	101	111
Região de Campinas		236	194	192	168	162	204	266	251	190	262	303	334	310	300
Região de Campinas, excluindo Paulínia		198	157	159	135	138	176	229	216	163	223	262	277	237	226

Fontes:- Demonstrações fiscais para região de Campinas, EMPLASA (1981-1991)

- Balanços Municipais (1993), Receita Federal (1992)/CEPAM.

Elaboração própria

Notas:

\* Os valores de Campinas não foram considerados no cálculo da média e desvio padrão dos dados

\*- Critério de classificação: foram classificados como município de Alta Receita aqueles que tiveram a Receita Média (1985-92 maior que US\$ 16.903,91 mil (valor correspondente à média do grupo de municípios, acrescentada da metade do desvio padrão os municípios de baixa Receita foram aqueles inferiores a US\$ 6.092,90 mil (valor correspondente a média dos municípios, traindo-se a metade do desvio padrão) e por fim, os municípios classificados como médio foram aqueles que apresentaram valores intermediários entre os dois grupos.

\* Dados deflacionados pelo IGP-DI para valores de 1993 e convertidos para dólares pela cotação média deste ano.

\* Os dados relativos a 1993 são preliminares, uma vez que não estão ainda, disponíveis nos bancos de dados oficiais.

Tabela 48

Região de Campinas

Evolução e Classificação da Receita Total per capita, segundo os Municípios: 1981/1993 Índice de crescimento 1981=100

Municípios	Classifi- cação	Índice Médio	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Paulínia	Alta	117	100	93	89	69	84	109	103	81	114	123	160	187	208
Vinhedo	Alta	107	100	95	69	79	87	104	109	99	134	145	141	108	119
Sumaré (2)	Alta	117	100	91	87	80	111	168	125	87	105	129	227	104	104
Valinhos	Alta	119	100	88	88	92	116	153	128	108	143	148	152	131	96
Jaquariúna (1)	Alta	232	100	116	103	138	212	271	308	37	244	384	354	315	432
<b>SUBTOTAL</b>		<b>125</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>86</b>	<b>81</b>	<b>103</b>	<b>134</b>	<b>127</b>	<b>86</b>	<b>131</b>	<b>152</b>	<b>178</b>	<b>163</b>	<b>195</b>
Campinas	Média	137	100	108	97	91	130	161	157	192	142	129	177	165	132
Americana	Média	111	100	85	74	74	90	116	120	92	134	154	157	116	128
Arthur Nogueira (1)	Média	134	100	101	83	88	110	154	129	104	113	166	187	259	143
<b>SUBTOTAL</b>		<b>125</b>	<b>100</b>	<b>97</b>	<b>84</b>	<b>83</b>	<b>108</b>	<b>141</b>	<b>134</b>	<b>126</b>	<b>130</b>	<b>150</b>	<b>172</b>	<b>172</b>	<b>134</b>
Sto. Ant. da Posse(1)	Média	149	100	101	87	96	145	177	153	157	193	202	171	211	150
Cosmópolis (1)	Baixa	121	100	119	94	84	98	145	115	87	133	154	167	154	118
Pedreira	Baixa	115	100	112	92	77	95	126	120	95	119	149	128	123	162
Indaiatuba	Baixa	105	100	91	78	74	88	110	108	75	110	134	153	135	114
Nova Odessa	Baixa	160	100	108	94	121	136	169	156	120	173	232	221	207	244
Monte Mor	Baixa	165	100	135	128	118	146	199	188	145	212	242	201	166	172
Stá. Bárbara D'Oeste	Baixa	93	100	102	69	67	76	91	111	91	114	105	115	78	86
<b>SUBTOTAL</b>		<b>127</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>90</b>	<b>88</b>	<b>108</b>	<b>140</b>	<b>131</b>	<b>105</b>	<b>144</b>	<b>166</b>	<b>160</b>	<b>148</b>	<b>160</b>
<b>Região de Campinas</b>		<b>124</b>	<b>100</b>	<b>99</b>	<b>87</b>	<b>83</b>	<b>105</b>	<b>137</b>	<b>129</b>	<b>98</b>	<b>135</b>	<b>156</b>	<b>172</b>	<b>160</b>	<b>154</b>
<b>Região de Campinas, excluindo paulínia</b>		<b>127</b>	<b>100</b>	<b>101</b>	<b>86</b>	<b>88</b>	<b>112</b>	<b>146</b>	<b>138</b>	<b>104</b>	<b>142</b>	<b>167</b>	<b>176</b>	<b>151</b>	<b>144</b>

Fontes:- Demonstrações fiscais para região de Campinas, Emplasa (1981-1991)

- Balanços Municipais (1993), Receita Federal (1992)/CEPAM.

Elaboração própria

Notas:

\* Os valores de Campinas não foram considerados no cálculo da média e desvio padrão dos dados

\*- Critério de classificação: Foram classificados como município de Alta Receita aqueles que tiveram a Receita Média (1985-92) maior que US\$ 16.903,91 mil (valor correspondente à média do grupo de municípios, acrescentada da metade do desvio padrão); os municípios de baixa Receita foram aqueles inferiores a US\$ 6.092,90 mil (valor correspondente a média dos municípios, subtraindo-se a metade do desvio padrão); e; por fim, os municípios classificados como médio foram aqueles que apresentaram valores intermediários entre os dois grupos.

\* Dados deflacionados pelo IGP-DI para valores de 1993 e convertidos para dolares pela cotação média deste ano.

\* Os dados relativos a 1993 são preliminares, uma vez que não estão ainda, disponíveis nos bancos de dados oficiais.

1991, 49  
Região de Campinas/Área de Metropolização  
INDICADORES FINANCEIROS MUNICIPAIS

MUNICÍPIO	ANO	POPULAÇÃO ESTIMADA (1)	RECEITA DISPONÍVEL						DESPESAS SOCIAIS					INVESTIMENTO PER CAPITA (2)
			PER CAPITA (2)	IPTU (%)	ISS (%)	TRANS-FERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS ESTADUAIS (%)	TRANS-FERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS FEDERAIS (%)	PER CAPITA (2)	EDUCAÇÃO CULTURAL (%)	HEBRI-TAÇÃO E URBANISMO (%)	SANDE E SANEAMENTO (%)	DESPESA DE CUSTEIO PER CAPITA (2)		
AMERICANA	1990	150.254	103.984,54	1,35	5,45	67,10	12,48	77.553,00	40,20	29,23	30,57	45844,16	37747,33	
	1985	135.535	62.142,07	3,20	6,41	65,95	22,22	36.383,62	28,34	60,23	11,43	36267,85	19338,75	
ARTHUR	1990	26.450	79.563,97	0,99	1,24	63,66	24,00	54.981,66	35,42	18,38	46,20	59027,03	29554,89	
	1985	20.504	53.040,70	1,91	0,80	49,24	25,90	35.437,92	17,58	52,71	29,71	38136,20	12690,58	
NOGUEIRA	1990	825.826	66.802,95	4,68	17,82	57,91	7,06	51.946,40	39,79	29,38	30,83	64286,70	10534,37	
	1985	741.529	53.228,87	9,30	19,96	46,12	22,19	21.126,21	58,93	25,75	15,32	43126,79	10263,50	
COSMOPOLIS	1990	35.290	74.548,56	0,76	6,96	50,53	24,16	45.997,42	48,49	18,34	33,17	57101,02	18161,83	
	1985	28.612	49.236,63	1,22	2,27	58,05	24,16	30.736,89	34,72	44,36	20,91	33376,36	14570,26	
INDAIALUBA	1990	94.827	68.726,80	5,78	10,28	40,76	15,03	59.891,92	29,08	47,57	23,35	38936,67	34606,15	
	1985	72.907	48.707,77	9,98	4,95	41,95	18,54	21.933,81	54,73	25,25	20,02	39353,94	16848,67	
JACUARUNA	1990	23.753	128.191,79	1,67	4,40	59,12	14,93	140.132,62	23,80	33,96	42,24	105483,14	68122,14	
	1985	18.989	91.746,88	2,51	2,12	52,89	16,59	-	-	-	-	52808,84	28195,68	
MONTE-MOR	1990	24.005	77.911,01	4,95	4,73	54,34	22,45	54.450,28	45,80	34,30	19,90	57829,46	21903,84	
	1985	18.314	50.407,85	3,58	3,26	42,41	30,76	-	-	-	-	31133,49	10689,60	
NOVA COESSA	1990	32.576	77.812,60	3,49	2,51	58,06	22,42	56.249,34	48,04	26,85	25,11	47999,11	32618,50	
	1985	26.691	49.133,16	5,01	2,80	47,38	26,38	24.339,37	31,59	55,99	12,42	29833,02	13134,36	
PAULÍNIA	1990	34.535	315.170,87	0,44	7,55	65,22	6,95	262.116,39	38,14	14,24	47,62	273256,50	195.866,43	
	1985	26.732	215.690,03	0,60	7,95	78,58	8,15	194.966,41	32,80	47,21	19,98	156888,21	137.099,26	
PEDREIRA	1990	27.082	78.169,95	2,59	2,71	46,86	26,33	62.156,09	26,82	39,73	33,45	59275,36	29.451,01	
	1985	24.084	54.028,61	6,51	1,62	43,71	26,11	37.199,56	17,72	69,60	12,67	57857,33	46.43,68	
STA. BÁRBARA	1990	135.967	47.427,08	1,23	5,78	62,50	16,89	32.042,40	50,14	34,93	14,93	30808,10	24.697,07	
	1985	101.859	34.874,45	3,34	5,11	46,11	20,92	18.858,14	19,72	26,89	53,40	29571,38	6.834,55	
D'OSTE	1990	13.934	61.086,49	1,44	1,31	29,55	38,63	55.408,95	27,05	38,63	34,27	48974,18	25.550,52	
	1985	12.317	48.012,61	2,87	1,78	27,77	37,73	-	-	-	-	32542,00	7.818,08	
DA POSSE	1990	208.261	94.809,61	0,74	2,24	82,16	10,25	65.526,25	32,40	36,13	31,47	58926,01	20.171,63	
	1985	145.155	74.703,54	3,09	2,26	80,81	9,70	49.513,91	29,77	42,83	27,40	43861,44	21.748,26	
SUMARÉ	1990	65.642	110.740,37	2,57	9,05	65,43	14,07	59.340,23	44,09	29,11	26,81	86992,35	28.399,96	
	1985	56.686	77.038,30	3,37	6,37	68,54	14,19	54.275,71	14,75	69,44	15,80	52425,67	41.471,10	
VALINHOS	1990	32.882	162.774,75	1,85	3,80	55,43	11,52	96.464,89	29,40	26,54	44,07	111248,92	45.552,63	
	1985	26.657	101.305,48	3,48	4,30	51,56	12,87	50.360,98	31,34	43,16	25,50	53135,08	29.032,60	
REGIÃO	1990	1.731.984	82.113,63	9,86	10,14	62,16	10,59	58.307,00	38,38	29,87	31,74	61042,00	23.752,00	
	1985	1.456.571	59.755,43	6,10	11,55	55,82	11,27	30.267,00	39,48	40,69	19,83	42327,00	16.485,00	

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE

Notas:

(1) De acordo com os dados preliminares do Censo Demográfico de 1991

(2) Em Cruzeiros de 1991, corrigidos pelo IGP-DI-FGV (médias anuais).

(3) Posição em dezembro de cada ano

Elaboração própria

Tabela 50

Região de Campinas/Área de Metropolização

- INDICADORES FINANCEIROS MUNICIPAIS - PERCENTUAIS DE CRESCIMENTO ENTRE 1985 E 1990

REGIÃO DE CAMPINAS	POPULAÇÃO ESTIMADA (1)	RECEITA DISPONÍVEL					DESPESAS SOCIAIS				DESPESA DE CUSTEIO PER CAPITA (2)	INVESTIMENTO PER CAPITA (2)
		PER CAPITA (2)	IPTU (%)	ISS (%)	TRANS-FERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS ESTADUAIS (%)	TRANS-FERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS FEDERAIS (%)	PER CAPITA (2)	EDUCAÇÃO E CULTURA (%)	HABITAÇÃO E URBANISMO (%)	SAÚDE E SANEAMENTO (%)		
AMERICANA	10,9%	67,3%	-21,7%	57,7%	88,7%	89,5%	113,2%	235,2%	14,7%	532,0%	26,4%	95,2%
ARTHUR NOGUEIRA	29,0%	50,0%	0,3%	199,9%	150,2%	79,3%	55,1%	303,2%	-30,2%	211,2%	54,8%	132,9%
CAMPINAS	11,4%	25,5%	-29,7%	24,8%	75,5%	14,6%	145,9%	84,9%	212,4%	451,1%	49,1%	2,6%
COSMÓPOLIS	23,3%	51,4%	16,3%	472,6%	62,6%	71,5%	49,6%	157,8%	-23,7%	192,8%	71,1%	24,7%
INDAIATUBA	30,1%	41,1%	6,3%	281,1%	78,3%	48,8%	173,1%	88,7%	569,1%	314,2%	-1,1%	115,6%
JAGUARIUNA *	25,1%	39,7%	16,3%	262,7%	95,4%	57,3%	ND	ND	ND	ND	99,7%	141,6%
MONTE-MOR *	31,1%	54,6%	180,1%	193,9%	159,6%	47,9%	ND	ND	ND	ND	85,7%	104,9%
NOVA ODESSA	22,0%	58,4%	34,6%	73,3%	136,9%	64,3%	131,3%	329,3%	35,4%	470,7%	60,9%	148,3%
PAULÍNIA	29,2%	46,1%	38,4%	79,3%	56,7%	61,0%	34,4%	102,0%	-47,6%	314,0%	74,2%	42,9%
PEDREIRA	12,4%	44,7%	-35,3%	172,2%	74,4%	64,1%	67,1%	184,4%	7,3%	396,0%	2,5%	534,2%
STA. BÁRBARA D'OESTE	33,5%	36,0%	-33,1%	97,6%	146,1%	46,6%	69,9%	476,7%	194,6%	-36,6%	4,2%	261,4%
STO. ANTONIO * DA POSSE	13,1%	27,2%	-27,8%	5,9%	53,2%	47,4%	ND	ND	ND	ND	50,5%	226,8%
SUMARÉ	43,5%	26,9%	-56,4%	80,5%	85,1%	92,4%	32,3%	106,6%	60,2%	118,1%	34,3%	-7,2%
VALINHOS	15,8%	43,8%	27,0%	136,6%	58,9%	65,1%	9,3%	278,4%	-46,9%	114,8%	65,9%	-31,5%
VINHEDO	23,4%	60,7%	5,4%	75,2%	113,1%	77,4%	91,5%	121,7%	45,3%	308,3%	109,4%	56,9%
Região de Campinas	18,9%	37,4%	-23,3%	43,3%	81,9%	53,4%	93,0%	122,3%	68,1%	266,5%	44,2%	44,1%

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE

Elaboração própria

Notas:

(1) De acordo com os dados preliminares do Censo Demográfico de 1991

(2) Em Cruzeiros de 1991, corrigidos pelo IGP-DI-PGV (médias anuais).

(3) Posição em dezembro de cada ano

\* Estes municípios foram excluídos do cálculo da Região de Campinas nos itens referentes a Despesas Sociais.

Tabela 51

EVOLUÇÃO DA COMPOSIÇÃO DA RECEITA TOTAL E DA PARTICIPAÇÃO DO GASTO MUNICIPAL LÍQUIDO COM SAÚDE (GMLS) NA RECEITA MUNICIPAL

Anos	Receita Tributária Própria(A)	(A/D) %	Transferências Federais (B)	(B/D) %	Transferências Estaduais (C)	(C/D) %	Receita Total (D)	GMLS (E)	GMLS/RTP % (E/A)
1985	54.326.131	19,8	27.734.923	10,1	137.074.530	49,9	274.602.656	8.302.550	15,3%
1990	72.066.718	17,9	41.522.536	10,3	239.592.481	59,4	403.544.500	39.322.271	54,6%
1991	123.555.744	25,0	39.097.534	7,9	234.876.860	47,5	494.922.594	46.607.841	37,7%
1992	112.915.183	25,9	35.629.083	8,2	211.445.103	48,5	436.243.814	51.391.771	45,5%
1993	ND	ND	ND	ND	ND	ND	437.875.608	64.367.343	ND

Fontes:- Balanços Municipais (GMLS).

F. Seade/EMPLASA (Receitas de 1985,1990,1991)

Receita Federal/CEPAM (Receita de 1992)-

Elaboração própria

Notas:

Os dados foram deflacionados para valores de 1993 pelo IGP-DI e convertidos em dólares pela cotação média de 1993.

Região de Campinas/ Área de Metropolitização  
CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS, SEGUNDO A MÉDIA DAS DESPESAS REALIZADAS POR FUNÇÃO: 1981/88 E 1989/92

(%)

Função	Educação e Cult		Habit. e Urbanis		Saúde e Saneamen		Transpor		Assist. e Previd		Outras Funções		Desp. Tot													
	81/88	89/92	81/88	89/92	81/88	89/92	81/88	89/92	81/88	89/92	81/88	89/92	81/88	89/92												
Município	81/88	89/92	81/88	89/92	81/88	89/92	81/88	89/92	81/88	89/92	81/88	89/92	81/88	89/92												
	% clas	% clas	% clas	% clas	% clas	% clas	% clas	% clas	% clas	% clas	% clas	% clas	% clas	% clas												
Americana	15,1	8	27,9	2	30,0	4	21,7	5	11,8	10	19,9	7	4,6	14	1,5	15	9,0	3	6,2	5	29,6	6	22,7	10	100,0	100,0
Artur Nogueira	12,8	10	22,3	8	29,4	5	23,2	3	21,9	1	26,0	3	10,3	7	9,1	5	2,8	12	3,6	9	22,9	14	15,7	15	100,0	100,0
Campinas	12,5	12	21,0	11	21,6	10	14,8	11	8,5	11	17,2	11	7,2	12	9,9	4	7,5	6	9,2	1	42,7	1	27,9	6	100,0	100,0
Cosmópolis	17,8	5	27,7	3	24,9	9	11,6	14	13,0	9	21,2	5	9,4	8	6,1	9	5,8	7	1,5	15	29,1	7	31,9	4	100,0	100,0
Indaiatuba	23,3	2	23,2	7	19,4	12	31,1	1	7,9	12	15,2	13	12,9	5	3,7	12	3,3	11	3,9	8	33,1	4	22,9	11	100,0	100,0
Jaguariúna	13,2	9	19,4	14	30,4	3	26,9	2	16,7	5	29,1	2	6,7	13	3,4	14	8,6	5	4,4	7	24,4	13	16,8	14	100,0	100,0
Monte-Mor	25,3	1	25,9	4	25,6	7	22,4	4	3,4	15	12,5	14	18,5	1	11,7	2	4,6	8	3,2	11	22,6	15	24,2	8	100,0	100,0
Nova Odessa	16,4	6	29,1	1	34,8	1	16,9	10	7,1	14	17,7	10	11,2	6	5,9	10	2,0	14	2,3	13	28,5	8	28,1	5	100,0	100,0
Paulínia	20,4	3	25,5	5	15,8	14	10,7	15	20,3	2	23,2	4	7,9	11	14,1	1	8,9	4	5,7	6	26,7	10	20,9	13	100,0	100,0
Pedreira	12,8	11	22,2	10	34,5	2	18,7	7	7,3	13	17,9	9	4,5	15	9,1	6	16,5	1	8,4	3	24,4	12	23,8	9	100,0	100,0
St. Bárb.D'Oeste	10,1	14	24,0	6	12,7	15	18,1	8	17,0	4	8,1	15	13,3	4	8,2	8	4,4	9	1,5	14	42,6	2	40,2	1	100,0	100,0
Sto.Ant.da Posse	10,6	13	22,6	9	25,8	6	17,9	9	19,2	3	31,3	1	16,4	3	3,7	13	1,2	15	2,7	12	26,8	9	22,0	12	100,0	100,0
Sumaré	19,3	4	19,2	15	20,1	11	14,1	12	15,1	6	19,4	8	7,3	10	5,8	11	13,2	2	8,8	2	25,0	11	32,7	3	100,0	100,0
Valinhos	9,5	15	19,9	13	18,5	13	12,8	13	13,3	8	16,1	12	16,9	2	8,3	7	2,3	13	5,9	4	39,5	3	37,0	2	100,0	100,0
Vinhedo	16,0	7	20,3	12	25,0	8	19,3	6	14,1	7	20,8	6	8,7	9	11,6	3	4,2	10	3,6	10	32,1	5	24,4	7	100,0	100,0
Reg.de Campinas	15,7		23,3		24,6		18,7		13,1		19,7		10,4		7,5		6,3		4,7		30,0		26,1		100,0	100,0

Fontes:- Fundação Seade 1981/89

- Balanços Anuais dos Municípios 1990/92

Elaboração: EMLASR/SPG

***ANEXO II***

Tabela Resumo das principais características demográficas e econômico-financeiras em relação à evolução dos GMLS

População	Valor Adicionado	Receita Total per capita	Municípios	GMLS							
				GMLS/Rec.total			Taxa de crescimento		Tx cresc.per capita		
				1985	1990	1993	1985-90	1990-92	1985-90	1990-92	
1985-92	1985-92	1985-92									
GRANDES	ALTO	ALTO	Sumaré	4,6%	6,0%	7,5%	117,8%	13,5%	51,0%	-1,7%	
		MÉDIO	Americana Campinas	2,8% 2,4%	6,0% 12,4%	13,8% 20,8%	312,3% 471,4%	98,7% 73,7%	274,5% 411,1%	90,3% 69,3%	
	MÉDIO	BAIXO	Santa Bárbara D'Oeste Indaiatuba	6,0% 5,1%	6,2% 11,6%	8,8% 11,9%	89,7% 354,4%	-18,6% -14,1%	42,4% 269,1%	-25,8% -19,9%	
TOTAL				3,1%	9,8%	16,7%	330,5%	58,2%	178,0%	27,2%	
MÉDIOS	MÉDIO	ALTO	Valinhos	2,9%	1,8%	5,9%	-9,9%	70,9%	-22,7%	79,9%	
PEQUENOS	ALTO	ALTO	Paulínia	-	14,4%	13,9%	-	-81,2%	-	-81,0%	
	MÉDIO	ALTO	Vinhedo	4,5%	2,6%	8,5%	17,4%	88,9%	-4,0%	77,4%	
		BAIXO	Nova-Odessa	5,8%	6,3%	13,6%	126,9%	115,2%	85,9%	110,3%	
	BAIXO	ALTO	Jaquariúna	7,7%	26,2%	7,4%	670,9%	-66,9%	515,9%	-61,2%	
		MÉDIO	Artur Nogueira	5,2%	17,6%	17,8%	561,4%	-14,0%	327,3%	88,9%	
		BAIXO	Cosmópolis Pedreira Sto. Antonio de Posse Monte-Mor	1,0% - 5,7% 2,1%	3,8% 10,8% 1,3% 5,2%	7,6% 8,1% 13,1% 8,3%	645,9% - -63,4% 437,5%	74,6% -16,7% 582,5% -100,0%	515,4% - -67,9% 313,8%	78,8% -17,3% 713,7% ND	
TOTAL			2,7%	11,4%	11,7%	723,2%	-45,2%	486,3%	-31,9%		

Fontes:

