



1290000646



IE

TCC/UNICAMP M491c

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPUS
INSTITUTO DE ECONOMIA**



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

ESTUDO DE CASO

**O MUNICÍPIO DE SANTOS
1988 - 1996**

**ALUNA: Maria Fernanda Cardoso de Melo
ORIENTADORA: Profa. Dra. Sonia M. Draibe**

**TCC/UNICAMP
M491c
IE/646**

CEDOC/IE

ÍNDICE:

INTRODUÇÃO	1
PARTE I -	
CAPÍTULO 1) As Políticas e a Descentralização Fiscal dos Anos 80	2
CAPÍTULO 2) A Descentralização da Política de Saúde	9
PARTE II - O ESTUDO DE CASO	
CAPÍTULO 1) Caracterização Geral do Município de Santos	18
CAPÍTULO 2) O Comportamento das Receitas e Despesas Municipais em Santos	21
CAPÍTULO 3) Os Programas de Saúde	26
CONCLUSÃO	36
ANEXO - Tabelas 7 e 8	
BIBLIOGRAFIA	37

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: o município de Santos.

O trabalho 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, em geral, assim como as características que integraram a Constituição 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 Santos. O primeiro capítulo registra as características gerais do município, enquanto o segundo estuda o comportamento das receitas e despesas orçamentárias municipais ao longo dos últimos dez anos. O Capítulo 3, por fim, registra o desempenho da política municipal de saúde que sucedeu às mudanças fiscais referidas.

A Conclusão resume os principais resultados desse estudo.

PARTE I-

Capítulo 1- As Políticas e a descentralização fiscal dos anos 80.

O processo de descentralização das políticas sociais tem início a partir dos anos 80 e ocorre num contexto especial. No âmbito econômico, havia uma profunda crise fiscal e financeira da União, desencadeada pelo problema da dívida externa e alimentada pela estagnação econômica e pela alta da inflação. No âmbito sócio-político, a forte mobilização das forças de oposição engajadas no processo de redemocratização do país exigia a eliminação das formas mais centralizadoras do regime autoritário.

Neste contexto, a tese da descentralização tornou-se sinônimo de democracia e eficiência, remetendo tanto à redefinição dos formatos das políticas - entre elas as sociais - quanto e principalmente à descentralização fiscal. Na Constituição Federal que concretizaram-se as mudanças descentralizadoras. Entre as inovações ali registradas, está a afirmação dos municípios como ente federativo - medida que faz do federalismo brasileiro um dos mais acentuados do mundo e como não poderia deixar de ser, a questão tributária recebeu especial atenção, tendo ocorrido mesmo uma reforma fiscal importante.

1.1 - A Descentralização Fiscal

A Constituição de 1988 respondeu àquelas aspirações orientando-se pelos princípios de descentralização de competências e recursos, redistribuição regional de receitas, fortalecimento do financiamento dos gastos sociais e modernização do sistema tributário, medidas que acabaram por favorecer as esferas subnacionais.

O fortalecimento dos estados e municípios, em detrimento da União, pode ser verificado através da comparação entre as atuais competências tributárias dos governos subnacionais e as anteriores, tal como estavam definidas na Constituição de 67.

Para o governo estadual, entre outras alterações, foram adicionados à base de incidência do Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICM) estadual, os

impostos únicos, até então de competência federal, dando origem ao ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de transporte e comunicações). Com isto, criou-se um imposto de base mais ampla, que tributa o valor adicionado. A cobrança dos impostos sobre herança e doações e um adicional sobre o imposto de renda cobrado pela União, também passaram para a competência estadual.

No âmbito municipal, além da criação do Imposto sobre Vendas a Varejo de Combustíveis (IVVC), transferiu-se para a sua competência a cobrança do Imposto sobre Transmissões de Imóveis inter-vivos (ITBI-IV). O Quadro 1 abaixo esquematiza estas mudanças:

QUADRO 1
COMPETÊNCIAS TRIBUTÁRIAS POR NÍVEL DE GOVERNO DE ACORDO COM A CONSTITUIÇÃO DE 1967 E A DE 1988

NÍVEL DE GOVERNO	ANTERIOR (CONSTITUIÇÃO DE 1967)	VIGENTE (CONSTITUIÇÃO DE 1988)
UNIÃO	<p>IMPOSTOS sobre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) <p>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 /*</p> <p>CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS EMPRESTIMOS COMPULSÓRIOS (casos especiais)</p>	<p>IMPOSTOS sobre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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)/* <p>8 não previstos (competência residual)/* 9 extraordinários para guerra externa /* 10 Provisório sobre Movimentações Financeiras/*</p> <p>CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS EMPRESTIMOS COMPULSÓRIOS (para despesas extraordinárias e investimentos urgentes)/*</p>
ESTADOS	<p>IMPOSTOS sobre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Oper. rel. à circulação de mercadorias (ICMS) 2 Propriedade de Veículos automotores (IPVA) 3 Transmissão de Bens Imóveis (ITBI) 	<p>IMPOSTOS, sobre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Operações rel. circulação de mercadorias e prest. serv. transportes e comunicação (ICMS) 2 Propriedade de veículos automotores (IPVA) 3 Transmissão causa mortis e doação (ITCMD) 4 Adicional ao Imposto de renda da União
MUNICÍPIOS	<p>IMPOSTOS sobre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Propriedade Predial e Territorial Urbano (IPTU) 2 Serviços de qualquer natureza (ISS) 	<p>IMPOSTOS, sobre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 TRÊS ESFERAS	<p>TAXAS (pelo exercício do poder de polícia e utilização de serviços públicos) CONTRIBUIÇÃO DE MELHORIA CONTRIBUIÇÃO SOCIAL para custeio dos encargos previdenciários próprios</p>	<p>TAXAS (pelo exercício do poder de polícia e utilização de serviços públicos) CONTRIBUIÇÃO DE MELHORIA CONTRIBUIÇÃO SOCIAL para custeio da previdência e assistência dos servidores públicos</p>

Fonte: AFONSO, 1994.

Outra razão que explica o fortalecimento dos estados e municípios foi o aumento da participação dessas esferas de governo na arrecadação dos níveis superiores de governo.

De fato houve um aumento da participação dos governos estaduais e municipais na receita tributária da União, através da elevação das porcentagens do Imposto de Renda (IR) e Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) destinadas aos Fundos de Participação dos Municípios (FPM), que passaram de 17% (Constituição de 67) para 22,5% da arrecadação (Constituição de 1988). A participação dos Estados passou de 16% para 21,5% da arrecadação. Foi também criado um fundo de ressarcimento do Imposto sobre Comércio, Mercadorias e Serviços (ICMS), não cobrado pelos Estados exportadores, de 10% do IPI. (Ver AFONSO, 1994)

Assim, os Estados passaram a repartir mais receitas para seus municípios devido à ampliação da base de incidência do ICMS e à elevação de sua cota-parte de 20% para 25%. O volume dos impostos transferidos cresceu e o repasse passou a se dar de forma mais segura e transparente, uma vez que a Constituição ainda 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 2 esquematiza a situação das relações intergovernamentais estabelecida 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 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% a Departamento Nacional de Produção Mineral - DNPM 2 - Compensação financeira pela exploração de recursos hídricos; o produto da arrecadação de-ve 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.

A maior autonomia dos governos subnacionais para cobrança de seus próprios tributos consistiu no avanço mais relevante da Constituição de 88. Este fato permitirá, como veremos, que os municípios fortaleçam e ampliem sua arrecadação, podendo então absorver maiores encargos sociais, que também foram crescendo a partir da Constituição de 1988. O Quadro 3, abaixo, sintetiza 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 concorrentes)	<ul style="list-style-type: none"> - Saúde - Educação (superior, 1* e 2* graus e ensino profissionalizante) - Cultura; - Proteção dos recursos Naturais e do meio ambiente; - Agricultura; - Abastecimento; - Habitação; - Saneamento básico; - Assistência social; - Polícia; - Energia hidroelétrica;
MUNICIPAL	<ul style="list-style-type: none"> - Transporte público urbano; - Ensino pré-escolar e 1* grau; - Saúde preventiva; - Uso do solo urbano; - Conservação do patrimônio histórico e cultural

Fonte: tabela adaptada de AFONSO, 1994.

