

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

**INSTITUTO DE ECONOMIA**

**O PROCESSO RECENTE DE DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA  
DE SAÚDE: O CASO DE SANTOS**

**Maria Fernanda Godoy Cardoso de Melo**

*Este exemplar corresponde ao original da dissertação  
defendida por Maria Fernanda Godoy Cardoso de Melo  
em 30/04/99, e orientada pela Profa. Dra. Sônia Míriam  
Draibe.  
CPG/IE, 30/04/99*

Dissertação de Mestrado em Economia  
Social e do Trabalho apresentada ao  
Instituto de Economia da Universidade  
Estadual de Campinas (IE-UNICAMP) sob  
orientação da **Professora Doutora Sônia  
Draibe**

*Sônia M. Draibe*

**Campinas / 1999**

UNIDADE	BC
N.º CHAMADA :	
	38232
	229199
	0 <input checked="" type="checkbox"/>
	R\$ 11,00
DATA	10/08/99
N.º CDD	

CM-00134282-5

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO  
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO DO INSTITUTO DE ECONOMIA**

M491p Melo, Maria Fernanda Godoy Cardoso de  
O processo recente de descentralização da política de saúde:  
o caso de Santos/ Maria Fernanda Godoy Cardoso de Melo. –  
Campinas, SP : [s.n.], 1999.

Orientador: Sônia Draibe  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campi-  
nas. Instituto de Economia.

1. Política de saúde – Santos (SP) . 2. Descentralização  
administrativa. 3. Sistema Único de Saúde – Santos (SP). I.  
Draibe, Sônia. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto  
de Economia. III. Título.

À memória dos meus queridos

Luiz Felipe Cardoso de Melo

Joaquim Alberto Cardoso de Melo

Aos amigos Rex, Timinha e Seu Diniz agradeço pela gentileza com que me acolheram em Santos. Agradeço ainda a ajuda do professor Geraldo Biasotto, de Áquilas Mendes e de Carlos Felipe Moisés.

Agradeço também os *momentos de descontração* que meus amigos me proporcionaram nas horas tensas, em especial: Bura, Bráulio, Rodrigo, Glauco, Valentina, Maria Clara, Rô e Kleber, em Campinas e Mosca, Inaê, Barba, Alê, Caio, Mari, Gugui, Karina, Marcinho e Família Magalhães – Duda, Tônia, Tônio, Nando, Lena, Bel e Lili, em São Paulo.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, tornou possível este trabalho concedendo-me Bolsa de Mestrado.

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	1
CAPÍTULO I - O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL....	7
CAPÍTULO II - ASPECTOS FISCAIS DA DESCENTRALIZAÇÃO.....	25
CAPÍTULO III - O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM SANTOS.....	42
CONCLUSÃO.....	84
ANEXOS	
Anexo 1 - Tabela 1 A - Santos: Evolução da Receita e Despesa -1987-1996 (nº abs).....	87
Tabela 1B - Santos: Evolução da Receita e Despesa - 1987-1996 (nº índice).....	89
Anexo 2 - Distribuição dos serviços e equipamentos por módulos regionais de saúde no município de Santos em 1996.....	91
BIBLIOGRAFIA .....	93

## INTRODUÇÃO

Há um crescente interesse, na América Latina e no Brasil, pelo estudo dos processos de descentralização das políticas sociais, que vieram na esteira tanto da crise financeira do Estado e do avanço do neoliberalismo, quanto do alargamento do espaço democrático.

As vantagens da descentralização têm sido afirmadas, em geral, num plano puramente teórico. O primeiro argumento esgrimido pelos seus defensores é o *democrático*. Afirma-se que a maior descentralização na prestação dos serviços possibilita a aproximação entre os agentes públicos responsáveis e os usuários. Nessas circunstâncias, seria possível adequar o atendimento das necessidades às características da demanda e, ao mesmo tempo, estabelecer um maior controle social dos serviços prestados (Carcioffi: 1995). O segundo argumento diz respeito à *eficiência organizacional*. Imaginam-se custos menores e ganhos de eficácia administrativa em decorrência da desconcentração do poder, da descentralização institucional, da desburocratização e da maior autonomia e participação nos planos regional e local (Darcy e Alcazar: 1986; Arretche: 1996 e 1998; Aghón, 1993). O terceiro argumento, da *eficiência econômica*, funda-se na idéia de que a competição na oferta de bens públicos locais permite a maior escolha dos usuários e reduz custos (Aghón, 1993; Arretche: 1996 e 1998; Oates: 1993). Por último há o *argumento fiscal*: em princípio, os serviços públicos que têm alcance nacional deveriam ser de competência dos governos centrais, os que se estendem a um raio geográfico intermediário, encargos dos governos estaduais e aqueles direcionados aos municípios – o caso dos serviços sociais – atribuição dos governos locais (Tiebout: 1956; Carcioffi: 1995).

Já os que vêem a descentralização das políticas sociais com olhos críticos têm sublinhado, antes de mais nada, o caráter abstrato dos argumentos exarados

pelos seus defensores. Sublinham que há irrealismo quando se supõe que as administrações municipais possuem capacidade gerencial para prestar serviços eficientes. Insistem também que há irrealismo quando se afirma que os governos municipais são mais democráticos pelo simples fato de "estarem mais perto" do eleitor. Por outro lado, o *argumento fiscal* desconhecera tanto a necessidade de fixação de critérios nacionais para as políticas sociais como a exigência de articulação entre as três esferas de governo na prestação dos serviços sociais, em países tão heterogêneos quanto os da América Latina (Arretche: 1996; Carcioffi: 1995).

No caso do Brasil, os estudos recentes têm demonstrado que houve, de fato, um processo de descentralização das políticas sociais no últimos anos. Entre 1980 e 1992, a participação da União no gasto social global teria caído de 65,8% para 57,0%, enquanto a dos estados teria subido de 23,6% para 26,5%, e a dos municípios, mais expressivamente ainda, de 10,6% para 16,5% (Medici e Maciel, 1996).

É indubitável que o processo de descentralização das políticas sociais se deu num contexto de profunda crise fiscal e financeira da União, desencadeada pela crise da dívida externa e alimentada pela estagnação econômica e pela alta inflação, que dela decorreram. Porém, é preciso reconhecer que o impulso à descentralização ganhou força com o avanço da abertura democrática, desde a aprovação da eleição direta para governador do estado até sua culminância com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

O objetivo do movimento político em prol da descentralização assumiu um caráter eminentemente tributário: este foi o móvel da Emenda Passos Porto, das alterações tributárias de 1985 e das disposições da Constituição de 1988. O resultado é conhecido: entre 1980 e 1992, a participação da União na receita disponível total caiu de 59,5% para 54,9%, a dos estados desceu de 34,0% para 28,5%, e a dos municípios subiu de 6,5% para 16,6% (Medici e Maciel, 1996).

Chegamos, assim, à desconcentração fiscal sem redefinição de encargos a partir de uma *política global e deliberada de descentralização*. Abrimos caminho,

então, para a descentralização dirigida por lógicas particulares na redistribuição de competências e forte especificidade setorial.

Com base numa série de estudos setoriais (Medici, A., 1996; Viana, A. 1996; Pacheco, A., 1996; Silva e Cruz, 1996), realizada no âmbito da pesquisa "Federalismo no Brasil", pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo, FUNDAP, foram analisadas, até 1994, as áreas de saúde, educação, assistência social e habitação, e definidas condições e tipos de descentralização.

QUADRO 1  
Brasil: Condições e Tipos de Descentralização nas Áreas Sociais

Áreas/ Dimensões	Saúde	Assistência Social	Habitação	Educação <sup>1</sup>
Política de Descentralização Nacional	SIM (SUS)	Não	Não	Não
Coalizão Pró-Descentralização	Forte e Nacional	Fraca	Inexistente	-Fraca no nível federal -Variáveis e pouco estáveis nos estados
Estruturas Anteriores	-Forte centralização decisória e financeira federal -Estados e municípios com redes próprias -Competências definidas e exclusivas	-Centralização decisória e financeira federal -Estados e municípios com redes próprias -Competências concorrentes -Grande fragmentação institucional	-Centralização decisória e financeira em uma agência federal -Descentralização na execução dos programas por agências estaduais e municipais	-Centralização de alguns programas e parte de recursos no Governo federal -Estados operam redes próprias responsáveis pela maior parte da oferta de ensino básico -Competências concorrentes
Tipo de Descentralização	-Descentralização como política deliberada -Tendência atual à descentralização caótica	Nenhuma descentralização efetiva	-Descentralização por ausência com autonomia dos estados e municípios	-Lenta descentralização no plano federal -Políticas estaduais de municipalização -Políticas estaduais e municipais de desconcentração -Municipalização por ausência

Fonte: ALMEIDA, (1996).

Como se vê no Quadro 1, até 1994, a única área onde houve descentralização como política deliberada foi a da Saúde. Nas outras áreas estudadas, houve descentralização do gasto: estados e municípios ampliaram o dispêndio social no vácuo criado pela crise financeira da União e pela ausência de

<sup>1</sup> Deve-se considerar a Educação Fundamental e Média. (nota da autora).

políticas nacionais. Desde 1994, o governo federal tem procurado levar a cabo políticas de descentralização nas áreas de Educação e Assistência Social. Mas o certo é que, nesse caso, a descentralização ainda dá seus primeiros passos.

Neste panorama, é indiscutível que foi na área da saúde que o processo de descentralização das políticas sociais ganhou corpo e chegou a configurar um sistema nacional guiado por critérios gerais e cristalizado em competências bem definidas da União, dos Estados e municípios.

Vários trabalhos tentaram fazer o balanço geral do processo de descentralização da política de saúde no Brasil. No entanto, é clara a necessidade de ir além dessas avaliações panorâmicas e *examinar concretamente* seus resultados. Só assim poderemos julgar com mais precisão a política de descentralização da saúde em termos de eficiência, equidade e qualidade dos serviços prestados. Será possível então submeter teses e recomendações abstratas - que muitas vezes estão carregadas de ideologia<sup>2</sup> - à prova dos fatos.

Isto só é possível através de *estudos de caso*, que levem em conta a enorme diversidade de situações concretas num país tão heterogêneo como o Brasil. É evidente que - já nos situando no Estado de São Paulo - a complexidade e a profundidade dos problemas sociais variam enormemente se considerarmos a área metropolitana da Grande São Paulo, cidades pequenas ou cidades médias. É certo também que os recursos de que dispõem os municípios são variáveis determinadas antes de tudo por sua pujança econômica. Há, ainda, a maior ou menor prioridade do gasto em saúde conferida por cada administração, e também, a maior ou menor competência técnica do corpo dos funcionários.

Foi a partir destas considerações que decidimos examinar a descentralização da política de saúde através do estudo de caso do município de Santos, nos anos que vão de 1989 a 1996.

---

<sup>2</sup> A descentralização dos serviços sociais tem sido apresentada, nos últimos anos, como a alternativa para reestruturar a ação social do Estado. Para a discussão desta questão ver: BID, 1994; BOISER, 1994.

Santos é sede de uma região metropolitana composta por nove municípios que, juntos, possuem uma população de cerca de 1.300.000 habitantes, situada no litoral paulista, denominada Baixada Santista. A população de Santos corresponde a 31% desse total, ou seja, 412.331 habitantes<sup>3</sup>, quase exclusivamente concentrados na área urbana. Segundo o Instituto Pólis, é uma das dez cidades com melhores condições de vida do Estado de São Paulo, apresentando uma renda familiar média de 7,0 salários mínimos<sup>4</sup>, inferior apenas à da Capital e à de Campinas. Está situada a apenas 68 km da capital do Estado, tendo por atividades econômicas predominantes os serviços portuários<sup>5</sup>, o comércio, os serviços, a pesca e, mercê de suas praias, intensa atividade turística, chegando a população flutuante a 1.000.000 nas épocas mais quentes do ano. Quase toda a população e atividade econômica encontram-se na parte insular do Município, cuja área é de apenas 39,4 km<sup>2</sup>. Na parte continental, encontram-se os restantes 231,6 km<sup>2</sup>, área de parque nacional. Deve-se notar, ainda, que a economia da Baixada Santista assenta-se também num setor industrial de peso, em que se destacam a petroquímica e a siderurgia.

O município assumiu, entre 1989 e 1996, responsabilidades crescentes na área da política de saúde durante duas administrações sucessivas comandadas pelo Partido dos Trabalhadores, PT: a de Telma de Souza (1989-1992) e a de seu Secretário de Saúde, David Capistrano Filho, eleito para o período 1993-1996. Santos tinha, até então, um sistema de saúde obsoleto, originado na década de 1940. Entre 1989 e 1992, este sistema precário foi inteiramente reestruturado. E, em 1994, foi possível para cidade tornar-se um dos primeiros municípios a se enquadrar diretamente na modalidade de gestão semiplena. Em 1996, era um dos 137 municípios brasileiros nesta condição<sup>6</sup>.

---

<sup>3</sup> Segundo Seade, 1998.

<sup>4</sup> Segundo IBGE, 1991.

<sup>5</sup> O porto de Santos é o maior do Brasil.

<sup>6</sup> Segundo Levcovitz, 1997.

Na pesquisa de campo, deparamo-nos com algumas dificuldades relativas aos dados, naturais num país de estatísticas precárias. Em primeiro lugar, os Balanços Municipais apresentam informações muito agregadas, que não permitem chegar, com precisão, ao montante dos gastos sociais e de suas fontes de financiamento por origem federal, estadual ou municipal dos recursos. Há, também, o problema conhecido da conversibilidade dos valores numa situação de altas taxas de inflação que conhecemos até 1994. Por último, uma dificuldade política: a atual gestão do município de Santos, comandada pelo prefeito Beto Mansur, do Partido Progressista Brasileiro, PPB, dificultou enormemente a coleta dos dados de produção e produtividade da saúde.

O trabalho está dividido em três capítulos. No Primeiro Capítulo examinaremos o quadro nacional da política de saúde a fim de determinar em quais circunstâncias gerais situou-se, primeiro, a reestruturação do sistema de saúde realizado na gestão Telma de Souza (1989-1992) e, segundo, o enquadramento de Santos na gestão semiplena.

No Capítulo Segundo, estudaremos todos os aspectos fiscais da descentralização. Numa situação de forte subida da receita municipal, ocasionada pelas modificações tributárias contempladas na Constituição de 1988, indagaremos até que ponto houve prioridade para os gastos sociais e com saúde e até que ponto vão as responsabilidades financeiras do Município em relação à União e ao Governo do Estado de São Paulo, no que toca àqueles tipos de gastos.

No último Capítulo, analisaremos em detalhes o sistema de saúde local que foi implementado, procurando, por fim, apresentar indicadores que atestem ou não sua eficácia.

## CAPÍTULO I

### O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

O objetivo deste capítulo é o de recordar os traços principais e as vicissitudes do processo de descentralização da política de saúde no Brasil, para situar Santos neste panorama.

O sistema de saúde, no período pós-64 – que obedece às características gerais do modelo brasileiro de "Welfare State" (ver Draibe e Aureliano, 1989) - caracterizou-se pela centralização no Executivo Federal dos instrumentos de intervenção e financiamento. O Instituto Nacional de Previdência Social, INPS - criado a partir da fusão das estruturas dos antigos institutos de aposentadorias e pensões, IAPS -, foi o órgão que concentrou o comando sobre a política de assistência médica, previdenciária e assistência social. Tal centralização foi acompanhada por uma extensão de cobertura a todos os empregados formais e aos trabalhadores autônomos que, por livre vontade, desejassem contribuir para a previdência social (Medici, 1996).

Havia ainda uma total separação institucional entre as políticas de saúde implementadas pelo complexo previdenciário (INAMPS), que cuidava basicamente da assistência médica ao setor formal do mercado de trabalho, e aquelas executadas pelo Ministério da Saúde, responsável pelas campanhas sanitárias e pelas ações básicas de saúde. Como aponta a literatura, a política de saúde estava dividida em dois subsistemas, o de saúde pública e o da previdenciária, cuja lógica baseava-se na compra de serviços do setor privado (Draibe, 1997; Levcovtiz, 1997; Viana, 1994; Medici, 1996).

Na década de 1980, entretanto, ocorre no Brasil uma profunda reforma do sistema de saúde. Essa reforma caracteriza-se pela integração desses

subsistemas de saúde, constituindo um sistema único nacional, e pelo desenvolvimento de um processo de descentralização das decisões e da operação dos serviços. "Na verdade", diz Ana Luiza D'Avila Viana, "com a constituição desse sistema, integrado à área da seguridade social, aboliram-se as diferenças entre seguro-saúde e saúde pública" (Viana, 1994: 21).

O movimento de reforma iniciou-se em 1982 pelas chamadas Ações Integradas da Saúde, AIS, visando repassar recursos do INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde, de forma a implementar a integração das ações federais às dos governos estaduais e locais, além de propiciar a expansão física e o reaparelhamento da rede pública, além de novas contratações de recursos humanos.

Em 1987, foi criado o Sistema Único e Descentralizado da Saúde, SUDS. O modelo anterior foi sendo substituído: a antiga divisão dos dois subsistemas pouco a pouco foi desaparecendo e o processo de descentralização operativa, por meio de um conjunto de convênios que transferiam para o nível estadual as responsabilidades pela gestão dos serviços (inclusive contratação de serviços de terceiros), foi se acelerando (Viana, 1994).

"Ao longo da Velha República" (precisamente, 1983 e 1984), diz André Medici, "os recursos federais repassados para o financiamento dos sistemas de saúde nas esferas locais de governo foram bastante tímidos. As AIS ainda estavam em implementação(...) A parcela dos gastos do INAMPS com programas locais não passou de 6% do total dos recursos desembolsados(...) Ao final de seu funcionamento, em 1986, as AIS já absorviam 12,3% dos recursos gastos pelo INAMPS. Com o advento do SUDS em 1987 a parcela de recursos do INAMPS à disposição das esferas locais aumentou consideravelmente, passando para 30,4% em 1987 e chegando à 52,6% em 1988. A saída de Hésio Cordeiro fez com que, em 1989, as transferências aos estados e municípios tivessem ligeira retração (45,9%), sem no entanto comprometer a tendência à descentralização financeira dos recursos do INAMPS".(Medici, 1996: 114).

Assim, o SUDS foi o primeiro programa federal que avançou efetivamente em direção à unificação institucional, ao enfrentar a questão crucial da unificação regional das redes de serviços sob o comando dos Estados<sup>7</sup> e criar um cronograma de extinção do INAMPS e suas estruturas regionais.

Finalmente, com a Constituição Federal de 1988, criou-se o Sistema Único de Saúde, SUS. Com o SUS, em primeiro lugar, toda a política nacional de saúde passou a ser regida por um sistema no qual existe um comando único em cada esfera de governo. Segundo, estabeleceu-se o princípio organizacional básico da descentralização, isto é, as ações de saúde passaram a ser co-responsabilidade da União, Estados e Municípios, cabendo a estas duas últimas esferas a primazia da prestação dos serviços, restando ao nível federal a definição da política nacional de saúde, bem como de suas normas, regulamentos e regras gerais<sup>8</sup>. Terceiro, o SUS consolidou o princípio da universalidade na cobertura dos serviços de saúde, bem como o da sua gratuidade. Por último, seu financiamento passou a ser, também, co-reponsabilidade da União, Estados e Municípios.

Para o financiar do SUS, a Constituição previu recursos da Seguridade Social, da União, dos Estados e Municípios, embora não tenha garantido a separação de fontes específicas para a Saúde - nem para a Assistência e Previdência Social. Os recursos da Seguridade Social provêm das fontes que compõem seu orçamento, a saber: Contribuição Social sobre Folha de Salários dos Empregados, Empregadores e Trabalhadores Autônomos; Contribuição Social sobre o Faturamento das Empresas, COFINS; Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas, CSLL; e Contribuição Social sobre o Programa de Integração Social, PIS, e Contribuição sobre o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público, PASEP, que integram o Fundo de Amparo ao Trabalhador, FAT.

---

<sup>7</sup> O Estado de São Paulo, por exemplo, obteve um avanço significativo na implementação do SUDS. Para uma análise mais detalhada, ver Viana, 1994.

<sup>8</sup> É importante apontar que, com o SUS, a descentralização passou a se dar na direção dos municípios, diferentemente do SUDS, na qual ela se dava em direção aos estados.

Da promulgação da Constituição Federal de 1988, que legitimou os princípios do SUS, até a aprovação da Lei Orgânica de Saúde, LOS, em 1990, em que se definiram as regras para sua implementação, viveu-se um período marcado por conflitos de interesses quanto à definição das diretrizes da LOS. Segundo Levcovitz (1997), após inúmeras audiências no Congresso Nacional, produziu-se um acordo mínimo, "nos quais estavam traduzidas as aspirações dos múltiplos grupos de interesses que não afetavam o cerne dos princípios e diretrizes estabelecidos na Constituição Federal de 1988" (Levcovitz, 1997: 126). Desse acordo decorreu a votação da LOS - Lei 8.080/90, que sofreu vetos presidenciais, que "a desfiguraram completamente" (*Idem*: 126).

A Lei 8.080/90 definia o repasse automático dos recursos a partir de um teto mínimo para cada município e tomando em conta os critérios "população, perfil epidemiológico, gasto proporcional em serviços, desempenho técnico/financeiro e econômico do período anterior e plano quinquenal de investimento". O repasse de recursos através de convênios foi abolido. Definiram-se, também, exigências para o recebimento dos recursos por parte dos Governos dos Estados e Municípios como, por exemplo, a formação de Conselhos de Saúde, a composição de Fundos de Saúde e Planos de Saúde; e a realização de Conferências. Entretanto, a Lei 8.080/90 sofreu inúmeros vetos presidenciais. Isto obrigou que, após outra negociação, fosse aprovada uma nova Lei, a de número 8.142/90, que não definiu, porém, os montantes e fontes de receita tampouco os critérios e fluxos para o repasse aos Estados e Municípios (Levcovitz, 1997). Assim, o financiamento do SUS tornou-se o ponto frágil em sua implantação e um dos motivos principais de sua crise.

Para se ter uma idéia do impacto destas indefinições, basta observar o conflito criado entre as áreas da Saúde, Previdência e Assistência Social, que disputavam recursos, já que todos provinham do mesmo Orçamento da Seguridade Social. A Lei Orgânica definiu, apenas, que a divisão dos recursos entre as áreas seria definida pelas Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei do Orçamento, a cada ano. Em 1991, definiu-se um percentual de 30% dos recursos

do OSS para a saúde. Em 1992 e 1993, optou-se pela definição de fontes e não percentuais. Em 1992, foi estabelecido, através de acordo entre lideranças no Congresso, que os recursos da Contribuição sobre o Lucro Líquido seriam destinados para a área da Assistência Social, e os do Finsocial para a da saúde. Já em 1993, a Lei de Diretrizes Orçamentárias fixou que 15,5% dos recursos da Contribuição sobre a Folha de Salários seriam alocados na saúde. Em 1994, o financiamento foi vinculado ao COFINS e à CSLL (Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido de Pessoa Jurídica) e a empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador, FAT. Em 1995, o então Ministro da Saúde Adib Jatene conseguiu a aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira, CPMF, para reforçar o financiamento da saúde (Medici, 1996; Levcovitz, 1997).

Essa falta de critérios de partilha dos recursos entre as áreas da Seguridade Social, por si só bastaria para provocar problemas de financiamento. Não bastasse isso, houve por parte das empresas o questionamento judicial do FINSOCIAL e o depósito dos recursos em juízo. Para contornar a questão, criou-se, para substituí-lo, o COFINS, mais bem enquadrado nos preceitos constitucionais. A subida do montante dos benefícios previdenciários drenou recursos que eram antes destinados aos gastos com saúde. E tudo isto ainda coincidiu com uma profunda crise financeira do Setor Público. Resultado: uma descomunal crise financeira do setor saúde (Medici, 1996).