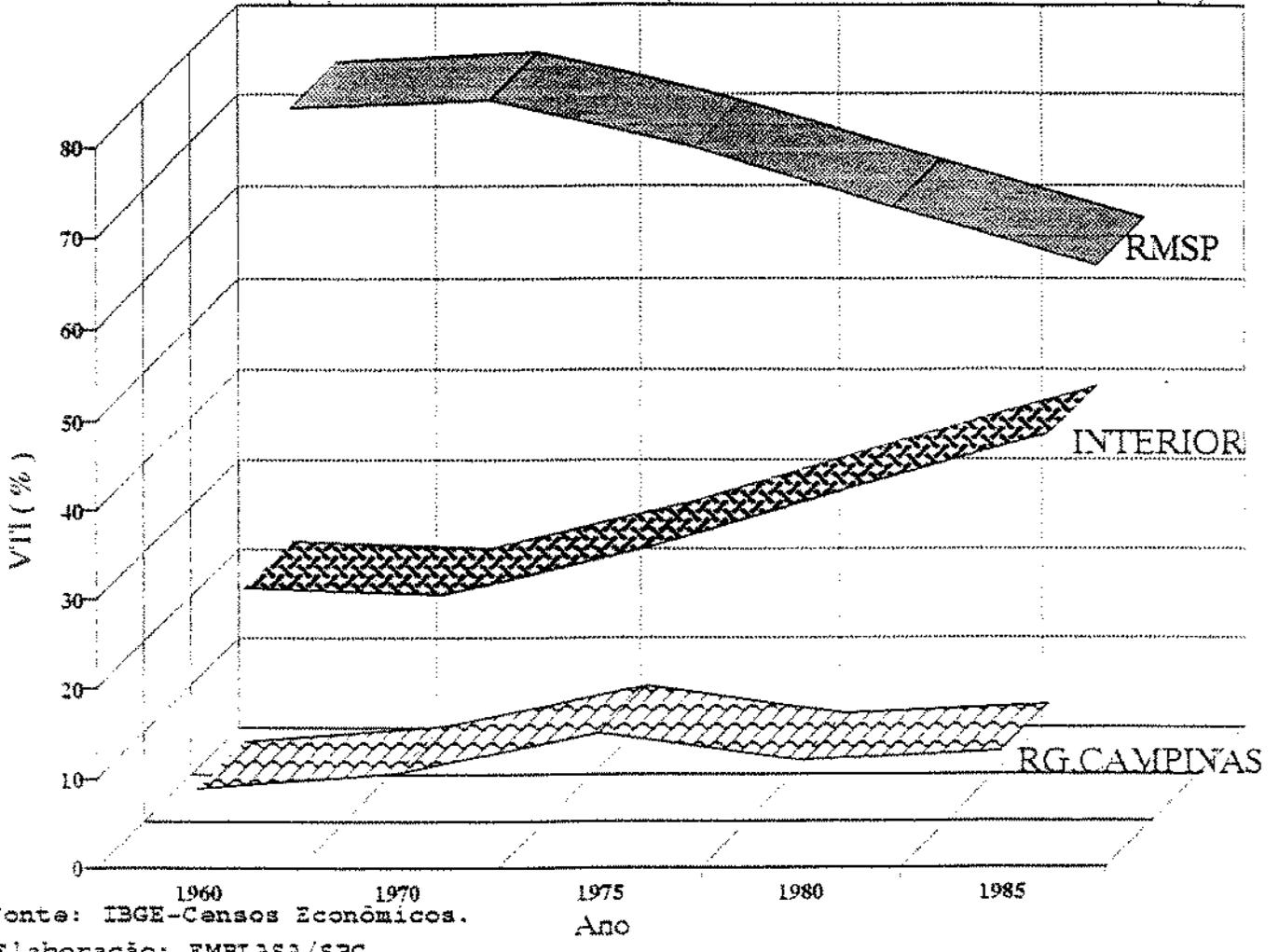
- Sumário de Dados da Região de Campinas EMPLASA - 1992.
- Demonstrações Fiscais para Região de Campinas EMPLASA (1981-1991).
- Balanços Municipais (1993), Receita Federal (1992)/ CEPAM.
- Censo 1991 - IBGE.

Elaboração própria

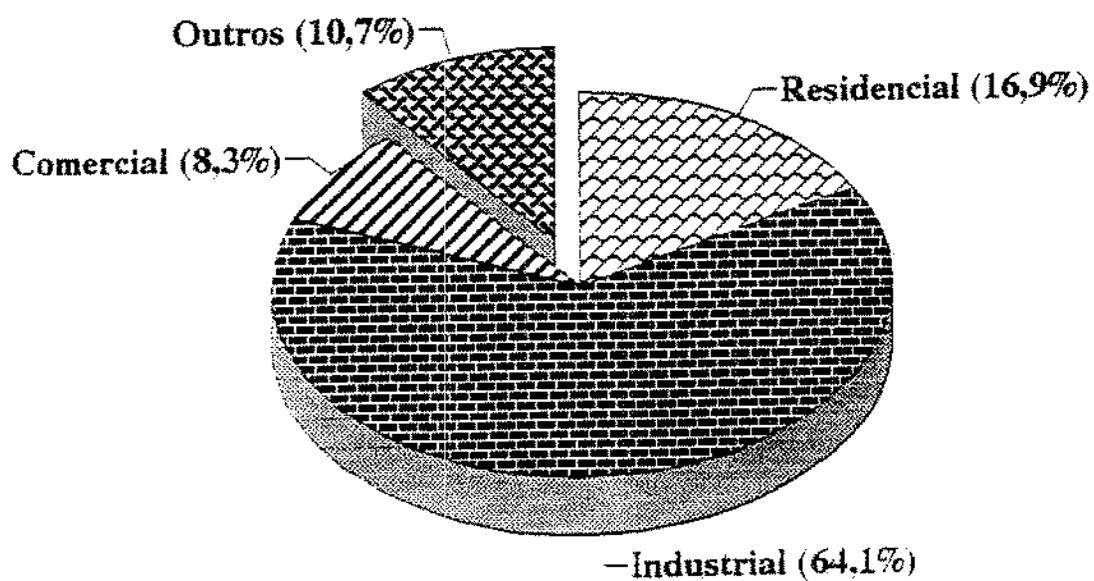
Notas:

A classificação dos municípios foi obtida a partir de limites que distam da média em 5 por cento do desvio padrão da respectiva série. Tais limites correspondem a 33.929 e 87.217 para a população, US\$ 197,00 e US\$ 257,00 para Receita Total Per Capita e US\$ 182.853,00 e US\$ 717.764,00 para o Valor Adicionado.

Gráfico 1 Participação no VTI:RG.de Campinas,Interior e RMSP 1960/1985 (%)



**Gráfico 2**  
**Região de Campinas\_Área de Metropolização**  
**Consumo de Energia(Mwh)**  
**1980**



Fonte: CESP-Cadastro de Consumidores. SP, 1981.

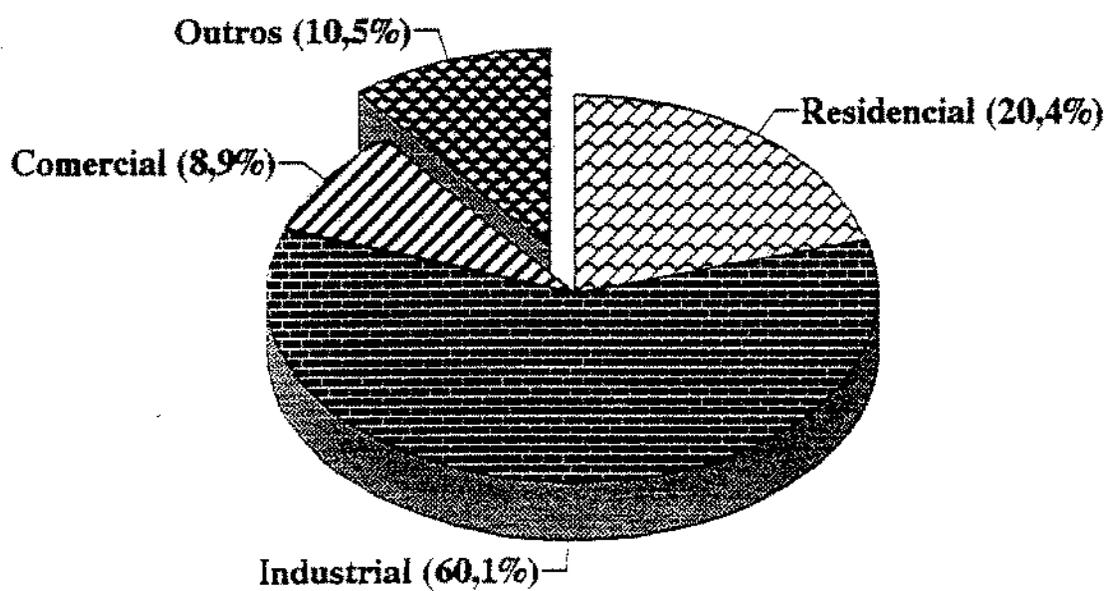
Elaboração: EMPLASA/SPG.

**Gráfico 3**

**Região de Campinas\_Área de Metropolização**

**Consumo de Energia(Mwh)**

**1990**



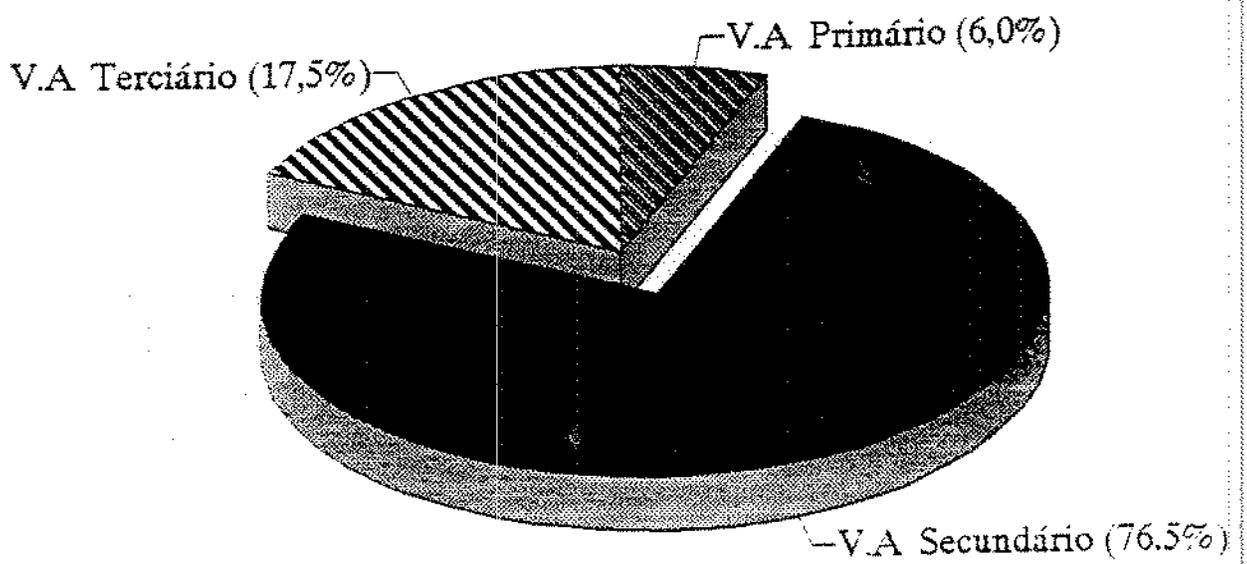
Fonte: CESP-Cadastro de Consumidores. SP, 1981.

Elaboração: EMPLASA/SPG.

Gráfico 4

**VALOR ADICIONADO POR SETOR ECONÔMICO**

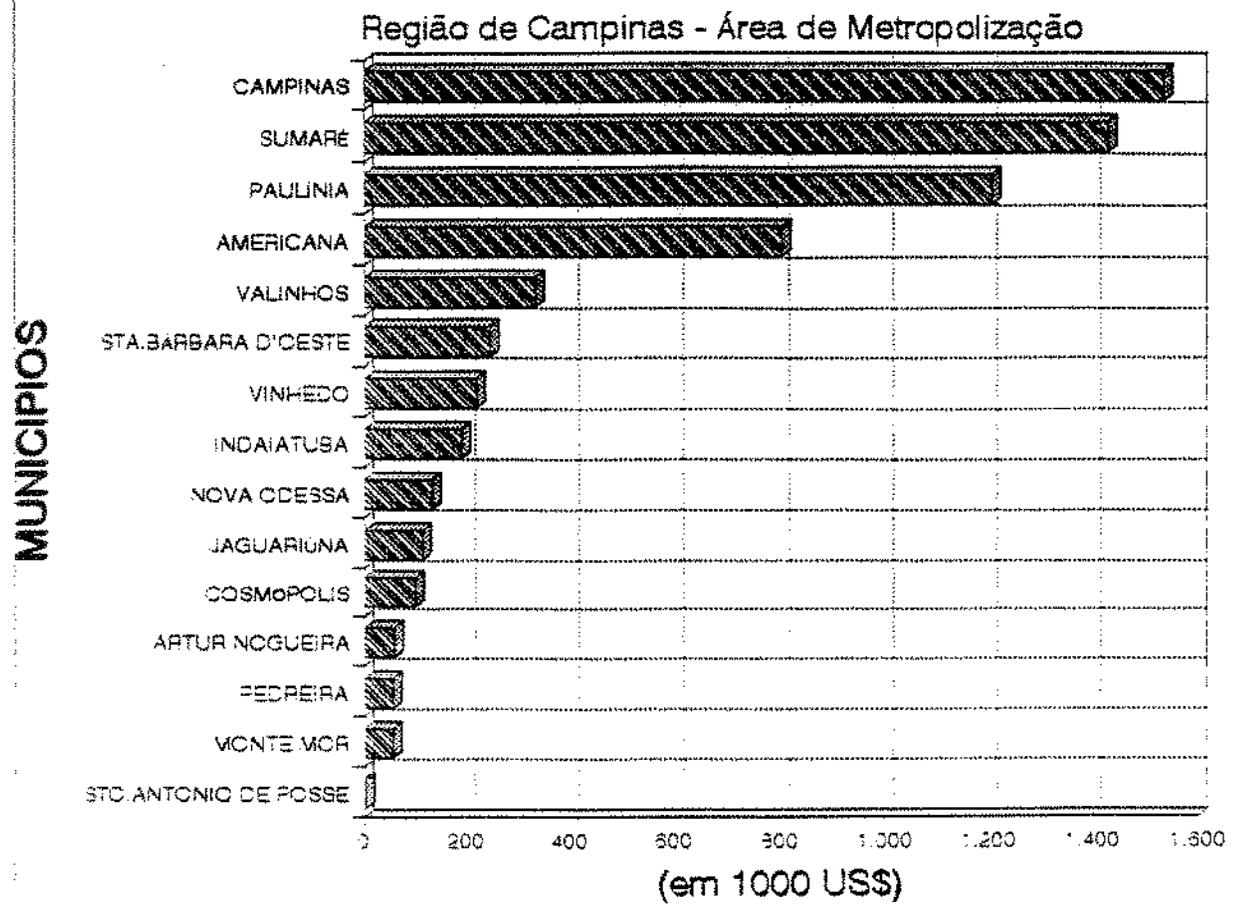
Região de Campinas - Área de Metropolização



Fonte: Secretaria do Estado dos Negócios da Fazenda.

Elaboração: EMPLASA/SPG.

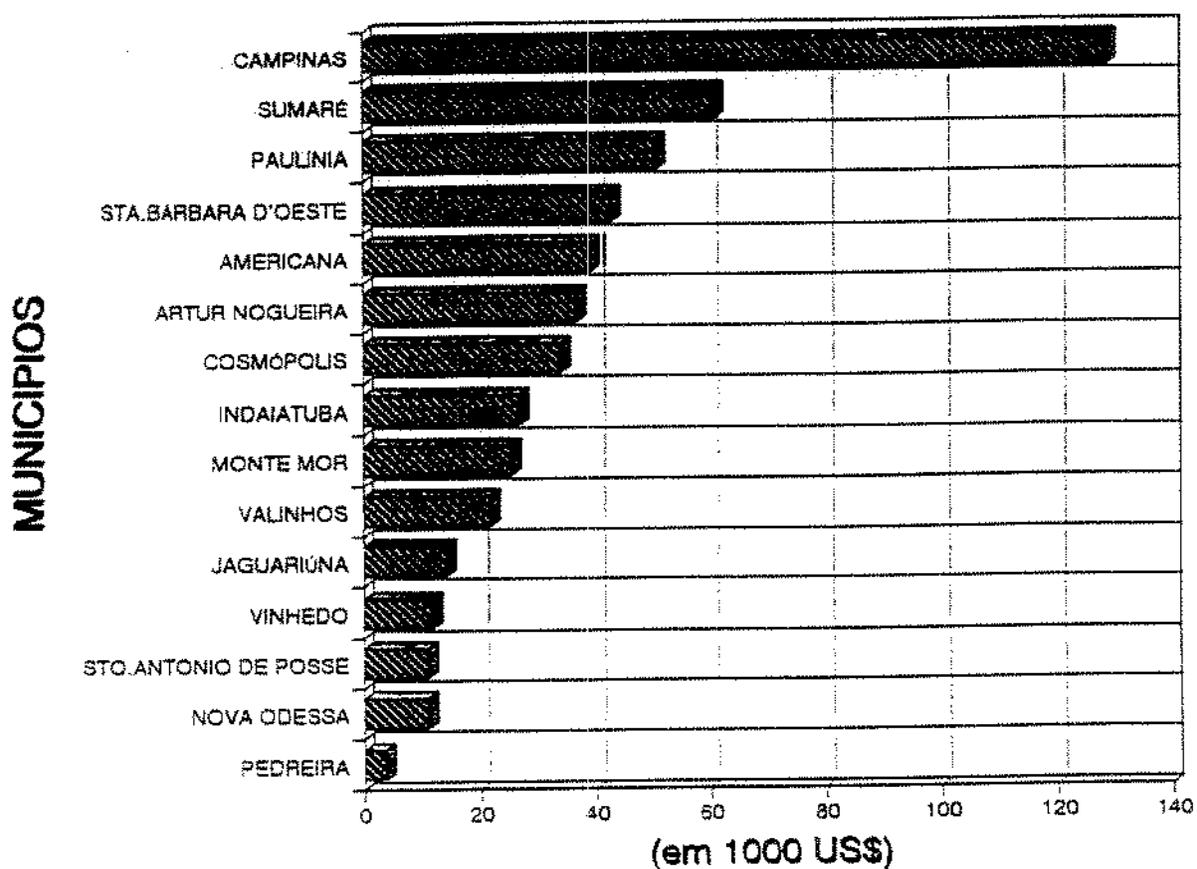
Gráfico 5 **VALOR ADICIONADO INDÚSTRIA - 1990**



Fonte: Sec. do Est. dos Negócios da Fazenda.  
 Elaboração: EMPLASA/SPG.

# VALOR ADICIONADO AGRICULTURA - 1990

GRÁFICO 6



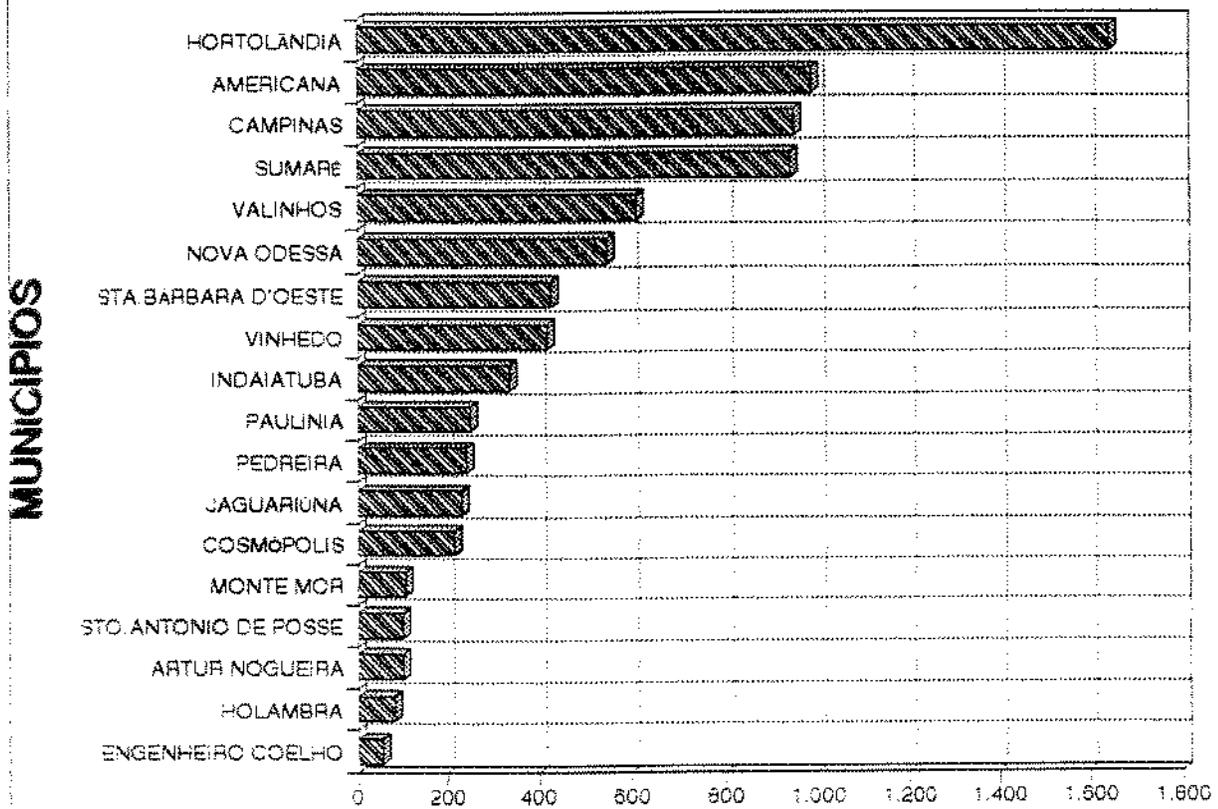
Fonte: Sec. do Est. dos Neg. Da Fazenda

Elaboração: EMIPLASA/SPG

Gráfico 7

# DENSIDADE DEMOGRÁFICA - 1991

Região de Campinas - Área de Metropolização

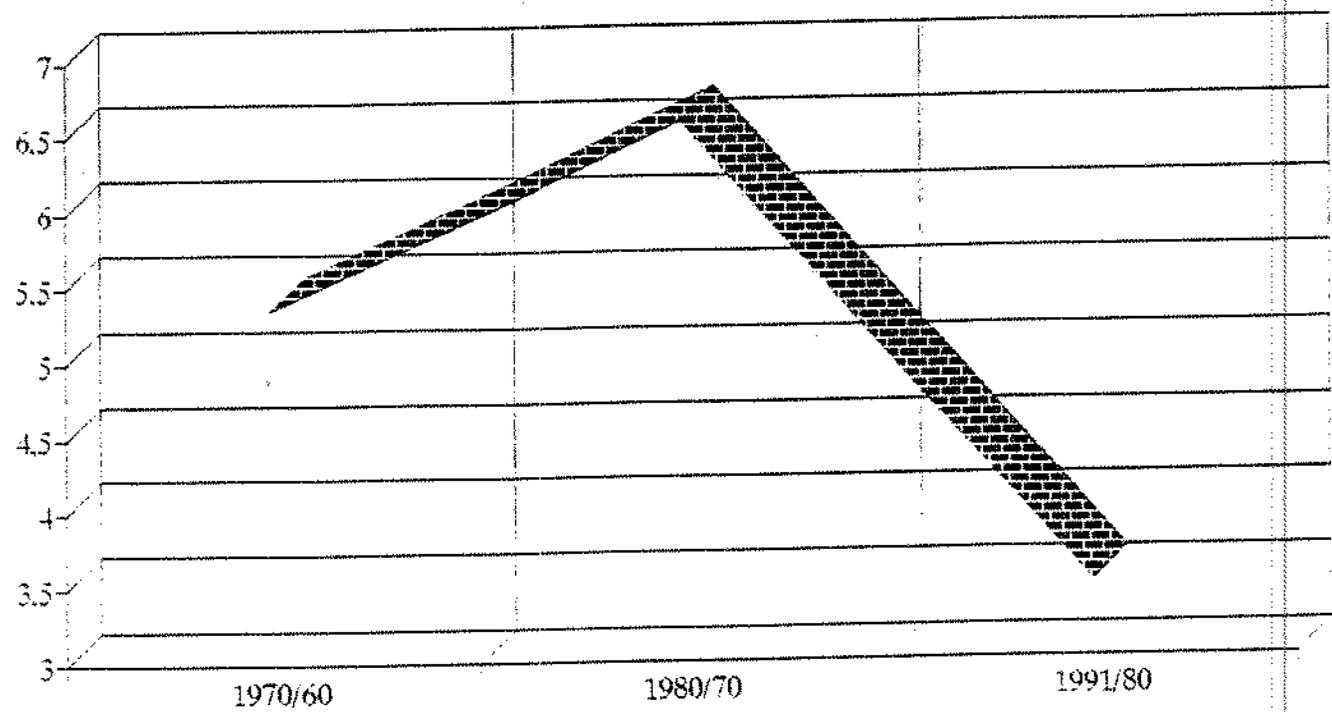


Fonte: IBGE/ Result. Prel. Censo/1991. (Hab./Km<sup>2</sup>)  
Elaboração: EMPLASA/SPG.

