Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas
Departamento de Ciência Política

O Municipalismo Brasileiro e a Provisão Local de Políticas Sociais:

O caso dos serviços de saúde nos municípios paulistas

Vanessa Elias de Oliveira

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, do Departamento de Ciência Política da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciência Política.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Hermínia Tavares de Almeida

**São Paulo
2007**

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas
Departamento de Ciência Política

O Municipalismo Brasileiro e a Provisão Local de Políticas Sociais:

O caso dos serviços de saúde nos municípios paulistas

Vanessa Elias de Oliveira

**São Paulo
2007**

*Ao Cláudio,
Meu querido companheiro de viagem,
Que tornou a minha vida mais doce,
E seus caminhos mais suaves.*

*Ao nosso pequeno Matias,
Que ainda cresce em mim,
Mas que já é tão amado,
E tanto comanda nosso futuro.*

AGRADECIMENTOS

Essa tese não teria sido possível sem a presente, rígida e amiga orientação da Professora Maria Hermínia Tavares de Almeida, com quem trabalho desde o meu segundo ano de graduação e por quem guardo imenso carinho e admiração. A ela devo grande parte de minha formação como pesquisadora, principalmente em função do Grupo de Metodologia que criou e tocou durante os meus anos de pós-graduação. Mais do que orientadora, ela se tornou uma querida amiga.

Ao Dr. Luiz Roberto Barradas Barata, Secretário Estadual de Saúde e meu chefe, que tanto me apoiou durante os meus anos de doutorado, seja me dispensando para participar de Congressos, seja compreendendo minhas ausências da Secretaria sempre que necessário. Da mesma forma, ao querido colega José Dínio Vaz Mendes, que tanto me ensinou sobre a política de saúde no Brasil, leu e comentou os meus trabalhos, deu sugestões valiosíssimas e, principalmente, foi um grande e divertido companheiro de trabalho ao longo desses anos.

Ao Professor Albert Fishlow, que tão bem me recebeu no Centro de Estudos Brasileiros da Columbia University, durante o meu doutorado-sanduíche. Nossas conversas me fizeram repensar muitos pontos imprecisos do meu trabalho (o que não significa, no entanto, que outras imprecisões não surgiram posteriormente...).

Às professoras Marta Arretche e Basilia Aguirre devo os preciosos comentários e sugestões do Exame de Qualificação, os quais me foram extremamente úteis para a elaboração do texto final.

Aos queridos amigos do Grupo de Metodologia devo as leves e agradáveis discussões sobre o meu trabalho, sempre com comentários frutíferos e observações sobre questões e pontos relevantes, que teriam passado por mim despercebidos. Sentirei muita falta das nossas manhãs de quarta-feira!

Aos professores e funcionários do Departamento de Ciência Política da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, que direta ou indiretamente contribuíram para a minha formação e para a conclusão desse doutorado.

À CAPES, pelo apoio financeiro a minha estadia em Nova York, em função do doutorado-sanduíche na Columbia University, no período de agosto de 2005 a agosto de 2006. Esse período foi de grande produtividade e crescimento intelectual, além de ter estimulado fortemente minhas aspirações acadêmicas.

Por fim, mas não menos importante, ao Cláudio, meu tão amado companheiro, a quem dedico esse trabalho, pelas conversas constantes, nos lugares e momentos mais variados, que me fizeram pensar e desenvolver melhor muitos dos argumentos aqui presentes, e, claro, pelo carinho e apoio infinitos, que me foram imprescindíveis para a conclusão da tese. Aos meus pais e adorados irmãos, cujo companheirismo e amizade são inenarráveis, mas não maiores do que o amor que sinto por eles. Ao Matias, que em breve estará agitando e alegrando as nossas vidas.

RESUMO

A tese examina o municipalismo brasileiro após a Constituição de 1988, verificando como os municípios se saem no provimento dos serviços locais de saúde face à descentralização desta política com a criação do SUS. Argumenta-se que o processo de descentralização da saúde desenvolveu-se, ao longo dos anos 90, em duas fases distintas: a fase da descentralização autonomista, entre 1990 e 1998, quando os municípios tinham total liberdade nas escolhas da política local de saúde, e a fase da descentralização dirigida, após a introdução do Piso de Assistência Básica – PAB, quando os municípios começaram a receber recursos “carimbados”, destinados exclusivamente a determinados programas de saúde, determinados pelo Ministério da Saúde. Todavia, conforme demonstramos, ambas as fases não foram capazes de minorar as desigualdades regionais existentes, em termos de oferta, acesso e financiamento aos serviços municipais de saúde. Enfim, demonstramos que as desigualdades em saúde produzidas pelo nosso federalismo não foram equacionadas pelo desenho adotado pela política de municipalização da saúde.

Somado a isso, demonstramos que os argumentos normalmente utilizados pela literatura sobre federalismo e municipalismo no Brasil, críticos à “onda municipalista” e à existência de milhares municípios pequenos e altamente dependentes dos repasses do Fundo de Participação dos Municípios, não são suficientes para explicar a produção local de políticas sociais, dado que não são estes os municípios que apresentam os piores resultados na política de saúde no que tange à oferta, acesso e financiamento da saúde pelos gestores municipais.

Por fim, demonstramos que o consorciamento pode ser um mecanismo eficiente na superação de um dos principais problemas enfrentados pelos pequenos e carentes municípios na provisão de serviços de saúde: o acesso a serviços de maior complexidade, inexistente em diversas pequenas municipalidades, sem que isso acarrete um “efeito carona negativo”, ou seja, ao encaminhamento de pacientes para outras municipalidades sem a correspondente contrapartida financeira.

Palavras-chave: municipalismo, descentralização, federalismo, cooperação intergovernamental, política de saúde.

ABSTRACT

This thesis examines the Brazilian municipalism after the Constitution of 1988. It verifies the municipalities performance in the provision of local health services vis-à-vis the decentralization of this policy due to the creation of the SUS (Unified Health System). It argues that the process of health services decentralization developed during the 90's presented two different steps: the step of autonomist decentralization, between 1990 and 1998, when the municipalities were totally free to choose their own local health policies; and the step of the driven decentralization, after the creation of the Basic Assistance Floor – PAB, when the municipalities started receiving targeted incomes, which could be used exclusively for specific health programs, determined by the Health Department. However, as we demonstrate, the both steps were incapable to decrease the extant regional inequalities in what regards the supply, the access and the financing of municipal health services. To summarize, we demonstrate that the inequalities in health produced by our federalism were not balanced through the outline of policies that municipalized the health services.

In addition we demonstrate that the arguments usually raised by the literature on federalism and municipalism in Brazil, which are critical to the “municipalist wave” and to the existence of thousands of small municipalities – which are very dependent to the transfers from the Municipalities Participation Fund (FPM) – are not sufficient to explain the production of local social policies, since such municipalities are not the ones which present the worst outcomes in the supply, access and financing of health services by the municipal managers.

Finally, we demonstrate that the consortiums can be an efficient mechanism to overcome one of the main problems which are faced by the small and poor municipalities to provide health services: the access to services of higher complexity – which do not exist in many small municipalities – without causing the “negative free-riding”, i.e., the transferring of clients to other municipalities without the correspondent financial retribution.

Keywords: municipalism, decentralization, federalism, intergovernmental cooperation, health policy.

SUMÁRIO

Índice	01
Índice de Gráficos	03
Índice de Tabelas	05
Índice de Quadros	06
Índice de Figuras	07
Siglas	08
Capítulo 1. Introdução	11
Capítulo 2. Municipalismo e Descentralização no Brasil	24
Capítulo 3. A Municipalização da Saúde em Dois Tempos: Autonomia e direcionamento	64
Capítulo 4. A Descentralização Gera Desigualdades? A atuação federal sobre a política local de saúde	103
Capítulo 5. Municipalismo e Políticas Sociais: diferentes municípios, diferentes resultados na saúde	157
Capítulo 6. Consórcios Intermunicipais de Saúde: superando os entraves do municipalismo brasileiro?	181
Capítulo 7. Considerações Finais	204
Referências Bibliográficas e Entrevistas	208
Anexos	219

ÍNDICE

1. Introdução	11
1.1. Delimitando o tema	13
1.2. Objetos, abordagens e hipóteses	18
1.3. Estrutura da tese	22
2. Municipalismo e Descentralização no Brasil	24
2.1. O Ideal Descentralizador	24
2.1.1. Tipos e abordagens sobre descentralização	28
2.1.2. Conceituando Descentralização	31
2.2. O Municipalismo Brasileiro	35
2.3. Interações entre Federalismo e Políticas Sociais: descentralização x desigualdades	41
2.4. Federalismo, Descentralização e Desigualdades no Brasil	49
2.5. As Fases da Descentralização	53
2.6. Conclusão	60
3. A Municipalização da Saúde em Dois Tempos: Autonomia e Direcionamento	64
3.1. Introdução	64
3.2. Saúde e Previdência Pré-SUS	66
3.3. A Fase da Descentralização Autonomista	70
3.3.1. A NOB-01	72
3.3.2. O Grupo Especial para Descentralização (GED) e a NOB-93	75
3.3.3. O Governo FHC e a NOB-96: abrindo caminho para uma nova fase	79
3.4. A Fase da Descentralização Dirigida	83
3.4.1. A NOB-96 em prática	84
3.4.2. A EC 29/00: reforçando o caráter direcionado	86
3.4.3. As NOAS: tentativa de organizar a regionalização	91
3.4.4. A política de saúde pós-NOAS: o “Pacto pela Saúde” e o fim das habilitações	93
3.5. A Política de Saúde no Estado de São Paulo	95
3.5.1. O avanço da municipalização da atenção básica em São Paulo	97
3.6. Conclusão	101

4. Descentralização Gera Desigualdades?	
A atuação federal sobre a política local de saúde	103
4.1. Introdução	103
4.2. Desigualdades em Saúde no Brasil	105
4.2.1. As desigualdades inter-regionais	110
4.2.2. Desigualdades intra-regionais: o caso dos municípios paulistas	131
4.3. Conclusão	153
5. Municipalismo e Políticas Sociais:	
Diferentes municípios, diferentes resultados na saúde	157
5.1. Introdução	157
5.2. A oferta dos serviços de saúde nos municípios paulistas	161
5.2.1. Profissionais municipais de saúde com nível superior	161
5.2.2. Cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF)	163
5.2.3. Unidades ambulatoriais SUS	165
5.2.4. Leitos SUS	167
5.3. O acesso aos serviços de saúde em São Paulo	168
5.3.1. Consultas médicas básicas	169
5.3.2. Produção ambulatorial SUS	171
5.4. O financiamento e os gastos municipais em saúde	172
5.4.1. Gastos municipais em saúde	172
5.4.2. Autonomia financeira municipal em saúde	174
5.5. Conclusão	176
6. Consórcios Intermunicipais de Saúde:	
Superando os entraves do municipalismo brasileiro?	181
6.1. Introdução	181
6.2. As (Escassas) Experiências de Cooperação Intergovernamental no Brasil	184
6.3. Cooperação Intermunicipal para a Saúde em São Paulo	190
6.4. O Consórcio de Saúde do Alto Vale do Ribeira – CISAVAR ..	192
6.4.1. Recursos financeiros	193
6.4.2. Produção de Serviços	194
6.5. Conclusão	200
7. Considerações Finais	204
Referências Bibliográficas e Entrevistas	208
Anexo I. Estrutura e Normas Legais do SUS	219
Anexo II. Análise de Dados	229

ÍNDICE DE GRÁFICOS

2.1. Porcentagem dos componentes das receitas municipais, por grupo populacional	37
2.2. Porcentagens dos PAB Fixo e Variável, em relação aos repasses totais do governo federal para a Atenção Básica	56
4.1. Relação médicos por mil habitantes para as regiões brasileiras, 1990 a 2004	114
4.2. Número de leitos por mil habitantes para os estados brasileiros, 1993 a 2003	119
4.3. Unidades ambulatoriais SUS por mil habitantes, regiões brasileiras, 1998-2003	120
4.4. Número de consultas médicas por habitante/ano, regiões brasileiras, 1995-2004	123
4.5. Crescimento anual no valor médio das internações hospitalares, regiões brasileiras, 1995 a 2004	129
4.6. Número de consultas médicas <i>per capita</i> para as regionais de saúde do estado de São Paulo, 2000 e 2006	145
4.7. Produção ambulatorial SUS <i>per capita</i> média, por regionais de saúde do estado de São Paulo, fases autonomista (1995-1998) e dirigida (1999-2005)	146
4.8. Gasto municipal próprio em relação ao gasto municipal total em saúde, por regionais do estado de São Paulo, 2000 a 2005	150
6.1. Principais inovações geradas pelos CIS, segundo seus integrantes, 2000 ..	189
6.2. Variação percentual na produção ambulatorial em comparação com o ano anterior, para o conjunto de municípios do CISAVAR, 1995-2004 ...	195
6.3. Diferença entre as AIHs pagas por local de internação e local de residência, município de Apiaí, 1995 a 2004	196

ÍNDICE DE TABELAS

2.1.	Nível de instrução dos prefeitos (%), por tamanho populacional dos municípios, 2001	38
2.2.	Arrecadação Tributária Própria Municipal <i>per capita</i> , 1996	39
3.1.	Teto financeiro anual e valor <i>per capita</i> por UF – atenção básica, 1997 e 1998	85
3.2.	Estados que cumpriram e que não cumpriram a EC 29, 2003	89
4.1.	Valores <i>per capita</i> da atenção básica (em R\$ 1,00) repassados pelo Ministério da Saúde, por unidade federada, 1997 a 2001	111
4.2.	Taxa de crescimento anual no número de médicos por mil habitantes para as regiões brasileiras, 1990 a 2004	115
4.3.	Comparação entre as fases da descentralização – número de médicos por mil habitantes, regiões brasileiras	116
4.4.	Taxa de crescimento anual no número de leitos hospitalares (SUS) por mil habitantes para as regiões brasileiras, 1993 a 2003	118
4.5.	Unidades ambulatoriais totais por mil habitantes, controladas pela população SUS-dependente	121
4.6.	Taxa de crescimento anual no número de consultas médicas por habitante/ano, regiões brasileiras, 1995 a 2004	124
4.7.	Comparação entre as fases da descentralização – consultas médicas por habitante, regiões brasileiras	125
4.8.	Taxa de crescimento anual no valor médio das internações hospitalares, regiões brasileiras, 1995 a 2004	128
4.9.	Comparação entre as fases da descentralização – valor médio das internações, regiões brasileiras	130
4.10.	Profissionais de nível superior por mil habitantes, por regionais de saúde do estado de São Paulo, 1992 e 2002	136
4.11.	Cobertura do PSF, por regionais de saúde do estado de São Paulo, 2000 e 2006	138
4.12.	Unidades ambulatoriais por mil habitantes, por regionais de saúde do estado de São Paulo, 1998 e 2003	141
4.13.	Leitos hospitalares SUS por mil habitantes, por regionais de saúde do Estado de São Paulo, 2000 e 2005	142

4.14.	Número de consultas médicas <i>per capita</i> , por regionais de saúde do estado de São Paulo, 2000 e 2006	144
4.15.	Produção ambulatorial <i>per capita</i> municipal, por regionais de saúde do estado de São Paulo, fases autonomista (1995-1998) e dirigida (1999-2005)	147
4.16.	Despesa municipal média <i>per capita</i> com saúde, por regionais de saúde do estado de São Paulo, fases autonomista (1994-1998) e dirigida (1999-2001)	148
4.17.	Comparação “inter-fases” – entre médias de indicadores selecionados, 17 Direções Regionais de Saúde do estado de São Paulo	151
4.18.	Comparação “intra-fases” – entre médias de indicadores selecionados, 17 Direções Regionais de Saúde do estado de São Paulo	152
5.1.	Correlação entre profissionais municipais de saúde com nível superior por mil habitantes (média 1999 e 2002) e variáveis independentes selecionadas	162
5.2.	Correlação entre cobertura do PSF nos municípios paulistas (2004) e variáveis independentes selecionadas	164
5.3.	Correlação entre unidades ambulatoriais por mil habitantes (média 1998-2003) e variáveis independentes selecionadas	166
5.4.	Correlação entre leitos SUS por mil habitantes (média 2000-2005) e variáveis independentes selecionadas	167
5.5.	Correlação entre consultas médicas básicas SUS por habitante (média 2000-2006) e variáveis independentes selecionadas	169
5.6.	Correlação entre produção ambulatorial SUS por habitante (média 1998-2003) e variáveis independentes selecionadas	171
5.7.	Correlação entre despesa municipal em saúde por habitante (média 1998-2005) e variáveis independentes selecionadas	173
5.8.	Correlação entre autonomia financeira em saúde dos municípios (média 2000-2005) e variáveis independentes selecionadas	175
6.1.	Consórcios existentes e número de municípios consorciados, 2000	187
6.2.	Principais objetivos dos CIS, apontados pelos integrantes, 2000	188
6.3.	Despesas por habitante e transferências SUS, município de Apiaí, 2001-2004	194
6.4.	Média de atendimentos por grupo, município de Apiaí, outubro/1999-2004	197

ÍNDICE DE QUADROS

1.1. O “mapa” da tese	23
2.1. Impostos locais e transferências constitucionais	36
3.1. Lei 8.080/90 – Definição de atribuições e competências	71
3.2. Lei 8.142/90 – Criação de novas instâncias de decisão e controle social ..	72
3.3. Principais pressupostos do Grupo Especial para Descentralização (GED)	75
3.4. Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo	96
4.1. Indicadores selecionados para cada uma das dimensões das desigualdades inter-regionais analisadas	112
4.2. Indicadores municipais selecionados para cada uma das dimensões das desigualdades intra-regionais analisadas	133
5.1. Tamanho do universo e da amostra dos municípios	159
5.2. Variáveis atinentes ao resultado da política municipal de saúde	160
5.3. Síntese das correlações entre variáveis dependentes e independentes	177
6.1. Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado de São Paulo	190

ÍNDICE DE FIGURAS

2.1. Descentralização segundo Duchacek (1970)	32
2.2. Descentralização em federações, a partir de Duchacek (1970)	33
2.3. Análises sobre descentralização de políticas sociais	49
2.4. As fases da descentralização da saúde	58
3.1. Distribuição dos municípios por tipo de gestão (1994)	98
3.2. Distribuição dos municípios por tipo de gestão (1998)	99
3.3. Distribuição dos municípios por tipo de gestão (2003)	100

SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CISAVAR	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Ribeira
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CPS	Coordenadoria de Planejamento em Saúde
DIR	Direção Regional de Saúde
EC	Emenda Constitucional
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FUNDEF	Fundo de Desenvolvimento e Valorização do Ensino Fundamental
GED	Grupo Especial para a Descentralização
GM	Gabinete do Ministro
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPABA	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
ISS	Imposto sobre Serviços
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica

OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PLC	Projeto de Lei Complementar
PSF	Programa de Saúde da Família
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIOPS	Sistema de Informações de Orçamento Público em Saúde
SM	Salário-mínimo
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade da federação

1

INTRODUÇÃO

Até final dos anos 80 os municípios contribuía com algo em torno de 10% do gasto público total em saúde. Hoje, aproximadamente 27% do gasto total vêm dos municípios (Ministério da Saúde, 2005). Todavia, estes entes não são homogêneos entre si, sendo conhecidas as diferenças municipais no que se refere à capacidade de arrecadação, de gasto, de recursos humanos e, portanto, de resultados nas políticas sociais.

Este trabalho intenta observar as diferenças municipais na provisão dos serviços de saúde, procurando responder a três questões centrais, cada qual em um capítulo: em primeiro lugar, quão desigual são os municípios em termos de provisão de serviços de saúde? Eles mantêm as desigualdades verificadas no nível regional, já historicamente presente e persistente no Brasil? Se, nas federações com dois entes federados (União e estados), os estados têm maior capacidade de indução das políticas municipais, no sentido de minorar as disparidades intra-estaduais, como se dá essa relação no Brasil, com federalismo “trino” e ampla autonomia municipal?

Em segundo lugar, quais os fatores que nos ajudam explicar as desigualdades ainda existentes: tamanho do município, capacidade própria de gasto, ou investimentos próprios em saúde, em complementação aos recursos federais? A literatura nacional tende a tratar o municipalismo brasileiro como um entrave à eficaz produção de serviços sociais básicos, de responsabilidade municipal, dado que existem inúmeros pequenos municípios, com baixa capacidade de gastos, grande dependência aos repasses federais e estaduais e poucos recursos fiscais próprios. São esses fatores os que melhor explicam, de fato, a

produção de serviços de saúde nos municípios brasileiros? Como é o desempenho dos municípios pequenos, pobres e “FPM-dependentes”, quando comparados com os demais, em termos de oferta, acesso e financiamento da política local de saúde?

Por fim, qual o papel dos mecanismos de cooperação intermunicipal, como consórcios, câmaras setoriais etc.? Os consórcios intermunicipais de saúde, em especial¹, conseguem promover um aumento da capacidade de provisão de serviços no conjunto de municípios que envolvem? A ausência de mecanismos institucionalizados como estes tem sido vista como um dos entraves à produção local de serviços públicos, naqueles municípios mais carentes, dada a autonomia municipal característica do nosso federalismo e a quantidade de pequenos municípios, que não conseguem prover serviços mais caros – e, muitas vezes, sequer os mais básicos – e acabam “pegando carona” nos municípios vizinhos, maiores e com maior rede de serviços públicos. Enfim, qual tem sido o papel desses mecanismos de cooperação na provisão local de serviços de saúde?

É em torno dessas questões que esta tese se desenvolve.

Ela foi motivada por dois tipos de discussão sobre descentralização presentes na ciência política. A primeira, amplamente disseminada na literatura nacional, trata dos efeitos da descentralização promovida pelo federalismo brasileiro, instituído na Constituição de 1988, que gerou a criação de inúmeros pequenos municípios, com baixas capacidades administrativas, fiscais e financeiras, altamente dependentes dos repasses de recursos dos níveis superiores de governo (estados e União), sobre as políticas sociais descentralizadas. A outra, mais difundida na literatura internacional, trabalha com a relação entre descentralização e desigualdades, demonstrando quase que de maneira unânime que federações são mais desiguais do que países unitários.

Essas duas linhas de pesquisa, embora tratem de temas distintos, não são de forma alguma desconexas. Elas trazem à tona questões interligadas e relevantes, quando tratamos da municipalização da política de saúde no Brasil. O que explica as diferenças nos *resultados* da descentralização dessa política, quando comparamos distintos municípios? Os

---

¹ Por serem os mais difundidos e utilizados na área da saúde.

problemas do federalismo brasileiro decorreriam mesmo do fato de que há muitos pequenos municípios, com baixas capacidades fiscais e administrativas, de modo que municípios pequenos e menos “capazes” – ou mais dependentes de transferências federais e estaduais – apresentariam piores resultados na política de atenção básica em saúde? Ou os resultados seriam determinados pelo desenho institucional da política e, em concordância com a literatura internacional, políticas mais descentralizadas gerariam maiores desigualdades, ao passo que modelos mais centralizadores de políticas tenderiam a diminuir tais desigualdades? Ou ainda, interfeririam ambas as coisas sobre os resultados da política de saúde nos distintos municípios? Finalmente, o consorciamento é um mecanismo eficiente para a superação das dificuldades na provisão de serviços sociais enfrentadas pelos pequenos municípios?

Enfim, o trabalho procura iluminar o debate, ainda pouco explorado – embora não novo – no ambiente acadêmico nacional: como os municípios estão de fato lidando com a responsabilidade pela provisão de serviços sociais básicos, frente às dificuldades impostas pelo municipalismo brasileiro?

1.1. Delimitando o tema

Grande parte da literatura sobre federalismo e descentralização aponta como “problema” da federação brasileira a existência de inúmeros pequenos municípios, os quais dependem imensamente dos repasses federais e estaduais e, com frequência, apresentam baixas capacidades fiscal e administrativa. Todavia, esta literatura ainda não se debruçou empiricamente sobre a questão, com o objetivo de demonstrar os efeitos dessa dependência, para a produção de serviços sociais. Seriam os municípios pequenos e mais “dependentes” os que menos propiciam serviços sociais aos seus cidadãos?

Somado a isso, embora se afirme que a descentralização promoveu ampliação do acesso e diminuição das desigualdades sociais, *quando comparadas políticas de saúde distintas, ou seja, a política de saúde pré-SUS, não universal, com a política SUS, universal*, ainda não se demonstrou que a descentralização tenha gerado diminuição das desigualdades quando

comparamos o resultado da política de saúde ao longo de sua trajetória, nos anos 90, mas em distintos períodos – um mais e outro menos descentralizado.

Os trabalhos sobre federalismo tratam do caso brasileiro como um caso atípico, já que formado por três entes federados. No entanto, não encontramos nenhuma explicação para a afirmação de que o fato de possuir um ente federado a mais, constitucionalmente instituído enquanto tal, do que as demais federações, seja a causa das dificuldades enfrentadas pela federação brasileira, em termos de implementação de políticas sociais.

Por fim, diversos trabalhos apontam o consorciamento como uma alternativa para a superação das dificuldades enfrentadas pelos gestores municipais à baixa capacidade local de produção de serviços. No entanto, a maior parte destes apenas descreve os consórcios existentes, sem atentar para se, e como, eles estão alterando a produção de serviços em suas regiões.

Enfim, não intentamos aqui explicar os *determinantes da descentralização*, mas sim os *resultados da descentralização*, os quais ainda não foram objetos de análise, em especial com relação aos resultados alcançados pelos municípios, e não por estados – já bastante comparados entre si no que diz respeito à adesão aos programas descentralizados. O que explica os diferentes resultados obtidos pela descentralização de uma mesma política, em distintos municípios de um único estado? Ao trabalharmos com os municípios de um único estado, São Paulo, isolamos o efeito das desigualdades *inter-regionais* (entre estados), para focalizarmo-nos naquelas *intra-regionais* (entre municípios de um dado estado), já que o nosso foco é o município.

Para dar conta desse tema, partimos de um pressuposto analítico. Entendemos aqui a descentralização como um *processo*, que se modifica ao longo do tempo. Assim, a descentralização da política de saúde no Brasil, que começou em 1990, com a Lei Orgânica da Saúde, foi sofrendo transformações com o passar dos anos, dando origem a duas fases distintas **no que diz respeito à liberdade decisória dos municípios sobre a política de saúde**. A primeira é a fase da **descentralização autonomista**, que vai de 1990 até 1998,

período este em que os municípios recebiam recursos do governo federal para o provimento de um conjunto de serviços de saúde que podiam ser utilizados autonomamente, sem determinação sobre como e em que gastar, dependendo apenas do tipo de gestão assumida pelo governo local. O município prestava o serviço que lhe convinha e o governo federal repassava o recurso. A segunda é a fase da **descentralização dirigida**, que se inicia em 1998 com a implementação dos Pisos de Atenção Básica Fixo e Variável, quando os municípios passam a receber recursos *per capita*, tanto para o uso discricionário (PAB Fixo), quanto para o desenvolvimento de políticas de atenção básica em saúde determinadas pelo governo federal (PAB Variável)², numa espécie de “recentralização”³ da política de saúde.

Esse pressuposto permeia toda a estrutura do trabalho, dividido em três partes. Num primeiro momento, analisamos a descentralização como processo, detalhando aquilo que denominamos por **fases do processo de descentralização**, ou seja, um processo de contínuo desenvolvimento, que gera novas etapas distintas daquelas anteriores, provocando alterações no modelo institucional. Assim, a primeira fase, decorrente do ideal descentralizador e democratizante da Constituição de 1988, vai se alterando ao longo dos anos 90, culminando em 1998 num ponto de inflexão da política, que é a criação do PAB, que inicia uma nova etapa, na qual o papel do governo federal sobre a política municipal de saúde se faz mais presente – daí o nome de “descentralização dirigida”.

Se o governo federal passou a ter uma maior “participação” nos rumos das políticas locais de saúde – determinando, inclusive, as políticas nas quais os municípios deverão gastar cerca de 60% dos recursos transferidos⁴, então podemos afirmar que está havendo uma forma de “recentralização” dessa política. Claro que, dada a estrutura federativa brasileira, os municípios podem ou não aderir aos programas considerados prioritários pelo Ministério da Saúde. Mas, uma vez que aderiram, eles perdem a autonomia decisória *sobre aqueles recursos específicos*, destinados a eles através do PAB Variável, o que não

---

² Vide anexo para o detalhamento da estrutura, principais regras legais atinentes ao SUS e programas do Ministério da Saúde.

³ Almeida (2005) chama a atenção para a recentralização que vem sendo promovida no federalismo brasileiro, não apenas na saúde, mas em outras áreas, como educação. Eaton & Dickovick (2004) também trabalham com a idéia da recentralização, tratando das reformas fiscais levadas a cabo no Brasil e na Argentina nos anos 90, por Fernando Henrique e Menem, respectivamente.

⁴ No capítulo 3 exporemos a evolução das fases da descentralização, demonstrando a participação crescente do governo federal no financiamento de ações pré-determinadas – PAB Variável.

acontece, por exemplo, nos recursos que provêm do PAB Fixo, sobre os quais os municípios decidem livremente⁵ sua destinação. Sendo assim, o grau de autonomia municipal *sobre os recursos totais disponíveis ao gestor municipal da saúde* diminui, ao passo que a *interferência federal sobre os rumos da política local de saúde* aumenta.

Isso posto, analisamos se a “recentralização”, promovida na fase chamada de descentralização dirigida, gerou ou não uma diminuição das desigualdades intra-municipais, verificando o fato apontado pela literatura internacional, de que a centralização é mais eficaz para o combate às desigualdades. Para medir essa variação, compararemos os resultados da política de saúde ao longo dos anos 90, averiguando se as razões entre as taxas apresentadas pelos indicadores locais e a média estadual aumentaram ou diminuíram de um período para o outro⁶. Com isso, verificaremos se, em São Paulo, a descentralização da saúde aumentou ou manteve as desigualdades, ao passo que a centralização as minorou.

Na segunda etapa, tentaremos encontrar possíveis explicações para as desigualdades verificadas quando analisamos os resultados da política municipal de saúde, nossa variável dependente, comparando os distintos municípios paulistas. Analisaremos os resultados da municipalização da saúde procurando avaliar se, conforme aponta a literatura, municípios pequenos, com poucos recursos próprios e altamente dependentes dos recursos do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) apresentam piores resultados na política de saúde, medidos em termos de produção de serviços de saúde (oferta, acesso e financiamento).

Por fim, analisaremos um consórcio intermunicipal de saúde, o Consórcio de Saúde de Apiaí, localizado numa das regiões mais pobres do estado, o Vale do Ribeira, que abrange um conjunto de seis pequenos municípios paulistas (além de um do estado do Paraná), com poucos serviços instalados e grande dependência dos serviços das cidades vizinhas, de maior porte. Procuraremos demonstrar como o consorciamento se mostrou,

---

⁵ Dentro das regras e limitações impostas pelo SUS, ou seja, no caso dos recursos PAB, só podem ser aplicados na atenção básica em saúde. Caso queiram construir um hospital para a produção de serviços mais complexos, terão que financiá-lo com recursos próprios.

⁶ Utilizaremos para tal a razão entre taxas (locais e estadual) para as duas fases distintas da descentralização, comparando-as e verificando se estão mais ou menos distantes do parâmetro de comparação – a média estadual –, ou seja, se se aproximaram ou distanciaram, diminuindo ou aumentando as desigualdades.

neste caso, uma alternativa eficaz para o aumento da oferta local de serviços especializados, aumento do poder de barganha desses municípios junto ao governo estadual e, por fim, diminuição de um “efeito carona” predatório, dado que os municípios que antes encaminhavam pacientes a outros, mas não repassavam o recurso correspondente, começaram a contribuir financeiramente para a manutenção do hospital de referência do consórcio, encaminhando os seus pacientes de maneira acordada, e não “caroneira”.

A **questão central**, portanto, é: *como os diferentes municípios estão se saindo na provisão dos serviços de saúde, em termos de desigualdades, capacidade de provisão e mecanismos de cooperação para a viabilização da política de saúde?*

Cabe salientar que a literatura brasileira sobre descentralização tende a ver esta como algo monolítico, cujos resultados variam de política para política (Arretche, 1996, 2000, 2002), e não *dentro* de cada política, em contextos históricos e sócio-econômicos distintos. Embora tais análises tenham trazido importantes contribuições ao entendimento processos de descentralização das políticas sociais no Brasil, elas não avançaram na compreensão das variações locais existentes, as quais produzem diferentes alcances de uma mesma política, assim como não progrediram na compreensão das diferentes etapas do processo de descentralização que se iniciou em 1988, mas que foi se alterando ao longo dos anos 90, principalmente em função dos resultados que foram sendo gerados.

Nesse sentido, a teoria do *path dependence* (Pierson, 1995, 2000, 2004) nos ajuda a entender o processo de descentralização das políticas sociais no Brasil, que foi sendo moldado tanto pelas escolhas adotadas anteriormente quanto pelos resultados que tais escolhas geraram, em termos de alcance das políticas sociais, conforme veremos a seguir. O neo-institucionalismo (Steinmo, 1992; Immergut, 1996), por sua vez, nos auxilia na compreensão dos resultados alcançados pelas políticas sociais, em especial a política de saúde, nos distintos municípios brasileiros. “Instituições importam”, mas importam de maneira diferente, nos diferentes contextos. No caso do SUS, a política é a mesma para todos os municípios, mas as características próprias de cada um influem diferentemente os resultados dela decorrentes.

1.2. Objetos, Abordagens e Hipóteses

O **objeto maior** deste trabalho é a atuação municipal em uma política social específica, a de saúde, a partir da descentralização promovida pela Constituição de 1988. O nosso **objetivo central** será verificar tal atuação em três aspectos que consideramos relevantes: em primeiro lugar, se maior descentralização gera maiores desigualdades, em termos dos resultados da política de atenção básica em saúde no Brasil; em segundo lugar, quais são as variáveis explicativas para as desigualdades existentes em termos dos resultados alcançados pela política municipal de saúde nos distintos municípios paulistas, após a fase da “descentralização dirigida”; e, finalmente, o efeito do mecanismo de consorciamento para o enfrentamento das dificuldades na provisão de serviços públicos no âmbito municipal advindas do municipalismo brasileiro.

Para tal, não iremos trabalhar aqui com os *determinantes* da descentralização da política de saúde, tema já extensamente tratado por Arretche (1996, 2000, 2002), ou com os efeitos da participação popular sobre a descentralização da política de saúde, nos moldes de Tandler (1997). Também não iremos aqui investigar o *processo de adoção* do modelo de federalismo brasileiro, ou esmiuçar o *jogo político* que envolveu a descentralização do SUS. O formato institucional desses processos – federalismo com municípios autônomos e descentralização da política de saúde – será nosso objeto específico de estudo, cuja análise permitirá identificar os resultados efetivos obtidos pela política de saúde, levando-se em consideração o nosso modelo de federalismo e o tipo de descentralização proposto pelo SUS. Enfim, este não é um estudo acerca de *processos decisórios*, mas sim uma análise dos *resultados* alcançados por uma determinada política pública, em um contexto institucional específico e já consolidado.

Nesse sentido, opomo-nos à visão de Riker (1964; 1969), de que os sistemas federativos não têm efeito sobre os resultados das políticas: “O federalismo faz alguma diferença na maneira pela qual as pessoas são governadas? A resposta parece ser: nenhuma” (Riker, 1969: 145 *apud* Volden, 2004: 102; tradução da autora). Ao contrário, acreditamos que o arcabouço institucional do federalismo brasileiro teve impacto direto sobre os resultados municipalização da saúde no Brasil, em ambas as fases do processo de

descentralização, contribuindo inclusive para a perpetuação de algumas desigualdades inter e intra-regionais.

A nossa variável dependente, portanto, serão os **resultados obtidos pela política de saúde**, medidos através dos indicadores de acesso, oferta e financiamento dos serviços de saúde. Para analisá-los, iremos comparar as duas fases do processo de descentralização: a fase da descentralização autonomista, que vai de 1990 (com a Lei Orgânica da Saúde) a 1998 e a fase da descentralização dirigida, que vai de 1998 (com a introdução efetiva do PAB) a 2006⁷, último ano que será coberto pela análise.

A hipótese é a seguinte: **o aumento da centralização decisória sobre a política local de saúde não gerou uma diminuição das desigualdades intra-regionais, ou seja, entre municípios, em comparação com a desigualdade existente na fase anterior, autonomista.** Nos termos de Keohane, King & Verba (1994), intentamos aqui questionar a literatura que, segundo Linz e Stepan (2000), é quase unânime ao afirmar que a centralização diminui as desigualdades, ao passo que a descentralização é mais propensa às desigualdades regionais.

Além disso, intentamos explicar as desigualdades em provisão de serviços de saúde pelos diferentes municípios, após a fase da “descentralização dirigida”. A hipótese que testaremos, com base no que a literatura nacional assevera, é a de que quanto menor o município, mais “FPM-dependentes” e com menores recursos próprios apresentam piores resultados em suas políticas de saúde do que os demais.

A segunda hipótese a ser testada então é: **municípios pequenos e altamente dependentes dos repasses ao Fundo Municipal não apresentam, necessariamente, piores resultados na provisão de serviços de saúde, quando comparados com os maiores e menos dependentes de repasses dos outros níveis de governo.** A riqueza própria *per capita*, medida pelo PIB *per capita*, apresenta, ao contrário, forte associação com o nível de produção de serviços de saúde.

---

⁷ Para algumas variáveis, entretanto, o período coberto não foi exatamente este, em função da ausência de dados para todo o período.

Por fim, testaremos a hipótese de que mecanismos de cooperação intermunicipal, especificamente os consórcios de saúde, são instrumentos para aumento da produção de serviços, em especial serviços especializados, naqueles municípios onde esta é baixa em função das diminutas capacidades financeiras dos mesmos. Para tal, analisaremos um consórcio do estado de São Paulo, o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Ribeira – CISAVAR, localizado na região mais carente do estado, o Vale do Ribeira, e formado por municípios com pouquíssimos serviços de saúde disponíveis, muito pobres e dependentes de ajuda financeira dos governos estadual e federal.

A terceira e última hipótese a ser testada é: **o consorciamento é um mecanismo eficiente para o aumento da produção de serviços especializados (mais escassos em municípios pequenos), do poder de barganha dos municípios junto ao governo estadual (para a captação de recursos estaduais) e para a organização da rede de serviços já existente (tornando-a mais eficiente ao ampliar a utilização dos recursos já instalados)**. Assim, a idéia que defendemos aqui é a de que o consorciamento produz resultados desejáveis aos municípios não apenas quando entrega mais serviços aos cidadãos da região, em comparação com o que vinha sendo feito até então, mas ao organizar aqueles existentes, de forma a prover serviços de maneira mais eficiente e, paralelamente, diminuir o efeito carona, fazendo com que os municípios menores paguem ao município-sede parte dos seus gastos para o atendimento aos pacientes “externos”, das cidades vizinhas, menores e sem serviços mais complexos. Com isso, parte dos problemas verificados no capítulo 4, das disparidades municipais em termos de capacidade de provisão de serviços, é sanada via consorciamento, não através do aumento da rede, mas de sua reorganização e fortalecimento.

Para esta investigação analisaremos os resultados da política de saúde com base em três distintos bancos de dados, atinentes a cada parte distinta do trabalho. No **capítulo 4**, que trata das desigualdades em saúde, analisaremos tanto as desigualdades em termos inter-regionais, usando dados dos estados e regiões brasileiras, quanto as intra-regionais, usando dados de serviços públicos de saúde dos 645 municípios paulistas. No **capítulo 5**, que compara os municípios paulistas em termos de capacidade de provisão de serviços, intentando compreender as variáveis que apresentam associação com o resultado final, utilizaremos uma amostra de 194 municípios paulistas (o que corresponde a 30% do

número total de municípios). Com isso, intentamos encontrar explicações que vão além daquelas convencionalmente utilizadas pelas análises de descentralização de políticas sociais no Brasil após a Constituição de 1988, quais sejam, “tamanho do município” e “dependência dos repasses de esferas superiores de governo”. No **capítulo 6**, por fim, analisaremos o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Ribeira, o CISAVAR, com vistas a captar os resultados alcançados pelo mesmo no aprimoramento da rede de serviços de saúde loco-regional; o banco de dados, portanto, é formado por dados referentes apenas aos municípios do Estado de São Paulo⁸ que compõem o consórcio (Apiiaí, Barra do Chapéu, Iporanga, Itaóca, Itapirapuã Paulista e Ribeira). Justifica-se a escolha desse consórcio pelo fato de estar ele inserido em uma das regiões mais pobres do Estado e, portanto, onde a escassez de serviços, principalmente os especializados, deve ser minorada. Uma vez que um dos principais objetivos dos consórcios é justamente superar esse tipo de carência, consideramos ser essa uma região propícia para estudarmos os efeitos da utilização desse instrumento na busca de tal meta.

Justifica-se essa análise pelo fato de que, embora a descentralização tenha obtido êxito em termos de assunção dos serviços de saúde, conforme diversos trabalhos já demonstraram, ainda não se demonstrou os *efeitos produzidos pela descentralização*, no que diz respeito aos *resultados efetivos da política de saúde*, em especial no que concerne à diminuição das *desigualdades entre municípios*, inclusive de um mesmo estado.

Em suma, nossa análise inova em três aspectos, quando comparada à produção já existente sobre descentralização: a) primeiramente, ao mostrar que o processo de descentralização que se desenvolveu no Brasil ao longo dos anos 90 foi marcado por dois períodos muito distintos entre si, no que diz respeito ao papel desempenhado pelo governo federal frente à política de atenção básica em saúde; b) em segundo lugar, ao analisar a relação entre descentralização e desigualdades, com base nas fases acima assinaladas; c) por fim, ao buscarmos variáveis explicativas para as diferenças locais persistentes, demonstramos que “tamanho de município” e “dependência ao FPM” não esclarecem suficientemente as razões para as variações nos resultados da política local de saúde. Além

---

⁸ Existe um município do estado do Paraná, Adrianópolis, que também faz parte do consórcio. Esse, no entanto, não será incluído na análise, dado que só aderiu ao mesmo em 2003, dois anos após o seu surgimento, e de não constar do banco de dados fornecido para a presente pesquisa pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

disso, o presente trabalho procura cobrir uma lacuna existente na ciência política internacional e brasileira, conforme apontou Arretche (2003): a escassez de análises sobre os resultados alcançados pelas políticas descentralizadas.

1.3. Estrutura da Tese

O trabalho está dividido em quatro partes, além do presente capítulo, que apresentou o modelo de análise e as hipóteses com as quais iremos trabalhar.

Quadro 1.1: O “mapa” da tese

<i>Tema</i>	<i>Questão central</i>	<i>Capítulo</i>
Conceitos e modelos teóricos	▪ Como a literatura analisa as interações entre federalismo e os resultados das políticas sociais? ▪ O que podemos aprender das experiências internacionais? Quais os conceitos existentes que nos ajudam a pensar o caso brasileiro?	Capítulo 2 Municipalismo e Descentralização no Brasil
A política de saúde ao longo dos anos 90 no Brasil e as fases da descentralização	▪ Como se desenvolveu a política de saúde no Brasil ao longo dos anos 90? ▪ Ela produziu uma alteração do modelo de federalismo brasileiro, quando comparado àquele introduzido em 1988? ▪ As fases do processo de descentralização	Capítulo 3 A municipalização da saúde em dois tempos: autonomia e direcionamento
A relação entre a “recentralização” promovida pela fase da descentralização dirigida e as desigualdades entre municípios	▪ Tal como aponta a literatura internacional, podemos afirmar que a política de saúde no Brasil, ao promover uma certa “recentralização”, conseguiu diminuir as desigualdades intra-regionais?	Capítulo 4 Descentralização gera desigualdades? A interferência federal sobre a política local de saúde
Variáveis explicativas para as desigualdades nos resultados obtidos pelas políticas municipais de saúde	▪ Mesmo após a fase da descentralização dirigida, significativas desigualdades entre municípios persistem. As razões apontadas pela literatura, relacionadas ao tamanho, riqueza e grau de dependência dos municípios ao FPM explicam a manutenção dessas desigualdades?	Capítulo 5 Municipalismo e políticas sociais: diferentes municípios, diferentes resultados na saúde
Mecanismos de cooperação intergovernamentais para a promoção de serviços públicos de saúde pelos municípios	▪ O consorciamento tem se mostrado um instrumento de superação das dificuldades advindas do municipalismo no Brasil, que criou diversos municípios pequenos e com poucos recursos financeiros, técnicos e de insumos?	Capítulo 6 Consórcios Intermunicipais de Saúde: superando os entraves do municipalismo brasileiro?
Conclusão	▪ O que os dados apresentados nos ensinam acerca do papel dos municípios e do desenho das políticas na provisão de serviços sociais no Brasil?	Considerações Finais

2

MUNICIPALISMO E DESCENTRALIZAÇÃO NO BRASIL

2.1. O Ideal Descentralizador

Se Victor Nunes Leal vivesse alguns anos mais e participasse da Assembléia Constituinte de 1988, provavelmente se oporia à descentralização promovida por aquela Carta, que elevou os municípios ao status de entes federados, repassando recursos financeiros e políticos aos governos locais. Assim como ele (Leal, 1986), os críticos da descentralização asseveram que esta fortalece as elites locais, promovendo a patronagem e dotando os “caciques” de grandes poderes, dado que passam a deter maiores e constantes recursos financeiros, através dos repasses governamentais e arrecadações de tributos municipais (IPTU, ISS), e políticos, já que têm autonomia na utilização dos recursos financeiros e contam com baixíssima fiscalização sobre as formas de aplicação dos mesmos, além da detenção de poder sobre a nomeação para cargos públicos.

Mas, caso fosse essa a única forma de se olhar para a descentralização, ela não teria sido aprovada na Constituição de 1988 tal como se deu. Ao contrário, houve naquele momento um consenso acerca dos aspectos positivos da descentralização, o que levou à sua aprovação com uma inovação em relação aos modelos já existentes, ou seja, de federações compostas por governos estaduais e federal: incluíram-se os municípios como entes federados, dando origem a uma federação composta por três esferas de governo e mais de 5.000 entes federados, cotando municípios, estados, Distrito Federal e União).

Para os defensores da descentralização, esta promove uma aproximação do governo aos cidadãos, assim como descrito por Alexis de Tocqueville e Stuart Mill. Este último defende o governo local com base em dois argumentos: primeiramente, a descentralização promove maior participação política e civil dos cidadãos, aumentando o seu grau de “educação cívica” e ajudando-os a escolher seus representantes e a decidir melhor sobre a adequada alocação dos recursos públicos. Em segundo lugar, Mill assevera que as instituições administrativas locais são mais eficientes do que as federais no provimento dos serviços públicos. Este argumento sobre a eficiência foi também utilizado por aqueles que acreditavam, no pós-guerra, que os governos locais eram o lócus mais adequado e eficiente para a prestação pública de políticas sociais, já que estão mais “próximos” de seus cidadãos e, portanto, compreendem melhor as suas necessidades. Somado a isso, e porque se encontram mais próximos dos cidadãos, os municípios aumentam a possibilidade de participação social nas decisões locais, tornando-se mais responsivos e *accountable* perante seus eleitores (Souza e Blumm, 1999).

Assim, conforme apontou-nos Melo (1996), existe uma forte polarização quanto aos efeitos produzidos pela descentralização, em especial após a “euforia” que o tema causava na década de 80. Segundo o autor,

Observa-se forte polarização no debate público em torno da questão [da descentralização]. De um lado, estão aqueles que entendem o fortalecimento dos níveis subnacionais de governo como um processo virtuoso que não só robustece a democracia, como também produz uma maior eficiência alocativa no sistema de governo. A competição entre unidades federadas é vista como geradora de inovações no sistema público. De outro lado, estão aqueles para quem os estados e municípios são loci de clientelismo e ineficiência, sendo que sua autonomização representa fonte importante de ingovernabilidade. Além disso, argumentam que a irresponsabilidade fiscal nesses níveis compromete os esforços de estabilização do Governo central (Melo, 1996: 11).

Ainda assim, no Brasil pós-redemocratização, momento em que o país saía de uma extrema centralização política e administrativa, predominava o discurso pró-descentralização, sendo a descentralização vista como caminho para a democratização não apenas do acesso aos direitos políticos, mas também aos civis e sociais, nos termos da clássica conceituação de Marshall (1967). Defendidos pelos simpatizantes da descentralização, tais argumentos difundiram-se também no meio acadêmico, principalmente nos trabalhos sobre governos locais e participação popular que proliferaram

ao longo dos anos 90.

Havia a convicção de que ao descentralizar os serviços sociais, os mesmos estariam mais próximos dos cidadãos/usuários e, portanto, seriam melhor fiscalizados do que eram até então, quando sob responsabilidade dos demais níveis de poder. Adicionalmente, dada a proximidade, os governantes seriam mais sensíveis às necessidades da população, podendo atendê-las.

Somado a esses, os trabalhos no campo da economia também enalteciam as vantagens da descentralização, ancorados pela tese de Tiebout (1956), segundo a qual há uma melhor alocação de recursos públicos no nível local via descentralização, dado que (a) os governantes estão mais próximos e, portanto, conhecem melhor as preferências dos seus eleitores; (b) os cidadãos “votam com os pés”, ou seja, mudam-se para aquelas cidades que possuem os serviços públicos, que melhor atendem às suas necessidades, promovendo assim uma competição entre os municípios, que buscam manter seus cidadãos/contribuintes através do provimento de serviços públicos.

Ambas as posições eram reforçadas pelo Consenso de Washington, que declarava que a descentralização não era boa apenas para a economia, mas também para a política das democracias em desenvolvimento, ao aproximar o governo das pessoas, ampliar a oferta de serviços e criar sistemas de *accountability* (Stepan, 2000). Enfim, a descentralização foi fortemente recomendada pelas agências de financiamento para os países da América Latina no início dos anos 90, bem como amplamente defendida pelos movimentos democratizantes, que a viam como um dos pilares do processo de democratização e ampliação dos direitos sociais, tanto que essas coisas se confundiam com frequência, inclusive com reflexos na elaboração do texto constitucional¹.

Assim, a descentralização foi defendida pela Assembléia Constituinte e aprovada na Constituição de 1988, abrangendo um conjunto de aspectos: (a) *descentralização política*, com a elevação dos municípios ao status de entes federados, autônomos; (b) *descentralização*

---

¹ A Constituição brasileira contém em seu texto diversas políticas públicas relativas a direitos sociais, mas cujo teor é mais propriamente objeto de lei, dada a possível necessidade de mudanças e adequações a diferentes contextos sócio-econômicos, do que de um texto constitucional, de caráter mais estável e duradouro (Couto e Arantes, 2003).

administrativa, com o repasse de responsabilidades sobre a prestação de serviços sociais para os governos locais; e (c) *descentralização fiscal*, com o repasse de recursos federais e estaduais aos municípios, além da transferência da responsabilidade pela coleta de impostos municipais, como IPTU e ISS.

No entanto, deve-se ainda lembrar que a literatura produzida tanto pelas agências multilaterais quanto pela academia têm apontado para uma série de “efeitos não antecipados e perversos” da descentralização, conforme listou Melo (1996):

1. Burocracias locais de baixa qualificação, com o argumento de que existe um hiato, especialmente na América Latina, entre a qualificação das burocracias centrais e locais. “O argumento freqüentemente utilizado é que as transferências de funções e atribuições da esfera federal para os níveis subnacionais significaram, em muitos casos, perda de eficiência gerencial. Os efeitos da descentralização seriam perversos à medida que as burocracias locais não têm capacidade institucional de prover adequadamente bens e serviços sociais” (p.14).
2. Transferência de receitas públicas sem a responsabilização de geração de receitas, rompendo o vínculo entre custo e benefício, representando uma forma de “desincentivo” ao esforço fiscal local.
3. Indefinição e ambigüidades quanto à definição de competências entre níveis de governo, gerando paralisia institucional, dada a falta ou incapacidade de ação dos mecanismos de responsabilização (podemos exemplificar esse ponto com o caso do mosquito da dengue no Rio de Janeiro, quando houve uma epidemia de dengue no estado e surgiu a discussão acerca do ente governamental responsável pelo alastramento; questionava-se então, sarcasticamente, se o “mosquito” era federal, estadual ou municipal).
4. Perda de capacidade regulatória e de formulação de políticas, pelo governo federal, em função do desmonte das burocracias centralizadas e relativamente insuladas da competição política. Cumpre-nos aqui salientar que esse fato é grave no Brasil,

onde as burocracias locais são recrutadas, majoritariamente, por critérios políticos, e, portanto, são substituídas a cada troca de governo, impossibilitando a criação de uma “memória técnica em política pública”.

5. “Porosidade” dos governos locais em relação às suas elites, acarretando maior corrupção e clientelismo, com risco de captura do Estado pelas elites locais. Somado a isso, os atores centrais nos processos de responsabilização política – como a imprensa, o Legislativo e o Judiciário – são menos independentes no nível local do que no nacional.
6. Por fim, a fragmentação institucional, através da proliferação de municípios, cujos efeitos serão analisados adiante, após definirmos o termo “descentralização” com o qual iremos trabalhar.

2.1.1. Tipos e abordagens sobre descentralização

A distinção acima apresentada, entre tipos de descentralização (política, administrativa e fiscal), é importante quando a pensarmos como um processo, que se desenvolve ao longo do tempo, e não como algo único, que pode ou não acontecer, num determinado momento histórico. Podemos falar em graus de descentralização, bem como em tipos específicos – político, fiscal ou administrativo. Somado a isso, podemos – e devemos – fazer uma diferenciação relevante, dado que estamos trabalhando com o tema municipal: descentralização para estados e descentralização para municípios. Embora a literatura internacional trabalhe com descentralização mormente no que diz respeito à transferência de recursos (sejam eles quais forem) aos estados, uma vez que trata de sistemas federativos duais, com apenas dois entes federados, a literatura nacional tende a chamar de descentralização tanto o repasse de recursos aos estados quanto aos municípios. O termo é o mesmo para ambos os casos, mas é preciso que fique claro o tipo de descentralização de que se está tratando. Estadualização é diferente de municipalização, uma vez que a capacidade de assunção das responsabilidades pelas políticas que estão sendo descentralizadas é muito diferente para estados e para municípios. Ambas podem se dar concomitantemente, o que de fato ocorreu. Aliás, não apenas ocorreu como para

muitos estudiosos foi uma das principais conseqüências da descentralização pós-redemocratização, tornando os governadores estaduais atores políticos centrais, detentores de amplos recursos de poder e influência sobre os rumos da política nacional – verdadeiros “barões da federação” (Abrucio, 1999; Abrucio e Samuels, 1997; Samuels e Mainwaring, 2004), ao mesmo tempo que deu amplos poderes aos governos locais, que ganharam autonomia política e recursos financeiros para uso discricionário, sob poucos sistemas de avaliação.