1.2 - A Descentralização das Políticas Sociais

Não se pode negar, então, que tenha havido um processo de descentralização fiscal. Outro processo que também vinha ocorrendo a partir dos anos 80, foi o de descentralização das políticas sociais, que também é inegável - apesar de podermos questionar seu caráter, seu tipo e resultados - como nos mostra a Tabela 1 abaixo, através da distribuição do gasto social e da receita disponível global por esfera de governo:

Tabela 1
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: MEDICI e MACIEL (1996)

Entre 1980 e 1992, a participação da União no gasto social cai de 65,8% para 57,0%, enquanto que a dos estados sobe de 23,6% para 26,5%, e a dos municípios, mais expressivamente, de 10,6% para 16,5%. No mesmo período, a participação da União na receita disponível total cai de 59,5% para 54,9%, a dos estados desce de 34,0% para 28,5%, e a dos municípios sobe de 6,5% para 16,6%.

Estes deslocamentos mostram três pontos relevantes: primeiro que a descentralização fiscal favoreceu as esferas subnacionais, principalmente os municípios, em detrimento da União; segundo, que as esferas subnacionais passaram efetivamente a gastar mais com funções sociais e terceiro, que o gasto federal foi prejudicado, principalmente pela crise financeira do Estado.

Já o processo efetivo de descentralização das políticas sociais reflete as características distintas de cada setor, principalmente como as políticas estavam estruturadas anteriormente, como era a força de coalizão pró-descentralização e a existência de uma política de descentralização nacional.

Com base numa série de estudos setoriais (MEDICI, 1996; VIANA, 1996; ARRETCHE, 1996; PACHECO, 1996; SILVA e CRUZ, 1996.) no âmbito da pesquisa "Federalismo no Brasil" realizada pela FUNDAP, Maria Hermínia Tavares de Almeida (ALMEIDA, 1996) e Pedro Luís Barros Silva e Vera Lúcia Cabral Costa (SILVA e COSTA, 1996) analisaram as áreas de saúde, educação, assistência social e habitação, e chegaram a tipos de descentralização:

QUADRO 4
Condições e Tipos de Descentralização nas Áreas Sociais

Áreas/ Dimensões	Saúde	Assistência Social	Habitação	Educação
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, (1994); reproduzida em SILVA e COSTA, (1996).

Podemos então perceber, que quase não houve descentralização na área de Assistência Social, houve descentralização por ausência nas áreas de Habitação e Educação, e na área da Saúde - a única onde houvera uma política deliberada de descentralização - vem-se manifestando uma tendência à descentralização caótica.

O próximo capítulo será dedicado à descentralização da política de saúde.

CAPÍTULO 2

A Descentralização da Política de Saúde

O setor saúde, no período pós-64, tinha como característica a centralização federal dos instrumentos de intervenção e financiamento. O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) - e mais tarde o INAMPS - foi o órgão onde se deu a concentração das políticas de assistência médica, previdenciária e assistência social, e estava estruturado e centrado no processo de compra de serviços do setor privado. Esta centralização foi acompanhada por uma extensão de cobertura da assistência médica a todos os empregados formais e aos trabalhadores autônomos que, por livre vontade, desejassem contribuir para a previdência social.

O processo de descentralização deste sistema teve como “ponto de partida formal” a criação das Ações Integradas da Saúde (AIS) em 1982. As AIS espelharam o início do processo de democratização da sociedade brasileira uma vez que foram formuladas e implantadas segundo princípios democráticos (universalização, descentralização e participação comunitária) e organizativos (integração, regionalização e hierarquização das ações). Guardando as especificidades em sua implantação, que variaram na passagem da Velha para a Nova República, este modelo trouxe os seguintes avanços:

a) rompeu com a concepção de que o setor privado deveria ter o monopólio da atenção curativa, cabendo ao setor público cuidar da atenção preventiva, ao unificar as bases de planejamento para os prestadores públicos e privados contratados;

b) ativou um processo de gestão colegiada e articulação institucional;

c) criou condições para o acompanhamento dos resultados e para o controle do sistema pelos usuários e;

d) 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.

Em 1987 foi criado o Sistema Único e Descentralizado da Saúde - SUDS, e com ele foram estabelecidos critérios para transferência e aplicação dos

recursos nos estados, formas de prestação de contas dos recursos repassados, e uma clara definição de competências entre as três esferas de governo. A União ficaria encarregada de ações de caráter normativo, embora centralizasse a execução de alguns serviços, como as atividades de pesquisa, cooperação técnica e de produção e distribuição de medicamentos e insumos de saúde. Os estados se responsabilizariam pela execução de algumas ações e serviços bem como a coordenação intermediária de alguns processos de planejamento e programação setorial. E por fim, aos municípios caberiam tarefas de planejamento local e a execução efetiva dos serviços de saúde.

O SUDS foi o primeiro programa federal que avançou efetivamente em direção à unificação institucional, ao levantar a questão da unificação regional das redes de serviços sob o comando dos estados, e criar um cronograma de extinção do INAMPS e suas estruturas regionais.

Mas foi com a Constituição federal de 1988 que o atual sistema de saúde vigente no país consolidou-se, sob o nome de Sistema Único de Saúde (SUS) que, sem dúvida, constituiu-se a mais radical reforma descentralizadora sob o regime democrático. Podemos apontar algumas razões.

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.

Em segundo, um de seus princípios organizacionais básicos passou a ser o 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 gerais¹.

Por último, seu financiamento passou a ser, também, co-responsabilidade da União, estados e municípios. Contudo, pouco se avançou no que diz respeito à criação dos critérios efetivos de financiamento.

O financiamento do SUS é um ponto relevante para podermos compreender as distorções do sistema bem como sua crise, por isso merece alguns comentários.

¹ 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.

As fontes de recursos para o financiamento do gasto com saúde provêm das fontes que compõem o Orçamento da Seguridade Social, a saber :

-Contribuição Social sobre Folha de Salários dos Empregados, Empregadores e Trabalhadores Autônomos;

-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);

-Recursos próprios dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Quanto aos critérios de partilha de recursos entre as políticas que compõem o OSS, até a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em 90, ficou estabelecido que não menos de 30% dos recursos da seguridade social (excluídos os relativos ao PIS/Pasep) seriam destinados aos programas federais de saúde.

Entretanto, com a aprovação da Lei não foram definidos os critérios, apenas foi especificado que " o OSS destinará ao Sistema Único de Saúde - SUS, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos de previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)". Desse modo, a cada ano, a LDO e a Lei do Orçamento definem o percentual de recursos destinados para a saúde. Nos últimos dois anos, os recursos têm variado de composição. Em 1991, esses recursos foram definidos em 30%. Em 92 e 93, essa composição incluiu a definição de fontes - e não de percentuais - sobre o OSS. Em 92, por exemplo foi estabelecido que os recursos da Contribuição sobre o Lucro Líquido seriam destinados para a assistência social e os do Finsocial para o financiamento da saúde, e em 93 foi definido que 15,5% dos recursos da Contribuição sobre Folha de Salários seriam alocados para a saúde.

A falta de clareza quanto à partilha provocou muitos problemas de financiamento, que foram agravados, ainda mais, pela crise financeira do setor público. Houve, por parte das empresas, o questionamento judicial do Finsocial, o que implicou no depósito dos recursos em juízo, a sua extinção e criação do Cofins

como substituto mais bem enquadrado nos preceitos constitucionais. E também, a quebra do cumprimento do compromisso da previdência social no campo do pagamento de benefícios. Tudo isso acarretou a maior crise financeira no setor saúde nos últimos tempos.

Quanto aos critérios de financiamento das ações dos estados e municípios, embora esteja constitucionalmente definida a participação do orçamento próprio dos estados e municípios no financiamento, não existem regras para garantir tal participação, somente a recomendação de que tal participação deveria situar-se em torno de 10%. Entretanto, no caso dos estados, ela tem sido bem menor, enquanto que em muitos municípios os gastos efetuados são bem superiores.

Quanto aos critérios das transferências de recursos federais para as esferas subnacionais, embora definidos na Lei Orgânica tanto a combinação² como sua distribuição³, existe ainda a necessidade de leis e regulamentos que permitam sua operacionalização e, sendo assim, eles não entraram em vigor.

Ao longo de 1990 e 1991, ocorreram diversas modificações nestes critérios. Para nossos propósitos, no entanto, isto é para o financiamento das ações locais de saúde (estados e municípios), é importante apontar alguns instrumentos de transferência dos recursos: autorização de internação hospitalar (AIH); unidade de cobertura ambulatorial (UCA); unidade de capacitação de rede (UCR); e fator de estímulo à municipalização dos municípios (FEM).