A necessidade de regulamentos quanto aos critérios de repasse das transferências de recursos federais para as esferas subnacionais foi concretizada na Norma Operacional Básica de 1991. Como tem sido sublinhado convenientemente, esta medida revela a tentativa do Governo Collor de promover uma significativa regressão no processo de descentralização da política de saúde (Levcovitz, 1997).

O sistema de pagamento e transferência de recursos para as esferas subnacionais de governo foi alterado. Dentre as mudanças, destacam-se:

a) a uniformização gradativa da tabela de pagamentos aos hospitais públicos e privados (incluindo filantrópicos e universitários), tendo em vista o

estabelecimento de uma base indiferenciada de remuneração dos atos médicos<sup>9</sup> para todos os estabelecimentos que integram a rede SUS. Essa tabela seria uniforme em todo o território nacional;

b) a criação de sistemas de informação centralizados que permitissem acompanhar a produtividade e o desempenho dos estabelecimentos públicos e privados no âmbito das esferas locais, bem como auxiliar na implantação de mecanismos de controle e avaliação das ações de saúde no nível local;

c) a definição de critérios para descentralizar os recursos para custeio e investimento e indicar o sentido a ser tomado pelo sistema de saúde nos estados e municípios (Medici, 1996).

Foram estabelecidos dois instrumentos, bem como alguns critérios, para a transferências de recursos:

a) a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) com ressarcimento feito *diretamente* à unidade de saúde pública ou privada, depois da prestação efetiva de serviços<sup>10</sup>. Cada estado ou município teria um teto estabelecido para AIH dado pela proporção de 0,1 internação por habitante/ano, independente do valor das mesmas; e

---

<sup>9</sup> Na saúde, um procedimento corresponde a cada ação de saúde, a cada ato médico. Por ex: vacina, atividade de enfermeiro, consulta, intervenção cirúrgica etc. O INAMPS criou uma tabela com procedimentos padrões e seus respectivos valores. Assim, por exemplo, para uma cesariana, existe na tabela um valor calculado de acordo com os instrumentos utilizados, horas de trabalho médico, horas de equipamentos, quantidade de material usado etc. Desse modo, um hospital privado conveniado ao INAMPS contabilizava, por exemplo, quantas cesarianas realizou por mês, e o INAMPS, baseado nos valores desta tabela, pagava ao hospital uma quantidade em dinheiro equivalente. Foi com as AIS que, pela primeira vez, este mecanismo de remuneração foi incorporado ao setor público (Piola e Vianna, 1995).

<sup>10</sup> Segundo Medici, "o sistema de AIH foi adotado como critério para pagamento de internações hospitalares do Inamps desde 1984, em substituição ao antigo critério de Guia de Internação Hospitalar (GIH), que estabelecia um pagamento por unidade de serviço (US). O sistema de AIH mantém um conjunto de componentes a serem remunerados em cada diagnóstico de internação hospitalar, com tetos fixos. Assim, enquanto o sistema de US estimulava o consumo exagerado de atos médicos, o sistema de AIH - assim como os *diagnosis related groups* (DGR) utilizados nos Estados Unidos - estimula a melhor adequação entre os gastos dos prestadores, a necessidade do paciente e o valor efetivamente pago. No entanto, o processo inflacionário foi deteriorando progressivamente os valores da AIH e seus relativos, fazendo com que esta passasse a ser cada vez mais um preço administrativo. Ao mesmo tempo, a inexistência de fiscalização adequada tem feito, nos últimos anos, com que a AIH seja um grande estímulo às fraudes na natureza e no valor dos serviços prestados" (Medici, 1996: 353).

b) a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), que representa um valor *per capita* anual, hierarquizado por grupos de estados, de acordo com a capacidade instalada e desembolso assistencial estimado para as atividades ambulatoriais, considerando-se a qualidade e o grau de resolutividade da rede implantada (Medici, 1996).

Vários problemas ocorreram devido a estas medidas. Como aponta Viana (1994), "o pagamento por produção na rede ambulatorial pública introduz uma série de inconvenientes, como a falta de recursos para os gastos com programas especiais (os de tuberculose, hanseníase, AIDS, hemoterapia) e outras ações, por exemplo, educação em saúde e ações coletivas. Acrescente-se ainda a falta de tradição do setor público em contabilizar as ações curativas e preventivas do modo como faz o setor privado, o que significa que as ações públicas em saúde fogem da regra oferta/cadastramento e produção/faturamento dos atos médicos. Além disso, o repasse direto para municípios e setor privado esvaziou os serviços de controle e avaliação das instâncias regionais do Estado. Houve também o privilegiamento dos serviços privados, pois os recursos repassados em duodécimo aos Estados e municípios são resultado da subtração dos gastos com os prestadores privados. Por fim, constatou-se que os municípios grandes recebem recursos que superam a antiga lógica de pagamento por custeio, enquanto os municípios pequenos são prejudicados" (Viana, 1994: 43).

Portanto, os mecanismos de pagamento associados à produção, como são os casos da UCA e AIH, "amarram" os recursos deixando pouco espaço para o gestor municipal operar uma política de saúde, além de incentivar as Secretarias de Saúde a produzirem mais consultas e internações em detrimento das ações preventivas, com o objetivo de receberem mais recursos.

Já o Governo Itamar Franco tratou de voltar à trilha da descentralização, aprovando, em 1993, a Norma Operacional Básica, NOB/93. Através da NOB/93, como disse Sônia Draibe (1997), "o governo busca retomar o processo de descentralização, definindo novas regras e criando outro tipo de órgão colegiado,

as Comissões Intergestores - responsáveis nos planos federal<sup>11</sup> e estadual<sup>12</sup> pela gestão do sistema e, mais particularmente, pela política de descentralização, já que desde então constituíram-se no espaço privilegiado da negociação e deliberação sobre a definição dos graus de autonomia com que cada município deve enquadrar-se. O passo decisivo para a municipalização deu-se com a definição e formalização das *modalidades de descentralização*, mais precisamente, de uma tipologia dos graus de descentralização que podem ser pleiteados pelos municípios e estados junto à Comissão de Intergestores Bipartite” (Draibe, 1997: 53).

O grau de descentralização corresponde, nesta tipologia, ao potencial do Estado ou do Município para assumir a gestão do sistema de saúde local. Havia duas modalidades de gestão para os Estados, a parcial e a semiplena. Para os Municípios, contudo, eram três essas modalidades: "incipiente", "parcial" e "semiplena". Vejamos.

Na *gestão incipiente*, os Municípios deveriam "assumir, progressivamente, as seguintes prerrogativas e responsabilidades: contratar e autorizar o cadastramento de prestadores; programar e autorizar a utilização de AIH (Autorizações de Internação Hospitalar) e dos procedimentos a serem prestados por unidade; controlar e avaliar os serviços ambulatoriais hospitalares públicos e privados, com ou sem fins lucrativos; demonstrar disposição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas e/ou federais; incorporar à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária, controle de vetores e zoonoses; e desenvolver ações de vigilância de ambiente e processos de trabalhos e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e portador de doenças ocasionadas pelo trabalho. Nesta modalidade, os estados, através dos Conselhos Estaduais de Saúde,

---

<sup>11</sup> Comissão de Intergestores Tripartite, envolvendo o Ministério da Saúde, o conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

<sup>12</sup> Comissão de Intergestores Bipartite, envolvendo a Secretaria Estadual de Saúde e representantes dos Secretários Municipais de Saúde.

credenciam e avaliam a atuação dos municípios e partilham com cada município a gestão das cotas de AIH" (Draibe, 1997: 53).

Na *gestão parcial*, os Municípios deveriam assumir imediatamente todas as atribuições da gestão incipiente e, em contrapartida, receberiam mensalmente "recursos correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no município" (Draibe, 1997: 53/54).

Na *gestão semiplena*, a Secretaria Municipal deveria assumir "a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares públicos e privados, o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, bem como a execução e o controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, controle de vetores e zoonoses e de saúde do trabalhador em seu território. Assim, nessa modalidade o município é totalmente responsável pela gestão e prestação de serviços em seu território. Seu credenciamento é de responsabilidade do Ministério da Saúde e o total das transferências de recursos financeiros para custeio corresponde aos tetos ambulatorial e hospitalar previamente acordados" (*idem*: 54).

Assim, a NOB/93 possibilitou, especialmente às Secretarias de Saúde dos Municípios enquadrados em gestão semiplena, uma grande autonomia, já que poderiam praticar uma política de saúde com decisão sobre a escolha e reserva de leitos do setor privado e filantrópico de acordo com suas necessidades específicas. Propiciou, também, um aumento considerável dos recursos federais transferidos para o Município, já que eles administrariam os recursos destinados aos hospitais. Entretanto, o mecanismo de pagamento dos serviços de saúde não foi modificado, prevalecendo, ainda, o pagamento por produção (UCA e AIH).

A descentralização, no que diz respeito ao enquadramento dos Municípios em modalidades mais autônomas de gestão, foi lenta, tanto que "ao final de 1997, dos aproximadamente 5.100 municípios brasileiros, 57% estavam enquadrados

em gestão incipiente ou parcial (2.941 municípios) e apenas 2% em gestão semiplena (137 municípios, cobrindo cerca de 16% da população e 20% dos recursos totais repassados para a área da saúde" (Draibe, 1998).

Em 1996, é aprovada outra Norma Operacional Básica - a última até o presente momento -, que estabeleceu novos conceitos e parâmetros na sistemática de transferências intergovernamentais e redefiniu as modalidades de descentralização e enquadramento dos Estados e Municípios estabelecidas na NOB/93.

A nova sistemática de transferências intergovernamentais está retratada no Quadro I abaixo:

Quadro 1

SUS - Conceitos e parâmetros da sistemática de transferências intergovernamentais da NOB/96

**Custeio da Esfera Federal - Teto Financeiro Global (TFG) - recursos federais destinados às ações e serviços de saúde**

- **Custeio da Assistência Hospitalar e Ambulatorial:**
  - **Teto Financeiro Global do Estado (TFGE)**
    - Teto Financeiro da Assistência (TFA)
    - Teto Financeiro da Vigilância Sanitária (TFVS)
    - Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD)
  - **Teto Financeiro Global do Município (TFGM) - por programação integrada**

**Mecanismos de repasse**

- **Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo)**
  - **Fração Assistencial Especializada**  
Procedimentos ambulatoriais de média complexidade; medicamentos e insumos Excepcionais; órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio;
  - **Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM)**  
Financiamento das ações da Secretaria Municipal de Saúde; recursos transferidos automaticamente do Fundo Nacional de Saúde p/ Fundo Municipal de Saúde.
  - **Teto Financeiro da Assistência do Estado (TFAE)**  
Financiamento das ações da Secretaria Estadual de Saúde. Fundo a Fundo.
  - **Índice de Valorização dos Resultados**  
Até 3% da TFAE, como incentivo, segundo melhora das condições de saúde da população.
  - **Piso da Assistência Básica (PAB)**  
Valor per capita de no mínimo R\$10,00 hab/ano, destinado à assistência básica.
- **Remuneração por Serviços Produzidos**
  - **Remuneração de Internações Hospitalares**  
Em base à Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
  - **Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/Complexidade**
  - **Remuneração Transitória por Serviços Produzidos**
  - **Fatores de Incentivo e Índice de Valorização**

Na sistemática atual de transferências foram estabelecidos novos critérios de custeio. A grande inovação, entretanto, refere-se aos mecanismos de repasse dos recursos, que, além de serem transferidos de maneira automática, fundo a fundo, incorporaram procedimentos da assistência básica, incluindo os preventivos, com critério baseado num *per capita*. O Piso de Assistência Básica, PAB, destina um valor de, no mínimo, R\$10,00 por habitante/ano para custear ações fundamentais de saúde<sup>13</sup>.

A NOB/96 também redefiniu e simplificou as modalidades de gestão descentralizadas do SUS e o enquadramento dos Estados e Municípios. São duas as modalidades: a Plena de Atenção Básica - com menor grau de autonomia - e a Plena do Sistema Municipal (ou Estadual) - com responsabilidade total da gestão da saúde por parte do Município (ou Estado). Vejamos com detalhes as responsabilidades, requisitos e prerrogativas das modalidades de gestão referentes aos municípios.

A modalidade *Plena da Atenção Básica* tem como responsabilidades "a elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus munícipes, com incorporação negociada à programação estadual; a gerência de unidades ambulatoriais próprias; a gerência das unidades sob gestão pública, introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços; a prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo Piso Assistencial Básico (PAB) e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes; e a

---

<sup>13</sup> "São as seguintes ações que podem ser custeadas com os recursos do PAB: consultas médicas em especialidades básicas; atendimento odontológico básico; visita/atendimento ambulatorial e domiciliar pela equipe de saúde da família; vacinação; atividades educativas a grupos da comunidade; assistência ao pré-natal; atividades de planejamento familiar; pequenas cirurgias; atendimentos básicos por profissionais de nível médio; atividades dos Agentes Comunitários de Saúde; assistência a parto domiciliar por médico do PSF; primeiro atendimento de urgência (pronto atendimento). Além desses, estão contemplados também os seguintes componentes: saúde bucal; combate às carências nutricionais; Vigilância Ambiental; Vigilância Sanitária; Vigilância Epidemiológica e Farmácia Básica" (Draibe, 1998).

contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB" (Norma Operacional Básica do SUS, 1996).

Os requisitos necessários ao enquadramento dos municípios nessa modalidade de gestão são: "comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e a operação do Fundo Municipal de Saúde; apresentar o Plano Municipal de Saúde; comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão; comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal; dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados; e comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica e a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados" (Norma Operacional Básica do SUS, 1996).

A contrapartida da assunção das responsabilidades relativas à modalidade *Plena da Assistência Básica* é a "transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica (PAB), ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) e às ações de epidemiologia e de controle de doenças" (Norma Operacional Básica do SUS, 1996).

A outra modalidade de gestão é a *Plena do Sistema Municipal*. As responsabilidades dos municípios enquadrados nesta modalidade são: "elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive a referência ambulatorial especializada e hospitalar; gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares; reorganização das unidades sob gestão pública, introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços; garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais

serviços prestados aos seus municípios; normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus municípios e à referência intermunicipal; contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares cobertos pelo Teto Financeiro Global do Município (TFGM); administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade; avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente; execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária; e execuções de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras" (Norma Operacional Básica do SUS, 1996).

Os requisitos necessários ao enquadramento dos municípios nessa modalidade de gestão podem ser resumidos em: "comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e a operação do Fundo Municipal de Saúde; apresentar o Plano Municipal de Saúde; comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus municípios; comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal; formalizar, junto ao gestor estadual com vistas à Comissão Intergestores Bipartite, CIB, após aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada; dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados; apresentar o Plano Municipal de Saúde, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e as respectivas responsabilidades na programação integrada do estado; e comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações

de vigilância sanitária; a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses" (Norma Operacional Básica do SUS, 1996).

A contrapartida da assunção das responsabilidades relativas à modalidade *Plena do Sistema Municipal* são: "a transferência regular e automática dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA); a normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território; a transferência regular e automática fundo a fundo dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS); a remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e remuneração pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária, quando assumido pelo município; a transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças; e a subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas, estabelecidas no território municipal" (Norma Operacional Básica do SUS, 1996).

Segundo Sônia Draibe (1998), em junho de 1998, 4.117 municípios estavam já descentralizados, sendo 3.706 na modalidade Plena de Atenção Básica e 411 na Plena do Sistema Municipal.

Essas considerações que vimos fazendo compõem o desenho institucional global da política de descentralização de saúde, em que se moveu a administração municipal de Santos. No entanto, é necessário agora examinar o andamento dos gastos federais com saúde.

Já sublinhamos, a seu tempo, que a partir de 1990, há uma profunda crise financeira do SUS relacionada quer à indefinição das fontes de financiamento de seus vários encargos, quer ao colapso financeiro da União. O resultado é que, como se pode ver nas Tabelas 1 e 2, os gastos de saúde do governo federal, após atingir seu pico em 1989, caem, em 1990, 1991 e 1992. Começam uma tímida

recuperação em 1993, sobem em 1994 e 1995 e se retraem em 1996 (Tabela 1 e 2).<sup>14</sup>

**Tabela 1**

Brasil – Evolução dos gastos federais com saúde<sup>15</sup> – 1980-1990  
Em US\$ milhões de dezembro de 1993

Anos	Gasto Federal com Saúde
1980	8.221
1981	7.650
1982	7.985
1983	6.384
1984	6.654
1985	7.661
1986	8.201
1987	11.867
1988	11.182
1989	12.623
1990	10.539
1991	8.750
1992	7.327

Fonte: IPEA (1992); Medici (1993). Extraído de IPEA, Texto para Discussão n. 401: Política de Saúde no Brasil: Diagnósticos e perspectivas. 1996.

**Tabela 2**

Brasil - Evolução do Gasto com saúde - 1994-1996  
Em R\$ de dezembro de 1994

Ano	Números Absolutos			Número Índice		
	1994	1995	1996	1994	1995	1996
Gasto com Saúde	12.729.657	15.409.054	13.580.396	100	121,0	106,6

Fonte: IPEA/DIPOS, 1998

No entanto, como é sabido, a retração dos gastos federais com saúde correspondeu ao incremento dos gastos estaduais e especialmente municipais, impulsionado pelos novos recursos financeiros advindos da Reforma Tributária da

<sup>14</sup> Como é sabido os dados referentes ao gasto com saúde são problemáticos. Não há, com uma mesma metodologia, uma série contínua de dados. Assim, optou-se por trabalhar com os dados do IPEA e Medici, mas deve-se registrar, contudo, esse problema metodológico. Entretanto, interessa-nos apenas afirmar as tendências do gasto federal e isto é conseguido através de todas as metodologias.

<sup>15</sup> O dimensionamento da despesa federal foi feito de acordo com os critérios da Conta Consolidada – CSC, elaborada pelo IPEA. Segundo esta metodologia, a despesa da União com saúde corresponde ao somatório dos dispêndios de todos os órgãos federais com subprogramas típicos do programa de saúde, menos o subprograma Alimentação e Nutrição. Ao valor encontrado, são acrescentadas as demais despesas do Ministério da Saúde, executadas as referentes a subprogramas típicos de outras funções sociais, realizadas naquele ministério.

Constituição de 1988, num ambiente de pressão popular multiplicada pela abertura democrática.

A Tabela 3 sintetiza, para 1995, a participação dos entes federativos no gasto público total com saúde, através das duas óticas, a da origem dos recursos e a da responsabilidade pela execução, demonstrando a expressiva participação alcançada pelos Estados e Municípios.

**Tabela 3**

Brasil, 1995: Participação dos entes federados no gasto público consolidado com saúde

BASE DA PARTICIPAÇÃO	GOV. FEDERAL	ESTADOS	MUNICÍPIOS
Participação pela origem dos recursos	63,0%	19,7%	16,4%
Participação na execução do gasto	58,0%	21,5%	20,55

Fonte: IPEA/DIPOS, 1998. Extraído de Draibe, 1998.

É interessante apontar que o governo federal, em 1995, participa com 63% do gasto com saúde pela ótica da origem dos recursos, mas sua participação na execução é de 58%. Entretanto, o contrário ocorre com os Estados e Municípios. Enquanto os Estados participam com 19,7% do gasto com saúde pela origem dos recursos, a sua participação na execução é maior, 21,5%. Nos Municípios, por sua vez, esta diferença é mais acentuada: participam com 16,4% do gasto com saúde pela origem dos recursos, mas na sua execução participam com 20,5%. Assim, podemos observar claramente a descentralização do gasto com saúde, principalmente em direção aos municípios.

Existem outros indicadores da descentralização, entretanto, referentes à produção dos serviços de saúde no Brasil. Em estudo recente, Sônia Draibe (1998) aponta algumas conclusões:

a) "desde o início da implantação do SUS, a mais significativa mudança do sistema de saúde foi a descentralização da participação pública, sob a forma da municipalização, isto é, do aumento da participação dos municípios na oferta global dos serviços. (...) De fato, entre 1980 e 1992, aumentou de 14,6 a 37,6% a participação das redes municipais no total de estabelecimentos. Entre os

estabelecimentos públicos, os municipais passaram de 26,6 a 69% naquele mesmo período." (Draibe, 1998)

b) "A tendência à municipalização mostrou-se acentuada também no período posterior. De fato, entre 1991 e 1994, a rede hospitalar municipal passou de 4,4% a 8,1% do total de internações do SUS, do mesmo modo que aumentou de 3,9 a 7% a sua participação na oferta total de leitos. No mesmo sentido, sua participação nas despesas com internações do SUS passa, no mesmo período, de 2,9 para 5,4%. Decrescem dois indicadores, as participações da rede hospitalar federal (a 1% ou menos) e da rede contratada/filantrópica (de 80,6% a 72,2% nas internações e de 78% a 65% nas despesas com internações)." (Draibe, 1998)

A resposta municipal à descentralização foi muito diversificada no conjunto do País, e o êxito da municipalização dependeu da disposição e, especialmente, da capacidade dos municípios de assumir a plenitude das funções que lhes cabem no sistema. Nas localidades onde a municipalização avançou, os governos enfrentaram demanda em expansão e tiveram que empreender grande esforço com largas mudanças de escala dos serviços de saúde. Essas mudanças não significam apenas pressão sobre os gastos municipais, mas também supõem a existência de capacidade gerencial para operar um sistema complexo, além de recursos humanos qualificados, nem sempre ao alcance dos municípios (Draibe, 1997).

Estes desafios foram enfrentados pelas administrações Telma de Souza (1989-1992) e David Capistrano Filho (1993-1996). As administrações petistas, como veremos detalhadamente a seguir, encontraram um sistema obsoleto de saúde: "os serviços de saúde tinham quase a mesma abrangência que a dos anos 40. A reforma sanitária não passara por lá. A insensibilidade da elite local, apoiada no autoritarismo político - a cidade foi governada durante décadas por interventores -, estava destruindo o município. Projetos democráticos eram todos desviados da Baixada" (Campos, 1997: 11). E, como trataremos de demonstrar, estas duas administrações deram prioridade aos gastos sociais. E, mais que isso,

procederam um formidável esforço de modernização na estrutura municipal voltada para a área social.

David Capistrano Filho sintetiza bem qual a orientação que aquelas administrações procuraram imprimir, distinguindo três paradigmas de diferentes posturas político-ideológicas de administração:

"1 - Prefeituras que se restringiam a seu papel tradicional, dedicadas à conservação, limpeza e pequenas intervenções no espaço urbano. Este papel nunca excluiu, contudo, o favorecimento da especulação imobiliária.

2 - Administrações que dirigiram suas atenções para grandes obras de engenharia, em especial as intervenções no sistema viário. Trata-se, em geral, de realizações nas áreas mais "nobres" e mais visíveis das cidades. Diferenciam-se das primeiras sobretudo pela quantidade de cimento gasto.

3 - Aquelas dedicadas à políticas sociais, com prioridade para as regiões e camadas sociais mais pobres das cidades, saúde, educação e assistência social. Este modelo exige, para assegurar o financiamento das políticas sociais, uma grande atenção ao desenvolvimento econômico do município, que não pode ser delegado aos governos estadual e federal.

Os modelos citados não são excludentes e podem ser concebidos como dimensões de uma política urbana integrada, harmoniosa, capaz de melhorar a qualidade de vida da população e reduzir as desigualdades na apropriação do espaço e das vantagens da vida urbana. " (Filho, 1997: 18)

Até que ponto, favorecidas pela subida da receita municipal trazida pela Constituição de 1988, as administrações petistas tiveram êxito no seu propósito de dar prioridade aos gastos sociais, com saúde e às reformas organizacionais no setor, é o que veremos no próximo capítulo.