Outros autores trabalham ainda com diferentes “tipos” de descentralização. Treisman (2002), em um artigo não publicado, apresenta seis tipos de descentralização, as quais variam em graus nas diferentes regiões do mundo: a) *descentralização vertical*, concernente ao número de níveis de governo existentes num determinado país, federal ou não; b) *descentralização do processo de tomada de decisão*, relacionada à margem de manobra disponível aos atores políticos para tomar decisões políticas em seus níveis de atuação; c) *descentralização das nomeações a cargos públicos*, ou seja, se os atores políticos locais têm ou não o domínio sob as nomeações a cargos sob sua jurisdição; d) *descentralização eleitoral*, relativa ao processo de escolha dos cargos executivos subnacionais, se eleitos ou não; e) *descentralização fiscal*, que diz respeito à divisão de recursos fiscais entre os níveis de governo; f) *descentralização de pessoal*, que é a participação dos governos subnacionais no número total de funcionários públicos governamentais.

Todavia, tomando descentralização de maneira mais genérica, como um conjunto de medidas que repassam aos níveis subnacionais de governo recursos e atribuições, temos que esta nem sempre foi vista como benéfica, tal como assevera parte da literatura e como foi percebido no Brasil ao final dos anos 80. O principal argumento contrário à descentralização, e que se tornou um consenso dentre os estudiosos de federalismo (Peterson, 1995; Obinger *et al.*, 2005; Banting, 2005), é que ela gera desigualdades. Assim, países federativos (e mais descentralizados) são mais desiguais do que os unitários. O argumento é simples. Uma vez que o governo federal não tem controle sobre diversos aspectos da política subnacional, em especial o nível de gastos sociais, ele não tem como impor um padrão nacional, uniformizando políticas, de forma a diminuir as desigualdades regionais. Em países federativos, afirma-se, estados (ou municípios) mais abastados gastam mais do que os mais pobres; governos de esquerda também podem investir mais em

políticas sociais; ainda, governos subnacionais podem optar por gerar incentivos fiscais, de forma a atrair investidores, diminuindo recursos para políticas sociais, ocasionando a chamada “*race to the bottom*” (Peterson, 1995), ou seja, os governos diminuem investimentos sociais com vistas a produzir incentivos fiscais e atrair empresas e famílias abastadas, que geram mais recursos aos governos – e que, por sua vez, também demandam menos serviços sociais públicos. Por fim, dado que os eleitores podem “votar com os pés”, conforme apontou o clássico trabalho de Tiebout (1956)², gera-se uma situação na qual os governos subnacionais não têm incentivos para investir em políticas sociais, uma vez que irão atrair um contingente de pessoas em busca desses benefícios; nesse caso, os governos estaduais/municipais não promoveriam gastos sociais como forma de evitar esse “efeito magnético” (que demandaria novos gastos públicos), e somente o governo federal poderia, de maneira isenta, realizar tais investimentos (Peterson, 1995; Oates, 1972, 1993).

Essas análises contradizem a relação entre proximidade aos cidadãos e eficiência. Nem sempre o nível mais próximo aos cidadãos é que lhes provêm os serviços sociais de maneira mais eficiente. O caso da descentralização da saúde no Canadá ilustra bem essa questão. No pós-guerra houve uma “nacionalização” de diversos programas sociais, que até então eram proporcionados pelas províncias, com grandes desigualdades em termos dos benefícios providos. O governo nacional assumiu a responsabilidade pelo repasse de recursos e pela determinação das regras que regiam os serviços, prestados pelas províncias. As políticas sociais não apenas serviram de instrumento de combate às desigualdades regionais, como também de unificação nacional, num país marcado pelo movimento separatista de Quebec (Banting, 2005). Com o advento da chamada “era de retração” (*retrenchment era*) das políticas sociais, enfrentada pela maioria dos países desenvolvidos no final dos anos 70 e início dos 80 (Pierson, 1994), o governo federal descentralizou a política de saúde, repassando os recursos para os governos estaduais, que ganharam autonomia para a definição das diretrizes e prioridades da política de saúde estadual, financiada com repasses do governo federal. Como consequência, houve o aumento das desigualdades regionais, dado que o governo federal deixou de ter o controle sobre os recursos – podendo determinar maior aporte para regiões mais carentes –, e que os governos estaduais

---

² A tese de Tiebout (1956) foi utilizada tanto para enaltecer quanto para criticar a descentralização. Alguns asseveram que o fato de cidadãos votarem com os pés gera um mecanismo de concorrência entre jurisdições, que investiriam em políticas sociais para manter seus eleitores/contribuintes, ao passo que outros afirmam que isso levaria a uma busca pelas jurisdições com melhores serviços sociais, gerando a chamada “*race to the bottom*”, que só poderia ser equacionada pela atuação federal.

não estavam investindo, complementarmente, para o provimento desse serviço. O que se verifica agora no Canadá é uma tendência à privatização, dado o descontentamento de grande parte da população com os serviços públicos, além do agravamento das diferenças entre as províncias. Portanto, nem sempre a descentralização gera diminuição das desigualdades, conforme mostrou-nos Banting (2005), Oates (1972), Linz e Stepan (2000), Stepan (2000).

2.1.2. Conceituando Descentralização

Para Duchacek (1970), o termo descentralização pressupõe “a existência de uma autoridade central cujos líderes julgam necessário – ou inevitável – a delegação de parte de seus poderes centralmente assegurados para as esferas subnacionais de governo, em favor de uma administração apropriada ou em resposta a pressões subnacionais” (p.112). Essa descentralização pode dar origem a diferentes formas e graus de auto-governo local, variando de país para país ou mesmo dentro de um único país, variando de estado para estado, como no caso dos Estados Unidos. Assim, assevera, “[a] descentralização reflete a conclusão por parte do governo central de que o seu comprometimento com a unidade não exclui algum grau de autonomia local *dentro dos limites determinados pela autoridade central*” (Duchacek, 1970: 112; grifo meu). E, ainda, lembra que essa delegação de autoridade pode ser, em princípio, revogável a qualquer momento. Graficamente, o autor apresenta seu conceito de descentralização assim:

Figura 2.1: Descentralização segundo Duchacek (1970)

Fonte: Duchacek (1970)

Dessa forma, as federações teriam, concomitantemente, um sistema federativo no nível central, com a delegação de poderes às unidades subnacionais, ou seja, estados ou províncias, e também um sistema unitário *dentro de cada esfera subnacional*, podendo haver delegação de poderes aos governos municipais, mas dentro dos limites impostos centralmente. Nas palavras do autor, “em um sistema federativo, a forma unitária de delegação de poder prevalece dentro de cada componente subnacional, tais como estados ou províncias; isso se dá nos Estados Unidos, o qual apresenta um sistema federal no nível nacional, mas um sistema unitário em cada um dos 50 estados” (p.114).

Com isso, o autor defende a idéia de que descentralização é diferente de federalismo. A descentralização pode surgir em estados unitários, desde de que a delegação de poderes para os níveis inferiores de governo (pensando hierarquicamente) seja instituída centralmente, em concordância com critérios decididos pela esfera central de poder. A divisão de poderes num sistema federativo, por outro lado, pressupõe o acordo entre as partes, e não é determinada unilateralmente pelo centro.

Poderíamos pensar graficamente a divisão de poderes numa federação, nos termos acima, da seguinte maneira:

Figura 2.2: Descentralização em federações, a partir de Duchacek (1970)

Fonte: elaboração própria

Podemos concluir que a descentralização decorre da relação entre, no mínimo, duas esferas de governo, podendo haver, numa federação, descentralização do governo federal para os estados e dos estados para os governos municipais. No entanto, *o tipo de relacionamento entre as esferas é diferente*. Enquanto o governo central delega poderes aos estados de maneira compartilhada – ou seja, acordada entre ambos –, a descentralização de poderes dos estados para os municípios é de outra natureza, do tipo unitário, o que significa que os termos do “contrato” são determinados “centralmente”, isto é, pelos estados (daí a razão das setas pontilhadas, na figura acima). Conseqüentemente, os municípios podem receber recursos e decidir sobre como aplicá-los localmente, mas sempre dentro das regras estabelecidas pelos estados. Não há, portanto, a possibilidade de definir as diretrizes da educação municipal, mas o prefeito pode decidir sobre como aplicar os recursos nas escolas locais.

Disso decorre a nossa **definição de descentralização**. Entendemos aqui por descentralização, nos termos de Orlanski (1997 *apud* Falleti, 2003), um *processo* de repasse de recursos financeiros, políticos e/ou administrativos e responsabilidades aos governos estaduais (estadualização) e/ou municipais (municipalização), que passam a exercer o controle de tais recursos de maneira autônoma, quando federações, ou sob auspício do governo central, quando em países unitários que promovem descentralização – como

ocorreu na Itália (Putnam, 1996). Portanto, descentralização não ocorre apenas em federações, ainda que seja praticamente intrínseca a essas.

No federalismo brasileiro, no entanto, a descentralização se dá não somente do centro para os estados, mas também do centro para os municípios. Os municípios não estão subordinados aos estados, ainda que em muitos casos dependam dos repasses financeiros destes – em complementação àqueles realizados pelo governo federal – para fazer frente às atribuições municipais. A única restrição que os municípios têm em relação aos governos estaduais é a de não ultrapassar os limites impostos por suas constituições, assim como não podem ultrapassar os limites da Constituição Federal. De resto, pouca relação de dependência, tal como ocorre nos EUA, está presente.

Três consequências decorrem deste tipo de federalismo. Em primeiro lugar, o poder dos estados é minorado, quando comparado com outras federações, já que a União repassa grande parte dos recursos diretamente aos municípios, que podem utilizá-los de maneira autônoma, *sem precisar seguir diretrizes políticas e administrativas estaduais* – foi essa característica do federalismo brasileiro, por exemplo, que permitiu a instituição do PAS em São Paulo, na gestão de Maluf, um sistema de saúde que não seguia a lógica do SUS, com características e recursos próprios. É claro que, dada a sua autonomia, os municípios também não precisam seguir diretrizes federais, mas com o ônus de não receberem os recursos.

Em segundo lugar, há um aumento do poder do governo central, que ao poder “passar por cima dos estados” e repassar recursos aos municípios para a elaboração de programas específicos, como os de saúde incentivados pelo PAB Variável, consegue interferir na política local, sem que tenha que enfrentar objeções por parte dos governos estaduais – tal como acontece no Canadá, por exemplo, onde a interferência federal nos estados foi duramente criticada, mesmo que via transferência de recursos, com base no argumento de que com isso a autonomia desses entes estava comprometida; esse foi o caso quando da introdução do sistema nacional de saúde canadense (Banting, 2005). Sendo “poder” um recurso escasso, a diminuição do poder dos estados tende ao aumento do poder do governo federal.

Por fim, dada a dificuldade de coordenação de 5.560 municípios e suas políticas, temos no Brasil um problema de ação coletiva, nos termos de Olson (1999). Seria muito mais fácil cada estado coordenar seus municípios do que, tal como ocorre hoje, a União determinar políticas de forma a coordenar e direcionar a ação local no sentido de implementar políticas eficazes para cada um deles. A coordenação fica comprometida e, mais do que isso, anula-se justamente uma das principais finalidades da descentralização, que é a valorização das necessidades e características locais. O governo federal, por ter que planejar políticas para todos os municípios, gera desenhos de políticas públicas “universais”, ou seja, que possam ser implementados em qualquer município; conseqüentemente, elimina-se a possibilidade de variação local. Mais uma vez, paradoxalmente o desenho altamente descentralizado do federalismo brasileiro neutraliza um de seus objetivos centrais, qual seja, o de possibilitar alternativas adequadas para cada distinta realidade local.

2.2. O Municipalismo Brasileiro

Embora os municípios já possuíssem grande autonomia antes de 1988, principalmente administrativa, esta ainda não estava institucionalizada tal como a partir de então. Assim, após a Constituição, os municípios não apenas passaram a eleger prefeitos e vereadores, como também a administrar os serviços públicos municipais, tendo como principal fonte de recursos os repasses federais feitos ao Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Os recursos municipais totais, para todos os municípios, são formados pelas seguintes fontes e percentuais:

Quadro 2.1: Impostos locais e transferências constitucionais

<i>Recursos Próprios ⁽¹⁾</i>	<i>Transferências Federais ⁽²⁾</i>	<i>Transferências Estaduais</i>
• Imposto sobre Serviços de qualquer natureza (ISS) • Impostos sobre a Propriedade Territorial e Predial Urbana (IPTU) • Imposto sobre Transmissão de Bens Inter-Vivos (ITBI)	• 22,5% do IR e do IPI ⁽³⁾ • 50% do ITR ⁽⁴⁾	• 25% do ICMS • 50% do IPVA (Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores) • 25% da parcela estadual da Cide (Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico) ⁽⁵⁾

Fonte: Souza, 2004: 31.

- (1) Os municípios podem cobrar taxas por seus serviços e contribuição de melhoria decorrente de obra pública. Pela EC 39/2002, os municípios também podem cobrar contribuição para o custeio do serviço de iluminação pública.
- (2) Municípios produtores de recursos minerais, petróleo, gás natural e ouro têm participação nas arrecadações realizadas pelo governo federal, seja sobre a forma de *royalties* seja no IOF (Imposto sobre Operações Financeiras).
- (3) Encontra-se em discussão no Congresso o aumento para 23,5% do percentual de transferências do IR e do IPI para os municípios.
- (4) O município ficará com 100% do ITR se optar por ser responsável pela sua coleta, medida aprovada pela EC 42/2003.
- (5) Sobre a parcela da Cide a ser transferida para Estados e municípios incide o bloqueio de 20% da DRU (Desvinculação das Receitas da União), ou seja, o percentual a ser transferido pela União não é integralmente transferido, tal como ocorre com os recursos federais vinculados à educação e saúde, mas diferentemente das transferências do FPM e FPE, que, desde 2000, estão isentas de bloqueio.

O FPM é composto das transferências constitucionais advindas do IR e do IPI (22,5%). Do FPM, 10% são transferidos para as capitais, 86,4% para os municípios do interior e 3,6% para aqueles com mais de 156.216 habitantes. “Essa fórmula de transferência beneficia, assim, os municípios menos populosos” (Souza, 2004: 32) – em geral no interior dos Estados. Quanto às transferências estaduais, o ICMS representa a principal fonte de receitas para os municípios economicamente mais desenvolvidos. Seu mecanismo de transferência é determinado constitucionalmente: “cada município recebe $\frac{3}{4}$ do que foi coletado em sua jurisdição e o Estado pode determinar, por lei ordinária, os critérios de transferência para o percentual restante” (*op.cit.*, p.32).

O efeito prático dessa autonomia, com conseqüente ganho de recursos financeiros, foi rapidamente sentido: de 1988 a 2001 foram criados 1.378 municípios, gerando um aumento de 33% no número total de municipalidades. Este crescimento no número de municípios, em sua maioria pequenos, gerou inúmeras críticas, segundo as quais

o aumento quantitativo não gerou um aumento qualitativo no atinente ao número de governos locais autônomos financeiramente; dados sobre finanças municipais demonstram que 81% dos municípios têm no FPM sua principal fonte de receita (Bremaeker, 2004: 11), demonstrando que sua autonomia é relativa, já que muitos sobrevivem majoritariamente em função dos repasses financeiros das demais esferas federativas. Quanto menor o município, maior a sua dependência, conforme demonstra o gráfico abaixo. Este fato é agravado pelo aumento de encargos municipais ocorridos ao longo dos anos 90, principalmente no que se refere a políticas sociais (saúde, educação, assistência social, entre outras).

Gráfico 2.1: Porcentagem dos componentes das receitas municipais, por grupo populacional, para 3.722 municipalidades, 2002.

Fonte: Ministério da Fazenda, 2005.

Todavia, não nos parece consistente a crítica de que municípios dependentes de transferências do Fundo de Participação dos Municípios seriam heterônomos, dado que a própria Constituição prevê tais repasses. Essa é a regra do jogo. O problema não é a inegável maior dependência financeira desses recursos, mas a eventualidade de existirem dependência política ou irresponsabilidade administrativa dos municípios. A questão é: afinal, tais municípios conseguem ou não cumprir com suas responsabilidades? A dependência aos recursos do FPM gera porventura piores resultados das políticas públicas locais? Será que são esses os municípios que encontram maiores dificuldades no provimento dos serviços sociais sob sua responsabilidade? Enfim, quais variáveis explicam

o desempenho dos municípios na prestação de serviços públicos básicos? Vale lembrar que os municípios pequenos são dependentes desses recursos, mas *podem decidir livremente sobre como aplicá-los*. Este é um dado importante, quando pensamos em *autonomia municipal*.

Além da falta de recursos, deve-se salientar ainda a baixa capacidade técnica de grande parte dos pequenos municípios, os quais enfrentam dificuldade em manter profissionais qualificados em seus quadros de pessoal. No caso da saúde é comum existir cidades sem nenhum médico no setor público, o qual é coberto apenas por enfermeiros. Também o grau de instrução dos prefeitos varia em função do tamanho populacional dos municípios, conforme demonstram os dados abaixo:

Tabela 2.1: Nível de instrução dos prefeitos (%), por tamanho populacional dos municípios, 2001.

População municipal	Nível de instrução		
	Educação básica	Educação média	Educação superior
< 5.000 habitantes	32,2	34,1	33,7
5.000 – 10.000	28,0	32,4	39,7
10.001 – 15.000	23,9	30,2	46,0
15.001 – 20.000	17,0	28,0	55,0
20.001 – 50.000	15,2	28,9	55,9
50.001 – 100.000	8,8	22,1	69,1
100.001 – 200.000	5,2	10,4	84,3
200.001 – 500.000	2,5	12,7	84,8
500.001 – 1.000.000	5,3	0,0	94,7
> 1.000.000	0,0	0,0	100,0
Total	23,1	30,0	47,0 ▼

Fonte: IBGE, 2002.

Apesar disso, os municípios vêm alcançando grande importância relativa na federação. De acordo com Afonso e Araújo (2000: 38 *apud* Souza, 2004), o volume de recursos disponíveis aos municípios aumentou cerca de 197% entre 1988 e 1998. Além disso, eles elevaram a sua participação no bolo tributário nacional de 11% para 17% no período, ainda que com pequeno declínio a partir do final dos anos 90 (Afonso, 2004: 9 *apud* Souza, 2004). Do lado da despesa, os municípios são responsáveis por 19% das

despesas correntes totais. No entanto, Souza (2004) salienta que tais recursos são distribuídos de maneira muito desigual no país. A receita tributária *per capita* demonstra bem essas diferenças, quando municípios de tamanhos distintos são comparados:

Tabela 2.2: Arrecadação Tributária Própria Municipal *per capita*, Brasil, 1996.

Faixas Populacionais	População (mil habitantes)	Receita tributária per capita (R\$)
Até 20.000 hab.	28.418	14,6
20.000 – 50.000 hab.	25.360	22,7
50.000 – 100.000 hab.	18.210	38,3
100.000 – 300.000 hab.	23.726	60,8
Mais de 300.000 hab.	16.685	91,0
Capitais	35.435	165,0
<i>Regiões</i>		
Norte	7.724	30,0
Nordeste	41.210	21,1
Sudeste	66.814	115,0
Sul	23.492	58,1
Centro-Oeste	8.594	40,1
Brasil	147.834	71,0

Fonte: Souza (2004)

Essa variação de acordo com o tamanho do município foi questionada por Arretche (2004), com base nos achados de Prado (2001), enfatizando que nem sempre os municípios maiores apresentam melhor arrecadação. Segundo a autora,

No interior de cada Estado, municípios de mesmo tamanho apresentam enorme diversidade de arrecadação. Excetuando-se as capitais – com arrecadação até dez vezes superior à dos demais municípios de seu próprio Estado –, os municípios de maior porte não revelam melhor desempenho do que os pequenos, independentemente do nível de renda do Estado em que estão localizados (Prado, 2001) (Arretche, 2004: 18).

Embora possam existir pequenas variações em alguns casos específicos, na média, como podemos perceber pelos dados acima, não apenas a receita tributária *per capita* varia muito de acordo com o tamanho dos municípios, mas também varia de região para região. No entanto, tais desigualdades não se dão apenas em função das desigualdades entre as cinco regiões, “dado que não existem também grandes diferenças tanto dentro de uma mesma região como de um mesmo Estado” (Souza, 2004: 29) – o que demonstra a importância de trabalharmos não apenas com as desigualdades inter-regionais, mas também

intra-regionais, para compreendermos os processos de descentralização.

Frente a isso, a uniformidade no tratamento dado aos governos locais é uma das questões que merece atenção quando observamos os municípios brasileiros. Se os analisarmos de acordo com o seu tamanho populacional, perceberemos a grande concentração de micro-municípios (de 0 a 5 mil habitantes), municípios muito pequenos (de 5 a 10 mil habitantes) ou pequenos (de 10 a 20 mil habitantes): dos 5.564 municípios existentes no Brasil em 2005, 71,8% encontram-se dentro dessas faixas populacionais. Ainda assim, municípios pequenos possuem obrigações idênticas às aquelas que competem aos municípios de grande porte, no que diz respeito ao provimento de políticas sociais.

O tamanho dos municípios brasileiros não é, por si só, problemático para sua existência – mas sim para sua autonomia, conforme iremos argumentar. Outras federações possuem um número muito maior de governos locais do que a brasileira: a Alemanha possui aproximadamente 14.500 municípios (Krell, 2003), a Espanha possui 8.101 municipalidades (Almendral, 2002) e os Estados Unidos contam com 87.525 governos locais (Census of Government, 2002). No entanto, tais municípios não possuem o mesmo grau de autonomia dos brasileiros e, portanto, não são os entes governamentais responsáveis pelo provimento de serviços sociais básicos aos seus munícipes, ainda que possam colaborar financeira e administrativamente para tal. O que buscamos salientar é que o problema gerado pelo nosso “federalismo trino”, não é o tamanho dos municípios *per se*, ou a sua dependência aos repasses do FPM, mas as responsabilidades que tais municípios, com poucos recursos fiscais e financeiros, além de baixas capacidades técnica e de recursos humanos, tiveram que assumir após a Constituição de 1988, o que acabou gerando resultados muito desiguais das políticas sociais básicas.

É ainda preciso lembrar que, conforme apontaram Gomes e MacDowell (2000), a proliferação de pequenos municípios teve como efeitos negativos o beneficiamento de uma pequena parcela da população, que mora nesses municípios e que recebe mais recursos *per capita* do que a maioria que vive nas grandes cidades, e o aumento de gastos administrativos do setor público, igualmente altos nesses pequenos municípios, o que acabou por diminuir a parcela de recursos públicos destinados a investimentos e serviços sociais.

2.3. Interações entre Federalismo e Políticas Sociais: descentralização x desigualdades

O primeiro grande clássico sobre federalismo, *Os Federalistas*, introduziu o modelo federativo que se difundiu para grande parte do mundo moderno, levando Riker (1964) a tratar o século 20 como “a Era do Federalismo”. A grande inovação trazida pelos federalistas encontra-se na criação de um sistema que combina centralização com descentralização, num governo dual, federal e estadual, com ambos os níveis autônomos e influentes sobre a vida dos cidadãos.

Esta idéia foi trabalhada por Wheare (1964), que define federalismo como uma associação de estados formada por um objetivo comum, cujos membros possuem alto grau de autonomia. Segundo Wheare, mais do que a união em torno de objetivos comuns, o federalismo introduzido nos Estados Unidos trata de uma associação de estados na qual o poder está dividido entre o governo central (“*general government*”) e os governos estaduais, sendo que alguns assuntos competem apenas ao primeiro, e outros apenas aos segundos, o que implica, em primeiro lugar, que não há subordinação entre níveis de governo, mas sim coordenação entre eles, e, em segundo lugar, que os níveis de governo são independentes. Isso é o que o autor chama de “princípio da divisão coordenada”. Como consequência, “(...) os governos central e regional operam, ambos, diretamente sobre as pessoas; cada cidadão está submetido a dois governos” (Wheare, 1964: 02, tradução da autora). Sendo assim, os dois principais pilares dos sistemas federativos são, para Wheare, a coordenação e independência das esferas de governo.

Riker (1964) adota a definição de Wheare, centrando-se na questão da barganha que dá origem às federações. Federalismo, para ele, existe quando três condições estão garantidas: a) dois níveis de governo estabelecem regras para o mesmo território e mesma população; b) cada nível tem ao menos uma área de atuação na qual é autônomo; c) há alguma garantia (ainda que apenas na Constituição) da autonomia dos níveis de governo em suas próprias esferas. No entanto, para Riker as instituições federativas não fazem diferença ao processo democrático, uma vez que a vontade da maioria pode facilmente mudar as instituições; isso significa que, para ele, preferências importam mais do que instituições. É

por isso que Riker afirma que as instituições federativas não fazem diferença no jogo político.

Stepan (1999), com base nos achados de Shepsle (1986), adequadamente critica Riker, afirmando que “o status quo muitas vezes prevalece não por causa das preferências dos indivíduos, mas por causa das estruturas institucionais específicas do Congresso e também porque os congressistas chegaram a essa estrutura institucional não por partirem de condições completamente ilimitadas, mas sim de condições limitadas” (Stepan, 1999: s/n). Assim, os gostos são importantes, mas a sua transformação em ação está estrangida pelas instituições.

Essa opção teórica, em concordância com os neo-institucionalistas, nos parece a mais adequada para pensarmos a interação entre federalismo e políticas sociais. Enfim, as instituições restringem o rol de opções disponíveis aos atores políticos e, portanto, têm influência sobre o resultado alcançado pela política (Immergut, 1996; Steinmo *et al.*, 1992). Se concordamos com isso, logo aceitamos que as instituições federativas influenciam o rumo das políticas sociais, conforme nos mostraram Obinger *et al.* (2005). Aliás, não apenas as instituições importam, mas também a seqüência histórica dos acontecimentos, a qual coloca limites tanto às ações e gostos individuais, quanto às conformações institucionais futuras (Pierson, 1994, 2000, 2004).

A importância da seqüência histórica para o desenvolvimento das políticas sociais foi elegantemente trabalhada por uma série de autores na coletânea de Obinger, Leibfried & Castles (2005). Quais as relações entre federalismo e políticas sociais e de que forma estas últimas são atingidas pelo desenho institucional federativo são as questões centrais dos artigos/estudos de caso apresentados pelos autores. Centrando atenção nos países desenvolvidos, sejam do Velho (Áustria, Alemanha e Suíça) ou do Novo Mundo (Austrália, Canadá e Estados Unidos), os trabalhos enfocam os *efeitos recíprocos* decorrentes da interação entre essas duas “macro-variáveis”, demonstrando que embora tenha um peso significativo, “federalismo” não é a única variável explicativa para os baixos níveis de gastos sociais nas federações, quando comparadas com países de igual grau de desenvolvimento. Com isso, o trabalho relativiza a força das análises – tão disseminadas na ciência política

contemporânea – que asseveram que países federativos gastam menos em políticas sociais do que países unitários, além de gerarem maiores desigualdades regionais (Peterson, 1995; Linz e Stepan, 2000; Treisman, 2002).

O livro, em contraposição, demonstra que mais do que uma relação de causalidade, o que se verifica nas federações é uma *relação de reciprocidade*, em que não apenas o federalismo influencia as políticas sociais, mas também estas têm um impacto sobre o desenvolvimento futuro dos sistemas federativos, principalmente no que diz respeito ao tipo de relacionamento intergovernamental deles resultante, se mais ou menos centralizado, com maior ou menor poder aos diferentes níveis de governo. Além disso, minora o peso da variável *dummy* “federalismo”, afirmando que esta não é, necessariamente, a melhor variável explicativa para os níveis de gastos sociais dos países:

(...) uma vez que o federalismo não representa um conjunto uniforme de arranjos institucionais no tempo e no espaço, seria uma assunção heróica afirmar que o seu impacto no desenvolvimento dos sistemas de proteção social se dá de maneira similar nos diferentes países. As diversidades entre países quanto às instituições federativas, as diferentes interfaces entre instituições governamentais, diferentes sistemas partidários e sistemas de intermediação de interesses, assim como as diferentes constelações de atores com preferências heterogêneas, estratégias e interesses, constituem uma ampla gama de configurações institucionais, tornando extremamente improvável que o federalismo esteja associado com padrões uniformes de políticas sociais e trajetórias de desenvolvimento similares em todos os países (p.29, tradução da autora).

Trabalhando dentro do campo do neo-institucionalismo e ancoradas na perspectiva da “dependência de trajetória” (*path dependence*), ou seja, na idéia de que fatos históricos e escolhas passadas influenciam e delimitam o campo de ação dos atores com relação ao rol de caminhos a serem seguidos no futuro (Pierson, 2000, 2004), as análises apresentadas partem de uma distinção entre as eras de ouro e de austeridade das políticas sociais demonstrando como que muitas das escolhas feitas pelos atores políticos no presente são reflexo de decisões tomadas no período de surgimento dessas políticas em cada um dos países.

A hipótese central defendida pelos autores, derivada das análises de ambos os períodos, é que o federalismo exerce um “efeito catraca” institucional (*institutional “ratchet effect”*), obstruindo tanto o desenvolvimento de novos sistemas de proteção social quanto as

iniciativas de contração daqueles já maduros. Dessa maneira, corroboram o diagnóstico feito por Pierson (1994), há mais de uma década atrás, sobre a era da austeridade nos Estados Unidos e na Inglaterra. Paul Pierson à época demonstrou que, em primeiro lugar, o sucesso das medidas de retração das políticas sociais fora menor do que o esperado em ambos os países, remanescendo intactos os principais componentes dessas políticas; em segundo lugar, que o grau de retração das políticas variou não apenas de um país para o outro, mas também de política para política dentro de cada país, dependendo do grau de consolidação (burocrática e perante a opinião pública) das instituições e do poder de barganha dos atores políticos que as defendiam; e, por fim, que embora o sucesso das reformas tenha sido limitado, as medidas adotadas podem abrir um flanco para futuros cortes.

O caso do Canadá, apresentado por Keith Banting, ilustra bem esse ponto. Num primeiro momento do *welfare state* canadense verificou-se um lento desenvolvimento das políticas sociais, marcado por uma forte descentralização. Dos anos 40 a meados dos 70 houve um aumento da presença do governo federal, gerando uma gradual, porém lenta expansão das políticas de proteção social. Todavia, ainda que essa expansão tenha sido diminuta, quando comparada àquela realizada em outros países desenvolvidos, ela se deu em um ambiente repleto de atores com poder de veto (*veto players*), como os eleitores, os partidos oposicionistas e as próprias províncias, que serviram de barreira, no momento seguinte, às medidas de retração das políticas sociais. A estrutura federativa descentralizada serviu, ela mesma, para a manutenção de programas e serviços sociais já em vigor, uma vez que os governos provinciais perceberam que seriam eleitoralmente prejudicados por medidas tomadas pelo governo central e, por isso, pressionaram-no e barraram as tentativas de cortes nos gastos sociais.

O caso americano, emblemático dos estudos acerca dos baixos níveis de gastos sociais nas federações, também reforça a tese de que o federalismo não inibe, *a priori*, tais gastos. Partindo de uma revisão do desenvolvimento das políticas sociais norte-americanas, Kenneth Finegold demonstra que o federalismo teve uma dupla atuação, em diferentes momentos históricos: ora aumentou, ora restringiu os gastos públicos. Cinco pontos principais explicam como o federalismo interage e influencia o desenvolvimento das políticas sociais: a) o federalismo pressupõe diferenças regionais, verificadas no nível de

desenvolvimento das políticas sociais, com grande variação de estado para estado; b) a competição entre os estados para atrair investimentos gera o que Peterson (1995) chamou de *race to the bottom* – a diminuição do investimento público em serviços sociais pelos estados norte-americanos com o objetivo de desestimular a imigração de cidadãos menos abastados, que são aqueles que mais se utilizam desses serviços e, com isso, gerar recursos extras voltados para a diminuição de impostos e atração de investimentos privados; c) a atuação do governo federal muitas vezes é contida em função da necessidade de emendamento constitucional, o qual é extremamente difícil, dadas as árduas regras institucionais do sistema político norte-americano; d) os estados servem de “laboratórios” para as inovações em políticas sociais, que podem ser nacionalmente ampliadas quando bem sucedidas regionalmente, facilitando a atuação federal *a posteriori*; e) o sistema federativo pode ampliar a gama de resultados possíveis em políticas sociais não consensuais, por estar aberto a negociações com os estados.

A Alemanha, por sua vez, justamente por não contar com tantos pontos de veto e possuir um caráter mais centralizador, preserva um dos mais altos dispêndios nessa área como porcentagem do PIB na Europa, trazendo assim mais uma evidência – ainda que baseada em um argumento diverso – de que a relação entre federalismo e gasto social nem sempre é direta e, menos ainda, inequívoca. Assim, Philip Manow assevera que não basta saber se dado país é ou não uma federação para se fazer inferências sobre o volume de recursos despendidos com políticas sociais; é preciso levar em consideração o tipo de relacionamento entre estados e governo federal, ou seja, se o federalismo é cooperativo ou competitivo – e se é mais ou menos centralizado.

Na Áustria, a expansão das políticas sociais se deu em um ambiente conservador e não-democrático, e a interação entre políticas sociais e federalismo não foi uma via de mão dupla, já que grande parte da política social fora implementada em ambiente não-federativo. Por essa razão é que Herbert Obinger afirma que há poucas evidências, para o caso austríaco, de que o federalismo tenha influenciado o desenvolvimento das políticas sociais, tanto na sua fase de crescimento quanto naquela de “austeridade”.

Por fim, a Suíça é vista como um sistema federativo que agrega características tanto do federalismo alemão quanto do americano. Como nos Estados Unidos, a federação visa permitir a manutenção das diferenças entre os territórios constituintes da federação (os cantões). Por outro lado, tal como no federalismo alemão, os cantões têm uma relação cooperativa entre si e com o governo federal, dado que são eles que administram e implementam a maior parte das políticas federais. No entanto, uma característica fundamental do federalismo suíço o distingue dos demais: o mecanismo de democracia direta. Sempre que solicitada por 50.000 assinaturas de eleitores, toda tentativa de emendamento constitucional e de aprovação de leis deve ser submetida a referendo, dificultando as mudanças no sentido de transferir poder dos estados para a União e, portanto, retardando ou impedindo a introdução dos programas sociais federais. O grande número de *veto players* obstaculizou o desenvolvimento das políticas sociais nas duas “eras” do *welfare state*, mas, por outro lado, também serviu de barreira contra cortes nos gastos públicos na era de “austeridade”: os referendos, que anteriormente haviam bloqueado uma maior interferência do governo federal nas políticas sociais, foram instrumentos importantes, no momento seguinte, à manutenção dos níveis de gastos até então realizados.

Enfim, a tese de Obinger, Castles e Leibfried parece se confirmar, ao menos nas federações analisadas, onde a estrutura federativa exerceu influência sobre o rumo das políticas sociais, ora servindo como barreira ao seu desenvolvimento, ora como veto às medidas de diminuição do estado de bem-estar social em vigor. Ademais, os casos apresentados robustecem o argumento de que o federalismo não afeta as políticas sociais de maneira uniforme e que, por outro lado, as políticas sociais influenciam o rumo dos sistemas federativos, alterando-os ao longo do tempo, ainda que com variações de federação para federação. Noutras palavras, as interações entre federalismo e políticas sociais são recíprocas, influenciadas pelo tempo e pelo espaço.

Ao mesmo tempo, existência ou não de federalismo não é a única variável explicativa, conforme salientam, e outras, como o partido no governo, o grau de dificuldade de emendamento constitucional, número de pontos de veto do sistema, o papel da Suprema Corte, a participação popular via referendos, a assimetria de poderes, etc., compõem o *puzzle* decorrente das interações entre federalismo e políticas sociais. Ao apresentar estudos de caso, *Federalism and the Welfare State* explicita os detalhes históricos

dessas interações, demonstrando como cada variável tem pesos diferenciados em contextos históricos distintos. Conseqüentemente, “(...) a aparente correspondência entre federalismo e tipo de estado de bem-estar social desaparece, com um alto grau de variação tanto institucional quanto estrutural dos sistemas de proteção social, nos federalismos do Velho e do Novo Mundo” (p.318, tradução da autora).

Nesse sentido, o trabalho comparado apresentado pelos autores segue a linha de pesquisa iniciada por Pierson (1995), que procurou demonstrar que outras variáveis políticas, além do federalismo, interferem nos resultados alcançados pelas políticas sociais. De acordo com o autor, grandes análises quantitativas comparadas, comuns nesse campo de pesquisa, deixam de lado características institucionais peculiares de cada país, encobrendo o poder explicativo dessas variáveis. Em resumo, “federalismo tem uma grande relevância para o desenvolvimento da política social, mas como ele importa depende dos tipos específicos de federalismo e como as instituições federativas estão envolvidas em contextos políticos particulares” (Pierson, 1995: 451, grifo do autor).

Trilhando o mesmo caminho, Arretche (2006) também demonstra como a variável “federalismo” não é aquela que melhor explica os níveis de gastos sociais, quando comparamos países da América Latina com semelhante grau de desenvolvimento econômico. Citando o trabalho acima, dentre outros, a autora afirma que pesquisas comparadas recentes contribuíram para questionar a premissa de que o federalismo é inimigo do crescimento do Estado de Bem-Estar Social e que, ainda, análises quantitativas não confirmaram a existência de uma relação direta entre federalismo, descentralização fiscal e comportamento do gasto público (Arretche, 2006: 02).

Ao analisar o caso brasileiro, Arretche conclui que o gasto social é alto, quando comparado com aquele de outros países latino-americanos (com PIB *per capita* superior a US\$ 2000) e que, portanto, “ter adotado a fórmula federativa não é um bom preditivo quer do nível de gasto social quer do desempenho das políticas setoriais” (p.03). Assim, conclui que para se fazer afirmações acerca dos gastos e desempenho das políticas sociais nas federações, é preciso analisar os instrumentos de coordenação à disposição do governo federal para a indução de *cada política específica*.

Dois pontos aqui merecem destaque. Em primeiro lugar, “nível de gasto social” não é a única variável para trabalharmos com “capacidade coordenativa das federações”. A literatura sobre federalismo e políticas sociais aponta como o principal problema das federações a inúmera quantidade de atores com poder de veto, o que implica numa baixa capacidade coordenativa e, como consequência, baixos investimentos nas áreas sociais. No entanto, outro – e talvez o principal – problema enfrentado por um governo federativo é o de promover *equalização*, principalmente se pensamos que, em geral, federações são países de grande extensão e/ou com grandes heterogeneidades. Neste caso, o foco deve ser não no “nível de gasto”, mas sim no “grau de desigualdades regionais”, já que a diminuição dessas desigualdades depende, esta sim, de ampla capacidade coordenadora dos governos. Afinal, um dado governo federal pode até gastar muito, mas gastar mal, sem conseguir combater as desigualdades internas, tanto em termos inter-regionais (entre estados) quanto intra-regionais (entre municípios de um mesmo estado). O nível de gasto mede o *quanto* ele está gastando, mas não *como* o faz.

Disso decorre nosso segundo ponto. Para trabalharmos com descentralização de políticas sociais em federações, *não olhando apenas para o nível de gastos*, dois enfoques são possíveis. Um centra-se na *implementação da política* e outro nos *resultados da política*. O primeiro nos leva a análises sobre os determinantes da adoção ou não da política descentralizada, ao passo que o segundo nos leva a análises acerca dos resultados obtidos pela política *já descentralizada e implementada*.

Figura 2.3: Análises sobre descentralização de políticas sociais

Fonte: elaboração própria

Dado que pretendemos aqui analisar a capacidade das federações em lidar com *as desigualdades regionais na política de saúde*, não iremos focar na capacidade dos governos federais em induzir a implementação da política de saúde pelas unidades subnacionais (estados e municípios) da federação, mas sim nos **resultados** obtidos por esta política, de forma a medir as diferenças existentes entre as diferentes unidades (e não entre as diferentes políticas) de uma dada federação.

2.4. Federalismo, Descentralização e Desigualdades no Brasil

No federalismo brasileiro, dado o seu caráter trino, às brutais desigualdades entre estados se somam as desigualdades entre municípios, que gerem de maneira autônoma os seus recursos e, portanto, não contam com o “papel equalizador” do nível de governo superior para a redução das desigualdades sociais ou para o equacionamento de problemas de escala, tão comuns a municipalidades de pequeno porte. Este “papel equalizador” dos

governos federais foi analisado por cientistas políticos que salientam a relevância deste nível de governo, nas federações, para a diminuição das desigualdades regionais. Conforme sintetizou Arretche (2003):

A análise dos sistemas descentralizados de saúde mostra que o desempenho dos governos locais é em grande parte resultado do desenho institucional dos sistemas nacionais. Bossert (1996) demonstra como as ações dos governos locais dependem da extensão e da forma em que suas decisões são reguladas pela autoridade central. Banting (2001) demonstra que países federativos que alcançaram reduzir significativamente as diferenças regionais no acesso aos serviços de saúde são aqueles que concentraram autoridade no governo federal e desenvolveram abrangentes sistemas de transferências inter-regionais, assim como federações que concentraram autoridade no governo federal e instituíram mecanismos efetivos de coordenação intergovernamental foram mais efetivas em políticas de redução dos custos (Arretche, 2003: 334/335).

A federação brasileira, extremamente descentralizada e com baixa capacidade coordenativa, tem que enfrentar dois tipos distintos de desigualdades: as **desigualdades inter-regionais**, decorrentes das diferenças sócio-econômicas dos estados, e as **desigualdades intra-regionais**, decorrentes das diferenças sócio-econômicas dos municípios pertencentes a cada estado.

Essas desigualdades não foram equacionadas pela nova Carta Constitucional, naquela fase que chamamos de **descentralização autonomista**. Diversos trabalhos (Affonso e Silva, 1995; Guimarães Neto, 1997; Lavinhas *et al.*, 1997a, 1997b; Selcher, 1998; Almeida, 2005) demonstraram a persistência das desigualdades regionais (seja de renda, educação ou saúde) mesmo após a redistribuição de recursos promovida pela Constituição de 1988³. Aliás, como bem lembrou Affonso (1996), “a ampliação da receita e do gasto descentralizado nas regiões mais carentes do país não significa, necessariamente, uma distribuição mais eqüitativa do dispêndio público” (Affonso, 1996: 9).

Em conseqüência, o governo federal procurou mecanismos para minorar tais desigualdades quando, percebendo sua persistência e a incapacidade e/ou desinteresse dos governos estaduais em superá-las, promovendo aquilo que denominamos de **descentralização dirigida**, através do repasse de recursos “carimbados” aos municípios, para a realização de programas sociais específicos, gerando um incentivo aos governos

---

³ Dados sobre descentralização e desigualdades serão apresentados no Capítulo 4.

locais para a adoção de políticas centralmente determinadas, sob as quais os mesmos não têm poder de decisão. No caso da saúde a descentralização dirigida se deu por meio da implementação do PAB Variável, e na educação por meio da introdução do Fundef. Aqui iremos analisar apenas o caso da saúde.

Como resultado, o que se verificou no Brasil foi uma *alteração no próprio federalismo brasileiro*, que se tornou, ao menos no caso da saúde, mais centralizado, no sentido de que há maior participação do nível central de governo nos rumos da política municipal de saúde. Conforme apontado por Obinger *et al.* (2005), há uma interação entre federalismo e políticas sociais, num processo de mão dupla: o federalismo influencia as políticas sociais, as quais, por sua vez, também geram alterações, ao longo do tempo, no desenho institucional federativo. Nas palavras de Paul Pierson, *policies produce politics* (Pierson, 1994, 2000, 2004; Mahoney, 2000). O federalismo brasileiro, ao responsabilizar igualmente municípios que não são iguais entre si, pelo provimento de políticas sociais básicas, gerou desigualdades locais. Essas demandaram uma atuação do governo federal, que assumiu as diretrizes para as políticas sociais básicas em saúde, através dos Programas do Ministério da Saúde (PAB Variável, conforme veremos adiante) e, em consequência, promoveu uma “recentralização”, ainda que em grau moderado⁴, da capacidade decisória. A execução continuou sendo local, mas as diretrizes e os recursos são, em grande parte, nacionais, os quais só são repassados aos municípios caso eles realizem programas dentro dos moldes estipulados pelo governo federal. Cabe salientar, no entanto, que a introdução do PAB Variável promoveu alterações *práticas* no federalismo brasileiro, mas não constitucionais. Dessa maneira, o modelo de federalismo continua inalterado em suas regras constitucionais, ainda que tenha sido alterado, via política pública, na prática⁵.

Nesse sentido, podemos afirmar que o PAB Variável guarda semelhanças com o seguro-desemprego instituído na Alemanha durante a República de Weimar. Este, em conformidade com a tendência centralizadora da época, estabeleceu a dominância do poder central ao unificar as agências de trabalho regionais e locais em uma estrutura centralizada, gerando a centralização das responsabilidades legislativas e ao passo que os *Länder*

---

⁴ Cabe salientar que centralização e descentralização não são vistas aqui como termos dicotômicos, mas sim contínuos. Portanto, acreditamos na existência de “graus de descentralização”, e não apenas na sua existência ou não.

⁵ Agradeço a Cláudio Couto por me chamar a atenção para essa questão.

retiveram a administração e execução dos programas (Manow, 2005: 240). No caso do PAB Variável as diretrizes e recursos são federais, restando aos municípios a execução dos programas *desenhados centralmente*.

Mas por que o governo federal tem interesse em assumir as diretrizes de uma dada política, de responsabilidade unicamente municipal, tal como a atenção básica em saúde? Embora não seja esse o foco do trabalho, podemos pensar em duas explicações que nos parecem plausíveis: em primeiro lugar, política pública é poder, e ao possuir os recursos e dar as “cartas do jogo”, o governo federal detém um instrumento de barganha junto aos governos municipais. Além disso, podemos pensar que os governos locais agem com uma lógica meramente local, ao passo que o governo federal age com base em uma lógica no mínimo regional. Não interessa ao governo federal uma obra centrada em um único (e pequeno) município, pois isso lhe renderá poucos votos. Ambos agem calcados em interesses eleitorais, mas com diferentes alcances políticos. Investir em um programa de combate à malária não gera tantos votos para um prefeito quanto a construção de um hospital. Por isso é que alguns prefeitos, assim como o de Trabiçu, cidade do interior de São Paulo, constroem um hospital municipal especializado em fisioterapia para atender a uma população um pouco maior do que mil habitantes. Talvez o hospital receba um paciente por semana, o que obviamente não justifica os gastos que a prefeitura terá para a sua manutenção, mas o prefeito será sempre reconhecido pela população como aquele que construiu o Hospital Municipal.

O governo federal, por sua vez, lida com indicadores sociais em nível macro, que são um somatório dos diversos indicadores sociais locais. Dessa forma, ao recentralizar a federação, assumindo algumas políticas sociais consideradas prioritárias, o governo federal estará produzindo uma melhora de indicadores sociais relevantes (nível de escolaridade, mortalidade infantil, etc.), que são em geral mais avaliados nacionalmente do que localmente – assim como, por exemplo, taxa de desemprego. Afinal, os cidadãos de Trabiçu não devem saber qual a mortalidade infantil ou a taxa de analfabetismo do município, mas a opinião pública acompanha a evolução desses indicadores ao longo dos mandatos dos governos federais e a sua evolução repercute na mídia. Por essa razão, dada a ineficiência da descentralização pura e simples para a melhoria desses indicadores básicos, o governo federal promove uma “descentralização dirigida”, que corresponde à “segunda geração” do

processo de descentralização que se iniciou em 1988 e que vem se desenvolvendo no Brasil desde então.

Considerando descentralização um processo, propomos que existem duas fases distintas na descentralização da saúde. A idéia é que há um desenvolvimento do próprio processo de descentralização, e que fases antecedentes impõem a sua “marca” naquelas que as sucederão, que não necessariamente serão “melhores” do que as anteriores. Assim como falamos “geração de reformas”, podemos pensar em “gerações da descentralização”. Essa se distingue da teoria seqüencial da descentralização, proposta por Falleti (2003; 2005), que afirma que a seqüência do “tipo” de descentralização (se política, administrativa ou fiscal) afeta as relações de poder entre entes federados dela resultantes. Nosso modelo não pretende analisar a seqüência do tipo, mas sim as etapas da descentralização, em especial das políticas sociais, seus objetivos e alcances.

2.5. As Fases do Processo de Descentralização

Para avançarmos nas análises sobre a descentralização de políticas sociais no Brasil podemos pensar nela como um processo, composto por duas fases distintas. Observando especificamente o caso da saúde, primeiramente temos a fase da **descentralização autonomista**, que se iniciou com a Lei Orgânica da Saúde, de 1990, quando foram repassados recursos e responsabilidades aos governos locais, desvinculados da fixação de diretrizes à atuação municipal. Nessa fase houve um grande aumento do acesso aos serviços de saúde, que passaram a ser providos de maneira universal, por todos os municípios brasileiros, ainda que sem o enfoque nas diferenças inter e intra-regionais. Todos os municípios recebiam uma soma de recursos, com base numa quantidade de serviços historicamente prestada, para a atenção primária em saúde. No entanto, esse sistema punia os municípios com menores recursos instalados: uma vez que não possuíam muitos recursos, prestavam menos serviços e, portanto, recebiam menos. De acordo com Renilson Rehem de Souza (2003), ex-Secretário de Assistência à Saúde do Ministério,

Em 1994 não se fazia a distinção entre o financiamento da Atenção Básica e da Média e Alta Complexidades. Os valores dos tetos financeiros contemplavam, segundo a série de portarias que os regulamentou, todos os procedimentos catalogados nos sistemas de informação ambulatorial e

hospitalar (SLA e SIH), agentes comunitários de saúde e medicamentos excepcionais. Esses tetos financeiros foram estabelecidos tendo por referência, ainda, a série histórica de gastos do Inamps e, por consequência, a capacidade instalada dos estados [e municípios]. Essa lógica manteve as desigualdades anteriores e, desse modo, observa-se que os menores valores per capita são os dos estados do Norte e Nordeste (...). (Souza, 2003: 451; grifos meus).

Tentando contornar os problemas apontados pelo ex-Secretário, num segundo momento verificou-se no Brasil aquilo que chamamos de **descentralização dirigida**, quando o governo federal começou a repassar recursos *per capita* para a atenção básica (variando de R\$ 10 a R\$ 18, de acordo com o tamanho do município), *independentemente da produção histórica*, através do Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo e, principalmente, assumiu as diretrizes e o financiamento de alguns programas que considerava prioritários para a melhoria dos indicadores básicos de saúde. Os serviços de média e alta complexidades, por sua vez, passaram a ser pagos com base na produção: quem produz serviços, ganha os recursos a eles equivalentes, com base na tabela SUS.

Sendo a responsabilidade pela atenção básica em saúde dos municípios, o governo federal condicionou o repasse de recursos para esses programas – através do PAB Variável – à adoção, pelos municípios, das medidas determinadas pelo Ministério da Saúde, gestor nacional do SUS. Entraram no rol dos programas introduzidos pelo PAB Variável: Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Combate às Carências Nutricionais, Ações Básicas à Saúde dos Povos Indígenas, Assistência Farmacêutica Básica, Ações Básicas de Vigilância Sanitária, Saúde Bucal, Ações Básicas de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária.

Paul Peterson, analisando as dotações federais de caráter redistributivo nos Estados Unidos (*redistributive categorical grants*), afirmou que estas são chamadas de “(...) *categorical grants*, porque, ao contrário dos *block grants*, estes são acompanhados por detalhadas regulamentações, para se ter a garantia de que os fundos não serão redirecionados para atividades de desenvolvimento/investimento. Tais regulamentações ajudam a garantir que os recursos serão usados para os propósitos para os quais foram criados. Ao controlar o uso dos recursos federais, as regulamentações federais previnem que os governos locais utilizem tais recursos para obter vantagens [eleitorais] sobre os seus competidores” (Peterson, 1995: 33/34; tradução minha). Enfim, ao “carimbar” os recursos, o governo federal garante a sua utilização com fim redistributivo. Este é o caso dos

recursos federais repassados aos municípios através do PAB Variável – ainda que este não tenha conseguido, conforme veremos adiante, promover uma redistribuição equitativa de recursos aos municípios.

Sobre a flexibilidade dos municípios em gastar esses recursos, Souza (2004) chama atenção para um ponto relevante:

Quando a Constituição de 1988 foi promulgada, um dos principais objetivos dos constituintes, no que se refere ao sistema fiscal, foi conceder ampla liberdade aos entes federativos na determinação sobre onde e como ampliar os recursos. A única restrição para as esferas subnacionais era o percentual de 25% da receita que deveria ser gasto na educação. No entanto, a partir de meados dos anos 90, emendas constitucionais foram aprovadas, vinculando parte dos recursos transferidos a alocações específicas, em especial para os programas de saúde e educação fundamental, assim como foram introduzidas limitações ao poder das esferas subnacionais de decidir sobre a aplicação dos recursos (p.32; grifos meus).