No que diz respeito ao gerenciamento das ações de saúde, em 1993 foi criada, através de nova legislação, uma tipologia que define o grau de autonomia alcançado por cada município, isto é, o potencial da localidade para assumir a gestão do sistema de saúde local. Para tanto, cada município deve requerer às Comissões Intergestores (órgãos responsáveis nos planos federal e estadual pela gestão do sistema de saúde e pela política de descentralização) seu enquadramento em uma das seguintes modalidades⁴:

² A Lei nº 8.080 (Lei Orgânica) define em seu artigo 35 que: "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: I - perfil demográfico da região; II- perfil epidemiológico da população a ser coberta; III- características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV- desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior; V- níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI- previsão de plano quinquenal de investimentos da rede; VII- ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo".

³ O artigo 35 define, ainda, que 50% dos recursos destinados a estados e municípios serão distribuídos segundo o quociente de sua divisão pelo nº de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

⁴ Em janeiro de 95 existiam 2.397 municípios enquadrados no SUS sendo que: 1.836 enquadravam-se na gestão incipiente, 537 na gestão parcial e 24 na semi-plena. Já em agosto de 96 existiam 3.000 municípios enquadrados no

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." (Estudo Preparatório da Pesquisa: Avaliação da Descentralização das Políticas Sociais no Brasil: Saúde e Educação Fundamental. Draibe, 1996. NEPP/UNICAMP (mimeo) Março.1996. pg 45)

Gestão parcial - o município deve assumir imediatamente todas 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." (Draibe, op cit: 46)

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 a rede pública, 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." (idem: 46).

Gestão Plena - ainda que esta modalidade não tenha sido definida e implementada, prevê a total autonomia sobre o sistema local de saúde.

Os anos 90 representam um período crítico ao SUS tanto por motivos internos ao sistema como externos. Por um lado, as diversas modificações ocorridas ao longo de sua implantação, principalmente no que se refere ao seu financiamento - como foi descrito anteriormente - espelham os diferentes interesses envolvidos sejam

SUS sendo que: 2.265 enquadravam-se na gestão incipiente, 622 na parcial e 118 na gestão semi-plena. Os 118 municípios que estão na gestão semi-plena equivalem à : 24 milhões de pessoas (15% da população) e consomem 22% dos recursos federais totais destinados à saúde. (Fonte: O Estado de São Paulo -12/agosto/96 - Espaço Aberto por: Adib Jatene.)

eles do Executivo, Legislativo e setor privado, ou enraizados dentro das próprias instituições⁵. Por outro, a grave crise financeira do estado e a concepção neoliberal que orientou o governo Collor tiveram impactos negativos sobre o funcionamento do sistema, na medida em que além de salientar suas distorções, provocou uma queda brutal dos gastos federais nesta área. Por estes motivos, a descentralização que pode ser observada, ao contrário da que foi concebida, teve um caráter *caótico*, isto é, tomou um outro rumo cujo controle, aparentemente, se perdeu.

A análise dos gastos públicos em saúde nos anos 80 e 90 demonstra este percurso descrito do processo de descentralização. Médici identifica quatro momentos distintos.

O primeiro corresponde ao final do "*modelo centralizado*", que começou em 1974 e se estendeu até 1982. O segundo, de 1983 a 1986, é denominado "*modelo de transição*" e corresponde ao período de programas como as AIS. O terceiro momento corresponde ao "*modelo descentralizado*" que iniciou-se 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 instâncias de promoção das condições de regulação e equidade. Por último, temos o quarto momento caracterizado pela "*descentralização tutelada*" que corresponde ao Governo Collor, quando os recursos voltaram a ser repassados de forma negociada, com o retorno da administração convenial. (Ver MEDICI, 1996)

O gasto absoluto em saúde correspondente ao final do *modelo centralizado* apresenta uma queda devida à crise econômica dos anos 80, entretanto, caminhava num patamar em torno de US\$ 7 bilhões⁶.

A fase que corresponde ao *modelo de transição* reflete, no âmbito econômico, o momento mais drástico da crise econômica do início dos anos 80, seguido das estratégias heterodoxas de ajustamento. Nesse período, houve uma queda no gasto federal absoluto em saúde, seguido de uma recuperação, a qual nada mais é do que reflexo do retorno ao crescimento econômico e da arrecadação governamental em 1985 e 1986. Em 1983, o gasto federal em saúde foi de US\$

⁵ Para uma análise mais detalhada sobre os entraves à descentralização da política de saúde, ver VIANA, 1996.

⁶ Os dados são de MEDICI, 1996.

5.715,6 bilhões e em 86 foi de US\$ 7.340,9 bilhões, voltando ao patamar do período anterior⁷.

Com a implantação do *modelo descentralizado*, os gastos federais atingiram seus níveis mais elevados. Em 87, foi de US\$ 10.624,4 bilhões, em 88, de US\$ 10.030,3 bilhões, e em 89 atingiu o maior valor da série, chegando a US\$ 11.320,3 bilhões⁸.

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 MEDICI, 1996)

Já o gasto líquido⁹ estadual em saúde 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\$ 1.962,9 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 MEDICI, 1996)

Quanto aos gastos municipais, observou-se uma tendência de crescimento desde 1980 até 1991, apesar de alguns momentos em que os gastos líquidos caíram, sem que caíssem, contudo, as transferências federais -que declinaram nos anos de 1981, 1983, 1987 e 1989. Os gastos líquidos municipais em saúde, com exceção do ano de 86, mudaram de patamar no ano de 1988, atingindo US\$ 1.535 milhões. O ano de 1990, marcado pela crise financeira, tanto do setor

⁷ Ver MEDICI, 1996.

⁸ Segundo MEDICI, 1996.

⁹ Os gastos líquidos estaduais (ou municipais) correspondem à diferença entre os gastos estaduais (ou municipais) totais e as transferências federais para o setor.

público em geral, como também da saúde, atingiu o segundo maior nível da série de gasto líquido, chegando a US\$ 1.424,0 milhões¹⁰.

Podemos então perceber pela Tabela 2 a queda dos gastos federais em 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. Nesse sentido, a crise do SUS só não foi maior devido, principalmente, ao esforço dos municípios em elevarem seus gastos com saúde, o que puderam conseguir em função da 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 a Estados e Municípios

Anos	Gasto Federal (A)	Gasto Total dos Estados	Transf. federais aos Estados	Gasto Líquido dos Estados (B)	Gasto Total dos Municípios	Transf. 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	1.633,8	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	1.670,4	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 Primária: Decna/IBGE; Divern/DTN e Balanços Gerais da União. Tabela extraída de : MEDICI, 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

Elaboração: NEPP/UNICAMP, 1996.

No entanto, mesmo com a maior capacidade de arrecadação e maior participação na partilha das transferências que foram estabelecidas na Constituição de 1988, a resposta municipal à descentralização é muito diversificada no conjunto do País, e o êxito da municipalização depende 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 uma demanda em expansão e tiveram que fazer um grande esforço com largas mudanças de escala dos serviços de saúde. Essas mudanças não significam

¹⁰ Os dados são de MEDICI, 1996.

apenas, ainda que este talvez seja o maior problema, 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.

A seguir estudaremos o caso do município de Santos, no qual a municipalização vem obtendo sucesso, muito embora as dificuldades enfrentadas sejam grandes.

PARTE II - O ESTUDO DE CASO

Capítulo 1 - Caracterização Geral do Município de Santos

Santos está localizado no litoral paulista e é um município de médio porte, já que sua população, em 1994, atingiu cerca de 415 mil habitantes (Ver Tabela 3 abaixo)¹¹. Integra a chamada região da Baixada Santista, juntamente com os municípios de Cubatão, Guarujá, Itanhaém, São Vicente, Peruibe, Bertioga e Praia Grande. A economia da Baixada Santista está assentada no Porto de Santos, o maior do Brasil, num setor industrial de peso, onde se destacam a petroquímica e a siderurgia e num setor terciário amplo e diversificado. Sua renda per capita é relativamente alta e concentrada¹². Os indicadores sociais revelam uma taxa de analfabetismo em 1991, de 7,89% e de adultos alfabetizados de 95,5%¹³. A taxa de mortalidade infantil caiu de 36,15 em 1990, para 26,13 por mil nascidos vivos em 1994. Já a taxa de mortalidade geral, caiu de 10,07 para 9,68 por mil nascidos vivos entre 1990 e 1994 (Ver Tabela 4). Segundo o Mapa da Fome (IPEA, 1993), em 1990 havia em Santos 6.938 famílias indigentes.

