

*Faculdade de Ciências
Econômicas e Sociais*

MONOGRAFIA



1290000568



TCC/UNICAMP L536c



**CARACTERÍSTICAS FISCAIS E FINANCEIRAS DO
PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE
SAÚDE:**

ESTUDO DE CASO

**MUNICÍPIO DE CAMPINAS
1988-1996**

ALUNO: Breno César Ferreira Leite
ORIENTADOR: Geraldo Di Giovanni ✓

TCC/UNICAMP
L536c
IE/568

1978
GEDOC/IE

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo investigar as bases fiscais e financeiras do processo de descentralização da política de saúde, através de um estudo de caso: Município de Campinas.

Este relatório parcial está dividido em duas partes. A primeira apresenta a problemática geral pertinente do tema que nos interessa. No capítulo 1 examinamos o processo de descentralização das políticas sociais, de modo abrangente, assim como os desmembramentos que integraram a Consituição de 1988. O capítulo 2 trata do tema específico da descentralização da política de saúde.

A segunda parte é dedicada ao estudo de caso de Campinas. O primeiro capítulo apresenta as características gerais do município, principalmente, sócio-econômicas e o estudo sobre o sistema de saúde local. O segundo capítulo analisa o comportamento das receitas e despesas orçamentárias municipais com dados de 1985 a 1996.

A conclusão resume os principais resultados desse estudo.

PARTE I

Capítulo 1 - As Políticas e a Descentralização fiscal dos anos 80

O processo descentralizador das políticas sociais iniciado anos 80 ocorreu numa situação peculiar. Forças de oposição participantes no processo de redemocratização do país buscavam eliminar as formas centralizantes do regime autoritário. Na esfera econômica, uma brusca crise financeira e fiscal da união assolava o país, devido ao recorrente problema da dívida externa fomentada pela alta da inflação e pela estagnação econômica.

Nesta situação, democracia e eficiência pareciam indicar um sentido para as reformas, ou seja, à descentralização. Efetivaram-se na constituição federal de 1988 inovações descentralizadoras (a concretização dos municípios como ente federativo capacita o federalismo, a ser considerado um dos mais acentuado do mundo). Alteração dos formatos das políticas sociais e a descentralização fiscal através do estudo da questão tributária contribuíram para a constituição de um novo ordenamento legal-institucional no país.

A política social brasileira, durante o período 1964/92, pode ser dividida em três etapas. A primeira, refere-se à estratégia conservadora (1964/85), destacando como principais características estruturais: regressividade dos mecanismos de financiamento; centralização do processo decisório; privatização do espaço público; expansão da cobertura e da oferta de bens e serviços; e reduzido caráter redistributivo (Fagnani,1997:185). Tal período apresentou configurações particulares com as seguintes denominações: 1964/67 (concepção); 1968/73 (institucionalização); 1974/80 (crise e reforma; e 1981/85 (esgotamento).

A segunda, trata da estratégia reformista (1985/88) fundamentada num contexto de transição democrática, quando forças políticas, notoriamente do PMDB

(Partido do Movimento Democrático Brasileiro), ampliam a importância da questão social na agenda governamental, propiciando consistência à reforma do sistema de proteção social. Tanto o Executivo federal (1985/86), quanto a Assembléia Constituinte (1987/88) promoveram a viabilidade ao impulsionamento das reformas orquestradas ambiciosamente, por lideranças progressistas de oposição ao regime militar. A crítica às políticas autoritárias abusivas na centralização institucional e financeira, reforçou o consenso em volta da descentralização, possibilitando uma execução mais fácil da agenda reformista, cabendo segundo a Seplan (1985:14) condicionar as opções macroeconômicas às prioridades sociais inadiáveis.

Os objetivos de longo prazo desta estratégia, no campo da concepção do Executivo, priorizavam o crescimento econômico sustentado e seus respectivos desdobramentos, concomitantemente com a ampliação dos canais de participação e de controle social nos processos decisórios e o alargamento dos impactos redistributivos.

Iniciativas do Legislativo, estabelecendo a promulgação da nova Constituição, contribuíram para a ampliação dos direitos, principalmente na área trabalhistas e de seguridade social. No texto introdutório do capítulo sobre seguridade social há a seguinte assertiva “um conjunto integrado de ações destinadas a **assegurar os direitos relativos à saúde**, à previdência, e à assistência social”. O Poder Público se responsabilizaria pela organização da seguridade conduzindo-a para o alcance de determinadas metas que, segundo Fagnani (1997:218), seriam: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação do custeio; diversidade da base de financiamento; caráter democrático e descentralização da gestão administrativa.

O último período, denominado contra-reforma conservadora (1987/92) segmenta-se em duas fases: gestação (1987/90) e implementação truncada. No primeiro subperíodo, ainda de transição democrática, se conforma um pacto conservador de caráter fortemente elitista, atenuando os rumos progressistas de política social delineados na estratégia anterior. A estratégia reformista colaborou para a ampliação dos direitos sociais, sendo impedida de efetivar-se substancialmente ao longo do tempo, tais correções de iniquidades, pelo conservadorismo do executivo federal deste subperíodo. Este, obstaculizou o processamento, na fase da Assembléia Nacional Constituinte e durante a etapa de regulamentação constitucional complementar, retardando a elaboração e votação da legislação ordinária.

Situada num quadro de crise e instabilidade macroeconômica, a gestação da contra-reforma conservadora apresentou as seguintes características: ampliação do escopo e da importância das ações assistenciais e clientelistas na agenda estatal; redução do alcance da estratégia reformista na maioria dos setores, acarretando descontinuidades e paralisia do processo decisório; e posteriormente a promulgação da nova carta constitucional, ocorreu uma estrondosa desestruturação do sistema burocrático e orçamentário no campo social.

O subperíodo marcado pelo nome de implementação truncada (1990/92), consistiu em momentos de rearticulação contundente das forças conservadoras e de gestação do novo consenso neoliberal atrelados em volta da candidatura de Fernando Collor à Presidência da República. A persistência da instabilidade macroeconômica com o continuado espectro da aceleração inflacionária obrigou ao governo vigente executar ajustes excessivos deteriorando-se, assim, o quadro social, reduzindo a receita financeira das políticas sociais e intensificando-se a crise estrutural do setor público.

A estratégia governamental para a política social, neste subperíodo, caracterizou-se - truncada pelo impeachment do ex-Presidente Collor - por uma

ideologia hegemônica de cunho neoliberal. Os direitos assegurados formalmente pela Carta da Constituição de 1988 se restringiram, em quase sua totalidade, à lei. Ao executivo federal, coube processar manobras que descumprimentassem as regras constitucionais, vetando integralmente projetos de lei aprovados pelo Congresso desconsiderando prazos legais estabelecidos para o encaminhamento dos projetos de legislação complementar de responsabilidade do executivo, posicionando-se, frontalmente contra uma nova agenda de reformas constitucionais.

Desde 1988 a descentralização das políticas sociais se mostra caótica, salientada tal distorção pela intermediação de interesses clientelistas alinhada ao poderoso processo de desaparelhamento e fragmentação burocrática perpassado neste subperíodo. Assim o processo descentralização vem apresentando sérias ineficiências em virtude da não resolução de uma diversidade de problemas de natureza técnica, legal-institucional e financeira, prevalecendo em alguns setores, esvaziamentos institucionais não preenchidos por nenhuma esfera de governo, enquanto em outros, contrariamente, há superposição.

Referindo-se à descentralização fiscal, houve uma redistribuição regional de receitas, modernização do sistema tributário e fortalecimento do financiamento dos gastos sociais; princípios possibilitados pela Constituição de 88 favorecendo, assim, estados e municípios.

A descentralização de recursos e competências fortalece as esfera subnacionais em detrimento da união, percebida através da comparação entre as atuais situações fiscais dos três entes federativos e as anteriores, definidas na constituição de 67.

No governo municipal transferiu-se para a sua competência a cobrança, antes estadual, do Imposto sobre Transmissões de Imóveis Intervivos (ITBI-IV). Para o governo estadual, as alterações mais relevantes foram as adições dos impostos únicos, provenientes antes do governo federal, à base de incidência do Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICM), dando origem ao ICMS (Imposto

de Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de transportes e comunicação). Desse modo, criou-se um imposto de base mais ampla, pois, tributa o valor adicionado e as cobranças dos impostos sobre herança e doações e um adicional sobre o imposto de renda cobrado pela União também passou para a competência estadual. O quadro a seguir apresenta estas alterações:

Quadro- competências tributárias por nível de governo de acordo com a constituição de 1967 e 1988.