Portanto, ao transferir recursos para a execução de programas específicos, os quais devem ser realizados pelos municípios de acordo com as regras estipuladas centralmente, a nova fase da descentralização engendrou uma maior interferência do governo central sobre os rumos da política de saúde municipal, promovendo uma limitação da autonomia municipal em relação à política de saúde. Assim, continua sendo um sistema descentralizado, dado que a execução ainda é feita pela esfera local de governo, mas contém elementos de “recentralização”, uma vez que sobre esse recurso os municípios não têm poder decisório, devendo seguir a direção proposta pelo governo federal. Os dados dos repasses federais aos municípios corroboram o modelo apresentado: em 1998, quando se introduziu o Piso de Atenção Básica (PAB), subdividido em Fixo e Variável, o primeiro representava 84,8% do total dos valores transferidos aos municípios para atenção básica, ao passo que apenas 15,2% eram destinados aos programas específicos, determinados pelo Ministério da Saúde. Em 2005, o quadro se inverteu: apenas 38,5% dos recursos referem-se ao PAB Fixo, ao passo que 61,5% vão para a execução de programas de saúde municipal nos moldes estipulados pelo gestor federal, conforme verificado no gráfico abaixo. Por isso pode-se afirmar que está havendo uma “recentralização”, a qual vem se dando através daquilo que denominamos “descentralização dirigida”.

Gráfico 2.2: Porcentagens dos PAB Fixo e Variável, em relação aos repasses totais do governo federal para a Atenção Básica, Brasil, 1998-2005.

Fonte: www.datasus.gov.br

Portanto, além do caráter “carimbado” desses recursos, conforme apontou Peterson, ao impor condicionantes às unidades subnacionais sobre a forma de utilização dos mesmos, o governo federal influencia a maneira como eles serão utilizados, podendo com isso diminuir a autonomia dessas esferas de governo, dependendo da parcela “carimbada” dos recursos. Sobre as “transferências condicionadas” em federações, Watts (1999) afirmou: “[estas] podem, no entanto, minar a autonomia das unidades regionais de governo, especialmente se as transferências condicionadas constituírem uma grande proporção das transferências totais e, assim, uma parcela significativa dos recursos disponíveis aos estados ou províncias. Para se evitar isso, as transferências devem assumir a forma de transferências incondicionadas” (Watts, 1999: 48; tradução e grifos meus). Adotando o pressuposto de Watts, e considerando que, conforme afirmamos acima, mais de 60% dos recursos federais repassados aos municípios são “carimbados”, podemos concluir que sua autonomia, na utilização dos mesmos, é de fato diminuta, reforçando a idéia da “recentralização”.

Essas duas fases delimitam o processo de desenvolvimento da descentralização da saúde no Brasil. Sendo um processo, outras fases, ou outras “gerações”, poderão surgir.

Não há um fim “ideal” ⁶. Ao contrário, a descentralização não foi uma medida isolada, que se institucionalizou com a municipalização dos serviços sociais básicos a partir da Constituição de 1988 e se consolidou com o repasse de recursos financeiros aos municípios. Ela é um *processo*, que vem sofrendo *transformações* e gerando também *transformações na própria estrutura federativa brasileira e nas relações de poder dela decorrentes*.

---

⁶ Agradeço a Ben Schneider por me chamar a atenção para essa questão.

Figura 2.4: As Fases da Descentralização da Saúde

O “novo” federalismo aqui tem certa correspondência com aquele tratado por Ferejohn e Weingast (1997) e Conlan (1998), sobre o crescimento do governo federal norte-americano, em detrimento dos estados, já que houve também no Brasil o

“crescimento” do governo federal, em especial no que diz respeito ao financiamento e definição de políticas na área da saúde. Mas, aqui, trata-se essencialmente de um novo federalismo no sentido de que o sistema federativo criado em 1988 já não existe mais, na prática, dado que a política de saúde alterou-o ao “recentralizar” parte do poder decisório nas mãos do Ministério da Saúde, gestor nacional do SUS. Em concordância com Pierson, *policies produce politics*.

Cabe notar que a “descentralização dirigida” surgiu dentro de um processo mais amplo de “recentralização”. Ao longo dos anos 90 uma série de medidas foram sendo tomadas no sentido de reverter a extrema descentralização promovida pela Constituição de 1988, conforme apontou Almeida (2005), diminuindo os poderes não apenas dos governos locais, como também dos estaduais. Podemos citar, por exemplo, a privatização dos bancos estaduais, que retirou dos governadores o controle sobre os mesmos, impedindo-lhes de ampliar as dívidas estaduais (Garman *et al.*, 2001); a Lei Camata, que limitou os gastos públicos com pessoal; a Lei de Responsabilidade Fiscal, que reduziu a autonomia fiscal dos governantes locais e estaduais; a criação de uma série de impostos sob a forma de contribuições sociais, não sujeitos a partilha com estados e municípios, dentre outros. A diferença dessas iniciativas para o PAB Variável é que este tira certa autonomia dos governos locais, ao determinar a política de saúde que deve ser realizada localmente, mas apenas no que concerne a alguns programas específicos; por outro lado, ele repassa recursos adicionais aos municípios, que até então não contavam com os mesmos. Enfim, o PAB Variável produz uma *maior “intromissão” do governo federal sobre os municipais*, mas que vem acompanhada de maiores recursos para a execução da política de saúde nos municípios.

Nesse sentido, concordamos com Arretche (2004) no que diz respeito ao êxito, do governo FHC, na indução dos governos locais para a implementação de políticas de saúde definidas centralmente. Segundo a autora,

O exame da trajetória das políticas sociais brasileiras desde o governo Sarney revela que ocorreram variações na capacidade de coordenação federativa das políticas sociais entre os presidentes. Os governos Sarney, Collor e Itamar tiveram pouco sucesso em suas tentativas de reformas que envolveram a coordenação nacional destas políticas (Almeida, 1995; Affonso; Silva, 1996), ao passo que as duas gestões do governo Fernando Henrique foram mais bem-sucedidas em sua capacidade de induzir as decisões dos governos locais (Arretche, 2004: 21).

Todavia, a autora afirma que, no que tange à política de saúde, o governo federal sempre dispôs de “recursos institucionais para influenciar as políticas dos governos locais, afetando sua agenda de governo” (p.22), pois a União é a encarregada, desde a nova Constituição, do financiamento e formulação da política nacional de saúde. Contudo, devemos salientar que esse “poder” institucional teve efeitos diversos, ao longo da década de 90, na forma de indução federal exercida sobre os governos locais. Se por um lado, conforme aponta a autora, esse poder institucional sempre existiu, fazendo com que os governos estaduais e municipais aderissem aos programas do Ministério, por outro ele foi de natureza muito distinta em diferentes períodos, conforme apontamos. Assim, ele conseguiu gerar ampla adesão aos programas apenas quando promoveu uma “recentralização”, *dirigindo* a atuação municipal na área da saúde, na fase da descentralização dirigida, através do repasse de recursos a programas específicos e às custas da diminuição da autonomia decisória municipal *sobre aqueles recursos específicos*.

Por fim, salientamos que a introdução do PAB Variável, que marcou o início da fase da descentralização dirigida, embora tenha induzido a adesão dos municípios a programas considerados prioritários, tanto incentivou aqueles municípios que não realizavam tais programas a implementá-los, quanto premiou aqueles que já os realizavam por iniciativa própria, *sem um caráter equalizador* no sentido de dar mais recursos aos municípios mais carentes⁷. Portanto, o PAB Variável continuou a distribuir recursos uniformemente, com base apenas na adesão ou não aos programas, *mantendo as desigualdades previamente existentes*. Conseqüentemente, conforme tentaremos aqui demonstrar, nem a fase autonomista nem a fase dirigida conseguiram minorar as desigualdades existentes, seja entre estados ou entre municípios.

2.6. Conclusão

O presente capítulo procurou fazer uma revisão crítica da literatura, de forma a coletar conceitos e idéias que nos ajudassem a pensar o caso brasileiro. Conforme discurremos, os municípios não estão, no federalismo brasileiro, subordinados aos estados,

---

⁷ Ainda que o PAB Variável repasse uma quantidade um pouco maior de recursos aos municípios de menor porte.

e nem apresentam uma relação de interdependência com estes; ao contrário, “orbitam” em sua volta, mantendo o mesmo tipo de relação intergovernamental, autônoma, com estes e com o governo federal. No entanto, ao lançar políticas a serem introduzidas no nível municipal, através daquilo que denominamos **descentralização dirigida**, o governo federal consegue criar uma certa “subordinação” dos municípios a ele, com base no repasse de recursos diretamente aos Fundos Municipais, promovendo assim uma “recentralização” da federação – não constitucionalmente, mas na prática.

O efeito, entretanto, não foi o esperado; as desigualdades na política de saúde persistem. Segundo afirmaram Machado *et al.* (2004), após analisarem a política de atenção básica em saúde nos municípios de Minas Gerais: “ao contemplar, mediante incentivos, estratégias e programas focalizados em populações de risco, o PAB buscava responder a demandas de equidade vertical. No entanto, a forma como foram implementados os incentivos, de modo não pactuado entre as três esferas de governo e dissociados de instrumentos de coordenação, favoreceu a permanência da lógica de atuação autárquica” (Machado *et al.*, 2004: 109).

Somado a isso, gera-se com tal recentralização uma volta das políticas de caráter nacional/geral, isto é, que podem ser implementadas por quaisquer dos 5.560 municípios. Anula-se, assim, uma das bandeiras da descentralização no período pós-redemocratização, que era a vantagem da adaptação das políticas às realidades locais. Isso talvez demonstre que, conforme afirmou Prud’Homme e sugeriram os trabalhos da coletânea de Obinger *et al.* (2005), a centralização é a melhor forma de combater as desigualdades regionais, ou, quanto maior a centralização, menores as desigualdades.

Arretche (2000) já demonstrou que o sucesso da descentralização, em termos de adesão dos municípios, depende do desenho institucional da política, de forma a prover incentivos capazes de superarem os obstáculos, derivados de fatores estruturais e institucionais. A injeção de recursos na saúde, por exemplo, foi o principal incentivo aos municípios, fazendo-os aderir ao novo programa e tornando a descentralização da saúde uma das políticas mais bem sucedidas em termos de municipalização. Somado a isso, a instituição de regras claras reduziu as incertezas, significando mais um incentivo à adesão.

No entanto, a descentralização/municipalização das políticas sociais não teve como foco central a transferência de capacidade decisória para as esferas subnacionais, mas sim na responsabilização pela execução de políticas universais, decididas centralmente, de forma a restringir as autonomias de gasto e decisória (sobre políticas públicas) dos governos locais, conforme lembra-nos Souza (2004):

Diferentemente do que muitos analistas apontam, a descentralização no Brasil está longe de ser abrangente. Na verdade, esta vem se concentrando em dois campos: no aumento de recursos financeiros para os municípios garantidos pela Constituição de 1988 e no aumento progressivo de transferências federais, a partir dos anos 90, para a implementação de alguns programas sociais universais. Assim, embora a descentralização tenha sido um dos objetivos dos constituintes de 1988, desenvolvimentos recentes apontam para a consolidação de políticas sociais e não para o aumento da capacidade de decidir sobre como e onde investir os recursos (p.34; grifos meus).

Ademais, salienta a autora, não se vislumbram medidas para o enfrentamento do problema da qualidade dos serviços, a qual não vem sendo fiscalizada nem pelo governo federal, principal articulador do sistema, nem pelos governos estaduais, cujo papel foi reduzido após a opção pela “recentralização” da política, via “descentralização dirigida”.

Esta problemática também foi tratada por Affonso (1996), que listou, como problemas relacionados à qualidade e eficiência do gasto público pelas esferas subnacionais, a ausência de mecanismos de avaliação, a carência de capacitação técnica dos governos subnacionais para assumirem funções até então executadas pela União e a inexistência de uma continuidade de políticas desenvolvidas localmente (Affonso, 1996: 9) – em função da falta de capacitação dos gestores, além da alternância constante dos quadros da burocracia, nomeados pelos Executivos locais.

Como veremos a seguir, a descentralização da saúde promoveu ampliação do acesso aos serviços públicos, mas não conseguiu combater as desigualdades regionais, tanto entre diferentes estados quanto entre municípios de um mesmo estado. A “descentralização dirigida”, ao centralizar diretrizes nas mãos do governo federal, poderia servir como um mecanismo para minorar esse problema, caso não se baseasse apenas no repasse de recursos *per capita*, independentemente das capacidades municipais de provisão de serviços sociais. Conseqüentemente, as desigualdades persistiram, e o tipo de federalismo existente

no Brasil, com três níveis de governo e municípios distintos com iguais responsabilidades, somado ao desenho da política de saúde, de base populacional, ajuda-nos a compreender os resultados obtidos pela descentralização desta política, promovida a partir de 1988.

3

A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE EM DOIS TEMPOS: Autonomia e Direcionamento

3.1. Introdução

As análises sobre descentralização das políticas sociais no Brasil tendem a vê-la como algo monolítico, que varia de política para política, mas não dentro de cada política, em contextos históricos e sócio-econômicos distintos. Embora tais análises tenham trazido importantes contribuições ao entendimento dos determinantes da descentralização das políticas sociais no Brasil, elas não avançaram na compreensão das variações locais e regionais existentes em termos dos seus resultados, assim como não progrediram na compreensão das diferentes etapas do processo de descentralização que se iniciou em 1988, mas que foi se alterando ao longo dos anos 90.

Nesse sentido, apresento aqui um modelo genealógico da descentralização, que se baseia na teoria do *path dependence* (Pierson, 1994, 2004) para explicar o caso específico da descentralização da atenção básica em saúde no Brasil para os municípios, ou municipalização da saúde, na década de 90. A idéia é que há um desenvolvimento do próprio processo de descentralização, e que fases antecedentes impõem a sua “marca” naquelas que as sucederão, que não necessariamente serão “melhores” do que as anteriores. Assim como falamos “geração de reformas”, podemos pensar em “gerações da descentralização”. Dessa maneira, embora o processo seja o mesmo, o de descentralização, dentro de uma mesma política, a de saúde, ele é marcado por duas fases distintas entre si.

Primeiramente, temos a **fase autonomista da descentralização**, que se iniciou em 1990, com a implementação da Lei Orgânica da Saúde, quando foram repassados

recursos e responsabilidades aos governos locais, desvinculados da fixação de diretrizes à atuação municipal. Nessa fase houve uma significativa ampliação do acesso aos serviços de saúde, que passaram a ser providos de maneira universal, por todos os municípios brasileiros, ainda que sem o enfoque nas diferenças inter e intra-regionais. Todos os municípios recebiam uma soma de recursos para a atenção primária em saúde com base na quantidade de serviços historicamente prestada. No entanto, esse sistema punia os municípios com menores recursos instalados: uma vez que não possuíam muitas instalações de saúde (postos, hospitais, etc.), prestavam menos serviços e, portanto, recebiam menos.

Num segundo momento, verificou-se no Brasil aquilo que chamamos de **fase da descentralização dirigida**, quando o governo federal começou a repassar recursos *per capita* (variando de R\$ 10 a R\$ 18, de acordo com o tamanho do município), independentemente da produção histórica, através do Piso de Atenção Básica – PAB Fixo e, principalmente, assumiu as diretrizes e o financiamento de alguns programas que considerava prioritários para a melhoria dos indicadores básicos de saúde. Sendo dos municípios a responsabilidade pela atenção básica em saúde, o governo federal condicionou o repasse de recursos para esses programas – através do PAB Variável – à adoção, pelos municípios, das medidas determinadas pelo Ministério da Saúde, gestor nacional do SUS. Entraram no rol dos programas introduzidos pelo PAB Variável, por exemplo, o Programa de Saúde da Família, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, e a Assistência Farmacêutica Básica, dentre outros. Ao transferir recursos para a execução de programas específicos, os quais devem ser executados pelos municípios de acordo com as regras estipuladas centralmente, a nova fase da descentralização engendrou uma maior interferência do governo central sobre os rumos da política de saúde municipal, promovendo uma “recentralização”, em certa medida, da política de saúde. Continua sendo um sistema descentralizado, dado que a execução ainda é feita pela esfera local de governo – que mantém a sua autonomia constitucionalmente definida, mas contém elementos centralizadores, uma vez que sobre esse recurso os municípios não têm poder decisório, devendo seguir a direção proposta pelo governo federal.

Os dados dos repasses federais aos municípios corroboram o modelo apresentado: em 1998, quando se introduziu o Piso de Atenção Básica (PAB), subdivido em Fixo e Variável, o primeiro representava 84,8% do total dos valores transferidos aos

municípios para atenção básica, ao passo que apenas 15,2% eram destinados aos programas específicos, determinados pelo Ministério da Saúde. Em 2005, o quadro se inverteu: apenas 38,5% dos recursos referem-se ao PAB Fixo, ao passo que 61,5% vão para a execução de programas de saúde municipal nos moldes estipulados pelo gestor federal. Por isso pode-se afirmar que está havendo uma “recentralização”, a qual vem se dando através daquilo que denominamos “descentralização dirigida”.

Isso posto, salientamos que o intuito desse capítulo não é apenas o de discorrer sobre as características do SUS, mas também o de apresentar o nosso argumento central acerca do desenvolvimento da política de saúde após a criação desse sistema, qual seja: que este processo foi marcado por duas fases distintas, no que diz respeito especificamente à autonomia decisória sobre as políticas de saúde a serem implementadas localmente. Para desenvolver o argumento, partiremos de uma breve exposição da política de saúde brasileira no período anterior ao SUS para, em seguida, tratarmos das duas fases da descentralização da saúde pós-SUS. Por fim, trataremos exclusivamente da política de saúde no estado de São Paulo, nosso objeto de análise para os dados empíricos.

3.2. Saúde e Previdência pré-SUS

A política de assistência à saúde no Brasil esteve, no período anterior ao SUS, fortemente vinculada à política previdenciária. Desde a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), a partir da Lei Eloy Chaves em 1923, passando pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), até o período de vigência do Inamps, criado em 1966 como parte integrante do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a assistência à saúde dependia da contribuição financeira dos beneficiários ao sistema previdenciário. Com isso, verificava-se uma estreita relação entre a política social de saúde e o mercado de trabalho: somente os trabalhadores formais, que contribuíam para o INPS, tinham acesso aos serviços médicos. Esse mecanismo de vinculação, não específico da política de saúde, conformava uma cidadania que Wanderley Guilherme dos Santos chamou de “cidadania regulada”, dado que os direitos sociais só eram garantidos pelo Estado aos cidadãos cuja profissão era legalmente reconhecida pelo Ministério do Trabalho e que, portanto, estariam habilitadas a receber os benefícios estatais. Conforme bem

delineou Santos,

Na primeira metade da década de 60, portanto, a vinculação entre as políticas de acumulação e de equidade estava firmemente estabelecida, não somente através do mecanismo de financiamento da política social, sentido estrito, que tornava as agências prestadoras de serviços sociais dependentes do nível de salários do país, mas, igualmente, mediante a criação de uma agência que regulava a fonte geradora de recursos para o sistema previdenciário – o Conselho Nacional de Política Salarial. Ademais, estava patente quem poderia ser beneficiado, e como, pela política “social” do governo através do sistema de instituições – os LAPs – que produziam os serviços e benefícios legalmente estabelecidos. O movimento militar de 1964, instaurando um regime político autoritário, irá imprimir maior velocidade à expansão da cobertura previdenciária legal à população brasileira, sem abrir mão, contudo, da vinculação entre benefícios sociais e acumulação de riquezas (Santos, 1978: 32).

Somado a isso, o período autoritário vai ser marcado pela forte centralização política e administrativa, a qual se verificou também nos Ministérios federais e demais órgão da administração pública. No caso da saúde não foi diferente.

Por fim, a saúde fora colocada em segundo plano no rol de políticas públicas do governo autoritário. O orçamento do Ministério da Saúde não chegava a 2% do PIB (Escorel, 1998), e essa situação manteve-se inalterada ao longo dos anos 70. O Ministério da Saúde, que cuidava das ações preventivas, contava com poucos recursos próprios, ao passo que o Inamps, que prestava serviços de assistência à saúde, repassava grandes quantias para a iniciativa privada, principal provedora dos serviços de saúde no Brasil autoritário. Estima-se que 88% dos hospitais eram da iniciativa privada na década de 80.

Ainda assim, o movimento sanitário mantinha-se organizado e era reconhecido como um importante interlocutor na arena política. A partir do ano de 1979, quando se iniciou o último governo militar, o movimento sanitário começou a penetrar no aparelho do Estado, “com o objetivo de tentar implementar suas estratégias para mudar a direção da política e assim privilegiar o setor público” (Escorel, 1998: 183). Entre os anos de 1979 e 1982, o movimento foi construindo e ampliando sua organicidade, estabelecendo relação com os demais movimentos pela democratização. A partir de 1982, desenvolveram-se no âmbito da Previdência Social propostas de reforma do setor saúde, objetivando minorar os custos da assistência médica previdenciária e diminuir a centralização decisória, que favorecia os provedores privados, dado que a burocracia do Inamps era capturada pela

indústria hospitalar e de remédios (Arretche, 2005). Descentralizar era a forma de reduzir o poder da iniciativa privada na formulação da política nacional de saúde.

Dentro desse contexto surgiram as propostas descentralizadoras, direcionando as ações em atenção básica à saúde para os níveis estadual e municipal. O movimento sanitário, que vai ter um importante papel político na democratização, trabalhava ativamente na elaboração de uma proposta de aperfeiçoamento do Sistema Nacional de Saúde, com base no princípio que será mais tarde incluído na Constituição: a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

No final de 1984, o PMDB promoveu uma série de encontros com o intuito de discutir a sua proposta de governo. Nestes, as idéias do movimento sanitário foram amplamente aceitas e a unificação do Sistema de Saúde passou a ser a bandeira da oposição para o setor. Esses encontros impulsionaram as discussões que vão, dois anos depois, compor a VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986 e tinha por intuito dar subsídios para um plano de reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Dotada de grande representatividade social, uma vez que contava com a presença de profissionais, prestadores de serviços e também usuários, a Conferência discutiu temas mais gerais, como a unificação do sistema e sua saída do INPS, e temas específicos, como saúde da mulher, da criança, do trabalhador, saúde mental, endemias etc.

Em julho de 1987, após amplas discussões, foi aprovado o decreto que criou os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), visando a descentralização dos serviços de saúde. Esse sistema, resultante da forte mobilização dos sanitaristas e de segmentos organizados da sociedade civil, foi concebido como uma estratégia de preparação para a implementação do SUS. Nas palavras de Escorel (1998):

Na proposta do SUDS incluíam-se o enxugamento da máquina previdenciária de nível estadual, transformando as antigas superintendências regionais em escritórios; a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios; o estabelecimento de um gestor único da saúde em cada esfera de governo e a transferência para os níveis descentralizados dos instrumentos de controle sobre o setor privado (op.cit., p.187).

Entretanto, a implementação do SUDS encontrou diversos obstáculos, sendo que o mais sério deles originou-se da demissão do presidente do INAMPS e sua equipe, em março de 1988. Ao mesmo tempo, o próprio governo Sarney dificultou o seu desenvolvimento, uma vez que demitiu representantes do movimento sanitário de seus cargos e manteve uma equipe conservadora no governo. No final do governo Sarney, a política de saúde deparou-se com um retrocesso na busca por descentralização: o repasse de recursos a estados e municípios foram dificultados, criando-se obstáculos à implementação dos SUDS.

Paralelamente, vinham ocorrendo as discussões da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Assembleia Nacional Constituinte, que estava elaborando propostas de uma política de saúde para a nova Constituição. As proposições apresentadas podem ser divididas em três grupos: aquelas derivadas da VIII Conferência; as advindas da iniciativa privada; as propostas institucionais, representadas pelas posições dos ministros da Saúde e Previdência, na busca de preservação de suas pastas (Neto, 2003: 61). A Assembleia Constituinte tornou-se a grande oportunidade política para os reformadores. A arena de formulação deslocou-se, nesse contexto, dos postos do Executivo para a Assembleia.

Após muitas discussões, com a participação dos diversos segmentos componentes do setor saúde, a Constituição foi aprovada, instituindo um sistema de saúde único, universal e descentralizado. Ao constitucionalizar o SUS, os reformadores conseguiram aumentar os custos de reversão do sistema por seus opositores. As forças políticas favoráveis à Reforma Sanitária saíram vitoriosas, uma vez que o texto constitucional manteve vários princípios aprovados na VIII Conferência Nacional de Saúde. Ao mesmo tempo, os provedores privados conseguiram bloquear a estatização da prestação de serviços, o que os tornou também vitoriosos. Conforme apontou Arretche (2005):

(...) ganharam todos: o setor lucrativo conservou seu papel na provisão de serviços, sem garantir exclusividade ao SUS; os médicos mantiveram a possibilidade de prestar simultaneamente serviços ao SUS e ao exercício liberal da medicina; e prefeitos e governadores poderiam agradar seu eleitorado com o aumento da provisão de serviços gratuitos e ganharam, finalmente, os cidadãos, pela promessa de que receberiam a integralidade dos serviços de saúde

de modo universal e gratuito. Estava construída a grande coalizão de sustentação do SUS (Arretche, 2005: 294).

A vitória do setor privado, no entanto, foi alvo de muitas críticas. A universalização do sistema, afirmavam os críticos, deveria ser acompanhada do caráter exclusivamente público¹. Vianna (1998), por exemplo, defende a tese de que a Constituição de 1988 promoveu uma “reforma à inglesa” (p.130), eliminando os fundamentos do sistema social segmentado, de fundamento bismarckiano, mas tornando-o cada vez mais “americanizado”, já que a provisão de serviços sociais se resume a pequenos benefícios concedidos apenas aos pobres, cabendo ao mercado a oferta de proteção social aos que podem pagar por ela.

Mas, o sistema de saúde foi aprovado na Constituição de 1988 com um caráter misto: privado, com a prestação de serviços pelas seguradoras e planos de saúde, e público, através do Sistema Único de Saúde. A partir de então, o debate sobre as regras para implantação do SUS passaria a ocorrer no Congresso Nacional, onde seriam elaboradas as Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, que deram origem à Lei Orgânica da Saúde.

3.3. A Fase da Descentralização Autonomista

Embora aprovado na Constituição de 1988, somente dois anos depois é que se dará a estruturação do SUS, através das Leis 8.080 e 8.142, de 1990, que compõem a Lei Orgânica da Saúde (LOS). A Lei 8.080/90, promulgada em 19 de setembro de 1990, define os papéis institucionais de cada nível de governo, determinando os princípios éticos (universalidade, equidade e integralidade) e organizacionais/operativos (descentralização, regionalização e hierarquização da rede e participação popular) do novo sistema. Com relação à direção, a nova lei estabelece “direção única exercida em cada esfera de governo”, exercida pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais, abrindo ainda a possibilidade de consórcio, no caso dos municípios. O quadro abaixo expõe os principais pontos da lei:

---

¹ Ainda assim, não deixa de ser curioso o fato de que o Brasil instituiu um sistema universal num momento em que diversos países passavam por um período de diminuição de seus sistemas de proteção social, inclusive na América Latina.

Quadro 3.1: Lei 8.080/90 - Definição de Atribuições e Competências

UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
• Papel de caráter normativo; • Controle e fiscalização; • Promover a descentralização para estados e municípios dos serviços e ações de saúde de abrangência estadual e municipal.	• Descentralização para os municípios dos serviços e ações de saúde; • Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios; • Controlar, acompanhar, avaliar e executar ações do meio ambiente, saneamento básico, ambiente de trabalho, insumos e equipamentos, laboratórios e hemocentros, controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano, vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras em colaboração com a União; • Avaliar e divulgar os indicadores de morbi-mortalidade no âmbito estadual.	• Planejar, organizar, controlar e avaliar ações e serviços de saúde e sua execução; • Todas as ações dos estados em âmbito municipal.

Fonte: Ministério da Saúde, 1990 *apud* Cornélio, 1999.

No que tange à descentralização de recursos para estados e municípios, entretanto, diversos artigos da Lei 8.080/90 foram vetados, em especial aqueles que regulamentavam as transferências de recursos e de responsabilidades a estados e municípios e que tratavam da extinção do INAMPS, dada a oposição do presidente Collor à descentralização e de seu desejo de manutenção do INAMPS e de sua burocracia. Por isso é que, conforme aponta documento do Ministério da Saúde, “*não é raro encontrar interpretações que colocam a extinção do INAMPS, ocorrida somente em 27/07/1993, como marco fundamental da descentralização e, conseqüentemente, consolidação do SUS*” (Ministério da Saúde, 2000: 08). Assim, embora a descentralização estivesse prevista na Lei Orgânica da Saúde, ela não havia sido colocada em prática – havia sido “contida” pela burocracia do INAMPS e pelo governo que a apoiava.

Quanto à participação popular, a Lei 8.142/90 introduziu a representação

paritária de diversos segmentos da sociedade (representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários), estabelecendo fóruns e Conselhos nas três esferas do SUS. Além disso, tornou os Conselhos de Secretários de Saúde, o CONASS (Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde) e o CONASEMS (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde), interlocutores oficiais do Ministério da Saúde com relação à política de saúde (Cornélio, 1999). O quadro seguinte expõe os pontos centrais definidos pela Lei 8.142/90.

Quadro 3.2: Lei 8.142/90 - Criação de Novas Instâncias de Decisão e Controle Social

<i>Instâncias de Decisão/Controle Social</i>	<i>Definição do Papel</i>
Conferência de Saúde	• Representação paritária de vários segmentos sociais; • Avaliar a situação de saúde; • Propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou pelo Conselho Nacional de Saúde.
Conselhos de Saúde	• Órgão colegiado composto em paridade por representantes do governo, profissionais da saúde, usuários e prestadores de serviço; • Formulação, controle e execução da política de saúde nas instâncias correspondentes, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros; • Decisões homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.
CONASS e CONASEMS (Conselhos de Representação dos Secretários de Saúde)	• Representantes dos estados e municípios no Conselho Nacional de Saúde; • Interlocutores oficiais do MS com relação à política de saúde.

Fonte: Ministério da Saúde, 1990 *apud* Cornélio, 1999.

A partir de então, as decisões em torno da política de saúde se deram através da edição de Portarias Ministeriais, emitidas pelo Gabinete do Ministro, com destaque para as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993 e 1996.

3.3.1. A NOB-91

A primeira Norma Operacional Básica editada pelo Ministério da Saúde após a Lei Orgânica da Saúde, a NOB 01/91, de janeiro de 1991 (NOB-91), refletiu a posição

governista contrária à descentralização dado que, em primeiro lugar, ela nasceu dentro do próprio INAMPS (Carvalho, 2001: 436) e, em segundo lugar, que o Ministro da Saúde do governo Collor, o ex-funcionário do INAMPS Alceni Guerra, se opunha à descentralização de recursos, principalmente em razão da perda de função do Instituto e de sua burocracia que dela seria decorrente. A NOB-91 previa a formalização de convênios de estados e municípios com o governo federal para os pagamentos dos serviços prestados. Não havia nenhum pagamento *per capita* e, portanto, somente aqueles municípios e estados que já possuíam serviços de saúde instalados e que já prestavam serviços é que iriam receber recursos do SUS. Dessa maneira, mantinha-se em vigor o antigo sistema, de pagamentos com base na prestação (chamados de pós-pagamento), com a diferença de que o sistema não era, a partir de então, unicamente àqueles que haviam contribuído, mas sim de acesso universal.

Ela fora duramente criticada por parte do movimento sanitário, em especial aquela ligada ao Ministério da Saúde. Isso porque ela era vista como um afronta às diretrizes do SUS, por diversas razões, conforme apontou Carvalho (2001):

1. Questionava-se juridicamente o fato de o INAMPS normatizar para o SUS, papel este exclusivo do Ministério da Saúde, segundo a Lei 8.142/90 – “é o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para a aplicação dessa Lei”.
2. O sistema de pós-pagamento proposto pela NOB 91 era inconstitucional e ilegal, segundo as Leis 8.080 e 8.142. De acordo com o artigo 35 da primeira, “metade dos recursos destinados a estados e municípios *será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes*, independentemente de qualquer procedimento prévio”. E, ainda, segundo o artigo 3º da Lei 8.142, “enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35/8.080, será utilizado, para o repasse de recursos, o critério estabelecido no parágrafo 1º do mesmo artigo”, o que significava que até a regulamentação do artigo 35 da Lei 8.080, todos os recursos federais deveriam ser repassados aos estados, Distrito Federal e municípios exclusivamente pelo critério populacional (Carvalho, 2001: 438).

3. O repasse de recursos previsto na Norma era conveniente, o que significa na prática que ele só aconteceria a partir de um acordo entre o conveniente e o conveniado. Caso uma das partes não concordasse, nenhum repasse aconteceria. No entanto, esse mecanismo ia contra o princípio constitucional que coloca a saúde como responsabilidade dos três níveis de governo: a esfera arrecadadora (no caso, a União) não poderia condicionar o repasse de recursos.
4. Ela previa que os recursos repassados não poderiam ser utilizados para o pagamento de pessoal, a não ser de forma terceirizada. Com isso, ela favorecia os prestadores privados, opondo-se ao caráter público-estatal preconizado no SUS, no qual a participação do setor privado está prevista apenas em caráter complementar.
5. A NOB-91 só tratava de recursos do INAMPS, omitindo o orçamento administrado diretamente pelo Ministério da Saúde.
6. Conforme dito anteriormente, o pagamento por produção de serviços mantém iniquidades, dado que os locais que contavam com mais serviços recebiam maiores somas de recursos.

Uma reedição da NOB-91, em julho do mesmo ano, e a NOB-92 introduziram algumas mudanças na NOB-91 original, mas essas não foram muito significativas, e apenas deram continuidade ao processo iniciado pela primeira Norma Operacional do sistema. Municipalistas que foram chamados a participar da NOB-92 diziam: *“estamos enfeitando a corda dos enforcados”*. De acordo com Carvalho (2001), “a resultante das várias forças envolvidas na época era no sentido de conter a descentralização” (p.439).

Todavia, ainda que houvesse uma resistência à descentralização de recursos, isso não se espelhava na autonomia decisória. Uma vez que o município prestava os serviços, ele recebia o recurso correspondente, sem qualquer intromissão por parte do Ministério da Saúde sobre a opção prévia de gasto. Isso significa que o gestor municipal tinha total autonomia na escolha da política local de saúde, e o Ministério não tinha influência sobre a mesma. Uma vez firmado o convênio, ele repassava o recurso ao

município até que o limite estabelecido pelo teto financeiro, calculado com base na série histórica de prestação de serviços, fosse atingido.

3.3.2. O Grupo Especial para Descentralização (GED) e a NOB-93

No ambiente político de *impeachment* do presidente Collor de Melo, sua renúncia e a posse de Itamar Franco, há uma mudança significativa nas diretrizes da política de saúde. O presidente Itamar Franco convidou Jamil Haddad, um membro da burocracia do Ministério da Saúde, para o cargo de Ministro da Saúde. O novo Ministro, integrante da burocracia do Ministério, chamou os “municipalistas do CONASEMS” para ajudarem na nova administração, além de instituir o Grupo Especial para Descentralização (GED), cujo principal objetivo era elaborar uma proposta de descentralização com base na temática da IX Conferência de Saúde: “Municipalização é o Caminho”. Este grupo vai dar origem ao documento “Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir as leis”, que dará o tom da **NOB 01/93**, enfatizando a importância da descentralização e da valorização da atenção básica em saúde. Os principais pressupostos do documento elaborado pelo GED estão pontuados no quadro abaixo:

Quadro 3.3: Principais Pressupostos do Grupo Especial para Descentralização (GED)

Descentralização	• Envolve redistribuição de poder e de recursos; • Redefinição de papéis das 3 esferas de governo; • Reorganização institucional; • Reformulação de práticas; • Novas relações: níveis de governo e controle social.
Diálogo Negociação e Pactuação entre os atores que constituirão a base de legitimação das decisões	• Imediata implantação de Conselhos de Saúde paritários e deliberativos; • Ação integrada entre os gestores do sistema nos três níveis de governo: <u>Âmbito Federal:</u> o Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, através da Comissão Intergestores Tripartite; <u>Âmbito Estadual:</u> representantes das secretarias estaduais e membros das entidades representativas dos secretários municipais de saúde através das Comissões Intergestores Bipartites.
Flexibilidade e Gradualidade do processo de transformação do	• Previsão de um período de transição até que se desorganizem as antigas práticas e que se

sistema de saúde	instaurem as novas.
Redefinição de um novo modelo assistencial para o SUS	• Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; • Controle social, através dos Conselhos de Saúde; • Acesso às informações e dados em saúde; • Acesso gratuito a todos os níveis de complexidade do sistema; • Implantação de um sistema de referência e contra-referência; • Hierarquização e regionalização da rede de serviços; • Participação complementar dos serviços privados; • Ações individuais e coletivas, visando a promoção, prevenção, cura e reabilitação em saúde; • Ampliação das ações de caráter preventivo e melhoria qualitativa do atendimento ambulatorial, visando a redução das internações; • Incorporação das atividades de vigilância em saúde como parte da rotina dos serviços, incluindo ações voltadas ao ambiente e à saúde do trabalhador.
Efetivo Controle Social	• Controle social sobre a ação governamental em todos os níveis exercido através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde.
Elaboração de uma Política de Recursos Humanos	• Formação, capacitação e reciclagem de pessoal; • Elaboração dos Planos de Cargos e Carreiras.
Patrimônio	• Descentralização da rede federal dos serviços de saúde para estados e municípios.
Financiamento	• Responsabilidade dos três níveis de governo; • Quatro questões primordiais ao bom funcionamento do SUS: 1. ampliação da receita; 2. racionalização do custo de assistência e vigilância em saúde; 3. erradicação do desperdício; 4. eliminação da corrupção.

Fonte: Ministério da Saúde, 1990 *apud* Cornélio, 1999.

As diretrizes do documento do GED foram expressas na NOB-93, que privilegiava a atenção primária e a descentralização para a gestão da política de saúde, a partir da adesão dos municípios às habilitações então criadas. As formas de gestão disponíveis aos municípios (Gestão Incipiente, Gestão Parcial e Gestão Semiplena) eram

vistas como transitórias, e criariam as bases para a “situação desejada”, que era a gestão plena, na qual estados e municípios assumiriam plenamente a gestão dos serviços de saúde, através do repasse financeiro global, direto e automático (Carvalho, 2001: 440).

Na **gestão incipiente**, os municípios assumiam a responsabilidade sobre a contratação e cadastramento de prestadores, controlavam os procedimentos ambulatoriais prestados por unidades, controlavam e avaliavam os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados, incorporavam à rede de ações básicas em saúde ações em nutrição, vigilância epidemiológica e sanitária, desenvolviam ações em vigilância de ambientes de trabalho e prestavam assistência ao acidentado ou portador de deficiência ocasionada por acidente de trabalho. Os procedimentos hospitalares eram pagos diretamente ao prestador, público ou privado.

Na **gestão parcial**, os municípios assumiam as mesmas responsabilidades da gestão incipiente, mas eles passavam a receber mensalmente “recursos financeiros 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” (Ministério da Saúde, 1993). Mas o que fazia, então, que os municípios se habilitassem na gestão incipiente, e não na parcial, sendo que nesta eles contariam com o repasse de recursos? A diferença principal em relação à gestão incipiente encontra-se no fato de que os municípios deveriam, sendo gestores parciais, comprovar anualmente a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Municipal para a saúde, além de apresentar Plano de Carreira, Cargos e Salários. Portanto, o município em gestão parcial recebia recursos adicionais, caso houvesse diferença entre o teto e o que foi prestado, mas deveria também aplicar recursos próprios em saúde, o que não era cobrado daqueles habilitados na gestão incipiente.

Por fim, na **gestão semiplena** os municípios assumiam a total responsabilidade sobre a gestão de toda a rede pública existente no município, bem como a responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços públicos e privados, com exceção da rede hospitalar de referência que estava sob o controle estadual. Para isso, os municípios recebiam o total de recursos financeiros para custeio referente aos tetos ambulatorial e

hospitalar.

A publicação da NOB-93 representou um importante momento da fase da descentralização autonomista por dois motivos. Em primeiro lugar, ela se dá em um ambiente em que o INAMPS já não tem o poder político de antes, estando prestes a se extinguir – facilitando enormemente, portanto, uma postura mais descentralizadora; em segundo lugar, ela traz em si os primeiros indícios no sentido de uma participação mais ativa, por parte do Ministério da Saúde, no desenho da gestão local da política de saúde, ao criar as primeiras formas de habilitação. Por outro lado, a criação das formas de habilitação não a insere num ambiente de “descentralização dirigida”, dado que o Ministério não promove, via NOB-93, nenhum direcionamento na política no sentido de determinar uma distribuição de recursos com vistas à diminuição das disparidades do sistema, conforme veremos adiante quando tratarmos da NOB-96, nem um direcionamento via determinação dos programas a serem executados localmente, tal como ocorreu com a introdução do PAB Variável.

Cabe lembrar que a NOB-93 criou, no seu item 3.2, o Fator de Apoio ao Município – FAM, caracterizado como um repasse de recursos para custeio aos municípios, calculado com base nos recursos ambulatoriais repassados aos estados (5% desse valor), multiplicado pelo número de habitantes (Ministério da Saúde, 1993). Este Fator seria, portanto, um repasse *per capita*, nos moldes do PAB. Todavia, ele não se concretizou, e não o repasse desse recurso aos municípios não aconteceu.

Mas, o plano de descentralização da nova Norma foi em grande parte minado pelo corte no repasse de recursos, por parte do Ministério da Previdência, em meados de 1993. De acordo com o Ministro Antônio Brito, uma vez que a saúde não se encontrava mais na Pasta da Previdência, não havia mais razão para os repasses realizados por esta Pasta à área da saúde. Com isso, os recursos da saúde passaram a vir basicamente do Orçamento Geral da União, o que gerou inúmeras incertezas com relação à capacidade do Ministério da Saúde em cumprir com suas obrigações (Arretche, 2005). Conseqüentemente, grande parte dos municípios não aderiu à Norma, com o receio de assumir a responsabilidade pelos serviços locais de saúde sem a garantia de que receberia os recursos

para cumpri-la. Em dezembro de 1994, menos da metade dos municípios existentes haviam aderido a uma das formas de gestão do sistema.

Cabe ainda salientar que, daqueles que haviam se habilitado na NOB-93, na grande maioria constatou-se² um frágil acompanhamento da execução dos planos de saúde pelos Conselhos Municipais, exigência da Norma, e, mais grave ainda, conforme bem apontaram Abrucio e Costa (1998), não se verificou nenhum instrumento de acompanhamento e avaliação da gestão municipal pelo nível estadual e, acrescentamos, pelo nível federal. De acordo com o relatório elaborado pela Secretaria de Saúde paulista,

Sem variáveis, indicadores definidos e sistema de informação adequado, o Ministério e as Secretarias Estaduais de Saúde não estavam capacitados a desempenhar seu papel de reguladores do sistema em seu nível de governo e tampouco poderiam os Conselhos de Saúde exercer o controle público sobre a definição e execução das políticas para o setor (Heimann, 1998 apud Abrucio e Costa, 1998).

Essa falta de controle das ações municipais por parte dos gestores “superiores”, independentemente do repasse de recursos que fazem aos municípios, contribui para a caracterização dessa fase como a da “descentralização autonomista”. Os recursos eram repassados, mas não havia nenhum controle ou delimitação de como gastá-los. Uma mudança a esse padrão será introduzida pela NOB-96, conforme veremos a seguir, mas somente entrará em vigor a partir de uma Portaria Ministerial em 1998, quando então se inicia a fase da descentralização dirigida.

3.3.3. O Governo FHC e a NOB-96: abrindo caminho para uma nova fase

De acordo com Abrucio e Costa (1998), a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso “foram criadas condições mais favoráveis para que o Governo Federal atuasse como propulsor de mudanças no pacto federativo” (p. 55), em especial em função

---

² Os dados sobre acompanhamento são da pesquisa “A descentralização do Sistema de Saúde no Brasil – Uma proposta de investigação sobre o impacto de políticas”, realizada pelo Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, sob coordenação de Luiza Sterman Heimann, citada por Abrucio e Costa (1998).

dos seguintes fatores: a) o Presidente Fernando Henrique venceu em um contexto de eleições “casadas”, ou seja, se elegeu juntamente com deputados e governadores, obtendo com isso maior poder, dado que haviam sido todos eleitos pelo discurso favorável ao Real e às reformas; b) as contas públicas estavam mais em ordem do que nos anos 80 e começo dos 90, havia sido feito um acordo para a dívida externa e, ainda, houve um aumento nos investimentos externos no país; c) os governos estaduais entraram numa crise fiscal sem precedentes, diminuindo drasticamente os recursos a eles disponíveis e, conseqüentemente, o seu poder político (Abrucio e Costa, 1998: 55-56).

Na saúde, a **NOB 01/96** (publicada em 6/11/1996) introduziu drásticas modificações em relação ao padrão de financiamento do sistema, decorrente da modificação da maneira de cálculo dos recursos que cabiam a cada gestor municipal. Até então, o cálculo do teto financeiro era feito com base na série histórica de serviços prestados; a partir da NOB-96, o cálculo passaria a ser baseado num valor *per capita*, através do Piso Assistencial Básico (PAB), buscando com isso diminuir as disparidades existentes entre os municípios em função de sua capacidade de prestação de serviços.

Ademais, a Norma substituiu as três formas de habilitação municipal anteriores a duas novas formas: **Plena da Atenção Básica**, para os municípios que assumissem a responsabilidade dos serviços básicos de saúde, e **Plena do Sistema Municipal**, para aqueles que assumissem a responsabilidade por todos os serviços de saúde, inclusive os de maior complexidade, desde que ofertem alguns serviços especializados (apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básica) e possuam equipe de auditoria de pessoal e de serviços (prestadores), itens que não são exigidos na Gestão Básica. Em ambos os casos, os gestores devem ainda comprovar: o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde, a existência de Plano Municipal de Saúde e a capacidade de vigilância sanitária e epidemiológica. Para os estados, as novas formas de habilitação são a Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual. São algumas das responsabilidades que os estados devem assumir, para serem enquadrados em qualquer uma das modalidades:

- Elaboração do Plano Estadual de Saúde, que deve ser negociado na Bipartite e

aprovado no Conselho Estadual;

- Política estadual de assistência farmacêutica, articulada com o Ministério da Saúde;
- Normatização da administração da oferta e do controle dos serviços de alto custo;
- Cooperação técnica e financeira com os municípios objetivando a descentralização;
- Política de integração das ações de saneamento às ações de saúde;
- Coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças;
- Coordenação das ações de Vigilância Sanitária e sua execução nos municípios não habilitados (Cornélio, 1999).

No tocante às transferências intergovernamentais, os recursos destinados a investimentos são alocados pelo Ministério da Saúde a partir da apresentação, pelas Secretarias Estaduais, das prioridades de investimentos negociada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e aprovadas no Conselho Estadual de Saúde. Quanto aos recursos para custeio dos sistemas municipais, existem duas formas de repasse: a Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo, cujos recursos são repassados diretamente no Fundo Municipal de Saúde, e a Remuneração por Serviços Produzidos, repassados pelo Ministério da Saúde diretamente ao prestador, nos casos em que nem o município nem o estado são Gestores Plenos do Sistema; aos estados que já são Gestores Plenos, que repassam aos prestadores dos municípios não-Plenos; ou diretamente ao município, no caso dele ser Gestor Pleno (independentemente da condição estadual).

Quanto ao repasse de recursos de custeio aos estados, assim como no caso municipal, os gestores estaduais recebem os recursos por serviços produzidos diretamente em seus Fundos de Saúde quando estão habilitados na Gestão Plena, e em seguida repassam aos prestadores (ficando com os recursos que sobram da diferença entre o teto financeiro e os serviços produzidos). Caso estejam habilitados na Gestão Avançada, que seria a correspondente da gestão básica municipal, esses recursos são repassados diretamente do Ministério da Saúde ao prestador de serviços, de acordo com a produção declarada (não ficando para os estados, portanto, os recursos que sobram da diferença entre teto financeiro e a produção). Esse mecanismo, embora seja um incentivo à habilitação dos estados à Gestão Plena, nem sempre funciona como tal. Isso porque, ao assumir essa forma de gestão os estados se responsabilizam por todos os pagamentos a prestadores de serviços em seu território que estão sob sua própria gestão (serviços

estaduais) ou que são realizados por municípios não-plenos; quando os recursos são insuficientes, ou por defasagem da tabela de valores dos procedimentos pagos pelo Ministério, ou por uma produção de serviços maior do que a acordada, os estados que são plenos devem cobrir essa diferença, ao passo que estados não-plenos não assumem essa responsabilidade, podendo culpar o Ministério pelo não-pagamento. Assim, para estados com grande produção de serviços de maior complexidade – mais caros –, nem sempre a habilitação na Gestão Plena é vantajosa. Por essa razão é que o estado de São Paulo somente se habilitou como Gestor Pleno em 2003 (Portaria nº 1398/GM, de 22 de julho de 2003), ainda que contasse com todos os pré-requisitos para tal bem antes disso. Atualmente, todos os estados estão habilitados como Gestor Pleno do Sistema Estadual de Saúde.

A NOB-96, no entanto, passou por diversas modificações, via Portarias Ministeriais, sendo implementada somente em 1998. Conforme esclareceu Levcovitz *et al.* (2001):

A NOB SUS 01/96 foi publicada em novembro de 1996 e sua implantação efetiva só teve início em 1998. No entanto, de 1997 a 1998, o MS publicou uma série de portarias com o objetivo de estabelecer as alterações, as medidas e os parâmetros necessários à sua operacionalização. Essas portarias acabaram por alterar significativamente o conteúdo original da NOB, particularmente no que se refere às formas e aos instrumentos de financiamento específicos nela previstos. Pode-se dizer que a NOB SUS 01/96 nunca foi integralmente implementada em seu modelo inicial (p.279).

Uma dessas alterações, que a nosso ver é a mais significativa, é a que altera as formas de financiamento das ações em saúde, em especial no que diz respeito à atenção básica. Uma das portarias, a Portaria nº. 1882/GM, de 18/12/1997, cria o Piso de Atenção Básica, o PAB, formado por dois componentes: uma parte fixa, com pagamento *per capita*, destinada à assistência básica, e uma parte variável, também *per capita*, “relativa a incentivos para o desenvolvimento de ações no campo específico da atenção básica” (artigo 2º), nos moldes estipulados pelo Ministério da Saúde. A implementação da NOB-96, a partir de 1998, dá início ao que denominamos “fase da descentralização dirigida”, detalhada a seguir.

3.4. A Fase da Descentralização Dirigida

Como consequência do fortalecimento do governo federal, no governo FHC, iniciou-se uma nova etapa no processo de descentralização de políticas públicas. Não apenas a saúde, mas outras áreas sociais passaram por modificações significativas no seu padrão de descentralização, com uma maior participação do governo federal na definição dos caminhos a serem seguidos em sua implementação pelos estados e, em especial, municípios.

Na saúde, a maior participação do governo federal no rumo das políticas locais se deu através da introdução do PAB, cuja implementação acontece a partir de 1998, e que visava “direcionar” as ações em saúde no âmbito municipal, ao repassar recursos para programas considerados prioritários pelo Ministério da Saúde – e, portanto, dando um forte incentivo aos municípios para adotá-los, ainda que não os considere realmente prioritários – e diminuir as disparidades existentes entre diferentes municípios, ao repassar uma quantia *per capita* a todos os municípios, priorizando os municípios menores (em geral com menos serviços instalados), dado que estes recebem um valor *per capita* maior (R\$ 18,00) do que aquele recebido pelos municípios de maior porte (R\$ 10,00). Segundo Abrucio e Costa (1998), “o Piso de Atenção Básica (PAB) é uma iniciativa do governo federal que objetiva reduzir certas disparidades nos repasses realizados pelo SUS aos municípios com redes de saúde de menor capacidade produtiva, isto é, cujos patamares históricos de produção de procedimentos ambulatoriais (...) são baixos” (p.129).

Dessa maneira, a diferença nos valores repassados constituiu-se como um mecanismo institucional voltado para a diminuição das desigualdades em recursos para a saúde nos diferentes municípios, buscando superar um dos problemas gerados pelas NOB anteriores, conforme já salientado: ao fazer o repasse de recursos por produção, elas privilegiavam aqueles municípios que possuíam maior quantidade de serviços instalados e, portanto, produziam mais. A nova norma, após suas modificações, passou a repassar recursos *per capita*, independentemente da quantidade de serviços produzidas e, ademais, privilegiando os municípios menores, cujos valores por habitante eram superiores aos dos

municípios de maior porte.

3.4.1. A NOB-96 em prática

Uma das consequências da NOB-96, face ao repasse diferenciado de recursos, foi o fato de que enquanto alguns municípios foram beneficiados pela nova regra, outros acabaram por perder recursos. De acordo com Costa e Pinto (2002), que compararam a distribuição de recursos antes (1997) e depois (1999) da introdução do PAB, “os municípios que mais se beneficiaram com a redistribuição de recursos do Ministério da Saúde pelo PAB foram os com menos de 50 mil habitantes. Em contrapartida, cerca de 30% das cidades com mais de 50 mil habitantes tiveram o montante de recursos reduzidos” (Costa e Pinto, 2002: 279).

Isso significou, em termos de recursos financeiros disponíveis aos municípios, a diminuição das desigualdades tanto inter quanto intra-regionais. Conforme apontaram os autores (Costa e Pinto, 2002), um estudo realizado pelo Ministério da Saúde em 1997 demonstrou que cerca de 70% dos municípios brasileiros (3.860 municípios) recebiam, em 1996, menos de R\$ 10,00 *per capita*. Portanto, para esses municípios o impacto do PAB no montante de recursos destinados à saúde foi significativo. Com relação às regiões do país, as regiões norte e nordeste foram as que mais se beneficiaram: cerca de 80% dos municípios recebiam em 1997 menos de R\$ 10,00 *per capita* anual e passaram a receber no mínimo esse valor. Já a região sudeste foi a que mais perdeu: 31% dos municípios recebiam mais de R\$ 18,00 *per capita* ao ano (valor máximo pelo PAB) e passaram a ganhar no máximo R\$ 18,00.