Tabela 3
Evolução da População do Município de Santos, de 1985-94
Distribuição da População em Urbana e Rural

ANO	POPULAÇÃO	POP. URBANA	POP. RURAL
1985	423.264	421.456	1.808
1986	424.367	*	*
1987	425.376	*	*
1988	426.289	424.557	1.732
1989	427.101	425.394	1.707
1990	427.813	426.130	1.683
1991	428.421	426.762	1.659
1992	428.922	*	*
1993(a)	417.714	*	*
1994	415.090	*	*

Fonte: Seade - Internet, 1996.

Elaboração: NEPP/UNICAMP, 1996.

(a)- No ano de 1993, Bertioga passou a ser um município independente de Santos. Por isso houve redução na população

¹¹ Segundo Seade - Internet, 1996.

¹² A renda média mensal do chefe da família é de 6,88 salários mínimos, segundo dados do IBGE de 1991. Em 91, o salário mínimo era de CR\$ 36.161,60 (aproximadamente US\$ 60,0, em dólar médio de 1992 - IGP-DI).

¹³ Segundo IBGE, Censo Demográfico, 1991.

Tabela 4
Santos: Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil e Geral de 1985 a 1994, no Município de Santos

ANO	TX.MORTALIDADE INFANTIL	TX. MORTALIDADE GERAL
1985	33,63	8,15
1986	28,52	8,64
1987	30,99	8,56
1988	27,65	8,93
1989	31,12	9,44
1990	36,15	10,07
1991	31,23	9,77
1992	29,46	9,59
1993	27,17	10,34
1994	26,13	9,68

Fonte: Seade - Internet, 1996.
Elaboração: NEPP/UNICAMP, 1996

Podemos ainda observar pela Tabelas 5 a distribuição porcentual do pessoal ocupado na indústria, comércio e serviço em Santos e também, constatar através da Tabela 6 que o nível de atendimento do abastecimento de água, esgoto sanitário e coleta de lixo no Município é bastante abrangente tendo em conta a heterogeneidade dos municípios brasileiros.

Tabela 5
Santos: Distribuição porcentual do pessoal ocupado na indústria, comércio e serviços

Emprego	1988	1990	1993
Pessoal ocupado na indústria (%)	9,63	9,59	10,79
Pessoal ocupado no comércio (%)	20,87	21,69	20,41
Pessoal ocupado em serviços (%)	69,5	68,72	68,80
Total	100	100	100

Fonte: Seade- Internet, 1996.
Elaboração: NEPP/UNICAMP, 1996

Tabela 6
Santos: Porcentual do nível de atendimento do abastecimento de água, esgoto sanitário e coleta de lixo no Município de Santos

Saneamento	1991
Abastecimento de água - Nível de atendimento (%)	98,82
Esgoto Sanitário - Nível de atendimento (%)	87,02
Coleta de Lixo - Nível de atendimento (%)	99,01

Fonte: Seade - Internet, 1996.
Elaboração: NEPP/UNICAMP, 1996

O município conta ainda com uma rede própria de educação (infantil, fundamental e secundária) relativamente grande e, em março de 96, assinou com a Secretaria Estadual de Educação o convênio de municipalização da rede de ensino de primeiro grau, passando a assumir a responsabilidade plena da gestão, incluindo pessoal.

A partir de 1988, Santos vem experimentando um reflorescimento de sua atividade econômica e também uma melhoria na área social, que teve como ponto de partida a recuperação da balneabilidade de suas praias, através da canalização da rede de esgotos. O município tem seus serviços de saúde integrados ao SUS na gestão semi-plena, desde 1994, sendo assim um dos 118 municípios brasileiros que enquadram-se esta gestão.

A análise do comportamento e evolução das receitas e despesas do município confirmam a tendência já observada no Capítulo 1 da Parte I desta monografia, qual seja a de que houve um aumento no volume das receitas tributárias, fruto das mudanças Constitucionais e também, neste caso, do esforço administrativo em aumentar o volume dos impostos próprios, através do combate à sonegação e da extensão na cobrança de impostos como por exemplo o IPTU. Outra tendência que também se confirmou foi o aumento do gasto na área social, no caso o gasto com saúde. Este aumento se deveu em grande medida a prioridade concedida à área da saúde nas duas últimas gestões administrativas (aliás do mesmo partido , o PT). Iremos observar essas tendências mais de perto no capítulo que se segue.

Capítulo 2 - Comportamento das Receitas e Despesas Municipais em Santos¹⁴

Primeiramente analisaremos o lado das receitas (Ver a Tabela 7 em anexo), olhando o comportamento da Receita Total em 1985, 1988 a 1995. A Receita Total do município diminuiu um pouco entre 1985 e 1988 (de aproximadamente US\$ 127 milhões para US\$ 126 milhões), mas de 1988 para 1989 saltou de patamar, chegando a aumentar cerca de 26% (US\$ 160 milhões), o que certamente é reflexo das mudanças da Constituição de 1988. Até 1991, a Receita Total do município continuou a subir, chegando em 1990 a aproximadamente US\$ 169 milhões e em 1991 a US\$ 205 milhões. Os anos seguintes, de 1992 a 1994, mostram uma queda da Receita Total, entretanto, em 1994, a Receita Total apresenta seu nível mais baixo, chegando a atingir, aproximadamente US\$ 112 milhões. Já em 1995 dá novamente um salto chegando a US\$ 287 milhões, o valor mais alto da série.

Podemos então, distinguir quatro momentos distintos do comportamento da Receita Total, o primeiro entre 1985 a 1988, o segundo entre 1989 e 1991, que corresponde a um aumento crescente da Receita Total, o terceiro entre 1992 e 1994, que corresponde a queda e por fim, o quarto momento, a partir de 1995, quando a Receita recupera-se e muda novamente de patamar.

Podemos perceber ainda que o comportamento da Receita Total é quase coincidente ao da Receita Corrente Arrecadada, e que salvo os anos de 1988 e 1993 a Receita de Capital esteve abaixo de US\$ 4 milhões. Desse modo, podemos afirmar que a Receita Corrente tem um peso quase absoluto na Receita Total. Vejamos então mais de perto a composição da Receita Corrente.

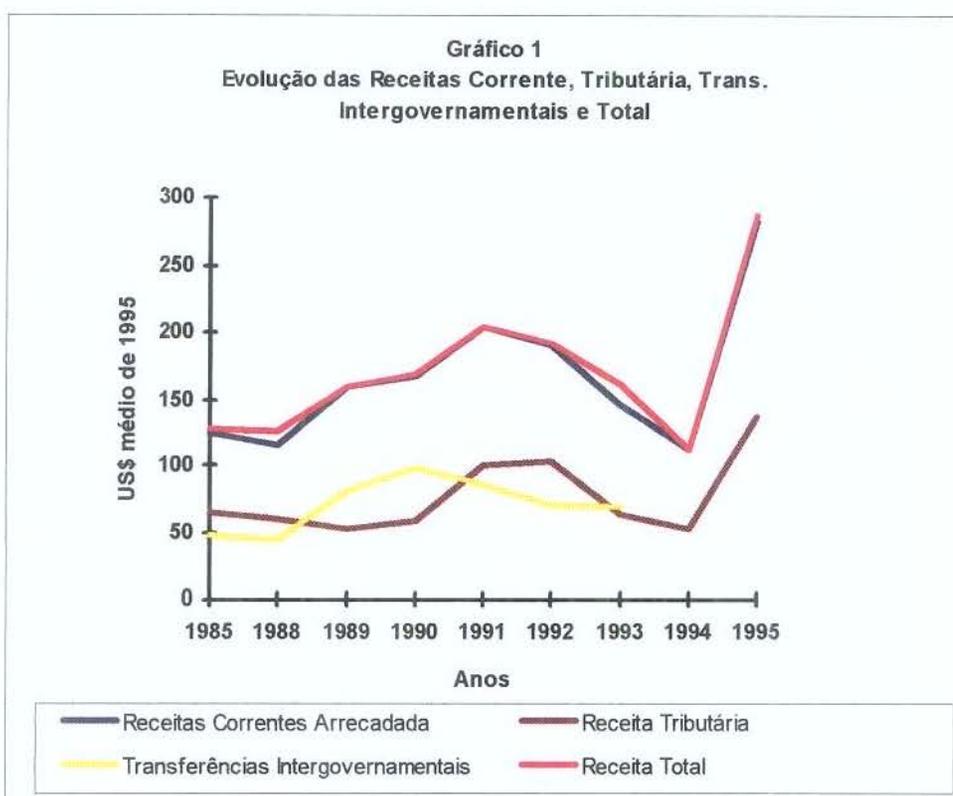
Na composição da Receita Corrente é a Receita Tributária e a Receita das Transferências - muito especialmente das Transferências Intergovernamentais - que possuem maior peso. A Receita Tributária só foi saltar de patamar em 1991 quando chegou a aproximadamente US\$ 100 milhões, entretanto, nos anos de 1985 e 1988, atingiu respectivamente US\$ 64 milhões e US\$ 60 milhões, e em 1989 caiu

¹⁴ Os dados que serão analisados neste capítulo foram extraídos dos balanços municipais da Prefeitura de Santos nos anos de 1985, 1988 a 1995.

para US\$ 47 milhões. Assim, o aumento da Receita Total em 1989 foi devido, principalmente, ao aumento das Transferências Intergovernamentais, que de 1988 para 1989 cresceram cerca de 21%. Mas, ainda analisando a Receita Tributária, em 1992 ela aumenta para cerca de US\$ 103 milhões e volta a cair em 1993 e 1994 atingindo, respectivamente, US\$ 63 milhões e US\$ 53 milhões. Em 1995, entretanto tem um aumento considerável, chegando a aproximadamente US\$ 137 milhões, o valor mais alto da série.