**Gráfico 8**

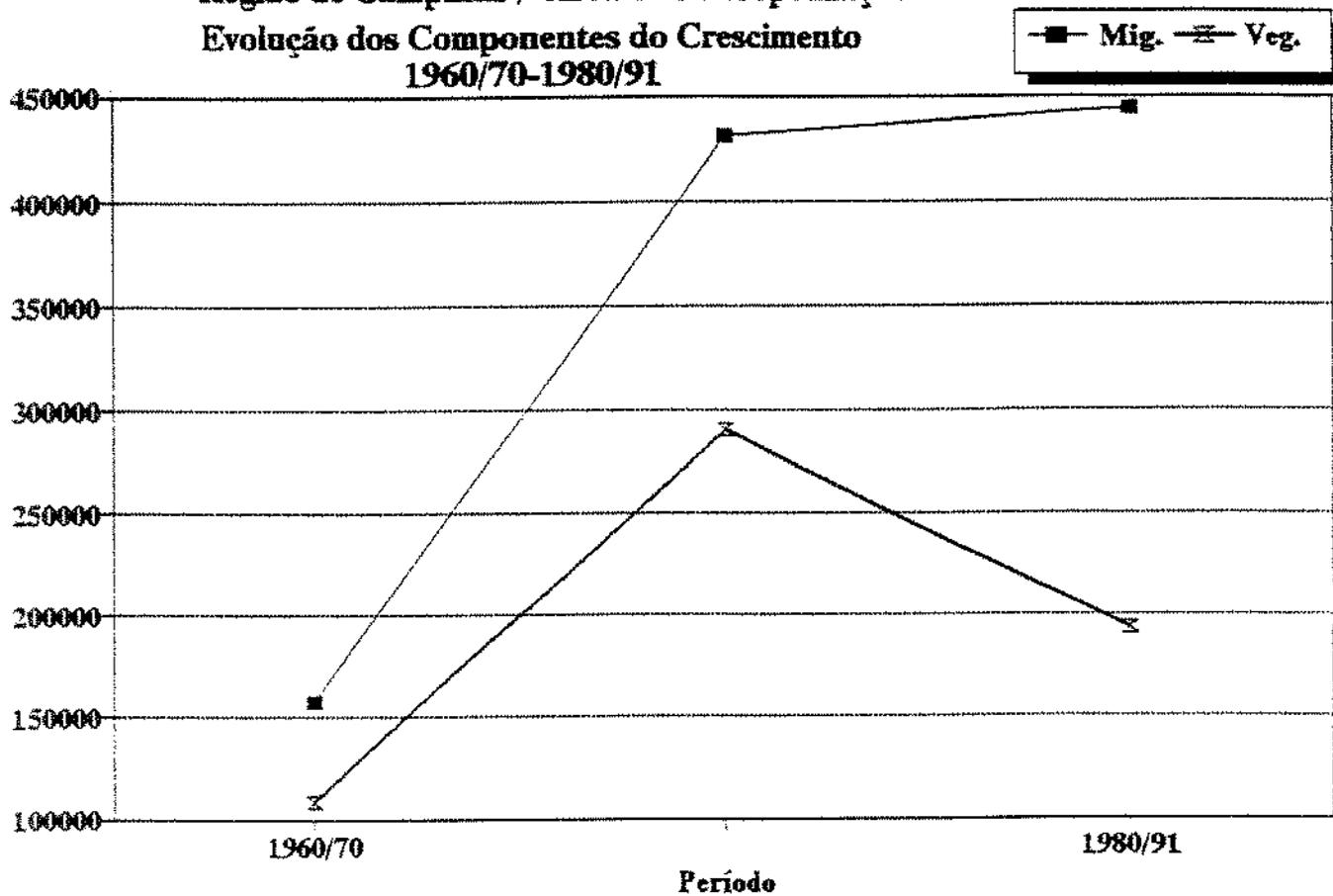
**Região de Campinas / Área de Metropolização**

**Taxa Geométrica de Crescimento Anual (%)**



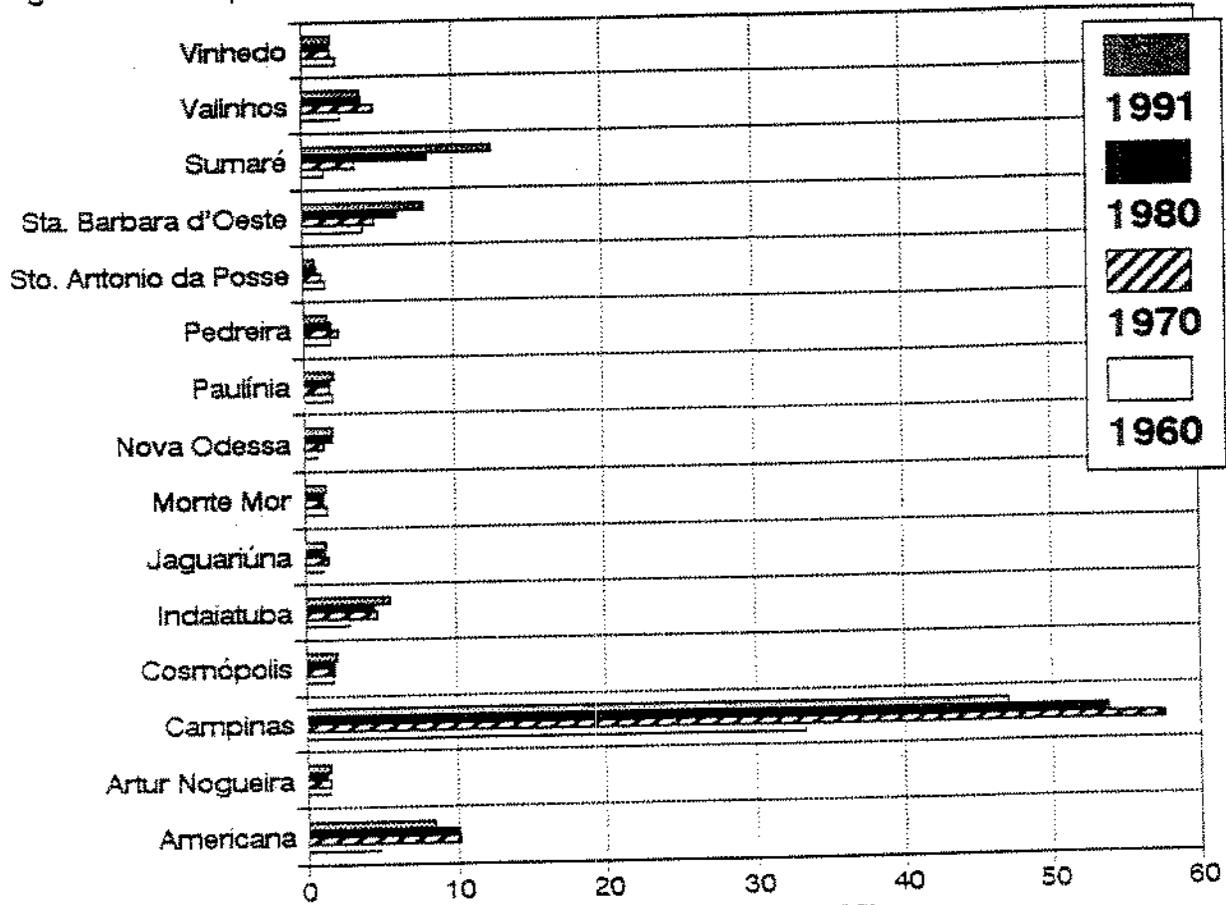
Fonte: IBGE-Censos Demográficos 1960/80 e Sinopse de 1991(dez/92).  
Elaboração: EMPLASA/SPG.

**Gráfico 9** Região de Campinas / Área de Metropolização  
**Evolução dos Componentes do Crescimento**  
1960/70-1980/91



Fonte : IBGE - Censos Demográficos 1960/80 e Sinopse de 1991 (dez/92).  
Elaboração: EMPLASA/SPG.

Gráfico 10  
 Região de Campinas / Área de Metropolização: Participação Demográfica (%)

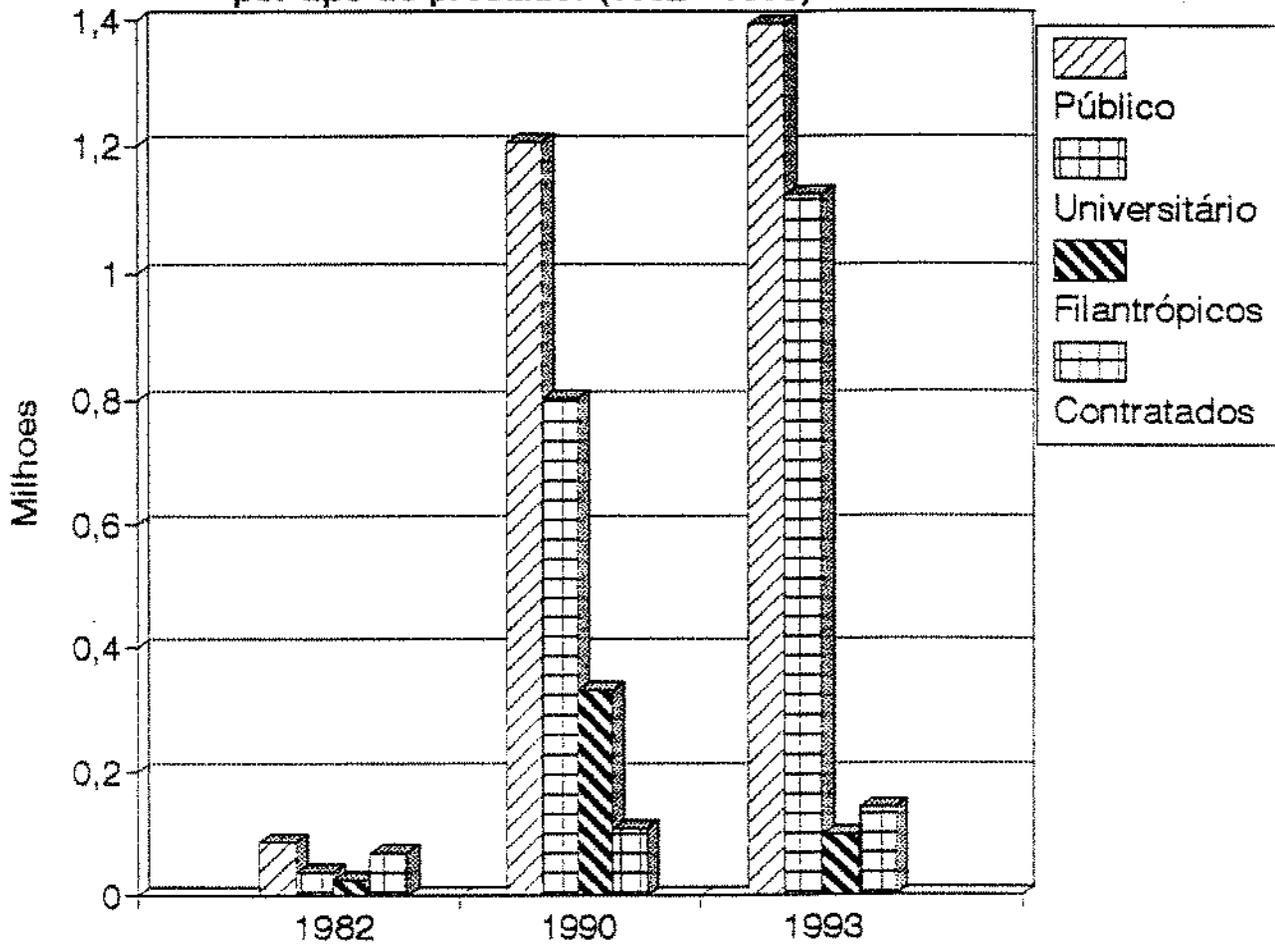


Fonte: IBGE-Censos Dem. 1960/80 e Sinopse de 1991 (dez/92).

Elaboração: EMPLASA/SPG.

Gráfico 11

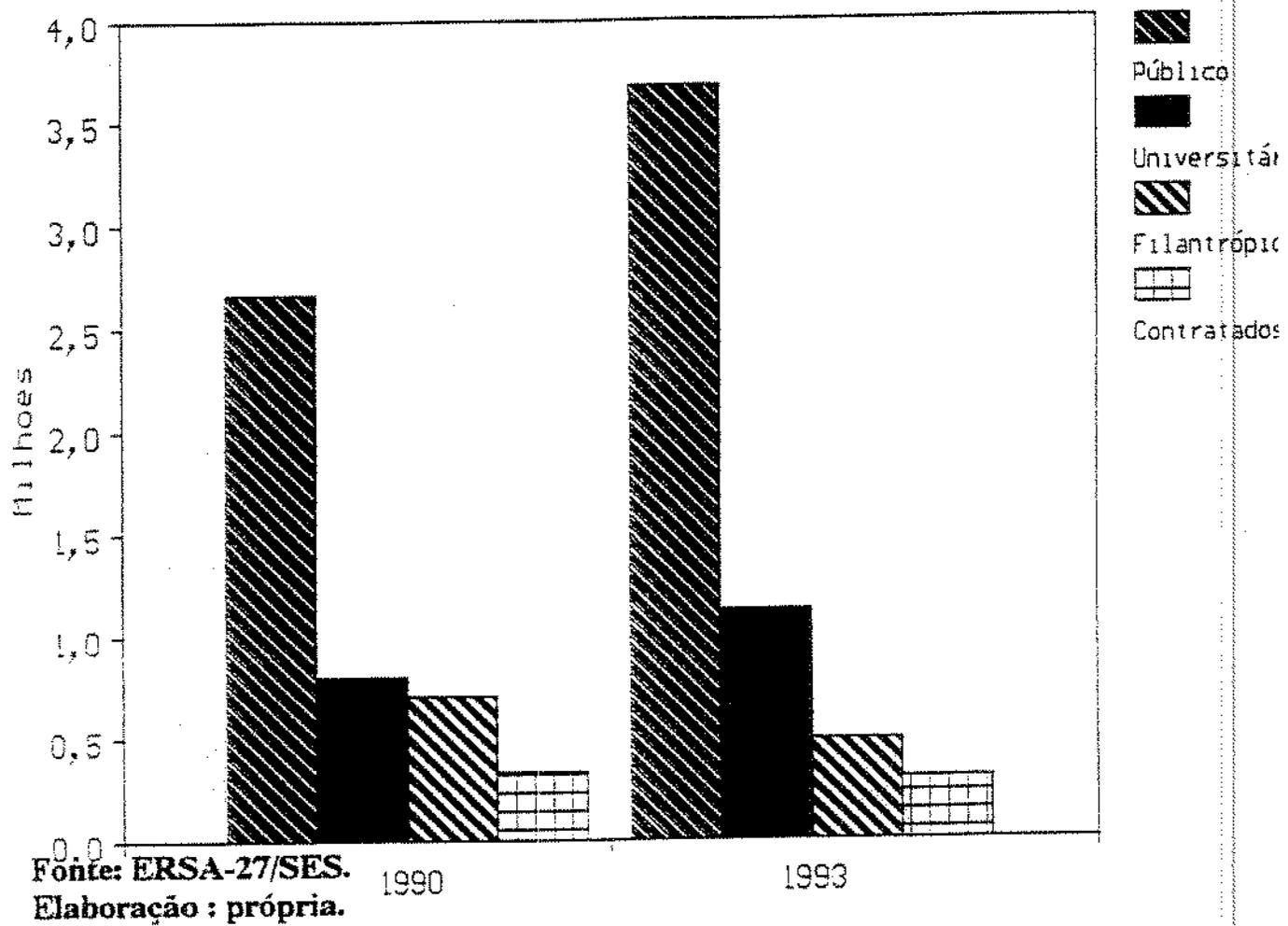
**Evolução no número de consultas médicas realizadas no município de Campinas por tipo de prestador (1982 - 1993)**



Fonte: ERSA - 27, Projeto Pró-Assistência I.  
Elaboração: própria.

## Evolução do número de consultas médicas por tipo de prestador (1990/93)

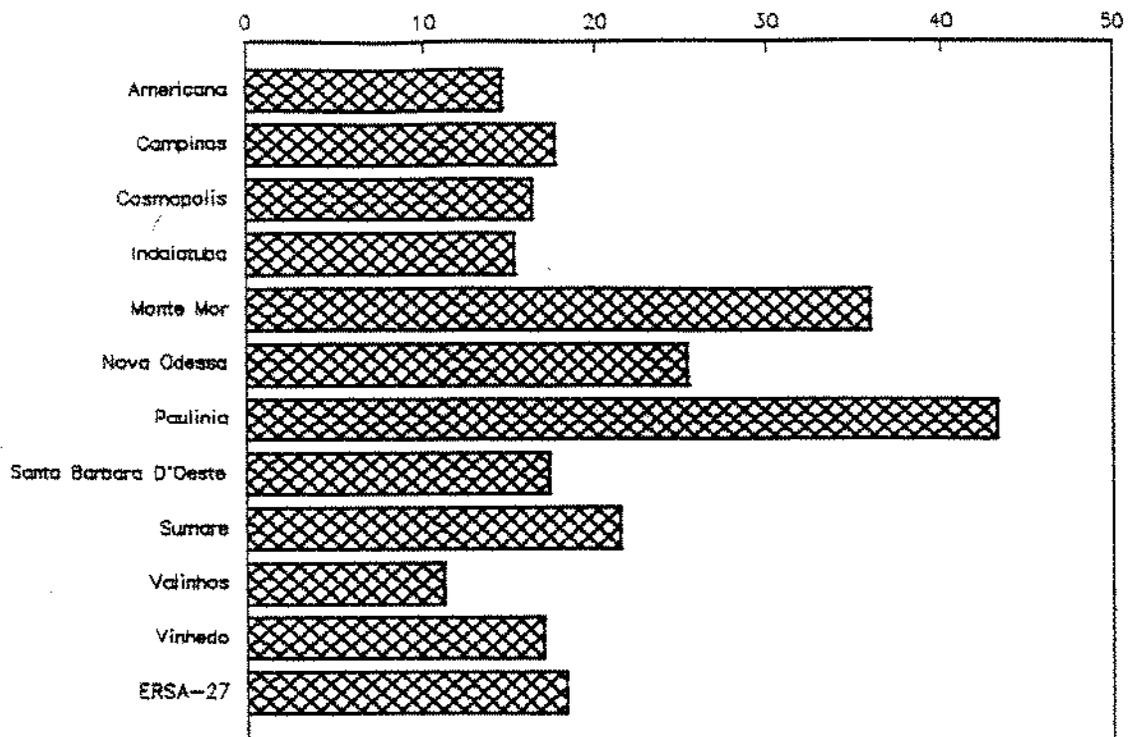
Região de Campinas (ERSA - 27)



### 13. Produção de Consultas Médicas por Município 1988/93

TCGA (%)

Região de Campinas - Área de Metropolização

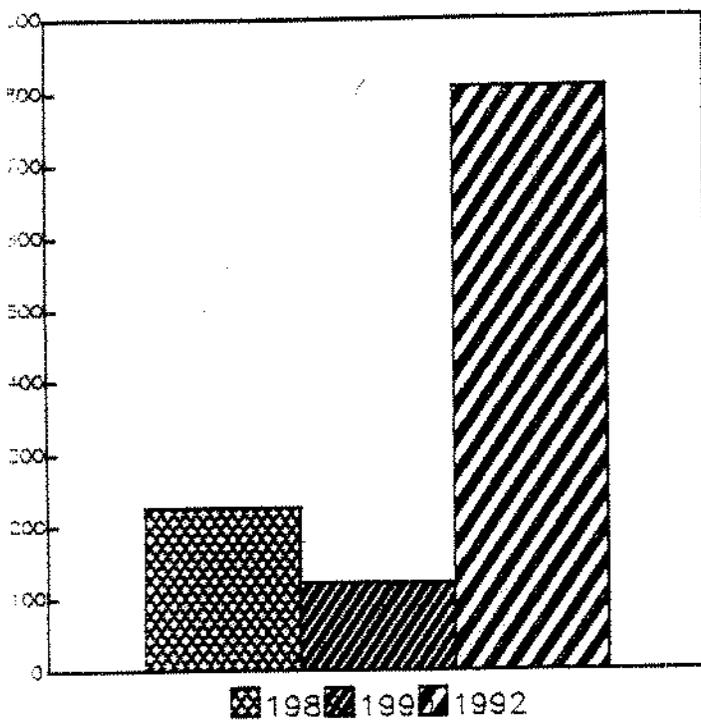


Fonte: ERSÁ - 27.

Elaboração: própria.