Por essa razão é que a criação do PAB foi vista, pelos especialistas da área, como uma das principais inovações do SUS. Para Renilson Rehem de Souza, ex-Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde,

Com a portaria GM/MS 2.121/98, que define os recursos federais para a atenção básica, assistência ambulatorial de média e alta complexidade e assistência hospitalar para os estados e municípios, o Ministério da Saúde concretizou o primeiro e significativo passo para a

construção de um sistema de saúde voltado para a atenção das pessoas, e não para a doença. (...) Ao mesmo tempo em que se deu um passo importante no sentido de formatar um modelo de atenção mais abrangente, avançou-se no processo de redução das desigualdades regionais em relação ao financiamento (Souza, 2003: 453).

A diminuição das desigualdades regionais no tocante ao financiamento da saúde pode ser verificada pelos dados abaixo, levantados pelo autor:

Tabela 3.1: Teto financeiro anual e valor *per capita* por UF – atenção básica, 1997 e 1998

UF	1997		1998			Variação (%) <i>per capita</i> 97/98
	Valor	<i>per capita</i>	PAB Fixo	PAB variável	<i>per capita</i>	
AC	3.793.285	7,58	5.027.261	1.923.902	13,28	75,10
AL	31.903.496	11,98	30.238.541	15.474.706	16,76	39,88
AM	15.740.211	6,40	24.628.993	5.790.865	11,82	84,84
AP	3.572.340	8,89	4.262.033	1.224.373	12,80	43,99
BA	82.996.848	6,53	129.042.941	56.003.302	14,15	116,71
CE	83.733.478	12,10	76.142.977	44.163.155	16,91	39,73
DF	16.577.926	8,83	18.770.150	7.326.528	13,32	50,86
ES	16.943.918	5,94	28.825.491	7.449.728	12,28	106,80
GO	40.003.768	8,62	48.705.746	11.227.930	12,39	43,69
MA	53.312.434	10,07	60.068.696	25.946.309	15,81	57,04
MG	214.452.884	12,69	193.978.958	48.116.497	13,91	9,65
MS	17.551.991	8,93	19.800.539	6.019.785	12,69	42,07
MT	29.132.811	12,73	26.828.859	7.203.194	14,35	12,70
PA	37.562.259	6,65	57.585.204	23.981.998	13,90	109,03
PB	37.490.961	11,25	36.637.354	15.744.938	15,37	36,60
PE	90.953.660	12,18	89.358.518	34.580.731	16,22	33,20
PI	35.377.364	13,12	33.201.750	13.553.201	16,97	29,34
PR	127.037.069	13,90	109.377.081	19.366.007	13,66	-1,71
RJ	115.809.930	8,54	139.569.855	20.355.316	11,44	33,92
RN	27.972.890	10,78	27.315.271	12.372.369	14,88	37,96
RO	12.455.619	9,92	13.437.397	5.168.209	14,33	44,48
RR	2.369.433	9,31	2.585.575	854.371	12,95	39,10
RS	61.923.733	6,34	98.388.839	19.128.612	11,66	83,86
SC	42.446.585	8,56	51.426.469	12.802.740	12,53	46,33
SE	20.340.071	12,27	20.406.950	8.602.352	16,97	38,27
SP	339.525.818	9,77	364.723.289	34.184.612	11,06	13,20
TO	10.538.536	9,75	11.799.745	4.884.251	14,82	51,95
<i>Brasil</i>	<i>1.571.519.318</i>	<i>9,84</i>	<i>1.722.134.482</i>	<i>463.449.981</i>	<i>13,26</i>	<i>34,72</i>

Fonte: SAS/MS *apud* Souza (2003).

Como podemos perceber pelos dados acima, os estados que recebiam menor quantidade de recursos *per capita* em 1997, como Espírito Santo e Bahia, apresentaram as maiores variações percentuais no período 97/98, o que significa que foram os que mais ganharam com a nova regra. Por outro lado, estados que já ganhavam mais do que R\$

10,00 *per capita*, como Minas Gerais, foram os que apresentaram menor variação nos repasses recebidos de um ano para o outro. Todavia, vale salientar que os dados acima se referem apenas aos repasses do Ministério da Saúde para a atenção básica aos municípios de cada estado, e não os recursos totais empregados pelos mesmos nesse nível de atenção, o que inclui recursos próprios e, ainda, eventuais repasses estaduais. Ainda assim, o avanço advindo da introdução do PAB na distribuição de recursos do SUS parece inegável.

De acordo com Levcovitz *et al.* (2001), são os principais pontos da NOB-96, após suas modificações e entrada em prática, além da criação do PAB e sua subdivisão em fixo e variável, a criação de mecanismos de financiamento específicos para as ações de vigilância sanitária e epidemiológica e a criação do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC – para “ações e programas específicos do MS, assim como de algumas ações de alta complexidade (medicamentos excepcionais, transplantes e radioterapia)” (p. 280). Portanto, o direcionamento, via determinação das áreas e programas prioritários por parte do Ministério da Saúde, não se deu apenas na área da atenção básica, mas também na média e alta complexidade, através do FAEC, que condiciona o repasse de recursos à adoção de ações consideradas prioritárias pelo gestor nacional do sistema nesse nível de atenção, mais complexo. Embora o foco do presente trabalho seja a atenção básica, não deixa de ser relevante essa observação, que corrobora o caráter “direcionado” da descentralização do SUS promovida pelo Ministério a partir de 1998.

Esse caráter será ainda reforçado, dois anos mais tarde, pela aprovação da Emenda Constitucional 29, de 2000, que determina o gasto mínimo de estados, municípios e da União em saúde, em termos de recursos próprios utilizados nesta política – o que exclui, portanto, os recursos repassados a estados e municípios pelo SUS.

3.4.2. A EC 29/00: reforçando o caráter direcionado

Ainda que a introdução do PAB tenha significado um maior aporte de recursos para a atenção básica em saúde, ela não garantia a participação de estados e municípios no financiamento desse nível de atenção. Considerando que, de acordo com a Constituição de 1988, o financiamento do SUS deve ser realizado pelas três esferas de governo, ainda não

estava garantida, pelas regras institucionais do sistema, a aplicação de recursos próprios, estaduais e municipais, na saúde. O Ministério repassava recursos, via PAB ou via pós-pagamento de serviços de média e alta complexidade, mas não havia garantias de que os demais entes também contribuiriam. Uma solução encontrada foi a aprovação, em 2000, da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), que estabelecia uma porcentagem mínima do orçamento próprio que a União, os estados e municípios deveriam aplicar na saúde, a partir daquele ano, aumentando gradativamente até o ano de 2004, nos seguintes parâmetros:

- No caso dos **estados** e **municípios**, eles devem destinar, no primeiro ano, pelo menos 7% da receita de impostos, compreendidas as transferências constitucionais, sendo que esse percentual aumentará anualmente, em pelo menos 1/5, até atingir, em 2004, 12% para os estados e 15% para os municípios.
- No caso da **união**, fica definido, para o ano de 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, 5% (cinco por cento); para os anos 2001 a 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Para os estados e municípios, a EC 29 não deixa dúvidas com relação ao percentual a ser aplicado, devendo-se apenas atentar para o cálculo correto da receita de imposto, que compreende as transferências constitucionais (Ministério da Saúde, 2002: 16). Estados e municípios que já aplicavam mais do que 7% dos recursos próprios em 2000 deveriam fazer o seguinte cálculo: subtrair a porcentagem que já aplicavam do valor máximo (12% ou 15%, respectivamente) e dividir por 5, obtendo o acréscimo anual a ser atingido, até alcançar o valor máximo em 2004.

De acordo com o Ministério da Saúde, o objetivo da Emenda foi o de garantir um maior e mais estável aporte de recursos ao SUS:

Com isso, se procurou enfrentar as dificuldades de financiamento vividas pelo Sistema Único de Saúde – SUS praticamente desde sua criação. Estas dificuldades têm duas vertentes. A necessidade de ampliação dos recursos destinados à área da saúde, tradicionalmente insuficientes e inferiores aos alocados por diversos países. A necessidade de estabilização do

financiamento, de modo a se evitar a descontinuidade de ações, serviços e investimentos (Ministério da Saúde, 2005: s/n).

Para o Grupo de Trabalho que tratou dos aspectos conceituais de “ações e serviços públicos de saúde”, devem entrar para o cálculo de gastos em saúde os seguintes itens:

- a) ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (inclusive assistência farmacêutica) e reabilitação em todos os níveis de complexidade;
- b) ações de alcance coletivo, tais como as de educação para a saúde, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica; saúde do trabalhador e vigilância nutricional e orientação alimentar;
- c) pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde;
- d) produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos (medicamentos, imunobiológicos, reagentes, hemoderivados, equipamentos);
- e) capacitação de recursos humanos para saúde;
- f) ações de combate a carências nutricionais específicas;
- g) planos e projetos de investimento, particularmente os destinados à redução das desigualdades na distribuição espacial da oferta de serviços assistenciais.

Todavia, até hoje a Emenda 29 ainda não foi regulamentada, o que significa que os mais diversos gastos, como o Bolsa Família ou gastos com as merendas escolares, entram no montante declarado como “gasto em saúde”. Ademais, a emenda não especifica qual o significado do termo “aplicação”, se despesa empenhada, liquidada ou paga. Enquanto não regulamentada, cada Tribunal de Contas Estadual tem dado a sua interpretação. Segundo documento do Ministério da Saúde (2005), o Tribunal de Contas do Mato Grosso, por exemplo, considera a despesa efetivamente realizada. Em Santa Catarina, por outro lado, tem sido considerada a despesa empenhada. Essa indefinição, no entanto, tem gerado distorções significativas no montante declarado pelos diferentes estados e municípios como “gasto em saúde”.

Quanto aos mecanismos de acompanhamento, fiscalização e controle dos recursos aplicados em saúde, em concordância com a EC 29, destaca-se o Sistema de Informações de Orçamento Público em Saúde (SIOPS), que reúne as informações de todos

os estados e municípios e produz indicadores gerais do comportamento da aplicação de recursos em saúde. A partir da publicação da NOAS 2001 (que detalharemos a seguir), o preenchimento desse sistema pelos entes federados tornou-se obrigatório, sendo condição para a manutenção da habilitação dos mesmos ao SUS (Ministério da Saúde, 2002).

Assim, o Ministério da Saúde tentou “direcionar” ainda mais as políticas estaduais e municipais na área, estipulando não apenas *onde gastar* (através dos recursos do PAB Variável e do FAEC), mas também *quanto gastar*, através da EC 29. Entretanto, dados do SIOPS demonstram que muitos municípios e estados não conseguiram cumprir a Emenda, gastando menos em saúde do que previsto pela Constituição.

Tabela 3.2: Estados que cumpriram e que não cumpriram a EC 29, 2003.

<i>Estados que não cumpriram a EC</i>			<i>Estados que cumpriram a EC 29</i>		
UF	% aplicado	% mínimo	UF	% aplicado	% mínimo
AL	8,96	10,00	AC	12,96	12,00
CE	9,38	11,07	AM	25,63	12,00
MA	5,96	10,00	AP	14,87	12,00
PB	7,83	10,00	PA	10,56	10,29
PE	9,80	10,44	RO	10,43	10,33
PI	7,35	10,00	RR	12,30	11,75
ES	10,54	11,33	TO	11,32	10,43
MG	6,26	10,00	BA	10,61	10,51
RJ	8,04	10,00	RN	14,15	12,00
PR	6,35	10,00	SE	10,07	10,00
RS	5,87	10,00	SP	10,64	10,32
SC	10,56	10,69			
DF	11,17	11,74			
GO	9,28	11,07			
MS	7,65	10,00			
MT	9,49	10,00			

Fonte: Benevides (2005).

Dos 26 estados e DF, 16 não cumpriram a Emenda Constitucional 29 já em 2003, quatro anos após a sua implementação e penúltimo ano de adequação de estados e municípios às suas regras. Quanto aos municípios, para o ano de 2002, num total de 5.559 municípios, 16,4% não enviaram os dados (N=912) e 17,2% não cumpriram a emenda (N=954), conforme dados do SIOPS. Mas, analisando estado por estado, percebem-se

diferenças gritantes: nesse mesmo ano, 61,5% dos municípios de Roraima não enviaram os dados, ao passo que no Rio Grande do Sul todos enviaram. Por outro lado, no estado sulista 35,4% dos municípios não cumpriram a emenda, o maior índice de descumprimento, dentre todos os estados, no ano³.

A dificuldade de muitos estados e municípios para cumprirem as regras da Emenda, somada à vontade da equipe econômica do governo Lula em retirar da Constituição obrigações de gasto, tanto na saúde quanto na educação, tem levado a discussões sobre o fim da EC 29. Por outro lado, parlamentares da área da saúde têm buscado regulamentar a Emenda. O Projeto de Lei Complementar (PLC) 01/2003, do Deputado Roberto Gouveia, visa regulamentar a emenda, estabelecendo as regras para a definição dos valores mínimos a serem gastos pela União, as normas de fiscalização e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo, a definição do que pode ser contabilizado como “ações e serviços públicos de saúde”, dentre outros pontos⁴. No entanto, as discussões não parecem avançar; ao mesmo tempo, parece interessante a municípios, estados e União que a emenda não seja regulamentada, pois assim mantém-se a adoção de critérios bem “elásticos” quanto ao que se refere a gasto em saúde, por todas as esferas da federação.

Mas, regulamentada ou não, é importante frisar que a introdução da emenda conseguiu garantir um aporte de recursos, por todos os entes federados, igual ou superior àquele que estava sendo realizado antes de sua aplicação. Novamente, a União conseguiu direcionar a política, impondo um limite mínimo de gastos. E, ainda que não cumprida por todos os entes, a EC 29 vem constrangendo-os a alcançar esse limite, dada a sanção prevista: a retenção dos repasses a estados e municípios quando os mesmos não observarem a regra constitucional e deixarem de aplicar os recursos mínimos em ações e serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2002: 45).

---

³ Estes dados foram retirados da página do SIOPS na Internet (www.siops.datasus.gov.br).

⁴ A discussão em torno da regulamentação da EC 29 encontra-se na página do CONASS (www.conass.com.br).

3.4.3. As NOAS: tentativa de organizar a regionalização

A NOB-96, embora tenha se voltado para equacionar a questão das disparidades municipais em termos de capacidade de financiamento do sistema local de saúde, não visou solucionar o problema da regionalização, ou seja, da cooperação regional necessária para a provisão de todos os serviços de saúde em uma dada região, sem que municípios de cidades pequenas, que contam apenas com serviços de atenção básica, tenham que “pegar carona” naqueles prestados pelos municípios maiores, com uma rede de serviços mais complexas. A idéia da regionalização é a de que deve haver uma pactuação, entre municípios circunvizinhos, no sentido de que aqueles que prestam serviços a outros municípios sejam recompensados por isso, ao invés de penalizados – uma vez que, pelo sistema até então vigente, os municípios maiores prestavam serviços para municípios vizinhos sem receber por isso qualquer benefício financeiro.

Visando solucionar esse problema foi promulgada a Norma Operacional de Assistência à Saúde 01 de 2001, a NOAS 01/01, através da Portaria Ministerial nº 95, de 26 de janeiro de 2001, na administração de José Serra. Segundo o Ministério da Saúde, o objetivo central da NOAS 01/01 é “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (Ministério da Saúde, 2001). E, para atingir esse objetivo, a NOAS 01/01 define a regionalização como estratégia principal para a organização da assistência, devendo contemplar a lógica de um “planejamento integrado”, formando um sistema de “redes articuladas e cooperativas de atenção”, em territórios e populações delimitados previamente.

Para promover essa “macroestratégia”, a NOAS busca reforçar o papel dos estados na condução do processo de descentralização (Souza, 2001), papel este pouco preciso até então. Ela prevê a elaboração de um Plano Diretor de Regionalização, coordenado pelo gestor estadual, com a participação do conjunto de municípios. De acordo com a Portaria GM nº 95/2001, em seu capítulo II, item 29,

A garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência é de responsabilidade do gestor estadual, de forma solidária com os municípios de referência, observados os limites financeiros, devendo o mesmo organizar o sistema de referência utilizando os mecanismos e instrumentos necessários, compatíveis com a condição de gestão do município onde os serviços estiverem localizados.

A participação do gestor estadual passaria a ser, então, no sentido de coordenar o processo de regionalização, via pactuação com os gestores municipais de cada uma das regiões do estado para o estabelecimento do rol de procedimentos que cada um passaria a prestar – e a receber por isso – a partir daquele momento.

Além disso, a NOAS 01/01 “é um instrumento que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica”, segundo a Instrução Normativa MS/GM nº 01, de 06/04/2001. Dentro dessa estratégia, ela altera as formas de habilitação disponíveis aos municípios, que passam a ser a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPABA, e a Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM. Essa alteração nas habilitações municipais significou o aumento das responsabilidades dos municípios, as quais passam a ser, no rol de procedimentos de atenção básica: controle de tuberculose, eliminação de hanseníase, controle de hipertensão, controle de diabetes mellitus, ações de saúde bucal, ações de saúde da criança, ações de saúde da mulher. Essas áreas delimitam a atuação mínima das prefeituras para que possam ser habilitadas na GPABA.

Com relação ao financiamento do elenco de procedimentos da Atenção Básica Ampliada, a Portaria que instituiu a NOAS 01/01 determinou que fosse instituído o PAB-Ampliado, cujo valor seria definido via Portaria Conjunta da Secretaria Executiva e Secretaria de Políticas de Saúde, sendo que os municípios que já recebiam o PAB fixo em valor superior ao PAB-Ampliado não teriam direito a acréscimo no valor *per capita*.

Assim, a “pactuação” para organização da rede de serviços passaria a se dar através da coordenação estadual, em conjunto com os gestores municipais de cada região. Todavia, dada a dificuldade política em se pactuar a quantidade de serviços que cada município vai prestar para os munícipes de cidades vizinhas, a pactuação encontrou dificuldades em seu processo de implantação. Como consequência, foi editada nova Portaria Ministerial, a Portaria GM nº 373, de 28 de fevereiro de 2002, face à constatação de que “(..) em algumas unidades da federação foram identificados entraves na

operacionalização de determinados itens [da NOAS 01/01], decorrentes das dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS e assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais, bem como da fragilidade para explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais” (Ministério da Saúde, 2002).

Portanto, a NOAS 01/02 surgiu como uma tentativa de solucionar problemas encontrados pelos gestores estaduais e municipais na implantação da NOAS 01/01, em especial no que se refere à pactuação (quais serviços seriam prestados por quais municípios e a conseqüente transferência de recursos àqueles que os assumissem e diminuição de recursos aos que a eles encaminhassem pacientes). Para tal, a nova Norma mantém as diretrizes organizativas – tipos de gestão – da anterior, mas especifica os critérios para elaboração e implementação do Plano Diretor de Regionalização e os mecanismos para qualificação dos municípios como “sede de módulo assistencial”, ou seja, define o conjunto de procedimentos de média complexidade para aqueles municípios que prestarão serviços aos pequenos municípios que não os possuem.

Os efeitos da NOAS 01/02, no entanto, ainda não foram estudados. Existem alguns trabalhos tratando da NOAS de 2001, em especial no que diz respeito à tentativa de organizar a regionalização prevista no SUS, mas ainda não foram discutidos os impactos da introdução de ambas sobre o processo de descentralização e regionalização da política de saúde. Para efeitos do presente estudo, cabe salientar que elas alteraram as formas de habilitação, ampliando as obrigações dos gestores municipais, através da introdução da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. Isso, no entanto, se deu no governo FHC, sob a administração de Barjas Negri, e será alterado no governo Lula, com o fim das habilitações municipais, a partir de 2004.

3.4.4. A política de saúde pós-NOAS: o “Pacto de Gestão” e o fim das habilitações

Em 23 de setembro de 2004 foi promulgada uma Portaria Ministerial, a Portaria nº 2.023/GM, que “define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela

gestão do sistema municipal de saúde na organização e execução das ações de atenção básica”, o que significa que ela acaba com as habilitações municipais em Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme a NOB SUS 01/96, e em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, conforme a NOAS 2002 (artigo 2º). Com isso, ela estabelece, em seu artigo 4º, que todos os municípios passariam a ser Gestores Plenos do Sistema Municipal.

Todavia, na prática o que aconteceu foi que os municípios que estavam habilitados como Gestores Plenos da Atenção Básica continuaram como tal, e o mesmo aconteceu com aqueles que eram Gestores Plenos do Sistema Municipal. Cessou-se o processo de habilitações, mas aqueles que já estavam habilitados mantiveram a forma de Gestão assumida. Aos municípios que ainda não haviam se habilitado em nenhuma forma de gestão (situados nos estados do Acre, Amapá, Maranhão, Minas Gerais e São Paulo), a portaria dava o prazo de 180 dias para assumirem a gestão das ações e dos serviços de atenção básica em seu território.

As novas responsabilidades seriam assumidas pelos municípios via pactuação, entre os gestores locais e o estado. Todavia, esse processo vem se dando de maneira muito lenta, de forma a manter a programação até então vigente. A idéia de fazer com que cada município diga exatamente aquilo que tem capacidade de prover, ou aquilo que precisa “comprar” do município vizinho – repassando recursos para isso – não tem se viabilizado. No estado de São Paulo as discussões estão atrasadas e, de acordo com alguns técnicos, o problema encontra-se na baixa prioridade dada pelo governo a essa questão e, ao mesmo tempo, na dificuldade em se fazer com que os gestores assumam seu potencial efetivo, ou seja, digam exatamente o que são e o que não são capazes de fornecer aos usuários do SUS. Todavia, os desdobramentos do chamado “Pacto de Gestão” ainda não se concluíram, e somente pesquisas qualitativas futuras poderão nos dizer com precisão o seu desenvolvimento e frutos para a organização do sistema público de saúde no Brasil.

O que nos importa salientar, aqui, é o fato de que, na prática, mantiveram-se as habilitações assumidas a partir da NOB 01/96 e, em alguns casos, após a NOAS 01/02. No estado de São Paulo, por exemplo, dos 645 municípios, 263 (aproximadamente 41%)

ainda não se habilitaram pela NOAS, mantendo a habilitação assumida pela NOB 01/96. Isso significa que os municípios não são todos, ainda, gestores plenos de seus sistemas de saúde, e que os estados que são gestores plenos continuam pagando os prestadores de serviços localizados nos municípios com gestão plena da atenção básica.

3.5. A Política de Saúde no Estado de São Paulo

Assim como acontecia na assistência à saúde em todo o Brasil, também no estado de São Paulo a Secretaria de Estado da Saúde realizava em sua rede própria de centros de saúde, até início dos anos 80, ações preventivas, de vigilância sanitária e epidemiológica. A rede hospitalar estadual, para além dos grandes hospitais universitários, concentrava-se nas áreas de tuberculose, hanseníase e psiquiatria. Os demais serviços de assistência médica eram restritos aos contribuintes do sistema previdenciário, provisionados pelo Ministério da Previdência Social através de seus serviços próprios ou contratados da iniciativa privada (Mendes, 2006: 8).

Em 1983 iniciou-se no âmbito nacional o Programa de Ações Integradas em Saúde – AIS, que visava a integração dos serviços públicos através da realização de convênios com o Ministério da Saúde, o Ministério de Previdência Social, as Secretarias Estaduais e, posteriormente, as Secretarias Municipais. Estas propiciaram o surgimento do SUDS, em 1987, pelo qual a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo passou a dirigir a superintendência estadual do INAMPS, recebendo em consequência a gerência (estadualização) dos serviços hospitalares e ambulatoriais próprios da previdência (Mendes, 2006: 9). Em seguida, com a instituição do SUS, o estado de São Paulo rapidamente municipalizou as unidades de saúde estaduais que prestavam serviços de atenção básica, dada a experiência acumulada durante a vigência do SUDS.

Dentro desse processo, a Secretaria Estadual promoveu uma reforma administrativa em 1995, transformando os antigos 62 Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs), que coordenavam a descentralização nas diferentes regiões do estado, em 24 Direções Regionais de Saúde (DIRs). Esta estrutura manteve-se até 28 de dezembro de

2006, quando, pelo Decreto nº 51.433, foram extintas as DIRs de Santo André, Mogi das Cruzes, Franco da Rocha, Osasco, Assis, Botucatu e São José dos Campos. As demais foram renomeadas, passando a se chamar Departamentos Regionais de Saúde – DRS, em número de 17. Elas estão divididas da seguinte maneira:

Quadro 3.4: Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo.

<i>DRS</i>	<i>Região</i>	<i>DRS</i>	<i>Região</i>
DRS I	Grande São Paulo	DRS X	Piracicaba
DRS II	Araçatuba	DRS XI	Presidente Prudente
DRS III	Araraquara	DRS XII	Registro
DRS IV	Baixada Santista	DRS XIII	Ribeirão Preto
DRS V	Barretos	DRS XIV	São João da Boa Vista
DRS VI	Bauru	DRS XV	São José do Rio Preto
DRS VII	Campinas	DRS XVI	Sorocaba
DRS VIII	Franca	DRS XVII	Taubaté
DIR IX	Marília		

Fonte: SES/SP

Os DRSs auxiliam tanto no processo de organização quanto de planejamento, avaliação e monitoramento em saúde no estado. Com o avanço da municipalização da atenção básica em saúde, as Secretarias Estaduais deixaram de ter o papel de provedoras de ações de promoção, prevenção ou assistência básica em saúde. Por outro lado, elas mantiveram alguns hospitais e ambulatórios de especialidade sob sua gestão, que são referências regionais para média e alta complexidade. Os Departamentos Regionais supervisionam tanto os hospitais e ambulatórios regionais do estado, quanto auxiliam os municípios na execução das suas políticas locais de saúde, quando solicitados para tal. A SES/SP mantém também sob sua gestão autarquias e hospitais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde, as chamadas OSS, que já somam hoje 19 no estado de São Paulo⁵.

O papel do estado, entretanto, tornou-se bastante impreciso após a

⁵ As OSS são hospitais públicos gerenciados pela iniciativa privada, com reconhecimento na área da saúde e escolhidas por concorrência pública, que recebem do estado recursos mensais para a manutenção do hospital, cujos funcionários são contratados da parceira privada, mas com atendimento exclusivamente SUS. Atualmente esse modelo de gestão vem se difundindo pelo país, e estados como Minas Gerais e Piauí já o adotaram para o gerenciamento de hospitais públicos. A principal vantagem que ele apresenta é a possibilidade de contratação de pessoal sem que o sistema previdenciário estadual seja inflado, já que os funcionários são contratados pela iniciativa privada.

municipalização dos serviços básicos e transferência de responsabilidades aos municípios, em especial aqueles de gestão plena. Embora seja responsável pelos serviços de maior complexidade, não há nenhuma delimitação clara dos serviços que deve disponibilizar, ou de como e quais municípios deve auxiliar. Os auxílios estaduais acabam acontecendo, muitas vezes, com base em critérios políticos. Ademais, ainda que deva cuidar da regionalização da saúde, ou seja, da prestação regional de serviços de saúde, viabilizando o cuidado integral para todos os cidadãos, inclusive aqueles das cidades menores e com menos recursos instalados, com a autonomia federativa dos municípios estes acabam criando dificuldades para a regionalização, uma vez que um hospital de maior complexidade localizado no município *A*, embora tenha pactuado na Comissão Intergestores Bipartite que atenderia os munícipes dos vizinhos *B* e *C*, acaba “fechando suas portas” a estes, com a alegação de superlotação no hospital, e reservando vagas para os cidadãos de *A*. O estado, por sua vez, não tem como cobrar de *A* uma postura diferente, dado que os recursos do SUS vão diretamente para o Fundo Municipal de Saúde de *A*, que os utiliza como lhe convém, e que não existem mecanismos estaduais eficazes de regulação de vagas.

Enfim, o papel “regulatório” do estado acaba encontrando dificuldades para ser exercido, num contexto de federalismo pulverizado como o brasileiro, no qual os municípios não agem em termos regionais, mas sim isoladamente, apenas em função de seus próprios eleitores, e não contam com o papel “ordenador” ou “regulador” do estado – já que dependem, majoritariamente, dos repasses do governo federal.

3.5.1. O avanço da municipalização em São Paulo

O avanço da descentralização, em termos de repasse de responsabilidades para estados e municípios, é evidente. Se no início do processo de descentralização (1993) menos de 25% dos municípios haviam se habilitado em alguma das formas de gestão dos serviços locais de saúde, em 2000 aproximadamente 99% dos municípios já se encontravam habilitados (Arretche, 2002). Ademais, muitos (ainda que não a maioria) assumiram a responsabilidade por todos os serviços locais, e não apenas aqueles de atenção básica, habilitando-se na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. No estado de São Paulo, o

avanço da descentralização, que se iniciou antes mesmo da Constituição de 1988, pode ser claramente percebido pelos mapas de acompanhamento desse processo:

Esta seção estará voltada para demonstrar, com base nos números de municípios habilitados em algum tipo de Gestão – se Plena da Atenção Básica ou Plena do Sistema Municipal – no estado de São Paulo, a evolução do processo de municipalização da saúde no estado. Para tal, iremos trabalhar com mapas sobre o número de municípios que assumiram alguma forma de gestão dos serviços de saúde, desde 1994 até 2003.

Figura 3.1: Distribuição dos municípios por tipo de gestão (1994)

Fonte: SES/SP

Até 1996, com a publicação da NOB-SUS 01/96, a habilitação dos municípios dividia-se em três categorias possíveis: Semi Plena, Parcial e Incipiente. Em 1994, como demonstra o mapa acima, somente 36,32% dos 645 municípios paulistas estavam habilitados em algum tipo de gestão, sendo que os demais 63,68% (398 municípios) não haviam se habilitado em nenhuma das três formas de gestão do SUS.

A publicação da Norma Operacional Básica de 1996, no entanto, representou um ponto de inflexão no processo de descentralização dos serviços de saúde no estado de São Paulo. Se antes de sua publicação a maioria dos municípios paulistas não havia se enquadrado em nenhum tipo de gestão, nem mesmo na incipiente, a partir de 1996 este quadro começou a se reverter: 54,26% dos municípios estavam habilitados em alguma das

formas de gestão, embora a maioria destes houvesse se habilitado na gestão incipiente, conforme demonstra o mapa abaixo.

Todavia, embora muitos municípios tivessem se habilitado, 45,74% ainda não o haviam feito, e muitos ainda estavam habilitados na gestão incipiente, na qual a responsabilidade do gestor municipal era pequena, continuando o governo estadual a ser o principal gestor dos serviços locais de saúde. Esse quadro vai se reverter apenas em 1998, com o início da fase da descentralização dirigida: quase 25% dos municípios se habilitam como Gestores Plenos do Sistema Municipal de Saúde, assumindo a responsabilidade por todos os serviços locais, inclusive os de média complexidade, e outros 69,15% já se habilitaram na Gestão Plena da Atenção Básica. Apenas 41 municípios, que representam 6,36% do total, ainda não se habilitaram em algum tipo de gestão.

Figura 3.2: Distribuição dos municípios por tipo de gestão (1998)

Fonte: SES/SP

A partir de então, a grande maioria dos municípios paulistas estava habilitada, dando sequência ao processo de municipalização da saúde nos moldes pensados pelo Ministério da Saúde. Como restavam poucos a se habilitar, a evolução após este ponto do processo foi mais lenta: em 1999, este número caiu para 32 municípios, ou 4,96% do total. Em 2000, este número caiu ainda mais, baixando de 4,96% dos municípios sem habilitação para 0,93%, como demonstra o mapa abaixo. A municipalização proposta na NOB 01/96

estava praticamente concluída⁶, conforme o mapa abaixo.

Figura 3.3: Distribuição dos municípios por tipo de gestão (2003)

Fonte: SES/SP.

O processo de adesão a NOAS, entretanto, não obteve o mesmo êxito. Até março de 2004 mais de 40% dos municípios paulistas ainda não havia se habilitado em uma das formas de gestão criadas pela NOAS, de 2002. Mas, conforme dito anteriormente, continuou valendo a forma de habilitação anterior, pela NOB 01/96, até 2005, quando foram abolidas as habilitações, em favor do chamado “Pacto de Gestão do SUS”, que introduziu a necessidade de pactuação, entre os gestores municipais e o estadual, acerca das responsabilidades assumidas após a assinatura do Pacto. Cada município deve, portanto, assinar um pacto, ou seja, um compromisso em relação a prestação de serviços municipais e de compra de serviços de outros municípios de sua região, de forma a organizar a regionalização da saúde nos estados. Em São Paulo, no entanto, a pactuação ainda não aconteceu, continuando a valer a habilitação até então assumida, seja pela NOB 01/96, seja pela NOAS, conforme a habilitação de cada município.

Enfim, a análise do número de municípios habilitados em algum tipo de gestão ao longo dos anos de 1994 até 2003 demonstra que houve uma marcante alteração no padrão de gestão dos serviços de saúde no estado de São Paulo. Enquanto que em 1994 apenas 36,32% dos municípios estavam habilitados em algum tipo de gestão, em 2003 este

⁶ Apenas em 2000 a cidade de São Paulo, que até então não estava habilitada em nenhuma modalidade de gestão, assume a Gestão Plena da Atenção Básica, abandonando o modelo de saúde implementado no governo do Prefeito Paulo Maluf – o PAS.

número correspondia a 99,7% dos municípios, ou seja, quase todos os municípios paulistas. Dessa forma, levando-se em consideração apenas o número de municípios habilitados em algum tipo de gestão, podemos afirmar que o processo de descentralização do SUS foi realmente bem sucedido, passando a maioria dos serviços de saúde que eram estaduais para as mãos do gestor municipal, em especial os serviços de atenção básica, como Postos, Centros e Unidades Básicas de Saúde.

Isso não significou, entretanto, que todos os serviços tenham igualmente conseguido prover serviços de saúde aos seus munícipes. Ao contrário, como veremos no próximo capítulo, a adesão ou não às formas de gestão não garantiu a mesma oferta, acesso ou recursos disponibilizados para a saúde pelas prefeituras municipais do Estado de São Paulo. Daí, conforme apontaremos, a necessidade de se estudar os processos de descentralização das políticas sociais no Brasil não apenas com base na adesão ou não a regras, mas também olhando para os resultados alcançados por estas políticas, após a sua implementação.

3.6. Conclusão

O processo de descentralização enquanto assunção de responsabilidades pelos entes subnacionais a uma das formas de gestão do SUS fora amplamente estudado pela literatura de políticas públicas, e a variável *dummy* “assumiu ou não uma das formas de gestão” serviu de base para diversos trabalhos sobre os resultados desse processo. Entretanto, com o fim das habilitações, a partir de 2004, a questão que surge é: como podemos analisar os “resultados da descentralização” saindo da dicotomia “assumiu ou não a gestão do SUS”? Ademais, até que ponto essa variável ajuda-nos a explicar de fato os resultados da política de saúde após o processo de descentralização? Acreditamos que, para compreendermos os resultados alcançados pelas políticas públicas *per se*, e não pelo processo de sua implantação – no caso da saúde, a habilitação em uma das formas de gestão –, é preciso analisar o resultado obtido pelo desenvolvimento da própria política.

Sendo assim, analisaremos a partir daqui o resultado obtido pela descentralização da política de saúde no Brasil não a partir da adesão ou não dos municípios às formas de gestão do SUS, mas sim da análise dos indicadores de acesso,

oferta e financiamento dos serviços de saúde, em termos de diminuição ou não das disparidades regionais (capítulo 4) e das possíveis explicações para as variações encontradas nos diferentes municípios paulistas (capítulo 5).

4

DESCENTRALIZAÇÃO GERA DESIGUALDADES?

A Atuação Federal na Política Local de Saúde

4.1. Introdução

No capítulo anterior tratamos das fases do processo de descentralização da política de saúde no Brasil, nas quais a participação do governo federal foi distinta: ora deu maior liberdade de ação aos governos municipais (fase da descentralização autonomista), ora restringiu-a, impondo limites as suas escolhas em termos de política de saúde a ser desenvolvida localmente (fase da descentralização dirigida). O que se verifica ao analisarmos as fases desse processo é que elas lograram aumentar os gastos *per capita* em saúde e ampliar o acesso aos serviços públicos, mas, no entanto, nem a fase inicial, autonomista, nem a seguinte, centralmente dirigida, conseguiram diminuir as desigualdades existentes, tanto quando comparamos diferentes estados (desigualdades inter-regionais), quanto quando comparamos diferentes municípios de um mesmo estado (desigualdades intra-regionais). Considerando a segunda fase mais “centralizadora” do que a primeira, dialogamos com a literatura que assevera que países unitários e mais centralizados geram, via de regra, menores desigualdades do que aqueles mais descentralizados, como é o caso das federações, dada a maior quantidade de atores com poder de veto destes sistemas. Manow (2005), analisando a federação alemã, afirmou: “Federalism can be a powerful institutional impediment to substantial redistribution” (p.260).

Sendo assim, podemos comparar políticas, em termos de grau de (des)centralização, e afirmar que quanto mais centralizado o seu desenho, maiores as chances de haver redistribuição? Conforme tentaremos aqui demonstrar, a

“recentralização” da atenção básica em saúde no Brasil não foi suficiente para minorar as persistentes desigualdades em saúde. Somado a isso, propomos que o desenho institucional da política, ao manter o universalismo característico do SUS, amplia os repasses de maneira homogênea, não focando nos municípios e regiões mais carentes, e, portanto, não conseguindo combater as desigualdades em saúde, persistentes na história de nossas políticas sociais. Weyland (1996), observando os resultados da descentralização da saúde no final dos anos 80, com a introdução do SUDS (predecessor do SUS), asseverou:

Altogether, the new democracy has effected very little equity-enhancing change in health care. The sanitary movement has clearly fallen far short of attaining its redistributive goals. Given that the authoritarian regime also achieve some success in broadening medical service coverage, the impact of the regime change on policy outputs in this area seems minor (Weyland, 1996: 180).

E, conforme este capítulo procura demonstrar, nem a universalização da saúde introduzida pela nova Constituição, nem as mudanças institucionais introduzidas pelo SUS ao longo dos anos 90 foram suficientes para aumentar a equidade do sistema. Sugerimos, enfim, que a persistência das desigualdades no Brasil talvez não possa ser compreendida apenas com base em uma das duas dicotomias: centralização versus descentralização, ou focalização versus universalismo, mas que é preciso analisá-la levando-se em consideração a combinação de universalização com descentralização, em um contexto de ampla autonomia municipal.

Para dar conta dessas questões, o capítulo está dividido em três partes, além desta introdução. Na primeira será apresentada a literatura que trabalha com a relação entre federalismo, descentralização e gastos sociais, com a qual o capítulo discute, questionando-a. Em seguida, apresento as análises dos dados sobre desigualdades inter e intra-regionais, divididas em dois sub-itens: primeiramente tratamos das desigualdades inter-regionais em saúde no Brasil, procurando demonstrar como a descentralização dirigida não conseguiu sequer minorá-las e, depois, demonstramos que as desigualdades em saúde não são apenas fruto das desigualdades sócio-econômicas regionais, históricas no federalismo brasileiro, dado que elas persistem mesmo quando comparamos municípios de um único estado, ainda que seja este o estado mais rico da federação – o estado de São Paulo, e o mais desenvolvido tanto em termos econômicos quanto em relação à própria área da saúde pública (Hochman, 1998). Por fim, apresentamos as conclusões sobre os dados

apresentados, que nos servirão de base para uma tentativa de explicação das *diferentes capacidades municipais de provisão dos serviços de saúde*, conforme veremos no capítulo seguinte.

4.2. Desigualdades em Saúde no Brasil

No federalismo brasileiro, dado o seu caráter trino, às brutais desigualdades entre estados se somam as desigualdades entre municípios, que gerem de maneira autônoma os seus recursos e, portanto, não contam com o “papel equalizador” do nível de governo “superior” – no caso, os estados – para a redução das desigualdades sociais ou para o equacionamento de problemas de escala, tão comuns a municipalidades de pequeno porte. O papel equalizador dos governos federais foi analisado por cientistas políticos que salientam a relevância deste nível de governo, nas federações, para a diminuição das desigualdades entre diferentes estados. Conforme sintetizou Arretche (2003) acerca da política de saúde:

A análise dos sistemas descentralizados de saúde mostra que o desempenho dos governos locais é em grande parte resultado do desenho institucional dos sistemas nacionais. Bossert (1996) demonstra como as ações dos governos locais dependem da extensão e da forma em que suas decisões são reguladas pela autoridade central. Banting (2001) demonstra que países federativos que alcançaram reduzir significativamente as diferenças regionais no acesso aos serviços de saúde são aqueles que concentraram autoridade no governo federal e desenvolveram abrangentes sistemas de transferências inter-regionais, assim como federações que concentraram autoridade no governo federal e instituíram mecanismos efetivos de coordenação intergovernamental foram mais efetivas em políticas de redução dos custos (Arretche, 2003: 334/335).

Extremamente descentralizada e com baixa capacidade coordenativa entre municipalidades¹, a federação brasileira tem de enfrentar dois tipos distintos de desigualdades: as desigualdades inter-regionais, decorrentes das diferenças sócio-econômicas dos estados, e as desigualdades intra-regionais, decorrentes das diferenças entre os municípios de cada estado. Diversos trabalhos (Affonso e Silva, 1995; Guimarães Neto, 1997; Lavinhas *et al.*, 1997a, 1997b; Selcher, 1998; Almeida, 2005) demonstraram a persistência das desigualdades regionais (seja de renda, educação ou saúde) mesmo após a redistribuição de recursos promovida pela Constituição de 1988. Aliás, como bem lembrou Affonso (1996), “a ampliação da receita e do gasto descentralizado nas regiões mais

¹ A polêmica questão das regiões metropolitanas é um exemplo da baixa capacidade governativa entre os municípios: sempre pautada, mas até hoje não solucionada pelo federalismo brasileiro.

carentes do país não significa, necessariamente, uma distribuição mais equitativa do dispêndio público” (Affonso, 1996: 09). Outros, ainda, trataram de pontuá-la, sinalizando-a como um dos grandes problemas a ser enfrentado pela descentralização de políticas públicas, que encontra resultados diferenciados, em diferentes contextos inter e intra-regionais. Conforme afirmou Souza (2002):

As evidências empíricas (...) mostram que a maioria dos municípios não tem capacidade para expandir a arrecadação de impostos nem é capaz de financiar nenhuma atividade além do pagamento dos servidores públicos, muitos com salários abaixo do mínimo, e de desempenhar, com recursos transferidos para tal fim, algumas atividades relacionadas à prestação de serviços de saúde e educação. Esses municípios não possuem atividade econômica significativa e são caracterizados pela extrema pobreza de suas populações. Dessa forma, as desigualdades inter e intra-regionais anulam o objetivo último da descentralização, que é o de permitir maior liberdade alocativa aos governos e às sociedades locais. Além do mais, ao restringir os recursos federais, a descentralização também constrange a política de transferência de recursos das regiões economicamente mais desenvolvidas para as menos desenvolvidas via ações e recursos federais. Mesmo em países como o Brasil, onde existem mecanismos de transferência desses recursos, como é o caso do FPM, esses mecanismos têm pouco impacto para o enfrentamento das heterogeneidades regionais. Essas questões demonstram os limites da descentralização em países caracterizados por extremas desigualdades inter e intra-regionais (Souza, 2002: 437/8, grifos meus).

Todavia, embora apontada, a questão da descentralização face às desigualdades regionais ainda não foi demonstrada empiricamente pela literatura. Essa seção trata das desigualdades inter e intra-regionais, mas de um tipo específico de desigualdade: as **desigualdades sociais em saúde**, ou seja, as desigualdades oriundas dos diferentes níveis de provisão dos serviços públicos de saúde por estados e municípios, em termos de oferta, acesso e financiamento. Assim, estaremos aqui tratando dos **resultados da política de saúde e as desigualdades decorrentes dos diferentes níveis de sua provisão**.

Antes, entendemos necessário distinguir dois conceitos invocados nas discussões acerca do tema, mas muitas vezes utilizados erroneamente como sinônimos: igualdade e equidade. Igualdade é o “princípio segundo o qual todos os homens são submetidos à lei e gozam dos mesmos direitos e obrigações”, segundo o dicionário Houaiss. Assim, todos os cidadãos são entendidos como iguais e, portanto, merecem igual tratamento por parte do Estado. Equidade, por outro lado, é um conceito que incorpora a noção de justiça. A iniquidade, portanto, pode ser considerada como uma “desigualdade injusta”. Rawls (1995 *apud* Medeiros, 1999), ao tratar da noção de justiça, afirma que o

tratamento desigual pode ser justo quando beneficia o indivíduo mais carente – aquele que merece maior atenção por parte do Estado. Conforme bem diferenciou Marcelo Medeiros:

Pelo princípio da igualdade, todos os indivíduos devem receber tratamento igual. Implícita nessa noção está a idéia de que os indivíduos são todos iguais, têm os mesmos direitos e, portanto, merecem os mesmos recursos. Por esse princípio, uma pessoa rica deve ter absolutamente o mesmo tratamento e, portanto, merece a mesma fração dos recursos públicos que uma pessoa pobre. (...) A igualdade é, pois, baseada em direitos adquiridos pela participação na coletividade, os direitos de cidadania.

O princípio da equidade reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamento diferenciado que elimine (ou reduza) a desigualdade. Neste caso, os indivíduos pobres, por exemplo, necessitam de mais recursos públicos que os indivíduos ricos (Medeiros, 1999: 4).

Frente a isso, podemos afirmar que as políticas sociais focalizadas levam em consideração o conceito de equidade, promovendo uma “discriminação positiva”, ou seja, focando seus esforços e recursos naqueles cidadãos que necessitam da atenção especial do Estado. Os demais podem conseguir se sustentar autonomamente e, portanto, não demandam cuidados específicos por parte do Estado. Pensando nos termos de Esping-Andersen (1990), políticas de bem-estar social do tipo liberal, portanto, centram-se na proteção mínima necessária apenas àqueles cidadãos em situação de maior vulnerabilidade, ao passo que políticas do tipo social-democrata apóiam-se em princípios de igualdade: todos são considerados iguais e merecem, por parte do Estado, tratamento igualitário, independentemente de seu nível de renda e da sua capacidade econômica para adquirir os serviços dos quais necessita.

Esses conceitos dão sustentação aos tipos de sistemas de saúde existentes. Sistemas do tipo universal consideram que todos os cidadãos são iguais e merecem igual tratamento por parte do Estado. Assim, todos, independentemente do nível de renda, têm acesso aos serviços de saúde – os quais, todavia, podem ou não ser oferecidos em sua integralidade, o que significa que alguns sistemas podem excluir algumas patologias do rol de serviços prestados, sem que deixem de ser universais (para todos). Como exemplos de sistemas universais podemos citar o canadense e o inglês, além do brasileiro. Sistemas não-universais, por sua vez, provêm serviços apenas àqueles cidadãos que não podem arcar, com meios próprios, pelos serviços dos quais necessitam. Estes sistemas são, então, focados nos cidadãos mais carentes. Esse é o caso da assistência à saúde nos Estados

Unidos.

Todavia, a existência de sistemas universais não significa a ausência de desigualdades em saúde, ou de desigualdades no acesso a serviços de saúde. Voltaremos aqui para essa questão, mostrando como as desigualdades em saúde – ou, mais especificamente, no acesso a serviços de saúde – continuaram a existir no Brasil, tanto em termos inter quanto intra-regionais, após a criação do Sistema Único de Saúde e depois da implementação do Piso Assistencial Básico, isto é, da fase que denominamos dirigida.

Conforme dito anteriormente, a “descentralização autonomista” punia aqueles municípios e estados que não possuíam muitos serviços instalados, como postos de saúde e hospitais, dado que vinculava o financiamento do sistema à série histórica de produção. Portanto, ela mantinha as desigualdades historicamente existentes, criando dificuldades para aqueles que produziam pouco e desejavam ampliar a sua rede de serviços, já que disponibilizava a eles poucos recursos. De acordo com Renilson Rehem de Souza (2003), ex-Secretário de Assistência à Saúde do Ministério,

Em 1994 não se fazia a distinção entre o financiamento da Atenção Básica e da Média e Alta Complexidades. Os valores dos tetos financeiros contemplavam, segundo a série de portarias que os regulamentou, todos os procedimentos catalogados nos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar (SLA e SIH), agentes comunitários de saúde e medicamentos excepcionais.

Esses tetos financeiros foram estabelecidos tendo por referência, ainda, a série histórica de gastos do Inamps e, por consequência, a capacidade instalada dos estados [e municípios]. Essa lógica manteve as desigualdades anteriores e, desse modo, observa-se que os menores valores per capita são os dos estados do Norte e Nordeste (...) (Souza, 2003: 451; grifos meus).

A fase dirigida, por sua vez, trouxe avanços importantes, quando analisamos os resultados da política de saúde, principalmente em função da quantidade de recursos injetados no setor. Para analisar esses avanços vamos nos basear aqui em dados de uma pesquisa realizada pela OMS, OPAS e IPEA, com o intuito de medir as desigualdades em saúde nos diferentes estados brasileiros (Nunes *et al.*, 2001). Os dados, entretanto, foram atualizados, já que a maioria deles ia, nesta pesquisa, até o ano de 1999. Ademais, considerando que um dos objetivos dessa pesquisa fora o de propor um instrumento de monitoramento a ser aplicado não apenas ao nível nacional e/ou estadual, mas também no

municipal, apresentaremos também a aplicação desse instrumento aos municípios do estado de São Paulo, para a análise das desigualdades intra-regionais.

Considerando, portanto, três aspectos aqui apresentados:

- i. Que, conforme aponta a literatura, a centralização facilita a diminuição das desigualdades, visto que se utiliza seu poder “equalizador” para a melhor distribuição de recursos e conseqüente equiparação das condições sociais;
- ii. Que a criação do PAB representa certa “recentralização” do poder decisório em saúde, uma vez que repassa recursos aos municípios com a condição de que estes os utilizem em alguns serviços básicos considerados como prioritários pelo nível central;
- iii. E, por fim, que o início da fase dirigida significou, para o desenvolvimento do SUS, a tentativa de diminuição das desigualdades regionais, fortemente relacionadas com as diferentes capacidades instaladas, uma vez que passou a transferir os mesmos recursos *per capita* aos municípios, independentemente da quantidade de serviços disponíveis;

Buscaremos demonstrar que as desigualdades regionais se mantiveram mesmo após a fase dirigida, dando indícios de que políticas de base igualitária não são capazes de superar problemas sociais que necessitam de tratamento desigual, ou seja, que necessitam de focalização, considerando as gritantes desigualdades tanto inter quanto intra regionais brasileiras. Com isso, demonstraremos empiricamente as diferenças também ao nível municipal, além das conhecidas diferenças regionais, comparando os dados dos municípios paulistas para, no capítulo seguinte, buscar entender as variáveis explicativas para as desigualdades em saúde nos diferentes municípios de um único – e rico – estado.

Para tal, vamos abordar três tipos de dimensões da desigualdade, a partir de indicadores de periodicidade anual, analisados separadamente: **oferta** (recursos humanos e capacidade instalada); **acesso e utilização de serviços**; **financiamento**. Esses, somados a

três outros (qualidade da atenção, situação de saúde e saúde e condições de vida)², foram detalhadamente tratados por Nunes *et al.* (2001) no âmbito nacional, ou seja, através da comparação entre estados – desigualdades inter-regionais, para os anos de 1992 e 1999. Passaremos rapidamente por estas, incluindo novas variáveis em cada uma das dimensões³ e complementando os dados obtidos por aquele estudo, de forma a atualizá-lo e tornar possível a análise da fase dirigida. Em seguida, focalizaremos nas desigualdades entre municípios, tema central deste trabalho. Analisaremos – sempre que os dados forem suficientes – o comportamento das variáveis nas duas fases distintas, a autonomista e a dirigida, intentando captar o comportamento das desigualdades regionais nos dois períodos.

4.2.1. As desigualdades inter-regionais

A introdução do PAB a partir de 1998 gerou, conforme dito anteriormente, ampliação dos recursos para a saúde em todas as unidades da federação. Ademais, ao repassar valores *per capita* diferenciados para estados e municípios, variando entre R\$ 10,00 e R\$ 18,00, o Piso conseguiu diminuir as disparidades existentes *em relação aos repasses federais aos estados*, conforme podemos perceber pelos dados abaixo:

---

² Não iremos aqui tratar desses três outros indicadores, pois, embora tenham sido analisados pelos epidemiologistas (Nunes *et al.*, 2001) como instrumentos para medir desigualdades em saúde, a análise dos mesmos requer conhecimentos específicos em epidemiologia e saúde pública, campo no qual não me proponho a entrar, pela falta do domínio necessário. Isso não significa, no entanto, que seus resultados não reflitam opções político-institucionais adotadas na área da saúde.

³ Estas serão listadas e detalhadas em cada uma das seções que compõem o capítulo.

Tabela 4.1: Valores *per capita* da atenção básica (em R\$ 1,00) repassados pelo Ministério da Saúde, por unidade federada, 1997 a 2001.