## CAPÍTULO II

### ASPECTOS FISCAIS DA DESCENTRALIZAÇÃO

Em Santos, como por todo o país, o processo de descentralização do gasto social e com saúde se apoiou nos ganhos tributários advindos da Constituição de 1988. Criaram-se dois novos impostos municipais, o Imposto sobre a Transmissão Intervivos de Bens Imóveis, ITBI, e o Imposto de Vendas a Varejo de Combustíveis, IVVC. Cresceu a cota parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços, ICMS, uma transferência estadual. E aumentaram, também, as transferências constitucionais da União (Afonso, 1994). Por outro lado, as Administrações Telma de Souza e David Capistrano Filho realizaram um grande esforço fiscal, quer ao subir a carga efetiva do IPTU e de outros impostos e taxas, quer ao combater a sonegação<sup>16</sup>.

É inquestionável, também, que no período 1989-1996 a Prefeitura de Santos conferiu grande prioridade aos gastos sociais e com saúde, em detrimento do dispêndio com outras obras públicas.

O efeito conjunto dos ganhos com a Constituição de 1988 e do esforço fiscal do município elevou a receita corrente de US\$ 117 milhões, em 1988, para uma média de US\$ 199 milhões, no período 1991-1992, registrando-se, portanto, um aumento de 70%. Esse acréscimo de receita é tão mais significativo quanto nos lembramos que houve no período 1989-1992 um crescimento econômico medíocre, que não passou, para o Brasil, de cerca de 2% ao ano.

---

<sup>16</sup> Informações das entrevistas realizadas na pesquisa de campo.

Foi este aumento de receita que permitiu a subida acentuada dos gastos sociais e com saúde na administração Telma de Souza. Exatamente, é importante frisar, num momento de forte contração dos dispêndios federais com saúde.

Já no período seguinte, o da gestão do Prefeito David Capistrano Filho, depois da queda de arrecadação de 1993 – ocasionada, sem dúvida, pela brutal aceleração da inflação que chegou aos espantosos 2.500% -, a receita começa a se recuperar em 1994 e sobe fortemente em 1995 e 1996, na esteira dos efeitos expansivos do Plano Real (a taxa média de crescimento econômico para o Brasil de 1994 a 1996 foi cerca de 4,5% ao ano). As receitas correntes (descontados os efeitos da gestão semiplena) atingem em 1995 e 1996 um novo patamar de US\$ 260 milhões contra os quase US\$ 200 milhões de 1991-1992.

Isto permitiu elevar as despesas sociais e as de saúde com recursos próprios (incluindo, é claro, as transferências constitucionais). Por outro lado, o enquadramento de Santos na modalidade de gestão semiplena no final de 1994 possibilitou ao município o comando sobre novos recursos transferidos voluntariamente pela União, destinados à assistência hospitalar, agora sob a supervisão administrativa da Prefeitura.

A subida do gasto global superou o crescimento da receita total. Acumularam-se, portanto, durante todo o período, à exceção de 1995, déficits primários. Mas a Administração Municipal pôde financiá-los principalmente postergando o pagamento das despesas numa situação de alta inflação. O recurso ao endividamento público foi evitado e a carga de juros manteve-se num nível relativamente baixo até o fim do período, quando deu mostras de um preocupante crescimento, determinado pelas altas taxas de juros praticadas durante o Plano Real .

Vejamos agora tudo isto com mais detalhes.

## 1 – A situação fiscal

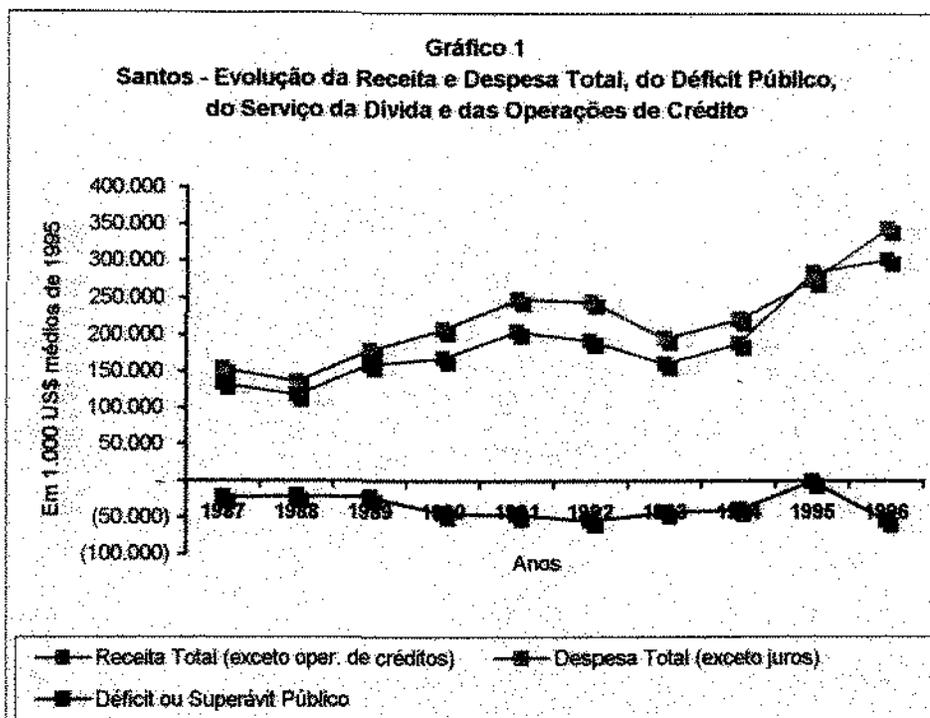
Já em 1989, primeiro ano do mandato da Prefeita Telma de Souza, o município registrou um crescimento de 26,5% da receita total (exceto operações de crédito), em relação a 1988, como pode-se observar nas Tabelas 1A e 1B, em anexo<sup>17</sup>. Este crescimento deveu-se ao aumento das transferências intergovernamentais, de 79% em relação a 1988; à criação dos dois novos impostos municipais autorizadas pela Constituição de 1988, o ITBI e o IVVC; e à subida de 47% da cota-parte municipal do ICMS. Assim, a receita total (exceto operações de crédito) subiu de US\$ 117,6 milhões, em 1988, para US\$ 160,1 milhões, em 1989 (ver Gráfico 1).

Por outro lado, a despesa total (exceto juros) apresentou um crescimento de 24% de 1988 para 1989, passando de US\$ 136,5 milhões para US\$ 179,3 milhões. A despesa com pessoal subiu cerca de 48% de um ano para o outro, enquanto os investimentos sofreram uma queda acentuada de 117%, *o que reflete uma mudança na estrutura do gasto*. O gasto social<sup>18</sup> teve um crescimento de 43,2%, indo de US\$ 53,3 milhões, em 1988, para US\$ 94 milhões, em 1989. O déficit público cresce 10%, representando 14% da receita total (exceto operações de crédito) (ver Gráfico 2).

---

<sup>17</sup> As Tabelas 1A e 1B encontram-se no Anexo 1 e servirão de base para toda a análise deste item.

<sup>18</sup> Estamos chamando de gastos sociais as seguintes funções: educação e cultura; habitação e urbanismo; saúde e saneamento; trabalho; assistência e previdência; e transportes. As outras despesas são: administração e planejamento; defesa nacional e segurança pública; desenvolvimento regional; energia e recursos minerais; agricultura; comunicações; indústria, comércio e serviços; judiciário; e legislativo.



Nos anos de 1990 e 1991, a receita municipal continuou aumentando, graças:

- a) ao incremento das receitas do IPTU, que cresceram cerca de 506% em 1991 em relação a 1989, passando de US\$ 4,7 para 28,8 milhões;
- b) ao crescimento das taxas, que passaram de US\$ 6,3 para US\$ 20,8 milhões, um aumento de 227%;
- c) à elevação de 507% da cota-parte do IPVA, de 1989 para 1991.

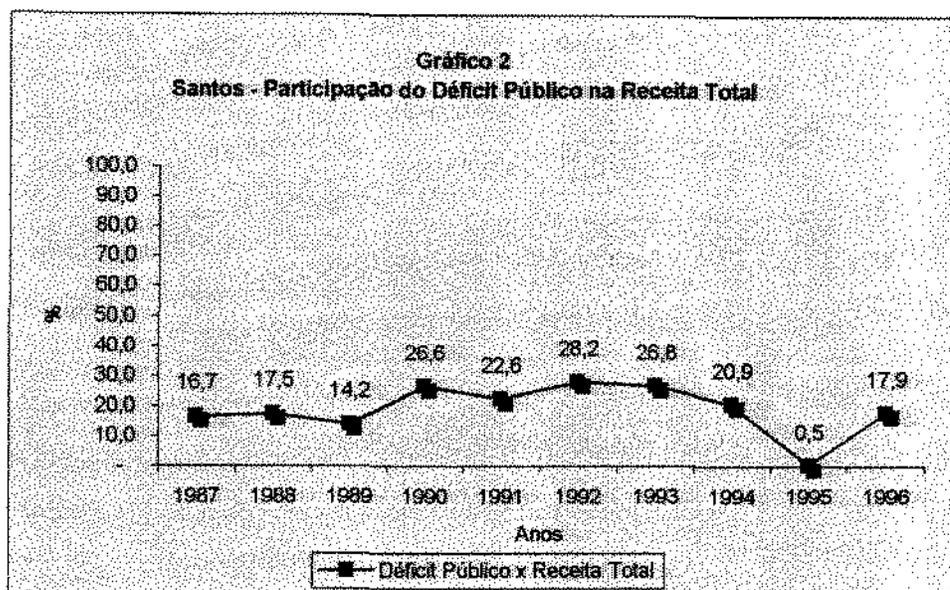
Sem dúvida, tudo isso deveu-se sobretudo ao empenho da gestão municipal em aumentar suas receitas tributárias, o que, como foi dito, deu corpo ao esforço fiscal realizado em Santos.

A receita total, exceto operações de crédito em 1990 e 1991, atingiu, respectivamente, US\$ 168,4 e US\$ 205,2 milhões, um crescimento de 28% em 1991 em relação a 1989.

A despesa total, exceto juros, por sua vez, cresceu 16% de 1989 para 1990 e 38,8% de 1989 para 1991, atingindo, respectivamente US\$ 207,9 e US\$ 248,8 milhões. As despesas sociais continuaram crescendo: de 1989 para 1990 a subida foi de 15%, e de 1989 para 1991, de 25,3%. O Gráfico 2 mostra também que o déficit público representou, em 1990, 26% e, em 1991, 22% da receita total, exceto operações de crédito.

O último ano do mandato da prefeita Telma de Souza (1992) experimentou uma contração nas receitas em relação a 1991, por força da recessão que se instalou no país. A cota-parte do IPVA, por exemplo, caiu 95% em relação a 1991 e a cota-parte do ICMS, que já vinha em decréscimo desde 1990, diminuiu 13% de 1991 para 1992. Como resultado, a receita total, exceto operações de créditos, teve uma queda de 6% em relação a 1991, com um volume de US\$ 192,6 milhões. Convém ressaltar, porém, o brutal esforço fiscal realizado pelo município, que pôde evitar uma queda ainda maior na receita. Em relação a 1991, o IPTU cresceu 5% e os novos impostos, ITBI e IVVC, somados, subiram 8%; as taxas aumentaram 5%.

As despesas totais, exceto juros, sofreram retração de 1,5% em relação a 1991, com destaque para a queda de 25% no gasto com investimentos. Por outro lado, o serviço da dívida caiu 51%, mas, a despeito disso, o déficit público aumentou 3% em relação a 1991.



Tendo sido eleito prefeito do município em 1992, o ex-Secretário da Saúde de Santos, David Capistrano Filho iniciou seu mandato em 1993. Este foi um ano no qual a disparada da inflação (2.500%) corroe a receita do município, que sofreu uma queda de 16% em relação a 1992, sendo de US\$ 161,1 milhões, apenas 1% maior do que a de 1989. Praticamente todos os itens de receita caíram, em relação aos valores de 1992. O IPTU reduziu-se 94%, o ISS caiu 35% e o ITBI e IVVC, somados, diminuíram 70%. A cota-parte do IPVA sofreu uma queda de 41%, e a do ICMS, cuja arrecadação declinava desde 1990, diminuiu 2%.

Pelo lado da despesa, a retração também é evidente. A despesa total, exceto juros, caiu 25% de 1992 para 1993, atingindo o volume de US\$ 195,9 milhões, embora ainda 9% maior do que em 1989. A despesa com pessoal decresceu 40% de um ano para outro, representando 52% das despesas totais, exceto juros; o investimento diminuiu 68%; as despesas sociais sofreram uma queda de 23%. O serviço da dívida santista sofreu um brutal aumento, enquanto o déficit público diminuiu 25%, passando de 28,2% para 26% da receita total entre 1992 e 1993 (ver Gráfico 2).

A partir de 1994, entretanto, o município iniciou uma trajetória de crescimento da receita. Já em 1994, há recuperação da economia e depois vem a nova conjuntura econômica de estabilidade e expansão econômica trazida pelo Plano Real. Naquele ano, a receita total registrou um aumento de 16% em relação a 1993, mas, mesmo assim, manteve-se num patamar inferior à de 1992. A arrecadação do IPTU recuperou-se, teve um crescimento de 91%; a cota-parte do IPVA também; contudo, o ICMS continuou em curva descendente (-3%).

Ainda que a uma taxa menor relativamente à receita, a despesa total do município também aumentou: 13%. Esse resultado explica-se principalmente pela expansão dos gastos com investimentos, de 45% em relação a 1993, uma vez que tanto as despesas com pessoal quanto o serviço da dívida de 44% permaneceram dentro de uma trajetória declinante. O déficit, por sua vez, diminuiu 11% em relação ao de 1993. Contudo, desde 1993, o município não dispôs mais de capacidade de financiamento, via operações de crédito.

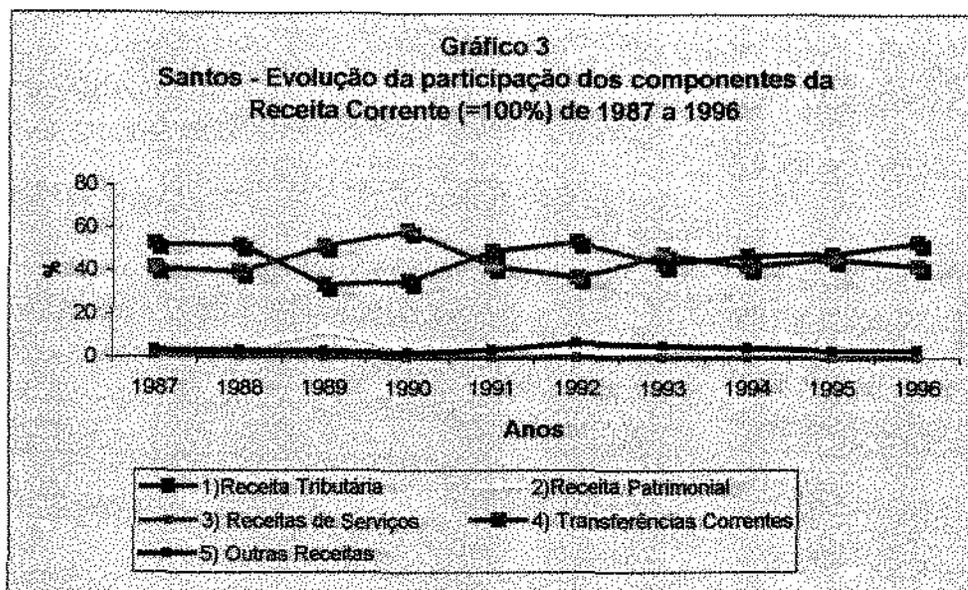
O aumento da receita foi mais acentuado ainda em 1995, chegando aos fantásticos 50%, e atingindo um volume de 285,2 milhões. Tal crescimento refletiu tanto o aumento de 52% da receita tributária, quanto o crescimento de 62% das receitas de transferências intergovernamentais. Mas, advirta-se, que o resultado no último caso foi muito influenciado pelo aumento considerável das receitas do Convênio SUS, que cresceu 382% em relação a 1994 e 716% em relação a 1993. Isto resultou da descentralização dos recursos, ocorrida com a gestão semiplena, a partir do último trimestre de 1994.

Do mesmo modo que a receita, a despesa total, exceto juros, sofreu elevação significativa, atingindo um volume de US\$ 221,9 milhões. O gasto com pessoal cresceu 95% de 1994 para 1995; os investimentos, por sua vez, cresceram 88%. A despesa social teve uma elevação significativa: 66% em relação a 1994, e 100% em relação a 1989, refletindo, inclusive, o aumento das transferências do Convênio SUS. Vale dizer, também, que o déficit teve uma substancial queda, atingindo, em 1995, US\$ 1,4 milhão, 0,5% da receita total.

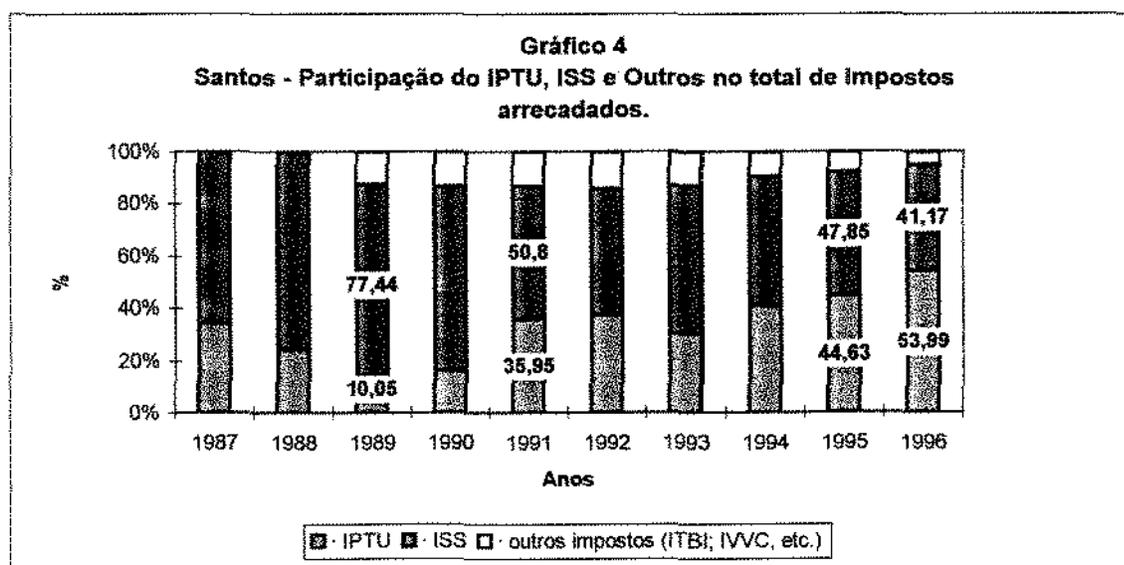
Em 1996, último ano da gestão do prefeito David Capistrano, a receita total continuou ascendente. Atingiu um volume de US\$ 303,3 milhões, com um crescimento de 6% em relação a 1995 e de 89,4% em relação a 1989. A receita tributária aumentou 17% em relação ao ano anterior, com destaque para o aumento de 53% do IPTU. A receita de transferências intergovernamentais caiu 3% devido à retração daquelas de responsabilidade do Estado de São Paulo. As transferências da União, por outro lado, cresceram 7%.

A despesa, exceto juros, também continuou a crescer em 1996: 26%, em relação a 1995, e 93%, em relação a 1989, chegando aos US\$ 357,7 milhões. O gasto tanto com pessoal quanto com investimentos aumentou. As despesas sociais cresceram 19%, de 1996 para 1995, e 141%, em relação a 1989. Em 1996, entretanto, Santos começou a sentir mais intensamente os efeitos malignos das altas taxas de juros, que acompanharam o Plano Real. A expansão do componente financeiro das despesas, em 1996, elevou o serviço da dívida em 37% em relação a 1994, alcançando 17% da receita (US\$ 54,4 milhões).

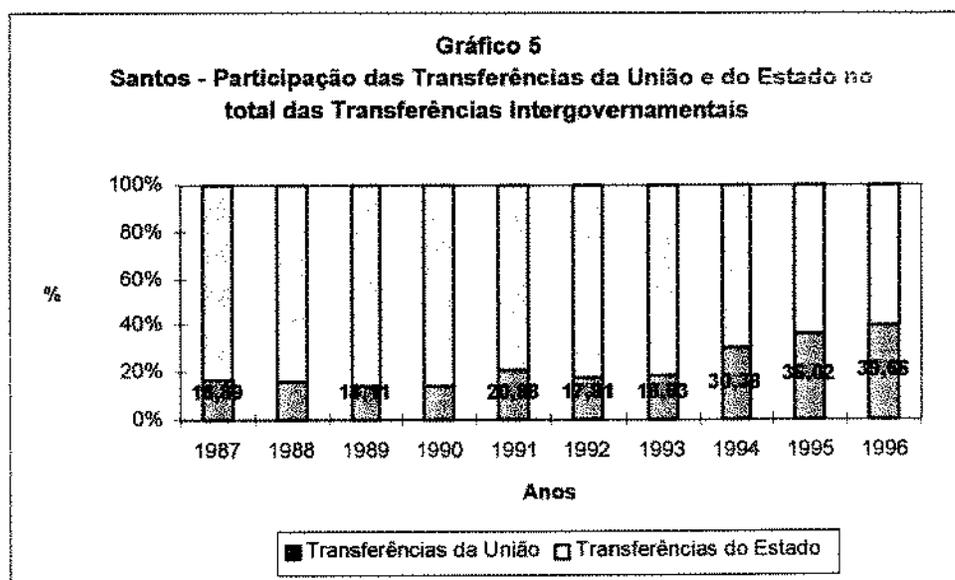
Para ilustrar o comportamento dos principais itens da receita e da despesa do município, ano a ano, vejamos os cinco gráficos que se seguem. Percebemos, por meio do Gráfico 3, que a receita tributária e as transferências correntes - nas quais as transferências intergovernamentais representam mais de 90% - são os principais componentes da receita do município. Observamos, pelo Gráfico 3, que, em 1989, 1990 e 1993, a receita das transferências correntes supera a das tributárias.

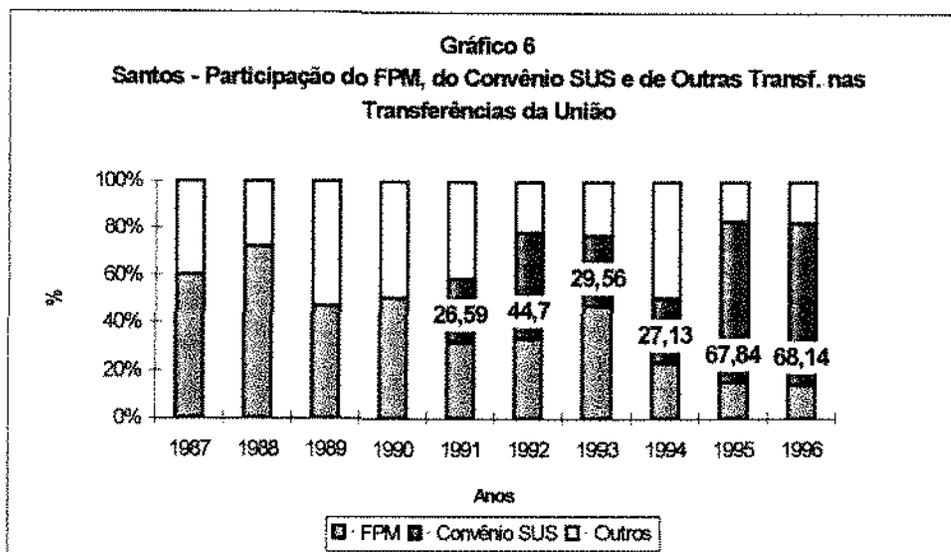


O Gráfico 4 ilustra muito bem o crescimento do IPTU, que, a partir de 1989, começa a aumentar sua importância no total de impostos arrecadados pelo município. Destaque-se que, em 1989, essa participação era apenas de 19% e, em 1996, chegou aos 41%.