NÍVEL DE GOVERNO	ANTERIOR CONSTITUIÇÃO DE 1967	VIGENTE CONSTITUIÇÃO DE 1988
UNIÃO	IMPOSTOS sobre: 1-Importações (II) 2-Exportações (IE) 3-Renda e Proveitos (IR) 4-Produtos Industrializados (IPI) 5-Operações de Crédito Câmbio e Seguro (IOF) 6-Propriedade Territorial Rural (ITR) 7-Serviços Comunicação (ISC) 8-Serviços Transportes (IST) 9-Único sobre Lubrificantes e Combustíveis (IULC) 10-Único sobre Energia Elétrica (IUEE) 11-Único sobre Minerais (IUM) 12-Não Previstos (competência residual) 13-Extraordinários para guerra externa CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS EMPRÉSTIMOS COMPULSÓRIOS (casos especiais)	IMPOSTOS sobre: 1-Importações (II) 2-Exportações (IE) 3-Renda e Proveitos (IR) 4-Produtos Industrializados (IPI) 5-Operações de Crédito Câmbio e Seguro (IOF) 6-Propriedade Territorial Rural (ITR) 7-Grandes Fortunas (IGF) 8-Não Previstos (competência residual) 9-Extraordinários para guerra externa 10-Provisório sobre Movimentação Financeira CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS EMPRÉSTIMOS COMPULSÓRIOS (para despesas extraordinárias e investimentos urgentes)
ESTADOS	IMPOSTOS sobre: 1-Oper. rel. à circulação de mercadorias (ICMS) 2-Propriedade de veículos automotores (IPVA) 3-Transmissão de Bens Imóveis (ITBI)	IMPOSTOS sobre: 1-Oper. rel. à circulação de mercadorias e prest. de serv. transportes e comunicação (ICMS) 2-Propriedade de veículos automotores (IPVA) 3-Transmissão de Bens Imóveis (ITBI) 4-Adicional ao Imposto de renda da União
MUNICÍPIOS	IMPOSTOS sobre: 1-Propriedade Predial e Territorial Urbano (IPTU) 2-Serviços de qualquer natureza (ISS)	IMPOSTOS sobre: 1-Propriedade Predial e Territorial Urbano (IPTU) 2-Serviços de qualquer natureza (ISS) 3-Vendas a varejo de combustíveis (IVVC) 4-Transmissão inter vivos de bens imóveis (ITBI-IV)
COMUM AS 3 ESFERAS	TAXAS (pelo exercício de poder de polícia e utilização de serviços públicos) CONTRIBUIÇÃO DE MELHORIA CONTRIBUIÇÃO SOCIAL para custeio dos encargos previdenciários próprios.	TAXAS (pelo exercício de poder de polícia e utilização de serviços públicos) CONTRIBUIÇÃO DE MELHORIA CONTRIBUIÇÃO SOCIAL para custeio da previdência e assistência dos servidores públicos.

Fonte-Afonso,1994.

Outro fator que explica o fortalecimento dos estados e municípios foi o aumento da participação destas esferas subnacionais, na arrecadação dos níveis superiores de governo.

A elevação das percentagens do Imposto de Renda (IR) e Imposto dos Produtos Industrializados (IPI) para estados e municípios sobre a receita tributária da União fazendo com que os Fundos de Participação de Municípios (FPM) passassem de 17% (constituição de 67), para 22,5% (constituição de 88). A participação dos estados passou de 16% para 21,5% da arrecadação total. Houve também a criação do fundo de ressarcimento do Imposto sobre Comércio, Mercadorias e Serviços (ICMS), não cobrado pelos estados exportadores, de 10% do IPI (ver Afonso, 1994:11).

Ampliando a base de incidência do (ICMS) e elevando a cota-parte de 20% a 25%, os estados passaram a repartir mais receitas para os municípios. A grandeza dos impostos transferidos e o repasse, passou a se dar de forma mais clara e sistemática, pois a constituição estabeleceu as porcentagens de repartição da arrecadação dos impostos entre os níveis de governo, especificou os princípios para rateio, fixou a cota-parte máxima e delegou a atribuição de cálculo e fiscalização.

O quadro seguinte formaliza a posição das transferências intergovernamentais conformada na constituição de 1988.

Quadro 2 - Brasil: Transferências Intergovernamentais segundo a Constituição de 1988

<p>I - Da União para os Estados e DF</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - 21,5% da arrecadação somada do IR e do IPI para o Fundo de Participação dos Estados (FPE) 2 - 10% da arrecadação do IPI para o Fundo de Ressarcimento dos Estados Exportadores (FPEX) 3 - 66,66% da Contribuição do Salário-Educação 4 - 30% do IOF-Ouro 5 - 100% do Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF) pelo Tesouro local 6 - 20% de outros tributos que sejam criados pela União
<p>II - Da União para os Municípios</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - 22,5% da arrecadação somada do IR e do IPI para o Fundo de Participação dos Municípios 2 - 50% da arrecadação do ITR 3 - 100% do Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF) pelo Tesouro local 4 - 70% do IOF-Ouro
<p>III - Dos Estados para os Municípios</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - 25% dos recursos de FPEX recebidos pelos estados da União (equivalentes a 2,5% do IPI) 2 - 25% da arrecadação do ICMS 3 - 50% do IPVA
<p>IV - Outras Transferências e Recursos Partilhados</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Composição financeira pela extração de minerais; o produto da arrecadação deve ser distribuído: 23% a estados e DF; 65% a municípios; e 12% ao Departamento Nacional de Produção Mineral - DNPM 2 - Compensação financeira pela exploração de recursos hídricos; o produto da arrecadação deve ser distribuído: 45% aos estados; 45% aos municípios; 8% ao Departamento Nacional de Águas e Energia Elétrica - DNAEE, 2% à Secretaria da Ciência e Tecnologia. 3 - Compensação financeira pela exploração de petróleo, xisto betuminoso e gás natural; o produto da arrecadação deve ser distribuído: 70% aos estados produtores; 20% aos municípios produtores; 10% aos municípios com instalações de desembarque.

Fonte - tabela adaptada de Afonso, 1994.

No entanto o avanço mais considerável da constituição de 1988, no campo tributário, deu-se na maior autonomia dos governos subnacionais, para cobrança

de seus próprios tributos. Assim possibilitaram, substancialmente, aos municípios fortalecerem e ampliarem a sua arrecadação, podendo então absorver maiores encargos sociais, que também foram crescendo a partir da constituição de 1988.

Poder-se-á no quadro a seguir notar a distribuição atual dos encargos:

Quadro 3 - Distribuição Atual dos Encargos por Esferas de Governo

NÍVEL DE GOVERNO	CATEGORIA DE GASTO
FEDERAL	<ul style="list-style-type: none"> - Defesa - Relações exteriores - Comércio internacional - Emissão e controle da moeda e do sistema bancário - Uso de recursos hídricos - Rodovias Federais - Planejamento regional e dos recursos naturais - Correios e telegrafia - Polícia federal (e em áreas de fronteira) - Regulamentação da banca, moeda, relações trabalhistas, transporte interestadual, desenvolvimento urbano, minas e energia, seguro-desemprego, educação, imigração, direitos civis e dos índios - Seguridade social - Sistema estatístico nacional (IBGE)
FEDERAL E ESTADUAL (funções concorrenciais)	<ul style="list-style-type: none"> - Saúde - Educação (superior, 1º e 2º graus e ensino profissionalizantes) - Cultura - Proteção dos recursos naturais e do meio ambiente - Agricultura - Abastecimento - Habitação - Saneamento básico - Assistência social - Polícia - Energia hidrelétrica
MUNICIPAL	<ul style="list-style-type: none"> - Transporte público urbano - Ensino pré-escolar e 1º grau - Saúde preventiva - Uso do solo urbano - Conservação do patrimônio histórico e cultural

Fonte - Afonso, 1994.

O processo de descentralização fiscal é percebido com exatidão pelos dados da tabela seguinte que mostra a distribuição do gasto social e da receita disponível global por esfera de governo.

Tabela - Distribuição do Gasto Social e da Receita Disponível Global por Esfera de Governo (%)

Categoria	1980	1985	1992
Gasto Social Global	100	100	100
- União	65.8	62.0	57.0
- Estados	23.6	24.6	26.5
- Municípios	10.6	13.4	16.5
Receita Disponível Global	100	100	100
- União	59.5	61.0	54.9
- Estados	34.0	27.3	28.5
- Municípios	6.5	11.6	16.6

Fonte - Médici e Maciel (1996).

Analisando a tabela verifica-se entre 1980 e 1992 uma redução na participação da União no gasto social de 65,8% para 57% e a dos municípios, consideravelmente de 10,6% para 16,5%. No mesmo período a participação da União na receita disponível total reduz de 59,5% para 54,9%, a dos estados decresce de 34% para 28,5% e a dos municípios sobe abruptamente de 6,5% para 16,6%.

Estas oscilações das esferas governamentais evidenciam três pontos marcantes: primeiramente, o gasto federal foi prejudicado em grande parte pela crise financeira do Estado, além de as esferas subnacionais efetivamente gastaram mais com funções sociais aliado ao favorecimento desta esferas, principalmente os municípios, em detrimento de União, pela descentralização fiscal.

No tocante à descentralização das políticas sociais, o processo ocorreu de forma concreta, apesar de dúvidas que pairam sobre seu caráter, tipo e resultados.

O processo de descentralização das políticas sociais dar-se-á através de características particulares de cada setor, a partir de suas respectivas políticas que se constituíram anteriormente, além da graduação da força de coalizão pró-descentralização e a existência de uma política de descentralização nacional.

O quadro da pesquisa “Federalismo no Brasil” realizada pela FUNDAP estuda as políticas sociais setorialmente - áreas de saúde, habitação, educação e assistência social, chegando a algumas conclusões, enumeradas no quadro que se segue.

Quadro - Condições e tipos de descentralizações nas áreas sociais.

Áreas/ Dimensões	Saúde	Assistência Social	Habitação	Educação
Política de Descentralização Nacional	SIM (SUS)	Não	Não	Não
Coalisão Pró-Descentralização	Forte e Nacional	Fraca	Inexistente	-Fraca ao 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 descentralização -Municipalização por ausência

Fonte - Silva e Costa, 1996.

A área de saúde caracterizou-se como única onde houvera uma política deliberada de descentralização, na qual vem se manifestando uma tendência à descentralização caótica.

Situaremos o estudo, depois do entendimento do federalismo do Brasil, explicitamente, à descentralização da política de saúde.

CAPITULO 2 - DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

A centralização da política de saúde caracterizou-se no Brasil, predominantemente, de 1966 a 1982.

O Instituto Nacional de Previdência Social, posteriormente chamado de INAMPS foi o órgão onde as políticas de assistência médica, previdenciária e assistência social estavam concentradas e se constituía num órgão estruturado no processo de compra de serviços do setor privado. Dessa maneira, o setor de saúde centralizava a nível federal, os instrumentos de intervenção e financiamento. Alinhado a este processo havia uma extensão de cobertura da assistência médica a todos que se prestassem a contribuir para a previdência social; tantos os empregados formais quanto os trabalhadores autônomos.