<i>UF</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>jun/01</i>	<i>Varição % (1997-2001)</i>
AC	7,58	13,28	16,83	19,89	29,96	295,3%
BA	6,53	14,15	16,00	18,21	20,88	219,8%
PA	6,65	13,90	16,75	18,61	20,58	209,5%
TO	9,75	14,82	19,43	24,36	29,75	205,1%
ES	5,94	12,28	13,40	14,49	17,98	202,7%
DF	8,83	13,32	16,78	20,79	24,71	179,8%
AM	6,40	11,82	13,83	14,75	16,81	162,7%
AP	8,89	12,80	15,62	17,36	22,57	153,9%
MS	8,93	12,69	14,46	16,38	21,71	143,1%
AL	11,98	16,76	20,52	24,31	27,59	130,3%
RO	9,92	14,33	17,76	21,58	22,84	130,2%
RS	6,34	11,66	13,19	14,38	14,46	128,1%
SE	12,27	16,97	19,28	22,76	27,00	120,0%
MA	10,07	15,81	17,75	20,19	22,00	118,5%
CE	12,10	16,91	19,25	22,64	25,85	113,6%
PB	11,25	15,37	17,73	21,04	24,03	113,6%
RR	9,31	12,95	14,39	15,84	19,70	111,6%
GO	8,62	12,39	14,08	15,28	18,21	111,3%
SC	8,56	12,53	14,16	15,83	17,17	100,6%
RN	10,78	14,88	16,94	19,99	21,46	99,1%
PI	13,12	16,97	18,68	21,46	25,80	96,6%
PE	12,18	16,22	19,13	22,59	22,85	87,6%
RJ	8,54	11,44	12,63	13,24	14,00	63,9%
MT	12,73	14,35	15,94	17,65	20,78	63,2%
MG	12,69	13,91	14,99	16,30	17,84	40,6%
SP	9,77	11,06	12,37	12,65	13,56	38,8%
PR	13,9	13,66	16,09	17,85	18,00	29,5%

Fonte: Secretaria Executiva, Ministério da Saúde *apud* Souza (2002, p.422)

Entretanto, isso não se traduziu numa diminuição das desigualdades em saúde quando considerados não apenas os repasses federais, mas os gastos totais (incluindo as complementações financeiras estaduais/municipais), o acesso aos serviços de saúde e a oferta disponível. Nas palavras de Nunes (2004), em seu estudo sobre a alocação equitativa de recursos públicos federais no SUS,

Não obstante a persistência de grandes desigualdades é inegável que se avançou em diversos setores, especificamente no que se relaciona à atenção à saúde. Observou-se uma sensível melhora em diversos indicadores. O mais importante deles, a taxa de mortalidade infantil, se reduziu de 49,4 (em 1990) para 27,43 (em 2001) por mil nascidos vivos (NV). Entretanto, as diferenças entre os estados brasileiros são um bom exemplo da manutenção das desigualdades. Enquanto no Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná as taxas de mortalidade infantil de aproximadamente 20 por mil NV, em Alagoas, Paraíba e Pernambuco essas taxas são de aproximadamente 60 óbitos por mil NV [Vianna et alii (2001)]. Em outras palavras, apesar da melhoria nos valores médios dos indicadores, as desigualdades relativas parecem se perpetuar ao longo do tempo (Nunes, 2004: 05).

Aqui, iremos analisar essas variáveis (oferta, acesso e financiamento), procurando demonstrar que elas ainda apresentam enormes disparidades inter e intra-regionais. Os dados utilizados para os dois tipos de desigualdades não são os mesmos, pois não há informações para todas as variáveis, em todos os anos, para os municípios. Assim, listaremos os indicadores e os anos obtidos em cada uma das seções, ou seja, na que trata das desigualdades inter-regionais e naquela das desigualdades intra-regionais.

Os indicadores atinentes às desigualdades inter-regionais foram selecionados com base no trabalho de Nunes *et al.* (2001), com a diferença de que, enquanto aquele trabalho analisou o comportamento dos indicadores selecionados apenas em dois anos distintos, comparando-os, aqui iremos analisá-los num longo período de tempo, o que nos permite comparar as duas fases da descentralização, captando o seu comportamento em termos de disparidades regionais.

As variáveis selecionadas, seus períodos e respectivas fontes são:

Quadro 4.1: Indicadores selecionados para cada uma das dimensões das desigualdades inter-regionais analisadas

<i>Dimensão</i>	<i>Indicador*</i>	<i>Ano</i>	<i>Fonte</i>
Oferta (recursos humanos e capacidade instalada)	Médicos/1.000 habitantes	1990 a 2004	IDB 2005
	Leitos hospitalares SUS/1.000 habitantes	1993 a 2003	IDB 2005
	Unidades ambulatoriais SUS/1.000 habitantes	Jul/1998 a Jul/2003	SIA/SUS
Acesso / utilização dos serviços de saúde	Consultas médicas SUS/habitante	1995 a 2004	IDB 2005
Financiamento	Gasto médio por atendimento ambulatorial (SUS)	1996 a 2000	IDB 2005
	Gasto médio por internação hospitalar (SUS)	1995 a 2004	IDB 2005

* As variáveis aqui analisadas constam na pesquisa patrocinada pela OMS/OPAS/IPEA (Nunes *et al.*, 2001), mas não se referem ao mesmo período apresentado nesta.
Fonte: DATASUS

Vejamos como cada conjunto dessas variáveis se comporta.

a) Oferta (recursos humanos e capacidade instalada)

Um dos indicadores mais utilizados para se medir desigualdades em saúde são aqueles relacionados à oferta de serviços. Capacidade instalada, medida através do número de unidades ambulatoriais e leitos hospitalares, e recursos humanos, ou seja, número de profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, odontólogos) disponíveis por habitante, são indicadores que expressam bem as capacidades e os esforços governamentais no sentido de prover serviços públicos de saúde. Diretamente afetadas pela riqueza das unidades de governo, estas variáveis captam com clareza as imensas desigualdades inter-regionais existentes no Brasil, em termos de oferta de serviços, conforme demonstram os dados abaixo.

Médicos por mil habitantes

A Organização Mundial da Saúde apontou, como número ideal de médicos por habitante, a relação um médico para cada mil habitantes. Esta relação, não consensual, acabou gerando discussões sobre a sua aplicabilidade, dadas as diferenças regionais existentes. Municípios com muitos hospitais especializados, por exemplo, terão certamente um número mais elevado de médicos por habitantes; municípios pequenos, com menos de mil habitantes e apenas dois médicos contratados pelo serviço público também apresentam elevada relação médico/habitante. Por outro lado, regiões pobres, com poucos recursos públicos para serem gastos em pessoal, apresentam taxas inferiores a este “mínimo”. Outras, por fim, não necessitam de uma relação como esta, dado que grande parte da população já conta com planos privados de saúde – como é o caso de São Caetano, no estado de São Paulo, com uma cobertura de planos privados de 100%. Enfim, esta “relação ideal” foi amplamente criticada e a própria OMS acabou descartando-a, divulgando oficialmente que “a definição de índices, como número de leitos ou médicos por habitantes depende de fatores regionais, sócio-econômicos, culturais e epidemiológicos, entre outros, que diferem de região para região, país para país. Isso torna impossível, além de pouco válido, o estabelecimento de uma “cifra ideal” a ser aplicada de maneira generalizada por todos os países do planeta” (OPAS, 2003).

No Brasil, o Ministério da Saúde divulgou, em 2002, uma Portaria Ministerial, a

Portaria Ministerial nº 1101, de 12/06/2002, que estabelece como parâmetro de comparação a relação 1 (um) médico para cada 1.000 habitantes. Não nos cabe aqui questionar a validade de padrões como este, no sentido da postura atualmente adotada pela OMS/OPAS; também não iremos julgar se a relação médicos/habitantes é ou não adequada para cada uma das regiões brasileiras. Iremos apenas demonstrar que esta relação é extremamente discrepante de uma região para outra e, portanto, útil para constataremos as desigualdades na oferta de serviços em saúde quando comparamos as regiões entre si.

Gráfico 4.1: Relação médicos/1.000 habitantes para as regiões brasileiras, 1990 a 2004.

Fonte: IDB 2005/DATASUS

Os dados acima demonstram que as regiões Sul e Centro-Oeste encontram-se bem próximas à média nacional, em termos de número de médicos por mil habitantes. A região Sudeste destaca-se pela distância apresentada em relação a essa média, apresentando números mais elevados. As regiões Norte e Nordeste, no entanto, encontram-se bem abaixo da média nacional, com destaque para a região Norte.

Vale notar, entretanto, que todas as regiões apresentam uma curva ascendente de crescimento, indicando que o número de médicos por habitante vem crescendo em todas elas. A pergunta que surge, então, é: será que vai haver uma convergência, considerando ainda que este crescimento não é infinito, ou seja, que a relação médico/habitante encontra um “ponto ótimo”, tendendo à estagnação? Considerando a taxa de crescimento anual média no número de médicos por mil habitantes⁴ e o “ponto de

⁴ Calculada com base numa regressão linear para cada uma das regiões, sendo a variável independente o

partida” das regiões, ou seja, o número de médicos no primeiro ano da série, 1990, podemos ter uma idéia do quanto essa convergência irá demorar a ocorrer:

Tabela 4.2: Taxa de crescimento anual no número de médicos por mil habitantes para as regiões brasileiras, 1990 a 2004.

<i>Região</i>	<i>Nº médicos/1.000 hab (1990)</i>	<i>Taxa de crescimento anual</i>	<i>t-stat</i>	<i>R² ajustado</i>
Norte	0.36	0.011	2.3	0.23
Nordeste	0.66	0.019	16.9	0.95
Sudeste	1.56	0.040	15.9	0.95
Sul	1.03	0.020	2.9	0.35
Centro-Oeste	1.08	0.034	11.5	0.90
Brasil	1.12	0.029	12.6	0.92

Fonte: IDB 2005/DATASUS

Como podemos perceber pelo t-estatístico, todas as taxas de crescimento foram significativas ($t > 2.0$). Entretanto, ao passo que as regiões Norte, Nordeste e Sul crescem a uma taxa igual ou inferior a 0.020 médicos por mil habitantes ao ano, a região Sudeste apresenta um crescimento de 0.040 médicos por mil habitantes ao ano. Somado a isso, enquanto que o número de médicos/1.000 habitantes naquelas regiões, em 1990, era de 0.36, 0.66 e 1.03, respectivamente, na região Sudeste era de 1.56. Portanto, além de sair de um patamar muito mais elevado em relação às demais, a região Sudeste apresenta ainda uma taxa de crescimento anual correspondente ao dobro daquela apresentada pelas três outras regiões citadas.

Considerando os parâmetros do Ministério da Saúde, as regiões Norte e Nordeste não conseguiram alcançá-lo mesmo após a introdução do PAB, do qual um dos aspectos centrais foi a promoção do Programa de Saúde da Família, que contém, obrigatoriamente, um médico em cada equipe de saúde da família instalada. Enfim, ainda que a fase da descentralização dirigida possa ter produzido um aumento no número de profissionais de saúde para todos os estados e regiões, ela não priorizou aqueles que já se encontravam em patamares mais baixos em relação à média nacional. Com isso, essas regiões apresentaram crescimento, mas a uma taxa bem inferior àquela apresentada pelas regiões mais desenvolvidas.

---

tempo (1990-2004) e a dependente o número de médicos por mil habitantes.

Vale ressaltar, todavia, que as regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentam elevadíssimas relações médicos/1.000 habitantes por existirem, nos estados do Rio de Janeiro e de Brasília, diversos hospitais federais. Ainda assim, retirando das médias regionais estes estados, a região Sudeste apresentaria uma taxa de crescimento anual de 0.037 e a região Centro-Oeste uma taxa de crescimento de 0.025. Ambas, portanto, continuariam acima da taxa de crescimento do país, de 0.022, mesmo quando excluídos o estado do Rio de Janeiro e o Distrito Federal.

Analisando a variação no número de médicos por mil habitantes entre os dois períodos da descentralização, ou seja, a fase da descentralização autonomista e dirigida, encontramos os seguintes resultados:

Tabela 4.3: Comparação entre as fases da descentralização – número de médicos por mil habitantes, regiões brasileiras.

<i>Região</i>	<i>Média anual</i>		<i>Variação entre fases (aumento percentual)</i>	<i>Razão entre taxas regional e nacional</i>	
	<i>Fase autonomista (90-98)</i>	<i>Fase dirigida (99-04)</i>		<i>Fase autonomista (90-98)</i>	<i>Fase dirigida (99-04)</i>
Norte	0,44	0,55	23,3%	0,4	0,4
Nordeste	0,73	0,86	17,4%	0,6	0,6
Sudeste	1,69	1,99	17,4%	1,4	1,4
Sul	1,17	1,36	15,7%	0,9	0,9
Centro-Oeste	1,20	1,46	20,9%	1,0	1,0
Brasil	1,24	1,46	17,1%	-	-

Fonte: IDB 2005/DATASUS

Como podemos perceber, houve uma variação percentual no número de médicos por mil habitantes maior na região Norte e Centro-Oeste do que nas demais. Todavia, lembrando que o Norte é a região que sai do pior patamar, isso não significa que este aumento foi capaz de igualá-la ou aproximá-la da relação médicos/habitantes apresentada pelas demais regiões. Somado a isso, uma atenção especial à razão entre as taxas regionais e nacional nos demonstra claramente que as desigualdades em relação à média nacional se mantiveram nas duas fases do processo de descentralização: em todas as regiões, as taxas médicos por mil habitantes mantiveram-se constantes, quando comparadas com aquelas apresentadas pela taxa média nacional. Se quiséssemos uma diminuição das desigualdades entre as distintas regiões, deveríamos encontrar um aumento na razão entre taxas das regiões com menor número de médicos por habitantes na fase dirigida, quando

comparada com a autonomista; por outro lado, encontraríamos uma diminuição da razão entre taxas das regiões mais desenvolvidas, quando comparamos os dois períodos. Isso significaria que todas as regiões estariam mais próximas à média nacional, ou seja, que a razão entre a taxa que apresentam e a taxa nacional estaria próxima de 1,0. Não foi, entretanto, o que ocorreu no período analisado⁵.

Leitos hospitalares SUS por mil habitantes

Um dos indicadores mais utilizados para se medir a oferta de serviços de saúde, em termos de capacidade instalada, é o número de leitos por habitantes. Mais utilizado para se comparar oferta entre estados ou regiões, uma vez que nem todos os municípios possuem – nem devem possuir, dado o seu porte populacional e conseqüente problema de economia de escala – leitos hospitalares locais, este indicador mede relativamente bem o esforço público no sentido de oferecer atendimento especializado, indo além do atendimento básico, menos complexo e, portanto, menos dispendioso.

No entanto, a política do Ministério da Saúde para os leitos hospitalares tem sido voltada para a diminuição no número de leitos e a chamada “política de desospitalização” dos pacientes, uma tendência mundial, em especial no que diz respeito aos leitos psiquiátricos, cuja orientação tem sido a de utilização dos chamados “hospitais-dia”, ou seja, o acompanhamento dos pacientes psiquiátricos sem a internação.

Sendo assim, os dados sobre leitos hospitalares no Brasil apresentam uma queda mais ou menos semelhante para todos os estados e regiões, conforme demonstram os dados abaixo:

---

⁵ Os dados para cada um dos estados encontram-se no Anexo II.

Tabela 4.4: Taxa de crescimento anual no número de leitos hospitalares (SUS) por mil habitantes para as regiões brasileiras, 1993 a 2003.

<i>Região</i>	<i>Nº leitos/1.000 hab (1993)</i>	<i>Taxa de crescimento anual</i>	<i>t-stat</i>	<i>R² ajustado</i>
Norte	1,95	-0,02	-2,4	0,32
Nordeste	2,87	-0,04	-5,3	0,73
Sudeste	3,64	-0,12	-11,6	0,93
Sul	3,87	-0,11	-16,7	0,97
Centro-Oeste	3,81	-0,10	-7,6	0,85
Brasil	3,35	-0,09	-11,8	0,93

Fonte: IDB 2005/DATASUS

Todas as regiões apresentam queda no número de leitos hospitalares do SUS por mil habitantes, seguindo a tendência descrita anteriormente. As regiões Norte e Nordeste apresentam uma taxa de queda anual menor do que aquela das demais regiões; entretanto, vale salientar que elas partem também de patamares mais baixos na relação leitos/habitantes, o que explica a diferença na queda anual. As regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste partiam todas, em 1993, de números acima de 3,5 leitos para cada mil habitantes, apresentando portanto maior “sobra” passível de ser eliminada, ou seja, leitos hospitalares em excesso.

Analisando os estados separadamente, o gráfico nos mostra, em primeiro lugar, que todos os estados diminuíram o número de leitos hospitalares no período entre 1993 e 2003 e, em segundo lugar, que a diferença entre os estados com maior e menor número de leitos para cada mil habitantes diminuiu consideravelmente.

Gráfico 4.2: Número de leitos por mil habitantes para os estados brasileiros, 1993 a 2003

Fonte: IDB 2005/DATASUS

Calculando a razão entre a maior e a menor taxa de leitos/mil habitantes para os anos de 1993, início da série, e 2003, último ano da série, percebemos que as disparidades nesse quesito de fato diminuíram: enquanto que no início essa razão era de 3,6, no último ano ela passou para 2,3, o que significa que o estado de Goiás, o campeão em número de leitos por habitantes, apresentava uma taxa 3,6 vezes maior do que o Pará, o estado com menor taxa em 1993, e passou a apresentar uma taxa 2,3 vezes maior do que o Amapá, o estado com menor taxa em 2003. Visualmente, a diminuição das disparidades inter-regionais fica clara, pelo gráfico acima, no que tange o número de leitos hospitalares. Mas, ainda, não deixa de ser significativa a diferença existente: o estado de Goiás, campeão no número de leitos, apresenta mais do que o dobro de leitos para os seus habitantes do que o estado do Amapá.

Unidades ambulatoriais SUS por mil habitantes

Outro indicador de capacidade instalada bastante utilizado é o número de unidades ambulatoriais por mil habitantes. Este, diferentemente do número de leitos, mede também a capacidade de atendimento primário em saúde, uma vez que as unidades ambulatoriais foram, em sua grande maioria, municipalizadas após a descentralização da saúde promovida pela Constituição de 1988 e pelas Normas Operacionais subsequentes.

Dessa maneira, ele é um indicador útil para medirmos não apenas as desigualdades regionais/estaduais, mas também para aferirmos a desigualdade na oferta de serviços entre diferentes municípios – as desigualdades intra-regionais, que trataremos na próxima seção.

Todavia, a série histórica disponível para número de unidades ambulatoriais não é tão longa quanto aquela relativa a leitos hospitalares, já que o pagamento dos atendimentos ambulatoriais não está relacionado à prestação de serviços por leitos ambulatoriais, mas sim a um valor *per capita*, conforme já explicado anteriormente. Sendo assim, a nossa série começa no ano de 1998, indo até 2003, anos para os quais os dados estão disponíveis no site do DATASUS. Esses dados, por outro lado, já nos são suficiente para analisarmos as disparidades regionais em termos de unidades ambulatoriais por habitante, embora não nos permita comparar as duas fases da descentralização – que necessitaria de dados anteriores a 1998. Mas vejamos o que os dados nos trazem.

Gráfico 4.3: Unidades ambulatoriais SUS por mil habitantes, regiões brasileiras, 1998-2003.

Fonte: SIA-SUS/DATASUS

Quando analisamos o número total de unidades ambulatoriais por cem mil habitantes, públicas ou que prestam serviços ao SUS, notamos um dado curioso: as regiões Norte e Nordeste – que nos demais indicadores apresentam os piores resultados – possuem maior número de unidades ambulatoriais por habitante do que a região Sudeste, que apresenta o menor número de unidades, encontrando-se bem abaixo da média nacional nesse quesito. Mesmo se levarmos em consideração a proporção de pessoas que utilizam

serviços privados de atenção básica, devido à utilização de planos privados de saúde, a região Sudeste continua apresentando uma relação unidades ambulatoriais/habitante pior do que aquela das demais regiões do país.

Tabela 4.5: Unidades ambulatoriais totais por mil habitantes, controladas pela população SUS-dependente⁶

<i>Região</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>Média 98-03</i>
Norte	0,35	0,38	0,39	0,39	0,41	0,38	0,38
Nordeste	0,37	0,39	0,41	0,43	0,45	0,46	0,42
Sudeste	0,34	0,35	0,35	0,37	0,39	0,40	0,37
Sul	0,56	0,56	0,55	0,57	0,59	0,56	0,57
Centro-Oeste	0,44	0,44	0,34	0,37	0,39	0,41	0,40
Brasil	0,40	0,41	0,40	0,42	0,44	0,44	0,42

Fonte: SIA-SUS e ANS/DATASUS

Controlando o número de leitos por habitante pela população SUS-dependente, ou seja, pela população que não conta com plano privado de saúde e que depende exclusivamente do SUS, as regiões Norte e Nordeste (onde essa população SUS-dependente é maior do que no Sudeste) apresentam resultados um pouco melhores, mas muito próximos daqueles da região Sudeste. A região Sul, por sua vez, apresenta a maior relação unidades ambulatoriais/habitante, encontrando-se bem acima da média nacional nesse quesito.

No entanto, vale ressaltar que embora os recursos do PAB para a atenção básica só possam ser gastos nesse nível de atenção, eles frequentemente complementados por recursos estaduais e municipais. No caso dos estados e municípios que não possuem serviços de maior complexidade, a maior parte dessa complementação concentra-se nesse nível de atenção. Quando há serviços de saúde de maior complexidade, como nos estados e alguns municípios do Sudeste, os recursos adicionais tendem a se concentrar nestes serviços, mais dispendiosos e que requerem maiores investimentos públicos. Com isso, pode haver uma grande absorção de recursos em serviços de alta complexidade, restando ao nível primário apenas os recursos já repassados pelo Ministério da Saúde, através do PAB, sem nenhuma – ou pouca – complementação estadual e/ou municipal.

b) Acesso / utilização dos serviços de saúde

⁶ Cálculo feito com base nos dados da ANS/DATASUS.

A utilização de serviços públicos de saúde está diretamente ligada à capacidade de provisão dos mesmos pelas unidades governamentais. Quanto maior a provisão, maior deve ser a utilização. Todavia, devemos salientar que esta última – utilização – não é unicamente determinada pela provisão. Acesso a serviços privados de saúde também influencia os dados de acesso dos serviços públicos. Num município como Itapirapuã Paulista, por exemplo, na região paulista do Vale do Paraíba, menos de 0,5% da população conta com plano privado de saúde; nesse caso, a utilização dos serviços públicos será bem maior do que aquela apresentada por São Paulo, onde aproximadamente 58% da população têm acesso à assistência médica privada (ANS/DATASUS).

Dois são os principais indicadores de utilização dos serviços de saúde: taxa de internações por habitante e taxa de consultas médicas por habitante. O número de internações por habitante é um dado interessante para compararmos, principalmente, estados e regiões. Todavia, assim como ocorre no caso dos leitos hospitalares, ele não é um bom indicador para desigualdades municipais, dado que com a grande parcela de pequenos municípios no Brasil, muitos não têm – e nem devem ter – hospitais locais; portanto, nesses municípios a taxa de internações SUS por cem habitantes será igual a zero, o que não significa que os serviços de saúde local são ruins, ou que há pouco esforço público para a prestação de serviços de saúde pública. Ao contrário, pode significar inclusive um melhor aproveitamento dos recursos públicos para o setor, uma vez que o gestor municipal pode utilizá-los para aquelas áreas que comportam num pequeno município, como prevenção, vacinação, serviços ambulatoriais e acompanhamentos básicos, transferindo o paciente para outros serviços de caráter regional que tenham serviços de maior complexidade.

Somado a isso, esse indicador apresenta um outro problema, relacionado às diretrizes atualmente em vigor no SUS: a política de “desospitalização”, com ênfase para a diminuição de leitos psiquiátricos. Como consequência, verifica-se no país uma diminuição da taxa de internações por habitantes, dificultando enormemente as análises sobre esse indicador, principalmente porque não existe um “parâmetro” de comparação estipulado por organismos nacionais e internacionais de saúde. Por este motivo, utilizaremos aqui, como indicador de utilização dos serviços de saúde, o número de consultas médicas do SUS por habitante/ano.

Para tratarmos das desigualdades inter-regionais em termos do acesso a consultas médicas, utilizaremos aqui o parâmetro estipulado pelo Ministério da Saúde, na Portaria Ministerial nº 1101, de 12/06/2002, de duas a três consultas médicas totais (nas diversas especialidades) por habitante/ano.

Gráfico 4.4: Número de consultas médicas por habitante/ano, regiões brasileiras, 1995-2004

Fonte: IDB 2005/DATASUS

Novamente, é a região Sudeste que “puxa” a média nacional para cima. As regiões Centro-Oeste, Sul e Nordeste encontram-se próxima à média e a região Norte encontra-se, novamente, bem abaixo dela – e relação média utilizada pelo Ministério da Saúde como parâmetro, que varia de 2 a 3 consultas por habitante/ano.

Analisando a taxa média de crescimento anual no número de consultas por habitantes, vemos que a região Norte é a que apresenta a maior taxa, crescendo quase que o dobro, por ano, no número de consultas médicas SUS por habitante. Todavia, vale ressaltar que esta é a região que parte, em 1995, do patamar mais baixo em relação ao número de consultas: enquanto que a média nacional para aquele ano foi de 2,21 consultas/habitante, a região Norte apresentou, em média, 1,33 consulta/habitante. Analisando os estados da região em separado, observamos que todos os estados, com exceção de Tocantins, apresentam números de consultas abaixo do parâmetro mínimo do Ministério da Saúde, ou

seja, 2 consultas por habitante/ano.

Tabela 4.6: Taxa de crescimento anual no número de consultas médicas por habitante/ano, regiões brasileiras, 1995 a 2004.

<i>Região</i>	<i>Nº consultas médicas hab/ano (1995)</i>	<i>Taxa de crescimento anual</i>	<i>t-stat</i>	<i>R² ajustado</i>
Norte	1,33	0,057	12,0	0,94
Nordeste	1,93	0,033	4,2	0,65
Sudeste	2,60	0,036	7,6	0,86
Sul	2,08	0,042	4,5	0,68
Centro-Oeste	2,25	0,030	2,1	0,26
Brasil	2,21	0,037	6,4	0,82

Fonte: IDB 2005/DATASUS

Enfim, assim como pudemos verificar no caso da oferta, o acesso a consultas médicas também é bastante desigual, quando comparamos os estados e as regiões brasileiras. O estado de São Paulo apresenta uma relação consultas/habitante igual a 2,89 para o ano de 1995 e 3,00 para o ano de 2004, a maior do país, ao passo que estados como Acre e Maranhão, por exemplo, apresentaram em 2004 uma relação de 1,43 (a mais baixa do país) e 1,81 consultas por habitante/ano, respectivamente. Comparando-os com outros estados de suas próprias regiões, temos Tocantins com 2,56 consultas/habitante e Rio Grande do Norte, com 2,96 consultas/habitante no mesmo ano de 2004. Conforme veremos adiante, esse padrão se mantém quando comparamos municípios de um mesmo estado, com imensas disparidades intra-regionais.

A taxa de crescimento médio anual entre as regiões também é bastante desigual. A região Norte, embora apresente a maior taxa, parte de um número de consultas por habitante/ano muito abaixo da média nacional. A região Sul, que parte de uma relação abaixo da média nacional, e muito próxima do parâmetro mínimo do Ministério da Saúde, cresce a uma taxa bem elevada, indicando que em breve ela deverá atingir um patamar mais próximo àquele apresentado pela região Sudeste. Vale ressaltar que a relação consultas médicas por habitante/ano tende a uma estagnação, após atingir certo valor, estabilizando-se. Assim, ainda que possamos falar, no início do processo de formação e consolidação de um sistema de saúde como o SUS, num crescimento aproximadamente linear no número de consultas médicas por habitante, esse tende, com o passar dos anos, à estagnação, tornando a análise do período mais profícua se tomada como um processo de crescimento

logarítmico, ou seja, com uma curva de crescimento inicial, seguida de certa estagnação. No Brasil, entretanto, esta variável ainda encontra-se em fase de crescimento linear, assim como o gráfico nos demonstrou.

Analisando agora as duas fases da descentralização em separado, temos os seguintes resultados:

Tabela 4.7: Comparação entre as fases da descentralização – consultas médicas por habitante, regiões brasileiras.

Região	Média anual		Variação entre fases (aumento percentual)	Razão entre taxas regional e	
	Fase autonomista (95-98)	Fase dirigida (99-04)		Fase autonomista (95-98)	Fase dirigida (99-04)
Norte	1,59	1,83	15,2%	0,7	0,8
Nordeste	2,10	2,21	5,7%	0,9	0,9
Sudeste	2,45	2,73	11,5%	1,1	1,1
Sul	2,01	2,27	13,3%	0,9	0,9
Centro-Oeste	2,15	2,31	7,4%	1,0	1,0
Brasil	2,22	2,42	8,9%	-	-

Fonte: IDB 2005/DATASUS

Assim como no caso dos médicos por mil habitantes, a região Norte foi a que apresentou maior crescimento percentual da fase autonomista para a dirigida, seguida pelas regiões Sul e Sudeste. A região Nordeste, entretanto, foi a que apresentou o menor crescimento entre as duas fases, sendo justamente ela uma das que apresenta as piores taxas consultas médicas por habitante, para grande parte dos seus estados.

Somado a isso, a variação na razão entre as taxas de cada região em relação à taxa nacional não apresentou mudanças quando comparadas as duas fases, com uma exceção para a região Norte, que apresentou uma pequena variação de 0,1 – aproximando-se um pouco mais da média nacional. Por outro lado, pode-se perceber pelas razões entre taxas que estão todas muito próximas da média nacional, já que estão todas próximas de 1,0, excetuando alguns estados da região Norte, como Acre e Pará, cuja razão é de 0,6⁷.

c) Financiamento

Tal como no caso da oferta e do acesso a serviços de saúde, a determinação de

⁷ A tabela com os valores dos estados encontra-se no Anexo II.

um gasto mínimo *per capita* com saúde é pouco informativa, pois varia do tipo de serviço prestado – se mais ou menos complexo –, a sua abrangência – se universal ou focalizado –, e, ainda, as capacidades financeiras e necessidades epidemiológicas de uma dada população. Ainda assim, podemos comparar os gastos *per capita* tanto entre municípios, quanto entre regiões ou países, de forma a ver como se comportam os governos no que tange a prioridade dada à área da saúde.

No Brasil, o repasse *per capita* para a prestação de serviços de saúde é o mesmo, independentemente da região – com uma pequena variação entre município, de acordo com o tamanho dos mesmos. Todavia, esse recurso não é o único gasto pelos estados e municípios com saúde. Ele deve ser complementado, inclusive por determinação constitucional (EC 29/00), com recursos próprios, tanto estaduais quanto municipais. Conseqüentemente, o gasto total *per capita* reflete não apenas o gasto federal, mas também a complementação de recursos realizada por cada estado/município. Nesta seção vamos nos focalizar nos gastos dos estados; os municípios serão analisados no item seguinte.

Gasto médio por atendimento ambulatorial (SUS)

O gasto médio diferenciado por atendimento ambulatorial no SUS foi extinto em 2001, quando os procedimentos de atenção básica deixaram de ser pagos individualmente, passando a não mais ter valor de referência, sendo incluídos no pagamento fundo a fundo, através do PAB. Sendo assim, após a introdução do PAB não há mais diferença significativa entre os valores pagos por atendimento ambulatorial para os diferentes municípios e, agregadamente, estados. A pequena diferenciação existente foi introduzida pelo próprio Ministério, em função do tamanho dos municípios. Municípios menores passaram a receber mais *per capita*, independentemente de seu grau de riqueza/desenvolvimento.

Conseqüentemente, se por um lado houve uma diminuição das desigualdades entre estados e municípios, já que todos passaram a receber o mesmo valor por habitante, independentemente do tipo de produção ambulatorial realizada⁸, por outro houve uma

---

⁸ Existia, na tabela SUS anterior ao PAB, milhares de tipos de serviços ambulatoriais cadastrados, cada qual com um valor distinto, o que gerava diferenças no pagamento de cada prestador e, portanto, no valor

diferenciação em termos de porte populacional, sendo os municípios maiores “punidos”, perdendo receitas SUS, e os menores premiados pelo aumento de receitas, sem que houvesse uma relação entre valor *per capita* e necessidades em saúde de cada unidade federada. Se é certo que a existência de 5.560 municípios dificulta uma análise rigorosa e criteriosa das necessidades de cada um, é certo também que a distribuição de recursos com base populacional, sem algum critério de riqueza e/ou necessidade, gera distorções do ponto de vista equitativo. Na seção seguinte veremos como essa variável se comporta no caso dos municípios paulistas.

Gasto médio por internação hospitalar (SUS)

As internações hospitalares são pagas pelo Ministério da Saúde com base na quantidade de serviços prestados, e não de maneira *per capita*, como no caso da atenção básica. Se o estado é gestor pleno, este recurso é repassado para o estado, que faz a “divisão” dos recursos aos prestadores não habilitados como gestores plenos, conforme a quantidade de serviços que prestaram; os gestores plenos, por sua vez, recebem seus recursos do Ministério diretamente no Fundo Municipal de Saúde. Se o estado não é gestor pleno, os municípios prestam o serviço e depois recebem o pagamento do Ministério da Saúde.

O repasse feito pelo Ministério vai depender do tipo de serviço prestado por cada estado ou município. Cada serviço tem um valor, segundo uma tabela de procedimentos do SUS; o pagamento total está relacionado com o tipo de serviço prestado – uma internação por cesariana, por exemplo, custa muito menos do que uma internação para tratamento de câncer. O valor médio pago por internação hospitalar vai estar relacionado, portanto, com a complexidade da rede hospitalar existente em cada estado. Assim, o estado de São Paulo, que com muitos centros de especialidades de alta tecnologia, recebe um valor médio por internação muito superior a um estado que não presta serviços mais complexos. Enfim, esse valor não depende da quantidade de serviços prestados, mas sim da sua “qualidade”.

---

médio da produção ambulatorial dos estados e municípios.

Dito isso, não fica difícil imaginar as grandes disparidades regionais existentes em termos de valor médio das internações hospitalares. Tal como ocorreu com os demais indicadores analisados, as regiões Norte e Nordeste são as que apresentam menores valores médios por internação, representando até a metade, aproximadamente, dos valores pagos na região Sudeste, conforme demonstram os dados para os anos de 1995 a 2004:

Tabela 4.8: Taxa de crescimento anual no valor médio das internações hospitalares, regiões brasileiras, 1995 a 2004.

<i>Região</i>	<i>Valor médio internações hospitalares (1995)</i>	<i>Taxa de crescimento anual</i>	<i>t-stat</i>	<i>R² ajustado</i>
Norte	172,1	22,6	15,8	0,97
Nordeste	230,2	23,3	12,4	0,94
Sudeste	322,4	33,9	15,2	0,96
Sul	319,1	33,8	12,0	0,94
Centro-Oeste	284,2	20,4	11,6	0,94
Brasil	281,7	28,4	13,7	0,95

Fonte: IDB 2005/DATASUS

Os dados mostram que em todas as regiões há um crescimento anual nos valores médios das internações hospitalares, mas com diferenças regionais significativas: nas regiões Sul e Sudeste, este crescimento fica em torno de R\$ 34,00 ao ano, por internação, ao passo que nas regiões Norte e Nordeste este valor fica R\$ 10,00 abaixo daquele.

Gráfico 4.5: Crescimento anual no valor médio das internações hospitalares, regiões brasileiras, 1995 a 2004.

Fonte: IDB 2005/DATASUS

Comparando a razão entre as taxas, para cada região, do ano de 2004 com o ano de 1994, percebemos que todas as regiões tiveram um crescimento na mesma proporção: o valor médio das internações encontrava-se, em 2004, praticamente duplicado em relação àquele de 1994 para todas as regiões do país. Entretanto, se considerarmos que as regiões saem de patamares muito diferentes entre si, no primeiro ano da série, podemos dizer que as taxas de crescimento dos valores médios tem respeitado uma lógica igualitária, mas não equitativa. Aquelas regiões que possuem muitos serviços recebem mais do que aquelas com poucos serviços, que não conseguem, assim, investir em novas instalações e aumentar a complexidade de sua rede hospitalar e, conseqüentemente, dos valores médios recebidos.

Analisando o melhor e o pior estado no período, a manutenção das disparidades é corroborada. Em 1994, o estado de São Paulo, com o maior valor médio por internação, recebia 2,9 vezes mais do que o estado de Roraima, o pior em termos de valor médio. Dez anos depois, o estado de São Paulo, ainda liderando o ranking, recebeu um valor médio 2,5 vezes superior àquele recebido pelo último estado da lista, Rondônia. A diferença entre os valores apresentou, portanto, uma queda diminuta, se levarmos em consideração o fato de que o período considerado, de dez anos, não é tão curto assim a ponto de ser insuficiente para percebermos os efeitos de uma política que tivesse um

caráter eqüitativo. Nesse cenário, o que parece de fato contribuir para a melhoria nos valores recebidos são os esforços estaduais; Roraima, por exemplo, “subiu” três posições no ranking, parecendo indicar um investimento estadual no sentido de aprimorar sua rede de atendimento hospitalar.

Novamente comparando as duas fases da descentralização, a dirigida e a autonomista, temos os seguintes valores:

Tabela 4.9: Comparação entre as fases da descentralização – valor médio das internações, regiões brasileiras.

<i>Região</i>	<i>Média anual</i>		<i>Varição entre fases (aumento percentual)</i>	<i>Razão entre taxas regional e nacional</i>	
	<i>Fase autonomista (95-98)</i>	<i>Fase dirigida (99-04)</i>		<i>Fase autonomista (95-98)</i>	<i>Fase dirigida (99-04)</i>
Norte	188,24	298,82	58,7%	0,6	0,6
Nordeste	264,49	374,16	41,5%	0,8	0,8
Sudeste	355,96	511,82	43,8%	1,1	1,1
Sul	350,07	512,95	46,5%	1,1	1,1
Centro-Oeste	314,89	412,91	31,1%	1,0	0,9
Brasil	326,22	462,79	41,9%	-	-

Fonte: IDB 2005/DATASUS

Tal como no caso das consultas médicas por habitante, a região Norte foi a que apresentou maior crescimento médio, quando comparados os dois períodos, seguida pelas regiões Sul e Sudeste. Novamente, a região Nordeste ficou atrás destas, ainda que partisse de um patamar mais baixo no que se refere ao valor médio recebido pelas internações (AIH) realizadas em seu território. Ademais, as regiões mantiveram, na fase dirigida, a razão entre as taxas apresentadas na fase autonomista, com exceção para o Centro-Oeste, que apresentava um valor médio de AIH próximo àquele da média nacional, mas que acabou tendo um decréscimo em relação a esta média.

Enfim, os dados apresentados demonstraram que as desigualdades entre as regiões continuam existindo, assim como entre os estados⁹, independentemente das alterações promovidas pelo Ministério da Saúde no que tange à forma de financiamento da saúde promovida após 1998, com o início da fase da descentralização dirigida. A

⁹ Os valores atinentes aos estados encontram-se em tabela no Anexo II.

“recentralização” promovida a partir de então não parece ter sido capaz de minorar, ao menos no período de seis anos (1999-2004) – o que não deixa de ser um período razoável, em termos de resultados para uma política pública –, as disparidades regionais existentes. Pode-se argumentar que, num prazo mais longo, as alterações promovidas gerarão uma diminuição mais significativa das desigualdades regionais. A questão que se coloca, no entanto, é: qual o prazo razoável para que uma política pública apresente resultados? Pode-se de fato considerar que uma política que leve 15 anos para apresentar resultados concretos, em relação às melhorias pretendidas, é uma política pública eficaz?

Vejamos agora como essas desigualdades se comportam no caso dos municípios paulistas, para na conclusão debatermos um pouco a questão das desigualdades no contexto de políticas públicas mais centralizadas.

4.2.2. Desigualdades intra-regionais: o caso dos municípios paulistas

A literatura que relaciona federalismo e desigualdades sociais afirma que em sistemas federativos a ausência de um poder “equalizador” – atribuído ao governo federal – produz resultados sociais muito díspares entre os distintos estados. No entanto, dado que em federalismos com dois entes federados – estados e governo federal – os municípios não são autônomos e, portanto, estão constrangidos pelo papel equalizador do estado, é de se esperar que embora haja desigualdades *entre* estados, estas são mais facilmente equacionadas *dentro* de cada estado. No Brasil, entretanto, esse raciocínio não é (necessariamente) válido, uma vez que os municípios são também autônomos, assim como os estados, e não estão sujeitos às imposições do ente federado “superior”, ou seja, do estado ao qual pertencem. Isso produziria, conseqüentemente, maiores desigualdades *dentro* de cada estado, concomitantemente àquela inter-regional?

Um estudo realizado pelo Banco Mundial (2007), no qual são analisados 6 estados e 17 municipalidades brasileiras comparando os gastos em saúde, afirma que há grandes disparidades entre estados e principalmente municípios no tocante ao financiamento da saúde.

Refletindo a capacidade fiscal de cada jurisdição, o grau de priorização do setor saúde, o montante de recursos transferidos pelo Ministério da Saúde e o tamanho da população, os gastos per capita em saúde variam consideravelmente entre estados e municípios (...). As variações observadas são muito maiores entre municípios. Gastos próprios variam entre R\$ 24,23 (Parintins) e R\$ 123,63 (Porto Alegre), uma variação de 510% (World Bank, 2007: 24).

Vamos aqui observar os municípios do estado de São Paulo, o mais desenvolvido economicamente e, também, em termos de política pública de saúde (Hochman, 1998). Com isso, pretendemos analisar se a política de descentralização do SUS tem sido capaz de minorar as diferenças entre municípios de um mesmo estado não apenas na área do financiamento, mas também do provimento de serviços e no acesso, através do repasse de recursos em termos *per capita*. Assim, testaremos aqui a hipótese apresentada anteriormente: **o aumento da centralização decisória sobre a política local de saúde após a introdução do PAB, em 1998, não gerou uma diminuição das desigualdades intra-regionais, ou seja, entre municípios.**

Para tratarmos das desigualdades intra-regionais utilizaremos um conjunto de indicadores um pouco diferente daqueles utilizados nas análises das desigualdades inter-regionais. Embora o conjunto de temas seja o mesmo – oferta, acesso e financiamento – os indicadores em cada um deles não são os mesmos por dois motivos: em primeiro lugar, os dados disponíveis para os municípios não são os mesmos, nem abrangem o mesmo período de tempo, daqueles disponíveis para os estados. A coleta de dados municipais é algo muito mais recente do que a de dados estaduais e, além disso, muito menos precisa, com grandes falhas para muitos municípios, em especial os de pequeno porte. Além disso, alguns indicadores utilizados para os estados não são tão úteis para compararmos todos os municípios do estado entre si. Leitos hospitalares, conforme dito anteriormente, embora reproduzam bem a oferta e o acesso a serviços de maior complexidade, muitas vezes não estão disponíveis em pequenos municípios. Todavia, o número de leitos hospitalares pode ser comparado em termos regionais, que conta tanto com municípios de pequeno porte, sem nenhum leito, quanto com municípios de maior porte, permitindo-nos comparar as regionais de saúde em termos de leitos hospitalares por mil habitantes – e não o número de leitos *per capita* por município, comparando municípios que possuem leitos com aqueles que não os possuem.

Sendo assim, vamos considerar os seguintes indicadores para avaliarmos as desigualdades intra-regionais em saúde no estado de São Paulo:

Quadro 4.2: Indicadores municipais selecionados para cada uma das dimensões das desigualdades intra-regionais analisadas

<i>Dimensão</i>	<i>Indicador</i>	<i>Ano</i>	<i>Fonte</i>
Oferta (recursos humanos e capacidade instalada)	Profissionais com nível superior/1.000 habitantes	1992, 1999 e 2002	Pesquisa Assistência Médico-Sanitária/ DATASUS
	Cobertura do PSF	2000 a 2006	DATASUS
	Unidades ambulatoriais SUS/1.000 habitantes	Jul/1998 a Jul/2003	SIA/SUS/ DATASUS
	Leitos hospitalares SUS/1.000 habitantes	Jul/1998 a Jul/2003	SIA/SUS/ DATASUS
Acesso / utilização dos serviços de saúde	Consultas médicas SUS/habitante	2000 a 2006	SIA/SUS/ DATASUS
	Produção ambulatorial SUS/habitante	1995 a 2005	SIA/SUS/ DATASUS
Financiamento	Gasto municipal <i>per capita</i> *	1994 a 2001	SEADE
	Gasto próprio/gasto total em saúde	2000 a 2005	SIOPS/ DATASUS

* É preciso lembrar, entretanto, que este inclui gastos com média e alta complexidade, prejudicando os municípios de pequeno porte que não contam com esses serviços. Todavia, é o único dado disponível para os municípios, por um longo período de tempo, no tocante a gastos com saúde.
Fonte: DATASUS

Cabe salientar que embora muitos indicadores só existam para o período posterior a 2000, prejudicando a comparação entre as fases, eles nos permitem avaliar a evolução da saúde ao longo de seis ou sete anos (2000 a 2005 ou 2006), mostrando-nos se a política introduzida a partir de 1998 tem conseguido minorar as desigualdades existentes.

Vejamos como os dados se comportam nos municípios paulistas, analisados aqui agregadamente, por Direções Regionais de Saúde, de forma a facilitar a visualização dos dados para os 645 municípios do estado de São Paulo. Assim como analisamos os dados estaduais agregados por regiões brasileiras, no caso das desigualdades inter-regionais, para as desigualdades intra-regionais vamos analisar os dados municipais agrupados de acordo com as Regionais de Saúde do estado. A questão central é: quando analisamos diferentes grupos de municípios, como se comportam as desigualdades em saúde ao longo dos anos estudados? Os dados serão comparados em relação a sua proximidade à média

estadual, e quanto eles se aproximaram ou distanciaram dela nos períodos analisados. A proximidade será medida por uma razão entre taxas, calculada dividindo-se a taxa regional pela taxa estadual média de cada um dos indicadores analisados. A razão entre taxas é um recurso de fácil compreensão, que indica com bastante precisão a situação de um dado indicador em relação a um valor tomado como parâmetro – no caso, a taxa média estadual.

Para clarear a análise das razões entre taxas, verificamos se, no início e no final de cada série histórica analisada¹⁰, as razões se aproximaram ou distanciaram da média estadual, que pode variar de 0,9 a 1,1 – o que dá, portanto, uma margem de 10% para mais ou para menos. Três situações são possíveis:

Símbolo	Significado
+	A razão entre as taxas aproximou-se da média estadual
-	A razão entre as taxas distanciou-se da média estadual
○	A razão entre as taxas manteve-se estável em relação à média estadual (podendo variar de 0,9 a 1,1)

Assim, não nos interessa medir se a razão entre taxas aumentou ou diminuiu, simplesmente, uma vez que isso não nos traz informações sobre a distribuição de recursos em todas as regiões do estado, comparativamente. Como desejamos medir as disparidades – ou a diminuição delas –, nos interessa medir como as taxas regionais se comportam em relação às demais – ou à média estadual – ao longo do período analisado. Enfim, se todas as taxas regionais se aproximam da média estadual, pode-se afirmar que as disparidades entre as distintas regiões estão diminuindo. Por outro lado, se as taxas regionais mantêm-se estáveis, quando já distantes da média, ou distanciam-se ainda mais dela, então podemos dizer que as desigualdades permaneceram as mesmas ou estão aumentando.

Por fim, para os casos em que for possível comparar as duas fases da descentralização, iremos realizar uma comparação entre as médias regionais dos indicadores apresentados em ambas as fases, verificando se houve ou não alteração significativa após a introdução do PAB, na fase da descentralização dirigida.

¹⁰ No caso em que há dados suficientes, comparamos as fases autonomista e dirigida. Nos demais, analisamos os indicadores no primeiro e no último ano da série histórica.

a) Oferta (recursos humanos e capacidade instalada)

Profissionais de nível superior por mil habitantes

Alguns municípios do estado são conhecidos pela enorme quantidade de profissionais de saúde com nível superior – médicos, enfermeiros e odontólogos –, concentrando grande parte do número total desses profissionais. Este é o caso óbvio do município de São Paulo, que sozinho concentrava, em 2002, 68.409 dos 190.159 profissionais de nível superior do estado, o que significa mais de um terço (36%) de todos os profissionais do estado em um único município. Todavia, o número de profissionais não pode ser considerado em termos absolutos, devendo-se levar em consideração os valores *per capita*. Considerando, portanto, o número de profissionais de saúde por mil habitantes, a região da Grande São Paulo, onde se encontra o município de São Paulo, encontra-se na média estadual, e não acima dela – como podemos ser levados a pensar, dada a concentração de serviços de saúde existentes na capital paulista.

Tabela 4.10: Profissionais de nível superior por mil habitantes, por regionais de saúde do estado de São Paulo, 1992 e 2002.

DRS	Prof/mil hab 92	Prof/mil hab 02	Variação %	Razão entre taxas (regional e estadual)		Proximi- dade da média
				1992	2002	
Grande São Paulo	4,40	5,23	18,9%	1,2	1,1	+
Araçatuba	2,95	3,56	20,7%	0,8	0,8	o
Araraquara	3,76	4,29	14,1%	1,0	0,9	o
Baixada Santista	4,43	5,45	23,0%	1,2	1,2	o
Barretos	3,41	4,80	40,8%	0,9	1,0	o
Bauru	3,83	5,60	46,2%	1,0	1,2	-
Campinas	4,19	4,94	17,9%	1,1	1,1	o
Franca	3,61	3,74	3,6%	1,0	0,8	-
Marília	3,64	4,65	27,7%	1,0	1,0	o
Piracicaba	2,76	4,87	76,4%	0,8	1,0	+
Presidente Prudente	2,88	4,88	69,4%	0,8	1,0	+
Registro	2,00	2,58	29,0%	0,5	0,6	+
Ribeirão Preto	5,91	6,68	13,0%	1,6	1,4	+
São João da Boa Vista	3,17	4,10	29,3%	0,9	0,9	o
São José do Rio Preto	5,03	5,82	15,97%	1,4	1,2	+
Sorocaba	2,80	3,96	41,4%	0,8	0,8	o
Taubaté	3,23	4,18	29,4%	0,9	0,9	o
Estado de SP	3,65	4,67	27,9%	1,0	1,0	1,0

Fonte: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária/DATASUS. Elaboração da autora.

Os dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária acima demonstram, assim, as disparidades em termos de número de profissionais de saúde por mil habitantes nas diferentes regionais do estado de São Paulo, refletindo as diferenças municipais existentes. Novamente a região de Registro aparece como aquela com piores resultados: o número de profissionais da saúde com nível superior equivale a apenas 50% da média estadual, em ambos os períodos (1992 e 2002). Araçatuba também se encontra significativamente abaixo da média estadual, ainda que não tão abaixo quanto a regional de Registro. Por outro lado, Ribeirão Preto, em que pese a aproximação à média ocorrida em 2002, quando comparada com a de 1992, ainda apresenta uma relação profissionais de saúde/mil habitantes 40% acima da média estadual. Comparando-a com a região de Registro, temos que o número de profissionais é quase três vezes maior em Ribeirão Preto (6,7 profissionais/mil habitantes) do que nesta (2,6 profissionais/mil habitantes).

Assim, é como se tivéssemos, dentro do estado de São Paulo, um “El Salvador”, cuja taxa de profissionais médicos por mil habitantes é de 2,58 – próxima, portanto, à de Registro – e um “Emirados Árabes”, cuja taxa é de 6,53 – próxima àquela apresentada pela regional de Ribeirão Preto¹¹ (WHO, 2001/2002). Todavia, é preciso lembrar que enquanto El Salvador tem um PIB *per capita* próximo à metade (US\$ 4.800) do brasileiro (US\$ 8.100), os Emirados Árabes possuem um PIB *per capita* equivalente a mais do que o dobro (US\$ 18.800) do nosso (WHO, 2004). Essa comparação nos permite afirmar que as desigualdades se mantiveram e são, de fato, gritantes, mesmo quando comparamos municípios de um único – e rico – estado brasileiro.

Cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF)

O Programa de Saúde da Família (PSF) volta-se primordialmente ao atendimento básico em saúde, o qual se dá através de uma Equipe de Saúde da Família, formada por médico, agentes comunitários de saúde e enfermeiros, ligados a um posto ou unidade básica de saúde. A estratégia de Saúde da Família – ESF foi induzida pelo governo federal como um importante mecanismo de promoção da atenção primária em saúde nos municípios através do repasse de recursos específicos ao PSF pelo PAB Variável. Para cada equipe implementada o município passou a receber recursos adicionais do SUS, especificamente para a sua manutenção. A distribuição e cobertura das equipes, entretanto, é muito desigual quando comparamos as regionais do estado.

---

¹¹ Dados da World Health Organization (WHO), relativos ao número de médicos, dentistas e enfermeiros por mil habitantes, para os anos de 2001 (Emirados Árabes) e 2002 (El Salvador). *In*: www.who.int/whosis/core/core_select.cfm.

Tabela 4.11: Cobertura do PSF, por regionais de saúde do estado de São Paulo, 2000 e 2006.

Direção Regional de Saúde (DRS)	2000	2006	Variação %	Razão entre taxas (regional e estadual)		Proximidade da média
				2000	2006	
Grande São Paulo	7,94	27,90	251,4%	0,3	0,5	+
Araçatuba	38,98	79,70	104,5%	1,6	1,3	+
Araraquara	2,29	48,73	2027,9%	0,1	0,8	+
Baixada Santista	3,42	22,94	570,8%	0,1	0,4	+
Barretos	26,65	76,60	187,4%	1,1	1,3	-
Bauru	9,47	47,94	406,2%	0,4	0,8	+
Campinas	4,74	32,46	584,8%	0,2	0,5	+
Franca	10,66	49,36	363,0%	0,4	0,8	+
Marília	23,22	75,40	224,7%	1,0	1,3	-
Piracicaba	22,58	44,91	98,9%	0,9	0,7	-
Presidente Prudente	42,98	83,79	95,0%	1,8	1,4	+
Registro	31,03	62,31	100,8%	1,3	1,0	+
Ribeirão Preto	14,15	37,22	163,0%	0,6	0,6	o
São João da Boa Vista	15,53	24,89	60,3%	0,6	0,4	-
São José do Rio Preto	34,82	76,20	118,8%	1,4	1,3	+
Sorocaba	40,28	58,22	44,5%	1,7	1,0	+
Taubaté	23,61	69,81	195,7%	1,0	1,2	-
Estado SP	24,06	59,90	149,0%	1,0	1,0	1,0

Fonte: DATASUS. Elaboração da autora.

Conforme os dados nos demonstram, há uma enorme variação na cobertura do PSF, ou seja, na proporção de pessoas residentes num dado município que está cadastrada no programa, sendo acompanhada pela equipe de saúde da família. Em 2000 esta proporção variava de 2,29% de cobertura em Araraquara a 42,98% de cobertura em Presidente Prudente. Sete anos depois, em 2006, a Baixada Santista passou a ser a região com menor cobertura (22,94%), e Presidente Prudente manteve-se no posto de melhor colocada, com 83,79% da população coberta pelo programa.