O Gráfico 5 demonstra com clareza o quanto as transferências da União vão ganhando importância no conjunto das transferências intergovernamentais: entre 1989 e 1996, os recursos federais transferidos passam de 14% para 40% do total. E pode-se afirmar que o acentuado crescimento das transferências da União deveu-se, em sua medida, às transferências do SUS, principalmente após 1994, quando o município de Santos enquadra-se na modalidade mais autônoma de gestão, a semiplena. De fato, se, em 1991, as transferências do convênio SUS representaram 26% das transferências da União, em 1996, chegaram a 68% do total. É o que mostra o Gráfico 6, em seguida.





Em conclusão: Santos colheu, como todos os municípios, os efeitos benéficos da descentralização fiscal estabelecida pela Constituição de 1988. Houve um aumento da receita total, que se deveu à subida tanto das receitas tributárias, quanto das transferências constitucionais e voluntárias. O aumento da receita tributária por sua vez, resultou de um significativo esforço fiscal realizado pela Administração Municipal. Já quanto ao aumento das receitas de transferências voluntárias, o principal fator foi a subida dos recursos do Convênio SUS, em 1995 e 1996, indicando uma forte descentralização obtida pelo enquadramento do município na gestão semiplena.

## 2 – Gasto social e com saúde

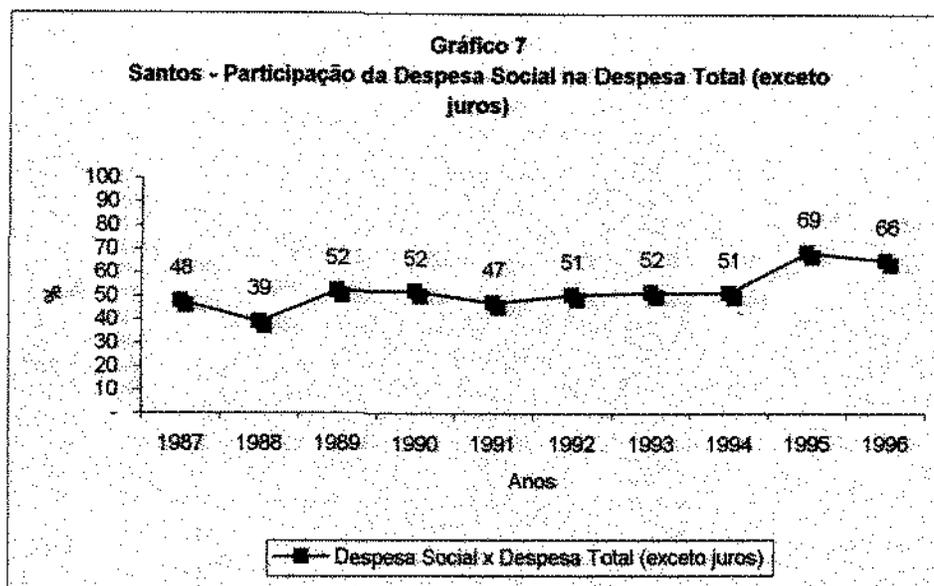
Observemos agora o comportamento do gasto social e do gasto com saúde ao longo do período analisado (1989-1996), com a finalidade de verificar se aumentaram sua participação na despesa total da administração municipal, o que demonstraria a prioridade concedida a eles por parte do poder público local. Em seguida, em relação ao gasto com saúde – não perdendo de vista a má qualidade dos dados obtidos na pesquisa de campo e as restritas possibilidades de conclusão que eles permitem –, tentaremos observar se houve crescimento do gasto com saúde e saneamento *do*<sup>19</sup> município e *no*<sup>20</sup> município, quais foram as participações das três esferas de governo no financiamento desse gasto, bem como qual o alcance da descentralização de recursos advinda do enquadramento de Santos na gestão semiplena do SUS.

O Gráfico 7, abaixo, mostra o comportamento do gasto social como porcentagem da despesa total, exceto juros, em Santos, de 1987 até 1996. Fica claro que de 1988 para 1989 o peso relativo desse tipo de gasto cresceu de 39% para 52% da despesa total. A partir de 1989, a participação do gasto social oscilou entre 47% e 52%. A partir de 1995, já na gestão do prefeito David Capistrano Filho, observamos um salto na participação do gasto social sobre a despesa total, saindo de 51%, em 1994, para atingir 69%, em 1995. Em grande medida, este aumento refletiu o crescimento das transferências do SUS para Santos, com a entrada do município na gestão semiplena (ver os Gráficos 5 e 6).

---

<sup>19</sup> Estamos entendendo por gasto com saúde DO município, o gasto efetuado com recursos do orçamento de Santos. É importante lembrar que, mesmo dentro do gasto com saúde DO município, isto é, do gasto proveniente de recursos orçamentários, há a possibilidade de haver participação das outras esferas de governo – federal e estadual – com recursos de transferências constitucionais, no caso da saúde, com recursos do Convênio SUS.

<sup>20</sup> Por gasto com saúde NO município estamos querendo analisar o gasto com saúde realizado NO município que não participa somente do orçamento municipal. Isto significa recursos gastos com saúde no município de responsabilidade de outra esfera de governo, e que, neste caso, seria contabilizado nos respectivos orçamentos, e o gasto realizado com saúde de responsabilidade privada, que também não entra no orçamento municipal. Entretanto, a parcela privada do gasto com saúde NO município não será levada em conta neste trabalho.

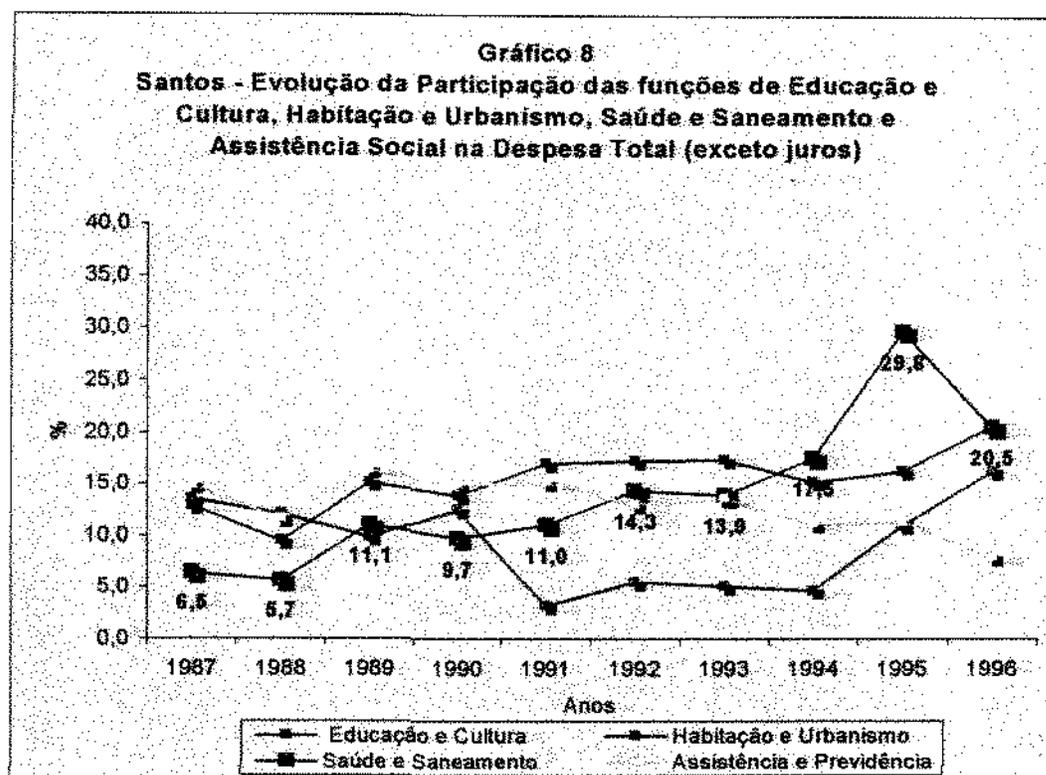


Os gastos com Educação e Cultura, Assistência e Previdência, Habitação e Urbanismo, e Saúde e Saneamento são os que tiveram maior participação na despesa total. O Gráfico 8, abaixo, ilustra a evolução do comportamento do dispêndio com cada uma dessas funções.

O gasto com Educação e Cultura, em 1988, representou 9,5% da despesa total, o que em números absolutos significava cerca de US\$ 12 milhões. Já em 1989 aumentou para 15,1%, equivalente agora a US\$ 27 milhões. Nos anos seguintes, permaneceu no patamar entre 14% a 17%, chegando, em 1996, a 20,7% da despesa total (US\$ 71 milhões). Tivemos, portanto, um aumento considerável do gasto com educação e cultura ao longo da série.

O gasto com Habitação e Urbanismo registrou uma queda na participação na despesa total no início dos anos 90, mas se recuperou a partir de 1995: se em 1988 representava 12,1%, nos anos de 1991 a 1994 oscilou entre 3,2% e 5,6%; mas voltou a subir, a partir de 1995, para 11% e, em 1996, para 16,2% (US\$ 56 milhões). Entretanto, o gasto com Assistência e Previdência toma o caminho inverso, caindo de 16,3%, em 1989, para 15%, em 1990, e 13%, em 1992 e 1993.

Entre 1994 e 1996, essa queda relativa continuou fazendo com que o gasto com Assistência e Previdência representasse 11%, em 1994 e 1995, e 7,9%, em 1996.



O comportamento do gasto com saúde – que nos interessa mais de perto - apresentou um crescimento sustentado a partir de 1988. Em 1989, representava 11,1% da despesa total (US\$ 19,8 milhões), em 1992 e 1993, atingiu, respectivamente, 14,3% e 13,9%; em 1994, deu um salto considerável chegando aos 17%, e, em 1995, o pico da série, com 29,8% (US\$ 81 milhões), ainda que daí tenha regredido para os 20,5% de 1996. É o que podemos observar na Tabela 2.

**Tabela 2**

Município de Santos - Gasto com saúde em números absolutos e porcentagem da despesa total- 1987-1996

Em milhões de US\$ médios de 1995

	Anos	Gasto com saúde (nº absolutos)	Porcentagem do gasto com saúde sobre o gasto total (exceto juros)
	1987	9.979	6,5
	1988	7.785	5,7
Gestão Telma de Souza	1989	19.830	11,1
	1990	20.211	9,7
	1991	27.487	11,0
	1992	35.172	14,3
Gestão David	1993	27.214	13,9
	1994	38.635	17,3
Capistrano	1995	81.785	29,8
	1996	71.008	20,5

Fonte: PMS/Balanços Municipais de Santos(1980 –1996).

É preciso, porém, analisar este problema com cuidado para não incorrerem em erro contábil. Na Tabela 2, entre 1987 e 1994, o gasto com saúde da administração municipal abrange tanto os financiados com recursos próprios como os financiados com recursos federais, relativos ao pagamento das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) e Unidades de Cobertura Ambulatorial (UCAs) referentes ao hospital municipal e a alguns convênios de programas como Dengue e AIDS. Naquele anos, a maior parte dos recursos federais transferidos a Santos, referiu-se ao pagamento das AIHs e UCAs aos hospitais privados contratados e ao hospital estadual, que recebiam o pagamento diretamente. Esses recursos, portanto, não estão incluídos na Tabela 2. Mas em 1995 e 1996 esses mesmos recursos transferidos anteriormente diretamente aos hospitais aparecem na Tabela 2 por força do enquadramento do município na gestão semiplena.

Podemos voltar agora ao exame da prioridade do gasto com saúde e saneamento, expurgando da Tabela 2 os gastos financiados com recursos federais.

**Tabela 3**

Município de Santos – Participação da parcela do financiamento municipal do gasto com saúde do município na despesa total (em porcentagem) – 1991-1996

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
	Gestão Telma de Souza			Gestão David Capistrano Filho			
Montante Municipal do Financiamento do gasto com saúde / despesa total	7,2	8,8	12,0	11,9	14,5	18,3	10,7

Fonte: PMS/Balancos Municipais de Santos(1980 –1996).

Como pode-se verificar na Tabela 3, a média dos gastos com saúde financiados com os recursos da própria Prefeitura de Santos em relação à despesa total no período 1990-1996 ficou em torno de 12%. Isso significa que, pelo menos, dobrou em relação à participação de 1987 e 1988, que na melhor das hipóteses foi de 6,5% e 5,7% (Tabela 2). Dizemos “na melhor das hipóteses” porque estas participações escondem gastos com saúde financiados com recursos federais, que, por problemas contábeis, não puderam ser apartados do total.

Fixado que a prefeitura de Santos conferiu de fato alta prioridade aos gastos com saúde, resta-nos agora, dentro da precariedade dos dados, discutir se o governo do município teria ou não aumentado sua participação no gasto total com saúde realizado em Santos. Entre 1991 e 1994, as transferências federais voluntárias à Prefeitura de Santos para suportar gastos com saúde mantiveram-se em média em torno de US\$ 5 milhões anuais. Já os recursos federais transferidos aos hospitais não devem ter crescido neste período em decorrência da crise financeira que atingiu o SUS. E não é provável que o Governo Collor e nem o Governo Fleury (SP) tenham manifestado disposição para ajudar uma administração petista<sup>21</sup>. Quanto aos gastos do Governo do Estado de São Paulo, após atingirem seu pico em 1989, sofrem uma queda em 1990 e 1991, quando então voltam, timidamente, a crescer em 1992, 1993 e 1994<sup>22</sup>. Tudo indica, portanto, que até 1993 os gastos federais e estaduais totais com saúde no

<sup>21</sup> É o que afirmou, também, David Capistrano Filho na entrevista concedida.

<sup>22</sup> Segundo dados de Carneiro (1998), a despesa com saúde do Estado de São Paulo para os anos de 1986 a 1994 foram, respectivamente (em mil R\$ de 1995): 1.400.750,00 (1986); 1.831.703,00 (1987); 2.775.287,00 (1988); 3.582.161,00 (1989); 3.399.629,00 (1990); 2.318.044,00 (1991); 2.360.245,00 (1992); 2.246.119,00 (1993); e 2.434.081,00 (1994).

município de Santos devem ter se mantido, na melhor das hipóteses, constantes. Parece certo, portanto, que houve, de fato, uma descentralização fiscal dos gastos com saúde ocasionada pela subida do dispêndio municipal.

De 1994 em diante é possível ter uma idéia mais precisa das participações relativas da União e do Município utilizando dados dos Balanços Municipais combinados com os do Datasus.

**Tabela 4**

Município de Santos – Participação das esferas de governo no gasto com saúde no município – 1993-1996

Em mil US\$ médio de 1995.

	1994	%	1995	%	1996	%
<b>Gestão David Capistrano Filho</b>						
Esfera Municipal	32.282	60	50.159	60	36.933	62
Esfera Federal	21.210	40	32.932	40	23.107	38
<i>AIHs contratadas e estaduais</i>	8.587	40	10.675	32	7.716	33
<i>UC's contratadas e estaduais</i>	6.069	-	12.994	39	7.309	32
<i>AIHs e UCAs municipais</i>	6.553	31	9.263	28	8.080	35
<b>Total</b>	<b>53.492</b>	<b>100</b>	<b>83.091</b>	<b>100</b>	<b>60.040</b>	<b>100</b>

Fonte: PMS/Balanços Municipais de Santos (1980 – 1996); Datasus (1998).

OBS: Os valores das UCAs de 1994 referem-se somente ao período de julho à dezembro.

Tudo indica, portanto, que as participações relativas do gasto municipal e do gasto federal com saúde em Santos se estabilizaram em torno de uma proporção de 60 para 40%. Como os gastos estaduais são marginais<sup>23</sup>, é lícito afirmar que a Prefeitura de Santos é responsável pela maior parcela do gasto com saúde no município.

Com o credenciamento de Santos na modalidade de gestão semiplena, a descentralização naturalmente deu um passo adiante ao transferir para o comando municipal a gestão dos gastos com assistência hospitalar.

<sup>23</sup> Segundo entrevista realizada com o ex prefeito David Capistrano Filho, e também, segundo Campos e Maierovicht (1997).

## CAPÍTULO III

### O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM SANTOS

Foi durante a gestão Telma de Souza (1989-1992), sob a direção do seu Secretário Municipal de Saúde, David Capistrano Filho, que se levou adiante uma profunda reestruturação do sistema de saúde de Santos. O sistema público de saúde pré-existente era de grande precariedade. Mas, em quatro anos, foram introduzidas mudanças de grande alcance:

a) a implantação da nova estrutura descentralizada de atendimento, organizada em torno das policlínicas;

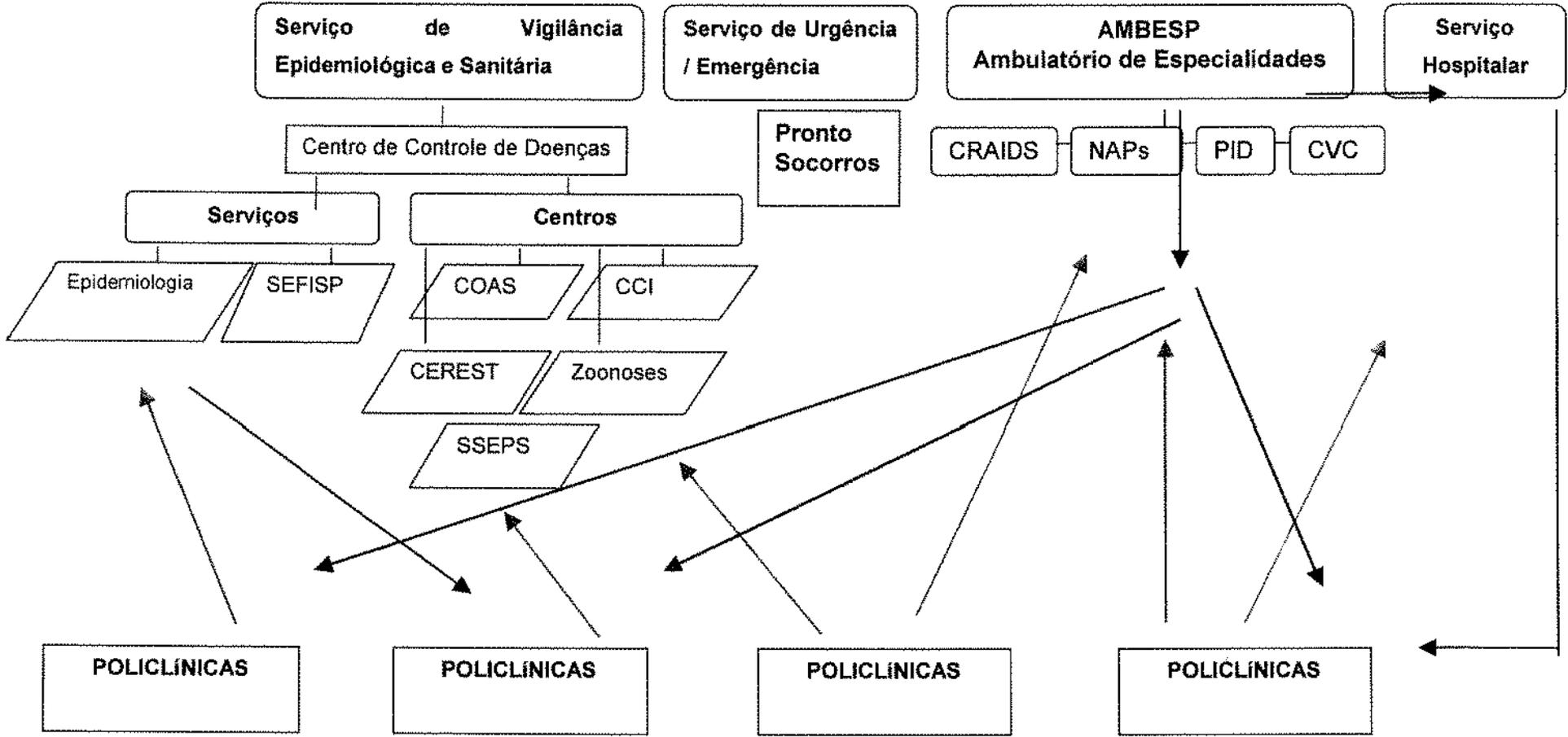
b) a redefinição da orientação das responsabilidades municipais relativas aos quatro eixos básicos de atenção médico-hospitalar: o serviço de vigilância sanitária, o ambulatorial de especialidades, o de urgência/emergência, enfim, o serviço hospitalar;

c) a reestruturação ou introdução dos programas prioritários da ação médico-sanitária, a saber: programas de saúde mental; de assistência domiciliar (atenção básica, serviços odontológicos e de fisioterapia e internação domiciliar); de saúde bucal; de vigilância em saúde e o programa de controle de DST/AIDS.

A organização de um *sistema local de saúde*, coerente e integrado, norteou as ações administrativas da nova gestão. Para além do caráter inovador da criação de uma rede ou sistema em um município no qual os serviços de saúde até então careciam de qualquer estrutura orgânica, o novo formato institucional tem três características importantes: o forte peso relativo dos serviços e centros de atenção básica e preventiva; a combinação das ações básicas horizontais com programas verticais e ações focalizadas em grupos-alvo especiais; e, finalmente, a eleição da policlínica como unidade nuclear da atenção e principal porta de

entrada no sistema, dotada de razoável capacidade resolutiva. É o que se pode vislumbrar no organograma abaixo:

**SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE (SEHIG)**



→ entrada      → encaminhamento

**LEGENDA:**

SEFISP – Serviço de Fiscalização em Saúde Pública	CRAIDS – Centro de Referência em AIDS
CEREST – Centro de Referência Saúde do Trabalhador	NAP – Núcleo de Atenção Psicossocial
COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico	PID – Programa de Internação Domiciliar
CCI – Centro de Controle de Intoxicações	CVC – Centro de Valorização da Criança

Na organização deste *sistema local de saúde*, a equipe da Secretaria de Higiene e Saúde, SEHIG, também realizou uma descentralização administrativa. Essa descentralização significou a divisão do município em módulos regionais de saúde, cada qual com sua coordenadoria. O critério usado nesta divisão foi fundamentalmente geográfico<sup>24</sup>. Mas, naturalmente, recobria, também, certas características sociais. Foram criados 4 módulos: Zona Noroeste, dos Morros, do Centro e da Orla. O módulo da Orla era gerenciado pela própria Secretaria de Higiene e Saúde, SEHIG, dada a sua proximidade. A Zona Noroeste é de povoamento relativamente recente, dos anos 40, abrigando pessoas de baixa renda, atraídas ao município na época da construção da Companhia Siderúrgica Paulista e da expansão do Porto de Santos. Na Zona dos Morros moram também pessoas de baixa renda, mas de ocupação mais antiga, do final do século passado, dos imigrantes que vinham de Portugal e Espanha para trabalhar no porto. A área do Centro, com o deslocamento da parte nobre da cidade em direção às praias, transformou-se em uma região administrativa e comercial, em processo de degradação urbana. As antigas mansões viraram cortiços e o Centro virou uma zona de prostituição e de tráfico de drogas, virtualmente desabitada à noite. Esta descentralização administrativa possibilitou a aproximação do poder público com os usuários, permitindo maior rapidez na tomada de decisão, maior pressão dos munícipes e de suas demandas sociais específicas sobre o sistema de saúde, bem como maior adequação dessas demandas às definições da política de saúde do município.

Não é difícil identificar os princípios que nortearam a estruturação do sistema municipal de saúde: são os mesmos que animaram o “Movimento Sanitarista” e que acabaram acolhidos, no fundamental, na Constituição de 1988. Não por acaso, David Capistrano Filho havia sido uma das mais ativas lideranças daquele “movimento” e passara, como Secretário de Saúde, pela Prefeitura de

---

<sup>24</sup> Segundo informações das entrevistas realizadas com os principais atores da saúde no município.

Bauru, onde procurara levar adiante o mesmo programa que implementou em Santos.

O grande avanço no segundo período, o do agora Prefeito David Capistrano Filho, foi o enquadramento de Santos na gestão semiplena, já que o sistema municipal de saúde estava inteiramente implantado.

O comando municipal sobre os recursos destinados à assistência hospitalar parece ter levado a um uso mais eficiente dos recursos. Foi o que nos relatou David Capistrano Filho, no decorrer da longa entrevista que concedeu.