Em 1981 iniciava-se pelo Governo Federal a preocupação na transferência de recursos para estados e municípios através da criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), impulsionado pela necessidade de estratégias de racionalização de programas e redução dos custos de assistência médica por parte do INAMPS. Alguns de seus objetivos eram: utilizar de forma crescente a rede pública, nos níveis regional e local, obter uma reformulação na organização dos serviços de atenção à saúde, melhorando os níveis de atendimento, no entanto não se conflitando com a postura da política econômica vigente.

No período pós 82, a partir dos objetivos descritos acima deu-se o desenvolvimento inicial da principal realização do CONASP referente ao processo de descentralização do setor saúde, com a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS). Princípios organizativos (regionalização, integração e hierarquização) e democráticos (universalização, descentralização e participação comunitária) nortearam o modelo da AIS, sendo um mecanismo reflexo do processo de abertura

política e democrática da sociedade brasileira. Enumera-se alguns avanços deste novo modelo descentralizador:

- a) Implantou um processo de repasse de recursos do governo federal para as outras esferas de governo, buscando novas formas de custeio que englobassem critérios de integrabilidade das ações, ainda que prevalecesse a lógica de compra dos serviços de assistência, onde o setor público era mais um fornecedor de serviços de assistência individual do INAMPS;
- b) Rompeu com a concepção de que o setor privado deveria ter o monopólio de atenção curativa, cabendo ao setor público cuidar da atenção preventiva, ao unificar as bases de planejamento para os prestadores públicos e privados contratados;
- c) Ativou um processo de gestão colegiada e articulações institucional;
- d) Criou condições para o acompanhamento dos resultados e para o controle do sistema pelos usuários.
- e) As ações de caráter coletivo passaram a fazer parte da sistemática de financiamento.

Aprofundando o processo de descentralização, foi criado, em 1987 o Sistema Único e descentralizado de Saúde (SUDS), primeiro programa federal direcionado à unificação institucional, criando uma agenda que em suas prerrogativas extingiria o INAMPS, suas estruturas regionais e questionaria a unificação regional das redes de serviços sobre o comando de estados.

A partir dele, foram estabelecidas formas de prestação de contas de recursos repassados, critérios para transferência e aplicação dos recursos nos estados e uma objetiva definição de atribuições e competências das esferas de governo. Com isso caberia à União encarregar-se das ações de caráter normativo ainda que centralizasse a execução de alguns serviços, como a cooperação técnica e de produção e distribuição de medicamentos insumos de saúde e atividades de pesquisa. A coordenação intermediária de alguns processos de planejamento e

programação setorial tornava-se funções dos estados. Os municípios responsabilizavam-se pela execução efetiva dos serviços de saúde e as tarefas de planejamento local, assim com o SUDS houve uma maior aproximação entre o Governo Federal e os Estados e uma clara definição de competências entre as esferas de governo.

O SUDS situa-se num contexto político-econômico de início da Nova República atrelado a uma conjuntura econômica satisfatória possibilitando aumentos substanciais nas receitas previdenciárias, viabilizando alterações na correlação de forças vigente.

Para Médici (1994:96) há três períodos distintos de análise, referentes a magnitude dos recursos transferidos às esferas locais ao longo do período 1983/89 que são: AIS Velha República - 1983/84; AIS Nova República - 1985/86; SUDS - 1987/89. Nos primeiros anos de funcionamento das AIS (1983/1984) as transferências federais para o financiamento dos sistemas de saúde nas esferas locais apresentou um percentual reduzido (5,4% em 1984), enquanto que a partir de 1986, ocorreu um aumento considerável dos recursos transferidos, chegando a quase 55% no ano de 1988.

Primeiramente com a AIS, os Estados detentores de poder político e de "lobbies" econômicos foram privilegiados quanto aos valores repassados pela esfera federal, demonstrando-se grande poder de mobilização de interesses regionais. Estados influentes nesta época como Maranhão e Alagoas ou Estados com grande poder econômico como São Paulo e Rio de Janeiro receberam recursos acima da média.

Relacionado ao SUDS regiões mais carentes do país (norte, nordeste e centro-oeste) através de maiores repasses foram beneficiadas inicialmente no biênio 86/87. Contudo, a partir de 1988, invertendo a tendência anterior, houve um aumento da participação das regiões sul e sudeste; demonstrando que mesmo com os avanços da descentralização de saúde criando o AIS e posteriormente do SUDS

há uma clara ausência de critérios técnicos, impedindo a promoção de maior equidade no desenvolvimento dos sistemas regionais e locais de saúde.

A reforma descentralizadora do sistema de saúde sob o regime democrático depois da constituição federal de 1988, quando a saúde passou oficialmente a ser vista como direito de todos e dever do estado, se consolida intitulada pelo nome de Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema caracterizou-se fortemente descentralizador, pois a política nacional de saúde alterou sua forma de comando dividindo o controle único em cada esfera de governo.

Com o SUS as ações de saúde passaram a ser co-responsabilidade da união de estados e municípios, cabendo à esfera federal a definição da política nacional de saúde e suas normas, regulamentos e regras gerais; e aos outros níveis subnacionais, a prestação de serviços. Assim um dos mais importantes princípios organizacionais passou a ser a descentralização. Esta direcionada para os municípios, diferentemente da implantada pelo SUDS; na qual o estado receberia maiores atribuições. Portanto, a organização do SUS passou a conduzir às seguintes diretrizes:

- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, mas sem prejuízo em relação aos serviços assistenciais;
- descentralização administrativa, com direção única em cada esfera de governo;
- participação da comunidade.

Predominando os aspectos preventivos e promocionais através da rede de saúde pública e de forma complementar da rede privada buscava-se a assistência médica integral à população. No entanto, ao SUS couberam outras atribuições tais como: participação na produção de medicamentos, imunobiológicos, hemoderivados, equipamentos e insumos; participação na formulação da política e da execução das ações e saneamento básico; fiscalização e inspeção de alimentos, bebidas e água; participação do controle e da fiscalização dos produtos psicoativos, tóxicos e

radioativos; incremento do desenvolvimento científico e tecnológico em sua área de atuação; controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; execução das ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador; formação dos recursos humanos na área de saúde, e colaboração na proteção do meio-ambiente e do trabalho.

Uma questão ainda mal resolvida deste processo de descentralização é a criação dos critérios efetivos de financiamento, mesmo com as responsabilidades definidas delegadas às três esferas. Com a criação do SUS, os seus recursos provenientes passaram a estar atrelados ao Orçamento da Seguridade Social (OSS) e aos recursos fiscais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. O Orçamento da Seguridade Social, por sua vez, passou a contar com as seguintes fontes:

- Recursos próprios dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;
- Contribuição social sobre o faturamento das Empresas;
- Contribuição social sobre o lucro líquido das Empresas;
- Contribuição social sobre o Programa de Integração Social (PIS) e a Contribuição sobre o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP).

Anteriormente à aprovação, em 1990, da Lei Orgânica da Saúde seriam destinados no mínimo 30% dos recursos da seguridade Social (excluídos os relativos ao PIS/PASEP), aos programas federais de saúde. Desse modo, os critérios de partilha de recurso entre as políticas que fazem parte do OSS estavam bem definidos. Mas aprovada a Lei, os critérios se indefiniram. Somente especificou-se que "o OSS destinará ao Sistema Único de Saúde, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela a sua direção nacional, com a participação

dos órgãos de previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)". Por isso, anualmente, a LDO e a Lei do OSS definem o percentual de recursos destinados para a saúde. No entanto, indefinições provinham da avaliação de composição dos recursos. Em 1991 os recursos continuavam sendo definidos em 30%. Já em 1992 e 1993 incluiu-se na composição a definição de fontes, e não de percentuais sobre o OSS.

No ano de 1992 estabeleceu-se que os recursos da Contribuição sobre o Lucro Líquido seriam destinados para a assistência social e os do FINSOCIAL para o financiamento da saúde, no entanto em 1993 definiu-se que 15,5% dos recursos da Contribuição sobre a Folha de Salários seriam alocados para a saúde.

Alinhado à falta de clareza, relacionada à partilha dos recursos, a crise financeira do setor público, também contribuiu na ocorrência dos muitos problemas de financiamento. O questionamento judicial do FINSOCIAL por parte das empresas acarretou no depósito dos recursos em juízo. Posteriormente, extinguiu-se o FINSOCIAL e criou-se o COFINS, este melhor relacionado aos princípios constitucionais. Outro fator que agravou a crise financeira no setor saúde no pós 90 foi o fim da responsabilidade da previdência social sobre o pagamento de benefícios.

Voltando aos critérios de financiamento das ações, está definido na Constituição a participação do orçamento próprio dos estados e municípios no financiamento, entretanto, há apenas a recomendação que a participação esteja em torno de 10%. No caso dos estados a participação tem sido menor, enquanto na maioria dos municípios é maior, faltando para a execução da recomendação regras que possibilitem ou garantam tal participação.

Os critérios das transferências de recursos federais para as esferas subnacionais ainda não entraram em vigor, apesar de definidos na Lei Orgânica (lei 8080) que em seu artigo 35 expressa: "para o estabelecimento de valores a

serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica dos programas e projetos: 1- perfil demográfico da região; 2- perfil epidemiológico da população a ser coberta; 3- características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; 4- desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior; 5- níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; 6- previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; 7- ressarcimento do atendimento a serviços prestados a outras esferas de governo"; havendo ainda a necessidade de leis e regulamentos que permitam sua operacionalização.