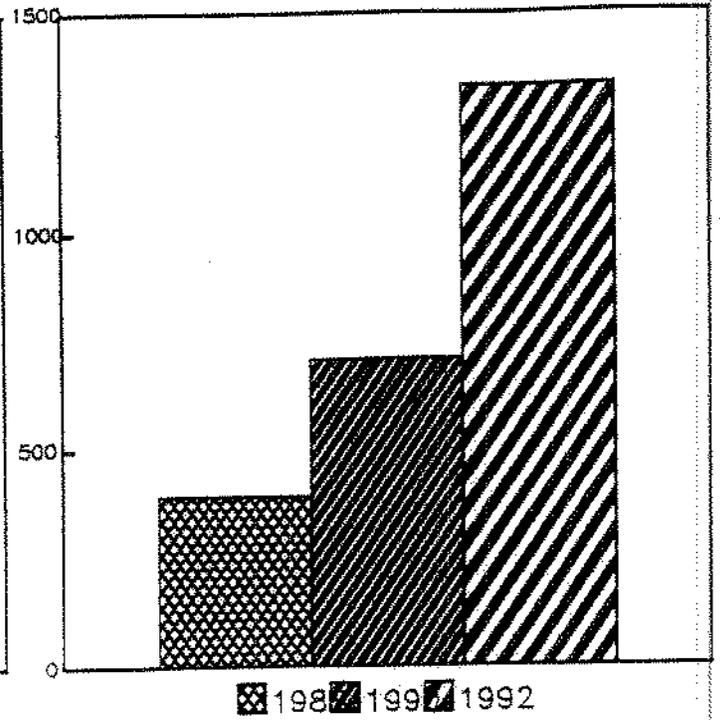
Gráfico 14

**Evolução de Consultas de Urgência/Emergência**  
ERSA - 27  
Milhares de US\$, média de 1993



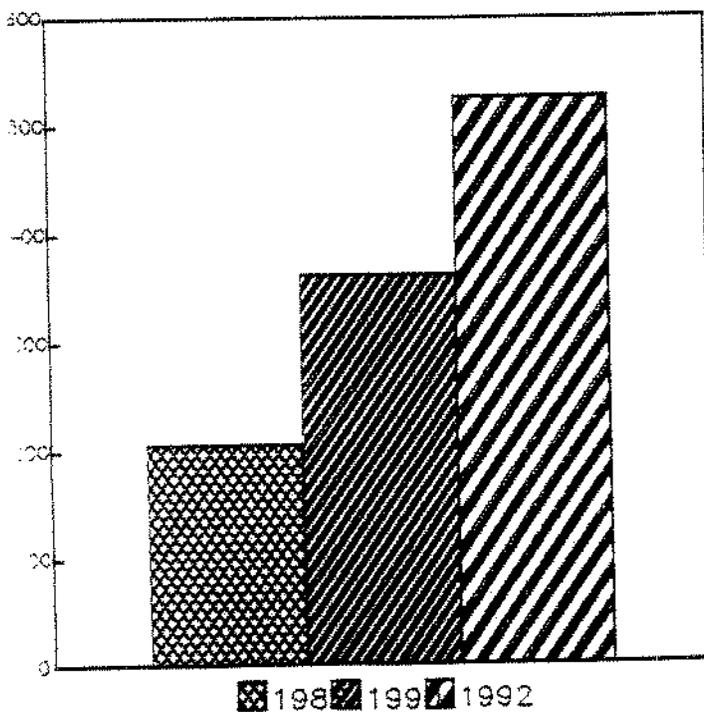
**Evolução de SADT (Total)**  
ERSA - 27

Milhares de US\$, média de 1993



**Evolução de Consultas Especializadas**  
ERSA - 27

Milhares de US\$, média de 1993



**Consultas de Consultas de Clínicas Básicas**  
ERSA - 27

Pediatria + Gineco + Adulto + Saúde Mental  
Milhares de US\$, média de 1993

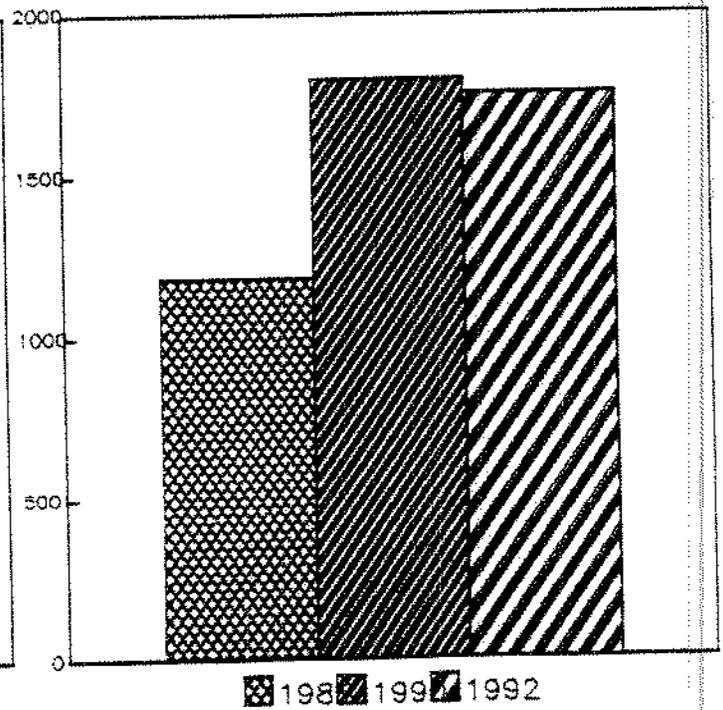
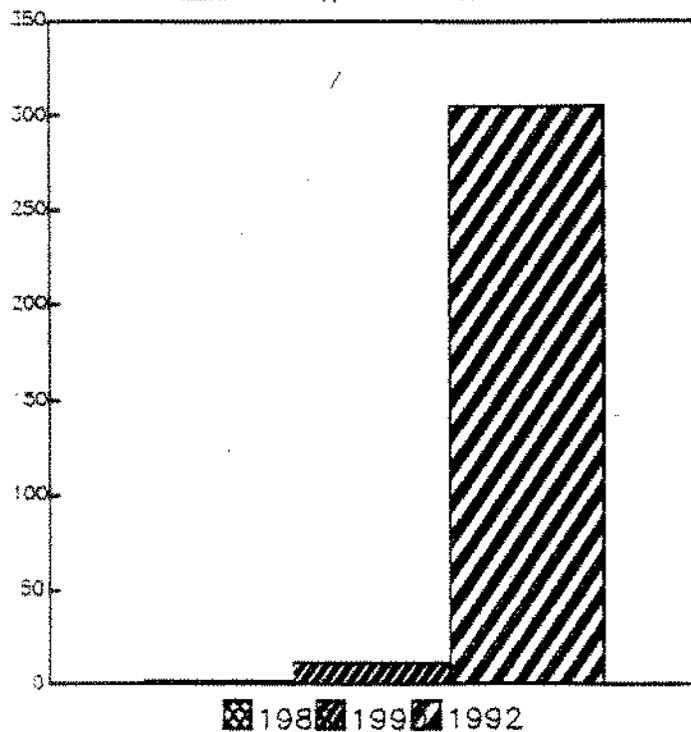


Gráfico 15

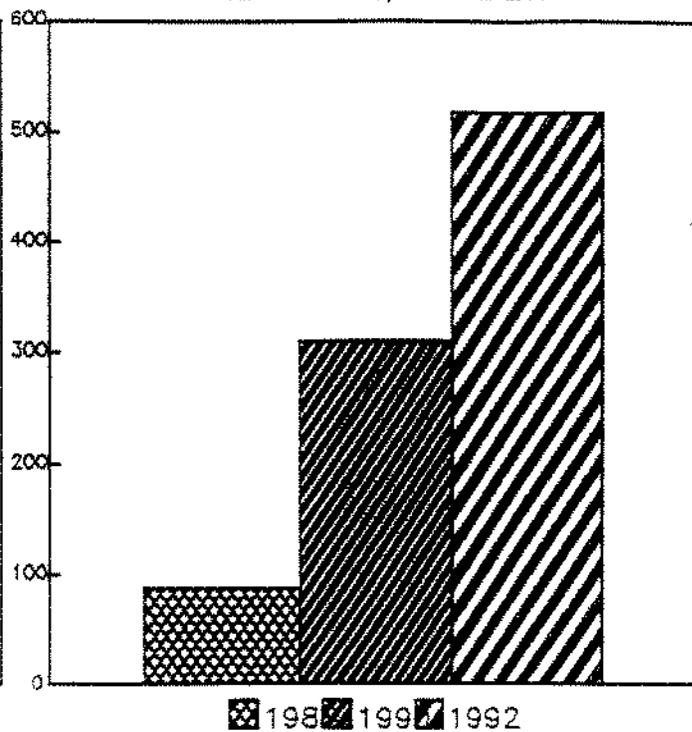
**Evolução de Consultas de Urgência/Emergência**

Município de Campinas  
Milhares de US\$, média de 1993



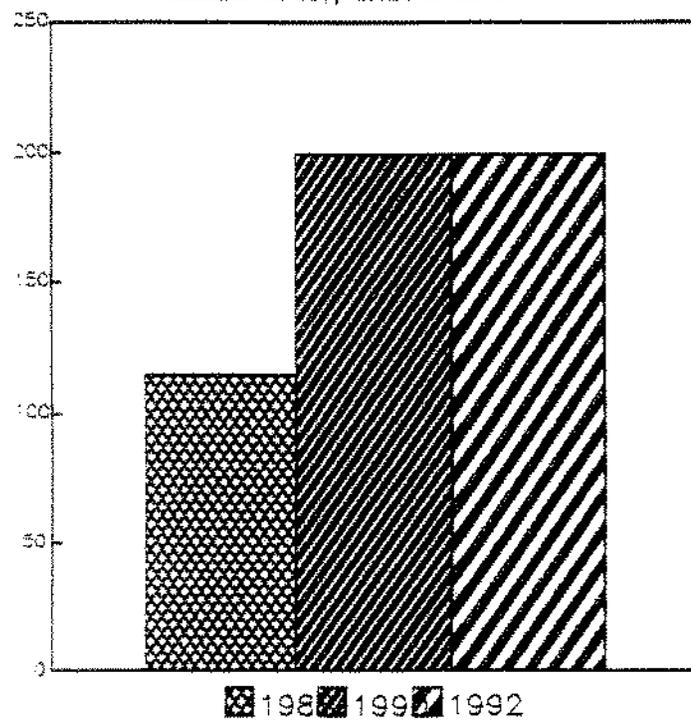
**Evolução de SADT (Total)**

Município de Campinas  
Milhares de US\$, média de 1993



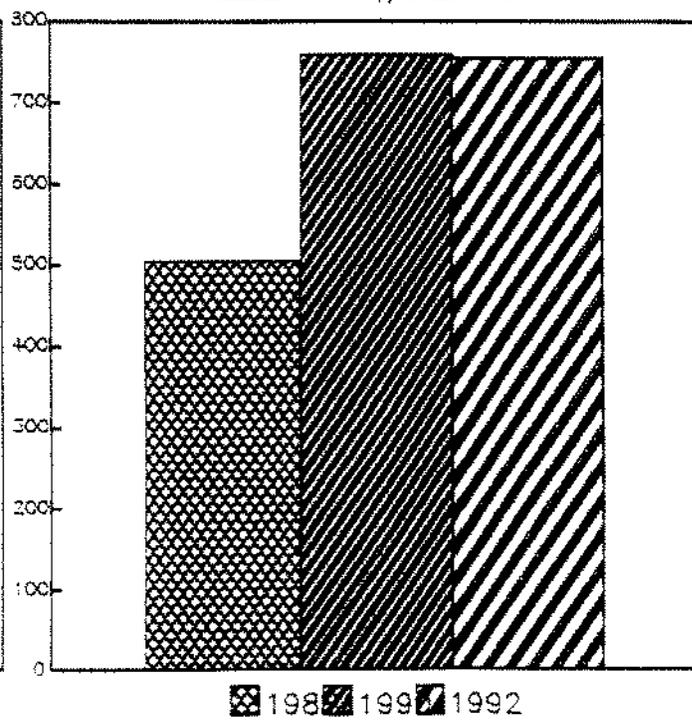
**Evolução de Consultas Especializadas**

Município de Campinas  
Milhares de US\$, média de 1993

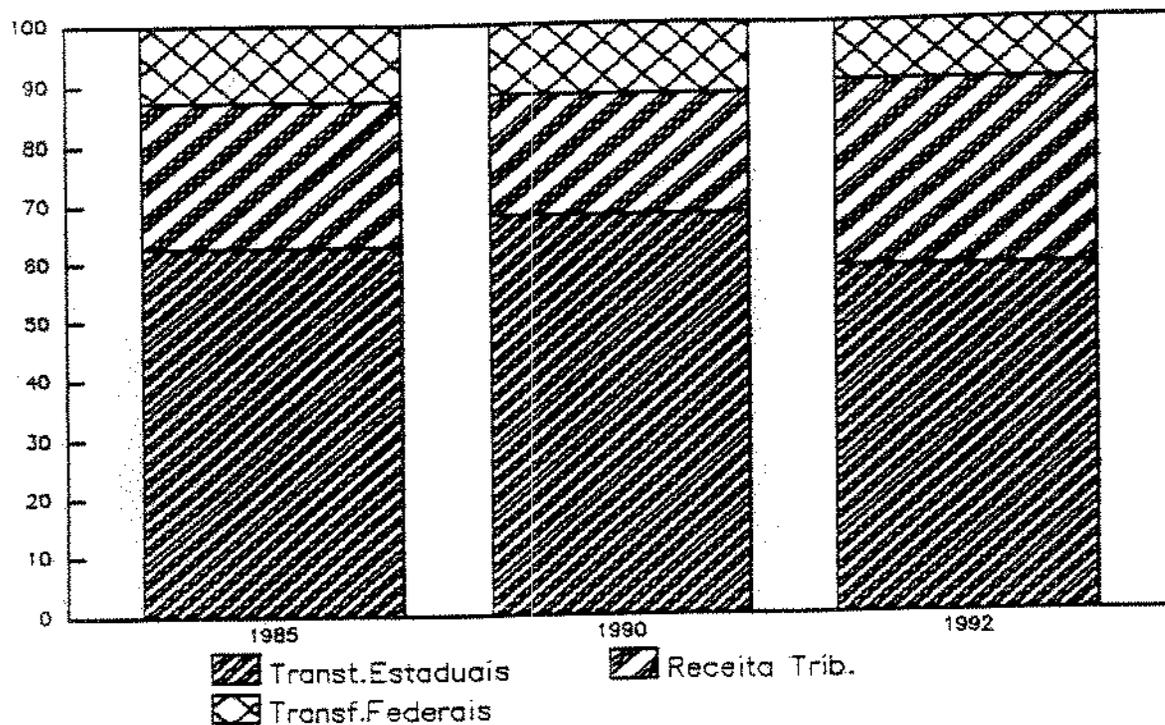


**Consultas de Clínicas Básicas em Campinas**

Pediatria + Gineco + Adulto + Saúde Mental  
Milhares de US\$, média de 1993



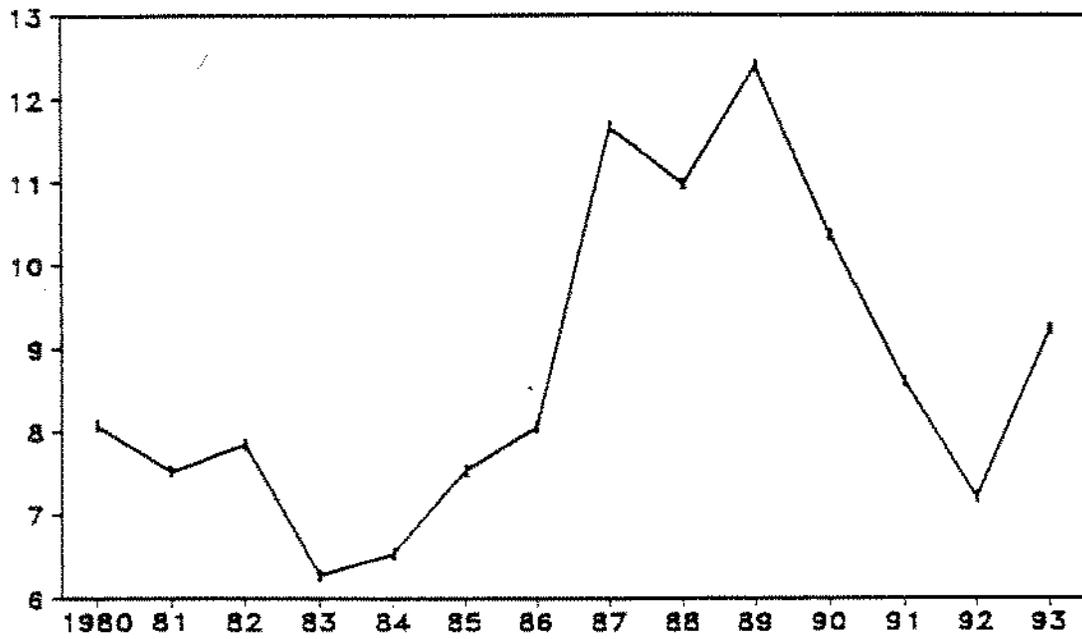
16. Composição da Receita Total na Região de Campinas.  
 Área de Metropolização  
 (%)



Fontes: P. Seade/EMPLASA.  
 Receita Federal/CEPAM.  
 Elaboração: própria.

17. Evolução dos Gastos Federais com Saúde.

1980 - 1993, US\$ milhões médios de 1993.

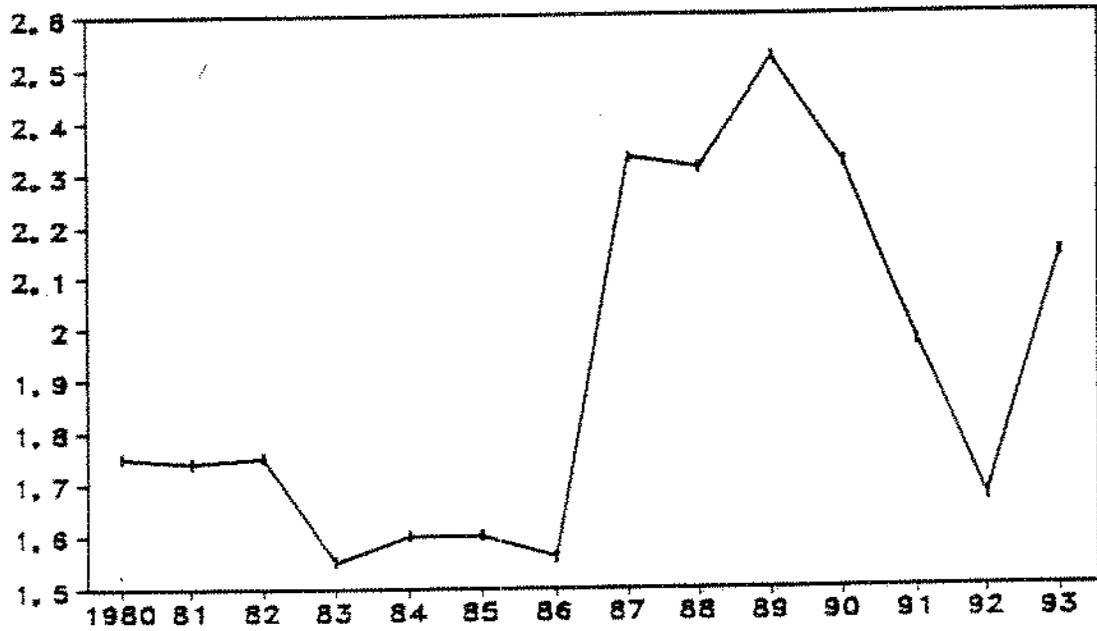


Fonte: IPEA

Elaboração: Médici, A.C. (1990/92).

18. Evolução dos Gastos Federais com Saúde como % PIB.

1980 - 1993

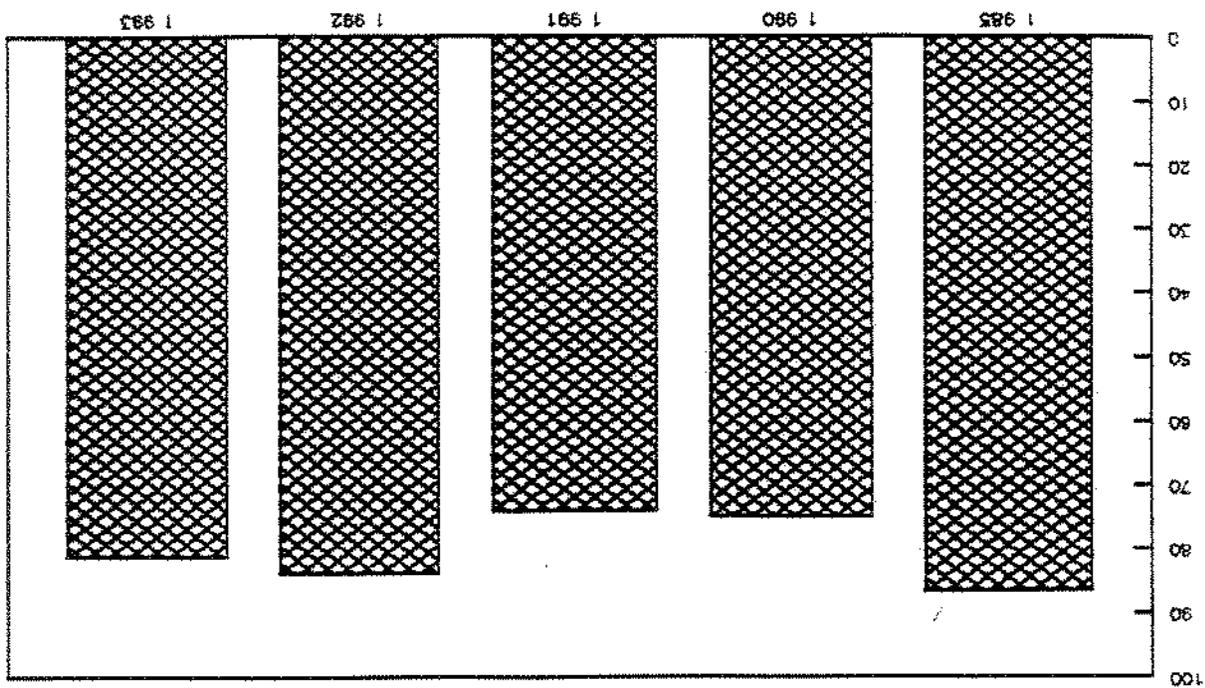


Fonte: IPEA

Elaboração: Médici, A.C.(1980/92).