Dois casos particulares chamam a atenção. O primeiro deles é o da Grande São Paulo, com uma taxa de cobertura de apenas 27,9% da população, o que corresponde a menos da metade da taxa média estadual (59,9%), para o ano de 2006. De fato, tem sido apontada a dificuldade do programa em aumentar a sua cobertura nas grandes cidades, não apenas pelo porte populacional delas, o que exigiria um grande contingente de profissionais contratados para o programa, como também pela distribuição geográfica da população mais carente – alvo do PSF –, que se encontra “espalhada” pelas grandes cidades, gerando a necessidade de muitas equipes em diferentes pontos da cidade – o que, em geral, não

acontece nas cidades de menor porte, que podem concentrar uma ou duas equipes em um posto de saúde e, assim, atender a grande parte de sua população.

O segundo caso a ser analisado é o da Baixada Santista. Esta região, que não é a mais pobre do Estado – como é o caso da região de Sorocaba e de Registro, que abarcam o Vale do Ribeira – apresenta indicadores de saúde muito ruins, dentre eles a cobertura do PSF. Formada por nove municípios – Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos, São Vicente – ela apresentou um dos maiores crescimentos na cobertura do estado (570,7%), mas o que significou pouco se levarmos em consideração o patamar de qual saiu em 2000. Araraquara, que saiu de um patamar até mais baixo do que a Baixada Santista, apresentou um crescimento quatro vezes maior do que este para chegar à cobertura de quase 50% da população em 2006. Em que pese o fato de ser formada por pequenos municípios, diferentemente do que acontece no caso da Grande São Paulo, a região de Santos não tem conseguido aproximar-se da média estadual.

Aqui, entretanto, a explicação da centralização ajuda-nos a entender a melhor cobertura no Vale do Ribeira do que a apresentada em Santos, ainda que aquela seja uma região com menos recursos financeiros do que esta. O governo do estado tem investido no desenvolvimento do Programa de Saúde da Família na região do Vale do Ribeira, através do programa estadual chamado Projeto QUALIS Interior, como um instrumento para melhorar os indicadores de saúde dos municípios do estado com piores IDH – Índice de Desenvolvimento Humano, com populações remanescentes de quilombos e assentamentos rurais. O estado passou a investir no Programa de Saúde da Família “(...) através de incentivos financeiros para os municípios nessas condições, desde que optassem pela Estratégia de Saúde da Família – ESF. Este recurso viria complementar o valor repassado pelo Ministério da Saúde para custeio das equipes, mediante o cumprimento das diretrizes do então denominado Programa de Saúde da Família” (Vallim *et al.*, 2006: 189). No estado de São Paulo a implantação da Estratégia de Saúde da Família expandiu-se a partir de meados de 1999 e início de 2000. Foram implantadas, até dezembro de 2005, 2.699 equipes de saúde da família no estado, sendo que o Projeto QUALIS responde por 9% destas (243 equipes), em 101 municípios do estado.

Todos os 15 municípios que compõem a região de Registro, no Vale do Ribeira, possuem equipes QUALIS. Na Baixada Santista, por outro lado, nenhum dos 9 municípios possui equipes QUALIS, financiadas com a ajuda do governo estadual. Assim, o estado atua em áreas com piores indicadores e, com isso, consegue melhorar a cobertura do Programa de Saúde da Família – e, por conseqüência, os indicadores de saúde. Nos locais em que o estado não é atuante, como na Baixada Santista, os investimentos no programa podem ser baixos, dependendo da prioridade dada ao programa pelos municípios da região, mantendo baixa a cobertura. Isso porque, em que pese o incentivo federal, a manutenção do programa depende não apenas dos recursos federais transferidos, mas também de complementação financeira dos municípios. Consequentemente, muitos municípios deixam de implementar essa estratégia. Ao complementar os recursos necessários para a manutenção das equipes, o estado consegue criar um incentivo para a sua implementação mais eficaz do que aquele oferecido pelo Ministério da Saúde, garantido a adoção do programa.

Unidades ambulatoriais SUS por mil habitantes

As unidades ambulatoriais (postos, centros e unidades básicas de saúde, além daquelas existentes em hospitais) estão presentes em todos os municípios do estado. Sendo assim, este se torna um bom indicador das desigualdades em saúde, em termos de oferta de serviços de saúde, quando comparamos a taxa de unidades ambulatoriais *per capita*. De fato, quando analisamos os dados municipais agrupados pelas 17 regionais de saúde do Estado de São Paulo, percebe-se uma grande disparidade regional, agravada especialmente pela baixíssima taxa de unidades ambulatoriais por mil habitantes da Grande São Paulo. Assim como no caso do Programa de Saúde da Família, a região que abarca a capital apresenta indicadores de oferta de serviços básicos de saúde muito ruins, não apenas quando comparados com a média estadual, mas também quando comparados com outras regionais em separado.

Tabela 4.12: Unidades ambulatoriais por mil habitantes, por regionais de saúde do estado de São Paulo, 1998 e 2003.

Regional de Saúde	1998	2003	Variação %	Razão entre taxas (regional e estadual)		Proximidade da média
				1998	2003	
Grande São Paulo	0,06	0,08	33,3%	0,3	0,3	○
Araçatuba	0,23	0,39	69,6%	1,0	1,4	-
Araraquara	0,23	0,27	17,4%	1,0	1,0	○
Baixada Santista	0,18	0,18	0%	0,7	0,6	-
Barretos	0,30	0,39	30,0%	1,2	1,4	-
Bauru	0,28	0,30	7,1%	1,1	1,1	○
Campinas	0,15	0,17	13,3%	0,6	0,6	○
Franca	0,24	0,29	20,8%	1,0	1,0	○
Marília	0,26	0,37	42,3%	1,1	1,3	-
Piracicaba	0,19	0,19	0%	0,8	0,7	-
Presidente Prudente	0,27	0,31	14,8%	1,1	1,1	○
Registro	0,49	0,50	2,0%	2,0	1,8	+
Ribeirão Preto	0,19	0,22	15,8%	0,8	0,8	○
São João da Boa Vista	0,27	0,30	11,1%	1,1	1,1	○
São José do Rio Preto	0,27	0,34	25,9%	1,1	1,2	-
Sorocaba	0,25	0,28	12,0%	1,1	1,0	○
Taubaté	0,22	0,21	-4,5%	0,9	0,7	-
Estado SP	0,24	0,28	16,7%	1,0	1,0	1,0

Fonte: DATASUS. Elaboração da autora.

Comparando os dois anos limites disponíveis – 1998, primeiro ano da fase dirigida, ainda sob o efeito da fase autonomista, e 2003, cinco anos após o início desta fase, com a introdução do PAB, as desigualdades são grandes. Curiosamente, entretanto, não são as regiões mais pobres que apresentam os piores indicadores. A regional de Registro, que engloba alguns municípios do pobre Vale do Ribeira, apresenta a maior taxa de unidades ambulatoriais por mil habitantes do estado. Por outro lado, regiões como a da Baixada Santista e Campinas apresentam taxas que correspondem apenas a 60% da média do estado, mantendo-se estável (Campinas) ou piorando (Baixada Santista) entre 1998 e 2003, em comparação com a média estadual. O PAB, portanto, não parece ter influenciado o número de unidades ambulatoriais naquelas regionais que apresentavam valores abaixo da média antes de sua introdução. Nenhuma das regionais que apresentavam valores abaixo da média estadual obteve melhora após a sua criação e implementação, e três apresentaram piora em relação a esta – Baixada Santista, Piracicaba e Taubaté.

Assim como verificamos na análise dos dados nacionais, o número de leitos hospitalares vem diminuindo no Estado de São Paulo, seguindo a tendência universal, estimulada pelo Ministério da Saúde, de diminuição dos leitos psiquiátricos. Ainda assim, um patamar mínimo de leitos por mil habitantes não deixa de ser desejável, de forma a garantir uma oferta mínima de serviços de saúde de maior complexidade, que exigem internação hospitalar.

Tabela 4.13: Leitos hospitalares SUS por mil habitantes, por regionais de saúde do Estado de São Paulo, 2000 e 2005.

Departamento Regional de Saúde (DRS)	Leitos/ mil hab 2000	Leitos/ mil hab 2005	Variação %	Razão entre taxas (regional e estadual)		Proximidade da média
				2000	2005	
Grande São Paulo	1,94	1,23	-36,6%	0,8	0,8	○
Araçatuba	2,91	2,32	-20,3%	1,2	1,4	-
Araraquara	3,06	2,17	-29,1%	1,3	1,3	○
Baixada Santista	1,34	1,15	-14,2%	0,6	0,7	+
Barretos	2,84	2,40	-15,5%	1,2	1,5	-
Bauru	3,69	2,91	-21,1%	1,5	1,8	-
Campinas	1,69	1,08	-36,1%	0,7	0,7	○
Franca	2,46	1,56	-36,7%	1,0	1,0	○
Marília	4,54	3,21	-29,3%	1,9	2,0	-
Piracicaba	2,43	1,56	-35,8%	1,0	1,0	○
Presidente Prudente	3,34	2,38	-28,7%	1,4	1,5	-
Registro	1,61	1,17	-27,3%	0,7	0,7	○
Ribeirão Preto	2,39	1,56	-34,7%	1,0	1,0	○
São João da Boa Vista	6,76	3,90	-42,3%	2,8	2,4	+
São Jose do Rio Preto	3,57	1,96	-45,1%	1,5	1,2	+
Sorocaba	3,77	2,85	-24,4%	1,6	1,8	-
Taubaté	1,72	1,52	-11,6%	0,7	0,9	+
Estado SP	2,40	1,61	-32,9%	1,0	1,0	1,0

Fonte: DATASUS. Elaboração da autora.

Comparando-se os dados regionais, percebemos que três regiões apresentam a mesma razão na taxa de leitos por mil habitantes em relação à média estadual (Baixada Santista, Campinas e Registro), todas muito próximas daquela apresentada pela Grande São Paulo. O dado surpreende pela grande concentração de hospitais e serviços especializados existentes na capital paulista que, entretanto, não é tão grande assim se considerado em termos *per capita*. Por outro lado, a região de São João da Boa Vista – e, em menor grau, a

de Sorocaba – apresenta uma taxa de leitos/mil habitantes superior ao dobro da média estadual, tanto no início (2000) quanto no último ano da série (2005). Comparando não as razões entre taxas, mas sim as taxas propriamente ditas, temos que os municípios da região de São João da Boa Vista têm um número de leitos hospitalares disponível três vezes superior àquele disponível aos municípios da região de Registro, Baixada Santista, Campinas ou mesmo Grande São Paulo.

b) Acesso / utilização de serviços de saúde

Consultas médicas SUS por habitante

Quando analisamos o número de consultas médicas básicas por habitante/ano nos estados e regiões brasileiras, percebemos que a região Sudeste estava “puxando para cima” a média nacional, dado o elevado número apresentado em relação às outras regiões. Analisando os dados municipais apenas do estado de São Paulo, entretanto, podemos perceber enormes variações intra-regionais.

Tabela 4.14: Número de consultas médicas *per capita*, por regionais de saúde do estado de São Paulo, 2000 e 2006.

Direção Regional de Saúde (DRS)	2000	2006	Variação %	Razão entre taxas (regional e estadual)		Proximidade da média (2006)*
				2000	2006	
Grande São Paulo	1,92	2,63	37,0%	0,8	1,0	+
Araçatuba	2,18	2,42	11,0%	0,9	0,9	○
Araraquara	2,86	2,27	-20,6%	1,2	0,9	+
Baixada Santista	2,39	2,23	-6,7%	1,0	0,9	○
Barretos	3,55	2,79	-21,4%	1,4	1,1	+
Bauru	2,04	2,59	27,0%	0,8	1,0	+
Campinas	2,13	2,25	5,6%	0,9	0,9	○
Franca	2,80	2,27	-18,9%	1,1	0,9	○
Marília	2,58	2,39	-7,4%	1,0	0,9	○
Piracicaba	2,56	2,67	4,3%	1,0	1,0	○
Presidente Prudente	2,52	2,68	6,3%	1,0	1,0	○
Registro	2,00	2,48	24,0%	0,8	1,0	+
Ribeirão Preto	2,96	2,65	-10,5%	1,2	1,0	+
São João da Boa Vista	2,32	2,82	21,6%	0,9	1,1	○
São José do Rio Preto	2,86	2,55	-10,8%	1,2	1,0	+
Sorocaba	2,10	2,66	26,7%	0,9	1,0	○
Taubaté	2,42	2,83	16,9%	1,0	1,1	○
Estado SP	2,46	2,55	3,7%	1,0	1,0	1,0

Fonte: DATASUS. Elaboração da autora.

Retomando o parâmetro estipulado pelo Ministério da Saúde na Portaria Ministerial nº 1101, de 12/06/2002, que determina uma relação média adequada de duas a três consultas médicas totais (nas diversas especialidades) por habitante/ano, temos que em geral todas as regiões do estado encontravam-se dentro desse padrão já em 2000, com exceção apenas da Grande São Paulo, ligeiramente abaixo de 2,0 consultas por habitante/ano, e de Barretos, acima desse valor (3,55 consultas/habitante/ano). Em 2006, esses valores já estavam bem mais equilibrados, o que fica claro pela linha em vermelho do gráfico abaixo, muito mais “suave”, ou seja, sem grandes oscilações, do que aquela do ano 2000, ainda no início do repasse *per capita* de recursos pelo PAB.

Gráfico 4.6: Número de consultas médicas *per capita* para as regionais de saúde do estado de São Paulo, 2000 e 2006.

Fonte: DATASUS

Cabe ainda ressaltar duas melhoras significativas nas taxas regionais de consultas por habitante/ano: o caso de Bauru e de Registro. Ambas se encontravam muito próxima do patamar mínimo estabelecido pelo Ministério da Saúde em 2000, e passaram para valores muito próximos à média estadual em 2006.

No que diz respeito às disparidades intra-regionais, vale ressaltar que todas as regiões que não se mantiveram no patamar em que estavam em relação à média estadual, aproximaram-se dela em 2006. Nenhuma regional do estado distanciou-se da média ao longo do período 2000-2006.

Produção ambulatorial SUS por habitante

Centrando-se não apenas nas consultas médicas, mas na produção ambulatorial *per capita*/ano como um todo, o que inclui alguns procedimentos ambulatoriais realizados durante a consulta médica, temos que os dados não mantêm o padrão apresentado anteriormente. Nesse caso, há um aumento da produção ambulatorial média *per capita* quando comparamos as duas fases, mas há também um aumento nas disparidades intra-regionais. Enquanto que na fase autonomista o menor e maior valor de produção ambulatorial era da regional de Piracicaba (6,16) e de Ribeirão Preto (8,49),

respectivamente, com uma variação de 38%, na fase dirigida a variação passou a ser de 66%, com a produção de Presidente Prudente, de 14,02 procedimentos ambulatoriais *per capita*, em comparação com a produção ambulatorial de Piracicaba (8,45).

Gráfico 4.7: Produção ambulatorial SUS *per capita* média, por regionais de saúde do estado de São Paulo, fases autonomista (1995-1998) e dirigida (1999-2005).

Fonte: DATASUS

As variações intra-regionais aumentaram, conforme demonstra a linha em vermelho acima, e todas as regiões que não se mantiveram no mesmo patamar que estavam em relação à média estadual, antes da introdução do PAB, distanciaram-se dela na fase da descentralização dirigida. Vale salientar, entretanto, que as regiões, em sua maioria, já se encontravam muito próximas à média estadual na fase da descentralização autonomista.

Tabela 4.15: Produção ambulatorial *per capita* municipal, por regional de saúde do estado de São Paulo, fases autonomista (1995-1998) e dirigida (1999-2005).

Direção Regional de Saúde (DRS)	Produção ambulatoria 1 <i>per capita</i> 95-98	Produção ambulatoria 1 <i>per capita</i> 99-05	Variação %	Razão entre as taxas (regional e estadual)		Proximidade da média
				95-98	99-05	
Grande São Paulo	6,78	10,11	49,1%	0,9	0,9	○
Araçatuba	7,87	9,77	24,1%	1,1	0,9	○
Araraquara	7,10	9,03	27,2%	1,0	0,8	-
Baixada Santista	8,12	13,15	61,9%	1,1	1,2	-
Barretos	7,89	11,68	48,0%	1,1	1,0	○
Bauru	7,13	9,64	35,2%	1,0	0,9	○
Campinas	6,35	9,27	46,0%	0,9	0,8	-
Franca	8,05	12,39	53,9%	1,1	1,1	○
Marília	7,74	13,47	74,0%	1,0	1,2	-
Piracicaba	6,16	8,45	37,2%	0,8	0,8	○
Presidente Prudente	7,97	14,02	75,9%	1,1	1,3	-
Registro	7,37	11,41	54,8%	1,0	1,0	○
Ribeirão Preto	8,49	12,12	42,8%	1,1	1,1	○
São João da Boa Vista	7,35	11,56	57,3%	1,0	1,0	○
São José do Rio Preto	7,99	11,98	49,9%	1,1	1,1	○
Sorocaba	6,61	9,40	42,2%	0,9	0,8	-
Taubaté	8,01	12,04	50,3%	1,1	1,1	○
Estado SP	7,46	11,14	49,3%	1,0	1,0	1,0

Fonte: DATASUS. Elaboração da autora.

Enfim, os dados demonstram que em todas as regionais de saúde do estado de São Paulo houve um aumento absoluto na produção ambulatorial SUS *per capita*. Isso não se traduz, entretanto, numa diminuição das disparidades regionais, ou seja, aquelas regiões que apresentavam taxas menores em relação à média estadual não se aproximaram desta, assim como aquelas que apresentavam taxas maiores também não se aproximaram, isto é, não diminuiram a produção *per capita* em relação à média estadual.

c) Financiamento

Despesas municipais SUS por habitante

Os dados sobre despesas municipais *per capita* com saúde também demonstram grande estabilidade nos gastos nas duas fases do processo de descentralização da saúde. Analisando a “proximidade da média” das regionais de saúde em relação ao gasto estadual médio pode-se perceber que poucas alterações significativas ocorreram no período, com

destaque para dois grupos de casos: a da Grande São Paulo e Presidente Prudente e o da Baixada Santista.

Tabela 4.16: Despesa municipal média *per capita* com saúde, por regional de saúde do estado de São Paulo, fases autonomista (1994-1998) e dirigida (1999-2001).

Direção Regional de Saúde (DRS)	Despesa média <i>per capita</i> 94-98	Despesa média <i>per capita</i> 99-01	Variação %	Razão entre taxas (regional e estadual)		Proximidade da média
				94-98	99-01	
Grande São Paulo	136,77	129,98	-5,0%	0,9	0,8	-
Araçatuba	138,54	159,19	14,9%	0,9	1,0	o
Araraquara	220,39	266,77	21,0%	1,5	1,6	-
Baixada Santista	272,86	230,61	-15,5%	1,8	1,4	+
Barretos	150,84	169,46	12,3%	1,0	1,0	o
Bauru	114,53	124,32	8,5%	0,8	0,8	o
Campinas	187,49	208,38	11,1%	1,2	1,3	-
Franca	140,85	147,19	4,5%	0,9	0,9	o
Marília	130,90	151,55	15,8%	0,9	0,9	o
Piracicaba	148,63	189,82	27,7%	1,0	1,2	-
Presidente Prudente	142,21	137,44	-3,4%	0,9	0,8	-
Registro	125,63	131,01	4,3%	0,8	0,8	o
Ribeirão Preto	148,68	160,27	7,8%	1,0	1,0	o
São João da Boa Vista	120,86	133,04	10,1%	0,8	0,8	o
São José do Rio Preto	148,03	141,32	-4,5%	1,0	0,9	o
Sorocaba	102,95	123,13	19,6%	0,7	0,8	+
Taubaté	138,99	169,12	21,7%	0,9	1,0	o
Estado SP	151,13	163,09	7,9%	1,0	1,0	1,0

Fonte: DATASUS. Elaboração da autora.

O primeiro caso, das regiões da Grande São Paulo e de Presidente Prudente, apresenta diminuição dos gastos em saúde por habitante, quando comparamos as duas fases, assim como o segundo caso, da Baixada Santista. Entretanto, em ambas as regiões a diminuição dos gastos não significou uma aproximação à média, mas sim um distanciamento dela – distanciamento este de 20%. O caso da Baixada Santista, ao contrário, apresentou uma diminuição dos gastos por habitante, mas de forma a aproximar a média regional àquela estadual. A região de Santos apresentava, à época da descentralização autonomista, um gasto municipal *per capita* médio muito superior ao do estado como um todo – quase o dobro deste (R\$ 272,86). Após a introdução do PAB, os gastos da região aproximaram-se da média estadual, ainda que sejam 40% maiores do que esta.

Mesmo quando retiramos da média regional da Baixada Santista o município de Cubatão, que é aquele com maior gasto *per capita* em saúde de sua região (média para o período 1994-2001 de R\$ 531,14), o gasto médio da região continua elevado em comparação com o do estado, em ambas as fases: razão entre as médias regional e estadual de 1,3 (1994-1998) e 1,2 (1999-2001).

Isso significa, portanto, que a fase da descentralização dirigida não apresentou mudança significativa, para os municípios paulistas, no tocante ao gasto municipal *per capita*, quando comparamos as médias municipais nas duas fases da descentralização. Embora muitos já estivessem próximos ao valor médio estadual, dos 17 Departamentos Regionais de Saúde do estado, 10 regionais de saúde ainda se encontram 20% acima ou abaixo da média na fase dirigida.

Gasto municipal próprio/gasto total em saúde

O gasto municipal próprio em relação ao gasto total passou a ser medido em 2000, com o início da vigência da EC 20/00, que obriga estados e municípios a gastarem um percentual mínimo (12% e 15%, respectivamente) do orçamento próprio em saúde. Passou a ser possível medir, então, o quanto do gasto total representa o gasto municipal próprio em saúde. Esse dado representa o quanto os municípios dependem dos repasses federal e estadual para o desenvolvimento da política de saúde.

Graficamente, percebe-se que todas as regionais de saúde paulista apresentam, em média, um gasto próprio que fica entre 60 e 80% do gasto total em saúde, com uma pequena elevação do gasto próprio ao longo do período 2000-2005.

Gráfico 4.8: Gasto municipal próprio em relação ao gasto municipal total em saúde, por regionais do estado de São Paulo, 2000 a 2005.

Fonte: SIOPS/DATASUS

A única região que se encontrava, em 2000, visivelmente abaixo da média de gastos das demais regiões era a Baixada Santista, que vai se aproximando das demais em termos de gastos próprios em saúde até o ano de 2005. Os dados, entretanto, não nos permitem afirmar que essa pequena disparidade regional em relação à média estadual se deve à criação do PAB, uma vez que eles só existem para o período posterior à sua introdução. Por outro lado, não deixa de ser relevante o fato de que há uma enorme variação em relação ao gasto municipal próprio em saúde, em relação ao gasto total: enquanto em alguns municípios, como Araçatuba e Presidente Prudente, o gasto próprio representa apenas 35% do gasto total, em municípios como Alumínio, Paulínia e Guararema quase que 100% dos recursos gastos em saúde são próprios, o que significa que os repasses do SUS representam uma parcela ínfima dos gastos municipais em saúde. Conforme veremos no capítulo seguinte, não é o tamanho do município que explica a sua dependência aos repasses federais, como se supõe a literatura sobre municipalismo no Brasil.

***

Enfim, a descentralização da saúde promoveu, ao longo do período analisado, dividido nas fases autonomista e dirigida da descentralização, **ampliação do acesso, da oferta e dos gastos com serviços públicos nos municípios paulistas**, conforme a comparação “inter-fases”, ou seja, a comparação dos indicadores apresentados por cada regional nos dois períodos demonstrou. De fato, o aumento nas taxas de um período para o outro não se deve ao mero acaso, sendo significativa para as quatro variáveis selecionadas, conforme demonstra a tabela abaixo. Para esta análise, foi realizado o teste *t* de Student pareado para comparação entre médias – *paired-samples T-test*, com nível de significância de 5%.

Tabela 4.17: Comparação “inter-fases” – entre médias de indicadores selecionados, 17 Direções Regionais de Saúde do estado de São Paulo, *paired-sample t-Test* (n=17/gl=16).

<i>Tipo de indicador</i>	<i>Variável</i>	<i>Fase da descentralização (período)</i>	<i>t observado</i>	<i>Sig. (95%)</i>
Oferta	Profissionais com nível superior por mil hab	Fase autonomista (1992) - Fase dirigida (2002)	-7,926	0,000
	Unidades ambulatoriais por mil hab	Fase autonomista (1998) - Fase dirigida (2003)	-3,922	0,001
Acesso	Produção ambulatorial por hab	Fase autonomista (1995-1998) - Fase dirigida (1999-2005)	-12,445	0,000
Financiamento	Despesa municipal em saúde por hab	Fase autonomista (1994-1998) - Fase dirigida (1999-2001)	-2,409	0,028

A significância ($p < 0,05$) demonstrou que, para todas as variáveis, as médias apresentadas na fase da descentralização dirigida são significativamente diferentes – no caso, superiores – àquelas apresentadas na fase autonomista.

Todavia, o aumento nas médias não significou a diminuição das desigualdades intra-regionais, mesmo quando comparamos municípios de um mesmo estado. Um resumo dos indicadores municipais, selecionados pela abrangência do período disponível, corrobora as afirmações apresentadas acima. Comparando as 17 regionais de saúde entre si, ano a ano, temos que as diferenças entre as médias apresentadas são significativas, conforme a análise estatística apresentada abaixo. Para esta análise, foi realizado o teste *t* de

Student para comparação entre médias – *one-sample T-test*, com nível de significância de 5%.

Tabela 4.18: Comparação “intra-fases” – entre médias de indicadores selecionados, 17 Direções Regionais de Saúde do estado de São Paulo, *one-sample t-Test* (n=17/gl=16).

<i>Tipo de indicador</i>	<i>Variável</i>	<i>Fase da descentralização (período)</i>	<i>Média</i>	<i>t observado</i>	<i>Sig. (95%)</i>
Oferta	Profissionais com nível superior por mil hab	Fase autonomista (1992)	3,6471	15,903	0,000
		Fase dirigida (2002)	4,6665	19,870	0,000
	Unidades ambulatoriais por mil hab	Fase autonomista (1998)	0,2400	11,398	0,000
		Fase dirigida (2003)	0,2818	11,445	0,000
Acesso	Produção ambulatorial por hab	Fase autonomista (1995-1998)	7,4694	45,031	0,000
		Fase dirigida (1999-2005)	11,1465	27,181	0,000
Financiamento	Despesa municipal em saúde por hab	Fase autonomista (1994-1998)	151,1265	15,087	0,000
		Fase dirigida (1999-2001)	163,0941	16,739	0,000

A análise evidenciou, para todas as variáveis apresentadas, diferenças bastante significativas ($p < 0,001$) entre as médias apresentadas pelas 17 regionais para cada uma das quatro variáveis analisadas. Isso significa que a diferença entre as médias apresentadas não pode ser atribuída ao acaso, mas que a chance de que seja de fato distinta é de quase 100%. Somado a isso, a diferença continua, nos quatro casos, na fase dirigida, mantendo portanto o padrão da fase autonomista – evidenciando, assim, que não houve a diminuição das diferenças entre as médias apresentadas, para cada taxa analisada, nas regionais de saúde do estado de São Paulo.

Nem na **oferta** (profissionais de nível superior por mil habitantes e unidades ambulatoriais por mil habitantes), nem no **acesso** (produção ambulatorial SUS *per capita*) ou no **financiamento** (despesas municipais *per capita*), as disparidades intra-regionais deixaram de existir, quando comparamos o comportamento das taxas regionais a cada período – comparação “intra-fases”, isto é, das médias de cada uma das regionais com as demais, período a período.

4.3. Conclusão

Nesse capítulo tratamos das desigualdades em saúde entre estados brasileiros e entre municípios paulistas, discutindo com a literatura sobre descentralização que assevera que quanto mais descentralizado um sistema ou uma política, maiores são as desigualdades verificadas entre (inter e intra) esferas de governo. Aqui, analisamos as fases da descentralização da política de saúde no Brasil, após a criação do SUS, verificando se a centralização ocorrida após a criação do PAB, em 1998, teve ou não o efeito de produzir diminuição das desigualdades em saúde não apenas entre estados, mas também entre municípios de um mesmo estado, verificando se o ente federado “estado” foi ou não mais eficiente no combate às desigualdades regionais. Não tratamos dos aspectos epidemiológicos¹² das desigualdades em saúde, o que exigiria um conhecimento em epidemiologia que extrapola o escopo do trabalho, e centramo-nos nos aspectos relativos ao sistema de saúde *per se*, quais sejam, oferta, acesso e financiamento.

Os dados acima demonstraram, enfim, que **existem grandes desigualdades inter e intra-regionais na provisão dos serviços de saúde nas duas fases do processo de descentralização da saúde no Brasil**. O número de consultas SUS por habitante, os gastos em saúde *per capita*, o número de profissionais com nível superior etc. demonstram que as desigualdades não foram equacionadas pela fórmula de distribuição de recursos introduzida com o PAB. Ainda que análises sobre desigualdades entre municípios sejam dificultadas pela ausência de diversos dados municipais para anos anteriores a 2000, conforme foi possível perceber pelos dados apresentados neste capítulo, aqueles existentes já são suficientes para mostrarmos que elas persistem.

As duas fases da descentralização da saúde no Brasil – autonomista e dirigida – delimitaram o processo de desenvolvimento dessa política ao longo dos anos 90. Sendo um

---

¹² Agradeço a Eduardo Marques por me alertar sobre as dificuldades para se trabalhar com a evolução de dados epidemiológicos sem o conhecimento mínimo necessário. Ademais, os epidemiologistas que tratam das desigualdades em saúde têm trabalhado com frequência e maestria essa questão, inclusive comparando indicadores de saúde ao longo do desenvolvimento do SUS nos diferentes estados brasileiros (ver, por exemplo, Nunes *et al.*, 2001).

processo, outras fases, ou outras “gerações”, poderão surgir. Não há um fim “ideal”¹³. Ao contrário, a descentralização não foi uma medida isolada, que se institucionalizou com a municipalização dos serviços sociais básicos a partir da Constituição de 1988 e se consolidou com o repasse de recursos financeiros aos municípios. Ela é um *processo*, que vem sofrendo *transformações* e gerando também *transformações na própria estrutura federativa brasileira e nas relações intergovernamentais dela decorrentes*.

A introdução do PAB Fixo promoveu a distribuição de recursos de maneira uniforme, *per capita*, com pequena variação por porte populacional dos municípios, sem levar em consideração as necessidades em saúde de cada um, ou mesmo de cada região. O PAB Variável, por sua vez, embora tenha induzido a adesão dos municípios a programas considerados prioritários pelo Ministério da Saúde, tanto incentivou aqueles municípios que não realizavam tais programas a implementá-los, quanto premiou aqueles que já os realizavam por iniciativa própria, *sem um caráter equalizador* no sentido de dar mais recursos aos municípios mais carentes¹⁴. Portanto, o PAB, aqui entendido pelos seus dois componentes, Fixo e Variável, continuou a distribuir recursos uniformemente, com base apenas na adesão ou não aos programas, *mantendo as desigualdades previamente existentes*. Conseqüentemente, nem a fase autonomista nem a fase dirigida conseguiram minorar as desigualdades, seja entre estados ou entre municípios. Como apontaram Marques e Arretche (2003), “A municipalização dos serviços de saúde não foi acompanhada de redução na desigualdade intermunicipal nos padrões de sua oferta” (Marques; Arretche, 2003 *apud* Arretche, 2004). Ainda segundo Arretche (2004) “(...) estes desembolsos federais apresentaram reduzido efeito redistributivo (Prado, 2001), (...) porque o objetivo de alcançar a descentralização teve mais centralidade do que os objetivos redistributivos nas estratégias adotadas nos anos 90” (Arretche, 2004: 25; grifos meus).

A “descentralização dirigida”, ao centralizar poder decisório sobre a política de saúde nas mãos do governo federal, poderia ter atuado como um instrumento equalizador, caso fosse desenhada com vistas a compensar as disparidades regionais, repassando maiores somas de recursos aos estados e municípios mais carentes. Mas, ao repetir a lógica universalizadora do SUS, manteve o padrão persistente das desigualdades no Brasil. Nesse

¹³ Agradeço a Ben Schneider por me chamar a atenção para essa questão.

¹⁴ Ainda que o PAB Variável repasse uma quantidade um pouco maior de recursos aos municípios de menor porte.

sentido, Nunes (2004), citando a metodologia de distribuição de recursos do SUS proposta por Silvia Porto (Porto *et al.*, 2001 *apud* Nunes, 2004), afirma:

A idéia é que na distribuição de recursos destinado ao custeio do sistema de saúde sejam aplicados critérios de distribuição eqüitativos. Os recursos destinados a investimentos devem ser repassados com o objetivo de adequar a oferta naquelas regiões onde há deficiências, ou seja, devem ser descentralizados em um processo de planejamento estratégico. O desenho do repasse dos recursos de custeio deve levar em consideração as necessidades da população atendida, ou as características populacionais e epidemiológicas da demanda, assim como a oferta de serviços de saúde. (...) O objetivo central de toda a metodologia que proponha um repasse mais eqüitativo é melhorar a fórmula de distribuição de recursos baseada em critérios de repasse per capita. O critério per capita desconsidera as desigualdades existentes entre as estruturas populacionais (Nunes, 2004: 19, grifos meus).

Um processo semelhante de descentralização-“recentralização” da política de saúde ocorreu no Chile nos anos 80 e 90, mas com um desfecho bem distinto. No final do governo Pinochet houve a descentralização da política de saúde para os municípios, que passaram a assumir, por exemplo, a responsabilidade sobre a política de recursos humanos; entre 1988 e 1996, uma lei sobre recursos humanos foi aprovada, introduzindo uma fórmula *per capita* determinando a porcentagem dos recursos repassados pelo governo central aos municípios que deveriam ser gastos em saúde (Bossert *et al.*, 2000: 87-88). Todavia, dado que o financiamento da saúde não se dá apenas com recursos federais, mas também municipais, as municipalidades mais ricas chegavam a alocar, em 1996, quatro vezes mais recursos próprios para a área do que as municipalidades mais carentes, sendo os repasses federais para a atenção primária mais ou menos constantes para todos os decis de renda municipal. Somente com a introdução de um “fundo de equalização”, o Fundo Municipal Comum é que se conseguiu modificar as desigualdades em relação a gastos e serviços de saúde. De acordo com Bossert *et al.* (2000):

*The MCF [Municipal Common Fund] collected 60% of property tax revenues from all municipalities, and wealthier municipalities provided an additional contribution from industrial and commercial permit revenues. The moneys were then redistributed to municipalities according to a per capita allocation formula based on geographic and poverty indicators. (...) The Gini coefficient, which measures income inequality on a scale of 0 (low inequality) to 1,0 (high inequality), showed an improvement in equity among municipalities, going from 0,45 to 0,30 (Bossert *et al.*, *op.cit.*, p.89-90).*

Enfim, se, por um lado, o federalismo pulverizado e o tipo de municipalismo existentes no Brasil tendem a dificultar políticas de equalização e diminuição das desigualdades

regionais – sejam entre estados ou entre municípios –, por outro o desenho institucional da política de saúde que vem sendo adotada pelo SUS, em ambas as fases do seu desenvolvimento, não é capaz de contornar as dificuldades impostas pelo desenho federativo. Caso o desenho da política fosse outro, tal como no caso chileno, talvez essas desigualdades fossem minoradas, em que pese o modelo de federalismo adotado.

Se, ao longo dos próximos anos as desigualdades no Brasil serão solucionadas através das políticas já existentes, apenas análises prospectivas poderão nos dizer. Não foi este o objetivo deste capítulo. Apenas intentou-se demonstrar aqui que as desigualdades persistiram, em termos de produção de políticas públicas de saúde, quando comparamos tanto distintos estados, quanto distintos municípios de um mesmo estado. Também não se espera que elas deixem de existir. Uma das funções do federalismo, em países grandes e com marcadas diferenças regionais, é justamente tentar equacioná-las, seja para superá-las, seja para conservar os aspectos peculiares de cada uma das unidades federadas. Todavia, também não se pode imaginar que tais diferenças, em especial aquelas não desejadas (como capacidade de produção de serviços sociais), sejam insuperáveis. Políticas públicas devem buscar esse objetivo, intentando tornar os diferentes entes cada vez mais próximos entre si, no que diz respeito às oportunidades e direitos que fornecem aos seus cidadãos.

5

MUNICIPALISMO NO BRASIL: Diferentes Municípios, Diferentes Resultados na Saúde

5.1. Introdução

O processo de criação de municípios no Brasil tem sido aspecto bastante comentado nos estudos sobre o federalismo brasileiro, mas ainda pouco analisado em profundidade. Trata-se deste como um dos principais efeitos gerados pela descentralização promovida pela nova Constituição, ora como um resultado positivo – por aproximar o governo dos cidadãos e promover a participação, ampliar a *accountability* ou aumentar a eficiência do gasto público–, ora como negativo – pelo estímulo ao clientelismo, aumento dos gastos públicos com setores administrativos em detrimento dos gastos com áreas-fins e concentração de recursos em locais com baixa densidade populacional.

Entretanto, são poucos os estudos exclusivamente voltados para explicar as causas e conseqüências do processo emancipacionista no Brasil. As “causas”, enquanto objeto de estudo, ganham das “conseqüências”, ainda que haja muito a ser explicado sobre ambos os pontos. Esses temas são citados por estudos sobre descentralização e federalismo no Brasil, mas com menor freqüência são temas centrais de pesquisa, em especial pesquisa acadêmica¹.

---

¹ Muito tem sido escrito sobre o papel dos municípios no Brasil por entidades de suporte técnico aos municípios como o Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM) e pela Fundação Prefeito Faria Lima – Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal (CEPAM).

Buscando compreender o surto emancipacionista deflagrado após a Constituição de 1988, os trabalhos existentes concentram-se, em sua grande maioria, em explicações do tipo neo-institucionalista: regime político (Gomes e MacDowell, 1998), incentivos institucionais como o Fundo de Participação dos Municípios (Shikida, 1998), a autonomia do poder Legislativo (Tomio, 2002, 2005) e os ganhos individuais decorrentes do desmembramento (Caldas, 2003) estão, para tais estudos, dentre as principais variáveis independentes para se compreender a proliferação de municípios ocorrida no Brasil após a redemocratização. Em geral, o que essa literatura tem em comum é o “espanto” ante a “quantidade de novas unidades locais criadas no Brasil nas últimas décadas (...) não existindo qualquer referência contemporânea a uma fragmentação interna tão acentuada na literatura internacional” (Tomio, 2005: 125).

Ademais, o curioso do caso brasileiro, em contraste com as experiências internacionais, é o fato de que aqui as emancipações ocorreram não em função do crescimento das grandes metrópoles, como relatado pela literatura estrangeira (Tomio, 2005), mas sim como um processo de divisão de municípios de pequeno e médio porte, conforme demonstrou Caldas (2003) para o caso dos novos municípios paulistas. Segundo Caldas, quanto menor o distrito, maior a possibilidade de desmembramento, uma vez que quanto menor o grupo de interesse e, conseqüentemente, menores os custos de organização e maiores os ganhos individuais decorrentes dos benefícios públicos gerados pela emancipação (escolas, postos de saúde etc.).

As conseqüências práticas desse processo na produção de políticas públicas, contudo, ainda foram pouco estudadas. Alguns trabalhos voltam-se para os problemas fiscais gerados pela emergência de vários novos governos municipais, mas não existem trabalhos que se ativeram a analisar os efeitos do municipalismo e da descentralização das políticas sociais sobre os resultados dos serviços sociais prestados pelos municípios.

Neste capítulo procuraremos tratar empiricamente dos pontos levantados por esta literatura no que concerne ao papel do município no federalismo brasileiro, com ênfase para a sua atuação, na produção de políticas públicas – em especial, a política de saúde –, levando-se em consideração a enorme diversidade existente entre as

municipalidades brasileiras, em termos populacionais, de “autonomia financeira” e de riqueza municipal. Buscaremos captar como essas variáveis interferem na **oferta** de serviços, no **acesso** e no **financiamento** da política municipal de saúde, verificando se, de fato, são os municípios menores e mais dependentes do FPM os que produzem piores resultados na saúde. Para isso, pegamos uma amostra de municípios escolhidos dentro de cada faixa populacional dos municípios paulistas, selecionando os 30% primeiros², em ordem alfabética. A quantidade de municípios da amostra em cada faixa populacional (em concordância com análises do IBGE) está distribuída da seguinte maneira:

Quadro 5.1: Tamanho do universo e da amostra de municípios

<i>Grupo populacional</i>	<i>Número total de municípios</i>	<i>Número de municípios na amostra</i>
Menos de 5.000	171	51
5.000 – 10.000	121	36
10.000 – 20.000	113	34
20.000 – 50.000	120	36
50.000 – 100.000	49	15
100.000 – 500.000	62	19
500.000 – 1.000.000	6	2
Mais de 1.000.000	3	1
Total	645	194

Ao centrarmos-nos apenas no Estado de São Paulo, conforme ressaltamos anteriormente, estaremos diminuindo o efeito das diferenças regionais imposto por uma análise de âmbito nacional, ao mesmo tempo em que privilegiaremos as diferenças existentes entre as regiões de um mesmo Estado, sendo este o Estado com o mais expressivo desenvolvimento da política de saúde, desde o início do século, e por isso considerado um caso peculiar no cenário nacional (Hochman, 1998).

O resultado da política de saúde nos municípios será analisado através de **três grupos de variáveis dependentes**, tal como no capítulo anterior: **oferta, acesso e financiamento dos serviços de saúde**. Vamos analisar o comportamento destas variáveis com base em variáveis independentes apontadas pela literatura sobre municipalismo no Brasil, quais sejam: o porte populacional dos municípios, a sua dependência ao FPM e a sua capacidade de gerar recursos próprios. A hipótese geralmente levantada por esta literatura é

² Esta amostra (30%) nos permite realizar uma análise estatisticamente “robusta”, com resultados próximos ao que seria alcançado pela análise do universo, principalmente no que diz respeito aos pequenos municípios (até 20.000), nosso foco, cujas faixas populacionais contarão todas com um N>30.

a de que municípios pequenos e muito dependentes dos repasses federais são os grandes vilões do federalismo no Brasil, pois “consomem” muitos recursos públicos com uma pequena parcela da população, sem gerar riquezas. Adicionalmente, vamos testar a hipótese sobre a riqueza dos municípios: o que determina a produção municipal de serviços de saúde não são o tamanho ou dependência ao FPM, mas sim a riqueza do município, medida pelo PIB *per capita*. Somado a isso, analisaremos em que medida o tipo de gestão assumida pelo município pela NOB 01/96 tem relação com o resultado alcançado pela política municipal de saúde, ainda que não possamos falar que este é o fator determinante do resultado alcançado pela política municipal de saúde – até porque, ele é mais uma “conseqüência” da rede e da capacidade municipal de prestação de serviços do que o contrário.

Quadro 5.2: Variáveis atinentes ao resultado da política municipal de saúde

<i>Resultado da política de saúde</i>	<i>Variáveis dependentes</i>	<i>Variáveis independentes</i>
Oferta	1. Unidades ambulatoriais por mil habitantes	▪ Porte populacional do município; ▪ Dependência ao FPM; ▪ Recursos próprios <i>per capita</i>; ▪ PIB <i>per capita</i>; ▪ Gestão pela NOB 01/96.
	2. Leitos hospitalares por mil habitantes	
	3. Profissionais de nível superior por mil habitantes	
	4. Cobertura do PSF	
Acesso	5. Consultas médicas básicas por habitante	
	6. Procedimentos ambulatoriais por habitante	
Financiamento	7. Gasto municipal em saúde por habitante	
	8. Autonomia de financiamento em saúde	

Cada variável dependente será analisada separadamente, correlacionando-a com as variáveis independentes apontadas. Características externas ao município, como a distância a grandes centros urbanos, participação em consórcio intermunicipal de saúde ou características da regional de saúde na qual está inserido não serão analisadas por acreditarmos que, embora elas tenham influência sobre a produção de políticas no âmbito regional – ou seja, podem aumentar ou reduzir a quantidade de serviços produzidos em uma dada região do estado – elas não têm um forte impacto sobre a produção municipal de políticas. Especificamente no caso dos consórcios, ainda que a experiência do consorciamento possa introduzir um aumento da produção municipal de saúde, especialmente no município-sede do consórcio, conforme veremos no capítulo seguinte, para captar tal alteração seria preciso uma análise caso a caso, anterior e posterior à sua criação. Não é este o objetivo do presente capítulo, mas sim captar padrões gerais de comportamento municipal no que tange à produção de serviços de saúde.

O porte populacional dos municípios será medido pela média da população no período compreendido entre 1998 e 2005. A dependência ao Fundo de Participação dos Municípios (FPM) será medida pela divisão do valor da cota-parte do FPM pela receita corrente municipal, também em termos médios, no período de 1998 a 2005. Os recursos próprios *per capita* serão medidos da receita corrente subtraída das transferências correntes, dividida pela receita corrente municipal total, calculado o seu valor médio para o período 1998-2005. Por fim, o PIB *per capita* será medido pela divisão do PIB municipal total pelo número de habitantes, média para os anos de 1999 a 2004. As variáveis serão correlacionadas entre si utilizando-se o Coeficiente de Spearman.

5.2. A oferta de serviços de saúde nos municípios paulistas

Para tratarmos da oferta de serviços de saúde, utilizaremos como variáveis dependentes quatro diferentes indicadores: a) profissionais municipais de saúde com nível superior por mil habitantes; b) cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF); c) unidades ambulatoriais SUS por mil habitantes; d) leitos SUS por mil habitantes. Assim como no capítulo anterior, acreditamos que este conjunto de indicadores reflete com bastante precisão a oferta dos principais serviços de saúde nos municípios.

5.2.1. Profissionais municipais de saúde com nível superior

Existe um importante debate na área da saúde pública acerca da dificuldade encontrada por pequenos e pouco urbanizados municípios em contratar e manter ao menos um médico no corpo do funcionalismo público. Esta dificuldade estaria vinculada aos baixos salários que tais municípios podem pagar a seus funcionários e da baixa atratividade que tais municipalidades possuem, principalmente para profissionais que se formaram nos grandes centros urbanos – onde, em geral, os cursos de medicina se localizam. Essa não seria, entretanto, uma peculiaridade das pequenas cidades. Os bairros mais periféricos das grandes cidades também se deparam com este problema, não por causa da baixa urbanização, mas nesse caso em função da violência geralmente presente nos mesmos, além da distância e tempo de locomoção que os profissionais levam até

chegarem ao local de trabalho.

Todavia, ao analisarmos a correlação entre profissionais municipais de saúde com nível superior e o porte populacional dos municípios, vemos que quanto menor o município e mais dependente aos repasses do FPM, maior o número de profissionais de saúde por habitante, conforme demonstra a tabela abaixo:

Tabela 5.1: Correlação entre profissionais municipais de saúde com nível superior por mil habitantes (média 1999 e 2002) e variáveis independentes selecionadas.

Profissionais municipais de saúde (nível superior) por mil habitantes (média 1999 e 2002)	<i>População (média 98-05)</i>	<i>Dependência ao FPM (média 98-05)</i>	<i>Receita própria municipal per capita (média 98-05)</i>	<i>PIB per capita (média 99-04)</i>
Coeficiente de correlação (<i>Spearman's rho</i>)	-0,602**	0,413**	-0,055	0,207**
Sig. (bi-caudal)	,000	,000	,451	,004
N	192	192	192	192

** Correlação significativa a 1% (bi-caudal).

* Correlação significativa a 5% (bi-caudal).

Analisando as correlações entre profissionais de saúde e porte populacional dos municípios, percebemos que existe uma correlação de moderada a forte e negativa entre estas duas variáveis. Isto significa que quanto menor o município, maior a sua relação profissional de saúde por mil habitantes. Todavia, é preciso lembrar que há uma distorção, neste tipo de taxa, para municípios muito pequenos em termos populacionais, pois a existência de apenas um médico tende a ter mais peso muito grande nestes casos.

Condizentemente, quanto maior a dependência ao FPM (fortemente – e negativamente – correlacionada com a população), maior o número de profissionais de saúde por mil habitantes. Esta correlação corrobora, portanto, a anterior, demonstrando que municípios menores, que são os que apresentam maior dependência ao FPM, de fato apresentam um maior número de profissionais de saúde com nível superior por mil habitantes. Isto não significa, obviamente, que apresentam maiores números absolutos, havendo uma conhecida concentração desses profissionais nos grandes centros urbanos.

Por outro lado, a receita própria municipal *per capita* não apresenta correlação estatisticamente significativa com o número de profissionais de saúde por mil habitantes, o que é curioso, considerando que esta variável e a dependência ao FPM estão negativa e significativamente correlacionadas.

Por fim, quanto ao PIB *per capita*, pode-se notar que a correlação deste com o número de profissionais de saúde é significativa, porém fraca. Outros fatores, mais do que a riqueza do município, explicam o tamanho do quadro de profissionais da área de saúde nos municípios. Certamente este apresenta forte correlação com a capacidade instalada de serviços de saúde. Uma vez instalado o serviço nos municípios, a contratação de funcionários se faz necessária; caso o município encontre dificuldades financeiras para manter os funcionários, o serviço será fechado e o profissional despedido.

5.2.2. Cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF)

A literatura da área da saúde pública voltada para a análise do Programa de Saúde da Família tem se defrontado com um fato ainda pouco explicado: o fato de que os grandes centros urbanos são os que apresentam menor cobertura do PSF. As causas apontadas para esse fenômeno são, segundo Bousquat *et al* (2005, apud Viana *et al*, 2006):

*(...) existência de um importante mix público-privado no setor saúde, com destaque para o setor privado lucrativo, que atende parcela considerável da população e mobiliza grandes volumes financeiros; a disponibilidade de tecnologia material moderna nos procedimentos médicos, resultando em pressão no acesso aos exames e na estrutura de financiamento do setor saúde; a política de repasse de recursos para o PSF, que prioriza os municípios de pequeno porte ao vincular o valor transferido à taxa de cobertura do programa, dificultando o financiamento do programa nas grandes cidades; e a violência urbana, que repercute no cotidiano das equipes de saúde da família, contribuindo para elevar a rotatividade profissional (Bousquat *et al*, 2005 apud Viana *et al*, 2006: 579).*

Conseqüentemente, as grandes cidades tendem a apresentar menor cobertura do PSF do que as pequenas e médias, fato este agravado pelo favorecimento, por parte do Ministério da Saúde, àqueles municípios nos quais a cobertura já atingiu um patamar mais elevado. Assim como no caso da média e alta complexidades, o Ministério da Saúde acaba priorizando as municipalidades que já possuem “capacidade instalada”, dificultando a

ampliação naquelas em que a cobertura ainda é baixa.

De fato, conforme demonstram os dados abaixo, há uma correlação moderada e negativa entre porte populacional do município e cobertura do Programa de Saúde da Família – PSF, comprovando que municípios menores tendem a apresentar maior cobertura do PSF (maior porcentagem de munícipes cobertos pelo programa) do que aqueles municípios maiores e mais populosos. Este, aliás, é um dos fatores apontados pelos trabalhos sobre o PSF nas grandes metrópoles: a dificuldade que o mesmo tem encontrado para se expandir, sendo o caso mais citado o do município de São Paulo, cuja cobertura era, em 2006, de aproximadamente 27%, o que é considerado uma cobertura muito baixa, principalmente em função das necessidades de saúde das populações concentradas nas regiões mais periféricas, pobres e distantes dos grandes centros médicos da capital.

Tabela 5.2: Correlação entre cobertura do PSF nos municípios paulistas (2004) e variáveis independentes selecionadas.

Cobertura do PSF (2004)	<i>População (média 98-05)</i>	<i>Dependência ao FPM (média 95-05)</i>	<i>Receita própria municipal per capita (média 97-05)</i>	<i>PIB per capita (média 99-04)</i>
Coeficiente de correlação (<i>Spearman's rho</i>)	-,337**	0,373**	-,367**	-,145*
Sig. (bi-caudal)	,000	,000	,000	,044
N	194	194	194	194

** Correlação significativa a 1% (bi-caudal).

* Correlação significativa a 5% (bi-caudal).

Quando comparamos a dependência ao FPM considerada “normal” (menor ou igual a 40%, ou os três primeiros quartis da distribuição) com aquela considerada “alta” (acima de 40%, ou o quarto quartil da distribuição) para os padrões paulistas, verificamos que a cobertura média do PSF daqueles municípios com alta dependência ao FPM é muito superior e estatisticamente diferente daquela apresentada pelos municípios com menor dependência ao FPM ($t = -7,051$, sig. = 0,000), conforme demonstra a tabela abaixo, com a comparação entre as médias.

<i>Dependência ao FPM</i>	<i>Média Cobertura PSF</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>N</i>
≤ 40%	32%	34,13	149

> 40%	75%	41,21	45

Portanto, quanto maior a dependência ao FPM, maior a cobertura do Programa de Saúde da Família. Este dado vai de encontro com aquele sobre receita própria municipal. Conforme vimos, quanto maior a dependência aos repasses do Fundo de Participação do Município, menor é a receita municipal per capita. Logo, quanto menor a receita própria municipal, maior a dependência ao FPM e maior a cobertura do PSF.

Esses dados nos levam a pensar numa crítica sempre aventada ao Programa de Saúde da Família: a de que este programa tem sido utilizado como “política de saúde para os pobres”, ou seja: municípios mais carentes são os que mais se utilizam desse programa, talvez pela ausência de recursos financeiros disponíveis para o desenvolvimento de uma política de saúde mais “complexa” – e dispendiosa. Todavia, analisando o PIB *per capita*, verificamos que existe uma correlação negativa, de fato, mas muito fraca (e significativa a 5%) entre PIB e cobertura. Enfim, não podemos afirmar categoricamente que quanto maior o PIB menor a cobertura – ou, ainda, que apenas os municípios com baixo PIB *per capita* é que se preocupam em ampliar a cobertura do PSF.

Por fim, cabe salientar que não existe uma diferença estatisticamente significativa entre a cobertura do PSF nos municípios habilitados como Gestores Plenos da Atenção Básica em Saúde e aqueles habilitados como Gestores Plenos dos Sistemas Municipais de Saúde, indicando que a complexidade da rede de saúde assumida pelo município não tem correlação com a cobertura de PSF que este município consegue prover a seus munícipes.