Em 1990 e 1991 houve diversas alterações nestes critérios. Especificamente no setor saúde quanto ao financiamento das ações dos estados e municípios. Criaram-se alguns instrumentos de transferências de recursos, tais como, Autorização de Internação Hospitalar (AIH); Fator de Estímulo à Municipalização (FEM); Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), Programa de Investimento em Saúde (Pró-Saúde) e Unidade de Capacitação de Rede (UCR).

Descreveremos brevemente o funcionamento destes instrumentos:

- Autorização para Internação Hospitalar (AIH)

O Sistema AIH foi adotado como critério para pagamento de internações hospitalares, mantendo um conjunto de fatores a serem remunerados em cada diagnóstico de internação hospitalar, através de tetos fixos. Este ressarcimento é obtido, após a efetiva prestação de serviços, diretamente na unidade pública ou privada. Para Médici (1994:122), muitas deficiências são percebidas quanto a política de financiamento da atenção hospitalar baseada nas AIHs, indicadas a seguir: a) dados que as taxas de internação hospitalar variam conforme distintos fatores, tais como perfil demográfico (sexo e idade da população), perfil epidemiológico, determinantes sócio-econômicos, grau de acesso aos serviços,

etc., o critério baseado na população pode não ser o melhor; b) como os recursos tendem a ser repassados diretamente a cada unidade hospitalar pela esfera central, fazendo com que as esferas locais não tenham aplicação destes recursos, não se pode considerar que setes sejam de fato transferências; c) adotar o mesmo valor de AIH para hospitais públicos e privados não expressa a realidade, pois a diferença na demanda por serviços hospitalares em cada setor (geralmente o setor público apresenta um número maior de casos crônicos); e d) a inexistência de fiscalização adequada, além da queda do valor real das AIHs incentivam as fraudes ao sistema.

- Fator de Estímulo à Municipalização (FEM)

Atribui-se um repasse adicional de recursos correspondente a 5% da UCA per capita, aos municípios que puderem cumprir as seguintes regras: criação do Fundo Municipal de Saúde; criação da Programação e Orçamentação da Saúde (PROS); apresentação do Relatório de Gestão Local (de desempenho assistencial, gerencial e financeiro); criação dos Conselhos Municipais de Saúde, compostos, de forma partidária, por representantes da Secretaria Municipal de Saúde, profissionais da saúde, prestadores privados contratados de serviços e usuários; apresentação do Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e pelas autoridades do Executivo Municipal; comprometimento de recurso não inferiores a 10% do orçamento dos Estados e Municípios com os programas e as ações de Saúde; e constituição de uma comissão para elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS.

- Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA)

A UCA consiste num valor per capita anual diferenciados por grupos de estados, segundo critérios como sua população, qualidade e desempenho técnico da rede de serviços de saúde capacidade instalada além da eventual ocorrência de casos atípicos. O teto fixado na UCA diz respeito, em termos per capita ao valor para cada estado. A multiplicação do valor da UCA pelo total projetado da população estadual resulta no valor total a ser repassado a título de custeio ambulatorial para cada estado. Desse modo aponta-se um caráter regressivo da UCA com estados mais pobres tendo valor reduzido deste instrumento.

- Programa de Investimento em Saúde (Pró-Saúde) e Unidade de Capacitação de Rede (UCR)

O Pró-Saúde e a UCR são mecanismos que possibilitam a ampliação e o reequipamento das unidades assistenciais existentes, com recursos da esfera central repassados para os estados de forma inversamente proporcional ao valor da UCA. Por isso de caráter redistributivo, os estados mais pobres receberiam maiores recursos para investimento. Os recursos do Pró-Saúde destinam-se à construção de novas unidades, enquanto os recursos da UCR alocam-se, primordialmente à aquisição e ampliação das unidades já existentes. No pós-91 houve uma redefinição dos critérios de liberação de recursos para investimento nas áreas locais estando condicionados a alguns requisitos como: planos estaduais e municipais de saúde, liberação e existência de planos quinquenais de investimentos e à previsão dos recursos em lei orçamentária das esferas subnacionais.

Observando de uma perspectiva evolutiva o financiamento da política de saúde, durante toda a década de 80, os gastos federais foram predominantemente financiados com recursos provenientes do Fundo de Previdência e Assistência

Social (FPAS); enquanto a partir de 1991 tem-se o Orçamento da Seguridade Social (OSS) como a principal fonte de financiamento do setor saúde.

Quanto ao gerenciamento das ações de saúde, a nova legislação instaurou uma tipologia definidora do grau de autonomia por cada município, isto é, o potencial da localidade para assumir a gestão do sistema de saúde local. As Comissões Intergestoras (órgãos responsáveis nos planos federal e estadual pela gestão do sistema de saúde e pela política de descentralização) enquadram os municípios em uma das seguintes modalidades:

Gestão incipiente - os municípios se propõem a "assumir, progressivamente, as seguintes prerrogativas e responsabilidades: contratar e autorizar o cadastramento de prestadores; programar e autorizar; a utilização de 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."

Gestão parcial - o município deverá preocupar-se assumindo essas atribuições e, em contrapartida, receberá 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."

Gestão semi-plena - a Secretaria Municipal deverá 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 rede pública, bem como

a execução e o controle das ações básicas da saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, controle de vetores e zoonoses e de saúde do trabalhador em seu território."

De acordo com Adib Jatene, no Estado de São Paulo em 12 de agosto de 1996, dos 3000 municípios enquadrados no SUS em 96, 2265 situavam-se na gestão incipiente, 622 na parcial e 118 na gestão semi-plena. Esses 118 municípios equivalem a 24 milhões de pessoas (15% da população) e consomem 22% dos recursos federais totais destinados à saúde.

Entretanto o SUS passa por um período crítico tanto por motivos internos ao sistema quanto externos.

A grave crise financeira do estado e a concepção liberalizante, dominante no Governo Collor, tiveram impactos negativos sobre o funcionamento do sistema provocando uma queda brutal dos gastos federais no setor saúde. Estes fatores indicam o rumo da descentralização observada, tendo um caráter caótico mesmo diante de uma concepção bem definida.

Através de uma retrospectiva do processo descentralizador descontrolado, percebe-se na análise dos gastos públicos de saúde marcantes descontinuidades. Segundo Médiçi (1996) há quatro momentos distintos:

O primeiro começa em 1974 e se encaminha até 1982 correspondendo ao final do modelo centralizado; o segundo de 1983 a 1986 é denominado "modelo de transição" e corresponde ao período de programas como a AIS; o terceiro momento corresponde ao "modelo descentralizado" iniciado com a formação do SUDS em 1987 e terminou com a promulgação da constituição de 1988. Este modelo foi baseado no repasse crescentemente automático de recursos aos estados e municípios, com ênfase na intermediação das esferas estaduais enquanto estâncias que possam dar condições de regulação e equidade.

Por último, temos o quarto momento caracterizado pela "descentralização tutelada" correspondente ao Governo Collor, quando os recursos voltaram a ser repassados de forma negociada, com o retorno da administração convenial.

Pelos dados de Médici, US\$7 bilhões representa o gasto absoluto de saúde ao final do modelo centralizado sendo diminuto devido à crise econômica dos anos 80.

As estratégias heterodoxas de ajustamentos conjuntamente ao momento mais drástico da crise econômica no início dos anos 80 são reflexos no âmbito econômico da fase que corresponde ao modelo de transição. Houve uma queda neste período no gasto federal absoluto em saúde, e posteriormente há uma recuperação percebida como reflexo de retorno ao crescimento econômico e da arrecadação governamental em 1985 e 1986. Pelos dados de Médici (1996), em 1983, o gasto federal em saúde foi de US\$5.715,6 bilhões e em 86 foi de US\$7.340,9 bilhões, voltando ao patamar do período anterior.

Com a implantação do modelo descentralizador, os gastos federais atingiram seus níveis mais elevados. Em 1987, foi de US\$ 10.624,4 bilhões; em 1988 de US\$10.030,3 bilhões e em 89 atingiu o maior valor dos três, chegando a US\$11.320,3 bilhões.

Com o Governo Collor, entretanto, e a passagem para o modelo de descentralização tutelada, ocorreu uma acentuada queda nos níveis do gasto federal em saúde, atingindo níveis inferiores aos obtidos no início da década de 80: em 90, o gasto foi de US\$9.451,6 bilhões, em 91, de US\$7.847,0 bilhões e em 92, de US\$6.571,2 bilhões. Em 93, o gasto começa a recuperar-se - US\$8.307,6 bilhões - embora estivesse longe de alcançar seus níveis mais elevados da década passada. (Ver Médici, 1996)

Já o gasto líquido estadual (correspondente à diferença entre os gastos totais e as transferências federais para o setor) entre 1980 e 1983 sofreu uma queda, passando de US\$ 1.666,3 milhões para US\$ 1.291,0 milhões. Entre 84 e 86 houve

uma recuperação tanto do gasto líquido como das transferências federais para os estados (em 86, o gasto líquido atingiu US\$ 1.969,9 milhões e as transferências US\$522,6 milhões). Os anos de 87 e 88 marcaram um total declínio dos gastos o que, em parte, foi contrapartida do crescimento brutal das transferências federais por conta do SUDS. Entre 89 e 90 os estados voltaram a destinar parcelas crescentes de seus recursos próprios para a saúde, chegando a gastar US\$ 1.621,1 milhões em 1990. Mas a crise dos 90 fez com que os gastos estaduais voltassem a decrescer em 91 e 92 neste ano atingindo US\$ 1.342,7 milhões (Ver Médici, 1996).

Os gastos estritamente municipais obtiveram uma tendência de crescimento de 1980 à 1991. Os gastos líquidos municipais, no setor saúde, atingiram no ano de 1988 a marca de US\$ 1.535,0 milhões sobre uma crise financeira tanto no setor público em geral como na saúde fora atingido o segundo maior nível da série de gasto líquido, chegando à US\$ 1.424,0 milhões.