Na composição da Receita Tributária por sua vez, são os impostos os que possuem maior peso participativo, com destaque para o ISS - principalmente - e para o IPTU, em segundo lugar. Entretanto, é interessante ressaltar o comportamento das taxas, que tiveram um salto considerável entre 1990 e 1991, atingindo respectivamente US\$ 7 milhões e US\$ 20 milhões. Essa tendência se manteve em 1992. Em 1993, entretanto, apesar de se manter num patamar superior ao de 1988 a 1990, as receitas provenientes de taxas caíram para US\$ 11 milhões mas recuperaram-se em 1995, atingindo cerca de US\$ 24 milhões.

Quanto às Transferências Intergovernamentais, elas chegaram nos anos de 1989, 1990 e 1993 a ultrapassarem o valor das Receitas Tributárias, tendo assim, maior peso participativo na composição da Receita Corrente Arrecadada pelo município de Santos. Nesses anos, respectivamente, atingiram cerca de US\$ 82 milhões, US\$ 99 milhões e US\$ 70 milhões, enquanto que para os mesmos anos a Receita Tributária atingiu, respectivamente cerca de US\$ 53 milhões, US\$ 59 milhões e US\$ 63 milhões. Este fato vem nos confirmar a importância das transferências intergovernamentais nas receitas correntes dos municípios. O Gráfico 1 abaixo nos ilustra o que foi dito:



Fonte: Balanços Municipais da Prefeitura de Santos
Elaboração: NEPP/UNICAMP, 1996.

Na composição das Transferências Intergovernamentais, o destaque é para o ICMS e para o FPM. Entre 1988 e 1989, por exemplo, o ICMS (antigo ICM) cresceu cerca de 87%, e continuou mantendo o patamar até 1995. Isto também vem confirmar as mudanças da Constituição de 88, quando então a base de incidência deste imposto aumentou, bem como a cota-parte de direito aos municípios.

Ainda merecem destaque os Convênios SUS e SUDS, que também compõem as transferências intergovernamentais. Primeiramente, a receita advinda do SUDS, só foi encontrada como rubrica destacada em 1990, quando atingiu seu valor máximo (US\$ 5.245 mil). A partir de então, o valor foi decrescendo, chegando a atingir em 1993 cerca de US\$ 53 mil. Em 1995, não havia rubrica destacada deste Convênio no balanço municipal. Entretanto, a partir de 1991 aparece a rubrica relativa ao Convênio SUS e seu valor se mantém sempre próximo ao valor do FPM. Em 1991 foi de cerca de US\$ 4,8 mil, em 1992 foi de aproximadamente US\$ 5,6 mil, em 1993 sofreu uma queda atingindo quase US\$ 3,8 mil, mas é em 1995 que vemos um grande salto, quando atingiu cerca de US\$ 31 mil.

É interessante perceber que a transferência do SUS se mantém num mesmo patamar, entretanto em 1993 ela cai bastante, o que coincide com um dos anos críticos do SUS. E em 1995 seu valor aumenta consideravelmente, o que talvez reflita a passagem, em 1994, do município de Santos para a gestão semi-plena.

Olhando agora o lado das despesas (Ver Tabela 8 em anexo), vamos analisar, primeiramente, o comportamento da Despesa Orçamentária Efetiva Total. Em 1985 e 1988, a despesa orçamentária registrou, respectivamente, um valor de cerca de US\$ 132 milhões e US\$ 138 milhões. Já em 1989 a despesa orçamentária total teve um aumento de aproximadamente 32%, chegando a US\$ 182 milhões. A partir de então teve um comportamento crescente até 1992 : em 1990 foi de US\$ 213 milhões e em 1991 de US\$ 251 milhões. Em 1992, entretanto, apresentou uma queda e atingiu US\$ 246 milhões. Nos anos de 1993 e 1994 a despesa orçamentária do município de Santos continuou a cair apresentando, respectivamente, US\$ 188 milhões e US\$ 136 milhões. Mas em 1995 voltou a subir e atingiu US\$ 266 milhões.

Quanto as Despesas Orçamentárias Efetivas com Saúde e Saneamento, vemos um comportamento crescente desde 1988, com exceção do ano de 1990. Podemos perceber pelo Gráfico 2 a evolução do percentual destas despesas sobre as Despesas Orçamentárias Totais:



Fonte: Balanços Municipais da Prefeitura de Santos.
Elaboração: NEPP/UNICAMP, 1996.

Vemos então que em 1988 a despesa orçamentária efetiva com saúde e saneamento representava 5,63% da despesa total, em 1989 representava 10,85%. Em 1990 ela cai para 9,48% mas continua subir nos anos seguintes: em 1991 para 10,93%, em 1992 para 14,24%, em 1993 para 14,44%, em 1994 para 17,00% e em 1995 salta para 28,52%.

Este fato nos mostra a prioridade dada pelas duas últimas gestões municipais para a área da saúde. Mais do que isto, o município realmente veio assumindo desde 1988 maiores responsabilidades nesta área e também apresentou resultados apreciáveis, fruto da existência de programas bem estruturados. No próximo capítulo vamos descrever os principais programas e apresentar alguns de seus resultados.

12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

Capítulo 3 - Os Programas de Saúde

A partir de 1989, sob a gestão da prefeita Telma de Souza iniciou-se um grande projeto referente à saúde e dirigido pelo então secretário da Higiene e Saúde, e atual prefeito, David Capistrano Filho, que, primeiramente, despoluiu as praias do município, através da reabertura dos canais de coleta de esgoto. Com essa iniciativa foi possível também diminuir a incidência de doenças infecciosas e parasitárias, principalmente de crianças, o que por sua vez, contribuiu para a crescente redução da mortalidade infantil. Esta atitude reflete uma filosofia de prevenção e preocupação especial com o setor de saúde, que vem guiando, desde então, as ações da prefeitura. O que se seguiu foi uma série de programas e projetos que se destacaram e que estão servindo de exemplo internacional.

Antes de descrevermos os programas é interessante fazermos um balanço mais geral a respeito da situação na qual se encontra hoje o município no SUS. Até julho de 94 por exemplo, a Prefeitura de Santos ainda não era responsável pelo gerenciamento do setor hospitalar. Tanto os hospitais privados contratados (Santa Casa e Estivadores) como o único hospital público do Município (H. Guilherme Álvaro), não eram administrados pela Secretária de Higiene e Saúde (SEHIG). Entretanto, era vontade política do Governo Municipal, desde 89, ser o gestor único do sistema de saúde local. A SEHIG propôs ao Governo do Estado a municipalização do Hospital Guilherme Álvaro, que só passou a ser gerenciado pela prefeitura de Santos, a partir de 95, depois que Santos passou para a gestão semi-plena. Quanto aos hospitais privados, a vontade era municipalizar o controle das internações hospitalares remuneradas pelo SUS. Mas até julho de 94, muito pouco tinha-se avançado no controle da assistência hospitalar na cidade.

Contudo, a rede de serviços ambulatoriais tem conseguido resolver parte considerável dos problemas de saúde da população, e confere a Santos uma situação privilegiada em relação a outros municípios da federação. Esta rede é resultado de um trabalho de mais de 5 anos de investimento na saúde, o que exigiu vontade política do governo municipal na destinação de recursos financeiros, capazes de custear a parte do município e de cobrir a parte que deveria ser

financiada pelos governos do estado e da União. A manutenção deste sistema representa um percentual significativo do orçamento municipal.

A rede de serviços ambulatoriais conta desde a resolução de problemas de saúde mais comuns, até com estrutura para problemas de maior complexidade como a AIDS, saúde mental, reabilitação, internação domiciliar e outros.