22. Gasto Municipal Líquido com Saúde como Proporção do Gasto Municipal Total com Saúde  
 Região de Campinas - Área de Metropolização

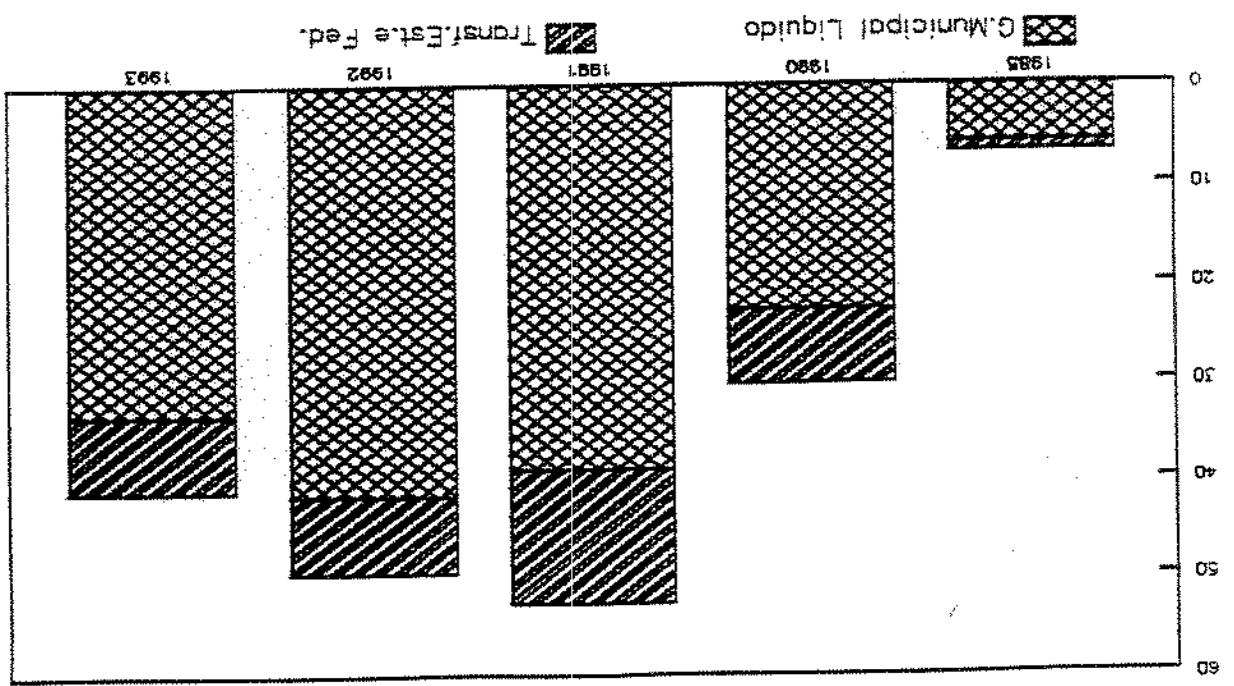
(%)



Fonte: Balanços Municipais  
 Elaboração: Propria

21. Evolução dos Recursos Destinados ao SUS Municipal, Per Capita.  
 Região de Campinas - Área de Metropolização

US\$ médio de 1993

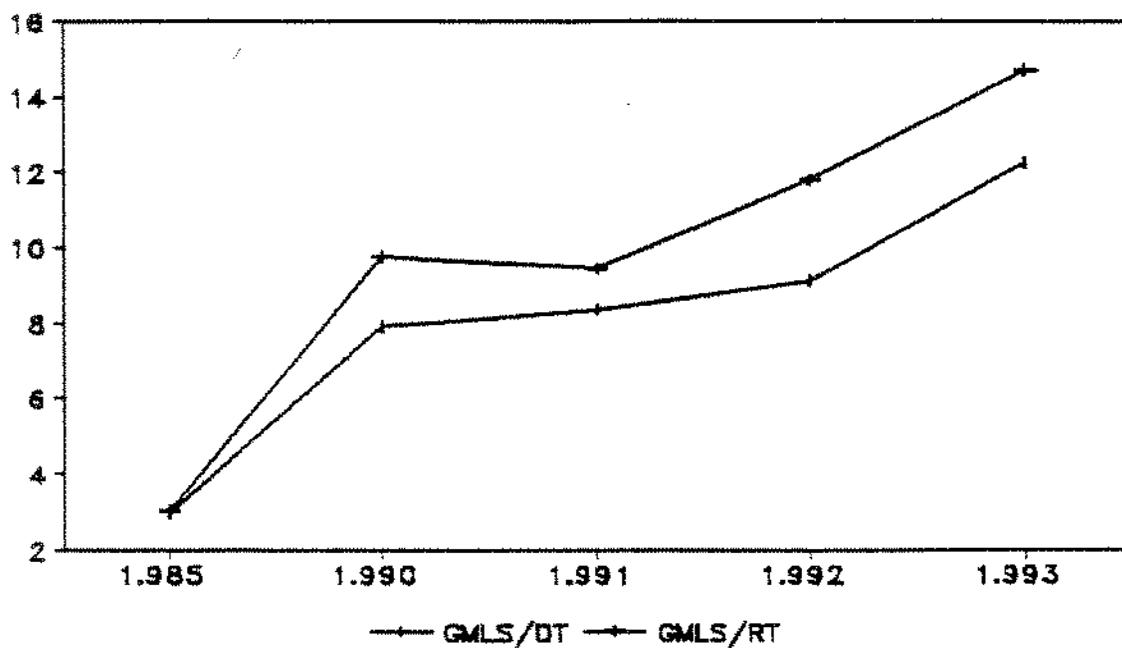


Fonte: Balanços Municipais  
 Elaboração: Propra

23. Gasto Municipal Líquido com Saúde em Relação a Despesa e  
Receita Total

Região de Campinas - Área de Metropolização

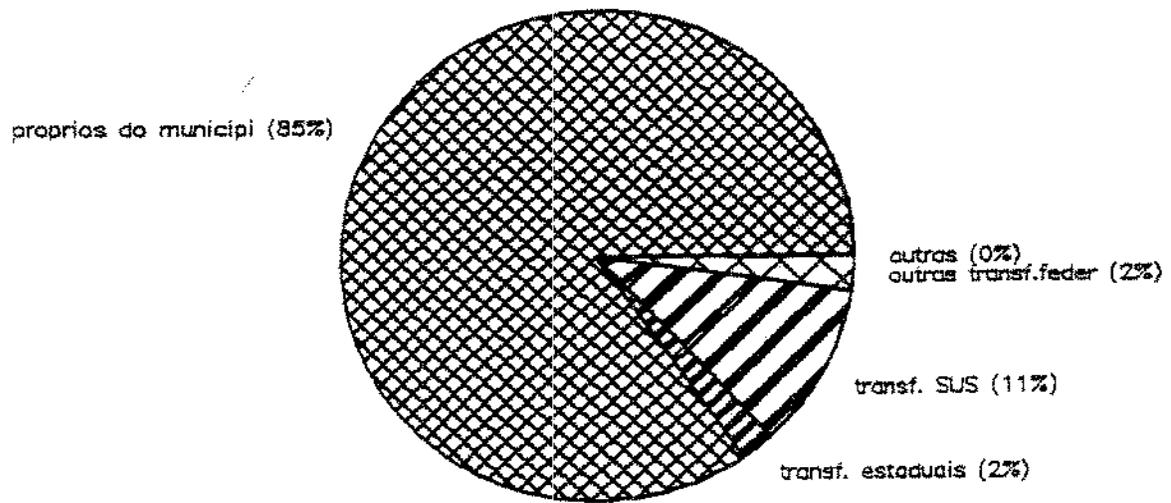
(%)



Fonte: Balanços Municipais  
Elaboração: Própria

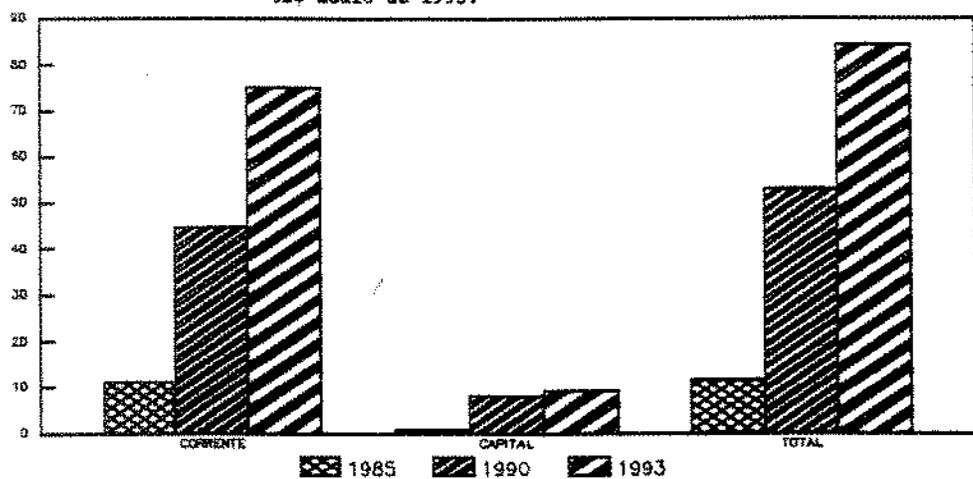
24. Composição do Gasto Municipal com Saúde por Fonte em 1992  
Região de Campinas - Área de Metropolização

(3)



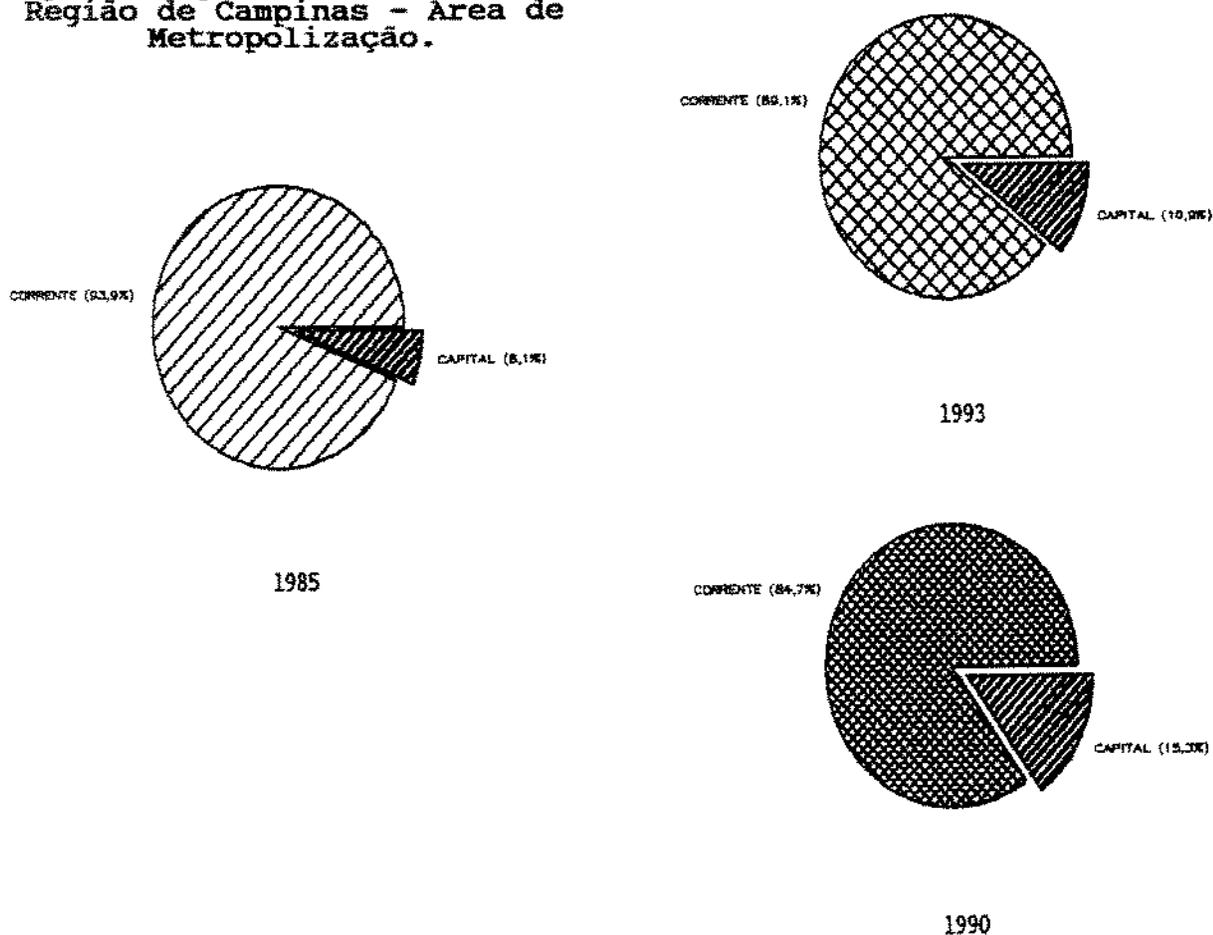
Fontes: P.Seada.  
Elaboração: própria.

**Gráfico 25**  
**Gastos Municipais com Saúde**  
**por Categoria Econômica na**  
**Região de Campinas - Área de**  
**Metropolização**  
 US\$ médio de 1993.



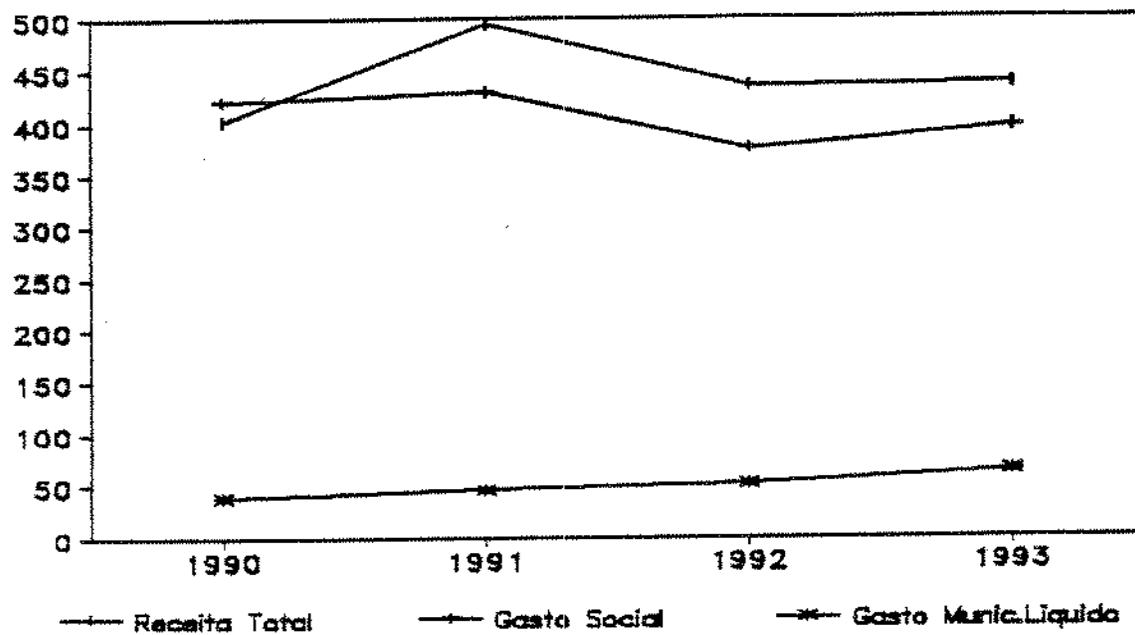
Fonte: Balanços Municipais  
 Elaboração: Própria

**Gráfico 26**  
**Gastos Municipais com Saúde**  
**por Categoria Econômica na**  
**Região de Campinas - Área de**  
**Metropolização.**



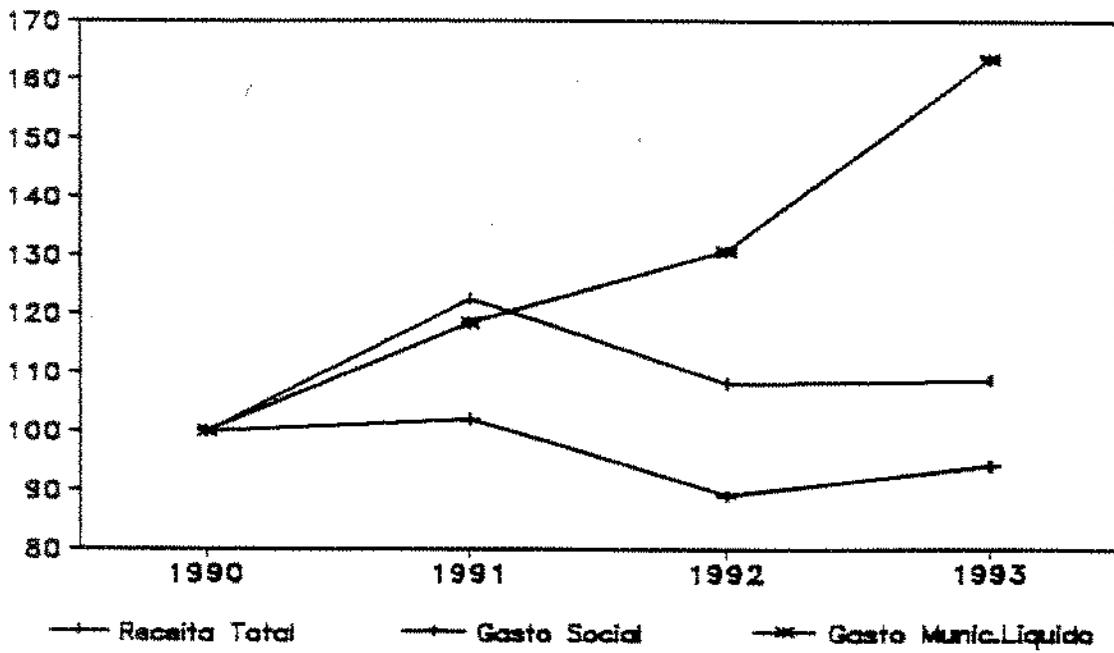
Fonte: Balanços Municipais  
 Elaboração: Própria

27. Evolução da Receita Total, Gasto Social e Gasto Municipal Líquido com Saúde  
Região de Campinas - Área de Metropolização  
Em milhões de US\$, média de 1993.



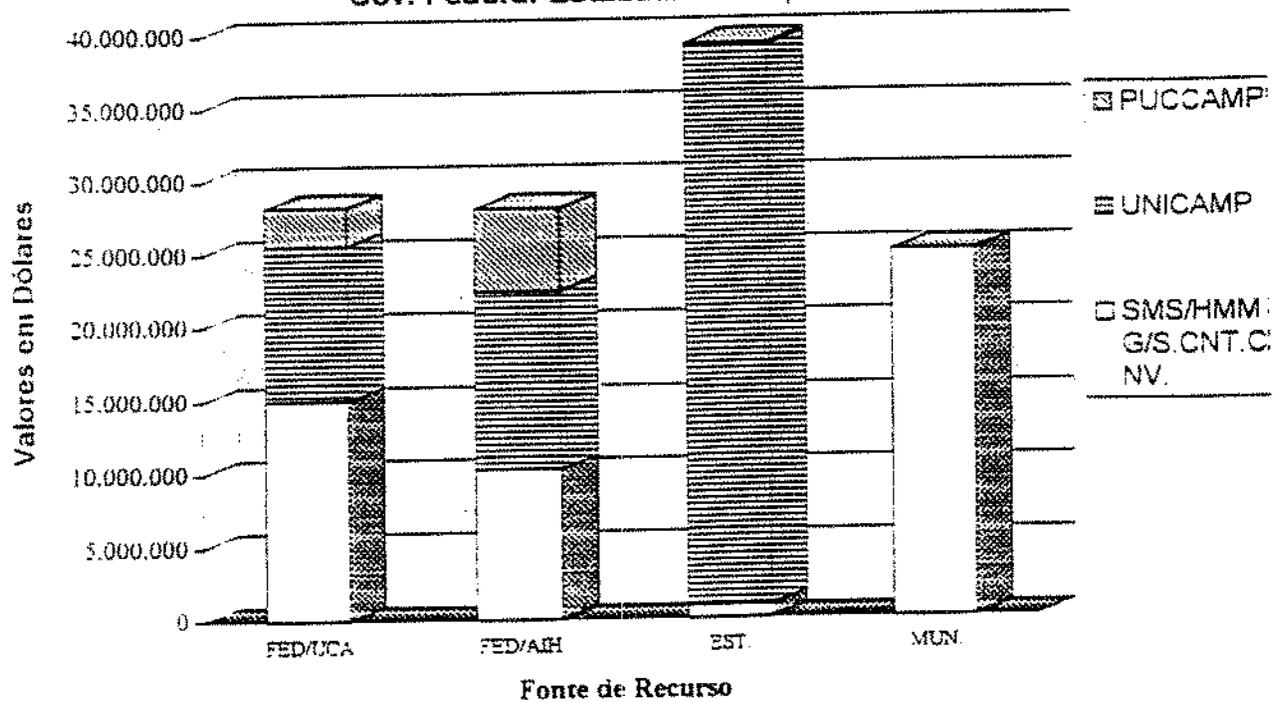
Fonte: Balanços Municipais  
Elaboração: Própria

28. Evolução da Receita Total, Gasto Social e Gasto Municipal Líquido com Saúde  
Região de Campinas - Área de Metropolização  
Índice base 1990 = 100.



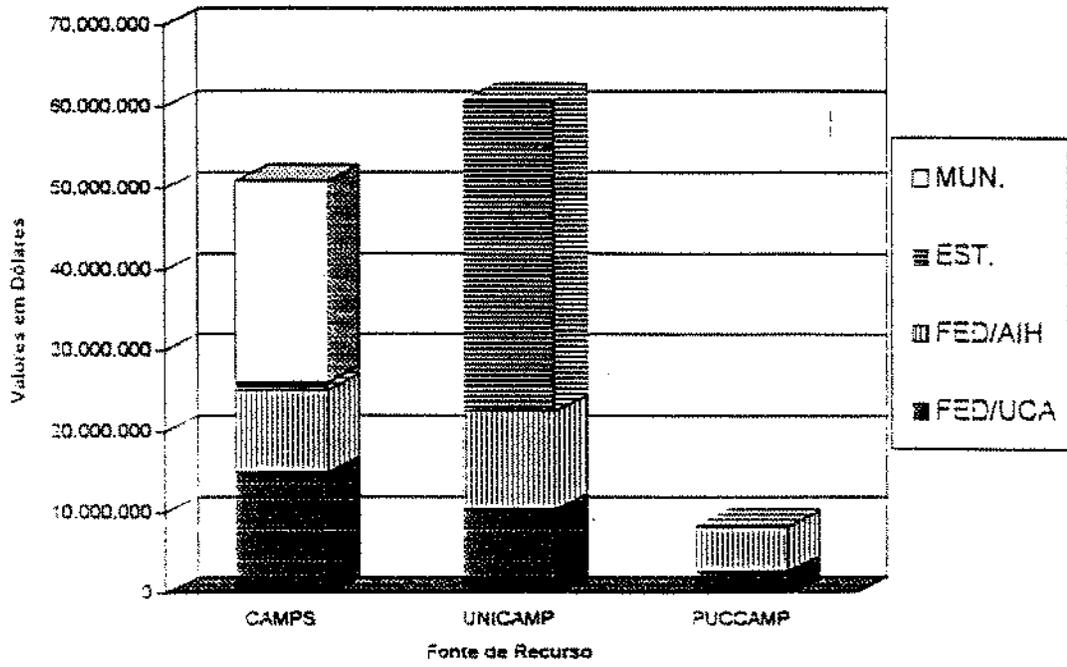
Fonte: Balanços Municipais  
Elaboração: Própria