Os dados da tabela seguinte nos mostram a queda dos gastos federais de saúde, que possuem um enorme peso no financiamento total do setor e um aumento dos gastos das esferas subnacionais principalmente dos municípios a partir dos anos 90. O esforço dos municípios em elevarem seus gastos com saúde foi conseguido pela maior capacidade de arrecadação e da maior participação na partilha das transferências que foram estabelecidas na constituição de 1988.

Tabela 2 - Gastos Federais em Saúde; Gastos Totais e Líquidos dos Estados e Municípios e Transferências Federais à Estados e Municípios.

	Gasto Federal (A)	Gasto Total dos Estados	Transf. federais aos Estados	Gasto Líquido dos Estados (B)	Gasto Total dos Municípios	Tansf. Federais aos Municípios	Gasto Líquido dos Municípios (C)	Gasto Total (A+B+C)
1980	7.356,3	1.663,3	-	1.666,3	687,3	-	687,3	9.710,1
1981	6.846,3	1.560,1	-	1.560,1	641,7	-	641,7	9.048,1
1982	7.148,3	1.663,8	254,8	1.379,0	755,1	-	755,1	9.282,4
1983	5.715,6	1.488,8	197,8	1.291,0	632,1	-	632,1	7.638,7
1984	5.956,6	1.645,4	175,4	1.470,0	804,8	76,4	728,5	8.155,1
1985	6.857,3	1.923,7	370,1	1.553,6	827,5	-	824,5	9.238,4
1986	7.340,9	2.485,5	522,6	1.962,9	1.285,1	223,4	1.061,7	10.365,5
1987	10.624,4	3.811,6	1.905,2	906,4	1.284,6	402,4	982,2	12.513,5
1988	10.030,3	4.510,5	4.569,5	-59,0	1.562,9	27,9	1.535,0	11.506,3
1989	11.320,3	4.086,7	2.927,5	1.159,2	1.423,2	162,8	1.260,4	13.739,9
1990	9.451,6	3.703,5	2.082,4	1.621,1	1.764,1	340,1	1.424,0	12.496,7
1991	7.847,0	3.053,9	1.6670,4	1.383,5	2.025,4	944,5	1.080,9	10.320,4
1992	6.571,2	1.545,2	202,5	1.342,7	SI	SI	1.165,9*	9.079,8
1993	8.307,6	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Fonte: Médici, 1996. Elaboração: NEPP/ UNICAMP, 1996.

Notas: (*) Estimativa; SI - sem informação

O Gasto Líquido dos estados e municípios excluem as transferências federais para estas esferas. Os dados referentes ao gasto federal e ao gasto total consolidado (A+B+C) estão em US\$ bilhões de 92. Os dados referentes aos gastos dos estados e municípios e das transferências federais para estas esferas estão em US\$ milhões de 92.

A análise do comportamento dos dados referentes às três esferas de governo evidencia-se na importância contundente do dispêndio federal quanto aos gastos com saúde. No entanto pode-se afirmar que essa participação do gasto federal declina-se durante o período, sentido oposto da obtenção da maior importância das esferas locais. Pode-se visualizar na tabela seguinte a distribuição percentual nas três esferas de governo do gasto público em saúde. Na medida que avança o processo de descentralização das políticas de saúde ao longo dos anos 80 (AIS,

SUDS e SUS) a participação da União continua sendo majoritária no financiamento da saúde.

Tabela - Gasto Público em Saúde Consolidado e Distribuição Percentual nas Três Esferas de Governo (em US\$ milhões de 1992 e %)

ANOS	TOTAL (%)	UNIÃO (%)	ESTADOS (%)	MUNICÍPIOS (%)
1980	100	75,76	17,16	7,08
1981	100	75,67	17,24	7,09
1982	100	77,01	14,86	8,13
1983	100	74,82	16,90	8,27
1984	100	73,04	18,03	8,93
1985	100	74,23	16,82	8,96
1986	100	70,82	18,94	10,24
1987	100	84,91	7,24	7,85
1988	100	87,17	0,00	13,34
1989	100	82,39	8,44	9,17
1990	100	75,63	12,97	11,40
1991	100	76,03	13,41	10,56

Fonte - Médici (1994:157)

Apesar da maior capacidade de arrecadação e maior participação na partilha das transferências que foram estabelecidas na constituição de 1988, como seria de se esperar, a resposta municipal é muito diversificada no conjunto do país e o grau de municipalização dar-se-á pela capacidade dos municípios de assumir a plenitude das funções que lhes são outorgadas no sistema. Em graus de municipalização os governos enfrentaram uma demanda exarcebada e necessitaram de um considerável esforço com grandes mudanças de escala dos serviços de saúde. Tais mudanças acarretaram em pressão sobre os gastos municipais além de necessitarem da existência de capacidade gerencial e de recursos humanos qualificados, atributos inalcançáveis para alguns municípios.

Na próxima parte faremos um estudo de caso do município de Campinas objetivando descrever e avaliar as dimensões fiscal e financeira da descentralização da política de saúde compreendendo o período de 1988 a 1996.

PARTE II - O ESTUDO DE CASO

CAPITULO 1 - CARACTERIZAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS

Importante cidade e município de São Paulo estando situada entre o planalto atlântico e a depressão periférica, a 683 metros de altitude, Campinas ocupa uma área de 781 km². A cidade apresenta colinas baixas de topos bem aplainados permitindo considerável desenvolvimento urbanístico. No centro comercial edifícios modernos surgiram juntamente aos antigos solares do período cafeeiro. A maioria dos bairros residenciais são periféricos; armazéns e indústrias concentram-se ao longo das linhas férreas. Um dos principais centros industriais do país, Campinas caracteriza-se pelo alto grau de desenvolvimento tecnológico, destacando-se no seu parque fabril as indústrias de produtos químicos e farmacêuticos, eletrodomésticos e equipamentos automobilísticos.

Sendo município do Estado de São Paulo é necessário indicar algumas características sócio-econômicas deste estado. Segundo dados do IPEA de 1993 o PIB per capita estava em cerca de US\$ 3.993, no ano de 1988, enquanto a média brasileira é de US\$ 2.241. Há ainda no estado de São Paulo 31,96% das famílias indigentes da região sudeste e 9,11% das famílias indigentes do Brasil referentes a estimativa de 1990. Quanto as finanças públicas do estado desequilíbrios acentuados ocorrem desde o início dos anos 90, estando numa situação periclitante no pós-95 devido a pressão dos juros sobre a dívida do estado. De acordo com informações obtidas da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo, a experiência paulista para com a descentralização da política de Saúde é pioneira e deveras exitosa. Funcionando com a rede de serviços complexa e densa o estado regionalizou-se entre 94 e 96. Em 87, foi o primeiro estado a dar início ao SUDS,

através de implementações que se seguiram até o começo dos anos 90, já sob a denominação de SUS. Atualmente 646 municípios do estado estão enquadrados em três modalidades de gestão sendo que a maioria enquadram-se nas gestões parcial e incipiente e 7,4% na gestão semi-plena.

A população de Campinas no ano de 1996, segundo fonte do CIS/SEADE atinge cerca de 917.568 habitantes, aumentando 13,7% em relação à 1988. Campinas tem no setor de serviços e de comércios a grande parcela de estabelecimentos econômicos em torno de 67,4% e a maioria, cerca de 46,4% do número de ofertas de emprego. Outro feito importante é ter a maior renda média do interior (7,06 salários mínimos por chefe de família) e renda per capita de R\$ 348,00. Mais de 40% dos ocupados recebem rendimentos correspondentes a, no máximo, 3 salários mínimos (NEPP, 1996).

No entanto, houve piora das condições de vida do município, graças a instabilidade econômica e aos efeitos do ajustamento sobre setores industriais mais tradicionais, como os localizados na região. Em 1994 foram classificados como miseráveis 7,4% da população e como pobres, 37,9% (NEPP, 1996).

Quanto à administração governamental, em 1988, o prefeito eleito foi do Partido dos Trabalhadores (PT), trocando de partido posteriormente. O município é governado a partir de 1993, até 1997 pelo PSDB, partido dos atuais governos estadual e federal. Estas administrações enfrentaram dificuldades financeiras importantes devido ao grau de endividamento do município.

1.1 ESTUDO DO SISTEMA DE SAÚDE

A rede pública municipal de saúde em Campinas é relativamente grande e antiga, tendo já acumulado experiência institucional significativa. A política de descentralização da área de saúde refletiu sobretudo a descentralização

administrativa da própria Prefeitura, durante o ano de 1993, que delegou diversas das funções para as 4 Secretarias de Administração Regional da cidade.

Entretanto o município de Campinas implementa desde 1988 a política de descentralização do Serviço Único de Saúde (SUS). Em 1994, o município foi enquadrado em gestão parcial, posição na qual permaneceu até abril de 1996, quando passara para gestão semi-plena. Tal demora em enquadramento mais autônomo parecia inexplicável, tanto pelos recursos municipais quanto pela forte capacidade instalada e a já comentada experiência institucional de Campinas em saúde. Porém, as entrevistas realizadas pelo NEPP mostraram que o temor da Prefeitura em assumir maiores responsabilidades na área, face à instabilidade das transferências federais para o SUS e a resistência da Secretaria Estadual na redução dos seus recursos de poder foram os fatores que possibilitaram tal demora. A única vantagem parece ter sido a de possibilitar melhor preparo e capacitação dos municípios para assumir as funções delegadas. Além das atividades rotineiras do SUS, o município desenvolve programas dirigidos a grupos especiais da população os quais seriam: Saúde da Família (vínculo do médico com um grupo de família para a atenção personalizada e profilaxia de doenças); Saúde de Adolescente; Saúde do Trabalhador; Prevenção e Monitoramento de AIDS.