Para manter estes serviços foi necessário expandir o quadro de médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, auxiliares de enfermagem e outros, pois o número de atendimentos da SEHIG é elevado e as ações de saúde são bastantes diferenciadas, o que exige um quadro de pessoal também diferenciado.

Até julho de 94 a SEHIG contava com cerca de 2.500 trabalhadores, sendo 950 os de nível universitário, dos quais se destacam numericamente a categoria dos médicos, com cerca de 465 profissionais, distribuídos da seguinte forma: 180 nas Policlínicas; 110 nos Pronto Socorros; 125 nos serviços especializados; e 50 em outros serviços. A categoria mais numerosa da SEHIG é a dos auxiliares de enfermagem com cerca de 620 profissionais.

Este quadro fez aumentar o custo da SEHIG. Em 1993 este custo foi de US\$ 18 milhões, o que representou 66% da despesa orçamentária com saúde e saneamento. O repasse do SUS em 93 foi de US\$ 3.872.291,62, que representou 14,23% do que foi gasto. O governo estadual não repassou quase nada. De 92 para 93, o município contou, ainda, com uma queda real na receita e com aumento dos insumos, principalmente dos medicamentos, provocados por uma inflação de 2.490% (INPC-IBGE). (Ver Tabelas 7 e 8 em anexo)

A gestão municipal anterior implementou no município uma rede de policlínicas que, hoje, é constituída por 22 unidades distribuídas pelos bairros da cidade, procurando facilitar o acesso da população a partir da proximidade da moradia a estes serviços. Esta rede conta com 929 profissionais, o que representa 30% do quadro de pessoal da Secretaria de Higiene e Saúde (SEHIG). Como suporte para o atendimento, as equipes trabalham com lista de medicamentos padronizada, exames de laboratório e de apoio diagnóstico realizados na própria SEHIG, através do Laboratório Central e Ambulatórios de Especialidades, e nos serviços contratados pelo SUS. As Policlínicas são consideradas o núcleo do modelo assistencial do

sistema de saúde em Santos e a porta de entrada para o SUS local. Nelas são oferecidos atendimentos em Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e Saúde Bucal, tendo como ações principais: consulta médica, assistência odontológica, vacinação, vigilância epidemiológica, visita domiciliar, trabalhos educativos e outros.

Alguns programas merecem destaque: o programa de Saúde Mental, o programa Assistência Domiciliar, o programa Saúde Bucal e o programa de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS.

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

Em 1989, o Governo Municipal decidiu intervir na Casa de Saúde-Anchieta com o objetivo de "desinstitucionalizar os pacientes e criar espaços alternativos de construção da cidadania do doente mental"¹⁵. A partir de então, foi implantada uma rede de 5 Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS, 1 Centro de Reabilitação Psicossocial, 1 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 Toxicodependente.

A principal ação do NAPS é destinada aos pacientes que potencialmente seriam internados em um hospital psiquiátrico. Em julho de 94, o Núcleo contava com uma equipe de aproximadamente 200 funcionários multiprofissionais: psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, acompanhante terapêuticos, auxiliares de enfermagem e pessoal administrativo. O NAPS atendia cerca de 2.000 pacientes, funcionando 24h/dia, inclusive aos finais de semana. Atualmente, 1996, o número de funcionários caiu para 180, aproximadamente, no entanto o atendimento passou para cerca de 2.500 pacientes e seus familiares.

A implantação desta rede ocorreu num período relativamente curto e, também de uma forma descompassada com o processo de criação de infra-estrutura necessária para responder a toda demanda local. Os desafios que seriam enfrentados a partir de 94 eram: "fechamento definitivo do Hospital Anchieta, as emergências psiquiátricas, a elaboração de programas conjuntos com outras

¹⁵ III Conferência Municipal de Saúde: Desafios do Sistema Único de Saúde em Santos: Qualidade dos Serviços e o Acesso à Assistência Hospitalar. SEHIG, 1994, pp. 12.

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.”¹⁶

A Casa de Saúde Anchieta encontra-se hoje (1996) praticamente desativada e seu edifício vem abrigando outras atividades. Os novos desafios a serem enfrentados são: “ 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.”¹⁷

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Existem diversas modalidades de atendimento no domicílio, porém todas elas visam “retirar os pacientes das instituições, com a participação ativa de pacientes e familiares em seus tratamentos e a racionalização dos recursos”¹⁸. As modalidades são:

1) Serviço de Fisioterapia Domiciliar - Foi implantado há 4 anos, desde 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 é desenvolvido por terapeutas e conta com médicos fisiatras, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais.

2) 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

¹⁶ III Conferência Municipal de Saúde: Desafios do Sistema Único de Saúde em Santos: Qualidade dos Serviços e o Acesso à Assistência Hospitalar. SEHIG, 1994, pp. 13.

¹⁷ IV Conferência Municipal de Saúde: Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a qualidade de vida. SEHIG, 1996, pp. 34.

¹⁸ III Conferência Municipal de Saúde: Desafios do Sistema Único de Saúde em Santos: Qualidade dos Serviços e o Acesso à Assistência Hospitalar. SEHIG, 1994, pp. 13.

mesmos cuidados que teria a nível hospitalar¹⁹. O PID está 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 recebem atendimento na área de Clínica Médica: José Menino, Marapé, Jabaquara e vila Mathias. A equipe assistencial do PID é formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistente social, psicólogos e conta com retaguarda dos demais serviços da Sehig na área de fisioterapia, nutrição e odontologia. A Unidade também conta com oficiais administrativos e motoristas. No caso do PID da AIDS os profissionais fazem parte da equipe do Centro de Referência em AIDS. Entre 92 e 94 o Programa atendeu cerca de 1.000 pacientes, a um custo relativamente menor do que o custo de pacientes internados, já que o custo adicional para deslocamento da equipe é menor do que o custo de hotelaria e o número de profissionais por pacientes é bastante reduzido em comparação com as equipes hospitalares. Em média, atendem diariamente o equivalente a um hospital de 80 leitos ocupados, com um custo que gira em torno de 20% do custo de uma diária hospitalar em leito simples. O público é formado predominantemente por mulheres (60%), em sua maioria idosos (75% são maiores de 60 anos; cerca de 20% do total tem mais de 80 anos). A maior parte dos assistidos saem do programa até dois meses após o ingresso. Do total de altas, cerca de 1/3 é encaminhado para as Policlínicas e 1/3 é reinternado .

3) Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) das Policlínicas - A partir da implantação do PID, emergiu uma demanda significativa de pacientes dependentes, sem condições de se deslocarem às unidades de saúde. Assim, a rede organizou-se para assumir a clientela, desenvolvendo atividades como consultas, curativos, coleta de exames, etc.

4) Programa de Atendimento Domiciliar Odontológico (PADO) - Foi implantado em 1992 e realiza atendimentos odontológicos nas residências dos munícipes que são incapazes de se locomover. O equipamento utilizado foi desenvolvido na oficina de manutenção de equipamentos médico-odontológicos da Sehig e pode ser transportado num porta-malas de carro comum.

¹⁹ Idem, pp 14.

5) Áreas Específicas - As equipes de serviços dos Programas DST/AIDS e de Saúde Mental realizam como parte habitual de seu trabalho o atendimento no domicílio.

6) Vigilância em Saúde - Esta área desenvolve programas que demandam 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 são realizadas pelas equipes das Policlínicas dentro da área de abrangência da unidade, com coordenação das equipes do Centro de Controle de Doenças.

PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL

As ações em Saúde Bucal foram priorizadas a partir de 89 e são desenvolvidas nos campos da Atenção em Saúde Bucal e da Assistência Odontológica.

A Atenção em Saúde Bucal atendeu, até julho de 94, 22 mil crianças, até os 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 94 foi ampliado para as escolas estaduais, com o apoio das Policlínicas, da Secretaria Municipal de Educação, das Administrações Regionais dos Morros e da Zona Noroeste e da Delegacia Regional de Ensino. O custo anual para a Prefeitura é de US\$ 8 por criança atendida. Outras medidas preventivas como a regularização dos níveis de flúor na água da Sabesp, foram realizadas a partir de julho de 91.

Estas ações apresentaram resultados significativos até julho de 94: 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.

Atualmente, a média passou para cerca de 1,7 dente cariado por criança até 12 anos, enquanto que a média no Estado é de 6,4 e no país de 6,7. A Prefeitura ampliou a cobertura de 11 mil crianças em 1993 para 50 mil crianças em 1996, que recebem o programa preventivo desde o Primeiro Estágio das Escolas de Educação Infantil até a 8ª série do 1º grau. Os agentes visitam as escolas municipais

e estaduais uma vez por semana, aplicando fluor, ensinando e incentivando a escovação. Em entrevistas com algumas diretoras, professoras e alunos da rede estadual e municipal de 1º grau, realizadas em setembro de 96, este programa foi unanimemente elogiado e existem até escolas da rede particular que estão se integrando ao programa.