**Gráfico 29**  
**Participação no Custeio do SUS Campinas**  
**Gov. Federal-Estadual-Municipal - 1992**



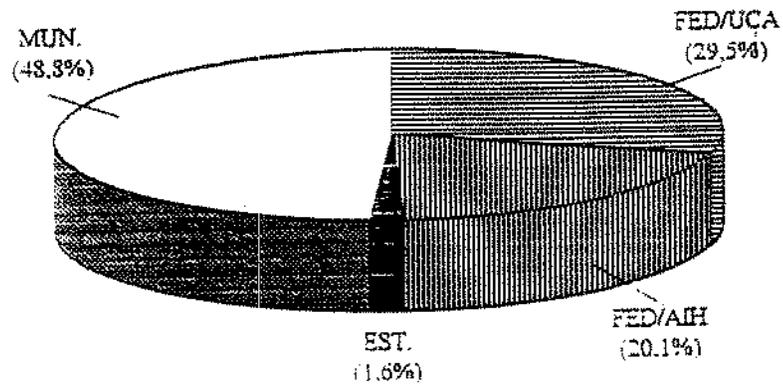
Fonte: ERSÁ-27

Gráfico 30  
 Custeio do SUS Campinas - 1992  
 Gov. Federal/Estadual/Municipal



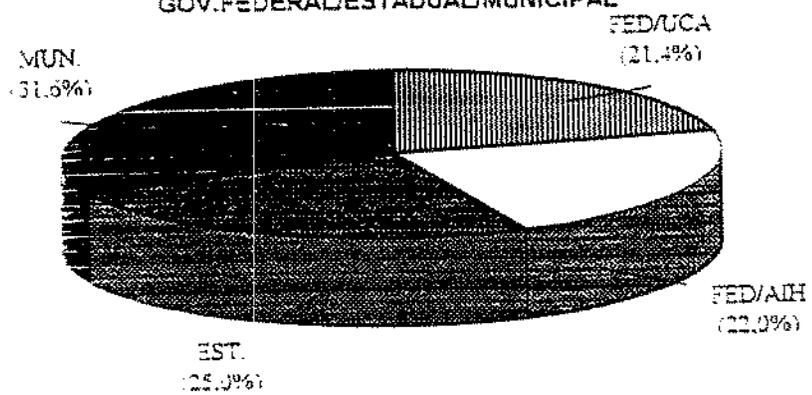
Fonte: ERSB-27

**GRÁFICO 31**  
**CUSTEIO DO SUS CAMPINAS - 1992**  
 SERVIÇOS MUNIC./CONT./CONV.



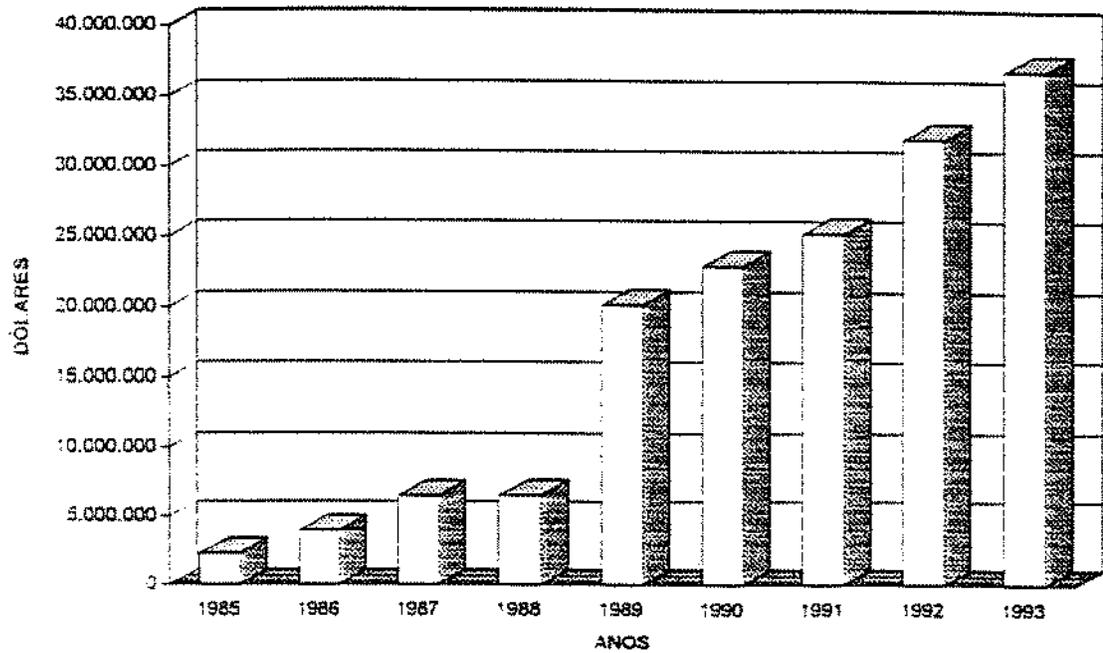
Fonte: ERSA-27

**GRÁFICO 32**  
**CUSTEIO DO SUS ERSA-27 - 1992**  
 GOV. FEDERAL/ESTADUAL/MUNICIPAL



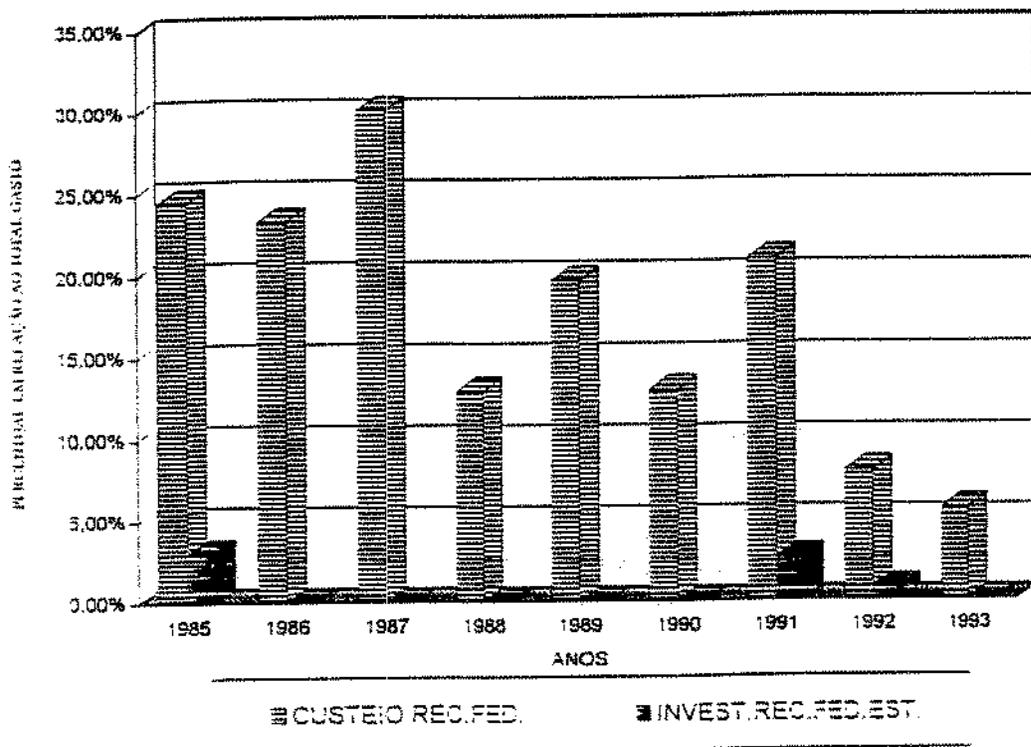
Fonte: ERSA-27

GRÁFICO 33  
SMS CAMPINAS - GASTOS EM SAÚDE  
GASTOS ANUAIS EM DOLARES



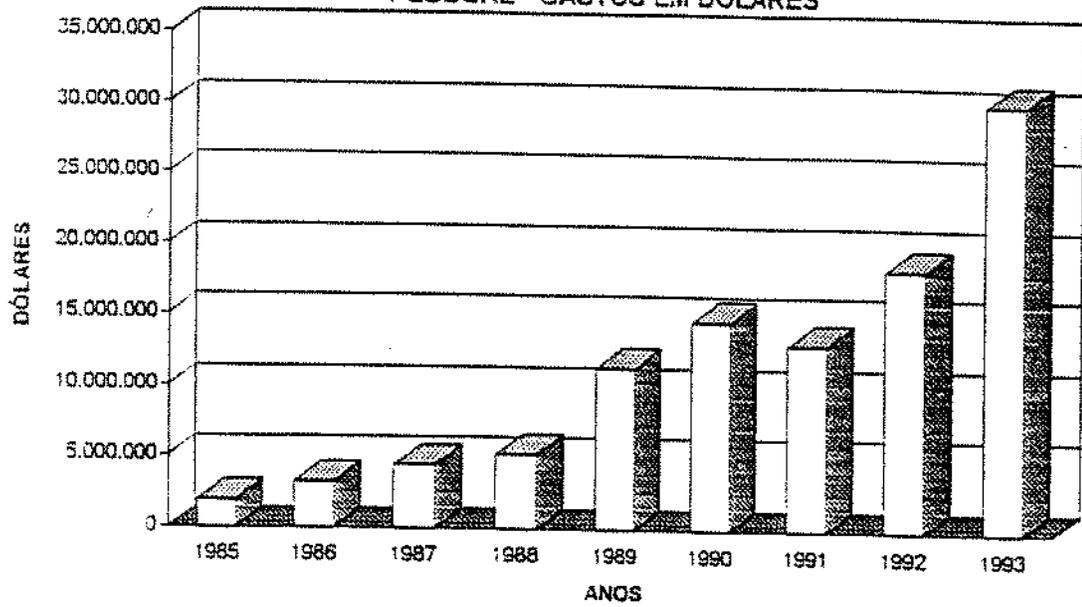
Fonte: DPG/PMC

GRÁFICO 34  
 SMS CAMPINAS- SERVIÇOS MUNICIPAIS  
 RECURSOS SUDS/SUS - INVEST/CUSTEIO



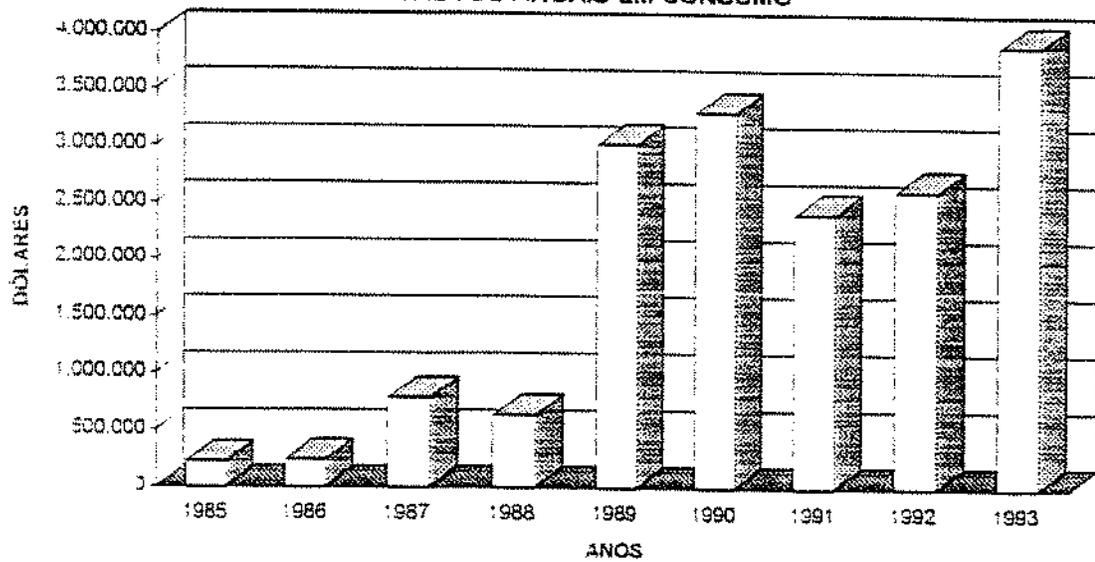
Fonte: DPG/PMC

**GRÁFICO 35**  
**GASTOS DA S.M.S. CAMPINAS**  
**PESSOAL - GASTOS EM DÓLARES**



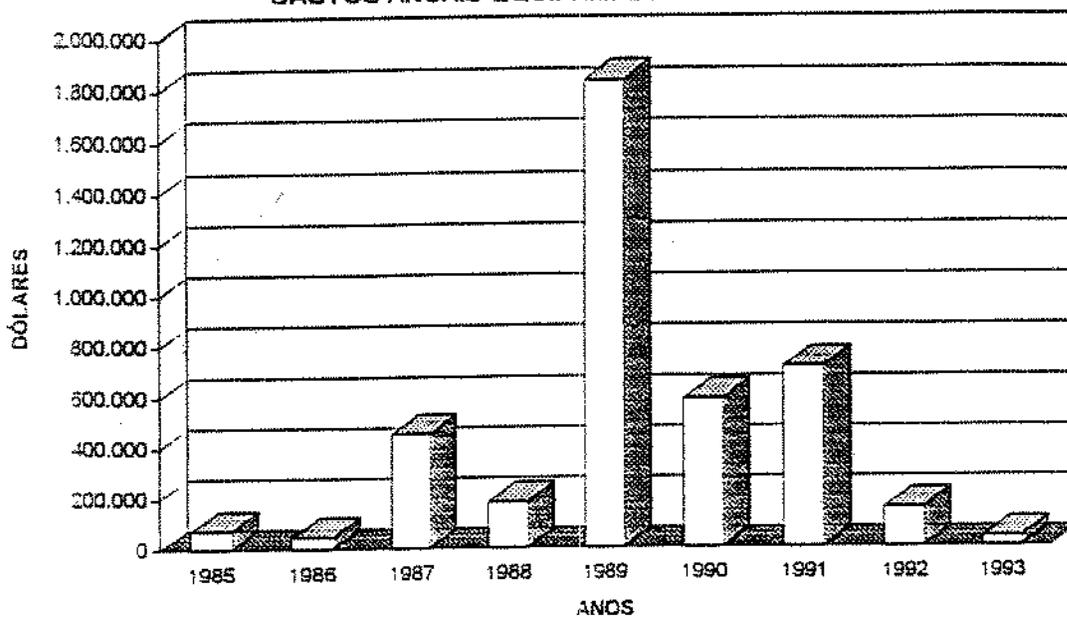
Fonte: DPG/PMIC

**GRÁFICO 36**  
**SMS CAMPINAS - GASTOS EM SAÚDE**  
**GASTOS ANUAIS EM CONSUMO**



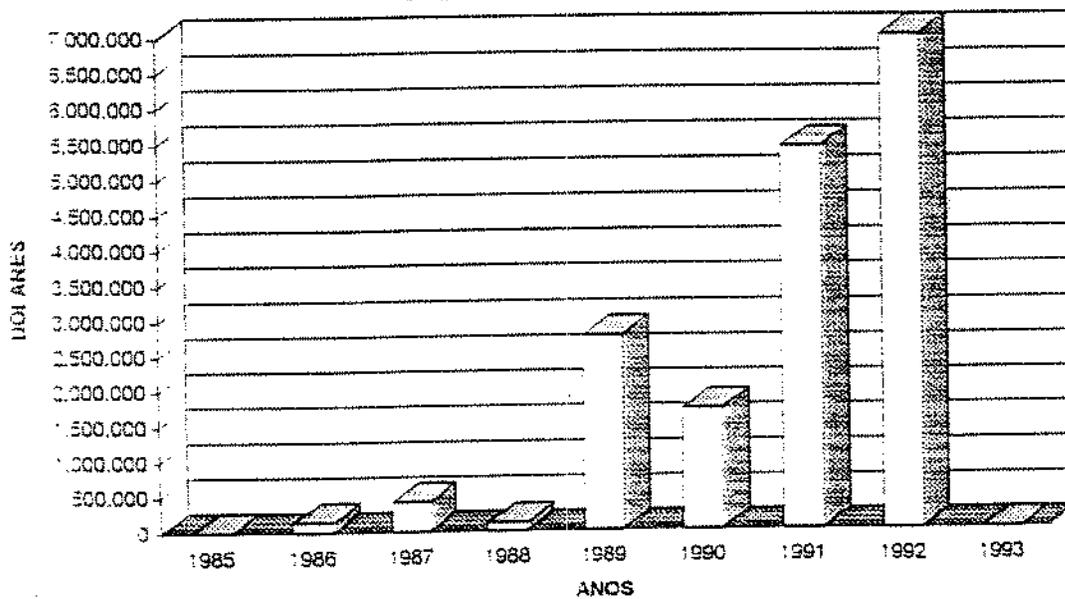
Fonte: DPG/PMIC

**GRÁFICO 37**  
**SMS CAMPINAS - GASTOS EM SAÚDE**  
**GASTOS ANUAIS-EQUIPAM. E MAT. PERMANENTE**



Fonte: DPG/PMC

**GRÁFICO 38**  
**SMS CAMPINAS - GASTOS EM SAÚDE**  
**GASTOS ANUAIS EM OBRAS**



Fonte: DPG/PMC

## Execução Financeira da Secretaria Municipal da Saúde de Campinas em Dólares - Valor Médio Anual

ANOS	DESPESAS POR ITEM								TOTAL
	PESSOAL	CONS.	SERV.	TRS.PRIV.	OBRAS	EQUIP.	TR.SINT.GOV.		
1980	2.125.237,19	88.138,71	38.527,51	37.950,66	502.137,95	42.319,35			2.834.311,39
1981	2.464.636,72	127.530,20	35.021,60	3.224,42	140.961,52	56.029,56			3.027.404,02
1982	2.623.457,27	178.523,11	39.649,70	102.371,99	330.681,20	7.087,80			3.281.775,07
1983	1.555.331,11	80.785,28	26.687,66	520,62	216.664,71	2.365,58			1.882.354,96
1984	1.297.653,18	157.227,92	32.168,24	371,38	22.126,46	13.944,85			1.523.494,05
1985	1.960.377,29	225.019,38	28.953,97	-	-	72.806,43			2.287.157,07
1986	3.249.649,56	242.302,79	311.804,25	-	138.722,14	48.174,34			3.990.953,08
1987	4.456.328,57	790.989,54	402.709,44	-	421.807,14	451.141,07			6.525.975,77
1988	5.252.306,42	639.426,21	367.712,32	-	113.395,75	182.395,17			6.555.235,88
1989	11.407.865,72	3.023.554,77	1.164.367,49	-	2.770.586,57	1.813.515,90			20.199.890,46
1990	14.712.450,53	3.310.596,51	2.225.874,03	366.407,74	1.720.782,35	587.800,67			22.923.911,84
1991	13.127.028,99	2.414.510,04	2.567.026,67	993.949,87	5.424.880,75	710.958,46			25.238.354,78
1992	18.483.844,61	2.618.883,31	1.704.824,63	756.428,95	7.176.671,37	155.669,20	964.898,87		31.861.220,94
1993	30.306.397,15	3.911.420,12	1.707.597,87	597.103,42	-	37.324,28	283.321,91		36.843.164,74

Fonte: Balanços Gerais do Município - Prefeitura Municipal de Campinas

Observações: Anos - Consideradas as diferentes moedas utilizadas nos balanços:

1980 a 1985 - Cruzeiros

1986 a 1988 - Cruzados

1989 - Cruzados Novos

1990 a 1992 - Cruzeiros

1993 - Cruzeiros Reais

(C1D) - Não inclui a coluna (D) no ano de 1987

TAB 73

Despesas da Prefeitura, Secretaria de Saúde do Município de Campinas e Hospital Mun. Mario Gatti - USS

ANOS	DESPESAS SMS/PMS (%)			DESP. HMMG TOTAL	DESPESAS HMMG/PMC (%)	GASTO TOTAL PM EM SAÚDE
	CORRENTES	CAPITAL	TOTAL			
1980	4,96%	1,18%	4,83%	845.661,90	1,44%	6,27%
1981	4,63%	0,70%	4,40%	991.449,70	1,44%	5,84%
1982	4,19%	0,48%	3,97%	1.191.056,75	1,44%	5,41%
1983	3,89%	0,51%	3,79%	714.925,97	1,44%	5,23%
1984	3,11%	0,08%	2,58%	1.525.725,97	2,58%	5,16%
1985	3,62%	0,12%	3,06%	918.497,95	1,23%	4,29%
1986	5,77%	0,28%	4,14%	120.226,81	1,25%	5,38%
1987	7,10%	0,10%	5,66%	1.763.586,99	1,53%	7,19%
1988	6,53%	0,31%	2,43%	1.638.425,27	0,61%	3,04%
1989	9,45%	2,79%	11,16%	6.721.717,74	3,71%	14,88%
1990	11,18%	1,25%	10,52%	9.600.357,04	4,41%	14,93%
1991	11,45%	3,68%	11,08%	7.176.218,52	3,15%	14,23%
1992	12,59%	4,46%	12,97%	3.835.804,06	3,59%	16,55%
1993	17,34%	0,15%	16,36%	3.744.907,11	1,66%	18,02%

Fonte: Balanços Gerais do Município de Campinas

Observação: Os dados de gastos gerais do HMMG nos anos de 1980 a 1983 e 89

foram calculados pela média dos gastos (%) nas administrações:

de 1983 a 1988 para os anos de 1980 a 1983

de 1989 a 1992 para o ano de 1989

devido à ausência de dados nos Balanços Gerais do Município.

TAB 70

Participação dos Governos Federal, Estadual e Municipal no Custeio do Setor de Saúde no ERSA-27 - em Dólares no Ano de 1992

SETOR	FED/UCA	FED/AIH	EST.	MUN.	TOTAL
CAMPS	15.042.986	10.229.562	840.612	24.902.771	51.015.931
UNICAMP	10.474.248	12.168.346	38.239.253		60.881.847
PUCAMP	2.662.505	5.660.815	150.165		8.473.785
ERSA-27	37.501.502	38.512.136	43.634.364	55.234.236	174.882.230
	65.681.241	66.570.859	82.864.394	80.137.007	295.253.793

Fonte: ERSA-27

TAB 71

Execução Financeira da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas em Dólares - Valor Médio Anual

ANOS	RECEITAS EXTRAORDINARIAS			DESPESAS GERAIS		
	SUS/SUDS (A)	INVESTIML (B)	TOTAL (A+B)	CORRENTES (C)	CAPITAL (D)	TOTAL (C+D)
1980			-	2.289.855,60	544.571,35	2.834.426,9
1981			-	2.630.413,05	396.991,08	3.027.404,1
1982			-	2.947.308,38	337.771,00	3.285.079,3
1983			-	1.663.324,67	219.030,30	1.882.354,9
1984			-	1.487.422,74	36.071,31	1.523.494,0
1985	561.177,46	69.206,43	630.383,89	2.214.350,64	72.806,43	2.287.157,0
1986	930.367,30		930.367,30	3.803.756,60	187.196,48	3.990.953,0
1987	1.966.099,23	6.377.551,02	8.343.650,26	5.649.538,01	375.948,47	6.025.486,4
1988	846.488,13		846.488,13	6.259.444,99	295.790,92	6.555.235,9
1989	3.975.346,29		3.975.346,29	15.595.791,52	4.604.106,01	20.199.897,5
1990	2.974.797,45		2.974.797,45	20.615.328,89	2.308.583,03	22.923.911,9
1991	5.279.736,49	664.279,54	5.944.016,03	19.102.515,59	6.135.839,24	25.238.354,8
1992	2.546.267,28	225.467,21	2.771.734,49	23.630.465,12	8.297.239,44	31.927.704,5
1993	2.081.354,83		2.081.354,83	36.322.318,78	520.646,30	36.843.165,0

Fonte: Balancos Gerais do Município - Prefeitura Municipal de Campinas

Observações: Anos - Consideradas as diferentes moedas utilizadas nos balanços:

1980 a 1985 - Cruzados

1986 a 1988 - Cruzados

1989 - Cruzados Novos

1990 a 1992 - Cruzados

1993 - Cruzados Reais

(C+D) - Não inclui a coluna (B) no ano de 1987

Tabela 68

Região de Campinas/Área de Metropolização

CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS COM BASE NOS GASTO MUNICIPAL LÍQUIDO COM SAÚDE (GMMS)

EM RELAÇÃO A RECEITA TOTAL (1985 - 93)

GMMS/ Receita Total	1985	1990	1991	1992	1993
0 e 5%	Americana Campinas Cosmópolis Monte-Mor Paulínia Pedreira Sumaré Valinhos Vinhedo	Cosmópolis Sto. Ant. da Posse Valinhos Vinhedo	Cosmópolis Valinhos	Monte-Mor Paulínia Valinhos	
5 e 10%	Artur Nogueira Indaiatuba Jaguariúna Nova-Odessa Sta. Bár. D'Oeste Sto. Ant. da Posse	Americana Monte-Mor Nova-Odessa Sta. Bár. D'Oeste Sumaré	Indaiatuba Monte-Mor Nova-Odessa Pedreira Sta. Bár. D'Oeste Sto. Ant. da Posse Sumaré Vinhedo	Cosmópolis Sta. Bár. D'Oeste Sumaré Vinhedo	Cosmópolis Monte-Mor Pedreira Sta. Bár. D'Oeste Sumaré Valinhos Vinhedo
10 e 15%		Campinas Indaiatuba Paulínia Pedreira	Campinas Jaguariúna Paulínia	Indaiatuba Jaguariúna Pedreira Sto. Ant. da Posse	Americana Indaiatuba Nova-Odessa Paulínia Sto. Ant. da Posse Hortolândia
acima de 15%		Artur Nogueira Jaguariúna	Americana Artur Nogueira	Americana Artur Nogueira Campinas Nova-Odessa	Artur Nogueira Campinas Jaguariúna Engenheiro Coelho Holambra

Fonte: Balanços Municipais

Elaboração própria

Tabela 69

Região de Campinas/Área de Metropolização  
GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE POR CATEGORIA ECONÔMICA (1)

US\$, Cotação média de 1993

* Municípios	1985			1991			1990					
	Correntes	% Capital	% Correntes	Correntes	% Capital	% Correntes	Correntes	% Capital	%			
Americana	641.329	100,00%	0	0,00%	6.180.610	93,50%	429.640	6,50%	5.536.276	99,98%	1.353	0,02%
Artur Nogueira	163.876	100,00%	7	0,00%	529.128	50,68%	515.008	49,32%	965.308	96,00%	40.219	4,00%
Campinas	4.453.887	96,82%	146.441	3,18%	19.678.109	89,93%	2.203.630	10,07%	36.474.820	99,13%	320.228	0,87%
Cosmópolis	37.853	100,00%	0	0,00%	354.066	65,95%	182.787	34,05%	607.388	98,58%	8.735	1,42%
Indaiatuba	471.503	94,23%	28.874	5,77%	1.929.570	64,37%	1.067.933	35,63%	2.764.158	92,17%	234.893	7,83%
Jaguariúna	290.699	75,76%	93.022	24,24%	1.591.680	48,13%	1.715.403	51,87%	1.216.293	13,89%	541.283	86,11%
Monte-Mor	2.095.992	97,49%	53.964	2,51%	483.387	84,87%	86.148	15,13%	530.621	91,53%	49.079	8,47%
Nova-Odeessa	132.271	60,41%	86.677	39,59%	626.226	90,06%	69.140	9,94%	6.381.983	99,83%	10.650	0,17%
Paulínia	ND	ND	ND	ND	5.104.330	98,69%	67.766	1,31%	8.274.590	97,18%	239.835	2,82%
Pedreira	ND	ND	ND	ND	612.024	65,38%	324.136	34,62%	643.737	82,44%	137.101	17,56%
St. Bárb. D'Oeste(2)	525.469	86,62%	81.182	13,38%	994.017	56,23%	773.795	43,77%	2.225.231	99,37%	14.109	0,63%
Sto. Ant. da Posse(2)	103.084	100,00%	0	0,00%	391.369	99,91%	344	0,09%	431.221	100,00%	15	0,00%
Sumaré	1.322.267	86,95%	198.379	13,05%	3.997.086	88,98%	494.979	11,02%	3.552.957	99,36%	23.021	0,64%
Valinhos	538.400	97,21%	15.445	2,79%	1.445.038	96,59%	51.006	3,41%	1.342.546	95,10%	69.215	4,90%
Vinhedo	314.802	94,66%	17.766	5,34%	950.544	90,54%	99.329	9,46%	1.301.887	94,75%	72.133	5,25%
Engenheiro Coelho	0	ND	0	ND	0	ND	0	ND	233.555	98,29%	4.068	1,71%
Holambra	0	ND	0	ND	0	ND	0	ND	223.663	69,98%	95.947	30,02%
Hortolândia	0	ND	0	ND	0	ND	0	ND	2.297.694	87,84%	317.981	12,16%
Região de Campinas	11.091.432	93,89%	721.757	6,11%	44.867.184	84,74%	8.081.044	15,26%	75.083.928	89,10%	9.179.865	10,90%

Fonte: Balanços Municipais

Elaboração própria

1 - Esses gastos incluem as transferências (federais e estaduais).