Analisando alguns indicadores sociais, como a taxa de mortalidade infantil e a de mortalidade geral, no quadro a seguir percebe-se as pequenas mudanças, ao longo dos anos, deste peculiar indicador de saúde.

Quadro - Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil e Geral de 1988 a 1996 no Município de Campinas

ANOS	Coef. Mortalidade Infantil (1000 NV*)	Coef. Mortalidade Geral (1000 IAB)
1988	20,59	5,89
1989	22,10	6,03
1990	22,57	5,98
1991	18,53	5,41
1992	20,99	5,63
1993	15,92	5,72
1994	17,22	5,84
1995	17,94	5,71
1996	(-)	5,62

Fonte: DID/SMS/PMC - LAPE/DMPS/ UNICAMP

Elaboração: NEPP/UNICAMP, 1998

* NV - Nascidos Vivos / (-) Dado não disponíveis

O próximo quadro de grande importância apresenta os indicadores básicos da provisão dos serviços de saúde.

Quadro - Saúde : Indicadores Básicos de Provisão e Qualidade dos Serviços do Município de Campinas e do Estado de São Paulo

SAÚDE	Estado SP	Campinas
Gastos primários em Saúde p/c (US\$ médio 95 - IGP/DI)		87,18(95)
Nº de leitos	117.1088(95)	3.105(95)
* Públicos	21,4%	19,4%
Estabelecimentos de Saúde	8.877(94)	322(92)
* Públicos	37,85%	
Nº de Médicos	91.270(92)	4.244(92)
Nº de Enfermeiros	15.444(92)	901(92)
Salários		
*Médicos		2.312,04(95)
*Enfermeiros		1.553,21(95)

Fontes: AMS, 1992; DATASUS, 1995 e Secretaria Municipal de Saúde. Elaboração: NEPP/ UNICAMP, 1996

Apontamos nos capítulos anteriores que as modalidades de descentralização e municipalização do Sistema Único de Saúde traduzem-se em distintos graus de autonomia do município na gestão do sistema local e é isto o relevante na composição e no fluxo de recursos do setor público. Desse modo percebe-se a situação de Campinas no quadro acima de baixa participação do setor público frente à oferta privada, fato este recorrente nas grandes cidades e regiões metropolitanas no Brasil. No entanto torna-se necessário observar em que nível a descentralização pode ser relacionada com melhora nos indicadores de eficiência e equidade, na provisão dos serviços.

O quadro a seguir informa os principais indicadores de eficiência social e técnica que podem ser relacionados com o processo de descentralização.

Quadro - Saúde: Indicadores de Eficiência - Estado de São Paulo e Município de Campinas

1 INDICADORES DE EFICIÊNCIA SOCIAL	Estado SP	Campinas
Melhorou o grau de satisfação do usuário em relação a qualidade do sistema de saúde	-	SIM
Melhorou o grau de satisfação dos diretores de hospital em relação as condições de serviços	-	SIM
Novos canais de participação dos usuários	-	Cons. Municipal
Modelo de Gestão em que está enquadrado	-	semi-plena
Existe mais autonomia:		
* contratação de pessoal	-	SIM
* elaboração de programas	-	SIM
* gasto		SIM
* invações de hospitais ou PS	-	SIM
2 INDICADORES DE EFICIÊNCIA TÉCNICA		
2.1 RESULTADOS		
Coefficientes de Mortalidade Geral por 1000 hab.	6.96 (94)	6.17 (94)
Coefficientes de Mortalidade Infantil por 1000 nascidos vivos	27.05 (93)	17.07 (95)
Número de Consultas no SUS	276.743.462 (95)	
2.2 ESTRUTURA		
Gastos Primários de Saúde p/c (US\$ médio 95 - IGP/DI)		87,18 (95)
Estabelecimento de Saúde por 1000 hab.	0,28 (94)	0,36 (92)
* Público	37,85%	
Leitos por 1000 hab.	3,70 (92)	3.53 (92)
Médicos por 1000 hab	1,88 (93)	4.10 (93)
Enfermeiros por médicos	0,26 (93)	0,25 (93)
Salários (em US\$ de 1995)		
* Médico		2.312,04 (95)
* Enfermeiro		1.553,21 (95)

Fonte: Indicadores de Eficiência Social: Entrevistas; Indicadores de Eficiência Técnica: AMS, 1992; DATASUS, 1995 e Secretaria Municipal de Saúde

NEPP/UNICAMP, 1996

Através do quadro se percebe o evidente impacto positivo da descentralização sobre a eficiência social da política de saúde. Em relação à satisfação do usuário, houve quase unanimidade no reconhecimento de melhoras na cobertura e na qualidade dos serviços de saúde. Durante as entrevistas realizadas pelo NEPP verificou-se que houve redução de pessoas no Posto, distribuição de medicamentos, programas de prevenção, acompanhado da crítica ao reduzido tempo das últimas consultas do dia, no máximo de 15 minutos, quando as primeiras duram 2 horas. Os diretores de serviços se mostraram satisfeitos muito devido a conformação de alto grau de autonomia da modalidade de gestão semi-plena, em que se encontra a política de saúde do município de Campinas.

Desse modo pode-se concluir que a descentralização da saúde efetivamente definiu e vem implementando novos espaços e canais de participação social e de usuários com a maior autonomia da Prefeitura Municipal para contratar, definir jornada de trabalho, elaborar programas, realizar gastos e introduzir inovações; assim, o envolvimento da Prefeitura com a prestação da assistência médico-sanitarista tornou-se mais íntimo durante o processo descentralizador.

Outro indicador também reconhecido como importante seria a análise da produção de consultas médicas na Rede de Saúde Municipal de Campinas; examinando a tabela abaixo percebe-se nitidamente o aumento do número de consultas, principalmente no pós-1988, nas diversas áreas de atendimento.

Tabela - Produção de Consultas Médicas na Rede de Saúde Municipal: Centros de Saúde, Policlínicas e ambulatórios de Especialidades no Município de Campinas.

Área de Atendimento	1985	1986	1987	1988 (1)	1989 (2)	1990	1991	1992	1993 (3)
Clínica Médica	99.184	770515	89.704	146.86 6	210.34 3	280.79 6	302.66 1	235.89 6	338.42 2
Pediatria	42.813	108.51 6	116.47 8	158.22 0	250.66 7	315.09 1	303.68 6	260.95 0	293.32 9
Gineco- Obstetria	18.018	23.997	26.035	41.944	93.898	127.94 5	120.70 5	95.115	131.43 0
Psiquiatria	(4)	(4)	(4)	(4)	5.143	17.533	24.896	20.551	25.586
Especialidades	(4)	(4)	(4)	(4)	176.45 3	197.40 8	196.02 3	130.21 9	184.82 8
Total	160.01 5	210.02 8	232.21 7	347.03 0	736.50 4	938.77 3	947.97 1	742.73 1	973.59 5

Fonte: DID/SMS/PMC

(1) A partir de 1988 estão incluídos os dados das unidades estaduais municipalizadas: C.S. Aurélia, C.S. Santa Odila, C.S. Barão Geraldo, C.S. Taquaral e CS1

(2) A partir de 1988 estão incluídos os dados das policlínicas federais municipalizadas (PAM 1, PAM 2, PAM 3).

(3) Produção de setembro a dezembro foi projetada a partir da média de consultas de janeiro a agosto do mesmo ano.

(4) Áreas não existentes nos respectivos anos

Apesar das características positivas do processo de descentralização de saúde não se sabe o quanto este processo está contribuindo para a melhora de eficiência administrativa e da alocação de recursos. Na ausência de indicadores suficientes (custos dos serviços, dimensionamento das redes burocráticas) a avaliação do processo dar-se-á indiretamente, segundo Sônia Draibe; "através de algumas dimensões institucionais da descentralização de modo a estimar possíveis efeitos dos processos de implementação da descentralização sobre a qualidade dos serviços oferecidos". As dimensões escolhidas foram:

I) Impactos da descentralização sobre a modernização e as capacidades administrativas

O Sistema de Saúde obteve mais recursos para resolver os desafios das capacidades administrativas e de gestão impostos pela descentralização de serviços. Porém mesmo alcançando padrões maiores de organização das unidades locais, gestores de Campinas opinaram que o caráter caótico da descentralização introduziu irracionalidades difíceis de serem removidas.

II) A (insuficiente) capacitação para as funções descentralizadas

É notório tanto em Campinas como nos municípios brasileiros a ausência de adequada capacitação para as funções descentralizadas. Parece claro que normas e regras operacionais tradicionalmente acompanhem os novos procedimentos, entretanto a procura por maior e mais adequada capacitação dos agentes locais de saúde foi devidamente reforçada nas várias entrevistas realizadas pelo NEPP com gestores.

III) Descentralização e sistemas de monitoramento, supervisão e controles

Inserido nos resultados do caráter caótico dos processos de descentralização está a ausência de sistemas modernos e ágeis de monitoramento e supervisão observada no município de Campinas. No setor de saúde, a redução das funções centrais de supervisão e controles não tem sido alterada eficientemente por mecanismo regionais e locais de verificação de qualidade; dados tanto pela obsolescência das regras de normas anteriores, quanto por dificuldades de articulação e manutenção das estruturas regionais (intermunicipais e estaduais) capazes de cumprir com responsabilidade tais funções, sendo dificilmente enfrentada no mero âmbito municipal. Este problema é intensificado pela

tendência de esvaziamento das funções estaduais nos sistemas descentralizados sobrecarregando a radical municipalização.

Na Parte I, referimo-nos às características da descentralização fiscal no Brasil promovendo um incremento das finanças municipais e um maior grau de autonomia dos municípios brasileiros em relação aos níveis estaduais e federal de governos. Outro fator importante verificado nos anos recentes foi os impactos da estabilização e as pressões por ajustamento fiscal na qual travaram a disponibilidade financeira de estados e municípios.