Examinaremos a seguir, passo a passo, o sistema de saúde da Prefeitura de Santos.

## **1 - A principal porta de entrada do sistema: as policlínicas**

As policlínicas são consideradas o núcleo do modelo assistencial do sistema de saúde de Santos. Lá se realiza o primeiro contato dos cidadãos com o sistema. As policlínicas representaram o início da transformação ocorrida na cidade a partir de 1989 e sua face mais imediatamente visível para a comunidade.

As policlínicas foram concebidas para funcionar como “porta de entrada” do SUS local e não são unidades aptas simplesmente a realizar o primeiro atendimento:

“Trabalhamos com o pressuposto de que demandas individuais refletem necessidades de saúde e exigem, portanto, ações como respostas, desde ações de promoção e proteção à saúde até as de cura e reabilitação. Entendemos ainda as policlínicas como unidades responsáveis pela saúde da população de toda uma área (conjunto de bairros), capazes de identificar os problemas de saúde mais relevantes, quais os indivíduos ou grupos mais susceptíveis ao risco de adoecer e/ou morrer, assim como planejar ações mais adequadas para seu enfrentamento” (PMS/IV Conferência Municipal de Saúde de Santos, 1996: 24).

As policlínicas são unidades abertas às necessidades imediatas da população, “referências para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças ou o atendimento ao hipertenso; para a gestante e os doentes impossibilitados de locomover-se; para a escola ou a creche, quando da ocorrência de surtos de doenças transmissíveis, ou para microempresas, em programas de vacinação de seus funcionários. Em muitos bairros da cidade, a policlínica torna-se ponto de encontro, espaço de elaboração de problemas familiares ou de dificuldades nas relações de vizinhança, para reivindicar ações da Prefeitura Municipal” (Valadão, 1997: 114).

As dificuldades observadas por Valadão dizem respeito a contradições, tais como a desproporção entre a capacidade instalada e a demanda, a competição entre a qualidade e a quantidade de atendimentos ou entre o trabalho e a produção da informação relativa a esse mesmo trabalho. Entretanto, “na mesma medida em que revelam os conflitos de nosso modelo, as policlínicas são, potencialmente, espaço privilegiado para sua resolução: na diversidade da cidade, cada policlínica gera sua própria identidade” (Valadão, 1997: 114).

As policlínicas foram distribuídas pelos bairros da cidade de forma desigual, concentrando-se nas áreas onde a carência era maior<sup>25</sup>. Em 1989, eram 16 e, ao final de 1996, chegaram a 22. Os antigos Postos de Atendimento Comunitário, PAC, alguns municipalizados, foram transformados em policlínicas, com ampliação do horário de funcionamento, reforma dos prédios, aquisição de equipamentos e aumento da oferta de consultas médicas, atendimento odontológico e de enfermagem. Muitas policlínicas funcionavam em casas alugadas e adaptadas pela Prefeitura, outras puderam ser construídas. Há uma dificuldade grande em Santos no que se refere a espaço físico, já que é uma cidade muito adensada do ponto de vista populacional. A área da cidade é de apenas 39km<sup>2</sup>, com grande densidade demográfica. Assim, nem sempre foi possível instalar as policlínicas segundo critérios ideais. Um exemplo é a

---

<sup>25</sup> Ver Anexo 2.

policlínica do Gonzaga, localizada num canteiro entre as pistas da avenida da praia.

As policlínicas contavam com uma equipe formada por auxiliares de enfermagem, médicos (pediatras, clínicos, gineco-obstetras), enfermeiros, dentistas, atendentes de consultórios dentários, pessoal de limpeza e apoio administrativo, variando o número de funcionários conforme às realidades locais e tarefas diferenciadas em que várias policlínicas se "especializaram", compondo para tanto suas equipes com outros profissionais ou associando-se a outras entidades<sup>26</sup>. O objetivo é que as equipes trabalhem com uma lista de medicamentos bastante abrangente, padronizada por uma comissão que mantinha interlocução permanente com os profissionais da rede.

A maior parte dos exames laboratoriais e de apoio-diagnóstico era realizada pela própria SEHIG, através do Laboratório Central e dos Ambulatórios de Especialidades, sendo encaminhados os demais para os serviços contratados pelo SUS ou para unidades estaduais em Santos ou São Paulo.

## **2 - Os eixos estruturais da atenção médico-sanitária**

Como vimos, são quatro os eixos básicos de atenção médico-hospitalar: os serviços de vigilância sanitária; o ambulatorial de especialidades; o de urgência e emergência; e o de assistência hospitalar.

Vimos também que os serviços foram organizados de maneira descentralizada e integrada, de modo a obter um fluxo hierarquizado dos serviços

---

<sup>26</sup> Para exemplificar, podemos citar o Programa "Prepare seu Coração" desenvolvido pelas policlínicas da Zona Noroeste, com participação das secretarias de meio ambiente e esportes. Este programa visava reduzir o risco de doenças do coração através do atendimento da equipe de saúde e de aulas de ginástica supervisionadas por professores especializados. As aulas localizavam-se no Jardim Botânico Municipal. Um outro exemplo é o desenvolvimento de pequenas cirurgias, como retirada de unhas encravadas e afins, realizadas na Policlínica Ponta da Praia, na qual foi aproveitada a existência de um médico especialista, alocado nesta unidade.

de saúde, uma ampliação do acesso aos serviços e uma maior resolutividade dos serviços. Vejamos agora suas principais características.

### **Eixo 1: Serviços de Vigilância Epidemiológica e Sanitária**

O Centro de Controle de Doenças, CCD, responsabiliza-se pela coordenação das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, pelo controle de zoonoses e pela Saúde do Trabalhador. O Centro abrange: o Serviço de Epidemiologia, o Serviço de Fiscalização em Saúde Pública, SEFISP, o Centro de Controle de Zoonoses, o Centro de Referência Saúde do Trabalhador, CEREST, o Centro de Controle de Intoxicações, CCI, a Seção de Educação e Pesquisa em Saúde e o Centro de Orientação e Apoio Sorológico, COAS.

O Serviço de Epidemiologia assumiu, entre outras, a responsabilidade pela coordenação da vigilância de doenças de notificação compulsória, realizada pelos serviços da SEHIG, pela supervisão das ações de imunização desenvolvida por todas as policlínicas, pelo acompanhamento da mortalidade infantil, pela análise e produção de Boletins Bimensais sobre a evolução da AIDS na cidade e pela coordenação do Programa de Vigilância do Recém-Nascido de Risco<sup>27</sup> (PMS/III Conferência Municipal de Saúde, 1994).

As ações do Serviço de Fiscalização em Saúde Pública, SERFISP, passaram a abranger as áreas de meio ambiente, com destaque para o controle das doenças de veiculação hídrica, especialmente o cólera, controle das condições sanitárias dos estabelecimentos que manipulam gêneros alimentícios, e avaliação dos serviços de saúde e fiscalização de clubes, academias e piscinas (PMS/III Conferência Municipal de Saúde, 1994).

O Centro de Controle de Zoonoses incumbiu-se dos programas de desratização, apreensão e doação de animais, vacinação anti-rábica, e pelas

---

<sup>27</sup> Veremos mais adiante, no item 3, uma descrição deste e de outros programas.

ações de combate aos mosquitos transmissores de dengue e febre amarela (PMS/III Conferência Municipal de Saúde, 1994).

O Centro de Referência Saúde do Trabalhador, CEREST, foi criado como unidade de referência especializada para desenvolver ações de assistência, vigilância e educação para a saúde, com a finalidade de reduzir os agravos à saúde relacionados às condições e ambientes de trabalho. Segundo Maierovitch e Vilela<sup>28</sup>, "as ações de vigilância consistem em intervenções nos ambientes de trabalho para prevenir doenças profissionais e acidentes de trabalho, tornando tais ambientes mais saudáveis do ponto de vista dos trabalhadores. Essas ações complementam-se com atividades educativas, contribuindo para elevar a consciência sanitária no que diz respeito ao processo saúde-doença no trabalho. As atividades são desenvolvidas em conjunto com sindicatos de trabalhadores e incluem desde seminários e palestras sobre temas específicos até a elaboração de materiais educativos" (Maierovitch e Vilela, 1997: 218).

O CCD iniciou seu trabalho em 1989, estruturando as primeiras rotinas de informação da SEHIG, de natureza demográfica, epidemiológica e de produção de serviços. Segundo os mesmos atores, "a diretriz era municipalizar ao máximo, o mais rapidamente possível, pois ficar pior do que estava era impossível. A descentralização das ações foi acompanhada de perto pela equipe do CCD, realizando em conjunto a cobertura de focos de meningite e surtos de hepatite, entre outros" (Maierovitch e Vilela, 1997: 219 e 220).

## **Eixo 2: Serviços Ambulatoriais de Especialidades**

Outros equipamentos que passaram a integrar a rede de saúde criada em Santos são os que prestam serviços ambulatoriais de especialidades. Conforme a opinião da ex-diretora do Ambulatório de Especialidades, "estes serviços foram

---

<sup>28</sup> Estes dois atores tiveram um papel importante na Secretaria da Higiene e Saúde (SEHIG) de Santos. Maierovitch foi secretário da saúde na gestão do prefeito David Capistrano Filho e Vilela foi coordenadora do Centro de Controle de Doenças (CCD).

implementados sem grande preocupação teórica. Apenas o programa de saúde mental teve, desde o início, um referencial teórico definido. Assim, o papel atribuído a esses serviços foi, em grande medida, o de retaguarda técnica e de exames auxiliares de diagnose e terapia” (Mesquita e Silveira, 1997: 117).

O Ambulatório de Especialidades, AMBESP, maior serviço especializado do município, foi montado concomitantemente ao processo de criação da rede básica e manteve-se durante os primeiros anos apenas como serviço de referência, de apoio à rede, contando com grande número de especialistas e com alguns exames subsidiários essenciais próprios, como Raio-x e Eletrocardiograma. Foi instalado, em 1989, no primeiro andar do prédio da SEHIG e, em julho de 1990, com a municipalização do Posto de Assistência Médica, PAM, do Centro foi ampliado e passou a ocupar a maior parte das salas dos seis andares de prédio. A idéia que norteou essa ampliação, segundo os atores, foi “melhorar a resolutividade do ambulatório e aumentar a retaguarda da rede básica. Apesar disso, sua importância dentro do sistema só fez sentir quando a rede básica já estava toda estruturada e novas demandas surgindo” (Mesquita e Silveira, 1997: 118).

A maior parte das especialidades e dos exames oferecidos é suficiente para a demanda da rede, “mas existem áreas e especialidades com demanda reprimida importante, como endocrinologia e oftalmologia, e exames como ultra-sonografia, gerando espera prolongada, nem sempre compatível com o tempo aceitável para elucidar o diagnóstico e iniciar terapia específica” (Mesquita e Silveira, 1997: 119).

Outros equipamentos integram a rede especializada, tais como o Centro de Referência em AIDS, CRAIDS, os Núcleos de Atenção Psicossociais, NAPS, a Seção de Reabilitação e Fisioterapia, O Programa de Internação Domiciliar, PID, a Casa da Gestante e o Centro de Valorização da Criança, CVC.

O CRAIDS, um dos serviços que integram a rede especializada, também faz parte do Programa Municipal de DST/AIDS (ver item 3). Foi criado em 1989 e atende uma clientela de 1.400 pacientes, aproximadamente. Funciona com uma equipe multiprofissional, constituída por médicos de várias especialidades, enfermeiras, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, dentistas e

laboratoristas, entre outros. Desenvolve as seguintes atividades: Atendimento Ambulatorial, Hospital-Dia, Programa de Internação Domiciliar, Laboratório Especializado em DST/AIDS, Terapia Combinada de Drogas, ou "Coquetel", Diagnóstico e Tipagem de Tuberculose, e Estudo do Perfil do Usuário de Drogas HIV Positivo (PMS/IV Conferência Municipal de Saúde, 1996).

Os Núcleos de Assistência Psicossocial, NAPs, são regionalizados e respondem pela demanda de saúde mental de cada região, com prioridade para pessoas com sofrimento psíquico grave. Segundo o ex-assistente de Direção da SEHIG, Kinoshita, "o atendimento é integral, objetivando a autonomia e ampliação da rede social dos usuários mediante diversas ações: hospitalidade integral, diurna ou noturna, atendimento às situações de crise, ambulatório, atendimentos domiciliares, atendimentos grupais, intervenções comunitárias e ações de reabilitação psicossocial. Os familiares participam do projeto terapêutico. Os NAPs funcionam ininterruptamente, têm seis leitos cada, e contam com transporte diariamente; a equipe é multiprofissional. A rede NAPs conta com aproximadamente 180 profissionais, atendendo cerca de 2.500 pacientes e seus familiares" (Kinoshita, 1997: 76).

O Programa de Internação Domiciliar, PID, foi criado em 1992 e oferece atendimento em várias especialidades: AIDS, saúde mental, saúde bucal e fisioterapia domiciliar. Veremos este programa com mais detalhes no item 3.

A Casa da Gestante, inaugurada em outubro de 1990, desenvolvia atividades ligadas ao acompanhamento pré-natal, ao Programa de Vigilância do Recém-nascido de Risco, entre outros. No final de 1995, a Casa da Gestante foi agregada ao recém-construído Hospital e Maternidade Dr. Silvério Fontes.

O Centro de Valorização da Criança, CVC, atende crianças e familiares e também interage com professores da rede escolar, com o Juizado da Infância, com o Ministério Público, com entidades beneficentes e com a imprensa. O CVC foi criado em maio de 1990 e passou a ter uma sede própria em março de 1991.

### **Eixo 3: Serviços de Urgência e Emergência**

Os serviços de urgência e emergência consistiam de uma rede de três prontos-socorros: o Pronto-Socorro Central, o do Macuco e o da Zona Noroeste sendo que o Serviço de Resgate mantinha ambulâncias em cada um deles, atuando de maneira integrada. Os prontos-socorros estruturaram-se para o atendimento às emergências contando com todo equipamento necessário: “desfibriladores, monitores cardíacos, aparelhos de eletrocardiograma, respiradores, etc” (Valle, 1997: 199).

Além das urgências e emergências em geral, o Pronto-Socorro Central atende também nas áreas de traumatologia, psiquiatria, odontologia, cirurgia bucomaxilofacial e vacinação anti-rábica. “Com média de 400 consultas diárias (sem contar com os atendimentos de enfermagem), somando 13.000 consultas por mês, em média, o PS Central é o maior serviço público de emergência da Baixada Santista. Conta atualmente [1996] com serviço de triagem médica – para agilizar os atendimentos, reorientando os caso não urgentes para atendimento ambulatorial – e com TV e videocassete para exibição de filmes educativos na sala de espera” (PMS/IV Conferência Municipal de Saúde, 1996: 43).

A SEHIG teve que alterar progressivamente o Pronto-Socorro Central para dar conta da demanda de casos graves que ali se acumulavam por conta da crise hospitalar da Baixada Santista (com conseqüente redução do número de leitos para usuários do SUS). “Hoje [1996] o PS mantém 34 leitos para internações hospitalares, sendo 5 de UTI: quatro médicos diaristas garantem continuidade ao acompanhamento de pacientes internados. Encontra-se em fase final de reforma para melhoria das instalações, incluindo UTI, enfermarias, sala de repouso e sala de espera. Apresenta uma média de 250 internações mensais, com taxa de ocupação de mais de 100% e média de permanência de 6 dias” (PMS/IV Conferência Municipal de Saúde, 1996: 43).

Os prontos-socorros do Macuco e da Zona Noroeste passaram a responder por essas novas áreas administrativas, resultantes da descentralização dos serviços de saúde, em articulação com as policlínicas dessas regiões, servindo-

lhês de retaguarda e encaminhando pacientes para vigilância epidemiológica, para programas específicos etc.

Cada um dos PSs tem características próprias: o da Zona Noroeste atende à população mais jovem, com grande porcentagem de crianças (20% da demanda), com média de permanência em internações de dois dias e taxa de ocupação dos leitos de 48%; o PS do Macuco tem maior demanda de idosos com patologias crônicas, gerando internações mais longas, com taxa de ocupação de 97% e média de permanência de quatro dias (Valle, 1997: 201).

Um dos problemas mais graves é a "falta de retaguarda hospitalar para urgências e emergências cirúrgicas, consequência da redução de leitos oferecidos ao SUS. Frequentemente é necessário 'invadir' hospitais – em geral a Santa Casa de Misericórdia, que é o mais complexo - com auxílio policial, para que sejam garantidos os procedimentos cirúrgicos necessários à manutenção da vida do paciente" (Valle, 1997: 201).

#### **Eixo 4: Assistência Hospitalar**

Ao ser implantado o novo sistema descentralizado, a assistência hospitalar no município de Santos constituía o maior ponto de estrangulamento do serviço de saúde público local. A crise da assistência hospitalar daí resultante pode ser situada em dois momentos distintos: primeiro, um período durante o qual a Prefeitura de Santos não era responsável pelo gerenciamento dos hospitais, momento esse que perdura até 1994; segundo, o período que se abre a partir dessa data, quando Santos entra para a gestão semiplena.

No primeiro momento (1989 a 1994), o governo federal era o responsável pelo pagamento das internações dos pacientes usuários do SUS, de acordo com uma tabela de valores (preços) que variava segundo o tipo de patologia e o tipo de tratamento realizado. O paciente internava-se em um hospital credenciado junto ao Ministério da Saúde, o hospital fazia o laudo clínico para emissão da

Autorização de Internação Hospitalar, AIH, e ao final de cada mês enviava todas as AIHs para pagamento.

O Ministério da Saúde, então, fazia o pagamento direto na conta bancária do hospital, "com atraso de dois meses. É importante ressaltar que além do atraso, os valores da tabela não são suficientes para cobrir os custos das internações" (PMS/III Conferência Municipal da Saúde, 1994: 28). Por esse motivo, os hospitais privados foram descredenciando-se do SUS, desencadeando, assim, uma crise hospitalar devido à diminuição e carência de leitos hospitalares da rede SUS no município.

O controle de leitos hospitalares era, antes da gestão semiplena, de responsabilidade do Escritório Regional de Saúde 52 (ERSA – 52), do Governo do Estado de São Paulo. Essa responsabilidade consistia em credenciar ou descredenciar os hospitais, autorizar as internações, avaliar a qualidade, detectar irregularidades, conferir e enviar o faturamento ao Ministério da Saúde para pagamento.

Em 1994, a Baixada contava com um total de dezenove hospitais, onze em Santos e oito distribuídos pelos outros municípios, em geral, de pequeno e médio porte, variando entre 20 e 80 leitos. Através de um levantamento de leitos feito pela SEHIG e ERSA-52, em 1994, foi constatado que "há déficits de leitos para a região como um todo, sendo que os números mais alarmantes foram: Guarujá, com déficit de 110 leitos; Praia Grande com déficit de 192 leitos; e São Vicente com déficit de 321 leitos. (...) O levantamento concluiu que os números de leitos cadastrados oficiais não conferiam com a realidade e que na prática o número de leitos era menor. Esta distorção foi observada principalmente em Santos. Em janeiro de 1994, o número oficial do total de leitos SUS era de 2.259, e, após recadastramento concluído em abril, reduziu-se para 2.052 leitos. Assim, concluiu-se que os demais municípios da Baixada Santista dependem de Santos para a assistência hospitalar" (PMS/III Conferência Municipal de Saúde, 1994: 29).

Algumas iniciativas foram tomadas, mesmo antes de o município entrar na gestão semiplena, para ampliar a oferta de leitos públicos, numa tentativa de

contornar a crise hospitalar. A Santa Casa de Misericórdia recebia subvenção municipal e frequentemente auxílio financeiro da Prefeitura. Em 1990, a Prefeitura, após indicação do Ministério Público, interveio no Hospital dos Estivadores, de porte médio, conveniado então com o INAMPS, pertencente ao Sindicato dos Estivadores de Santos. A intervenção visava garantir atendimento hospitalar para os pacientes dos serviços públicos. Dadas as péssimas condições do hospital, foi fechado e somente em 1996, gradualmente, retomou suas funções.

Também em 1990, a SEHIG firmou um acordo com o Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência. A Prefeitura, então, reformou a enfermaria, equipou a UTI e fez repasses financeiros, mas, na opinião de Valle, "o hospital, lamentavelmente, não cumpriu sua parte e os equipamentos tiveram de ser recolhidos litigiosamente, após ordem judicial e com auxílio da polícia. O auxílio é atualmente [1996] objeto de ação judicial para ressarcimento aos cofres municipais. Seguiu-se um período em que o hospital, que é filantrópico, não oferecia nenhum leito SUS" (Valle, 1997: 204). Em 1994, as negociações foram retomadas, com a assinatura de protocolo pelo qual o hospital passou a oferecer onze leitos ao SUS para cirurgias eletivas.

O Hospital Estadual Guilherme Álvaro também foi alvo de inúmeras tentativas de atuação conjunta e de ampliação do atendimento em parceria com a Prefeitura. O Programa de Internação Domiciliar, PID, criado em 1992, veio enfrentar o déficit de leitos de maneira mais humana e eficiente, contribuindo para maior rotatividade dos leitos hospitalares. O PID mantém, em média, o equivalente a um hospital de noventa leitos com taxa de ocupação de 100% (Valle, 1997: 205). O Centro de Referência em AIDS, CRAIDS, conta com "doze leitos de hospital-dia para pacientes em acompanhamento no serviço" (Valle, 1997: 205).

O governo local, em suma, entrou em ação e mobilizou diferentes setores da cidade para a defesa do acesso universal ao atendimento hospitalar: Conselho Municipal da Saúde, Ministério Público, imprensa etc. A entrada do município na gestão semiplena, em novembro de 1994, marcou uma nova fase no enfrentamento da questão hospitalar. A SEHIG assumiu toda a responsabilidade

pelo cadastramento, controle, contratação e pagamento dos serviços privados e, assim, “pôde redimensionar a compra de serviços, corrigindo distorções que permitiram reorientar os gastos para áreas prioritárias, eliminar atrasos de pagamento e adiantar repasses, que tiveram importância capital para o não-fechamento, por exemplo, da Santa Casa, ao final de 1995. O contato frequente com os serviços contratados permitiu readequações de tetos físicos às necessidades e realidade locais, orientação sobre faturamento e redução de fraudes “ (Valle, 1997: 206).

Foi criada a Central de Internações Eletivas, para organizar a demanda de cirurgia eletiva das diversas especialidades. Apesar dessas iniciativas, a defasagem dos valores da tabela de procedimentos trouxe distorções sérias como a glosa<sup>29</sup> de AIHs por baixa média de permanência, colocando em risco os esforços para aumentar a rotatividade de leitos.

A racionalização de gastos resultante do gerenciamento municipal - conquistado com a gestão semiplena - viabilizou investimentos importantes na área hospitalar, como a instalação da UTI do Pronto-Socorro Central, a cessão de equipamentos para a UTI infantil da Santa Casa, a inauguração do Hospital e Maternidade Municipal dr. Silvério Fontes, em dezembro de 1995, e do Hospital Municipal da Zona Noroeste no final de 1996.

O Hospital e Maternidade Municipal dr. Silvério Fontes resolveu “o problema da peregrinação das gestantes no momento do parto e dos partos em prontossocorros e hoje [1996] faz duzentos partos por mês com a menor taxa de cesáreas da região, 30%. Promove visitas das gestantes à maternidade durante o pré-natal e assistência ao parto humanizada e de qualidade, reduzindo os riscos de mortalidade materna e fetal” (Valle, 1997: 206). O mesmo Hospital também desenvolve um trabalho integrado ao Programa de DST/AIDS, com atendimento especial às pacientes e aos bebês portadores do vírus HIV. Uma vez detectado o vírus, as pacientes e os bebês são imediatamente tratados com medicamentos

---

<sup>29</sup> A glosa de AIH significa que o hospital não recebe os recursos relativos à internação devido a algum tipo de problema, no caso, a uma baixa permanência.

especiais e, depois da alta, são encaminhados ao CRAIDS para acompanhamento e tratamento<sup>30</sup>.