A assistência odontológica presta consultas e atendimentos nas Policlínicas, onde são atendidos 1.000 pacientes por dia. No Pronto-Socorro Central existem os serviços de diagnóstico bucal (para a detecção de câncer bucal e outras doenças), cirurgia oral menor, traumatologia buco-maxilo-facial e urgências odontológicas, que funciona 24 horas.

A SEHIG também mantém um Programa Odontológico Domiciliar, um Serviço de Referência para Pacientes Especiais, opera no Hospital Estadual Guilherme Álvaro e atende portadores do vírus HIV, entidades assistenciais (asilos, creches, educandários), hemofílicos no Centro de Reabilitação Profissional (Ponta da Praia) e as detentas da Cadeia Feminina do 2º DP (Jabaquara). Para tanto, a Secretaria conta com cerca de 140 dentistas, 59 auxiliares de consultório dentário, 5 técnicos de higiene dental e 4 técnicos de aparelhos e instrumentos odontológicos.

PROGRAMA DE CONTROLE DE DST/AIDS

A AIDS é 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% adultos e 3% menores de 15 anos. A SEHIG investiu em várias frentes para enfrentar este problema. Atualmente, a SEHIG conta com 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 está inserido o Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico (COAS).

O CRAIDS conta com uma equipe de 53 multiprofissionais formada, até julho de 94, por: 10 médicos, 5 enfermeiros, 6 psicólogos, 2 assistentes sociais, 12 auxiliares de enfermagem e outros profissionais. O atendimento é feito integralmente em regime ambulatorial, hospital-dia com 5 leitos e funcionamento de 2º a sábado,

com retaguarda laboratorial e medicamentosa e com retaguarda social com apoio das ONGs.

A URCCA é uma unidade que acolhe pacientes doentes de AIDS, destituídos de estrutura familiar e social, em regime de internação, contando com 19 leitos. Foi criada em 89, quando atendia à pacientes portadores assintomáticos, na sua maioria usuários de drogas, através de atendimento psicossocial.

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

A Policlínica do Centro Velho é localizada nas proximidades do Porto em região de boates, casas de programa e cortiços e desenvolve atividades específicas para os moradores do bairro. Sua prioridade é o atendimento das Doenças Sexualmente Transmissíveis - conta, inclusive com um laboratório próprio - trabalho educativo com prostitutas, diagnóstico e acompanhamento odontológico de portadores do vírus HIV e pacientes sintomáticos. É também Centro de Referência Nacional para treinamento de profissionais de saúde de outras regiões do país e testagem das Normas de DST, em convênio com o Ministério da Saúde.

A Seção de Educação e Prevenção desenvolve ações educativas, de prevenção e pesquisa com o objetivo de alterar o quadro epidemiológico da AIDS no Município, através de trabalhos com profissionais de saúde, voluntários de ONGs e com a população com maior risco de infecção. Além disso, o Núcleo elabora materiais e campanhas educativas e se responsabiliza pela implementação de 3 projetos em cooperação com Organizações Internacionais, 1 projeto com adolescentes com a SEDUC e 2 projetos com o Ministério da Saúde e por assessoria técnica para a rede, secretarias municipais e prefeituras da região. O COAS oferece testes de HIV e Sífilis anônimos e gratuitos. Os recursos do COAS vêm do Ministério da Saúde, sendo que a Prefeitura fornece os equipamentos e recursos humanos.

A avaliação do programa em 94 dizia 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.”²⁰ 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.”²¹

Entretanto, no ano passado a incidência da doença caiu pela primeira vez nos últimos dez anos. Contra os 97,34 casos em cada grupo de mil habitantes em 94, os registros indicam 81,44 em 1995, 16,33% menor. Em 93, houve registro de 312 óbitos, em 94 de 306 e em 1995 de 300 mortes.

O Programa de DST/AIDS, é reconhecido nacional e internacionalmente e isto facilita a obtenção de recursos financeiros para alguns projetos específicos.

A prefeitura de Santos, que já distribuía remédios como o AZT e a gamaglobulina, destina 20% dos gastos com atendimento à saúde para a distribuição do Invirase, um remédio de última geração aprovado há alguns meses pelo órgão responsável dos Estados Unidos, influenciando doentes de outros municípios a recorrerem à justiça para que também tenham o direito ao remédio, via ação pública. Pela primeira vez no Brasil foi sancionada uma lei que obriga os hospitais da cidade a manter leitos para o atendimento aos portadores do vírus HIV. E outra lei aprovada pune com multa de até R\$ 36 mil a discriminação aos portadores do vírus. A Tabela 9 abaixo nos mostra a evolução dos casos confirmados de AIDS no município de Santos:

²⁰ III Conferência Municipal de Saúde: Desafios do Sistema Único de Saúde em Santos: Qualidade dos Serviços e o Acesso à Assistência Hospitalar. SEHIG, 1994, pp. 17.

²¹ Idem, pp.17.

Tabela 10
Casos confirmados de AIDS
residentes no município de Santos
período de 01.01.1985 a 31.12.1993

ANO	MASC.	FEM.	TOTAL
1985	2	0	2
1986	12	3	15
1987	31	17	48
1988	95	33	128
1989	160	36	196
1990	149	55	204
1991	239	74	313
1992	297	94	391
1993	279	98	377
TOTAL	1264	410	1674
%	75,61	24,39	

Fonte: SEHIG - Secretaria Municipal de Higiene e Saúde, 1996.

Por fim, como já pudemos perceber, a Secretaria de Higiene e Saúde (SEHIG) possui um alto grau de autonomia. Conseguiu autonomia na gestão financeira em relação à prefeitura e a gestão dos recursos e contratos é feita pelo seu departamento de finanças, que faz um sub-empenho das despesas que, depois, são enviadas à Secretaria de Finanças para o empenho global. Além disso, merece destaque também o papel ativo do Conselho Municipal de Saúde tanto na elaboração dos programas como, principalmente, no seu controle.

CONCLUSÃO

Retomando a problemática atual da descentralização da saúde, podemos dizer que o processo vem apresentando uma tendência à descentralização *caótica*, uma vez que houve perda de comando por parte do governo federal e uma brutal queda nos gastos federais com saúde. Isto significa salientar as heterogeneidades do sistema, na medida em que a prestação de serviços fica na dependência de recursos locais e, assim, sujeita à diferenças sócio-econômicas que marcam a federação brasileira. Outra característica é que a descentralização tem ocorrido na direção dos municípios. Neste sentido, seu sucesso acaba dependendo de vontade política, de mobilização da sociedade para reivindicar e controlar seus direitos e os serviços, além do fato da maior probabilidade de haver uso clientelístico do poder concedido a figura do prefeito municipal em decorrência deste processo.

Por sua vez, os municípios, com maior força política na federação, foram ainda privilegiados pela descentralização fiscal ocorrida com a Constituição de 1988. Desse modo, os municípios puderam dispor tanto de um maior volume de receitas transferidas - com maior autonomia para aplicá-las - como com um maior volume de receitas próprias, já que novos tributos foram realocados em seu favorecimento.

Não é a toa então, que os estudos de caso tem se mostrado importantes, e nesta medida o caso de Santos apresentou ^{A1} *cô*clusões que confirmam a análise teórica mas vão mais além pois oferecem ainda uma experiência criativa e de sucesso, que nos mostra que a descentralização da saúde, ainda que apresente este caráter *caótico*, possui folêgo para prosseguir em ganhos cada vez maiores de eficiência e equidade.