Logo, sabendo como se consolidou o processo de descentralização das políticas sociais, especificamente do setor saúde, o próximo passo será analisar, o comportamento dessas variáveis fiscais e financeiras no caso do município de Campinas.

CAPITULO 2 - COMPORTAMENTO DAS RECEITAS E DESPESAS MUNICIPAIS EM CAMPINAS

Primeiramente, analisaremos o lado das receitas, observando de início o comportamento da Receita Corrente em 1985 (antes do processo de descentralização) e de 1989 a 1996; através da distribuição percentual destas receitas.

Tabela - Campinas; Distribuição percentual das receitas correntes: 1985, 1988 1996.

	1985	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
REC. CORRENTES	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Rec. Tributária	37,97	22,70	27,80	40,34	42,55	35,45	35,11	32,30	33,90
Rec. Patrimonial	4,73	24,34	4,46	5,68	9,20	9,64	6,12	3,91	2,01
Transferências	52,01	49,93	65,01	51,27	43,44	49,60	51,90	50,61	57,70
Outros	5,26	3,02	2,70	2,72	4,81	5,31	6,78	13,14	6,38

Fonte: Balanços Municipais

Na composição da Receita Corrente é a Receita Tributária e a Receita das Transferências - substancialmente as Transferências Intergovernamentais - que possuem maior peso. Porém, os graus de dependência da Receita Municipal de Campinas em relação às transferências correntes são menores se comparado à outros municípios em que o processo de autonomização local não se deu radicalmente.

A próxima tabela será um resumo geral da receita de Campinas ao longo dos anos, evidenciando, diante da composição da receita orçamentária, as diferentes alterações ocorridas durante os anos analisados.

Tabela - Campinas; Composição da Receita de Orçamentária: 1985, 1989 a 1995.

	1985	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Rec.Orçamentária	100							
Rec. Tributária	28,43	21,88	27,39	36,01	38,40	34,86	35,01	31,45
Impostos	22,52	21,24	26,3	32,92	34,35	31,12	32,08	28,48
Taxas	5,81	0,30	1,03	2,77	3,92	3,60	2,83	2,91
Serviços	0,10	0,34	0,06	0,32	0,13	0,14	0,10	0,06
Rec. Patrimonial	3,54	23,45	4,39	5,07	8,30	9,49	6,11	3,80
Transferências	43,02	48,10	64,01	45,79	39,20	48,76	51,80	49,21
Correntes								
Transf. da União	5,45	3,76	5,63	4,83	3,68	5,46	4,74	5,15
Transf. do Estado	35,5	44,34	55,26	37,10	33,40	39,77	45,12	42,76
Convênios	2,07	-	3,12	3,86	2,12	3,53	1,94	1,30
Outras Rec.	4,10	2,91	2,66	2,43	4,34	5,22	6,76	12,77
Correntes								
Rec. de Capital	20,91	3,66	1,55	10,70	9,76	1,67	0,30	2,76

Fonte: Balanços Municipais

Examinando esta tabela, conclui-se a forte presença da receita corrente na composição da receita orçamentária, estando as mudanças, ao longo dos anos, das subdivisões da receita corrente, predominantemente as das transferências intergovernamentais fator primordial na qual determinará os subseqüentes valores obtidos das receitas orçamentárias. Percebe-se na distribuição das Receitas Tributárias, em todos os anos analisados, o peso significativo atribuído aos Impostos. E dentre as Transferências Correntes, na sua grande maioria providas de transferências do estado.

A próxima tabela identifica a composição das mais importantes subcategorias dos impostos e das transferências intergovernamentais no intuito de avaliar alterações no município de Campinas, ao longo dos anos nas quais respondem ao processo de descentralização fiscal.

Tabela - Evolução e Distribuição em percentagem das subcategorias dos Impostos e das Transferências Intergovernamentais.

	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
1- IMPOSTOS	100	100	100	100	100	100	100	100
*IPTU	31,79	24,49	43,44	49,55	48,09	45,10	53,06	55,11
*ISS	68,21	63,77	49,89	43,07	42,54	48,96	40,94	41,27
2- Transferências Intergovernamentais	100	100	100	100	100	100	100	100
FPM	8,75	5,63	4,79	5,54	5,91	4,22	3,49	3,03
Cota-parte ICMS	79,36	86,26	76,56	81,46	78,73	83,89	75,78	63,35
Cota-parte IPVA	-	-	4,45	3,74	2,84	3,24	11,10	10,74
Convênio SUS ¹	-	-	5,35	3,58	2,55	-	-	13,60

Fonte: Balanços Municipais da Prefeitura de Campinas de 1985, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995 e 1996.

1 - A percentagem do Convênio Municipal de Saúde - SUS em relação ao total dos convênios foi em 1991, 1992, 1993 e 1996, respectivamente 63,38%, 66,25%, 35,30% e 81,30%.

Das subcategorias dos Impostos as que possuem maior peso participativo são o IPTU (Imposto sobre a propriedade predial e territorial urbana) e o ISS (Imposto Sobre Serviços). Analisando a tendência, durante os anos, de cada subcategoria nota-se o crescimento percentual relativo aos Impostos do IPTU ultrapassando em 1995 o ISS que, contrariamente, está em queda ao longo da série histórica estudada.

Quanto às Transferências Intergovernamentais o destaque da sua composição é o ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Serviço), sendo uma participação na receita do Estado de São Paulo. Tal domínio deste imposto vem confirmar as mudanças da constituição de 88, quando então a base de incidência deste imposto aumentou, conseqüentemente elevando-se a cota-parte de direitos aos municípios. Em níveis mais modestos estão as subcategorias de participações da receita da União, o FPM (Fundo de Participação dos Municípios) em decréscimo percentual durante o período examinado, trocando de posição com o IPVA (Imposto sobre Propriedade de Veículos) no ano de 1995. Outro componente das Transferências Intergovernamentais são os convênios. Destaco o Convênio SUS, sendo conveniado com a União. Nos anos de 1985, 1990, 1994 e

1995 não há rubrica autorizada deste Convênio no balanço municipal. A partir do ano de 1991, aparece a rubrica referente ao Convênio SUS e seu peso participativo no total das transferências correntes decresce até 1993, um dos anos críticos do SUS. Em 1996, seu peso participativo aumenta vertiginosamente o que coincide com a alteração do município de Campinas para gestão semi-plena.

Podemos ainda observar na tabela seguinte os gastos em saúde, em alguns anos, como proporção da receita de cada esfera governamental. Torna-se nítida a disparidade na evolução da proporção do município de Campinas se comparadas às outras esferas e outros municípios.

Tabela - Gastos em Saúde como Proporção da Receita de cada Esfera de Governo: União, Estados e municípios e Município de Campinas - 1987/1992

Anos	Município de Campinas (%)	Municípios (%)	Estados (%)	União (%)
1987	7,2	6,4	3,6	14,8
1988	3,0	10,2	0,0	15,7
1989	15,9	9,4	4,8	16,8
1990	14,9	8,6	5,2	13,0
1991	14,2	(-)	(-)	13,2
1992	16,6	(-)	(-)	10,8

Fonte: Médici, 1993; SF/PMC. Balanços Gerais do Município de Campinas, 1980 a 1992

(-) Dado não disponível

Este aumento nos gastos em saúde no município de Campinas pode derivar tanto dos maiores recursos municipais quanto da maior autonomia possibilitada pela reforma tributária de 1988 o qual propiciou o caminho para efetivação do processo de descentralização fiscal. Além disso, a crise financeira do Estado inviabilizou o aumento de gasto social relativo por parte da União. Como vimos na Parte I, de modo geral, as receitas sociais dos Municípios, Estados e União analisadas durante os anos sempre estiveram aquém das despesas sociais, acarretando independente das esferas, déficits nas finanças sociais.

Analisando agora o lado das despesas, de início iremos compreender pelo quadro abaixo a evolução das despesas orçamentárias com saúde e saneamento sobre as despesas orçamentárias totais, sabendo de antemão que durante todos os anos pesquisados a despesa orçamentária total foi superior a receita orçamentária total.

Quadro - Campinas; Composição das Despesas orçamentária por Programas: 1985, 1990 a 1995.

	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
DESP. ORÇAMENTÁRIA	100	100	100	100	100	100	100
Legislativo	1,89	3,00	3,06	2,60	4,09	4,92	3,88
Judiciário	-	-	-	0,06	-	0,01	0,01
Adm. e Planejamento	54,23	28,22	25,09	18,85	27,40	23,77	22,35
Def. Nac. e Seg. Pública	0,13	0,21	0,23	0,08	0,10	0,14	0,30
Educação e Cultura	15,80	22,72	21,43	19,73	22,30	21,77	23,35
Habitação e Urban.	7,40	16,87	11,53	18,27	13,37	15,97	15,70
Ind. Com. e Serviços	0,16	0,20	0,18	0,16	0,18	0,29	0,24
Relações Externas	-	-	-	-	-	0,01	-
Saúde e Saneamento	3,39	15,69	15,70	16,86	17,92	17,11	18,00
Assist. e Previdência	7,20	9,54	7,48	7,28	7,39	7,98	8,77
Transporte	9,77	3,65	15,13	16,11	7,24	8,03	7,40
Agricultura	0,03	-	-	-	-	-	-

Fonte: Balanços Municipais

Torna-se evidente, nesta tabela, o crescimento da participação percentual dos gastos com saúde deixando indícios do aumento das despesas em saúde e saneamento estar atrelado ao processo de descentralização da política de saúde. Verifica-se também a redução significativa da participação das despesas com administração e planejamento. Mesmo que aceitando o maior grau de autonomia

financeira estar correlacionado com o comportamento dos gastos em saúde faz-se necessário atenção ao quanto da tendência do crescimento dos gastos em saúde se reflete na provisão destes serviços, parte esta estudada no capítulo anterior. Assim poderemos conformar uma análise abrangente não se restringindo ao tecnicismo fiscal-financeiro e a parca conclusão que poderemos retirar somente dele.