5.2.3. Unidades ambulatoriais SUS

O número de unidades ambulatoriais por mil habitantes, conforme dito no capítulo anterior, é um indicador bastante útil para medir a oferta de serviços municipais em saúde, especialmente quando utilizado em termos *per capita*. Aqui, utilizamos este indicador para analisarmos o desempenho municipal na provisão de serviços de saúde entre os distintos municípios paulistas. Conforme os dados abaixo demonstram, o número de unidades ambulatoriais por habitante tende a seguir uma lógica inversa em relação ao

tamanho do município e de sua receita própria por habitante.

Tabela 5.3: Correlação entre unidades ambulatoriais por mil habitantes (média 1998-2003) e variáveis independentes selecionadas.

Unidades ambulatoriais por mil habitantes (média 1998-2003)	<i>População (média 98-05)</i>	<i>Dependência ao FPM (média 98-05)</i>	<i>Receita própria municipal per capita (média 98-05)</i>	<i>PIB per capita (média 99-04)</i>
Coeficiente de correlação (<i>Spearman's rho</i>)	-0,671**	0,581**	-0,325**	-0,061
Sig. (bi-caudal)	,000	,000	,000	,401
N	194	194	194	194

** Correlação significativa a 1% (bi-caudal).

* Correlação significativa a 5% (bi-caudal).

No caso dos municípios paulistas, portanto, número de unidades ambulatoriais para cada mil habitantes tende a ser maior nos municípios menores – correlação estatisticamente significativa e negativa ($rho = -0,671$). Sendo o atendimento ambulatorial a única opção disponível nos municípios pequenos e sem leitos hospitalares, eles tendem a ser mais numerosos nesses casos. Em municípios maiores a própria população já se dirige ao serviço especializado, muitas vezes sem sequer passar pelo atendimento básico/ambulatorial. Da mesma maneira, municípios mais dependentes do FPM são os que tendem a apresentar maior taxa de unidades ambulatoriais por mil habitantes ($rho = 0,581$).

O PIB *per capita*, por sua vez, não apresenta correlação estatisticamente significativa com a taxa de unidades ambulatoriais/habitantes. É preciso lembrar que não existe correlação entre PIB e tamanho populacional do município; municípios grandes também podem apresentar PIB *per capita* grande, mas isso não significa que tenham muitas unidades ambulatoriais. Portanto, não é a riqueza do município que determina a oferta de serviços ambulatoriais de saúde.

5.2.4. Leitos SUS

Ao contrário do que ocorre no caso das unidades ambulatoriais por mil habitantes, os leitos hospitalares apresentam uma correlação significativa e positiva com o tamanho populacional do município e com sua receita própria (ainda que, neste caso, menos significativa). Por outro lado, o número de leitos por mil habitantes tende a ser menor em municípios mais dependentes do FPM – lembrando que, em geral, municípios menores são mais dependentes do que os maiores.

Tabela 5.4: Correlação entre leitos SUS por mil habitantes (média 2000-2005) e variáveis independentes selecionadas.

Leitos SUS por mil habitantes (média 2000-2005)	<i>População (média 98-05)</i>	<i>Dependência ao FPM (média 98-05)</i>	<i>Receita própria municipal per capita (média 98-05)</i>	<i>PIB per capita (média 99-04)</i>
Coeficiente de correlação (<i>Spearman's rho</i>)	0,507**	-0,462**	0,213**	-0,042
Sig. (bi-caudal)	,000	,000	,003	,559
N	194	194	194	194

** Correlação significativa a 1% (bi-caudal).

* Correlação significativa a 5% (bi-caudal).

Alguns estudos apontam como o menor número viável para a sobrevivência de um hospital um mínimo de 50 leitos. Municípios muito pequenos, com poucos casos complexos a serem atendidos, não devem, portanto, manter leitos hospitalares, com todos os equipamentos e profissionais que estes requerem, mas sim encaminhar os casos para os serviços de referência de sua região. Todavia, nem sempre é o que acontece. O município de Fernando Prestes, por exemplo, com 5.596 habitantes, possui uma taxa média (2000-2005) de 30,77 leitos por mil habitantes, o que corresponde a um total de 114 leitos, para o ano de 2005. Seguramente, muitos destes leitos estão ociosos, apresentando uma baixíssima taxa de ocupação. Analisando o dado de maneira descontextualizada, poderíamos pensar que o município de Fernando Prestes é mais eficiente na oferta de serviços de saúde aos seus munícipes; entretanto, pensando em termos de utilização de recursos públicos, vemos que não é isso o que acontece: há um desperdício de recursos com leitos hospitalares que são, certamente, sub-utilizados, além de extremamente caros ao município.

Os dados demonstram que existe uma correlação estatisticamente significativa ($r_{ho} = 0,507$) entre porte populacional do município e taxa de leitos SUS por mil habitantes. Isso significa que quanto maior o município, maior é a sua taxa de leitos por habitantes, e vice-versa. Realmente, municípios pequenos apresentam menor número de leitos do que os grandes. Enfim, tirando algumas exceções, a relação custo-benefício tende a prevalecer. A opção, para os municípios pequenos, é o encaminhamento de seus pacientes a municípios de maior porte, com leitos disponíveis. Embora este comportamento venha sendo tratado negativamente como uma “carona”, pela literatura de ciência política, é preciso deixar claro que esta é a lógica do SUS. O problema, no caso, não é o encaminhamento para hospitais de cidades vizinhas, mas este encaminhamento sem a contrapartida financeira, ou seja, sem o repasse do recurso financeiro junto com o paciente. Quando existir esta compensação, o comportamento deixa de ser do tipo *free-rider*, passando a obedecer à logística adequada ao sistema.

Por fim, o PIB *per capita* não apresenta correlação estatisticamente significativa com a taxa de leitos/habitantes. Novamente, este é um dado positivo, uma vez que, independentemente da riqueza do município, trata-se de um desperdício do recurso público o investimento em leitos hospitalares para o atendimento de poucos casos que chegam a precisar de internação – conforme ocorre nos municípios pequenos. Lembrando que não existe correlação estatisticamente significativa entre PIB *per capita* e tamanho populacional do município, não há razões plausíveis – senão as meramente eleitorais, e não do ponto de vista do interesse coletivo – para que municípios pequenos, ainda que ricos, mantenham em funcionamento leitos hospitalares.

5.3. O acesso aos serviços de saúde em São Paulo

Para medir o acesso aos serviços de saúde, vamos analisar aqui dois indicadores: consultas médicas básicas por habitante e produção ambulatorial SUS por habitante. O acesso poderia ser também medido pelo número de internações SUS por habitante, mas conforme já apontamos anteriormente, nem todos os municípios contam com leitos hospitalares e, portanto, realizam internações e, ademais, este tipo de indicador é de difícil interpretação, pois depende não apenas do número absoluto, mas também do tipo de

internação que está sendo realizado, conforme a sua complexidade. Alguns pequenos municípios que contam com leitos hospitalares, por exemplo, internam pacientes com problemas pouco graves, como infecção urinária, que talvez não fossem internados em hospitais com maior fluxo de pacientes, que precisam deixar seus leitos disponíveis para os casos mais graves. Por esta razão é que não utilizamos aqui as internações hospitalares como indicador de acesso, em que pese a facilidade para a obtenção desse dado.

5.3.1. Consultas médicas básicas

Novamente, municípios pequenos e mais dependentes tendem a apresentar maior número de consultas médicas básicas por habitante do que os maiores, em que pese o fato de não possuírem uma rede de serviços tão complexa, com leitos hospitalares e serviços de alta complexidade. Somado a isso, vemos que este número apresenta uma correlação muito baixa com a riqueza municipal.

Tabela 5.5: Correlação entre consultas médicas básicas SUS por habitante (média 2000-2006) e variáveis independentes selecionadas.

Consultas médicas básicas por habitante (média 2000-2006)	<i>População (média 98-05)</i>	<i>Dependência ao FPM (média 98-05)</i>	<i>Receita própria municipal per capita (média 98-05)</i>	<i>PIB per capita (média 99-04)</i>
Coeficiente de correlação (<i>Spearman's rho</i>)	-0,615**	0,498**	-0,250**	0,148*
Sig. (bi-caudal)	,000	,000	,000	,039
N	194	194	194	194

** Correlação significativa a 1% (bi-caudal).

* Correlação significativa a 5% (bi-caudal).

O número de consultas médicas básicas por habitante apresenta uma correlação estatisticamente significativa e negativa ($\rho = -0,615$) com o porte populacional dos municípios. Isso significa que quanto maior o município, menor o número de consultas médicas *per capita*. Conforme veremos mais adiante, este padrão se repete no caso do número de unidades ambulatoriais por mil habitantes, o que demonstra que nem a oferta nem o acesso a serviços básicos de saúde são menores nos pequenos municípios, conforme poderia se pensar, pela maior dificuldade que estes poderiam enfrentar na contratação de

médicos e demais profissionais de saúde com nível superior – o qual, aliás, também é maior nos municípios menores, em termos *per capita*, tal como visto anteriormente.

Se, assim como vimos, quanto menor o município maior é a sua dependência ao FPM, a correlação significativa e positiva ($rho = 0,498$) entre consultas médicas por habitante e dependência aos repasses feitos ao Fundo Municipal corrobora a correlação anterior: municípios menores e mais dependentes são os que apresentam maior taxa de consultas médicas/habitante. Realmente, quando comparamos a dependência ao FPM considerada “normal” ou esperada (menor ou igual a 40%) com aquela considerada “elevada”, verifica-se que a média de consultas daqueles com alta dependência é bastante superior àquela dos municípios com menor dependência aos repasses do FPM ($t = -4,97$, sig. = 0,000):

<i>Dependência ao FPM</i>	<i>Média Consultas/hab</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>N</i>
$\leq 40\%$	2,52	1,16	149
$> 40\%$	3,61	1,64	45

Conforme tratado anteriormente, existe uma correlação moderada e positiva entre receita própria municipal *per capita* e população ($rho = 0,470$). Portanto, quanto menor o município, menor tende ser a sua receita própria por habitante; seguindo a lógica acima, portanto, quanto menor a receita própria *per capita*, maior o número de consultas médicas por habitante, ainda que esta correlação seja fraca – indicando, assim, que outros fatores têm maior peso na determinação do número de consultas básicas.

Por fim, o PIB *per capita* apresenta uma correlação estatisticamente significativa com o número de consultas médicas por habitante, porém fraca e a um nível de 5%. Isso significa que não necessariamente os municípios mais ricos são aqueles que apresentam maior acesso a consultas médicas básicas. Aliás, vale aqui também lembrar que municípios pequenos e grandes podem apresentar PIB *per capita* semelhante.

Embora não possamos dizer que o tipo de gestão pela NOB 01/96 *determine* a quantidade de serviços prestados, mas apenas que existe uma correlação entre as variáveis, vale notar que comparando as médias de consultas médicas básicas por habitante dos municípios gestores Plenos da Atenção Básica com os gestores Plenos do Sistema

Municipal, de fato os primeiros apresentam maior taxa consulta/habitante do que aqueles habilitados na forma mais complexa de gestão:

<i>Tipo de gestão pela NOB 01/96</i>	<i>Média Consultas/bab</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>N</i>
Básica	2,95	1,43	141
Plena	2,29	1,04	53

Todavia, a diferença não é tão relevante assim, e corresponde a menos de 0,7 consulta para cada habitante ($t = 3,114$, sig. = 0,002). Portanto, não podemos dizer que há uma diferença significativa, em termos de consultas médicas básicas por habitante, entre municípios com diferentes tipos de gestão.

5.3.2. Produção ambulatorial SUS

Além do número de consultas médicas por habitante, podemos medir o acesso a serviços de saúde pela produção ambulatorial *per capita*, que corresponde à quantidade de procedimentos ambulatoriais – tais como curativos, exames como raio X, inalação etc. – que são realizados por habitante. Obviamente, este está diretamente relacionado com o número de unidades ambulatoriais existentes. Todavia, quando analisamos a produção ambulatorial por habitante, vemos que não apresenta nenhuma relação com o tamanho da população, a dependência ao FPM pelo município, a sua receita própria municipal ou o seu PIB *per capita*. Isso significa que outros fatores têm maior correlação com a produção ambulatorial municipal, que não suas características populacionais ou econômico-financeiras.

Tabela 5.6: Correlação entre produção ambulatorial SUS por habitante (média 1998-2003) e variáveis independentes selecionadas.

Produção ambulatorial por habitante (média 96-05)	<i>População (média 98-05)</i>	<i>Dependência ao FPM (média 98-05)</i>	<i>Receita própria municipal per capita (média 98-05)</i>	<i>PIB per capita (média 99-04)</i>
Coeficiente de correlação (<i>Spearman's rho</i>)	-0,076	0,057	-0,019	-0,098
Sig. (bi-caudal)	,295	,432	,792	,173
N	194	194	194	194

** Correlação significativa a 1% (bi-caudal).

* Correlação significativa a 5% (bi-caudal).

Alguns municípios receberam, antes da existência do SUS, maiores somas de recursos ou mais serviços de saúde, conforme os investimentos realizados pelo governo estadual e pelo antigo INAMPS. Com isso, configurou-se uma rede de serviços diferenciada no estado, o que tem consequência direta sobre a taxa de produção ambulatorial por habitante atual, e diminuindo o “peso” das características internas ao município, como sua população ou riqueza.

De toda a forma, para os objetivos deste trabalho, cumpre-nos salientar que o tamanho populacional ou a dependência ao FPM pelo município não têm correlação com a produção de serviços básicos (ambulatoriais) de saúde, o que significa que os chamados “problemas do municipalismo brasileiro” não têm influência sobre a produção deste tipo de serviço social básico. Podemos perguntar, portanto, se de fato este é um “problema”, ou, ainda, sob quais aspectos do funcionamento do federalismo a existência de diversos municípios pequenos e dependentes torna-se um problema real. Este não é o foco deste trabalho, mas merece ser analisado com mais cuidado.

5.4. O financiamento e os gastos municipais em saúde

Financiamento e gastos municipais em saúde indicam o esforço municipal no sentido de ampliar os serviços prestados pelo SUS para além daqueles financiados pelos recursos do Ministério da Saúde, através dos repasses ao Fundo Municipal de Saúde. Para medir tal esforço, utilizaremos dois indicadores atinentes a gastos no setor saúde: despesas em saúde por habitante, que refletem os gastos totais, SUS e próprios, em saúde, e o que chamamos de “autonomia financeira em saúde”, que dizem respeito aos recursos próprios gastos em saúde, conforme informado aos municípios ao SIOPS em função das determinações da Emenda Constitucional nº 29, de 2000³.

5.4.1. Gastos municipais em saúde

A despesa municipal em saúde é um indicador que mede não apenas os gastos

---

³ Que determina os gastos próprios mínimos em saúde, conforme explicado no capítulo 3.

em saúde advindos dos recursos SUS repassados aos municípios, mas também os recursos próprios municipais que complementam estes recursos. Assim, ele é influenciado tanto pela quantidade de serviços disponíveis no município, que determina os repasses SUS por produção, como também pelo investimento municipal em saúde – o qual será analisado separadamente a seguir.

A despesa total em saúde apresenta uma correlação inversa moderada ($r_{ho} = -0,416$) com o porte populacional do município. Isso significa que quanto maior o município, menor tende a ser o seu gasto médio *per capita* em saúde. Mais uma vez, ao contrário do que afirma a literatura, o fato de o município ser pequeno, tal como a grande maioria que surgiu após a “onda emancipacionista” posterior à redemocratização e à nova Constituição, não significa baixos investimentos em saúde. Ao contrário, em termos *per capita*, estes são os municípios que mais investem em saúde.

Tabela 5.7: Correlação entre despesa municipal em saúde por habitante (média 1998-2005) e variáveis independentes selecionadas.

Despesa em saúde por habitante (média 1998-2005)	<i>População (média 98-05)</i>	<i>Dependência ao FPM (média 98-05)</i>	<i>Receita própria municipal per capita (média 98-05)</i>	<i>PIB per capita (média 99-04)</i>
Coeficiente de correlação (<i>Spearman's rho</i>)	-0,416**	0,138	0,144*	0,364**
Sig. (bi-caudal)	,000	,055	,045	,000
N	194	194	194	194

** Correlação significativa a 1% (bi-caudal).

* Correlação significativa a 5% (bi-caudal).

Por outro lado, percebe-se que a dependência municipal ao FPM ou a sua receita própria *per capita* não apresentam correlação (ou esta é muito fraca) com a despesa em saúde por habitante. Isso significa que, em que pese ser a dependência aos repasses do Fundo Municipal ou a baixa autonomia financeira dos municípios uma das principais críticas feitas ao municipalismo brasileiro, estas variáveis não apresentam correlação com os gastos em saúde por habitante realizados pelos municípios paulistas.

Por fim, o PIB *per capita* apresenta uma correlação estatisticamente significativa

com os gastos totais em saúde por habitante. Este dado corrobora a nossa hipótese, de que o principal ponto a ser observado com relação ao municipalismo no Brasil não é o tamanho dos municípios, mas sim a sua riqueza: municípios com maiores PIB *per capita* são também aqueles com maiores gastos em saúde, ou seja, são aqueles mais capazes de proverem serviços sociais a seus cidadãos. É preciso lembrar que não existe uma correlação entre PIB *per capita* e porte populacional, isto é, não necessariamente os municípios grandes são aqueles com maiores PIB.

Vale reiterar, entretanto, que o gasto em saúde depende, em grande parte, da capacidade instalada de serviços de saúde, os quais determinam o montante de recursos SUS repassados ao município. Somado a isso, serviços de alta complexidade são mais custosos, e aqueles municípios que apresentam muitos serviços deste tipo são também aqueles que recebem maiores somas totais de recursos SUS – o que não quer dizer, entretanto, que são aqueles com maiores recursos *per capita*, já que este também é determinado pelos gastos municipais próprios em saúde, complementares aos gastos realizados através das transferências SUS.

5.4.2. Autonomia financeira municipal em saúde

A autonomia financeira municipal em saúde é um indicador que expressa a quantidade de recursos próprios *per capita* que são gastos em saúde. Este dado foi gerado a partir de 2000, com a criação do SIOPS, em decorrência das determinações impostas pela Emenda Constitucional n. 29, que impõe gastos mínimos municipais em saúde. Assim, ele independe da quantidade de serviços disponíveis no município, tal como o indicador “gastos totais em saúde”.

Tabela 5.8: Correlação entre autonomia financeira em saúde dos municípios (média 2000-2005) e variáveis independentes selecionadas.

Autonomia financeira em saúde (média 2000-2005)	<i>População (média 98-05)</i>	<i>Dependência ao FPM (média 98-05)</i>	<i>Receita própria municipal per capita (média 98-05)</i>	<i>PIB per capita (média 99-04)</i>
Coeficiente de correlação (<i>Spearman's rho</i>)	-0,410**	0,260**	0,009	0,296**
Sig. (bi-caudal)	,000	,000	,898	,000
N	194	194	194	194

** Correlação significativa a 1% (bi-caudal).

* Correlação significativa a 5% (bi-caudal).

Conforme os dados da tabela acima demonstram, existe uma correlação moderada e negativa entre autonomia financeira em saúde e porte populacional dos municípios, o que indica que, no caso do financiamento da saúde, de fato os municípios maiores tendem a ter mais autonomia, ou seja, colocam mais recursos próprios *per capita* do que aqueles menores, o que lhes dá maior autonomia decisória acerca de como e onde gastar o recurso, uma vez que não depende das vinculações impostas pelo Ministério da Saúde no gasto com os recursos SUS. Municípios menores em geral gastam menos recursos próprios em saúde, em relação ao gasto total, do que os maiores e, portanto, são mais dependentes dos desenhos de política de saúde determinados centralmente – PSF, Programa de Desnutrição Infantil etc.

Cabe salientar que não intentamos fazer aqui uma defesa ou um ataque à “recentralização” promovida na saúde com o início do que chamamos de “fase da descentralização dirigida”. Acreditamos que tanto existem aspectos positivos nesse processo – tentativa de diminuição das desigualdades regionais, focalização nas áreas de maior fragilidade, direcionamento da atuação municipal etc. – como existem aspectos negativos – diminuição do poder decisório do nível local, uniformização sem critérios sócio-econômicos e epidemiológicos, dentre outros. Apenas estamos apontando alguns pontos relevantes sobre os efeitos desta sobre a produção de políticas públicas na área da saúde.

A outra variável em geral citada pela literatura sobre municipalismo, a

dependência ao FPM, demonstrou um dado curioso: municípios mais dependentes dos repasses realizados ao Fundo de Participação dos Municípios tendem a apresentar maiores gastos próprios em saúde, em comparação com os gastos totais, do que aqueles que são menos dependentes. Todavia, esta correlação é fraca ($rbo = 0,260$), e outros fatores pesam mais na determinação da autonomia financeira em saúde do que a dependência ao FPM.

Com relação à receita própria municipal *per capita*, que exclui as transferências estaduais e federais e o repasse ao FPM, temos que esta variável não apresenta correlação estatisticamente significativa com a autonomia financeira em saúde, o que demonstra que municípios que são “mais autônomos” economicamente não apresentam, necessariamente, maior autonomia em relação ao gasto em saúde.

Por fim, quanto ao PIB *per capita*, pode-se perceber que existe uma correlação, ainda que fraca, entre esta variável e a autonomia financeira em saúde. Assim, quanto maior o PIB municipal por habitante, maior tendem a ser os gastos municipais próprios em saúde, para além dos repasses federais, ainda que esta correlação seja fraca ($rbo = 0,296$).

5.5. Conclusão

Analizamos neste capítulo o resultado da política municipal de saúde em relação à oferta de serviços (profissionais de saúde por mil habitantes, cobertura do PSF, número de unidades ambulatoriais por mil habitantes e leitos hospitalares por mil habitantes), acesso (número de consultas médicas básicas por habitante e produção ambulatorial por habitante) e financiamento (gastos totais em saúde por habitante e autonomia financeira em saúde por habitante). Questionamos a literatura que assevera ser o grande problema do municipalismo brasileiro o grande número de pequenos municípios, extremamente dependentes dos repasses do Fundo de Participação dos Municípios, demonstrando que, em termos de produção de serviços locais de saúde, não são os menores e mais dependentes do FPM os municípios com piores indicadores, ao menos no caso dos municípios paulistas, para o período da descentralização dirigida (pós-1998).

A tabela abaixo sintetiza os resultados encontrados, para a amostra de municípios paulistas trabalhada, das correlações entre as variáveis dependentes (oferta, acesso e financiamento) e as independentes. Os símbolos foram criados para facilitar a visualização dos resultados, e apresentam os seguintes significados:

Símbolo	Correlação	Significado
F+	$0,10 < rho < 0,40$	Correlação fraca e positiva
F-	$-0,10 < rho < -0,40$	Correlação fraca e negativa
M+	$0,41 < rho < 0,60$	Correlação moderada e positiva
M-	$-0,41 < rho < -0,60$	Correlação moderada e negativa
FF+	$0,61 < rho < 1,00$	Correlação forte e positiva
FF-	$-0,61 < rho < -1,00$	Correlação forte e negativa
●	--	Não existe correlação estatisticamente significativa

Além dos símbolos, destacamos os resultados significativos com duas cores distintas, de forma a facilitar a sua visualização no que tange ao *sentido da associação*. O cinza escuro indica que a correlação é negativa, ou seja, quanto menor a variável independente, maior a dependente, e vice-versa. O cinza claro indica correlação positiva, ou seja, ambas crescem ou diminuem concomitantemente. Os símbolos entre parênteses indicam uma correlação significativa a 5%, ao passo que todos os demais são significativos a 1%.

Quadro 5.3: Síntese das correlações entre variáveis dependentes e independentes

Variáveis Dependentes	Indicadores relacionados às variáveis dependentes	Variáveis Independentes			
		População (média 98-05)	Dependência ao FPM (média 98-05)	Receita própria municipal per capita (média 98-05)	PIB per capita (média 99-04)
Oferta	Profissionais municipais saúde (nível superior) por mil hab.	FF-	M+	●	F+
	Cobertura do PSF	F-	F+	F-	(F-)
	Unidades ambulatoriais por mil habitantes	FF-	M+	F-	●
	Leitos SUS por mil habitantes	M-	M-	F+	●
Acesso	Consultas médicas básicas por habitante	FF-	M+	F-	(F+)
	Produção ambulatorial por habitante	●	●	●	●
Financiamento	Despesa em saúde por habitante	M-	●	(F+)	F+
	Autonomia financeira em saúde	M-	F+	●	F+

No primeiro caso, do porte populacional dos municípios, fica clara a relação inversa: quanto menor o município, maior tende a ser a oferta, o acesso e o financiamento da política de saúde. Isso significa, portanto, que em termos de geração de resultados em saúde, o pequeno porte populacional do município – que é o caso da maioria dos municípios criados após a Constituição de 1988 – não pode ser considerado um fator negativo, isto é, que municípios pequenos produzem menos serviços, quando comparados aos maiores, que possuem uma rede de atendimento maior e mais complexa. De fato, quando consideramos os indicadores em números absolutos, as diferenças são brutais; mas quando os medimos em termos *per capita*, tornando-os passíveis de comparação, a situação se altera, favorecendo os municípios menores.

O segundo caso, da dependência ao Fundo de Participação dos Municípios, embora tenha sentido inverso, expressa o mesmo tipo de associação: quanto maior a dependência aos repasses do FPM – e, portanto, menor o município – maiores são a oferta, o acesso e o financiamento dos serviços locais de saúde. A única exceção é o caso dos leitos hospitalares por mil habitantes, como era de se esperar, dado que municípios pequenos de fato não possuem – e nem devem possuir – hospitais e leitos.

A receita própria municipal *per capita*, por sua vez, tem correlação fraca com todos os indicadores, apresentando uma fraca correlação positiva com leitos SUS por habitante e com gastos municipais totais em saúde por habitante. Assim, quanto maior a receita municipal por habitante, maior tende a ser o gasto total em saúde e o número de leitos – o que faz sentido, se lembrarmos que existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre tamanho do município e receita própria.

Por fim, o PIB *per capita* tende a crescer no mesmo sentido das variáveis dependentes. Quanto maior o PIB, maiores são o acesso, a oferta e o financiamento da saúde, com exceção apenas da cobertura do Programa de Saúde da Família, pelo motivo já exposto: este tem sido um programa amplamente desenvolvido pelos municípios menores, com poucos recursos de maior complexidade; nos grandes centros urbanos, entretanto, não tem sido muito adotado, e uma das explicações possíveis é a busca, pela própria população, de serviços que lhe ofereça todo tipo de atendimento, desde o básico até os exames mais

sofisticados, o que tornaria o programa baseado no atendimento por agentes comunitários de saúde pouco “atrativo”.

Chama-nos a atenção o caso da produção ambulatorial *per capita*. Trata-se da única variável dependente que não apresenta correlação com nenhuma das independentes. Portanto, outros fatores que não a população, a dependência municipal ao FPM ou a sua riqueza, se associam ao nível de produção ambulatorial apresentado pelos municípios.

Enfim, os dados demonstraram, ao menos no caso dos municípios paulistas de nossa amostra, que o tamanho do município, em termos populacionais, sua dependência ao FPM, em relação aos recursos totais disponíveis, sua receita própria e o PIB *per capita* não são variáveis que apresentam associação com a oferta, acesso e financiamento dos serviços de saúde *nos moldes pensados pela literatura sobre municipalismo no Brasil*. Novos estudos sobre o tema poderão contribuir para o entendimento do papel do município na produção de serviços sociais locais, não apenas na área da saúde, mas também de outras políticas. No presente capítulo, mostramos que não se pode afirmar que os municípios menores e mais dependentes são aqueles que produzem menores quantidades de serviços, sejam eles consultas, atendimentos ambulatoriais, disponibilização de profissionais de saúde com nível superior ou gastos *per capita* em saúde.

Todavia, os dados comprovam a menor presença de serviços de média e alta complexidade – medidos aqui pelos leitos hospitalares por mil habitantes – nos municípios menores. Quanto menor o município, menor tende a ser a sua relação leitos por habitante. O que veremos no capítulo seguinte, entretanto, é que embora estes municípios contem com menor quantidade de leitos, eles podem vir a superar esse problema colocado pelo municipalismo brasileiro – que responsabiliza igualmente municípios muito distintos entre si, quanto à política de saúde –, e não equacionado pela descentralização promovida pela SUS – sequer na sua segunda fase, dirigida –, através do mecanismo do consorciamento. Embora trate apenas de um estudo de caso, demonstraremos a seguir que a instituição de um consórcio intermunicipal de saúde pode ser um mecanismo eficiente na promoção regional de serviços de saúde, de forma compartilhada entre municípios, eliminando um “efeito carona negativo”, ou seja, o encaminhamento de pacientes dos municípios sem

serviços de maior complexidade àqueles com tais serviços, sem o correspondente repasse de recursos financeiros que compensem o atendimento prestado.

6

CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: Superando os Entraves do Municipalismo Brasileiro?

6.1. Introdução

O tema do federalismo ganhou grande importância na ciência política brasileira a partir da Constituição de 1988 em função da descentralização promovida por aquela Carta e da elevação dos municípios ao status de ente federado, num desenho institucional inédito dentre os países federativos, conforme apontamos anteriormente. Entretanto, ainda que tenham ganhado proeminência no cenário nacional, os municípios não têm recebido grande destaque pela literatura acadêmica, e os trabalhos que tratam da descentralização e do federalismo no Brasil tendem a voltar sua atenção apenas para os dois níveis de governo analisados pela literatura internacional sobre federações, isto é, governo central e governos subnacionais – entendidos como os governos estaduais. A parca literatura existente sobre poder local, por outro lado, foca-se mais na dinâmica interna dos municípios do que nas suas relações com as demais esferas de governo. No mesmo sentido, as relações intergovernamentais não têm merecido destaque e, conseqüentemente, as formas de cooperação intergovernamentais, tais como consórcios, agências e câmaras setoriais, não são temas analisados em profundidade no Brasil, principalmente no que se refere aos resultados obtidos pelas experiências existentes¹.

---

¹ Existem alguns trabalhos relevantes e inovadores, como o de Abrucio e Soares (2001) e o de Rocha e Faria (2004), mas os poucos existentes não se aprofundam na questão dos resultados obtidos pelas experiências de consorciamento ou outras formas de cooperação intergovernamental, atendo-se a descrever os consórcios em termos de sua estrutura administrativa e jurídica, ou das questões políticas que envolveram as suas institucionalizações.

Todavia, considerando que um dos aspectos centrais dos sistemas federativos é justamente a cooperação entre os níveis de governo, somada à sua independência, conforme apontou Wheare (1964), a questão da coordenação intergovernamental torna-se crucial para o entendimento do funcionamento dos sistemas federativos, e os tipos de cooperação existentes, bem como os resultados por ela alcançados, são peças-chave para a compreensão das federações.

O presente capítulo² objetiva trazer uma contribuição à literatura sobre federalismo e relações intergovernamentais no Brasil através do estudo de caso do Consórcio de Saúde do Alto Vale do Ribeira (CISAVAR)³, chamado de Consórcio de Apiaí, procurando compreender os resultados por ele alcançados no provimento dos serviços de saúde da região e demonstrando que o principal ganho gerado pela introdução do consórcio não foi apenas a (i) ampliação da oferta dos serviços especializados, através do melhor aproveitamento dos serviços já existentes (diminuição da ociosidade do hospital-sede), como também (ii) diminuição do comportamento *free-rider* por parte dos municípios vizinhos, menores e com menos serviços disponíveis, que passaram a contribuir com recursos financeiros para o hospital ao qual já encaminhavam pacientes, mas não recursos, e o (iii) aumento do poder de barganha dos municípios envolvidos junto ao Governo Estadual, levando recursos à região que dificilmente seriam obtidos caso os solicitassem isoladamente.

Justifica-se a escolha desse consórcio pelo fato de estar ele inserido em uma das regiões mais pobres do Estado e, portanto, onde a escassez de serviços, principalmente os especializados, deve ser minorada. Uma vez que um dos principais objetivos dos consórcios é justamente superar essa carência, consideramos ser essa uma região propícia para estudarmos os efeitos da utilização desse instrumento na busca dessa meta.

---

² A primeira versão deste capítulo foi apresentada no “2006 Meeting of Latin American Studies Association – LASA”, em março de 2006 em Porto Rico, com o título “Consórcios Intermunicipais: Mecanismos de Cooperação Intergovernamental e de Integração dos Serviços de Saúde”. Este trabalho originou-se da pesquisa que a autora desenvolve na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo para o Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva.

³ Agradeço a José Dínio Vaz Mendes, assessor do Secretário Estadual de Saúde, por todas as informações fornecidas e comentários à versão final, bem como a Maria Luiza Stucchi e Olímpio Nogueira Bittar, coordenador da Coordenadoria de Planejamento em Saúde da SES/SP, pela disponibilização do Relatório sobre Consórcios no Estado de São Paulo. Agradeço também aos pareceristas anônimos da Revista São Paulo em Perspectiva pelas relevantes sugestões, que contribuíram enormemente à versão final do artigo que deu origem ao presente capítulo.

Com isso, buscaremos introduzir ao debate os efeitos reais produzidos pela cooperação intergovernamental entre municípios, os quais podem alterar os alcances das políticas públicas locais e, portanto, gerar diferenças significativas nos resultados dessas políticas no contexto da descentralização brasileira pós-1988⁴. Enfim, intentamos demonstrar como a variável “cooperação intergovernamental” é relevante, e deve ser levada em consideração nos trabalhos sobre os efeitos da descentralização das políticas públicas/sociais no Brasil.

Cabe salientar que não entraremos aqui numa análise da ampla literatura existente sobre federalismo, tanto nacional quanto internacional. O intuito do trabalho não é analisar o desenho federativo brasileiro em todos os seus aspectos (social, fiscal, político, etc.), mas sim um aspecto específico dele, qual seja, a cooperação intergovernamental e os resultados dela decorrentes no caso estudado. Para tal, analisaremos primeiramente aspectos gerais das federações e o modelo de federalismo adotado pela Constituição de 1988, em especial a descentralização por ela promovida. Em seguida, trataremos de descrever os Consórcios Intermunicipais de Saúde em seus aspectos legais, estruturais e organizacionais, bem como suas formas de financiamento e principais objetivos. Na sequência apresentaremos um mapeamento dos consórcios no Estado de São Paulo para, por fim, focarmos no caso do Consórcio de Saúde do Alto Vale do Ribeira, CISAVAR, analisando os resultados por ele alcançados no provimento de serviços públicos de saúde à população da região.

---

⁴ Os resultados alcançados pelo Consórcio de Apiaí serão analisados no tocante à rede de serviços, e não aos resultados de saúde produzidos por ela. Isso porque os indicadores de saúde variam não apenas em função de políticas públicas locais, mas também de políticas mais amplas, como a melhoria da educação, da rede de saneamento e das condições sócio-econômicas da população. Assim, não podemos afirmar que o consorciamento foi a causa da diminuição, por exemplo, da mortalidade infantil nos municípios analisados, ainda que a melhora na rede de serviços possa ter contribuído para essa diminuição.

6.2. As (Escassas) Experiências de Cooperação Intergovernamental no Brasil

A década de 90 presenciou um aumento no número de experiências de cooperação intermunicipal, sejam elas autônomas, iniciadas pelos próprios governos municipais, ou induzidas pelos governos estaduais. Embora sem demonstração empírica, Rocha e Faria (2004) apontam como efeitos positivos da cooperação o aumento da capacidade de realização e o alcance das políticas públicas, a maior eficiência no uso dos recursos públicos e o aumento do poder de negociação dos municípios frente aos demais níveis de governo e a outras instituições, públicas ou privadas. Nas palavras dos autores, “a cooperação pode ser, assim, uma maneira de reunir esforços para suprir a carência individual dos municípios em recursos financeiros, tecnológicos e humanos necessários à execução das atribuições que lhe competem” (Rocha e Faria, 2004: 16).

Os Consórcios Intermunicipais são apenas uma das formas existentes de cooperação intergovernamental, podendo citar ainda as Câmaras Setoriais, as Associações, as Agências e as Redes de Cooperação. Dentre os consórcios existentes no Brasil, os de saúde são os mais difundidos, conforme apontou o Instituto Polis:

A operação conjunta da rede pública de serviços de saúde tem sido o motivo da criação de vários consórcios municipais nos últimos anos. Isto porque é um tipo de serviço que exige grandes investimentos e que naturalmente é hierarquizado em rede por demanda: um município de pequena população não terá condições (nem fará sentido que o faça) para oferecer todo o leque de serviços possíveis e necessários (Instituto Polis, 1997, apud BNDES⁵).

Aqui trataremos de Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) como “*a união ou associação de dois ou mais municípios visando a resolução de problemas do setor e a busca de objetivos comuns, mediante a utilização conjunta de recursos humanos e materiais disponíveis*” (Rocha e Faria, 2004: 17).

Os CIS estavam previstos na Lei Orgânica da Saúde (LOS), de 1990, segundo a

---

⁵ Retirado do site do BNDES (<http://federativo.bndes.gov.br/dicas>), em 18/11/2005.

qual os municípios podem estabelecer consórcios com o objetivo de desenvolver ações e serviços de saúde, competindo à administração municipal do SUS a formação do que a LOS chama de “consórcios administrativos intermunicipais”. Em seguida, através da Norma Operacional Básica da Saúde de 1993 (NOB 01/93), a formação de consórcios entrou novamente em questão, e ficou estipulado que os municípios deveriam levar em consideração, na formação dos consórcios, “[as] características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo” (NOB 01/93). Todavia, nenhuma Norma ou lei especificava o tipo de regime jurídico, a natureza ou obrigações dos municípios consorciados, e esses eram os únicos instrumentos legais que tratavam do consorciamento. Portanto, cabia aos municípios que firmavam o consórcio o estabelecimento das regras que o regeriam.

A primeira experiência de CIS surgiu em 1985 no Estado de São Paulo, com o Consórcio de Saúde de Penápolis, o qual serviu de modelo para outros que surgiram posteriormente. Dada a ausência de regulamentação específica, os consórcios que foram criados ao longo dos anos 90 em geral reproduziam modelos já existentes, sem grandes inovações estruturais, contando apenas com pequenas adaptações locais, em especial quanto ao escopo, ou seja, com a delimitação dos recursos que seriam abrangidos pelo consorciamento. Grosso modo, a maioria dos consórcios tem como principais **aspectos legais**:

- A necessidade de aprovação pelas Câmaras Municipais de todos os municípios participantes e o posterior registro em Cartório;
- A definição, pelos prefeitos, do município-sede e do valor da contribuição de cada parceiro para a sua manutenção;
- A principal fonte de financiamento é proveniente do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), visto que a Lei 8.080/90 (LOS) possibilita a utilização de recursos do Fundo para esse fim (artigo 3º);
- Em geral, os CIS acordam que o município sede do consórcio, quase sempre o maior e com mais recursos instalados, contribua com o dobro do percentual do Fundo de Participação destinado pelos demais municípios (por exemplo, o município sede contribui com 2% do seu FPM e os demais com

1%), mas esses valores variam de consórcio para consórcio, ficando a critério dos gestores municipais, no momento em que o CIS é criado.

Com relação à **estrutura administrativa**, os consórcios possuem:

- Conselho de Municípios, responsável pela condução da política do consórcio;
- Conselho Fiscal, responsável pela gestão financeira do consórcio;
- Secretaria Executiva, voltada para a implementação das ações acordadas, cujo coordenador é indicado pelo Conselho dos Municípios;
- Participação da comunidade, através dos Conselhos de Saúde dos municípios.

Entretanto, a difusão desse mecanismo vai se dar apenas 10 anos depois da experiência pioneira de Penápolis, com o envolvimento dos governos estaduais do Paraná e de Minas Gerais a partir de 1995. Os governadores tiveram um papel relevante nesse processo, incentivando técnica e financeiramente o consorciamento entre os municípios de seus respectivos estados. De acordo com pesquisa realizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em conjunto com o Ministério da Saúde, para o mapeamento dos consórcios no Brasil, 53% dos dirigentes de CIS entrevistados afirmavam contar com a cooperação das Secretarias Estaduais de Saúde.

O caso de Minas Gerais é emblemático, pois se tratou de uma política estadual, durante o Governo Azeredo (1995-1998), e a Secretaria de Saúde criou um repasse de recursos específico para os municípios consorciados, gerando um incentivo adicional à formação de CIS no Estado. Por outro lado, a importância do governo federal foi relativamente menor, ainda que este considere os CIS “uma das estratégias essenciais para a melhoria dos serviços” (Brasil, 1997: 05), e que esse quadro venha se alterando no Governo Lula, com a aprovação da Lei Federal nº 11.107, de 06/04/2005, que regulamenta os consórcios públicos, e a demonstração da intenção do governo federal em cooperar financeiramente com os municípios para a expansão do consorciamento no país⁶.

Ainda assim, o mecanismo de consorciamento não se difundiu igualmente entre os estados brasileiros; dados da OPAS/MS demonstram que em 2000 menos de 30% dos municípios brasileiros integravam algum Consórcio Intermunicipal de Saúde, ainda que

---

⁶ O que, no entanto, não parece ter se convertido em ação, ao menos até o momento.

71,8% dos 6.650 municípios brasileiros possuam menos de 20.000 habitantes (IBGE, 2005), sendo considerados municípios de pequeno porte – e que, portanto, poderiam se beneficiar desse mecanismo.

Tabela 6.1: Consórcios existentes e número de municípios consorciados, 2000.

Estado	CIS existentes	Municípios consorciados
Pará	1	8
Bahia	2	15
Rio Grande Norte	1	12
Paraíba	7	60
Goiás	1	12
Mato Grosso	8	57
Espírito Santo	10	69
Minas Gerais	70	748
Rio de Janeiro	4	46
São Paulo	7	74
Paraná	18	289
Rio Grande Sul	3	89
Santa Catarina	9	139
Total	141	1618

Fonte: Lima e Pastrana, 2000.

Segundo tais dados, pode-se perceber que não apenas há uma grande concentração de consórcios e municípios deles integrantes nos estados cujos governadores transformaram o consorciamento numa política de governo, como também que há uma maior utilização desse instrumento nos estados do Sul e Sudeste, regiões que concentram 86% das experiências de CIS existentes no país e 90% dos municípios envolvidos.

Esse dado torna-se ainda mais curioso quando analisamos os principais objetivos dos consórcios, conforme os gestores municipais envolvidos apresentaram à pesquisa da OPAS/MS: 95,7% dos consórcios têm por objetivo o acesso a serviços de especialidades, em geral muito dispendiosos, tanto em função da tecnologia envolvida quanto em função dos recursos humanos necessários para a sua implementação; 63,8% buscam assessoria técnica através do consorciamento, se beneficiando dos recursos humanos especializados dos municípios maiores envolvidos; 35,7% objetivam ter acesso a recursos hospitalares, uma vez que municípios pequenos não possuem hospitais equipados

e com serviços de média e alta complexidade; por fim, apenas um quarto dos municípios consorciados visa o aprimoramento da atenção básica através do CIS, o que é compreensível, já que a atenção básica está sob responsabilidade municipal, e todos os municípios recebem recursos do SUS diretamente no Fundo Municipal para esse fim.

Tabela 6.2: Principais objetivos dos CIS, apontados pelos seus integrantes, 2000.

Objetivo	%
Especialidades	95,7%
Assessoria Técnica	63,8%
Atenção Hospitalar	35,7%
Atenção Básica	24,8%

Fonte: Lima e Pastrana, 2000.

Sendo assim, surpreende o fato de que justamente as regiões com menores recursos de serviços de especialidades, hospitais e assessoria técnica especializada, que são as regiões Norte e Nordeste, não utilizem amplamente esse mecanismo como instrumento para resolução dos problemas de provimento de serviços públicos de saúde à população.

Considerando os bons resultados apontados pelos municípios consorciados, no que se refere às inovações geradas na rede de saúde local, conforme aponta o gráfico abaixo, podemos depreender que embora este ainda não seja um mecanismo disseminado, muito em função da dificuldade de firmar acordos entre municípios que são autônomos e com frequência politicamente rivais, este deve ser percebido e incentivado como uma forma eficaz de solução dos problemas de escassez de serviços e de capacidade técnica enfrentados pelos municípios e regiões mais carentes do país.

Gráfico 6.1: Principais inovações geradas pelos CIS*, segundo seus integrantes, 2000.

* Questionário de múltipla escolha.

Fonte: Lima e Pastrana, 2000.

Sobre os casos Norte e Nordeste, podemos citar como inibidores da cooperação intermunicipal dois fatores. Em primeiro lugar, especialmente no caso da região Norte, os municípios são muito grandes, distantes entre si e de difícil acesso, o que torna ineficaz o consorciamento: se este é um instrumento que visa facilitar o acesso dos munícipes aos serviços da região, não há muito sentido em se criar um consórcio para municípios muito distantes entre si, pois os munícipes teriam dificuldade em acessar os serviços disponíveis. Somado a isso, regiões muito pobres podem não contar com um patamar mínimo para firmar consórcios, uma vez que, por não possuírem os mínimos equipamentos e recursos de saúde, o consorciamento não produziria ganhos adicionais para os municípios envolvidos em termos de serviços disponibilizados aos cidadãos⁷. Ainda assim, o consorciamento poderia servir, nesses casos, como uma forma desses municípios aumentarem seus poderes de barganha junto aos governos estaduais e federal, já que, ao se unirem, teriam mais chances de obterem recursos para as suas regiões. Foi justamente o que observamos no caso do CISAVER, conforme veremos adiante.

⁷ Agradeço a Cláudio Couto por ter me chamado a atenção para essa questão.

6.3. Cooperação Intermunicipal para a Saúde no Estado de São Paulo

O Estado de São Paulo conta atualmente com 14 CIS⁸, o dobro da quantidade apresentada em 2000, à época do levantamento realizado pela OPAS/MS. Assim como no restante do país, a maioria dos consórcios se encontra em pequenos municípios, abrangendo 139 municipalidades e uma população de 2.244.766 habitantes, o que corresponde apenas a 6% da população total do Estado (CPS-SES/SP, 2005). Os consórcios e respectivo número de municípios envolvidos são:

Quadro 6.1: Consórcios Intermunicipais em Saúde no Estado de São Paulo

Consórcio	Municípios Consorciados	Ano	População (2004)	Municípios
CIMSA	Nova Canaã Paulista, Rubinéia, Santa Clara D'Oeste, Santa Fé do Sul, Santa Rita D'Oeste, Três Fronteiras.	1995	42.817	6
CISA	Alto Alegre, Avanhandava, Barbosa, Braúna, Glicério, Luziânia, Penápolis.	1985	89.225	7
CISAVAR	Adrianópolis (Paraná), Apiaí*, Barra do Chapéu*, Iporanga*, Itaóca*, Itapirapuã Paulista*, Ribeira*.	2001	46.750	7
CISNAP	Dracena, Flora Rica, Irapuru, Junqueirópolis, Monte Castelo, Nova Guataporanga, Ouro Verde, Panorama, Paulicéia, Santa Mercedes, São João do Pau D'Alho, Tupi Paulista.	1998	117.354	12
CIVAP	Assis, Borá, Campos Novos Paulista, Cândido Mota, Cruzália, Echaporã, Florínia, Ibirarema, Iepê, Lutécia, Maracaí, Nantes, Oscar Bressane, Palmital, Paraguaçu Paulista, Pedrinhas Paulista, Platina, Quatá, Rancharia, Tarumã.	2001	299.323	20
CONDERG	Aguai, Águas da Prata, Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Espírito Santo do Pinhal, Itobi, Mococa, Santa Cruz das Palmeiras, Santo Antonio do Jardim, São João da Boa Vista, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Gramma, Tambaú, Tapiratiba, Vargem Grande.	1985	473.142	16
CONISCA	Águas de Lindóia, Lindóia, Serra Negra,	2004	82.963	4

⁸ Excluindo o Consórcio do ABC, que apesar de abarcar também a área da saúde, está mais voltado para a questão do tratamento do lixo e outras questões atinentes aos serviços públicos.

	Socorro.			
CIS BIRIGUI	Birigui, Brejo Alegre, Buritama, Clementina, Coroados, Gabriel Monteiro, Lourdes, Piacatu, Santópolis do Aguapeí, Turiúba.	2000	146.618	10
CIS CAPIVARI	Capivari, Elias Fausto, Mombuca, Rafard.	1997	71.844	4
CIS CONCHAS	Anhembi, Bofete, Conchas, Pereiras, Porangaba.	1986	44.048	5
CIS ITANHAÉM, PERUÍBE, ITARIRI, PEDRO DE TOLEDO	Itanhaém*, Itariri*, Pedro de Toledo*, Peruíbe*.	2000	170.850	4
CONSAÚDE	Apiáí, Barra do Chapéu, Barra do Turvo, Cajati, Cananéia, Eldorado, Iguape, Ilha Comprida, Iporanga, Itanhaém, Itaóca, Itapirapuã Paulista, Itariri, Jacupiranga, Juiúá, Juquitiba, Miracatu, Mongaguá, Parquera-Açu, Pedro de Toledo, Peruíbe, Registro, Ribeira.	1989	549.299	26
CONSI RJ	Aparecida d'Oeste, Aspásia, Dirce Reis, Dolcinópolis, Jales, Marinópolis, Mesópolis, Palmeira d'Oeste, Paranapuã, Pontalinda, Santa Albertina, Santa Salete, Santana da Ponte Pensa, São Francisco, Urânia, Vitória Brasil.	2001	102.578	16
UMMES	Bernardino de Campos, Canitar, Chavantes, Espírito Santo do Turvo, Ipaçu, Manduri, Óleo, Ourinhos, Ribeirão do Sul, Salto Grande, Santa Cruz do Rio Pardo, São Pedro do Turvo, Timburi.	1994	225.555	13

Fonte: CPS – SES/SP, 2005.

Nota: Os municípios com (*) pertencem a mais de um consórcio.

De acordo com o levantamento dos CIS realizado pela Secretaria Estadual de Saúde, os consórcios podem ser assim distribuídos, de acordo com os seus objetivos principais:

- Oito (57%) deles envolvem a prestação de atendimento de média complexidade em prontos socorros, hospitais e maternidades;
- Oito (57%) envolvem atendimento em clínica médica especializada, como, por exemplo, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia, cardiologia, neuro-clínica, dermatologia e oncologia;
- Sete (50%) prestam serviço de apoio diagnóstico, envolvendo a realização de exames laboratoriais;

- Quatro consórcios (29%) possuem UTI móvel, e prevêem a remoção de pacientes graves para atendimento no pólo regional;
- Três consórcios (21%) prevêem a contratação de pessoal, já que este se tornou um problema para os gestores, após o limite de gastos imposto pela lei de responsabilidade fiscal;

Entretanto, ainda que o consorciamento tenha aumentado nos últimos anos no Estado de São Paulo, esse é um instrumento pouco utilizado pelos gestores municipais como forma de ampliação dos serviços disponibilizados aos cidadãos, abrangendo apenas 21% dos municípios do estado, ou mesmo como mecanismo de aumento do poder de barganha destes junto ao gestor estadual. Mas, embora o governo não tenha adotado o consórcio como uma política pública para o aprimoramento da rede SUS estadual, ele tem ajudado financeira e tecnicamente alguns consórcios que se firmaram no Estado, como é o caso que vamos analisar a seguir, do Consórcio de Saúde do Alto Vale do Ribeira.

6.4. O Consórcio de Saúde do Alto Vale do Ribeira (CISAVAR)

O Consórcio de Apiaí, município sede do consórcio do Alto Vale do Ribeira (CISAVAR), foi formado em 2001, após uma dissidência dos municípios envolvidos do grande consórcio existente na região do Vale do Ribeira, o CONSAUDE⁹. O principal escopo do CISAVAR é a manutenção do Hospital de Apiaí (SES, 2005), que é um Hospital filantrópico (Santa Casa de Misericórdia) e foi reformado após a cooperação estabelecida entre os municípios envolvidos e ajuda financeira do Governo Estadual, que repassou, em 2002, recursos na ordem de R\$ 480.000,00 (quatrocentos e oitenta mil reais) para investimentos em saúde no município de Apiaí¹⁰.

O CISAVAR abrange sete municípios da região, sendo um deles no estado do Paraná. São eles: Adrianópolis (Paraná), Apiaí, Barra do Chapéu, Iporanga, Itaóca,

⁹ Os municípios do CISAVAR ainda estão legalmente vinculados ao CONSAUDE, embora não estejam mais contribuindo financeiramente para a manutenção deste consórcio.

¹⁰ De acordo com informação fornecida pela Secretaria Estadual de Saúde.

Itapirapuã Paulista e Ribeira. Ao todo, o consórcio abrange uma população de 46.750 habitantes. Apenas o município sede, Apiaí, possui mais de 20.000 habitantes (27.481), sendo todos os demais municípios de pequeno porte, com uma população que varia de 3.000 a 6.000 habitantes, aproximadamente. Aqui vamos analisar o consórcio levando em consideração apenas os municípios do Estado de São Paulo, uma vez que o município de Adrianópolis, do Estado do Paraná, integrou o consórcio apenas em 2003 e sua inclusão na análise poderia gerar uma distorção nos resultados. Destarte, dado o pequeno tempo de participação desse município no consórcio, acreditamos que a sua exclusão não afeterá os resultados encontrados.

6.4.1. Recursos Financeiros

O CISAVAR é financiado com recursos provenientes dos municípios envolvidos e do Governo Estadual. Apiaí, que é a sede do consórcio, destina 4% do Fundo Municipal de Saúde à manutenção do CIS, e os demais municípios contribuem com 2% de seus Fundos. O município sede contribui com uma parcela maior visto que os recursos vão para a manutenção do Hospital de Apiaí e são os munícipes dessa cidade são os que mais utilizam os serviços por ele prestados. Esses valores são descontados por Lei Municipal dos Fundos de cada município e creditados na conta bancária do consórcio. O Estado, por sua vez, contribui com uma parcela mensal semelhante àquela dos municípios envolvidos que não são sede, repassando os recursos diretamente ao Hospital de Apiaí (CPS-SES/SP, 2005).