O Hospital Municipal da Zona Noroeste mantinha, em 1996, quarenta e seis leitos de baixa complexidade nas áreas básicas e funcionava integradamente com as policlínicas.

Assim, a SEHIG, através do PID, da racionalização de gastos resultante do gerenciamento hospitalar - conquistado com a semiplena - e com a construção de dois hospitais municipais, procurou contornar a crise de leitos hospitalares, mostrando, inclusive, uma grande autonomia em sua atuação.

### **3 - Os programas prioritários da atenção em saúde**

Faremos agora uma descrição dos programas prioritários da atenção em saúde em Santos. Os programas de saúde praticados no município são programas integrais de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação e agem intersetorialmente, isto é, junto a outras áreas sociais como educação, assistência social, meio ambiente etc.

Os programas integraram-se tanto à rede de serviços básicos que, por vezes, se confundem. Esses programas, considerados inovadores, representam a *marca* da administração petista no município de Santos, juntamente com as policlínicas, e foram desenvolvidos pela Secretaria de Higiene e Saúde entre 1989 e 1996. Alguns deles merecem destaque. Vejamos os seguintes programas: Saúde Mental; Assistência Domiciliar; Saúde Bucal; e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS.

---

<sup>30</sup> Informações das entrevistas realizadas com os atores da saúde em Santos.

## PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

Nos últimos anos, as propostas de modificação dos modelos de atenção em saúde mental vêm sendo debatidas e experimentadas. Porém, em quase todas, a intenção é de superar o modelo cujo núcleo operacional é o hospital psiquiátrico e avançar no sentido de uma concepção de 'sistema', isto é, referente a um conjunto de serviços para compor a assistência em saúde mental de uma área determinada - município, região - (Kinoshita, 1997). Foi com esta concepção que se tentou implantar em Santos um programa de saúde mental.

O primeiro passo, já em 1989, foi a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, conhecida pelos maus-tratos de seus pacientes, com o objetivo de "desinstitucionalizar os pacientes e criar espaços alternativos de construção da cidadania do doente mental" (PMS/III Conferência Municipal de Saúde, 1994: 12). A partir de então, foi implantada uma rede de cinco Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPs -, um Centro de Reabilitação Psicossocial, um Lar Abrigado, o Projeto e Centro de Convivência Tam-Tam, retaguarda de atendimento psiquiátrico às urgências/emergências no PS Central e o núcleo de Atenção ao Tóxicodependente.

A principal ação do NAPs destinou-se a pacientes que potencialmente seriam internados em hospital psiquiátrico. Em julho de 1994, o Núcleo contava com uma equipe de aproximadamente 200 funcionários, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, acompanhante terapêuticos, auxiliares de enfermagem e pessoal administrativo. O NAPs atendia cerca de 2.000 pacientes, funcionando 24 horas por dia, inclusive aos finais de semana. Em 1996, o número de funcionários caiu para 180, aproximadamente; no entanto o atendimento estendeu-se para cerca de 2.500 pacientes e seus familiares.

A implantação desta rede ocorreu num período relativamente curto e, também, em descompasso com o processo de criação de infra-estrutura necessária para responder a toda a demanda local. Os desafios enfrentados a partir de 1994, expostos na III Conferência Municipal de Saúde, foram:

“fechamento definitivo do Hospital Anchieta, as emergências psiquiátricas, a elaboração de programas conjuntos com outras secretarias e iniciativas sociais, para o melhor resultado no atendimento a alcoolistas e drogaditos, o atendimento da demanda infantil e de adolescentes, o fortalecimento das cooperativas de pacientes e a resolução de alguns problemas básicos de funcionamento da rede de NAPs, como, por exemplo, a melhoria do transporte” (PMS/III Conferência Municipal de Saúde, 1994: 13).

Em 1996, a Casa de Saúde Anchieta encontrava-se praticamente desativada e seu edifício abrigava outras atividades. Os desafios a enfrentar, a partir de 1996, expostos na IV Conferência Municipal de Saúde eram: “o atendimento da demanda de adolescentes; o desenvolvimento de programas inter-setoriais e comunitários para melhorar o resultado do atendimento aos usuários dependentes de álcool e drogas; a intensificação dos projetos de reabilitação psicossocial; a ampliação das cooperativas de trabalho; articulação com outras Secretarias e iniciativas sociais para fortalecer a rede social dos usuários inclusive com apoio jurídico e a adequação de recursos humanos e materiais às atuais necessidades dos serviços” (PMS/IV Conferência Municipal de Saúde, 1996: 34).

#### PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Diversas foram as modalidades de atendimento no domicílio, que são especificadas a seguir. Porém, todas visaram “retirar os pacientes das instituições, com a participação ativa de pacientes e familiares em seus tratamentos e a racionalização dos recursos” (PMS/III Conferência Municipal de Saúde, 1994).

##### a) Serviço de Fisioterapia Domiciliar

Foi implantado em 1990, na Unidade de Reabilitação e Fisioterapia, com o objetivo de acelerar o processo de recuperação de pacientes que, por acidente ou doença, ficam temporariamente incapacitados e dependentes ou obrigados a permanecer no leito. O serviço foi desenvolvido por terapeutas e contou com

médicos fisiatras, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais.

#### b) Programa de Internação Domiciliar (PID)

Foi implantado em março de 1992, com o objetivo de "aliviar a carência de leitos hospitalares no município, através de uma modalidade assistencial onde o paciente recebe no domicílio os mesmos cuidados que teria em um hospital" (III Conferência Municipal de Saúde, 1994). O PID foi implantado nas áreas de Oncologia e AIDS, em toda a cidade, e nas áreas de Clínica Médica (na Zona Noroeste e Orla) e Pediatria (somente na Zona Noroeste). Alguns bairros também receberam atendimento na área de Clínica Médica: José Menino, Marapé, Jabaquara e Vila Mathias.

A equipe assistencial do PID era formada por 40 profissionais, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistente social, psicólogos e contava com retaguarda dos demais serviços da SEHIG na área de fisioterapia, nutrição e odontologia. No caso do PID da AIDS, os profissionais participavam da equipe do Centro de Referência em AIDS.

Entre 1992 e 1996, o Programa registrou o atendimento de cerca de 5.000 pacientes, a um custo relativamente menor do que o custo de pacientes internados, já que o adicional para deslocamento da equipe é menor do que o custo de hotelaria, assim como o número de profissionais por pacientes é bastante reduzido em comparação com as equipes hospitalares. Em média, o Programa atendeu diariamente o equivalente a um hospital de 80 leitos ocupados, com um custo que girou em torno de 20% do custo de uma diária hospitalar em leito simples.

O público atingido pelo PID era formado predominantemente por mulheres (60%); a maioria dos atendidos era idosa, 75% maior de 60 anos, cerca de 20% do total tinha mais de 80 anos. Os pacientes preferenciais foram os que não conseguiam se movimentar sozinhos. Para que fosse possível utilizar os serviços

do PID era necessário que uma pessoa, não necessariamente da família, se responsabilizasse pelo paciente durante o período de internação domiciliar. Este responsável recebia orientação do PID no que diz respeito a banho, troca de roupa, alimentação etc., já que o Programa não se responsabilizava por estes serviços.

Todo o material e os medicamentos necessários para o tratamento eram fornecidos pela SEHIG. A equipe possuía equipamentos portáteis, como unidade de assistência respiratória completa e eletrocardiógrafo. A coleta de material para exame de laboratório, como fezes e urina, podia ser feita na própria residência do paciente. Entretanto, exames mais complexos como Raio-x, Ultra-som, Tomografia etc., eram marcados pela equipe do Programa, que providenciava a remoção. A maior parte dos assistidos desligava-se do Programa até dois meses após o ingresso. Do total de altas, cerca de um terço dos pacientes era encaminhado para as policlínicas e um terço reinternado.

#### c) Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) das Policlínicas

A partir da implantação do PID, emergiu uma demanda significativa de pacientes sem condições de se deslocar às unidades de saúde. A rede organizou-se, então, para assumir a clientela, desenvolvendo atividades como consultas, curativos, coleta de exames etc. Foi desenvolvido, também, o Programa de Atendimento Domiciliar Odontológico, PADO, implantado em 1992, a fim de realizar atendimento odontológico nas residências dos munícipes incapazes de se locomover. O equipamento utilizado foi desenvolvido na oficina de manutenção de equipamentos médico-odontológicos da SEHIG e podia ser transportado num porta-malas de carro comum.

Da mesma forma, desenvolveu-se o Atendimento Domiciliar Específico, por meio do qual equipes de serviços dos Programas DST/AIDS e de Saúde Mental realizavam como parte habitual de seu trabalho o atendimento a domicílio. E foi criada, concomitantemente, a área de Vigilância em Saúde, com programas que

demandavam atividades domiciliares: Programa de Controle do Recém-Nascido de Risco, Programa de Controle de Tuberculose, Hanseníase e Doenças de Notificação Compulsória do Município. As atividades eram realizadas pelas equipes das Policlínicas dentro da área de abrangência da unidade, com coordenação das equipes do Centro de Controle de Doenças.

O Programa de Controle do Recém-Nascido de Risco foi desenvolvido para o combate à mortalidade infantil, que estava crescendo na cidade, e atingiu, em 1990, a taxa de 36,15 por mil nascidos vivos (Seade, 1998). Já em 1990, a prefeitura criou a maternidade Casa da Gestante e, em 1991, a SEHIG criou o Programa acima referido. A clientela do programa era composta por crianças prematuras que nasciam com baixo peso ou então crianças não desejadas, de mães sem companhia, no geral em situação de extrema pobreza.

Por meio do Programa, uma equipe de auxiliares de enfermagem da SEHIG visitava as maternidades e classificava o grau de risco das crianças recém-nascidas. No mesmo dia, a informação era transmitida à policlínica que atuava na região ou bairro mais próximo da residência da mãe da criança. Esta, então, providenciava uma visita do seu pessoal. Este foi um programa de muita eficiência: nos anos posteriores a 1990, a taxa de mortalidade infantil teve uma queda acentuada, chegando, em 1996, a 25,53 por mil nascidos-vivos (Seade, 1998).

#### PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL

As ações em Saúde Bucal foram desenvolvidas a partir de 1989 pelas áreas da Atenção em Saúde Bucal e da Assistência Odontológica. A Atenção em Saúde Bucal atendeu, de 1989 a julho de 1994, 22 mil crianças de até 14 anos de idade, que receberam orientação educativa, aplicação de flúor e escovação supervisionada. O programa era restrito à rede municipal de ensino e, em 1994, foi ampliado para as escolas estaduais, com o apoio das Policlínicas, da Secretaria Municipal de Educação, dos Módulos Regionais dos Morros e da Zona Noroeste e

da Delegacia Regional de Ensino. O custo anual para a Prefeitura era de US\$ 8 por criança atendida. Outras medidas preventivas, como a regularização dos níveis de flúor na água da Sabesp, foram aplicadas a partir de julho de 1991.

Essas ações apresentaram resultados significativos desde a implantação do programa, em 1989 até julho de 1994: o índice de dentes cariados, perdidos ou obturados na população de 12 anos era de 3,5, muito próximo ao recomendado pela OMS para o ano 2.000, que é de 3 dentes atacados por cárie. Em 1995, a média passou para cerca de 1,7 dente cariado por criança até 12 anos, enquanto a média no Estado era de 6,4 e a do país, de 6,7. A Prefeitura ampliou o atendimento de 11 mil crianças, em 1993, para 50 mil crianças, em 1996, que receberam o programa preventivo desde o primeiro estágio das escolas de educação infantil até a 8 série do 1º grau. Os agentes visitavam as escolas municipais e estaduais uma vez por semana, aplicando flúor, ensinando e incentivando a escovação. O programa também foi expandido para a rede particular de ensino.

A assistência odontológica prestava consultas e atendimentos nas policlínicas, atendendo cerca de 1.000 pacientes por dia. No Pronto-Socorro Central eram desenvolvidos serviços de diagnóstico bucal (para a detecção de câncer bucal e outras doenças), cirurgia oral menor, traumatologia buco-maxilo-facial e urgências odontológicas, com atendimento 24 horas.

A SEHIG manteve, também, um Programa Odontológico Domiciliar e um Serviço de Referência para Pacientes Especiais, que atuou no Hospital Estadual Guilherme Álvaro, atendendo portadores do vírus HIV, e em entidades assistenciais (asilos, creches, educandários), atendendo também hemofílicos e as detentas da Cadeia Feminina do 2º DP (Jabaquara). Para tanto, a Secretaria contava com cerca de 135 dentistas, 67 auxiliares de consultório dentário, 5 técnicos de higiene dental e 6 técnicos de aparelhos e instrumentos odontológicos.

## PROGRAMA DE CONTROLE DE DST/AIDS

A AIDS foi, desde o início, um dos principais problemas de saúde em Santos, pela quantidade de casos e pela gravidade da doença. De 1985 a 1995, foram realizadas 6.021 notificações, sendo 2.421 casos confirmados da doença, dos quais 97% eram adultos e 3% menores de 15 anos. A SEHIG investiu em várias frentes para enfrentar o problema. Como vimos, foram criados o Centro de Referência em AIDS, CRAIDS, a Unidade de Reabilitação Clínica e Convivência em AIDS, URCCA, Policlínica do Centro Velho, a Seção de Educação, Prevenção e Pesquisa em DST/AIDS, SEPS, na qual estava inserido o Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico, COAS.

O CRAIDS contou com uma equipe de 53 multiprofissionais formada, até julho de 1994, por, 10 médicos, 5 enfermeiros, 6 psicólogos, 2 assistentes sociais, 12 auxiliares de enfermagem e outros profissionais. O atendimento era feito integralmente em regime ambulatorial, hospital-dia, com cinco leitos e funcionamento de segunda-feira a sábado, com retaguarda laboratorial e medicamentosa, além de retaguarda social com apoio de ONGs.

A URCCA era uma unidade que acolhia pacientes doentes de AIDS, destituídos de estrutura familiar e social, em regime de internação, contando com 19 leitos. Foi criada em 1989, quando atendia a pacientes portadores assintomáticos, na sua maioria usuários de drogas, através de atendimento psicossocial.

A mudança significativa do perfil da epidemia, com o aumento do número de doentes, aliada à crise hospitalar, fez com que a unidade alterasse os critérios de admissão, dando prioridade, a partir de 92, a assistência a pacientes sintomáticos, como retaguarda de convalescência hospitalar.

A Policlínica do Centro Velho, localizada nas proximidades do Porto, em região de boates, casas de "programa" e cortiços, desenvolveu atividades específicas para os moradores do bairro. Sua prioridade era o atendimento das Doenças Sexualmente Transmissíveis, contando, inclusive, com um laboratório

próprio; trabalho educativo com prostitutas; diagnóstico e acompanhamento odontológico de portadores do vírus HIV e pacientes sintomáticos. Tornou-se também Centro de Referência Nacional para treinamento de profissionais de saúde de outras regiões do País e de teste das Normas de DST, em convênio com o Ministério da Saúde.

A Seção de Educação e Prevenção desenvolveu ações educativas, de prevenção e pesquisa com o objetivo de alterar o quadro epidemiológico da AIDS no Município, por meio de trabalhos com profissionais de saúde, voluntários de ONGs e com a população com maior risco de infecção. Além disso, o Núcleo elaborava materiais e campanhas educativas e foi responsável pela implementação de três projetos em cooperação com Organizações Internacionais, um projeto para adolescentes com a Secretaria de Educação de Santos, SEDUC, dois projetos com o Ministério da Saúde e pela assessoria técnica para a rede, secretarias municipais e prefeituras da região. O Centro de Orientação e Apoio Sorológico, COAS, ofereceu testes de HIV e Sífilis anônimos e gratuitos. Os recursos do COAS vinham do Ministério da Saúde, sendo que a Prefeitura fornecia equipamentos e recursos humanos.

A avaliação do programa feita na III Conferência Municipal de Saúde, em 1994, assinala que: "Apesar da Secretaria ter investido percentuais significativos de seu orçamento no Programa de AIDS, ainda não conseguiu modificar a situação epidemiológica da doença na cidade" (PMS/III Conferência Municipal de Saúde, 1994: 17). Existem várias explicações da SEHIG: "a primeira é que caso a Prefeitura não tivesse investido firmemente a situação poderia ser pior. A outra é que a prevenção da AIDS pressupõe mudança de comportamento, o que ocorre muito lentamente; portanto, apesar de não estarmos ainda "colhendo os frutos" de nossa intervenção educativa, estamos tendo casos de pessoas que se contaminaram ainda quando nenhum trabalho de prevenção estava sendo feito. Por último há dificuldade de se trabalhar com o problema das drogas que extrapola o campo exclusivo da saúde, tem relação direta com o crescimento do narcotráfico em escala mundial e Santos é um porto nessa rota. Apesar disso,

reconhecendo este problema, tem-se realizado encontros no Núcleo de Educação, com profissionais de diversas áreas e Secretarias Municipais objetivando a busca de alternativas conjuntas” (PMS/III Conferência Municipal de Saúde, 1994: 17).

Entretanto, em 1995, a incidência da doença caiu pela primeira vez nos últimos dez anos. Contra os 97,34 casos em cada grupo de mil habitantes em 1994, os registros indicaram 81,44 em 1995, 16,33% menor, portanto. Em 1993, houve registro de 312 óbitos, em 1994, de 306 e, em 1995, de 300. Com isso, o Programa de DST/AIDS obteve reconhecimento nacional e internacional, o que facilitou a obtenção de recursos financeiros para alguns projetos específicos.

A Prefeitura de Santos, que já distribuía remédios como o AZT e a glamaglobulina, destinou, em 1996, expressiva quantia para a distribuição do Invirase, um remédio de última geração, aprovado por órgão responsável dos Estados Unidos. Isso levou doentes de outros municípios a recorrer à Justiça para que também tivessem direito ao remédio, via ação pública. Foi sancionada em Santos - medida até então inédita no Brasil - uma lei que obriga os hospitais da cidade a manter leitos para o atendimento dos portadores do vírus HIV. E outra lei aprovada pune com multa de até R\$ 36 mil a discriminação aos portadores do vírus.

Como vimos, foi implantada em Santos uma rede de saúde com forte integração de seus serviços. Estes serviços compuseram-se de modo descentralizado, seja pela organização de módulos de saúde territorializados, seja pelo atendimento nuclear das policlínicas.

A criação desta rede, por si só, colocou à disposição da população uma maior oferta de serviços de saúde, tanto básicos como especializados, indicando, assim, uma expansão na oferta de serviços.

Paralelamente foram desenvolvidos os programas de saúde, de forma integrada a esta rede, visando ir mais além do que oferecer mais serviços, procurando, sim, fazer chegar estes serviços à população.

## 4 - O novo sistema em operação: alguns indicadores de produção e produtividade dos serviços de saúde

Examinaremos agora alguns indicadores de produção e produtividade dos serviços de saúde.

### Rede Ambulatorial

Inicialmente, observemos alguns indicadores da rede pública ambulatorial de saúde de Santos: a expansão da rede física, a evolução e composição do pessoal da área da saúde, a evolução do número de consultas e a composição e evolução do atendimento ambulatorial.

#### Evolução da rede física - 1988-1996

Como vimos, anteriormente, houve uma importante expansão da rede municipal de serviços de saúde em Santos entre 1989 e 1996. É o que podemos visualizar pela Tabela 1 abaixo. Se, em 1990, a rede municipal contava com 39 unidades de saúde, em 1996 dispunha de 53 unidades.

**Tabela 1**  
Município de Santos – Rede de Serviços de Saúde Municipais

Tipo de Unidade	1988	1990	1992	1994	1996
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>39</b>	<b>45</b>	<b>50</b>	<b>53</b>
Policlinicas	0	16	19	21	22
Centro de Saúde	9	4	3	3	2
Núcleo de Atenção Psicossocial	s/i	2	3	5	5
Centro de Reabilitação	s/i	1	1	2	2
Ambulatório Especializado	s/i	1	2	2	2
Centro de Controle de Doenças	0	4	4	4	5
Laboratório de Análises Clínicas	s/i	1	1	1	1
Centro/Unidades Especializados	s/i	7	9	9	9
Pronto-Socorro	3	3	3	3	3
Hospital Geral	0	1(*)	1(*)	0	2

Fonte: PMS/Conferência Municipal de Saúde (1990, 1992, 1994, 1996)

OBS: As informações referente ao ano de 1988 estão incompletas.

Não foram computadas as clínicas odontológicas. Mas sabe-se que todas as policlinicas oferecem serviços odontológicos.

(\*) – O hospital que está contabilizado refere-se ao Hospital Distrital de Bertioga. Entretanto, em 1993, Bertioga passou a ser um município independente de Santos (antes era Distrito), tendo o seu hospital deixado de pertencer ao município de Santos.

A rede municipal expandiu seus serviços tanto na rede básica como na especializada, sinalizando, assim, mudanças qualitativas e quantitativas em sua composição. A mudança quantitativa fica clara se observarmos, ainda na Tabela 1, que, em 1988, Santos contava com 9 unidades básicas de saúde e, em 1990, este número já havia aumentado para 20 (unidades básicas e policlínicas). Esse crescimento deveu-se à municipalização de dois centros de saúde; à transformação de seis centros de saúde em policlínicas (com reformas, ampliação de horário e do quadro de funcionários); e à criação de mais nove policlínicas. Entre 1990 e 1996, a rede de policlínicas continuou a crescer, passando de 16 para 22.

A mudança qualitativa fica evidente na identificação de novos tipos de serviços, como os Núcleos de Atenção Psicossocial, Centros e Unidades especializadas em AIDS, saúde do trabalhador, gestantes, crianças etc., resultando, assim, em aumento da oferta e alteração do perfil, o que conferiu complexidade distinta à rede de saúde municipal anterior a 1989. Na expansão e criação de uma rede especializada, destacam-se a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial, que passaram de dois, em 1990, para cinco em 1996; do Ambulatório de Especialidades, de uma unidade em 1990 para duas em 1996; e dos Centros/Unidades Especializadas (AIDS, saúde do trabalhador, gestantes etc) que passaram de sete unidades, em 1990, para nove em 1996. Outra unidade criada, a partir de 1989, como já vimos, foi o Centro de Controle de Doenças.

Na área hospitalar, houve a criação de dois hospitais gerais municipais, o Hospital e Maternidade Municipal Dr. Silvério Fontes, em 1995, e o Hospital Municipal da Zona Noroeste, em 1996.

A política de saúde de Santos antecipou a criação de laboratórios de análises clínicas e, também, a criação de unidades de apoio psicossocial e de reabilitação. De modo geral, outros municípios implantaram os mesmos serviços, mas o fizeram após o enquadramento na gestão semiplena.

“Na composição da rede física regional existem também diferenças regionais e por porte dos municípios. (...) As unidades básicas de saúde, os centros de controle de zoonoses, os laboratórios municipais de análise clínica e serviços próprios para pronto atendimento são característicos dos municípios da pesquisa da região sudeste. (...) A concentração de serviços de maior complexidade (hospitais e ambulatórios de especialidades) se dá nas capitais e nos municípios estudados da região sudeste. A maioria dos centros de apoio psicossocial e de reabilitação é inovação na rede pública, implantada com a gestão semiplena, evidenciando a incorporação das políticas, induzidas pelo Ministério da Saúde, de Saúde Mental e dos portadores de deficiência, segmentos estes frequentemente excluídos das políticas públicas” (Heimann, 1998: 31).<sup>31</sup>

Vejamos a seguir a evolução do número de funcionários municipais de saúde.

#### Evolução e composição do pessoal de saúde - 1989-1996

A Tabela 2 mostra a distribuição do pessoal da Secretaria de Higiene e Saúde, SEHIG, por categoria, entre 1989 e 1996. Podemos perceber um aumento de 116% no número de funcionários municipais (inclusive os municipalizados) entre 1989 e 1996. Se tomarmos a primeira gestão municipal, de 1989 a 1992, essa variação é de 107%. Durante a segunda gestão – 1993 a 1996 – esse crescimento é da ordem de 0,65%.