CONCLUSÃO

O avanço da descentralização das políticas sociais, a partir da metade da década de 80 foi legítimo, mesmo que enfrentando condições adversas. O formato brasileiro de descentralização se caracterizou pela predominância de motivos e objetivos políticos, mais do que fiscais e financeiros.

Intensificado pela reforma tributária de 1988, o processo de descentralização acontece diante de um aumento substancial da participação dos municípios, seguido pelo estados, no gasto social total. Entretanto, se o caráter proposto para o processo de descentralização foi democrático, no intuito de reformar as políticas para que se ampliasse a cidadania social; a grande instabilidade econômica e os recorrentes planos de estabilização se confrontava com o movimento descentralizador conformando-se numa situação de instável trajetória da descentralização.

Especificamente, a descentralização da política de saúde buscava como meta estruturar um sistema na qual fosse unificado e descentralizado. Porém, o processo da descentralização de saúde vem apresentando uma tendência caótica, pois houve perda de comando por parte do governo federal e uma drástica queda nos gastos federais com saúde. Dessa maneira, abre-se espaços para as heterogeneidades do sistema, já que a prestação de serviços fica na dependência de recursos locais, ou seja, ligada às diferenças econômicas que marcam a federação brasileira. Outro fator relevante é que a descentralização tem ocorrido na direção dos municípios, por isso seu sucesso ou fracasso acaba dependendo de vontade política, de mobilização da sociedade para reivindicar e controlar seus direitos e serviços, além de possibilitar a ocorrência de uso clientelístico do poder exercido pelo prefeito municipal.

O sistema de saúde de Campinas registrou importantes avanços vis a vis à a sérias dificuldades enfrentadas pela descentralização. Entre os principais fatores positivos observados, está a maior participação tanto de usuários quanto de gestores de serviços; a ampliação dos canais de participação da sociedade no desempenho da política e entre os obstáculos observados aparecem o reduzido potencial de integração local da descentralização; a ausência de recursos e de políticas para a capacitação de funções descentralizadas e a ausência de sistemas de monitoramento, supervisão e controles visando garantir padrões de qualidades de serviços.

Os municípios como o de Campinas, com maior força política na federação, foram privilegiados pela descentralização fiscal iniciada com a constituição de 1988. Assim, tais municípios puderam concentrar um maior volume de receitas transferidas, com maior autonomia para aplicá-las e um maior volume de receitas próprias, pois os novos tributos foram realocados em seu favorecimento.

Com isso pode-se suscitar uma certa associação de que a descentralização fiscal permita melhor gestão e desempenho dos serviços municipais de saúde, fazendo com que se confirme a importância dos estudos de caso. Apresentando este projeto conclusões gerais as quais indicam a descentralização de saúde, apesar de evidenciar este caráter caótico, possibilite através de algumas mudanças, maiores ganhos de eficiência e equidade .

BIBLIOGRAFIA

AFFONSO, Rui de Britto Álvares. A Federação no Brasil: Impasses e Perspectivas. In: Orgs: Rui Affonso e Pedro Luiz Barros Silva. A Federação em Perspectiva: ensaios selecionados, pp. 57-75, São Paulo, FUNDAP, Editora Unesp, 1995.

AFONSO, José Roberto e SENRA, Nélon de C. Despesa pública - competências, serviços locais, descentralização: o papel dos municípios; Centro de Estudos de Políticas Públicas, Texto para Discussão 23, Rio de Janeiro, junho 1994.

AFONSO, José Roberto R. Dilemas da saúde: financiamento e descentralização. Rio de Janeiro, Revista do BNDE, vol. 2, n. 3, junho de 1995.

AFONSO, José Roberto Rodrigues. A Questão Tributária e o Financiamento dos Diferentes Níveis de Governo. In: Orgs: Rui Affonso e Pedro Luiz Barros Silva. A Federação em Perspectiva: ensaios selecionados, pgs. 315-328, São Paulo, FUNDAP, Editora Unesp, 1995.

AFONSO, José Roberto Rodrigues. Descentralização Fiscal na América Latina: estudo de caso do Brasil. Santiago do Chile, Nações Unidas, CEPAL, Projeto Regional de Descentralização Fiscal, Série Política Fiscal, Número 61, julho 1994.

BARRERA, Aglas Watson e ROARELLI, Maria Liz de Medeiros. Relações Fiscais Intergovernamentais. In: Orgs: Rui Affonso e Pedro Luiz Barros Silva. Reforma Tributária e Federação, Série Federalismo no Brasil, pp. 129-160, São Paulo, FUNDAP, Editora Unesp, 1995.

BRASIL 1987 - Relatório sobre a Situação Social do País. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - NEPP/UNICAMP, Campinas, São Paulo, 1986.

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

BREMAEKER, F. E. J. A Evolução das finanças dos municípios brasileiros. Série Estudos Especiais n. 10, IBAM/CPU/IBAMCO, Rio de Janeiro, 1996.

CASTRO, Maria Helena G. de. Descentralização e política de saúde: tendências recentes. Planejamento e Política Pública, n.5, IPEA, Brasília, junho de 1991.

DRAIBE, Sonia M. e AURELIANO, Liana. As especificidades do Welfare State Brasileiro. In: MPAS/ CEPAL: A Política Social em tempo de crise: Articulação Institucional e Descentralização vol I, Brasília, 1989.

DRAIBE, Sonia M. O Padrão brasileiro de proteção social: desafios à democratização. *Análise Conjuntural*, Curitiba, v. 8, n. 2, pp. 13-19, fev 1986.

DRAIBE, Sonia M. Repensando a Política Social: dos anos 80 ao meio dos 90. In: SOLA, L. e PAULINI, L. (orgs) Lição da Década de 80. São Paulo, Edusp, 1995.

GUIMARÃES NETO, Leonardo Desigualdades Regionais e Federalismo. In: Orgs: Rui Affonso e Pedro Luiz Barros Silva. Desigualdades Regionais e Desenvolvimento, Série Federalismo no Brasil, pp. 13-59, São Paulo, FUNDAP, Editora Unesp, 1995.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Avançada. O Mapa da Fome II: Informações sobre a Indigência por Municípios da Federação, Maio 1993.

JUNQUEIRA, L. e INOJOSA, R. M. Descentralização do modelo de prestação dos serviços de saúde em São Paulo. Rio de Janeiro, FGV, Revista de Administração Pública, 24 (4), ago-out 1990.

MÉDICI, André C. As Contribuições da economia à análise dos problemas enfrentados pelo setor saúde na A. Latina. In: I Encontro Nacional de Economia da Saúde - Anais, São Paulo, Associação Brasileira de Economia e Saúde, 1994.

MÉDICI, André C. e MACIEL, Marco Cícero M. P. A Dinâmica do Gasto Social nas Três Esferas de Governo: 1980-1992. São Paulo, FUNDAP, 1996, mimeo.

MÉDICI, André C. Perspectivas do financiamento à saúde no Governo Collor de Mello. Organização Pan-americana da Saúde, Brasília, Escritório Regional da OPS, Série Economia e Financiamento 2, 1991.

MEDICI, André C. Políticas Sociais e Federalismo. In: Orgs: Rui Affonso e Pedro Luiz Barros Silva. A Federação em Perspectiva: ensaios selecionados, pp. 285-304, São Paulo, FUNDAP, Editora Unesp, 1995.

MEDICI, André C. Descentralização e Gastos em Saúde no Brasil. São Paulo, FUNDAP, 1996, mimeo.

NEPP/UNICAMP. Avaliação da Descentralização das Políticas Sociais no Brasil: Saúde e Educação Fundamental. Relatório Final. NEPP/CEPAL, Janeiro, 1997.

OLIVEIRA, Ana Maria Franklin de. Os dilemas da municipalização da saúde no contexto de uma região metropolitana. Tese de Doutorado, IE/UNICAMP, 1995.

REZENDE, Fernando O Financiamento das Políticas Públicas: Problemas Atuais. In: Orgs: Rui Affonso e Pedro Luiz Barros Silva. A Federação em Perspectiva: ensaios selecionados, pp. 241-259, São Paulo, FUNDAP, Editora Unesp, 1995.

SILVA, Pedro Luiz Barros e VIANA, Ana Luíza. Desenvolvimento de políticas de saúde nos anos 80: o caso brasileiro. Seminário "Estado, Economia e Saúde", Campinas-sp, UNICAMP (Convênio NEPP/ UNICAMP/ OPAS/ UDUAL), mimeo.

SILVA, Pedro Luiz Barros. A política de saúde no Brasil e suas repercussões no Estado de São Paulo nos anos 70: uma tentativa de síntese. São Paulo, FUNDAP, Cadernos FUNDAP, ano 3, n. 7, nov 1983.

SILVA, Pedro Luiz Barros. Atenção à saúde como política governamental. Dissertação de Mestrado - IFCH/UNICAMP, Campinas-sp, 1984.

SILVA, Pedro Luiz Barros. Limites e Obstáculos à Reforma do Estado no Brasil: a Experiência da Previdência Social na Nova República. Tese de Doutorado - FFLCH/USP, Campinas, 1992.

SILVA, Pedro Luiz Barros. Descentralização do setor saúde: antecedentes, dilemas atuais e perspectivas do caso brasileiro. São Paulo, IESP/FUNDAP, 1988.

SILVA, Pedro Luiz Barros. O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde no Brasil na década de 70. São Paulo, FUNDAP, Cadernos FUNDAP, ano 3, n. 6 , julho 1983.