ANEXO

Tabela 7

Evolução e Distribuição das Receitas por categorias e sub-categorias nos anos de 1985, 1988 a 1995.
(valores atualizados e convertidos para US\$ médio de 1995, segundo IGP-DI / FGV médio)

	1985	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
RECEITAS CORRENTES ARRECADADA (A)	124.486.786,50	115.633.324,37	160.155.039,72	167.767.176,92	204.333.997,90	191.922.554,49	146.669.866,52	112.724.837,19	283.625.320,32
1) Receita Tributária	64.407.598,76	60.410.784,56	53.640.727,87	59.505.707,52	100.972.073,34	103.365.868,65	63.379.400,55	53.127.369,33	137.509.015,12
Impostos	42.000.589,10	52.555.891,98	47.259.913,87	52.317.552,58	80.130.809,83	81.358.215,14	43.433.790,25		111.077.129,92
• IPTU		3.798.499,37		3.367.589,44	11.944.814,07	11.051.958,17	3.529.658,15		6.691.440,45
• ISS		39.503.380,90		36.956.278,48	40.713.860,65	39.534.311,04	29.295.813,59		53.151.898,90
Taxes	22.403.043,34	7.764.607,70	6.375.122,89	7.188.144,68	20.841.263,51	22.007.653,50	11.783.454,04		24.441.338,18
2) Receita Patrimonial	6.034.932,14	4.623.202,01	19.221.157,34	5.562.027,96	9.230.441,48	4.060.639,3	4.707.832,31	6.932.357,35	7.402.855,53
3) Transferências Intergovernamentais	48.300.628,22	45.956.675,65	82.286.183,69	99.338.328,71	86.909.442,81	71.292.629,80	70.316.383,28		129.431.968,28
FPM-----	6.577.648,31	5.313.641,73	5.463.427,53	6.993.678,43	5.800.000,87	4.257.041,54	6.196.152,29		7.145.935,32
Convênio SUS-----	-	-	-	-	4.824.574,06	5.677.267,04	3.872.291,62		31.626.214,5
Convênio SUDS-----	-	-	-	5.245.647,35	718.444,69	30.676,33	53.307,32		
Cota-parte ICMS-----	35.076.763,66	34.612.838,46	64.876.135,08	76.283.609,86	61.487.471,84	54.381.807,28	48.891.208,46		68.189.682,65
Cota-parte IPVA-----			887.867,78	1.845.954,12	5.099.318,56	2.614.118,33	1.853.644,10		13.200.520,64
Subv. Merenda Escolar--			803.780,93	614.613,53	604.316,34	659.791,22	641.108,09		522.725,75
RECEITAS DE CAPITAL (B)	2.615.748,88	11.181.239,48	9.264,84	1.389.568,74	1.403.170,54	1.266.370,24	15.312.591,33	135.508,85	3.642.009,77
TOTAL GERAL (A + B)	127.102.535,38	126.814.563,85	160.164.304,56	169.156.745,66	205.737.168,44	193.188.924,73	161.982.457,85	112.860.346,04	287.267.330,09

Fonte: Balanços Municipais da Prefeitura de Santos de 1985, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994 e 1995.

Elaboração: NEPP/UNICAMP, 1996.

Tabela 8

Evolução das Despesas Orçamentárias Efetivas com Saúde e Saneamento e das Despesas Orçamentárias Totais nos anos de 1985, 1988 a 1995.

Porcentagem da Despesa Orçamentária Efetiva com Saúde e Saneamento sobre Despesa Orçamentária Total nos anos de 1985, 1988 a 1995.

(valores atualizados e convertidos para US\$ médio de 1995, segundo IGP-DI / FGV médio)

Anos	1985	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Despesa Orçamentária com Saúde e Saneamento (A)	11.808.446,37	7.785.880,61	19.830.694,38	20.211.382,79	27.487.902,53	35.172.956,49	27.214.299,44	23.191.327,43	81.785.174,13
Despesa Orçamentária Total (B)	132.480.916,80	138.244.379,92	182.854.788,23	213.295.832,14	251.539.302,97	246.919.037,06	188.444.423,39	136.414.211,03	286.746.723,79
% A / B	8,91	5,63	10,85	9,48	10,93	14,24	14,44	17,00	28,52

Fonte: Balanços Municipais da Prefeitura de Santos de 1985, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994 e 1995.

Elaboração: NEPP/UNICAMP, 1996.

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 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.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. Federalismo e Políticas Sociais. São Paulo, FUNDAP, 1996, mimeo.

ALMEIDA, Sandra Cristina Figueiras de e CAVALCANTI, Carlos Eduardo Gonçalves. As Contribuições Sociais e a Reforma Tributária. In: Orgs: Rui Affonso e Pedro Luiz Barros Silva. Reforma Tributária e Federação, Série Federalismo no Brasil, pp. 97-128, São Paulo, FUNDAP, Editora Unesp, 1995.

ARRETCHE, Marta T. S. Aspectos Regionais dos Gastos com Habitação e Saneamento Básico. São Paulo, FUNDAP, 1996, mimeo.

ARRETCHE, Marta T. S. Desarticulação do BNH e Autonomização da Política Habitacional. São Paulo, FUNDAP, 1996, mimeo.

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 1985 - Relatório sobre a Situação Social do País. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - NEPP/UNICAMP, Campinas, São Paulo, 1986.

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

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.

BREMAEKER, F. E. J. Situação Financeira dos municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro: Com que receitas contaram ao longo de uma década?. Série Estudos Especiais nº 11, Rio de Janeiro, IBAM/CPU/IBAMCO, 1996.

COHN, Amélia. O sistema unificado e descentralizado de saúde: descentralização ou desconcentração? São Paulo, Fundação SEADE, São Paulo em Perspectiva, 1 (3), out-dez 1987.

DILLINGER, William. Decentralization: Politics and Public Services. In: AFFONSO, Rui de Britto Álvares; SILVA, Pedro Luiz Barros (orgs.) A Federação em Perspectiva - Ensaio Seleccionados. São Paulo, FUNDAP, 1995.

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.

ESP - *Ações integradas reduzem taxa de AIDS em Santos* - 15/04/1996

FSP - *5 projetos sociais do Brasil vão a Istambul* - 13/04/1996

FSP - *Programa de Santos diminui mortalidade Infantil* - 13/04/1996

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. *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços perspectivas do processo de descentralização*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1984.

MÉDICI, André C. et alii. *Universalização com qualidade: uma proposta de reorganização do Sistema de Saúde no Brasil*. Brasília, IPEA, *Texto para Discussão* n. 316, outubro 1993.

MÉDICI, André C. Financiamento e contenção de custos nas políticas de saúde: tendências atuais e perspectivas futuras. Planejamento e Política Pública, n. 4, IPEA, Brasília, dezembro 1990.

MÉDICI, André C. Saúde e crise na América Latina (impactos sociais e políticas de ajuste). Fundação Getúlio Vargas, Brasília, Revista de Administração Pública, n. 3, vol. 23, maio-julho 1989.

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. Novas regras para o financiamento do SUS em 1991. Londrina-Paraná, Saúde em Debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos em, Saúde - CEBES, 31 março 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.

MELLO, João Manuel Cardoso de Consequências do Neoliberalismo. Economia e Sociedade, Campinas, n.1, pgs. 59-67, ago 1992.

NEPP/UNICAMP. Relatório Preparatório da Pesquisa: Avaliação da Descentralização das Políticas Sociais no Brasil: Saúde e Educação Fundamental. (mimeo). Março, 1996.

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

PACHECO, Adolfo. Recursos Federais para a Educação: FNDE e FAE. São Paulo, FUNDAP, 1996, mimeo.

RESTREPO, Dario. Los Processos de Regionalización en Colombia: Del Mercado al Estado, In: AFFONSO, Rui de Britto Álvares; SILVA, Pedro Luiz Barros (orgs.) A Federação em Perspectiva - Ensaio Selecionados. São Paulo, FUNDAP, 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.

SANTOS, Nelson Rodrigues. Os repasses federais e a descentralização da gestão, controle e avaliação, Londrina, Paraná, Saúde em Debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos em, Saúde - CEBES, 31, março 1991.

SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. IV Conferência Municipal de Saúde. Julho, 1996.

SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Sumário de Dados - Número 1 - 1992.

SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Sumário de Dados - Número 2 - Novembro, 1992.

SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Sumário de Dados - Número 3 - de 1994.

SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. III Conferência Municipal de Saúde. Julho, 1994.

SILVA, Pedro Luiz Barros e COSTA, Vera Lúcia Cabral. Descentralização e Crise da Federação. In: Orgs: Rui Affonso e Pedro Luiz Barros Silva. A Federação em Perspectiva: ensaios selecionados, pp. 261-283, São Paulo, FUNDAP, Editora Unesp, 1995

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

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

SILVA, Rose Neubauer da e CRUZ, Neide Política Educacional: Redefinição de Competências e Novos Modelos de Gestão. São Paulo, FUNDAP, 1996, mimeo.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. SUS: Entraves à Descentralização e Propostas de Mudança. São Paulo, FUNDAP, 1996, mimeo.

VIANA, Solon et alii. O financiamento da descentralização dos serviços da saúde: critérios para transferências de recursos federais para estados e municípios. Brasília, IPEA, Documentos de Política n. 03, abril 1991.