Fica claro, portanto, que foi durante a primeira gestão petista que o quadro de pessoal da SEHIG expandiu-se. Esta expansão coincide com a expansão da rede física e da oferta de serviços municipais. O estudo de Heimann (1998) também evidencia esta tendência de aumento do quadro de pessoal: “O quadro de

---

<sup>31</sup> Conclusão do relatório final da pesquisa *A descentralização do sistema de saúde no Brasil – uma proposta de investigação sobre o impacto de políticas*, coordenada pela Profa. Luíza Sterman Heimann, do NISIS-SP, em que foram investigados 12 municípios brasileiros em gestão semiplena. Os municípios estudados foram: Fortim e Quixadá (CE); Petrolina (PE); Natal (RN); Belo Horizonte e Sete Lagoas (MG); Diadema, Mauá, Santos e Votorantim (SP); Blumenau (SC); e Panabi (RS).

peçoal praticamente dobrou no período de 1992 a 1996 em todos os municípios [do estudo].” (Heimann, 1998: 23).

**Tabela 2**

Município de Santos – Distribuição do pessoal por categoria na SEHIG – 1989-1996\*

Funções/Anos	1989	1991	jan/92	dez/92	dez/93	1994	1995	1996
Acompanhante Terapêutico	s/i	s/i	9	35	20	19	20	20
Auxiliares de Enfermagem	295	331	391	615	528	550	586	586
Aux. Consultório Dentário	s/i	s/i	32	61	48	59	69	69
Dentistas	111	111	111	115	119	122	127	127
Enfermeiros	40	50	60	83	83	83	88	88
Fisioterapeutas	0	13	15	20	20	20	22	22
Fonoaudiólogos	1	10	12	15	15	15	15	15
Médicos	278	340	399	510	408	416	438	438
Motoristas	65	75	80	92	92	92	103	103
Pessoal Administrativo	104	110	120	140	144	179	204	210
Psicólogos	31	35	35	44	44	53	55	55
Terapeutas Ocupacionais	0	8	8	19	12	11	11	11
Outros	75	163	317	446	1.053	970	854	859
<b>TOTAL</b>	<b>1.000</b>	<b>1.246</b>	<b>1.589</b>	<b>2.195</b>	<b>2.586</b>	<b>2.589</b>	<b>2.592</b>	<b>2.603</b>
Func. municipalizados (serv. públicos. do INAMPS e do estado)	200	s/i	300	300	s/i	s/i	s/i	s/i
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>1.200</b>	<b>1.246</b>	<b>1.889</b>	<b>2.495</b>	<b>2.586</b>	<b>2.589</b>	<b>2.592</b>	<b>2.603</b>

Fonte: PMS/Conferência Municipal de Saúde (1990, 1992, 1994, 1996)

(\*) Inclui funcionários municipalizados e pessoal contratado pela Casa de Saúde Anchieta, sob administração da SEHIG.

É interessante perceber a distribuição dos funcionários da Secretaria de Higiene e Saúde pela rede de serviços municipais (Tabela 3). A maioria dos funcionários – 33% em dez/1992 e 32% em dez/1993 - esta alocada na rede de policlínicas, considerada a “porta de entrada principal” do sistema de saúde público local. Outra parte relevante dos funcionários está situada na rede de especialidades: 27% em 1992 e 26% em 1993. Nos laboratórios, houve um aumento de 0.16 pontos percentuais na participação relativa dos funcionários de laboratório no total destes.

Esta distribuição evidencia, mais uma vez, a importância dada, pelas administrações municipais petistas em Santos, à rede básica de serviços de saúde.

**Tabela 3**

Município de Santos – Distribuição porcentual do total de funcionários da SEHIG pela rede de serviços municipais em dez/1992 e dez/1993

Rede de Serviços Básicos	% em dez/1992	% em dez/1993
Rede de Policlínicas	33,26	32,21
Rede de Prontos-Socorros	27,05	20,06
Especialidades (mental, AIDS, AMBESP, CRAIDS, CRP e outros)	27,05	26,6
Centro de Controle de Doenças (CCD)	4	4,48
Escolas e entidades assistenciais	1,4	s/i
Laboratório	2,16	2,32
Manutenção	1,2	s/i
Atividades Meio (nutrição, unidade de avaliação e controle, Gabinete, etc)	6,01	s/i
Outros (inclui comissionados e em licença)	s/i	14,3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: dados extraídos de: Campos e Maierovicht, 1997: 29-40).

Durante o período analisado, de 1989 a 1996, como já foi dito, o município de Santos adotou mecanismos alternativos para harmonizar os padrões de gerência de recursos humanos (estadual e municipal) de acordo com sua política de pessoal. Sabe-se, por meio das entrevistas realizadas, que foi dada isonomia salarial aos funcionários municipais da saúde e aos funcionários municipalizados, o que demonstra a autonomia do nível municipal em relação à política de recursos humanos. Sabe-se também que o município elaborou e implantou um Plano de Carreira, Cargos e Salários, cumprindo a exigência da NOB/93.

Os atores entrevistados colocaram ênfase na preocupação em formar e capacitar seu pessoal através de cursos organizados pela própria SEHIG ou por meio de instituições contratadas, como a Fundação do Desenvolvimento Administrativo, FUNDAP, e a Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP.

Vejamos, a seguir, a expansão das consultas.

### Evolução do número de consultas - 1989-1991

As Tabelas 4 e 5 nos mostram a expansão das consultas nas unidades que compõem a rede municipal de saúde. Podemos perceber, pela Tabela 4, a participação das consultas da rede básica, de prontos-socorros e de especialidades no total das consultas da rede de serviços de saúde. É interessante observar que enquanto as consultas da rede básica aumentam sua participação relativa nas consultas totais, de 40%, em 1988, para 55%, em 1996, o inverso ocorre com a participação das consultas dos prontos-socorros, que caem de 55% em 1988, para 33%, em 1996, indicando uma maior resolutividade das policlínicas.

**Tabela 4**

Município de Santos – Distribuição das Consultas nas unidades da rede municipal de saúde (número absoluto e participação no total): 1988-1991

Consultas/Unidades	1988	%	1989	%	1990	%	1991	%
Consultas da Rede Básica	161.918	40	279.285	46	584.729	56	539.904	55
Consultas de Prontos-Socorros	224.012	55	283.809	47	372.546	36	326.455	33
Consultas de Especialidades	18.978	5	46.022	8	88.012	8	116.231	12
<b>Total das Consultas</b>	<b>404.908</b>	<b>100</b>	<b>609.116</b>	<b>100</b>	<b>1.045.287</b>	<b>100</b>	<b>982.590</b>	<b>100</b>
Exames de Laboratórios	34.953		71.360		215.092		246.054	
Total das Consultas e exames	439.861		680.476		1.260.379		1.228.644	

Fonte: PMS/Conferência Municipal de Saúde (1990, 1992, 1994, 1996)

OBS (1): **Rede Básica:** consultas de crianças, consultas de mulheres, consultas de adultos, consultas especializadas (rede), produção de saúde mental (NAPS I e II e Anchieta), consultas Med. SERCOPRA;

**Prontos-Socorros:** total de atendimentos de Urgência e Emergência;

**Especialidades:** NIS, Casa da Gestante, CASA, SERPEM, produção de saúde mental, consultas especializadas, foniatria, terapias especializadas;

**Laboratórios:** exames das policlínicas C. Grande, Centro Velho, exames do Laboratório Central, exames do Hospital Distrital de Bertoga.

OBS(2): Em 1991, com a implantação do SIA-SUS, vários procedimentos, sobretudo aqueles de caráter preventivo, deixaram de ser computados, por não terem se adequados às tabelas de procedimentos do INAMPS. Esse fato explica a redução da produção em vários serviços em relação ao ano de 1990.

A Tabela 5, por sua vez, mostra a taxa de crescimento das consultas e exames em relação a 1988. As consultas da rede básica de saúde municipal tiveram um crescimento de 233%. O mesmo acontece com as consultas da rede de especialidades, que cresceram 512% entre 1988 e 1991. Os exames laboratoriais também tiveram um crescimento relevante – de 604% - no mesmo período, indicando um apoio-diagnóstico mais eficiente.

**Tabela 5**

Município de Santos – Crescimento das consultas nas unidades da rede municipal de saúde (1988=100): 1988-1991

Consultas/Unidades	1988	1989	1990	1991
Consultas da Rede Básica	100	172	361	333
Consultas de Prontos-Socorros	100	127	166	146
Consultas de Especialidades	100	243	464	612
Total das Consultas	100	150	258	243
Exames de Laboratórios	100	204	615	704
Total das Consultas e exames	100	155	287	279

Fonte: PMS/Conferência Municipal de Saúde (1990, 1992, 1994, 1996)

Vamos observar, a seguir, a composição da oferta de procedimentos ambulatoriais da rede pública global de serviços.

#### Composição e evolução do atendimento ambulatorial - julho de 1994-1996

A Tabela 6 mostra a evolução da produção ambulatorial por tipo de prestador, entre julho de 1994 e 1996. Fica claro que a rede pública, em especial a rede municipal, expandiu sua produção ambulatorial, entre 1995 e 1996, enquanto a rede privada, seguindo a direção contrária, teve sua produção ambulatorial contraída. Em 1995, a produção ambulatorial da rede privada foi de 1,4 milhão e, em 1996, caiu para 941 mil. Já a produção ambulatorial da rede municipal cresceu de 4,5 milhões, em 1995, para 4,6 milhões em 1996, um crescimento tímido mas significativo.

**Tabela 6**

Município de Santos - Produção Ambulatorial  
por Tipo de Prestador: julho de 1994 -1996

Tipo Prestador/Ano	Julho/Ago 1994	1995	1996
<b>TOTAL</b>	<b>3.042.628</b>	<b>6.932.020</b>	<b>6.436.257</b>
Privados	77.918	124.140	122.636
Filantropicos	518.734	908.659	591.150
Sindicais	92.696	404.517	227.358
<i>Total Privado</i>	<i>689.348</i>	<i>1.437.316</i>	<i>941.144</i>
Ministério da Saúde	397.785	553.906	0
Estaduais	173.555	385.102	808.030
Municipais	1.781.940	4.555.696	4.687.083
<i>Total Público</i>	<i>2.353.280</i>	<i>5.494.704</i>	<i>5.495.113</i>

Fonte: Datasus – Internet- 1998

As informações coletadas permitem, então, destacar as principais tendências de evolução da rede ambulatorial:

a) A rede municipal expandiu seus serviços tanto na rede básica como especializada, sinalizando, assim, mudanças qualitativas e quantitativas na composição da rede municipal de serviços públicos;

b) Verificou-se forte expansão da rede municipal de saúde, acompanhada pela expansão da oferta de consultas;

c) Cresce significativamente a participação relativa dos serviços ambulatoriais, tanto básicos como especializados, na composição da oferta de serviços da rede pública em Santos, sendo que a rede municipal expandiu sua produção ambulatorial, entre 1995 e 1996, ao passo que, inversamente, a rede privada teve sua produção ambulatorial contraída.

Vejamos agora alguns indicadores da rede hospitalar.

### Rede Hospitalar

Observemos agora alguns indicadores da rede pública hospitalar de saúde: evolução do número de leitos e de internações hospitalares por mil habitantes; e evolução do número de AIHs.

### Número de Leitos - 1993-1996

A Tabela 7 indica a evolução do número de leitos por mil habitantes entre 1993 e 1996. Podemos observar, por um lado, uma redução significativa na oferta de leitos dos estabelecimentos privados - caindo 14% entre 1993 e 1996 – e, por outro, um aumento na oferta de leitos nos estabelecimentos públicos, 14% para o mesmo período.

Como vimos anteriormente, o município de Santos passou por uma crise hospitalar, com diminuição na oferta de leitos, em decorrência, principalmente, do descredenciamento de hospitais. De fato, a Tabela 7 mostra que, entre 1993 e 1996, o número de leitos totais por mil habitantes caiu 10%. Esta queda deveu-se, sobretudo, à diminuição do número de leitos contratados por mil habitantes, que teve uma redução de 48% no mesmo período. Entretanto, um aumento de 8% no número de leitos filantrópicos amenizou um pouco esta queda. Mas foi o acentuado aumento de leitos nos estabelecimentos municipais que contribuiu para que a queda do número de leitos totais não fosse ainda maior. Este aumento foi de 200% entre 1993 e 1996.

**Tabela 7**

Município de Santos – Número de leitos por mil habitantes e taxa de crescimento (1993=100) - 1993-1996

Natureza/Ano	1993		1994		1995		1996	
	LMH	Tx. Cres.	LMH	Tx. Cres.	LMH	Tx. Cres.	LMH	Tx. Cres.
<b>TOTAL</b>	<b>4,9</b>	<b>100</b>	<b>4,9</b>	<b>100,0</b>	<b>4,2</b>	<b>86</b>	<b>4,4</b>	<b>90</b>
Contratado	1,8	100	1,8	100,0	1,0	56	1,0	56
Filantrópico	2,4	100	2,4	100,0	2,6	108	2,6	108
<i>Total Privado</i>	<i>4,2</i>	<i>100</i>	<i>4,2</i>	<i>100,0</i>	<i>3,6</i>	<i>86</i>	<i>3,6</i>	<i>86</i>
Estadual	0,5	100	0,5	100,0	0,5	100	0,5	100
Municipal	0,1	100	0,2	200,0	0,1	100	0,3	300
<i>Total Público</i>	<i>0,7</i>	<i>100</i>	<i>0,7</i>	<i>100,0</i>	<i>0,7</i>	<i>100</i>	<i>0,8</i>	<i>114</i>

Fonte: Datasus – Internet- 1998

OBS: LMH = Leitos por Mil Habitantes

Tx Cres. = Taxa de Crescimento dos Leitos por Mil Habitantes

A mesma tendência pode ser observada ao analisarmos as internações hospitalares e o número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH)<sup>32</sup>. Vejamos as Tabelas 8 e 9.

Podemos perceber, pela Tabela 8, uma redução global no número de internações hospitalares por mil habitantes: de 104, em 1992 para 83, em 1996, o que significa uma queda de 20%. Isto ocorreu devido à diminuição das internações na rede de serviços contratada pelo SUS. Se em 1993 havia 65 internações por mil habitantes na rede contratada, em 1996 ocorreram 2 internações por mil habitantes, uma queda significativa de 97%. Por outro lado, as internações da rede municipal expandiram-se 800%: em 1993 ocorriam 2 internações por mil habitantes e, em 1996, 18.

**Tabela 8**

Município de Santos - Internações Hospitalares por mil habitantes e taxa de crescimento (1992=100)- 1992-1996

Natureza/Ano	1992		1993		1994		1995		1996	
	IHMH	Tx CRES.	IHMH	Tx CRES.	IHMH	Tx CRES.	IHMH	Tx CRES.	IHMH	Tx CRES.
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>	100	<b>110</b>	106	<b>99</b>	95	<b>101</b>	97	<b>83</b>	80
Contratado	65	100	3	5	2	3	1	2	2	3
Filantropico	24	100	92	383	77	321	73	304	51	213
<i>Total Privado</i>	90	100	94	104	79	88	73	81	53	59
Estadual	13	100	14	108	13	100	16	123	12	92
Municipal	2	100	2	100	6	300	11	550	18	900
<i>Total Público</i>	15	100	16	107	20	133	27	180	30	200

Fonte: Datasus - Internet- 1998

OBS: IHMH = Internações Hospitalares por Mil Habitantes

Tx Cres. = Taxa de Crescimento das Internações Hospitalares por Mil Habitantes

A Tabela 9 mostra essa mesma tendência: redução global, desta vez, no número de AIHs. Foram pagas à rede contratada pelo SUS, em 1993, 28 mil AIHs, enquanto, em 1996, foram pagas somente 704, o que significou uma queda brutal de 98%. Em contrapartida, à rede municipal foram pagas 718 AIHs em 1993, e, em 1996, este número subiu para 7.387, 929% maior.

<sup>32</sup> As internações e as AIHs não são coincidentes. Na verdade, uma internação pode requerer mais do que uma AIH devido ao tempo de permanência no hospital.

**Tabela 9**

Município de Santos – Número de AIHs pagas por Natureza e Taxa de Crescimento - 1992-1996

Natureza/ Ano	1992		1993		1994		1995		1996	
	AIH	Tx Cres.								
<b>Total</b>	<b>45.358</b>	100	<b>46.185</b>	102	<b>41.285</b>	91	<b>41.910</b>	92	<b>34.155</b>	75
Contratado	28.727	100	1.536	5	969	3	579	2	704	2
Filantropico	10.339	100	38.158	369	32.113	311	29.990	290	21.117	204
<i>Total Privado</i>	<i>39.066</i>	100	<i>39.694</i>	102	<i>33.082</i>	85	<i>30.569</i>	78	<i>21.821</i>	56
Estadual	5.574	100	5.741	103	5.592	100	6.689	120	4.947	89
Municipal	718	100	750	104	2.611	364	4.652	648	7.387	1029
<i>Total Público</i>	<i>6.292</i>	100	<i>6.491</i>	103	<i>8.203</i>	130	<i>11.341</i>	180	<i>12.334</i>	196

Fonte: Datasus – Internet- 1998

OBS: AIH = Autorização de Internação Hospitalar

Tx Cres. = Taxa de Crescimento das AIHs.

Segundo o relatório final da pesquisa coordenada pela Profa. Luiza Heimann, esta é uma tendência geral:

“Em todos os municípios houve redução das internações entre 1994 e 1996 (...) Várias hipóteses podem ser apontadas para a explicação desta ocorrência. Uma delas é a determinação do Ministério da Saúde em 1995 que, baseado em avaliações realizadas, definiu o parâmetro para internações no âmbito do SUS em 8% da população por ano. Outra pode ser decorrente de um maior controle e avaliação, por parte dos gestores municipais, dos serviços de atenção hospitalar, reduzindo fraudes e internações desnecessárias, conforme apontado pelos ex Secretários Municipais entrevistados. Outra possibilidade, ainda, seria que a extensão da cobertura ambulatorial básica, especializada e de urgência e emergência, teria acarretado maior resolutividade e consequente diminuição da necessidade de internações.” (Heimann, 1998: 33)

Em Santos, observou-se maior resolutividade dos serviços de atenção básica e especializada, diminuindo, assim, a necessidade de internações. Também é certo que o combate às fraudes levou a uma aplicação mais eficiente dos recursos destinados à assistência hospitalar<sup>33</sup>.

Assim, as principais tendências que pudemos constatar por meio dos dados da rede hospitalar foram:

<sup>33</sup> Foi o que apontou David Capistrano Filho na entrevista concedida.

a) redução significativa na oferta de leitos por mil habitantes, com queda dos leitos em estabelecimentos privados (principalmente nos contratados), e, por outro lado, aumento na oferta de leitos nos estabelecimentos públicos (principalmente nos municipais);

b) redução significativa no número de internações hospitalares por mil habitantes, com queda das internações em estabelecimentos privados (principalmente os contratados), e, por outro lado, aumento das internações em estabelecimentos públicos (principalmente os municipais);

c) redução significativa no número de AIHs pagas, com queda daquelas provenientes dos estabelecimentos privados (principalmente nos contratados), e, por outro lado, aumento das mesmas referentes aos estabelecimentos públicos (sobretudo os municipais);

## **Indicadores de Desempenho**

Vejamos, finalmente, alguns indicadores de desempenho: de eficiência técnica e de eficiência social.

### **Indicadores de Eficiência Técnica**

Vamos destacar dois tipos de indicadores de eficiência técnica: a taxa de mortalidade infantil e a taxa de incidência e letalidade da AIDS.

A Tabela 10 indica a evolução da taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos entre 1985 e 1997, para o Estado de São Paulo e município de Santos. Para ambos, a partir de 1990, a taxa de mortalidade inicia uma trajetória de queda até 1997. A taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos era de 31,41 para o Estado de São Paulo, em 1990, e de 21,6 em 1997. Houve uma significativa queda, de 45,4%, entre 1990 e 1997. Já para Santos, em 1990 a taxa era de 36,15, caindo para 21,52 em 1997. Houve, portanto, uma variação negativa de 68% na taxa de mortalidade infantil em Santos no período.

**Tabela 10**

Estado de São Paulo e Município de Santos - Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos: 1985-1997

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
SP	36,35	36,19	33,81	33,94	30,92	31,41	27,05	26,78	26,19	25,26	24,58	22,74	21,6
Santos	33,63	28,52	30,99	27,65	31,12	36,15	31,23	29,46	27,17	26,13	26,14	25,53	21,52

Fonte: Seade - Internet, 1998.

A tendência de queda na taxa de mortalidade infantil verificou-se tanto no Estado de São Paulo como no município de Santos. Entretanto, vimos que a variação negativa da taxa em Santos, entre 1990 e 1997, de 68%, foi bem maior do que no Estado de São Paulo, de 45,4%. Portanto, para além da tendência geral de queda da taxa de mortalidade, outros fatores podem ter contribuído para que esta queda, em Santos, fosse maior. Dentre estes fatores, estão, certamente, a eficácia dos programas desenvolvidos pela Secretaria de Higiene e Saúde, tais como o Programa do Recém-Nascido de Risco e o Programa de despoluição das praias, através da canalização de esgotos.

As Tabelas 11 e 12 revelam outro indicador de desempenho, relacionado ao programa de DST/AIDS desenvolvido pelo município. Como já foi dito, a AIDS revelou-se um dos problemas mais graves de saúde, não só em Santos, mas no mundo todo. Entretanto, Santos, já considerada a "capital mundial" da AIDS, atualmente não recebe mais esta classificação. Podemos observar, pela Tabela 11, que, desde 1991, o coeficiente de incidência de AIDS, por mil habitantes, aumentou, chegando a 97,34% em 1994. Entretanto, tal tendência se reverte em 1995, quando a incidência cai para 81,44, 15% menor.

**Tabela 11**

Município de Santos - Coeficiente de incidência por mil habitantes. 1991-1995

ANO	Coeficiente de Incidência
1991	73
1992	86,76
1993	91,67
1994	97,34
1995	81,44

Fonte: PMS/Conferência Municipal de Saúde (1994, 1996).

Já a Tabela 12 indica que a taxa de letalidade anual dos pacientes com AIDS caiu entre 1993 e 1995. Em 1993, essa taxa era de 43,5%; em 1994 era de 37,6% e em 1995 de 35,4%.

**Tabela 12**

Santos - Taxa de letalidade anual dos pacientes HIV positivo

Ano	Taxa
1993	43,5%
1994	37,6%
1995	35,4%

Fonte: PMS/Conferência Municipal de Saúde (1992, 1994, 1996).

Os dois indicadores evidenciam duas dimensões bem sucedidas da política de saúde de Santos e estão diretamente ligados ao programa desenvolvido para combater a AIDS. Primeiro, e mais difícil de se lograr, foi que menos pessoas foram infectadas e, segundo, as pessoas infectadas estão vivendo mais tempo.

É difícil medir o quanto a eficiência revelada pelos indicadores está associada à descentralização ocorrida na política de saúde no município de Santos. Entretanto, sabemos que estes programas citados foram desenvolvidos numa rede descentralizada, o que pode ter contribuído para sua eficácia.

#### Indicadores de Eficiência Social

Vejamos alguns indicadores de eficiência social, coletados para a pesquisa "Avaliação da Descentralização das Políticas Sociais no Brasil: Saúde e Educação Fundamental", coordenada pela Profa. Sônia M. Draibe em 1996, sintetizados no Quadro 1.

Podemos constatar, pelo Quadro 1, que houve uma maior autonomia das autoridades municipais envolvidas com a prestação de assistência médico-sanitária, bem como uma maior satisfação dos usuários e maior participação social nos programas descentralizados. Entretanto, como aponta o estudo, "Matéria bem mais complexa é examinar em que medida àqueles resultados

[Quadro 1] associam-se também indicadores de aumento da eficiência e de equidade da prestação de serviços de educação e saúde” (Draibe, 1997: 94).