2 - Para os municípios de Americana, Arthur Nogueira, Campinas, Valinhos e Vinhedo, os dados referentes a 1990 foram extraídos dos Balanços Municipais (anexos 7) e referem-se a Projetos e Atividades.

3 - Os dados apresentados na coluna 1985 para estes municípios referem-se ao ano de 1986, devido ao fato dos balanços de 1985 não estarem disponíveis.

4 - Para o ano de 1993, os dados referentes ao município de Campinas, Americana, Arthur Nogueira, Jaguariúna e Valinhos foram extraídos dos Balanços Municipais (Anexos 7 / projeto e atividade).

Tabela 86

Região de Campinas/Área de Metropolitização

EVOLUÇÃO DO GASTO MUNICIPAL LÍQUIDO COM SAÚDE COMO PORCENTAGEM DO GASTO MUNICIPAL TOTAL (1985 - 1993)\*2

MUNICÍPIOS	DESPESA TOTAL (a)							GMS (b)							GMS / DESPESA TOTAL (b/a)						
	1985	1990	1991	1992	1993	1985	1990	1991	1992	1993	1985	1990	1991	1992	1993	1985	1990	1991	1992	1993	
AMERICANA	24.082.679	43.378.837	49.557.495	46.470.384	41.113.057	641.329	2.644.055	6.804.958	5.254.942	5.401.335	2,66%	6,10%	13,70%	11,31%	13,14%	2,66%	6,10%	13,70%	11,31%	13,14%	
ARTUR NOGUEIRA	3.616.372	6.583.218	6.037.306	6.053.895	4.889.326	157.867	1.044.136	994.209	898.034	816.387	5,23%	15,86%	16,47%	14,83%	16,70%	5,23%	15,86%	16,47%	14,83%	16,70%	
CAMPINAS	150.275.290	207.914.145	247.587.713	277.084.767	224.882.737	3.332.390	19.042.182	20.964.011	33.070.235	34.716.411	2,22%	9,16%	8,47%	11,94%	15,44%	2,22%	9,16%	8,47%	11,94%	15,44%	
COSMÓPOLIS	4.038.550	7.558.398	8.367.187	7.836.004	7.680.538	37.853	282.333	331.975	492.954	492.209	0,94%	3,74%	3,97%	6,29%	6,41%	0,94%	3,74%	3,97%	6,29%	6,41%	
INDAIAL	11.722.105	20.989.277	25.019.337	19.945.580	20.768.652	500.376	2.373.589	1.656.815	1.953.912	2.311.501	4,27%	10,83%	6,62%	9,80%	11,13%	4,27%	10,83%	6,62%	9,80%	11,13%	
JACUARUNA	4.534.503	11.699.988	12.203.493	9.091.574	14.175.741	383.721	2.958.024	911.814	978.543	1.076.833	8,46%	25,28%	7,47%	10,76%	7,50%	8,46%	25,28%	7,47%	10,76%	7,50%	
MATE-MOR	2.149.957	5.648.226	5.747.188	4.608.158	4.798.314	51.964	290.035	389.809	0	385.929	2,51%	5,13%	6,78%	6,00%	8,04%	2,51%	5,13%	6,78%	6,00%	8,04%	
NOVA ODESSA	3.388.689	7.490.050	8.146.201	7.842.536	6.347.298	209.088	474.371	652.312	1.020.658	870.368	6,17%	6,33%	8,01%	13,01%	13,71%	6,17%	6,33%	8,01%	13,01%	13,71%	
PAULÍNIA	ND	45.994.781	45.662.221	61.812.677	68.555.196	ND	4.371.797	6.048.713	823.899	8.367.278	ND	9,50%	12,96%	1,33%	12,19%	ND	9,50%	12,96%	1,33%	12,19%	
PEDREIRA	ND	7.016.694	8.141.535	8.423.676	8.034.209	ND	670.572	344.616	558.423	585.027	ND	9,56%	4,23%	6,63%	7,28%	ND	9,56%	4,23%	6,63%	7,28%	
STA. BÁRB. D'OESTE*1	16.516.085	22.187.785	23.566.579	15.044.504	17.308.262	606.650	1.150.573	1.035.041	936.270	1.094.549	3,67%	5,19%	4,39%	6,22%	9,21%	3,67%	5,19%	4,39%	6,22%	9,21%	
STO. ANT. DA POSSE*1	2.436.764	2.951.764	2.348.567	2.459.631	2.263.180	103.084	37.680	160.727	257.234	301.502	4,23%	1,28%	6,84%	10,46%	13,32%	4,23%	1,28%	6,84%	10,46%	13,32%	
SUMARÉ	31.815.295	69.975.854	79.619.362	66.045.909	38.647.559	1.526.646	3.331.251	4.626.232	3.757.852	2.617.461	4,78%	4,73%	6,11%	5,59%	6,77%	4,78%	4,73%	6,11%	5,59%	6,77%	
VALINHOS	16.544.653	22.722.920	23.451.094	19.099.056	15.264.859	423.295	341.541	892.185	652.059	893.314	2,54%	1,68%	3,80%	3,41%	5,85%	2,54%	1,68%	3,80%	3,41%	5,85%	
VINHEDO*1	10.265.822	14.867.411	16.652.638	12.284.028	13.619.170	332.287	380.122	806.423	736.747	1.174.802	3,24%	2,62%	4,81%	6,00%	8,63%	3,24%	2,62%	4,81%	6,00%	8,63%	
HOLAMBRA				1.297.229					0	283.653				21,87%							
HORTOLÂNDIA				34.721.101					0	2.283.873				6,58%							
ENGENHEIRO COELHO				1.034.321					0	194.911				18,84%							
REGIÃO DE CAMPINAS	280.886.164	496.979.339	559.207.837	554.102.379	525.504.749	8.302.551	39.322.270	46.607.841	51.391.771	64.367.342	2,96%	7,91%	8,33%	9,11%	12,25%	2,96%	7,91%	8,33%	9,11%	12,25%	

Fonte: Balanços Municipais - 1985, 1990, 1991, 1992, 1993.

Elaboração própria

Notas:

\*1 - Os valores referentes a 1985, nesses municípios referem-se ao ano de 1986, em função de que o Balanço Municipal de 1985 não encontrava-se disponível.

\*2 - Os valores acima foram convertidos a preços de 1993 pelo ICP-DI da FGV e transformados em dólar médio de 1993.

Tabela 67

## Região de Campinas/Área de Metropolização

## Evolução dos Gastos Municipais Líquidos com Saúde em relação à Receita Total (1985 - 93)

US\$, média 1993

Municípios	Receita Total (líquida) *					Gastos Municipais Líquidos com Saúde (B)					Gastos Munic./ Saúde/Rec.Total (B/A)				
	1985	1990	1991	1992	1993	1985	1990	1991	1992	1993	1985	1990	1991	1992	1993
Americana **	23.061.915	40.149.091	44.785.469	34.307.684	38.752.015	641.329	2.644.055	6.804.958	5.254.942	5.401.335	2,8%	6,6%	15,2%	15,3%	13,9%
Artur Nogueira ***	3.050.551	5.932.245	5.398.356	4.812.544	4.406.469	157.867	1.044.136	994.209	898.034	816.387	5,2%	17,6%	18,4%	18,7%	18,5%
Campinas	136.307.722	150.140.681	207.545.271	197.985.276	164.979.862	3.332.390	19.042.182	20.964.011	33.070.235	34.716.411	2,4%	12,7%	10,1%	16,7%	21,0%
Cosmópolis **	3.886.974	7.196.492	8.221.214	7.151.469	6.366.157	37.853	282.333	331.975	492.954	492.209	1,0%	3,9%	4,0%	6,9%	7,7%
Indaiatuba **	9.809.428	18.869.079	22.341.171	19.264.841	18.805.777	500.376	2.273.589	1.656.815	1.953.912	2.311.501	5,1%	12,0%	7,4%	10,1%	12,3%
Jaguariúna **	4.975.030	10.927.190	8.858.157	7.466.678	6.859.575	383.721	2.958.024	911.814	978.543	1.076.833	7,7%	27,1%	10,3%	13,1%	15,7%
Monte-Mor **	2.558.327	5.302.390	4.665.578	3.399.673	4.456.183	53.964	290.035	389.899	0	385.929	2,1%	5,5%	8,4%	0,0%	8,7%
Nova-Odessa	3.581.379	7.255.119	6.984.829	6.380.154	6.040.843	209.088	474.371	652.312	1.020.658	870.368	5,8%	6,5%	9,3%	16,0%	14,4%
Paulínia **	16.137.454	29.606.002	40.952.161	44.782.586	59.883.188	ND	4.371.797	6.048.713	823.899	8.367.278	-	14,8%	14,8%	1,8%	14,0%
Pedreira **	3.550.055	5.968.113	5.214.990	5.002.158	7.071.387	ND	670.572	344.616	558.423	585.027	-	11,2%	6,6%	11,2%	8,3%
Sta. Bárb. D'Oeste	10.043.060	17.903.028	20.625.345	14.772.293	17.475.467	606.650	1.150.573	1.035.041	936.270	1.594.549	6,0%	6,4%	5,0%	6,3%	9,1%
Sto. Ant. da Posse	1.816.348	2.518.244	2.136.741	2.250.239	2.159.871	103.084	37.690	160.727	257.234	301.502	5,7%	1,5%	7,5%	11,4%	14,0%
Sumaré **	32.767.554	53.585.274	63.933.270	49.463.658	33.846.454	1.520.646	3.311.251	4.620.232	3.757.852	2.617.461	4,6%	6,2%	7,2%	7,6%	7,7%
Valinhos **	14.371.388	20.243.569	21.866.280	17.533.207	14.538.200	423.295	381.541	892.185	652.069	893.314	2,9%	1,9%	4,1%	3,7%	6,1%
Vinhedo	7.401.368	14.822.111	15.088.662	11.765.900	13.690.128	332.287	390.122	800.423	736.747	1.174.802	4,5%	2,6%	5,3%	6,3%	8,6%
Eng. Coelho**	-	-	-	-	868.866	-	-	-	-	194.911	-	-	-	-	22,4%
Holambra **	-	-	-	-	1.381.738	-	-	-	-	283.653	-	-	-	-	20,5%
Hortolândia **	-	-	-	-	21.394.292	-	-	-	-	2.283.873	-	-	-	-	10,7%
Região de Campinas	273.318.553	390.418.627	478.537.493	426.338.360	422.976.472	8.302.550	39.322.271	46.607.841	51.391.772	64.367.343	3,0%	10,1%	9,7%	12,1%	15,2%

## Fonte:

- Demonstrações fiscais para a região de Campinas/ENPLASA (1981-91).

- Balanços Municipais (1993), Receita Federal (1992)/CEPLAN.

Elaboração própria

## Notas:

\* Extraímos dos valores de Receita Total, as transferências específicas para o setor saúde.

\*\* Os valores das transferências não estavam disponíveis para 1985.

\*\*\* Os valores das transferências não estavam disponíveis para 1986.

Tabela 64

Região de Campinas/Área de Metropolização

EVOLUÇÃO DO GASTO MUNICIPAL PER CAPITA COM SAÚDE (1990 - 1993)

US\$, Cotação média de 1993

* Municípios	Gasto Municipal Bruto				Transf. Est. e Federais				Gasto Municipal Líquido				1993 tx.cresc.					
	1985	1990	1991	1992	1993 tx.cresc.	1985	1990	1991	1992	1993 tx.cresc.	1985	1990		1991	1992	1993 tx.cresc.		
Americana	4,7	44,0	50,5	35,3	35,9	662,9%	0,0	26,4	6,2	1,8	2,2	4,7	17,6	44,3	33,5	33,7	617,02%	
Artur Nogueira	8,0	32,9	75,1	77,0	42,1	427,0%	0,3	0,0	1,9	14,8	7,9	7,7	32,9	73,2	62,2	34,2	344,16%	
Campinas	6,2	26,4	33,3	42,3	41,6	569,5%	1,7	3,4	7,8	3,4	2,3	4,5	23,0	25,4	38,9	39,2	771,99%	
Cosmópolis	1,3	15,5	17,5	19,5	15,5	1094,0%	0,0	7,5	7,4	5,2	3,1	1,3	8,0	10,1	14,3	12,4	853,85%	
Indaialatuba	6,8	33,1	30,3	27,1	26,7	293,1%	0,0	8,0	12,2	7,0	6,1	6,8	25,1	18,1	20,1	20,6	202,94%	
Jaguariúna	20,1	138,4	153,5	69,1	319,6	1490,1%	0,0	14,6	105,7	21,1	280,3	20,1	123,8	47,8	48,0	39,3	95,52%	
Monte-Mor	2,9	23,6	28,6	19,8	20,4	604,4%	0,0	11,6	10,8	19,8	6,8	2,9	12,0	17,7	0,0	13,6	368,97%	
Nova-Odeassa	8,2	21,3	33,2	43,1	45,8	460,4%	0,4	6,8	12,8	12,6	13,2	7,8	14,5	20,4	30,5	32,6	317,95%	
Paulínia	ND	148,8	203,8	56,3	209,8	-	ERR	23,0	19,6	32,4	3,6	ERR	125,8	184,3	23,9	206,2	-	
Pedreira	ND	34,5	22,5	27,0	26,8	-	ERR	9,8	9,5	6,6	6,7	ERR	24,7	13,0	20,4	20,1	-	
Sta.Bárb.D'Oeste	5,9	12,9	13,9	8,9	13,8	134,1%	0,0	4,5	6,6	2,7	4,0	5,9	8,4	7,3	6,2	9,8	66,10%	
Sto.Ant.da Posse	8,4	28,1	46,0	44,5	29,4	249,5%	0,0	25,4	31,7	22,5	9,4	8,4	2,7	14,3	22,0	20,0	138,10%	
Sumaré	10,4	21,3	28,8	23,0	21,6	107,6%	0,0	5,6	8,3	7,6	5,9	10,4	15,7	20,5	15,4	15,7	50,96%	
Valinhos	7,5	22,7	25,4	16,3	19,6	161,3%	0,0	16,9	10,5	5,9	7,2	7,5	5,8	14,9	10,4	12,4	65,33%	
Vinhedo	12,6	16,8	31,5	26,2	37,8	199,6%	0,0	4,7	7,2	4,7	5,5	12,6	12,1	24,3	21,5	32,3	156,35%	
Engenheiro Coelho	-	-	-	-	36,6	-	-	-	-	-	6,6	-	-	-	-	30,0	-	-
Holambra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hortolândia	-	-	-	-	31,7	-	-	-	-	-	4,0	-	-	-	-	27,7	-	-
Região de Campinas	6,6	30,3	52,7	49,6	41,1	524,3%	0,9	7,6	13,7	8,0	7,7	776,00%	5,7	22,7	39,0	41,6	33,4	485,32%

Fontes:

- Demonstrações Fiscais para Região de Campinas (1981 - 1991).

- Balanços Municipais (1993), Receita Federal (1992)/CEPLAN.

Elaboração própria

Notas:- Não há dados disponíveis de população para o município de Holambra.

Tabela 65

Região de Campinas/Área de Metropolitização  
EVOLUÇÃO DO GASTO MUNICIPAL PER CAPITA COM SAÚDE (1990 - 1993)

Índice de crescimento 1990=100

* Municípios	Gasto Municipal Bruto				Transf. Est. e Federais				Gasto Municipal Líquido										
	tx. cresc.	1990	1991	1992	1993	tx. cresc.	1990	1991	1992	1993	tx. cre	1990	1991	1992	1993	Média			
	85/90	90/93	90/93	85/90	85/90	90/93	85/90	90/93	85/90	90/93	85/90	90/93	85/90	90/93	85/90	90/93			
Americana	836%	100	115	80	81	94	-	100	23	7	8	35	274%	100	252	190	191	183	
Artur Nogueira	312%	100	228	234	128	173	-100%	-	-	-	-	-	327%	100	222	189	104	154	
Campinas	325%	100	126	160	157	136	100%	100	229	98	69	124	411%	100	111	169	171	138	
Cosmópolis	1093%	100	113	126	100	110	-	100	99	69	42	77	515%	100	127	179	155	140	
Indaiatuba	386%	100	92	82	81	89	-	100	153	87	77	104	269%	100	72	80	82	84	
Jaguariúna	589%	100	111	50	231	123	-	100	724	145	1919	722	516%	100	39	39	32	52	
Monte-Hor	713%	100	121	84	87	98	-	100	94	172	59	106	314%	100	148	0	113	90	
Nova-Odeessa	160%	100	156	203	215	169	1736%	100	190	186	195	168	86%	100	141	210	225	169	
Paulínia	-	100	137	38	141	104	-	100	85	141	16	85	-	100	146	19	164	107	
Pedreira	-	100	65	78	78	80	-	100	97	68	69	83	-	100	52	83	81	79	
Sta. Bárb. D'Oeste	119%	100	108	69	107	96	-	100	147	60	89	99	42%	100	87	74	117	95	
Sfo. Ant. da Posse	234%	100	164	159	105	132	-	100	125	89	37	88	-68%	100	530	814	741	546	
Sumaré	105%	100	135	108	101	111	-	100	148	136	105	122	51%	100	131	98	100	107	
Valinhos	203%	100	112	72	86	92	-	100	62	35	42	60	-23%	100	257	180	214	188	
Vinhedo	33%	100	188	156	225	167	43797%	100	154	101	117	118	-4%	100	201	177	267	186	
Engenheiro Coelho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Holambra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hortolândia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Região de Campinas	368%	100	174	164	136	143	760%	100	181	106	102	122	298%	100	172	183	147	150	

Fontes:

- Demonstrações Fiscais para região de Campinas, EMPLASA (1981 -1991).

- Balanços Municipais (1993), Receita Federal (1992)/CEPM.

Elaboração própria

Notas: entre 1985 e 1990 foi calculado a taxa de crescimento (%).

À partir de 1990 foi calculado o índice de crescimento, fixando-se 1990 como 100.

Tabela 62

Região de Campinas/ Área de Metropolição  
EVOLUÇÃO DO GASTO MUNICIPAL LÍQUIDO (CML) COMO PROPORÇÃO DO GASTO MUNICIPAL TOTAL COM SAÚDE (1985-1993)\*2

MUNICÍPIOS	DESPESA COM SAÚDE (a)				GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE (LÍQUIDOS) (b)				GASTOS MUNICIPAIS LÍQUIDOS/DESPESA COM SAÚDE (b/a)						
	1985	1990	1991	1992	1993	1985	1990	1991	1992	1993	1985	1990	1991	1992	1993
AMERICANA	641.329	6.610.138	7.750.701	5.540.850	5.747.199	641.329	2.644.055	6.804.958	5.254.942	5.401.335	100,00%	40,30%	87,80%	94,81%	93,98%
ARTUR NOGUEIRA	163.883	1.044.136	1.019.785	1.112.254	1.005.526	157.867	1.044.136	994.209	898.034	816.387	96,32%	100,00%	97,49%	80,74%	81,19%
CAMPINAS	4.600.328	21.881.738	27.422.404	35.938.095	36.795.048	3.332.390	19.042.182	20.964.011	33.070.235	34.716.411	72,44%	87,02%	76,45%	92,02%	94,35%
COSMOPOLIS	37.853	547.220	575.196	672.240	616.122	37.853	282.333	311.975	492.954	492.209	100,00%	51,59%	57,72%	73,33%	79,89%
INDAIAL	500.376	2.996.119	2.778.311	2.630.114	2.999.050	500.376	2.273.589	1.656.815	1.953.912	2.311.501	100,00%	75,88%	59,63%	74,29%	77,07%
JACUARUNA	383.721	3.307.083	2.929.765	1.409.395	8.757.576	383.721	2.958.024	911.814	978.543	1.076.833	100,00%	89,44%	31,12%	69,43%	12,30%
MUNTE-MOR	53.594	569.520	628.463	485.242	579.700	53.564	290.035	389.809	0	385.929	100,00%	49,11%	62,03%	ND	66,57%
NOVA ODESSA	218.948	695.366	1.062.988	1.441.200	1.222.156	209.988	474.371	652.312	1.020.658	870.368	100,00%	50,67%	61,37%	70,82%	71,22%
PAULÍNIA	ND	5.172.096	6.691.320	1.942.243	8.514.424	ND	4.371.797	6.048.713	823.899	8.367.278	ND	84,52%	90,40%	42,42%	98,27%
PEDREIRA	ND	936.160	597.240	739.437	780.838	ND	670.572	344.616	558.423	585.027	ND	72,63%	57,70%	75,52%	74,92%
SÃO BARR. D'OSTEIA	606.650	1.767.812	1.968.147	1.339.250	2.247.354	606.650	1.150.573	1.035.041	936.270	1.594.549	100,00%	65,08%	52,59%	69,91%	70,95%
SÃO ANT. DA FOSSE*1	103.084	391.713	516.689	521.139	442.536	103.084	37.690	160.727	257.234	301.502	100,00%	9,62%	31,11%	49,36%	68,13%
SUMARÉ	1.520.646	4.492.065	6.491.512	5.608.734	3.600.259	1.520.646	3.331.251	4.620.232	3.757.652	2.617.461	100,00%	73,71%	71,17%	67,00%	72,70%
VALINHOS	423.295	1.496.044	1.523.339	1.017.903	1.411.761	423.295	381.541	892.385	652.069	893.314	100,00%	25,50%	58,57%	64,06%	63,28%
VINHEDO*1	332.568	540.926	1.037.082	899.130	1.374.021	332.287	390.122	800.423	736.747	1.174.802	99,92%	72,12%	77,18%	81,94%	85,50%
ROLIMERA					319.610					281.653					86,75%
HORTOLÂNDIA					2.615.675					2.283.873					87,31%
ENGENHEIRO COELHO					237.622					194.911					82,03%
REGIÃO DE CAMPINAS	9.586.646	52.448.136	62.992.942	61.297.226	79.266.479	8.302.551	39.322.270	46.607.861	51.391.771	64.367.342	86,61%	74,97%	73,99%	83,64%	81,20%

Fonte: Balanços Municipais-1985,1990,1991,1992,1993

Elaboração própria

Notas:

\*1 - Os dados da coluna referente a 1985, nesses municípios referem-se ao ano de 1986, em função de que o Balanço Municipal de 1985 não encontrava-se disponível.