#### Quadro 1

Município de Santos: Indicadores de Eficiência Social. 1996

1 – INDICADORES DE EFICIENCIA SOCIAL	SANTOS
Melhorou o grau de satisfação do usuário em relação à qualidade do sistema de saúde	SIM
Melhorou o grau de satisfação dos diretores de hospital ou PS em relação às condições de gestão descentralizada	SIM
Novos canais de participação dos usuários	Conselho Municipal <sup>34</sup>
Modelo de gestão em que está enquadrado	Semiplena
Existe mais autonomia:	
• Contratação de pessoal	SIM
• Elaboração de programas	SIM
• Gasto	SIM
• Inovações de hospitais ou PS	SIM

Fonte Primária: Entrevistas. Extraído de Draibe (1997).

Em relação à satisfação do usuário, “ainda que tenha sido detectada uma genérica reclamação quanto a demoras, é quase unânime o reconhecimento de que houve melhoras na cobertura e na qualidade dos serviços de saúde” (Draibe, 1997:99). E, em Santos, esta satisfação é alta com relação ao melhor atendimento, principalmente pelo seu caráter integrado, completo e ágil.

<sup>34</sup> O Conselho Municipal de Saúde de Santos é anterior à NOB/93 e à entrada do município na gestão semiplena. Contudo foi na gestão semiplena que foi instituída a paridade e a eleição para presidente.

## CONCLUSÃO

No município de Santos, durante os anos que vão de 1989 a 1996, as administrações de Telma de Souza (1989-1992) e David Capistrano Filho (1993-1996) conseguiram estruturar um sistema de saúde avançado, guiado pelos princípios que animaram o “Movimento Sanitarista” e que, em boa medida, foram incorporados pela Constituição Federal de 1988 e pelo Sistema Único de Saúde, SUS.

O êxito foi tão mais significativo quanto nos lembramos de que o ponto de partida era precário: um sistema de saúde obsoleto, originado na década de 40.

É claro que, para ele, foram decisivas as mudanças tributárias da Nova Carta, que elevaram as receitas municipais, aliadas, é verdade, a um grande esforço fiscal realizado pelo município. Mas o crucial é que aquelas administrações deram clara prioridade ao Gasto Social e, mais especificamente, ao Gasto com Saúde. Pois o certo é que, se muitas Prefeituras tiveram a sua receita acrescida e tomaram outros rumos em relação à estrutura do gasto, Santos chegou a um patamar de gastos com saúde muito superior à média dos municípios brasileiros. O que nos leva a engrossar o coro dos que entendem que a política de descentralização da saúde exigiria também a fixação constitucional de uma porcentagem da receita a ser aplicada no gasto com saúde. O estudo de caso de Santos sugere que uma porcentagem em torno de 10 a 12% seria adequada.

É natural que Santos tenha encontrado certas facilidades na montagem de seu sistema de saúde. Uma liderança experiente, David Capistrano Filho, que havia tido uma participação ativa no Movimento Sanitarista e que já fora Secretário de Saúde de Bauru; possibilidades de recrutamento de pessoal médico e paramédico facilitada por ser uma cidade média, próxima a São Paulo, que possuía tanto escolas técnicas quanto faculdades de medicina.

No primeiro momento, sem dúvida, as transferências voluntárias da União se mantiveram, apesar da crise financeira do SUS e da oposição do Governo Municipal tanto ao Governo Fleury quanto ao Governo Collor. Em boa medida, isto se deveu ao apoio da burocracia federal da área da saúde, mobilizado pela competência técnica municipal, tanto para a elaboração de Programas de Saúde inovadores, como os Programas de DST/AIDS, de Saúde Mental, de Vigilância do Recém-Nascido de Risco, quanto na ênfase dada aos serviços de atenção básica e preventiva, tendo as policlínicas como a "porta de entrada" ao sistema de saúde local.

A montagem do novo sistema terminou exatamente pouco antes das mudanças de orientação do SUS (NOB/93), na direção da volta à política original de descentralização. Santos pôde, assim, dar o passo adiante ingressando no sistema de gestão semiplena. Ao que tudo indica, os recursos destinados à assistência hospitalar foram aplicados pelo município com maior eficiência. No entanto, ainda aqui, é preciso convir que a simples transferência do comando de recursos não significa, por si só, como imaginam os municipalistas, mais economicidade no seu emprego. Tudo nos leva, agora, a nos perfilarmos aos que defendem firmemente a necessidade de uma política nacional fundada em normas estritas. Fica também a constatação da pequena participação financeira e de coordenação do Governo do Estado de São Paulo, extremamente necessária, especialmente, numa região metropolitana.

**ANEXO 1**

Tabela 1A

Município de Santos - Evolução das Receitas e Despesas - 1987-1996 (Números Absolutos)

Em US\$ 1.000,00 médios de 1995

INDICADOR	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Receita Total	139.795	126.814	160.164	169.156	205.737	193.188	161.982	188.993	285.276	303.316
Receita Total (exceto oper. crédito)	133.578	117.683	160.164	168.423	205.228	192.601	161.982	188.993	285.276	303.316
Receita Corrente	120.800	115.633	160.155	167.767	204.333	191.922	146.669	188.766	281.634	298.136
IPTU	19.190	12.835	4.750	8.444	28.803	30.316	15.556	29.747	49.574	75.862
ISS	37.066	39.719	36.598	36.956	40.713	39.534	29.295	36.560	53.151	57.849
ITBI + IVVC	-	-	5.910	6.916	10.613	11.507	6.744	6.751	8.350	6.804
Taxas	11.579	7.764	6.375	7.188	20.841	22.007	11.783	16.564	24.441	19.048
FPM	5.434	5.313	5.463	6.993	5.800	4.257	6.196	5.631	7.145	7.161
Convênio-SUS					4.824	5.677	3.872	6.550	31.626	34.041
Cota-parte IPVA	1.961	1.333	840	1.845	5.099	2.614	1.853	2.620	13.200	16.342
Cota-parte ICMS	39.491	34.612	64.876	76.283	61.487	54.381	53.287	51.705	68.189	56.633
Convênio SUDS				5.245	718	30	53	3		34
Despesa Total	155.877	138.244	182.854	213.295	251.539	246.922	205.389	228.436	286.746	357.721
Despesa Total (exceto juros)	154.278	136.578	179.357	207.965	248.877	245.161	195.927	221.903	274.830	346.151
Despesa Correntes (exceto juros)	122.604	101.517	163.936	194.869	225.902	226.828	185.025	205.986	244.755	312.657
Pessoal	73.776	57.465	109.056	123.550	135.403	142.595	101.691	95.812	126.648	132.127
Investimentos	31.673	35.061	15.420	13.096	22.975	18.333	10.901	15.917	30.075	33.494
Despesa Social	73.876	53.358	94.005	108.251	117.772	124.520	101.290	114.111	189.858	227.296
Despesa c/ saúde e saneamento	9.979	7.785	19.830	20.211	27.487	35.172	27.214	38.835	81.785	71.008
Déficit ou Superávit Primário									10.446	
	(20.699)	(18.895)	(19.193)	(39.542)	(43.649)	(52.560)	(33.944)	(32.909)		(42.835)
Serviço da Dívida										
	(1.598)	(1.666)	(3.497)	(5.330)	(2.661)	(1.760)	(9.461)	(6.532)	(11.915)	(11.570)
Déficit ou Superávit Público										
	(22.298)	(20.561)	(22.690)	(44.872)	(46.311)	(54.321)	(43.406)	(39.442)	(1.469)	(54.405)
Hiato de Recursos										
	(16.082)	(11.429)	(22.690)	(44.139)	(45.802)	(53.733)	(43.406)	(39.442)	(1.469)	(54.405)

Fonte: Balanços Municipais de Santos

Tabela 1B

Município de Santos - Evolução das Receitas e Despesas - 1987-1996 (Taxa de Crescimento 1989 =100)

INDICADOR	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Receita Total	87,3	79,2	100	105,6	128,5	120,6	101,1	118,0	178,1	189,4
Receita Total (exceto oper. crédito)	83,4	73,5	100	105,2	128,1	120,3	101,1	118,0	178,1	189,4
Receita Corrente	75,4	72,2	100	104,8	127,6	119,8	91,6	117,9	175,9	186,2
IPTU	404,0	152,0	100	177,8	606,4	638,2	327,5	626,3	1.043,7	1.597,1
ISS	101,3	108,5	100	101,0	111,2	108,0	80,0	99,9	145,2	158,1
ITBI + IVVC	-	-	100	117,0	179,6	194,7	114,1	114,2	141,3	115,1
Taxas	181,6	121,8	100	112,8	326,9	345,2	184,8	259,8	383,4	298,8
FPM	99,5	97,3	100	128,0	106,2	77,9	113,4	103,1	130,8	131,1
Convênio-SUS	-	-	-	-	100,0	117,7	80,3	135,8	655,6	705,7
Cota-parte IPVA	233,5	158,7	100	219,6	607,0	311,2	220,6	311,9	1.571,4	1.945,5
Cota-parte ICMS	60,9	53,4	100	117,6	94,8	83,8	82,1	79,7	105,1	87,3
Convênio SUDS	-	-	-	100,0	13,7	0,6	1,0	0,1		0,6
Despesa Total	85,2	75,6	100	116,6	137,6	135,0	112,3	124,9	156,8	195,6
Despesa Total (exceto juros)	86,0	76,1	100	116,0	138,8	136,7	109,2	123,7	153,2	193,0
Despesa Correntes (exceto juros)	74,8	61,9	100	118,9	137,8	138,4	112,9	125,7	149,3	190,7
Pessoal	67,6	52,7	100	113,3	124,2	130,8	93,2	87,9	116,1	121,2
Investimentos	205,4	227,4	100	84,9	149,0	118,9	70,7	103,2	195,0	217,2
Despesa Social	78,6	56,8	100	115,2	125,3	132,5	107,7	121,4	202,0	241,8
Despesa c/ saúde e saneamento	50,3	39,3	100	101,9	138,6	177,4	137,2	195,8	412,4	358,1
Déficit ou Superávit Primário	107,8	98,4	100	206,0	227,4	273,8	176,9	171,5		223,2
Serviço da Dívida	45,7	47,6	100	152,4	76,1	50,3	270,5	186,8	340,7	330,9
Déficit ou Superávit Público	98,3	90,6	100	197,8	204,1	239,4	191,3	173,8	6,5	239,8
Híato de Recursos	70,9	50,4	100	194,5	201,9	236,8	191,3	173,8	6,5	239,8

Fonte: Balanços Municipais de Santos

## **ANEXO 2 - Distribuição dos serviços e equipamentos por módulos regionais de saúde no município de Santos em 1996**

### **MÓDULO DO CENTRO**

Ambulatório de Especialidades Médicas  
Serviço de Perícias Médicas  
Centro de Saúde Martins Fontes  
Centro de Referência em AIDS  
Centro de Valorização da Criança  
Núcleo de Atenção Psicossocial  
Policlínica do Centro Velho  
Policlínica da Vila Mathias  
Unidade de Saúde dos Trabalhadores do Porto  
Policlínica Conselheiro Nébias

### **MÓDULO DA ORLA**

Policlínica da Aparecida  
Policlínica do Campo Grande  
Policlínica do Embaré  
Policlínica do Gonzaga  
Casa da Gestante  
Unidade de Retaguarda Clínica e Convivência em AIDS  
Policlínica Ponta da Praia  
Centro de Valorização da Criança  
Núcleo de Atenção Psicossocial da Aparecida  
Unidade de Reabilitação Psicossocial  
Centro de Práticas Alternativas de Saúde  
Pronto-Socorro do Macuco  
Seção de Reabilitação e Fisioterapia

### **MÓDULO DOS MORROS**

Policlínica do Jabaquara  
Policlínica do José Menino  
Núcleo de Atenção Psicossocial da Vila Belmiro  
Policlínica do Marapé  
Policlínica do Morro Nova Cintra  
Policlínica do Morro São Bento  
Policlínica do Valongo  
Núcleo de Atenção Psicossocial do Marapé

## MÓDULO DA ZONA NOROESTE

Centro de Saúde Areia Branca  
Ambulatório de Especialidades Médicas  
Policlínica da Alemoa/Chico de Paulo  
Policlínica do Bom Retiro  
Policlínica do Jardim Rádio Clube  
Policlínica do Jardim São Manuel/ J. Piratininga  
Policlínica da Vila São Jorge/ Caneleira  
Pronto-Socorro Zona Noroeste  
Núcleo de Atenção Psicossocial da Zona Noroeste

## DEPARTAMENTO DE CENTRO DE CONTROLE DE DOENÇAS

Centro de Referência do Trabalhador  
Centro de Controle de Zoonoses  
Seção de Epidemiologia  
Seção de Fiscalização  
Seção de Pesquisa em Saúde  
Centro de Controle de Intoxicações

## SECRETARIA DA HIGIÊNE E SAÚDE

Hospital e Maternidade Municipal Dr. Silvério Fontes  
Pronto-Socorro Central  
Laboratório  
Hospital da Zona Noroeste

## BIBLIOGRAFIA:

AFONSO, José Roberto Rodrigues. (1994) *Descentralização Fiscal na América Latina: Estudo de Caso do Brasil*. Santiago do Chile, Nações Unidas/CEPAL (Projeto Regional de Descentralização Fiscal), Série Política Fiscal, nº 61, julho.

AGHÓN, Gabriel. (1993) "Descentralización Fiscal: marco conceptual". *Série Política Fiscal*. nº 44, Santiago de Chile, CEPAL.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. (1996) "Federalismo e Políticas Sociais". In: Rui Affonso e Pedro Luiz Barros Silva (orgs.). *Descentralização e Políticas Sociais*, São Paulo, FUNDAP/Editora Unesp, pp. 13 - 40.

ARRETCHE, Marta T. S.(1996) "O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas sociais". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, nº 31, ano 11, junho.

ARRETCHE, Marta. (1998) *O Processo de Descentralização das Políticas Sociais no Brasil e seus Determinantes*. Tese de Doutorado. Campinas, IFCH/UNICAMP.

BID. Eduardo Wiesner. (1994) "Special report: fiscal decentralization / the search for equity and efficiency". *Economic Social Progress in Latin America Report*.

BOISER, Sérgio et alii. (1994) "La descentralización: el eslabón perdido de la cadena de transformación productiva con equidad y sustentabilidad". In: José Luis Curbelo et alii. *Territorios en transformación (Análisis y Propuestas)*. Madrid, Fondo Europeo de Desarrollo Regional (Colección: Politeya - Estudios de Economía y Sociedad).

CAMPOS, Florianita e MAIEROVITCH, Cláudio (orgs.). (1997) *Contra Maré à Beira-Mar: A Experiência do SUS em Santos*. São Paulo, Hucitec.

CAPISTRANO, David. (1997) "Sempre vale a pena ser governo?". In: Florianita Campos e Cláudio Maierovitch (orgs.). *Contra Maré à Beira-Mar: A Experiência do SUS em Santos*. São Paulo, Hucitec, pp. 15-20.

CARCIOFFI, Ricardo (coord.) et alii. (1995) *Descentralización y financiamiento de la educación y la salud: las experiencias de Argentina y Chile*. Santiago, CEPAL/UNICEF.

CARNEIRO, Fernando Ortega de Souza. (1998) "Dimensão Fiscal da Descentralização". In: Marta Arretche e Vicente Rodriguez (orgs.). *Descentralização das Políticas Sociais no Estado de São Paulo*. São Paulo, Edições Fundap, pp. 67-103.

*CENÁRIOS da Urbanização Paulista - Regiões Administrativas*. (1992) São Paulo, Secretaria de Planejamento e Gestão do Governo do Estado de São Paulo/Fundação Seade (Coleção São Paulo no Limiar do Século XX), vol. 7.

*CLASSIFICAÇÕES Orçamentárias* (1983), São Paulo, Fundação Prefeito Faria Lima/CEPAM - 4ª edição.

DARCY E ALCAZAR, Mauricio B. (1986) *Décentralization en France et en Espagne*. Paris, Economica, pp. 3-29, 169-178.

DATASUS. (1998) Internet: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br).

DRAIBE, Sônia M. (1997) *Avaliação da Descentralização das Políticas Sociais no Brasil: Saúde e Educação Fundamental*. Campinas, NEPP/UNICAMP (Relatório Final do Projeto: Estudios de Descentralización de Servicios Sociales. División de Desarrollo Económico).

DRAIBE, Sônia M. (1998) *Brasil, Anos 90: As Políticas Sociais no Marco das Reformas Estruturais*. (mimeo).

DRAIBE, Sônia M. e AURELIANO, Liana. (1989) "As especificidades do Welfare State Brasileiro". In: *A Política Social em Tempo de Crise: Articulação Institucional e Descentralização*. Brasília, Ministério da Previdência e Assistência Social/CEPAL, vol I.

HEIMANN, Luiza (coord.). (1998) *A Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil – Uma Proposta de Investigação sobre o Impacto de Políticas*. Internet: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br).

IBGE. (1998). Internet: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br).

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Avançada. (1996) *Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas*. (Texto para Discussão). Brasília, fevereiro, nº 401.

IPEA/DIPOS. (1998) *Dimensionamento e Acompanhamento do Gasto Social Federal*. (Texto para Discussão). Brasília, nº 547.

JUNQUEIRA, L. e INOJOSA, R. M. (1990) "Descentralização do Modelo de Prestação dos Serviços de Saúde em São Paulo". *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, 24 (4), ago./out.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. (1997) "Em Busca da Cidadania". In: Florianita Campos e Cláudio Maierovitch (orgs.). *Contra Maré à Beira-Mar: A Experiência do SUS em Santos*. São Paulo, Hucitec, pp. 67-77.

LEI N° 4.320 de 17 de março de 1964. (1992) São Paulo, Atlas (Manual de Legislação Atlas).

LEVCOVITZ, Eduardo. (1997) *Transição x Consolidação: O Dilema Estratégico da Construção do SUS. Um Estudo sobre as Reformas da Política Nacional da Saúde – 1974/1996*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, UERJ/IMS.

MAIEROVICHT, Cláudio e VILELA, Maria Filomena de Gouveia. (1997) "Centro de Controle de Doenças: Prevenindo Mazelas". In: Florianita Campos e Cláudio Maierovitch (orgs.). *Contra Maré à Beira-Mar: A Experiência do SUS em Santos*. São Paulo, Hucitec, pp:208-228.

MÉDICI, André C. (1996) "Descentralização e Gastos de Saúde no Brasil". In: Rui Affonso e Pedro Luiz Barros Silva (orgs.). *Descentralização e Políticas Sociais*, São Paulo, FUNDAP/Editora Unesp, pp.297-376.

MÉDICI, André C. e MACIEL, Marco Cícero M. P. (1996) "A Dinâmica do Gasto Social nas Três Esferas de Governo: 1980-1992". In: Rui Affonso e Pedro Luiz Barros Silva (orgs.). *Descentralização e Políticas Sociais*, São Paulo, FUNDAP/Editora Unesp, pp.41-105.

MESQUITA, Agnes Soares de e SILVEIRA, Lídia Tobias. (1997) "A Clínica a Favor dos Sujeitos: Especialidades, Hard Core do SUS". In: Florianita Campos e Cláudio Maierovitch (orgs.). *Contra Maré à Beira-Mar: A Experiência do SUS em Santos*. São Paulo, Hucitec, pp. 117-121.

NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS. (1996). Diário Oficial. Brasília, nº216, 6/11/1996.

*O MAPA DA FOME II: Informações sobre a Indigência por Municípios da Federação*. (1993) Brasília, IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Avançada), maio.

OATES, Wallace W. (1993) *Fiscal Decentralization and Economic Development*, *National Tax Journal*, junho, vol.46, pp. 237-243.

OLIVEIRA, Ana Maria Franklin de. (1995) *Os Dilemas da Municipalização da Saúde no Contexto de uma Região Metropolitana*. Tese de Doutorado. Campinas, IE/UNICAMP.

PACHECO, Adolpho. (1996) "Recursos Federais para a Educação: FNDE e FAE". In: Rui Affonso e Pedro Luiz Barros Silva (orgs.). *Descentralização e Políticas Sociais*, São Paulo, FUNDAP/Editora Unesp, pp..223-268.

PIOLA, Sérgio e VIANA, Solon (orgs.). (1995) *Economia da Saúde: Conceitos e Contribuições para a Gestão da Saúde*. Brasília, IPEA.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS. (1980-1996). *Balancos Municipais*. Santos, Secretaria de Finanças (SEFIN).

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS. (1990) *I Conferência Municipal de Saúde: Construção do Sistema Único de Saúde em Santos*. Santos, Secretaria da Higiene e Saúde (SEHIG).

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS. (1992) *II Sistema Único de Saúde: Avaliação e Perspectivas*. Santos, Secretaria da Higiene e Saúde (SEHIG).

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS. (1994) *III Conferência Municipal de Saúde: Desafios do Sistema Único de Saúde em Santos: Qualidade dos Serviços e o Acesso à Assistência Hospitalar*. Santos, Secretaria da Higiene e Saúde (SEHIG).

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS. (1994) *Programa Municipal de AIDS*. Santos, Secretaria da Higiene e Saúde (SEHIG).

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS. (1995) *Cidades Saudáveis*. Santos, Secretaria da Higiene e Saúde (SEHIG).

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS. (1995). *Programa do Recém-Nascido de Risco*. Santos. Santos, Secretaria da Higiene e Saúde (SEHIG), Departamento de Centro de Controle de doenças.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS. (1996) *IV Conferência Municipal de Saúde: Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a qualidade de vida*. Santos, Secretaria da Higiene e Saúde (SEHIG).

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS. (1996). *Política de Prevenção e de Melhoria da Qualidade de Vida*. Santos, Secretaria da Higiene e Saúde (SEHIG).

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS. (1996). *Revista Santos Saudável*. Santos, Órgão informativo da Secretaria de Higiene e Saúde da Cidade de Santos, junho/96, ano I, nº01.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS. (1996). *Santos na Habitat II*. Santos, Órgão informativo da Secretaria de Higiene e Saúde da Cidade de Santos, maio.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS. *Diário Oficial Especial*. (Órgão Oficial do Município de Santos). Santos, 20 de dezembro de 1996, ano VIII, nº1883.

SEADE. (1998). Internet: [www.seade.gov.br](http://www.seade.gov.br).

SILVA, Pedro Luiz Barros e COSTA, Vera Lúcia Cabral. (1995). "Descentralização e Crise da Federação". In: Rui Affonso e Pedro Luiz Barros Silva (orgs.). *A Federação em Perspectiva: Ensaio Selecionados*, São Paulo, FUNDAP/Editora Unesp, pp. 261-283.

SILVA, Rose Neubauer da e CRUZ, Neide. (1996). "Política Educacional: Redefinições de Competências e Novos Modelos de Gestão". In: Rui Affonso e Pedro Luiz Barros Silva (orgs.). *Descentralização e Políticas Sociais*, São Paulo, FUNDAP/Editora Unesp, pp. 189-222.

VALADÃO, Maria Marcos. (1997). "Policlínicas". In: Florianita Campos e Cláudio Maierovitch (orgs.). *Contra Maré à Beira-Mar: A Experiência do SUS em Santos*. São Paulo, Hucitec, pp. 113-116.

VALLE, Claudia Beltran do. (1997). "Serviços de Urgência e Emergência". In: Florianita Campos e Cláudio Maierovitch (orgs.). *Contra Maré à Beira-Mar: A Experiência do SUS em Santos*. São Paulo, Hucitec, pp.199-207.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila. (1996). "SUS: Entraves à Descentralização e Propostas de Mudança". In: Rui Affonso e Pedro Luiz Barros Silva (orgs.). *Descentralização e Políticas Sociais*, São Paulo, FUNDAP/Editora Unesp, pp.269-295.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila (1994). *Sistema e Descentralização A Política de Saúde no Estado de São Paulo nos Anos 80: Formação e Tensões*. Tese de Doutorado. Campinas, Instituto de Economia/UNICAMP, Julho.