\*2 - Os valores acima foram convertidos a preços de 1993 pelo ICP-DI da FGV e transformados em dólar médio de 1993.

Tabela 63  
 Região de Campinas  
 COMPOSIÇÃO DA DESPESA REALIZADA NO PROGRAMA DE SAÚDE SEGUNDO AS FONTES DE RECURSOS (EM %) - ANO 1992

Municípios	Próprios do Município (%)	Transferências Estaduais (%)	Transferências do SUS (%)	Outras Transferências Federais (%)	Outras (%)	Total (%)
Americana	98,84	0,13	3,93	1,01	0,00	100
Arthur Nogueira	80,74	0,80	18,04	0,00	0,42	100
Campinas	92,02	1,67	6,31	0,00	0,00	100
Cosmópolis	73,33	0,69	25,98	0,00	0,00	100
Indaiatuba	74,29	0,29	25,42	0,00	0,00	100
Jaguariúna	69,43	1,33	20,39	8,85	0,00	100
Monte Mor (1)	-	-	-	-	-	-
Nova Odessa	70,82	3,10	26,08	0,00	0,00	100
Paulínia	42,42	0,01	57,11	0,00	0,46	100
Pedreira	75,52	21,16	3,32	0,00	0,00	100
Sta. Bárb. D'Oeste	69,91	2,72	6,38	20,00	0,00	100
Sto. Ant. da Posse	49,36	0,00	47,75	0,00	2,89	100
Sumaré	67,00	0,00	19,70	13,29	0,00	100
Vaiinhos	64,06	3,36	0,00	2,58	0,00	100
Vinhedo	81,94	0,00	1,09	0,00	0,00	100
Região de Campinas	84,54	2,13	10,94	2,34	0,05	100

Fonte: SEADE - Pesquisa Municipal (1992)

Notas:

- (1) Dados não disponíveis para o Município de Monte Mor.
- (2) Não inclui Monte Mor, cujos dados não estão discriminados segundo as Fontes dos Recursos

Tabela 60

Região de Campinas/Área de Metropolização

EVOLUÇÃO DOS GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE POR FONTE (1985 - 1993)

US\$, cotação média de 1993

Municípios	Total														
	1985	1990	1991	1992	1993	1985	1990	1991	1992	1993	1985	1990	1991	1992	1993
Americana	641.329	6.610.138	7.750.701	5.540.850	5.747.199	3.966.083	945.743	285.908	345.864	641.329	2.644.055	6.804.958	5.254.942	5.401.335	
Artur Nogueira	163.883	1.044.136	1.019.785	1.112.254	1.005.526	6.016	25.576	214.220	189.139	157.867	1.044.136	994.209	898.034	816.387	
Campinas	4.600.328	21.881.738	27.422.404	35.938.095	36.795.048	1.267.938	6.458.393	2.867.860	2.078.637	3.332.390	19.042.182	20.964.011	33.070.235	34.716.411	
Cosmópolis	37.853	547.220	575.196	672.240	616.122	264.887	243.221	179.286	123.913	37.853	282.333	331.975	492.954	492.209	
Indaialtuba	500.376	2.996.119	2.778.311	2.630.114	2.999.051	722.530	1.121.495	676.202	687.550	500.376	2.273.589	1.656.815	1.953.912	2.311.501	
Jaquaruna	383.721	3.307.083	2.929.765	1.409.395	8.757.576	349.059	2.017.950	430.852	7.680.743	383.721	2.958.024	911.814	978.543	1.076.833	
Monte-Mor	53.964	569.520	628.463	485.242	579.700	279.485	238.654	485.242	193.771	53.964	290.035	389.809	0	385.929	
Nova-Odeessa	218.948	695.366	1.062.988	1.441.200	1.222.157	9.860	410.676	420.542	351.789	209.088	474.371	652.312	1.020.658	870.368	
Paulínia	ND	5.172.096	6.691.320	1.942.243	8.514.424	800.299	642.608	1.118.344	147.146	ND	4.371.797	6.048.713	823.899	8.367.278	
Pedreira	ND	936.160	597.240	739.437	780.838	265.588	252.624	181.014	195.811	ND	670.572	344.616	558.423	585.027	
Sta. Barb. D'Oeste	606.650	1.767.811	1.968.147	1.339.250	2.247.354	617.238	933.106	402.980	652.805	606.650	1.150.573	1.035.041	936.270	1.594.549	
Sto. Ant. da Posse	103.084	391.713	516.689	521.139	442.536	354.023	355.962	263.905	141.034	103.084	37.690	160.727	257.234	301.502	
Sumaré	1.520.646	4.492.065	6.491.512	5.608.734	3.600.259	1.180.814	1.871.279	1.850.882	982.798	1.520.646	3.311.251	4.620.232	3.757.852	2.617.461	
Valinhos	423.295	1.496.044	1.523.339	1.017.903	1.411.761	1.114.503	631.154	365.834	518.447	423.295	381.541	892.185	652.069	893.314	
Vinhedo	332.568	540.927	1.037.082	899.130	1.374.020	281	236.559	162.383	199.218	332.287	390.122	800.423	736.747	1.174.802	
Eng. Coelho					237.622				42.711					194.911	
Holambra					319.611				35.958					283.653	
Hortolândia					2.615.675				331.802					2.283.873	
Reg. de Campinas	9.586.645	52.448.136	62.992.942	61.297.226	79.266.479	1.284.095	13.125.865	16.385.101	9.905.454	14.899.136	8.302.550	39.322.271	46.607.841	51.391.772	64.367.343

Fontes: - Demonstrações fiscais para Região de Campinas (1980-1991).

- Balanços Municipais (1993), Receita Federal (1992)/CEPAM.

Tabela 61

Região de Campinas/Área de Metropolitização  
EVOLUÇÃO DOS GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE POR FONTE (1985 - 1993)

Índice de crescimento, 1990 = 100

Município	TOTAL										CHIS									
	média					Transf./est. e fed.					média					média				
	tx. cresc.					tx. cresc.					tx. cresc.					tx. cresc.				
	85/90	90/90	1991	1992	1993	90/93	85/90	1990	1991	1992	1993	90/93	85/90	1990	1991	1992	1993	90/93		
Americana	930,7%	100	117	79	82	95	ND	100	24	7	9	35	312,3%	100	257	199	204	190		
Artur Nogueira	537,1%	100	98	86	78	90	-100,0%	ND	ND	ND	ND	ND	561,4%	100	95	86	78	90		
Campinas	375,7%	100	125	151	159	134	124,0%	100	227	101	73	125	471,4%	100	110	174	182	142		
Cosmópolis	1345,6%	100	105	90	90	96	ND	100	92	68	47	77	645,9%	100	118	175	174	142		
Indaialuba	498,8%	100	93	65	77	84	ND	100	155	94	95	111	354,4%	100	73	86	102	90		
Jaguariúna	761,8%	100	89	30	33	63	ND	100	578	123	2.200	750	670,9%	100	31	33	36	50		
Monte-Mor	955,4%	100	110	0	68	70	ND	100	85	174	69	107	437,5%	100	134	0	133	92		
Nova-Odeessa	217,6%	100	153	147	125	131	2141,3%	100	186	190	159	159	126,9%	100	138	215	183	159		
Paulínia	ND	100	129	16	162	102	ND	100	80	140	18	85	ND	100	138	19	191	112		
Pedreira	ND	100	64	60	62	71	ND	100	95	68	74	84	ND	100	51	83	87	80		
Sta. Barb. D'Oeste	191,4%	100	111	53	90	89	ND	100	151	65	106	106	89,7%	100	90	81	139	102		
Sto. Ant. da Posse	280,0%	100	132	66	77	94	ND	100	101	75	40	79	-63,4%	100	426	682	800	502		
Sumaré	195,4%	100	145	84	58	97	ND	100	158	157	83	125	117,8%	100	140	113	79	108		
Valinhos	253,4%	100	102	44	60	76	ND	100	57	33	47	59	-9,9%	100	234	171	234	185		
Vinhedo	62,7%	100	192	136	217	161	53567,3%	100	157	108	132	124	17,4%	100	205	189	301	199		
Engenheiro Coelho	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND		
Holambra	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND		
Hortolândia	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND		
Reg. de Campinas	447,1%	100	120	98	123	110	922,2%	100	125	75	114	103	373,6%	100	119	131	164	128		

Fontes:

- Demonstrações Fiscais para Região de Campinas/EMPLASA (1981-1991).
- Balanços Municipais (1993), Receita Federal (1992)/CEPAM.

Tabela 57

Participação dos Gastos da SES no Gasto Total de Estado 1980 - 1994

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994*
SES Admin. Direta	3,2	3,5	3,1	3,3	3,3	3,6	4,2	5,9	9,9	10,8	9,3	7,0	6,2	5,3	6,9
SES Admin. Indireta	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1,8	2,0	1,9	1,7	1,9	2,4	1,8	2,0
Total do Orgão	3,3	3,6	3,3	3,4	3,5	3,8	4,4	7,7	11,9	12,7	11,0	8,9	8,6	7,1	8,9
Total do Estado	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total Função Saúde	5,1	5,4	4,9	5,3	5,2	5,5	5,8	7,7	11,9	12,7	12,3	12,4	10,5	8,9	

Fonte: Balanço Geral do Estado

Elaboração: NEPP - Unicamp (1980-89)

Atualização: CPOG/SES

Notas: \* Lei 8509 de 28/12/93 (Dotação Inicial)

Tabela 58  
Participação Percentual do Setor Saúde na Despesa  
do Est. de São Paulo (1988-1994)

Anos	Despesa da SES US\$ mil	Tx.Cresc. Anual	% em relação ao gasto total
1988	1323261	ND	11,89
1989	2244402	69,61%	12,71
1990	2506076	11,66%	10,99
1991	1343349	-46,40%	8,92
1992	1483664	10,45%	8,62
1993	1533493	3,36%	7,07
1994*	1398646	-8,79%	8,96

Fontes:- Balanço Geral do Estado 1988/93.

Elaboração: CPOG/SES.

Notas: - Lei n° 8509 de 28/12/93 (Dotação inicial).

Tabela 59  
Evolução da Receita 1990 - 1993  
Fundo Estadual de Saúde - FUNDES

ANO	VALOR NOMINAL (em mil)	VALOR EM MIL (US\$)	ÍNDICE DE CRESCIMENTO
1990	60.829.648	887.376	100,00
1991	69.337.618	154.430	-82,60
1992	355.111.788	78.621	-91,14
1993	10.455.888	114.110	-87,14

Fonte: Balanço Geral da União

Elaboração: CPOG/SES

Tabela 55

Região de Campinas/Área de Metropolitização  
Evolução da Participação Relativa de Funções e Programas Sociais per capita 1990/93

US\$

Funções e Programas	1990	%	1991	%	1992	%	1993	%	MÉDIA	PARTICIP.
1. HABITAÇÃO E URBANISMO	50	17,52	48	15,42	58	18,32	47	17,15	51	17,09
2. SAÚDE E SANEAMENTO	53	18,58	65	20,82	54	17,16	51	18,70	56	18,83
3. TRANSPORTE	19	6,48	32	10,12	37	11,84	15	5,60	26	8,66
4. EDUCAÇÃO E CULTURA	63	22,04	71	22,58	71	22,44	65	23,77	67	22,69
5. ASSISTÊNCIA E PREVIDÊNCIA	22	7,65	18	5,84	21	6,54	18	6,70	20	6,66
6. SUBTOTAL	207	72,28	235	74,78	240	76,31	197	71,92	219	73,92
7. OUTRAS FUNÇÕES	79	27,72	79	25,22	74	23,69	77	28,08	77	26,08
8. DESPESA TOTAL	286	100,00	314	100,00	314	100,00	273	100,00	297	100,00

Fontes: Balanços Municipais referentes ao período 1990-93 (Anexo 7)/EXPLASA/SPG

Elaboração própria

Notas:

\* Os valores foram convertidos a preços de 1993 pelo ICP-DI e convertidos pelo dólar médio de 1993.

Tabela 56  
 Evolução dos Gastos Federais com Saúde: 1980 - 1993.  
 Em US\$ milhões, cotação média de 1993.

ANOS	GASTO TOTAL	CRESC.ANUAL	INDICE 1980=100	% DO PIB
1980	8.074	-	100	1,75
1981	7.513	-6,95	93	1,74
1982	7.842	4,38	97	1,75
1983	6.269	-20,05	78	1,55
1984	6.535	4,24	81	1,60
1985	7.523	15,12	93	1,60
1986	8.054	7,06	100	1,56
1987	11.654	44,69	144	2,33
1988	10.982	-5,76	136	2,31
1989	12.396	12,87	154	2,52
1990	10.350	-16,51	128	2,32
1991	8.593	-16,97	106	1,97
1992	7.196	-16,26	89	1,67
1993	9.225	28,20	114	2,14

Fontes: Balanços Gerais da União, FPAS, Finsocial e outras.  
 in Brasil: Gasto Social Federal Consolidado, IPEA/IESP/FUNDAP.  
 Elaboração: Médici A.C. (1980-1992)

Tabela 53

Região de Campinas/Área de Metropolização

Evolução da Participação Relativa de Funções e Programas Sociais 1990/93

Índice 1990 = 100

Funções/Programas	1990	1991	1992	1993	Media
1. HABITAÇÃO E URBANISMO	100	100	119	103	105
1.1. Administração Geral	100	114	89	120	106
1.2. Habitação	100	132	114	27	93
1.3. Urbanismo	100	93	97	79	92
1.4. Serviço de Utilidade Pública	100	104	147	135	121
2. SAÚDE E SANEAMENTO	100	127	105	106	110
2.1. Administração Geral	100	26	138	138	101
2.2. Saúde	100	113	100	117	108
2.3. Saneamento	100	208	124	80	128
2.4. Proteção ao Meio Ambiente	100	14	12	11	34
3. TRANSPORTE	100	178	207	91	144
3.1. Administração Geral	100	50	45	41	59
3.2. Transporte Rodoviário	100	79	84	58	80
3.3. Transporte Urbano	100	227	269	108	176
4. EDUCAÇÃO E CULTURA	100	116	115	113	111
4.1. Administração Geral	100	61	113	83	89
4.2. Educação de 0 a 6 anos	100	135	158	127	130
4.3. Ensino Fundamental	100	110	100	104	104
4.4. Ensino Médio	100	71	96	55	80
4.5. Assist. a Educandos	100	225	244	358	232
4.6. Educação Física e Desportos	100	163	96	131	123
4.7. Cultura	100	125	118	106	112
4.8. Outros	100	83	102	307	148
5. ASSISTÊNCIA E PREVIDÊNCIA	100	87	97	92	94
5.1. Administração Geral	100	97	91	94	95
5.2. Assistência	100	67	77	82	81
5.3. Previdência	100	94	106	96	99
6. SUBTOTAL	100	118	120	105	111
7. OUTRAS FUNÇÕES	100	103	97	107	102
8. DESPESA TOTAL	100	114	113	105	108

Fontes: Balanços Municipais referentes ao período 1990-93 (Anexo 7)

Elaboração própria

Notas: Os valores foram convertidos a preços de 1993 pelo IGP-DI e convertidos a dólar pelo dólar médio de 1993.

Tabela 54

Região de Campinas/ Área de Metropolização

EVOLUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO RELATIVA DE FUNÇÕES E PROGRAMAS SOCIAIS 1990/93

US\$

Funções e Programas	1990	%	1991	%	1992	%	1993	%	MÉDIA	PARTICIP.
1. HABITAÇÃO E URBANISMO	87.116.858	17,52%	87.169.136	15,42%	103.370.871	18,32%	89.733.234	17,15%	91.847.525	17,09%
1.1. Administração Geral	4.008.311	0,81%	4.585.033	0,81%	3.576.927	0,61%	4.803.175	0,92%	4.243.362	0,79%
1.2. Habitação	2.797.813	0,56%	3.682.118	0,65%	3.176.316	0,56%	762.029	0,15%	2.604.569	0,48%
1.3. Urbanismo	43.019.376	8,65%	40.160.626	7,10%	41.662.428	7,39%	33.931.962	6,48%	39.693.598	7,38%
1.4. Serviço de Utilidade Pública	37.291.458	7,50%	38.741.359	6,85%	54.955.200	9,74%	50.236.068	9,60%	45.306.021	8,43%
2. SAÚDE E SANEAMENTO	92.394.236	18,58%	117.706.478	20,82%	96.799.753	17,16%	97.881.414	18,70%	101.195.470	18,83%
2.1. Administração Geral	5.251.091	1,06%	1.355.085	0,24%	7.256.862	1,29%	7.258.380	1,39%	5.280.355	0,98%
2.2. Saúde	62.075.861	12,49%	70.392.154	12,45%	62.040.388	11,00%	72.725.393	13,90%	66.808.449	12,43%
2.3. Saneamento	21.856.913	4,40%	45.503.748	8,05%	27.121.067	4,81%	17.547.799	3,35%	28.007.382	5,21%
2.4. Proteção ao Meio Ambiente	3.210.372	0,65%	455.491	0,08%	381.436	0,07%	349.842	0,07%	1.099.285	0,20%
3. TRANSPORTE	32.212.952	6,48%	57.212.071	10,12%	66.812.125	11,84%	29.323.624	5,60%	46.390.193	8,63%
3.1. Administração Geral	2.183.667	0,44%	1.097.746	0,19%	977.326	0,17%	886.204	0,17%	1.286.236	0,24%
3.2. Transporte Rodoviário	8.124.505	1,53%	6.409.769	1,13%	6.821.707	1,21%	4.587.201	0,90%	6.510.795	1,21%
3.3. Transporte Urbano	21.904.781	4,41%	49.704.556	8,79%	59.013.092	10,46%	23.750.219	4,54%	38.593.162	7,18%
4. EDUCAÇÃO E CULTURA	109.607.749	22,04%	127.672.144	22,58%	126.558.168	22,44%	124.373.207	23,77%	122.052.817	22,71%
4.1. Administração Geral	6.925.477	1,39%	4.231.725	0,75%	7.818.837	1,39%	5.733.607	1,10%	6.177.412	1,15%
4.2. Educação de 0 a 6 anos	24.896.744	5,01%	33.504.077	5,93%	39.246.014	6,96%	31.612.925	6,04%	32.314.940	6,01%
4.3. Ensino Fundamental	58.356.838	11,74%	64.428.714	11,40%	58.219.144	10,32%	60.595.109	11,58%	60.399.951	11,24%
4.4. Ensino Médio	3.586.976	0,72%	2.533.713	0,45%	3.459.087	0,61%	2.964.240	0,38%	2.886.004	0,54%
4.5. Assist. a Educandos	901.945	0,18%	2.027.204	0,36%	2.198.840	0,39%	3.224.851	0,62%	2.088.210	0,39%
4.6. Educação Física e Desportos	7.805.593	1,57%	12.721.984	2,25%	7.485.886	1,31%	10.252.954	1,96%	9.566.604	1,78%
4.7. Cultura	3.424.793	1,09%	6.801.685	1,20%	6.383.744	1,13%	5.746.848	1,10%	6.089.268	1,13%
4.8. Outros	1.709.383	0,34%	1.423.041	0,25%	1.749.615	0,31%	3.242.674	1,00%	2.331.178	0,47%
5. ASSISTÊNCIA E PREVIDÊNCIA	38.058.769	7,63%	32.993.425	5,84%	36.913.885	6,54%	35.057.576	6,70%	35.755.914	6,65%
5.1. Administração Geral	1.456.635	0,29%	1.410.245	0,25%	1.325.007	0,23%	1.369.516	0,26%	1.390.351	0,26%
5.2. Assistência	10.805.450	2,17%	7.238.770	1,28%	8.305.670	1,47%	8.852.756	1,69%	8.808.662	1,64%
5.3. Previdência	25.796.685	5,19%	24.344.410	4,31%	27.283.208	4,84%	24.835.304	4,75%	25.564.902	4,76%
6. SUBTOTAL	359.390.564	72,28%	422.753.254	74,78%	430.454.802	76,31%	376.369.055	71,92%	397.241.919	73,91%
7. OUTRAS FUNÇÕES	137.810.908	27,72%	142.584.154	25,22%	133.647.575	23,69%	146.955.609	28,08%	140.249.561	26,09%
8. DESPESA TOTAL	497.201.473	100,00%	565.337.407	100,00%	564.102.377	100,00%	523.324.664	100,00%	537.491.480	100,00%

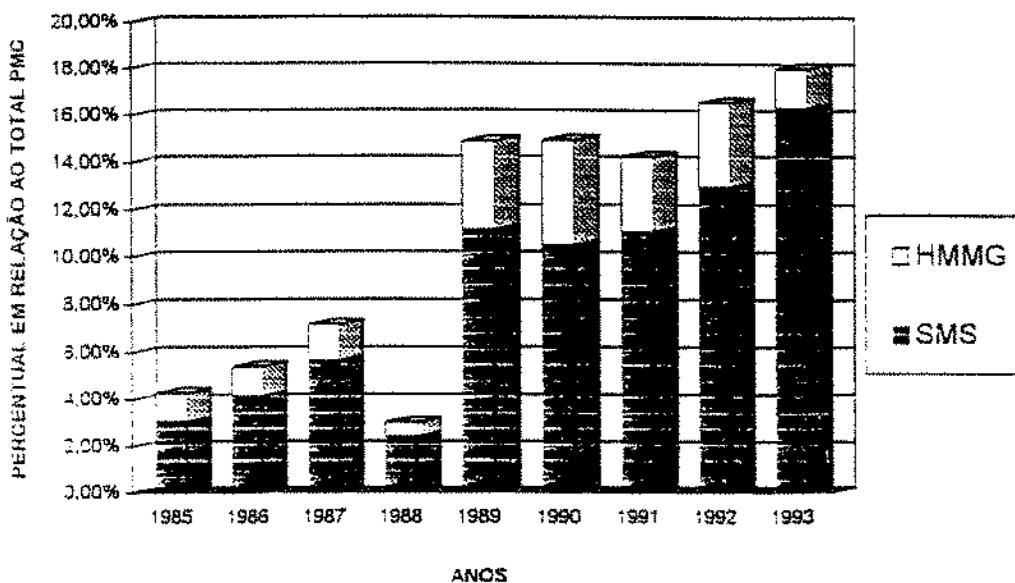
Fontes: Balanços Municipais referentes ao período 1990-93 (Anexo 7)

Elaboração própria

Notas:

Obs.: Os valores foram convertidos a preços de 1993 pelo IGP-DI e convertidos pelo dólar médio de 1993.

GRÁFICO 39  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS  
GASTOS SMS E HMMG EM RELAÇÃO A PMC



Fonte: DPG/PMC