Analisando as despesas totais em saúde ao longo dos anos de 2001 a 2003, pode-se perceber que houve uma ampliação dos gastos com saúde por habitante em Apiaí, independentemente dos repasses de recursos SUS. Segundo dados do DATASUS, houve aumento da despesa *per capita* e da despesa com recursos próprios, ainda que com a manutenção dos mesmos patamares de transferências SUS, como demonstra a tabela abaixo:

Tabela 6.3: Despesas por habitante e transferências SUS, município de Apiaí, 2001-2004.

Dados e Indicadores	2001	2002	2003	2004
Despesa total com saúde por habitante (R\$)	105,07	133,61	141,10	148,83
Despesa com recursos próprios por habitante	70,98	110,93	109,20	109,97
Transferências SUS por habitante	34,10	22,68	31,89	38,86
Despesa total com saúde	2.858.983,89	3.646.724,33	3.859.260,79	4.079.909,57
Despesa com recursos próprios	1.931.197,33	3.027.684,93	2.986.886,94	3.014.615,80
Transferências SUS	927.786,56	619.039,40	872.373,85	1.065.293,76
Despesa com pessoal	1.485.553,52	1.899.805,97	2.153.890,07	2.294.606,10

Fonte: DATASUS

Assim, embora não se possa afirmar que foi a introdução do consórcio que gerou tal ampliação – até porque a Emenda Constitucional nº 29 já estava em vigor¹¹ –, o fato é que ela ocorreu sem que houvesse ampliação dos recursos SUS, demonstrando um pequeno aumento dos *recursos próprios* destinados à saúde no município-sede do consórcio.

6.4.2. Produção de Serviços

A literatura existente sobre o consorciamento no Brasil aponta como um dos principais objetivos desse mecanismo o aumento do acesso a serviços, especialmente em municípios onde esta é baixa, tanto em função da escassez de profissionais quanto de equipamentos especializados (Nicoletto, Cordoni Jr. e Costa, 2005; Ribeiro e Costa, 1999). Da mesma forma, dentre as principais inovações dos consórcios, segundo os gestores entrevistados pela pesquisa Opas/MS anteriormente apresentada, está justamente a ampliação da oferta de serviços (ver gráfico 6.1).

Entretanto, ao analisarmos os dados da produção de serviços ambulatoriais nos municípios do CISA VAR considerados em conjunto, percebemos que não houve um aumento significativo no número de atendimentos ambulatoriais totais ao longo dos anos, havendo anos que apresentaram decréscimo na produção ambulatorial, inclusive após a

¹¹ A Emenda Constitucional nº 29, de 2000, obriga que estados e municípios gastem no mínimo 12% e 15%, respectivamente, dos recursos próprios em saúde.

introdução do consórcio, como podemos verificar no gráfico abaixo.

Gráfico 6.2: Variação percentual na produção ambulatorial, em comparação com o ano anterior, para o conjunto dos municípios do CISAVAR, 1995-2004.

Fonte: DATASUS

Esses dados nos mostram que a criação do consórcio não gerou, na região de Apiaí, um aumento na produção ambulatorial *total*¹². O pico de produção de serviços em 2001 e 2002 foi resultante de um aumento gradativo, que vinha ocorrendo ano a ano, e não de uma elevação brusca, a partir da criação do CISAVAR.

Considerando apenas a produção ambulatorial para o município de Apiaí, para o qual os recursos do consórcio são canalizados, os dados continuam apresentando uma pequena variação ao longo dos anos, oscilado gradualmente, dentre os anos 1996 e 2004, sem nenhuma queda ou elevação brusca no número de consultas, tal como no caso do conjunto de municípios do CISAVAR. Similarmente, não houve aumento na produção ambulatorial total *per capita* em Apiaí após a criação do consórcio, conforme demonstra o gráfico abaixo.

¹² Ribeiro e Costa (1999), analisando o Consórcio de Penápolis (CISA), no Estado de São Paulo, mostraram que também nesse caso não houve um aumento no número de procedimentos ambulatoriais, assim como no número de consultas médicas, inclusive *per capita*.

Gráfico 6.3: Produção ambulatorial *per capita*, município de Apiaí, 1996 a 2005

Fonte: DATASUS.

Também não houve ampliação no número de leitos hospitalares na região com a implantação do consórcio. O município de Apiaí apresentava 74 leitos hospitalares de gestão municipal e/ou filantrópica¹³, e mantém esse número até o presente. Iporanga, outro município do consórcio e o único que também possui leitos hospitalares dentre os municípios do CISAVAR, além de Apiaí, possuía 14 leitos em 1994 e manteve esse número até 2001¹⁴, segundo dados do DATASUS.

Todavia, a introdução do consórcio parece ter gerado resultados positivos em termos de **produção de serviços especializados**, justamente aqueles mais escassos em regiões pobres e com muitos municípios de pequeno porte, como no Vale do Ribeira. Analisando os dados da produção ambulatorial de maneira desagregada¹⁵, separando consultas médicas básicas de exames e cirurgias ambulatoriais, percebe-se que no período anterior ao CISAVAR a média de consultas básicas era próxima à verificada após a sua criação, mas as médias de exames e pequenas cirurgias eram bem inferiores, apresentando um aumento percentual da ordem de 30,5% e 47%, respectivamente, conforme tabela abaixo.

¹³ Contabilizamos apenas os leitos hospitalares de natureza municipal ou filantrópica, uma vez que o intuito é captar a transformação ocorrida na rede municipal do SUS. Os filantrópicos entram nessa conta dado que em grande parte dos pequenos municípios, eles são os únicos hospitais locais existentes, e as prefeituras repassam recursos a estes para o atendimento dos pacientes do SUS. Historicamente, as Santas Casas prestam serviços gratuitos à população, e por isso recebem recursos públicos pelos serviços prestados.

¹⁴ Último ano para o qual o Datasus disponibiliza informação sobre leitos hospitalares em Iporanga.

¹⁵ Agradeço ao parecerista anônimo por chamar-me a atenção para esse ponto.

Tabela 6.4: Média de atendimentos por grupo, município de Apiaí, outubro/1999-2004.

Grupo de procedimentos após 10/99	Média por mês (out/1999-2001)	Média por mês (2002-2004)	Aumento %
<i>Ações Médicas Básicas</i>	3.926,5	4.099,2	4,40%
<i>Cirurgias Ambulatoriais Especializadas</i>	44,8	65,9	47,10%
<i>Exames*</i>	2.593,4	3.383,9	30,50%

* Inclui exames da categoria “procedimentos especializados”, que são: patologia clínica, radiodiagnóstico, exames ultra-sonográficos e diagnose.

Fonte: DATASUS.

Assim, o consórcio parece ter produzido bons resultados no que diz respeito ao acesso a serviços mais especializados, como cirurgias ambulatoriais, e de maior complexidade, como internação hospitalar, o que pode ser comprovado pelo número de consultas prestadas a pacientes de municípios da área de abrangência do CISAVAR, que não de Apiaí – o que chamaremos aqui de “pacientes externos”.

Gráfico 6.3: Diferença entre as AIHs pagas por local de internação e local de residência, município de Apiaí, 1995 a 2004.

Fonte: DATASUS.

O gráfico 6.3 demonstra a diferença entre o número de pacientes internados em Apiaí que são residentes no município e o número de pacientes que não são residentes de Apiaí, mas que eram internados lá. Até 1998, o município de Apiaí apresentava um predomínio de invasão de pacientes de outros municípios, e por isso recebia o pagamento de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) por pacientes que eram internados no seu hospital, mas que não eram munícipes seus. Entre 1999 e 2001, por outro lado, o

município passou a apresentar predomínio de evasão de pacientes para hospitais de outros municípios, o que demonstra a alteração na capacidade do hospital em receber e atender pacientes, à época. Somente a partir de 2002, coincidindo com o período de formação do consórcio e de investimentos estaduais no hospital, é que o Hospital de Apiaí voltou a ter invasão de pacientes; a diferença entre o número total de AIH's pagas e o número de AIH's pagas aos pacientes do município de Apiaí voltou a ser positiva, indicando que o Hospital retomou o atendimento a pacientes de outros municípios. A partir de então, o número de procedimentos externos prestados aumentou gradativamente. A reforma do Hospital parece ter ajudado a sua reestruturação e a retomada do seu papel de hospital “regional”, no sentido de ser um hospital de referência para aqueles municípios, ainda que de pequeno porte.

Esse fato pode ser entendido como um dos efeitos do consorciamento e da conseqüente reforma do Hospital de Apiaí, uma vez que o aumento de atendimentos a munícipes externos se dá justamente no período posterior à instituição do consórcio. Ademais, os dados corroboram a afirmação do Secretário Estadual de Saúde sobre o Consórcio de Apiaí:

A gente tem um consórcio aqui em São Paulo, o consórcio de saúde de Apiaí, que tem a cidade de Apiaí como sede do consórcio e mais seis outras cidades. A cidade de Apiaí, que é a maior, tem 30 mil habitantes; todas as outras juntas dão mais uns vinte mil habitantes. Dá um total de 50 mil habitantes no consórcio. O Hospital do consórcio é uma Santa Casa que fica na cidade de Apiaí. Quando começou, o Hospital de Apiaí estava precisando de reformas. Nós repassamos um recurso para investimento, para a reforma do Hospital. Ele é a sede do consórcio. (...) E ele [o consórcio] funciona muito bem. Todos participam igualmente, todos mandam no hospital e a direção do hospital é contratada, é um profissional, e o presidente do consórcio cada ano é um dos sete [prefeitos]; eles vão mudando (Dr. Luiz Roberto Barradas Barata, Secretário Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, Entrevista em janeiro de 2005).

Sendo assim, embora o CISAVER não tenha gerado um aumento no número de consultas médicas básicas prestadas, ou no número de leitos hospitalares disponibilizados, pode-se afirmar que ele gerou uma reestruturação e organização dos serviços especializados de saúde prestados pelo hospital-sede do consórcio, em Apiaí, tendo por efeito o aumento na produção de serviços especializados, como exames e cirurgias ambulatoriais. Ou seja, o consórcio gerou um melhor aproveitamento dos

recursos instalados já existentes. Segundo a atual Secretária Municipal de Saúde de Apiaí, Sra. Márcia de Jesus da Silva, quando questionada¹⁶ sobre os principais ganhos alcançados pela criação do consórcio,

Com a implantação do CISAVAR o principal ganho [para a prefeitura] foi o da minimização de gastos com transportes, sendo que anteriormente os pacientes eram encaminhados para Sorocaba para [os serviços de] especialidades. [Para a população, houve] diminuição no tempo de espera por uma consulta especializada, agilidade e resolutividade a nível local (Sra. Márcia de Jesus da Silva, Secretária Municipal de Saúde de Apiaí, entrevista em janeiro de 2007).

Além disso, Apiaí passou a receber recursos pelos serviços prestados aos pacientes externos, através dos repasses do CISAVAR, e assim passou a ter incentivos – ou, ao menos, deixou de ter “desincentivos” – para prestar o atendimento aos munícipes das cidades parceiras, minorando o comportamento *free-rider* por parte daqueles municípios, nos termos de Olson (1999); e, em segundo lugar, os municípios das cidades consorciadas vão receber o atendimento necessário em Apiaí, através do encaminhamento dos seus pacientes para àquele Hospital, diminuindo o risco de ter o atendimento negado, como ocorre freqüentemente com pacientes de municípios que “pegam carona” nos serviços prestados pelas cidades de maior porte circunvizinhas, ou de ter que realizar um longo deslocamento, para um hospital de município mais distante. Ademais, o comportamento do tipo carona também foi minorado com a diminuição do envio de munícipes de Apiaí para Sorocaba, conforme salientou a Secretária Municipal.

Enfim, ganhou-se na eficiência dos serviços da região como um todo, trazendo economia de escala, questão relevante a ser considerada, conforme afirmaram Teixeira, Mac Dowell e Bugarin (2002), analisando os consórcios de uma perspectiva econômica:

Em municípios de pequeno porte, a oferta de serviços especializados exige, muitas vezes, escala de produção incompatível com a demanda daquela população. A possibilidade de agregação dos municípios pode, portanto, trazer significativas economias de escala. Além disso, em várias regiões, há concentração de leitos hospitalares nos municípios maiores, como no caso de Penápolis (...). O consórcio teria o potencial de reduzir a capacidade ociosa nesses municípios grandes ao disponibilizar leitos aos municípios menores que aderissem à parceria (Teixeira, Mac Dowell e Bugarin, 2002: 1).

---

¹⁶ Entrevista concedida à autora em janeiro de 2007, via meio eletrônico.

Foi exatamente o que ocorreu em Apiaí. Houve uma reestruturação dos recursos já existentes, através da concentração de recursos no hospital do município-sede, de forma a dar maior racionalidade ao sistema, minorando a ociosidade do mesmo e aumentando a prestação de serviços especializados e, ao mesmo tempo, diminuindo o comportamento *free-rider*, tanto por parte dos municípios vizinhos, menores e com menos serviços disponíveis, que passaram a contribuir financeiramente para a prestação de serviços especializados pelo hospital de Apiaí, quanto por parte de Apiaí, que diminuiu o envio de pacientes para serviços especializados em Sorocaba.

6.5. Conclusão

O tema das formas de relacionamento intergovernamental e, mais especificamente, dos Consórcios Intermunicipais, é ainda pouco explorado pela ciência política em suas análises sobre políticas públicas. Ainda que relevante, os estudos sobre os Consórcios de Saúde encontram grande dificuldade em aprofundar os seus achados em função da falta de dados históricos no Brasil, em especial para os pequenos municípios, que são os que mais se consorciam – o que dificulta a demonstração dos efeitos gerados na rede SUS após a introdução dos consórcios.

Ainda assim, algumas aferições podem ser feitas com base nos dados existentes. Os resultados encontrados para o caso de Apiaí mostraram que embora não tenha havido aumento no número de serviços prestados na região, o Hospital de Apiaí passou (ou voltou) a atender pacientes externos, recebendo recursos do SUS e do próprio CISAVER para isso. A instituição do consórcio, portanto, tornou-se um facilitador para a recepção de pacientes das cidades consorciadas pelo município sede, organizando assim a prestação de serviços na região – dado que esses pacientes seriam encaminhados para um hospital da região de qualquer forma, já que a maioria dos demais municípios integrantes do Consórcio de Apiaí não possui hospital próprio, mas sem que repassassem dinheiro por esse encaminhamento, ou seja, pegando carona nos serviços prestados por Apiaí.

Um dos principais problemas enfrentados hoje pelo SUS é justamente a

dificuldade em promover a regionalização, isto é, a integração dos diferentes tipos de serviço existentes em uma região, de forma a possibilitar o acesso universal aos serviços. Não é raro encontrarmos menções às ambulâncias de pequenos municípios que chegam diariamente aos grandes centros urbanos de suas regiões, levando pacientes para receberem atendimento e serviços que não são prestados nos seus municípios de origem.

Entretanto, devemos considerar que não faz sentido que pequenos municípios possuam certos tipos de serviço, em especial os de média e alta complexidade, uma vez que não é viável economicamente para um município de mil habitantes possuir um hospital de tal porte, com equipamentos caros e profissionais especializados, para atender apenas pouquíssimos casos graves por ano. Seria um desperdício de recursos públicos. Enfim, trata-se um problema de escala, conforme apontou o Secretário Estadual de Saúde:

Um município de 5.000 habitantes querendo ser gestor pleno de saúde. Gestor pleno do quê? Em torno de 50 partos, faz o quê? Por ano, dá um parto por semana... Fazer uma maternidade para atender 1 parto por semana? Vai ser a maternidade mais cara do mundo! (...) Uma maternidade que só faz um parto por semana não pode ser uma boa maternidade. Então, não compete a um município de 5 ou 10 mil habitantes ter uma maternidade. Isso deve ficar para uma região de 40 a 50 mil pessoas. Aí comporta você ter uma maternidade, porque aí você vai ter pelo menos um parto por dia. Assim você consegue montar uma maternidade (Dr. Luiz Roberto Barradas Barata, Secretário Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, entrevista em janeiro de 2005).

Considerando as questões acima expostas, podemos afirmar que, embora não tenha gerado um **aumento na rede de serviços públicos de saúde**, o consórcio produziu, na região de Apiaí, uma **organização do acesso aos serviços existentes**, algo que vem sendo buscado, sem grandes avanços, pelo processo de regionalização do SUS. Por isso, podemos dizer que a organização do sistema, em termos de encaminhamento de pacientes e de pagamentos pelos municípios pela utilização do Hospital de Apiaí, foi o principal avanço obtido pelo consórcio.

Somado a isso, podemos citar ainda algo que parece ter sido consequência do consorciamento, que é o **aumento do poder de barganha dos municípios junto ao Governo Estadual**, o que pôde ser verificado pelos repasses para investimento e custeio do Governo Estadual ao Hospital de Apiaí, auxiliando a manutenção do consórcio. Assim

como afirmou o Ex-Secretário Adjunto da Secretaria Estadual de Saúde:

Ele [o consórcio] pode ser apenas um meio de racionalização administrativa para aumentar o poder de barganha no mercado, seja no mercado público ou no mercado de oferta (Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka, Ex-Secretário Adjunto da Saúde do Estado de São Paulo, entrevista em março de 2005).

Ainda que não possamos afirmar que sem o consórcio os municípios não conseguiriam o apoio estadual para a reforma e manutenção do Hospital de Apiaí, o fato de terem se comprometido formalmente, através do consorciamento, a investir e manter o Hospital parece ter gerado um incentivo ao gestor estadual. Pensando no Estado como um todo, é muito mais racional para a Secretaria Estadual de Saúde investir no desenvolvimento dos serviços de uma região do que apenas de um município. O consorciamento é, de certa forma, uma garantia de que os recursos investidos serão utilizados e aproveitados por toda a região englobada pelo consórcio, e daí o maior interesse estadual em investir e colaborar.

Por outro lado, os municípios consorciados sentem-se fortalecidos, aumentando o seu poder na busca por recursos estaduais para a região. Certamente, terão maior poder de negociação unidos do que teriam caso fossem isoladamente em busca dos recursos estaduais. A probabilidade de terem seu pedido negado é muito maior quando isolados, principalmente nas situações em que o partido político no poder local é opositor do partido (ou da coalizão) no comando do governo estadual.

Aliás, a questão partidária também deve ser levada em consideração em análises sobre relações intergovernamentais, ainda mais no caso do consorciamento, dado que a ajuda estadual aos municípios pode ou não ocorrer, de acordo com a “vontade” (ou interesse) do gestor. No caso do Consórcio de Apiaí, esse dado não deixa de ser relevante: das seis prefeituras que formaram o consórcio, três eram governadas por partidos da base aliada do governador (PFL, PPB e PTB) e outras três pelo próprio partido do governador, o PSDB. Ou seja, todas as prefeituras envolvidas eram da base do governo estadual.

Embora apenas análises comparadas possam mostrar se a cooperação Estado-

municípios, para a manutenção de consórcios, se dá única ou majoritariamente entre partidos aliados, o fato é que a “concordância partidária” esteve presente no caso do Consórcio de Apiaí e pode ter sido um fator facilitador da cooperação intergovernamental. Mas, reafirmamos, apenas análises comparadas poderão verificar o peso efetivo dessa variável.

Enfim, os dados apresentados nos mostraram que, ainda que a “ampliação da oferta” apareça como a principal inovação trazida pela instituição dos consórcios, segundo a pesquisa da OPAS/MS com os gestores do SUS nos municípios (Lima e Pastrana, 2000), ela não parece ter sido a grande inovação no caso de Apiaí. A “articulação política”, que também aparece como uma das principais inovações apontadas pelos gestores, mostrou-se um ganho importante gerado pela criação do CISAVAR na região. E este é um benefício substancial, dada a dificuldade que o SUS vem encontrando para a promoção da regionalização proposta pela Constituição de 1988.

7

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tese apresentou uma análise sobre o papel dos municípios brasileiros na produção local de políticas sociais, mais especificamente a política de saúde, com base na literatura sobre federalismo, municipalismo e descentralização no Brasil. Centrou-se nos dados dos municípios paulistas, buscando com isso captar as distintas capacidades municipais de provisão de serviços de saúde dentro de uma única realidade estadual. Com isso, buscamos responder a três questões ainda não tratadas, embora citadas, pela literatura sobre municipalismo no Brasil: i) a questão da centralização *versus* descentralização e as desigualdades regionais; ii) a relação entre o perfil demográfico e econômico dos municípios e a produção de serviços locais; iii) o papel de mecanismos de cooperação intergovernamental no enfrentamento das dificuldades impostas aos municípios pelo modelo de federalismo adotado no Brasil e pelo desenho da política de saúde implementada ao longo dos anos 90.

A primeira conclusão a que chegamos diz respeito à interação entre descentralização e desigualdades regionais. Existe uma vertente da literatura sobre federalismo que defende a idéia de que quanto maior a centralização – decisória e principalmente de recursos –, menores são as desigualdades regionais, uma vez que os níveis de governo superiores estariam aptos a promover uma equalização dos entes “subordinados” em termos de provisão de serviços sociais. Conforme assinalou Souza (1996), analisando o caso do municipalismo brasileiro,

A diversidade política, econômica e social do Brasil pode provocar grandes diferenças entre os municípios, que acabam prejudicando os próprios objetivos da descentralização, uma vez que a descentralização financeira a favor das esferas subnacionais reduz a possibilidade de ajuda federal a estas esferas com o objetivo de minimizar os efeitos das referidas desigualdades (Souza, 1996: 110/1).

Pensando na política de saúde como uma política que se desenvolveu em duas fases distintas, ao longo dos anos 90, sendo uma fase de maior autonomia decisória dos municípios (fase da descentralização autonomista), e outra de maior direcionamento da política local de saúde, por parte do Ministério da Saúde (fase da descentralização dirigida), e considerando a segunda fase mais “centralizadora” do que a primeira, dialogamos com a literatura que assevera que países unitários e mais centralizados geram, via de regra, menores desigualdades do que aqueles mais descentralizados, como é o caso das federações, dada a maior quantidade de atores com poder de veto destes sistemas. Demonstramos que, no caso dos municípios paulistas, a política de saúde desenhada e implementada pelo SUS não conseguiu minorar as desigualdades existentes, superando as dificuldades impostas pelo municipalismo brasileiro – que responsabiliza todos os municípios, igualmente, a prover serviços de saúde, independentemente de suas (distintas) capacidades econômico-financeiras. A análise dos dados confirmou que, ainda que tenha havido um aumento dos recursos para a política local de saúde, as desigualdades inter e intra-regionais se mantiveram.

Em segundo lugar, dialogamos com a literatura sobre descentralização no Brasil que aponta, como um dos principais problemas do nosso federalismo “trino”, composto por União, estados e municípios com o mesmo *status* de “ente federado”, a existência de inúmeros municípios muito pequenos, altamente dependentes das transferências feitas aos Fundos de Participação Municipais e com poucos recursos próprios adicionais para a provisão de serviços sociais básicos. No que tange à oferta, acesso e financiamento dos serviços de saúde, pelo menos, não são estes os municípios que produzem menos. Ao contrário do que se tem aventado, em termos per capita são os municípios menores – que são também os mais “FPM-dependentes” – os que produzem mais serviços de saúde, com exceção apenas para os leitos hospitalares.

Por fim, tratamos de analisar um dos mecanismos mais utilizados na área da saúde para a cooperação intergovernamental e a superação das dificuldades impostas pelo

municipalismo brasileiro na produção de serviços de saúde: os consórcios intermunicipais de saúde. Analisamos o caso do Consórcio de Saúde do Alto Vale do Ribeira – CISAVAR, demonstrando que este foi um mecanismo eficiente para a alocação de mais recursos estaduais para a região em que o consórcio se encontra para a organização da rede de serviços existente de forma a aumentar a produção local de serviços mais complexos de saúde, e para a diminuição do “efeito carona negativo”, ou seja, da carona que os municípios sem tais serviços pegavam nos municípios vizinhos sem que pagassem por isso. Conforme asseveramos, o “efeito carona” está intrínseco no modelo descentralizado da saúde introduzido pelo SUS: nem todos os municípios devem possuir todos os tipos de serviços localmente, mas devem cooperar de forma a criar uma rede regional de serviços, disponibilizando aos cidadãos acesso a todos eles sem que isso implique grandes deslocamentos. O problema enfrentado, entretanto, é o encaminhamento de pacientes sem o correspondente encaminhamento de recursos – que é o que ocorre atualmente, e daí o “efeito carona negativo”. O consorciamento consegue superar este problema, uma vez que os municípios integrantes do consórcio repassam recursos para aquele município que, como município-sede, provém os serviços de saúde insuficientes ou inexistentes nos demais municípios consorciados. Corroborando a nossa demonstração empírica, Marinho (2003) apontou, ao analisar a eficiência técnica dos serviços de saúde nos municípios do estado do Rio de Janeiro,

Na busca de eficiência, os gestores locais se vêem diante de um sério dilema. Se forem pouco eficientes, punem a população de seus municípios. Se forem potencialmente eficientes podem, ainda assim, não serem efetivos, pois municípios que dispõem de boa estrutura atraem os casos mais graves de outras cidades, "importando" as ineficiências alheias. É o caso, por exemplo, do município do Rio de Janeiro, pólo de atração regional e nacional. Uma resposta a essa problemática é a formação de consórcios de saúde, com a correspondente associação entre municípios para o atendimento à população no âmbito de convênios formalmente constituídos (Marinho, 2003: 534).

Enfim, buscou-se aqui cobrir algumas das lacunas existentes na produção nacional da ciência política acerca do papel dos municípios na produção de políticas sociais e na superação de alguns problemas – como desigualdades e dificuldades de cooperação – impostos pelo federalismo brasileiro. Embora muito ainda deva ser produzido para se compreender este papel, acreditamos ter contribuído para o debate sobre municipalismo no Brasil, principalmente por desmistificar algumas crenças presentes em diversas análises, tal como a “ineficiência intrínseca” dos pequenos municípios. Ademais, apontamos as falhas

do modelo de descentralização adotado pela política de saúde, que ao transferir recursos *per capita*, e não por critérios equitativos, manteve as desigualdades historicamente existentes no país, ao menos no que se refere à disponibilização de serviços públicos de saúde. Por fim, a análise de caso do Consórcio de Saúde do Alto Vale do Ribeira demonstrou ser este um mecanismo interessante para a superação dos problemas enfrentados por municípios com baixas capacidades de produção de serviços mais especializados, indicando que este merece ser analisado mais detalhadamente, como instrumento capaz de alterar os rumos das políticas públicas, sem que para isso se altere o desenho federativo implementado no Brasil após a Constituição de 1988 – extremamente descentralizado e “pulverizado”¹.

---

¹ Esta idéia, apresentada em Oliveira (2006), ainda carece de desenvolvimento, mas procura demonstrar que a federação brasileira, ao descentralizar recursos e poder decisório aos municípios, desvinculando-os de qualquer relação de cooperação com seus estados, promove uma “pulverização” do poder no federalismo brasileiro, vinculando cada um dos 5.560 municípios diretamente ao governo federal, de quem os municípios recebem recursos e para quem devem recorrer caso queiram recursos adicionais. No caso da saúde, especificamente, alguns municípios solicitaram ao Ministério da Saúde verbas para a instalação de serviços locais e foram atendidos, sem que o critério de aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (formada pelo estado e seus municípios) fosse cumprido. Assim, a União “passou por cima” da arena decisória estadual, transferindo recursos aos municípios conforme critérios estabelecidos unilateralmente pelo Ministério da Saúde, àqueles que ele elegeu como merecedores.

ANEXO I

Estrutura e Normas Legais do SUS

Quadro I.1: Estrutura do SUS

	Gestor	Comissão Intergestores	Colegiado Participativo
Nacional	Ministério da Saúde	Comissão Tripartite (União, estados e municípios)	Conselho Nacional de Saúde
Estadual	Secretarias Estaduais de Saúde	Comissão Bipartite (estado e municípios)	Conselho Estadual de Saúde
Municipal	Secretarias Municipais de Saúde		Conselho Municipal de Saúde

Quadro I.2: Principais regras legais (Leis, Normas e Portarias) atinentes ao SUS

Regra legal	Principais determinações
CF 1988	• Artigo 196 → “a saúde é um direito de todos e dever do Estado...” • Artigo 198 → “O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”
Lei 8.080/90 (LOS)	• Comando único cada esfera de governo • Universalidade, integralidade e equidade • Ministério da Saúde como gestor nacional do sistema
Lei 8.142/90	• Participação popular através dos Conselhos de Saúde
NOB 01/91	• Repasses financeiros condicionados à produção de serviços, direto ao prestador • Não define nenhum modelo de atenção à saúde • Não prevê mecanismos de articulações entre os gestores
NOB 01/93	• Define as formas de habilitação para estados e municípios (Estados → Gestão Parcial e Semiplena; Municípios → Gestão Incipiente, Parcial e Semiplena) • Não rompe com o pós-pagamento (por serviços prestados) • Define responsabilidades sobre algumas ações (vigilâncias sanitária e epidemiológica), para modalidade semiplena
NOB 01/96	• Altera as formas de habilitação (Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde) • Define o pagamento per capita para atenção básica – Piso Assistencial Básico (PAB) • PAB Variável → incentivos para áreas estratégicas (PSF, Carências Nutricionais, Catarata, Varizes, Vig. Sanitária, etc.)
EC 29/00	• Porcentagem mínima do orçamento próprio que a União, os estados e municípios devem aplicar na saúde, aumentando gradativamente (2000-2004) • Gasto federal → ajustado ano a ano, de acordo com a variação nominal do PIB, partindo de um acréscimo, em 2000, de 5% em relação ao ano de 1999 • Gastos estaduais e municipais → 7% de recursos próprios, a partir do ano 2000, aumentando ano a ano, até atingir 12% para estados e 15% para municípios
NOAS 2001	• Definem responsabilidades mínimas e conteúdos para atenção básica (Pacto da Atenção Básica); • Nova alteração nas formas de habilitação municipal: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Plena do Sistema

e

Quadro I.3: “Grandes” Programas do Ministério da Saúde – descrição, regra financeira e ações financiadas com o recurso

“Grandes” Programas	Programa Específicos	Descrição	Regra Financeira	Ações financiadas com o recurso
PAB Fixo	Piso de Atenção Básica	O Piso de Atenção Básica (PAB) consiste em recursos financeiros destinados a investimentos de procedimentos e ações de assistência básica, tipicamente municipal.	É distribuído um valor de R\$ 10 a R\$ 18 por habitante do município.	✓ consultas médicas em especialidades básicas; ✓ atendimento odontológico básico; ✓ atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior e nível médio; ✓ visita e atendimento ambulatorial e domiciliar do Programa de Saúde da Família (PSF); ✓ vacinação; ✓ atividades educativas a grupos da comunidade; ✓ assistência pré-natal e ao parto domiciliar; ✓ atividades de planejamento familiar; ✓ pequenas cirurgias; ✓ atividades dos agentes comunitários de saúde; ✓ pronto atendimento em unidade básica de saúde.
PAB Fixo	Piso de Atenção Básica Ampliado	O Piso de Atenção Básica Ampliado - PAB-A financia um elenco maior de procedimentos integrados, destinados à cobertura das ações básicas, de prevenção de doenças, assistência ambulatorial, e das ações correlacionadas aos programas descentralizados pelo Ministério da Saúde, tais como o Programa de Saúde da Família - PSF, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, a Assistência Farmacêutica, a Vigilância Sanitária e o Combate às Carências Nutricionais. O PAB-A é composto de uma parte fixa de recursos (PABA FIXO) destinados à assistência básica e de uma parte variável (PABA VARIÁVEL), relativa a incentivos para o desenvolvimento dos programas executados nesse nível de atenção.	Os recursos correspondentes à parte fixa são obtidos pela multiplicação de um valor <i>per capita</i> nacional pela população de cada município e são transferidos direta e automaticamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais correspondentes.	

Fonte: <http://www.fns.saude.gov.br> (acessado em 04/05/2006).

ANEXO II

Análise de Dados

Tabela II.1: Comparação entre as fases da descentralização – número de médicos por mil habitantes, estados brasileiros.

<i>UF</i>	<i>média 90-98</i>	<i>média 99-04</i>	<i>variação %</i>	<i>razão (estado e média nacional) 90-98</i>	<i>razão (estado e média nacional) 99-04</i>
Rondônia	0,39	0,27	-30,7%	0,3	0,2
Acre	0,36	0,61	70,1%	0,3	0,4
Amazonas	0,49	0,67	37,0%	0,4	0,5
Roraima	0,39	0,71	82,1%	0,3	0,5
Pará	0,55	0,58	4,6%	0,4	0,4
Amapá	0,33	0,52	60,2%	0,3	0,4
Tocantins	0,60	0,47	-21,5%	0,5	0,3
Maranhão	0,37	0,46	21,9%	0,3	0,3
Piauí	0,50	0,64	26,7%	0,4	0,4
Ceará	0,67	0,78	15,6%	0,5	0,5
Rio Grande do Norte	0,84	0,97	14,6%	0,7	0,7
Paraíba	0,85	0,98	15,0%	0,7	0,7
Pernambuco	0,97	1,14	18,1%	0,8	0,8
Alagoas	0,90	0,99	10,9%	0,7	0,7
Sergipe	0,77	0,91	18,4%	0,6	0,6
Bahia	0,70	0,86	22,2%	0,6	0,6
Minas Gerais	1,14	1,43	25,3%	0,9	1,0
Espírito Santo	1,26	1,46	15,9%	1,0	1,0
Rio de Janeiro	2,67	3,03	13,7%	2,1	2,1
São Paulo	1,71	2,03	19,1%	1,4	1,4
Paraná	1,05	1,29	22,9%	0,8	0,9
Santa Catarina	0,90	1,17	30,7%	0,7	0,8
Rio Grande do Sul	1,58	1,62	2,5%	1,3	1,1
Mato Grosso do Sul	0,92	1,09	18,8%	0,7	0,7
Mato Grosso	0,57	0,75	32,1%	0,5	0,5
Goiás	0,92	1,12	21,1%	0,7	0,8
Distrito Federal	2,40	2,86	18,9%	1,9	2,0
Total	1,24	1,46	17,1%	1,0	1,0

Tabela II.2: Comparação entre as fases da descentralização – consultas médicas por habitante, estados brasileiros.

<i>Estado</i>	<i>média 95-98</i>	<i>média 99-04</i>	<i>variação %</i>	<i>razão (estado e média nacional) 95-99</i>	<i>razão (estado e média nacional) 99-04</i>
Rondônia	1,40	1,66	18,4%	0,6	0,7
Acre	1,40	1,42	1,9%	0,6	0,6
Amazonas	1,44	1,71	18,4%	0,6	0,7
Roraima	1,79	1,96	9,7%	0,8	0,8
Pará	1,18	1,48	25,4%	0,5	0,6
Amapá	1,78	1,99	11,9%	0,8	0,8
Tocantins	2,13	2,58	21,3%	1,0	1,1
Maranhão	2,14	1,83	-14,3%	1,0	0,8
Piauí	2,26	2,15	-5,0%	1,0	0,9
Ceará	2,22	2,19	-1,2%	1,0	0,9
Rio Grande do Norte	2,60	2,82	8,5%	1,2	1,2
Paraíba	2,07	2,12	2,5%	0,9	0,9
Pernambuco	2,18	2,26	3,7%	1,0	0,9
Alagoas	1,74	2,19	25,8%	0,8	0,9
Sergipe	2,09	2,24	6,9%	0,9	0,9
Bahia	1,57	2,14	36,5%	0,7	0,9
Minas Gerais	2,34	2,47	5,5%	1,1	1,0
Espírito Santo	2,09	2,58	23,8%	0,9	1,1
Rio de Janeiro	2,63	3,01	14,6%	1,2	1,2
São Paulo	2,76	2,88	4,3%	1,2	1,2
Paraná	2,27	2,42	6,5%	1,0	1,0
Santa Catarina	1,89	2,30	21,8%	0,9	1,0
Rio Grande do Sul	1,86	2,10	12,8%	0,8	0,9
Mato Grosso do Sul	1,80	2,08	15,3%	0,8	0,9
Mato Grosso	2,16	2,47	14,1%	1,0	1,0
Goiás	2,22	2,25	1,6%	1,0	0,9
Distrito Federal	2,41	2,43	0,7%	1,1	1,0
Total	2,22	2,42	8,9%	1,0	1,0

Gráfico II.1: Produção ambulatorial do SUS por estado, 1995-2005, para atendimento básico realizado por prestador municipal.

Fonte: DATASUS.

Obs: O DF foi excluído por não apresentar os dados dos anos 1995, 1996, 1997, 2000, 2001 e 2002.

Tabela II.3: Comparação entre as fases da descentralização – valor médio das internações, estados brasileiros.

<i>UF</i>	<i>média 95-98</i>	<i>média 99-04</i>	<i>variação %</i>	<i>razão (estado e média nacional) 95-99</i>	<i>razão (estado e média nacional) 99-04</i>
Rondônia	189,17	243,66	28,8%	0,6	0,5
Acre	168,81	275,24	63,0%	0,5	0,6
Amazonas	208,06	333,03	60,1%	0,6	0,7
Roraima	156,99	283,75	80,7%	0,5	0,6
Pará	203,48	313,43	54,0%	0,6	0,7
Amapá	173,20	262,59	51,6%	0,5	0,6
Tocantins	217,98	380,04	74,3%	0,7	0,8
Maranhão	236,34	323,55	36,9%	0,7	0,7
Piauí	264,78	345,09	30,3%	0,8	0,7
Ceará	274,87	407,78	48,4%	0,8	0,9
Rio Grande do Norte	253,30	395,94	56,3%	0,8	0,9
Paraíba	309,03	380,39	23,1%	0,9	0,8
Pernambuco	300,83	448,94	49,2%	0,9	1,0
Alagoas	276,71	389,76	40,9%	0,8	0,8
Sergipe	226,13	334,76	48,0%	0,7	0,7
Bahia	238,48	341,26	43,1%	0,7	0,7
Minas Gerais	315,34	460,89	46,2%	1,0	1,0
Espírito Santo	284,87	431,36	51,4%	0,9	0,9
Rio de Janeiro	405,97	552,79	36,2%	1,2	1,2
São Paulo	417,66	602,25	44,2%	1,3	1,3
Paraná	381,17	551,30	44,6%	1,2	1,2
Santa Catarina	271,90	452,16	66,3%	0,8	1,0
Rio Grande do Sul	397,14	535,38	34,8%	1,2	1,2
Mato Grosso do Sul	313,45	411,27	31,2%	1,0	0,9
Mato Grosso	256,42	380,30	48,3%	0,8	0,8
Goiás	359,43	432,82	20,4%	1,1	0,9
Distrito Federal	330,25	427,24	29,4%	1,0	0,9
Total	326,22	462,79	41,9%	1,0	1,0

Referências Bibliográficas

- ABRUCIO, F. (1999). *Os Barões da Federação: os governadores e a redemocratização brasileira*. São Paulo: Hucitec, Departamento de Ciência Política, USP.
- _____ & COSTA, V. M (1999). *Reforma do Estado e o Contexto Federativo Brasileiro*. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, Série Pesquisas nº 12.
- _____ & SAMUELS, D. (1997). “A Nova Política dos Governadores”. *Lua Nova*, nº 40/41, pp. 137-166.
- _____ & SOARES, M. (2001) *Redes Federativas no Brasil: Cooperação intermunicipal no Grande ABC*. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer.
- AFFONSO, R. (1996). “Os Municípios e os Desafios da Federação no Brasil”. *São Paulo em Perspectiva*, 10 (3), pp. 3-9.
- _____ & SILVA, P. L. (Orgs.) (1995). *Federalismo no Brasil – Desigualdades Regionais e Desenvolvimento*. São Paulo: Fundap/Unesp.
- ALMEIDA, M. H. (2001). “Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências”. *BIB – Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, n.51, 1º semestre de 2001.
- _____ (2005). “Recentralizando a federação?” *Revista de Sociologia e Política*, nº 24, junho de 2005.
- ALMENDRAL, V. (2002). “More power for Spain’s municipalities?”, *Federations*, vol.2, n.5, November 2002.
- ARRETCHE, M. (1996). “Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas?”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, nº 31, ano XI, pp. 44-66.
- _____ (2000). *Estado Federativo e Políticas Sociais no Brasil: determinantes da descentralização*. São Paulo: Fapesp, Editora Revan.
- _____ (2002). “Federalismo e Relações Intergovernamentais no Brasil: a reforma dos

- programas sociais”. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, v.45, n.3, Rio de Janeiro, 2002.
- _____ (2003). “Financiamento Federal e Gestão Local de Políticas Sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia”. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2), pp. 331-345.
- _____ (2004). “Federalismo e Políticas Sociais no Brasil. Problemas de coordenação e autonomia”. *São Paulo em Perspectiva*, 18(2), pp. 17-26, 2004.
- _____ (2005). “A Política da Política de Saúde no Brasil”. In: LIMA, Nísia T.; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio C.; SUÁREZ, Julio M (Orgs.). *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- BANTING, K. (2005). “Canada: nation-building in a welfare state”. In: OBINGER, H., LEIBFRIED, S.; CASTLES, F. *Federalism and the Welfare State – New World and European Experiences*. New York: Cambridge University Press.
- BOSSERT, T.; LARRAÑAGA, O.; MEIR, F.R. (2000). “Decentralization of health systems in Latin America”. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 8 (1/2).
- BRASIL (1997). “O Consórcio e a Gestão Municipal de Saúde”. Brasília, Ministério da Saúde.
- BREMAEKER, F. (2004). “O município como ente governamental autônomo”. In: IBAM – Instituto Brasileiro de Administração Municipal, *Série Estudos Especiais nº 72*, Rio de Janeiro, junho de 2004.
- CALDAS, E.L. (2003). “Criação de Municípios no Estado de São Paulo: atores, processos e variáveis explicativas”. Dissertação de Mestrado defendida no Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo.
- CARVALHO, G. (2001). “A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais”. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 435-444.
- CENSUS OF GOVERNMENT (2002). In: Site oficial do governo norte-americano. <http://www.census.gov/govs/www/cog2002.html>.

- COELHO, J. R.; VELOSO, C. (1997). “Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais”. *Divulgação em saúde para debate*, vol. 17, p.36-8.
- CONLAN, T. (1998). *From New Federalism to Devolution: Twenty-Five Years of Intergovernmental Reform*. Brookings Institution Press, Revisited Edition, August 1998.
- CORNÉLIO, R. (1999). “A formulação da decisão no nível estratégico de uma organização pública: um estudo sobre o processo decisório na SMS-RJ”. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 131p.
- COSTA, N. R.; PINTO, L. F. (2002). “Piso de Atenção Básica: mudança na estrutura”. In: NEGRI, Barjas e VIANA, Ana Luiza d’A (Orgs). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime; Cealag.
- COUTO, C. G.; ARANTES, R. B. (2003). “Constitución o políticas públicas? Una evaluación de los años FHC”. In: PALERMO, Vicente (Org.). *Política brasileña contemporánea: de Collor a Lula en años de transformación*. Buenos Aires, pp. 95-154.
- CPS-SES/SP (2005). “Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de São Paulo”. Relatório produzido por Olímpio Nogueira Bittar e Maria Luiza Stucchi. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde.
- DUCHACEK, I. (1970). *Comparative Federalism. The territorial dimension of politics*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- EATON, K.; DICKOVICK, J. (2004). “The Politics of Re-centralization in Argentina and Brazil”. *Latin American Research Review*, vol. 39, nº 1, February 2004.
- ELAZAR, D. (1987). *Exploring Federalism*. Tusculoosa: University of Alabama Press.
- ESCOREL, S. (1998). *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge, UK: Polity Press.
- FALLETI, T. (2003). *Governing Governors: Coalitions and Sequences of Decentralization in*

Argentina, Colombia and Mexico. PhD Dissertation. Northwestern University.

_____ (2005). “A Sequential Theory of Decentralization: Latin American Cases in Comparative Perspective”. *American Political Science Review*, vol.99, n.3, August 2005.

FEREJOHN, J.; WEINGAST, B. (1997). *The New Federalism: Can The States Be Trusted?* Hoover Institution Press.

GARMAN, C.; LEITE, C. K.; MARQUES, M. S. (2001). “Impactos das relações Banco Central x bancos estaduais no arranjo federativo pós-1994: análise à luz do caso do Banespa”. *Revista de Economia Política*, vol.21, n.1, jan-mar 2001.

GOMES, G. M.; MAC DOWELL, M. C. (1998). “Os elos frágeis da descentralização: observações sobre as finanças dos municípios brasileiros, 1995”. Encontro Nacional da ANPEC, 1998.

_____ (2000). “Descentralização Política, Federalismo Fiscal e Criação de Municípios: o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social”. *Texto para discussão n° 706*, Brasília, IPEA, fevereiro de 2000.

GUIMARÃES NETO, L. (1997). “Desigualdades e Políticas Regionais no Brasil: Caminhos e Descaminhos”. *Planejamento e Políticas Públicas*, n.15, junho 1997.

HOCHMAN, G. (1998). *A Era do Saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil*, São Paulo: Editora HUCITEC, ANPOCS.

IBGE (2002). “Perfil dos Municípios Brasileiros: gestão pública 2001”. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE.

IMMERGUT, E. M. (1996). “As Regras do Jogo: A lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n° 30, ano 11.

KING, G.; KEOHANE, R.; VERBA, S. (1994). *Designing Social Inquiry: scientific inference in qualitative research*. Princeton: Princeton University Press.

KRELL, A. J. (2003). *O Município no Brasil e na Alemanha – direito e administração pública*

comparados. São Paulo: Oficina Municipal.

KUGELMAS, E. (2001). “A Evolução Recente do Regime Federativo no Brasil”. In: HOFMEISTER, W.; CARNEIRO, J. M. (eds.). *Federalismo na Alemanha e no Brasil*. São Paulo: Konrad-Adenauer Stiftung.

LAVINAS, L.; GARCIA, E. H.; AMARAL, M. R. (1997a). “Desigualdades Regionais: Indicadores Socioeconômicos nos anos 90”. *Texto para Discussão n.460*, IPEA, Rio de Janeiro, fevereiro de 1997.

_____. (1997b). “Desigualdades Regionais e Retomada do Crescimento num Quadro de Integração Econômica”. *Texto para Discussão n.466*, IPEA, Rio de Janeiro, março de 1997.

LEAL, V. N., (1986). *Coronelismo, Enxada e Voto: o município e o regime representativo no Brasil*. São Paulo: Alfa-Ômega, 1986 (5ª edição).

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. (2001). “Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas”. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 269-291.

LIMA, A. P.; PASTRANA, R. (2000). “Diagnóstico da situação atual dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil”. Relatório de Pesquisa, OPAS/MS.

LINZ, J.; STEPAN, A. (2000). “Inequality Inducing and Inequality Reducing Federalism: with special reference to the classical outlier, the U.S.A.”. *Paper presented at XVIII World Congress of International Political Science Association*, August 1-5, 2000, Quebec City, Canada.

MACHADO, E. N.; FORTES, F. B.; SOMARRIBA, M. (2004). “Efeitos da introdução do PAB sobre a distribuição de recursos e a prestação de serviços: o caso de Minas Gerais”. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1), pp. 99-111.

MAHONEY, J. (2000). “Path dependence in historical sociology”. *Theory and Society*, 29 (4), pp. 507-548.

MANOW, P. (2005). “Germany: Co-operative federalism and the overgrazing of the fiscal

- commons” In: OBINGER, H., LEIBFRIED, S.; CASTLES, F. *Federalism and the Welfare State – New World and European Experiences*. New York: Cambridge University Press.
- MARINHO, A. (2003). “Avaliação da Eficiência Técnica nos Serviços de Saúde nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro”. *Revista Brasileira de Economia*, v.57, n.3, Rio de Janeiro, jul/set 2003.
- MARQUES, E.; ARRETCHE, M. (2003). “Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde”. *Cadernos do CRH*, v.39.
- MARSHALL, T. H. (1967). *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro: Zahar.
- MEDEIROS, M. (1999). “Princípios de Justiça na Alocação de Recursos em Saúde”. *Texto para Discussão nº 687*, Rio de Janeiro: IPEA.
- MELO, M. A. (1996). “Crise Federativa, Guerra Fiscal e “Hobbesianismo Municipal”: Efeitos perversos da descentralização?”. *São Paulo em Perspectiva*, 10(3), pp. 11-20.
- MENDES, J. D. V. (2006). “Repensando a CPS à luz do novo papel do Gestor Estadual no Sistema Único de Saúde – SUS”. *Planejamento de Saúde: conhecimento e ações*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde/Coordenadoria de Planejamento de Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1993). “Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 93. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão”. Brasília: MS.
- _____ (1996). “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Fazer Cumprir a Lei”. Brasília: MS.
- _____ (2001). “Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso” (Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 01/01. Portaria MS/GM nº 95, de 26 de Janeiro de 2001). Brasília: MS.
- _____ (2002). “A Operacionalização da Emenda Constitucional nº 29”. *Série D. Reuniões e Conferências*, n. 17, Brasília, DF.

- _____ (2005). “A implantação da EC 29: apresentação dos dados do SIOPS, 2000 a 2003”. Texto elaborado pela equipe SIOPS/DES/SCTIE/Ministério da Saúde, Brasília, DF.
- NICOLETTO, S. C.; CORDONI Jr., L.; COSTA, N. R. (2005). “Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21 (1): 29-38.
- NUNES, A. (2004). “A alocação eqüitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora”. Relatório de Consultoria, Projeto 1.04.21, Consolidação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, Brasília, 20 de setembro de 2004.
- _____; SANTOS, J.R.; BARATA, R.B.; VIANNA, S.M. (2001). *Medindo as Desigualdades em Saúde no Brasil. Uma proposta de monitoramento*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- OATES, W. (1972). *Fiscal Federalism*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- _____ (1993). “Fiscal decentralization and economic development”. *National Tax Journal*, 46 (2), pp. 237-243.
- OBINGER, H., LEIBFRIED, S.; CASTLES, F. (2005). *Federalism and the Welfare State – New World and European Experiences*. New York: Cambridge University Press.
- OLIVEIRA, V.E. (2006). “Federalismo, descentralização e relações intergovernamentais: definições e adaptações ao caso brasileiro”. *Paper* apresentado no 3º Congresso Internacional da Associação Latino-Americana de Ciência Política – ALACIP, Campinas, setembro de 2006.
- OLSON, M. (1999). *A Lógica da Ação Coletiva*. São Paulo, Edusp.
- PETERSON, P. (1995). *The Price of Federalism*. NY, Twentieth Century Fund.
- PIERSON, P. (1994). *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the politics of retrenchment*. Cambridge University Press.

- _____ (2000). "Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics". *American Political Science Review*, 94, pp. 251–67.
- _____ (2004). *Politics in Time: History, Institutions, and Social Analysis*. Princeton: Princeton University Press.
- PRUD'HOMME, R. (1995). "The Dangers of Decentralization". *The World Bank Research Observer*, vol.10, n.2, pp.201-220, August 1995.
- PUTNAM, R. (1996). *Comunidade e Democracia: a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- REZENDE, F. C. (1997). "Descentralização, Gastos Públicos e Preferências Alocativas dos Governos Locais no Brasil (1980-1994)". *Dados – Revista de Ciências Sociais*, v.40, n.3, Rio de Janeiro.
- RIBEIRO, J. M.; COSTA, N.R (1999). "Consórcios Intermunicipais no SUS". *Texto para Discussão n. 669*, Brasília: IPEA.
- RIKER, W. H. (1964). *Federalism: Origin, Operation, Significance*. Boston: Little, Brown and Company.
- _____ (1969). "Six Books in Search of a Subject or Does Federalism Exist and Does it Matters?" *Comparative Politics*, 2.
- ROCHA, C. A.; FARIA, C. A (2004). "Cooperação intermunicipal, reterritorialização da gestão pública e provisão de bens e serviços sociais no Brasil contemporâneo: experiência dos consórcios de saúde em Minas Gerais". Trabalho apresentado no 4º Encontro Nacional da ABCP, Rio de Janeiro.
- SANTOS, W. G. (1979). *Cidadania e Justiça*. Rio de Janeiro: Campus Editora.
- SELCHER, W. (1998). "The Politics of Decentralized Federalism, National Diversification, and Regionalism in Brazil", *Journal of Interamerican Studies and World Affairs*, vol.40, n.4, Special Issue: Brazil: The Challenge of Constitutional Reform, pp. 25-50, winter 1998.

- SHEPSLE, K. (1986). "Institutional Equilibrium and Equilibrium Institutions". In: WEISBERG, Herbert (Ed.). *Political Science: The Science of Politics*. New York: Agathon Press.
- SHIKIDA, C.D. (1998). "Emancipação de Municípios em Minas Gerais (1995): uma abordagem novo-institucionalista e de escolha pública". Dissertação de Mestrado. São Paulo: FEA – Universidade de São Paulo.
- SOUZA, C. (1996). "Reinventando o poder local: limites e possibilidades do federalismo e da descentralização". *São Paulo em Perspectiva*, 10 (3).
- _____ (2002). "Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização". *Ciência e Saúde Coletiva*, vol.7, n.3, Rio de Janeiro, pp. 431-442.
- _____ (2004). "Governos Locais e Gestão de Políticas Sociais Universais". *São Paulo em Perspectiva*, 18(2), pp. 27-41.
- _____ & BLUMM, M. H. (1999). "Autonomia Política Local: Uma Revisão da Literatura". *BIB - Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 48, pp. 51-68.
- SOUZA, R. R. (2003). "Redução das Desigualdades Regionais na Alocação dos Recursos Federais para a Saúde". *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2), pp.449-460.
- STEINMO, S.; THELEN, K. (1992). "Historical institutionalism in comparative politics". In: STEINMO, S., THELEN, K.; LONGSTRETH, F. *Structuring politics: Historical institutionalism in comparative analysis*. New York, Cambridge University Press.
- STEPAN, A. (1999). "Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder do demos". *Dados – Revista de Ciências Sociais*, [online], 1999, vol.42, no.2. Disponível no site: www.scielo.br.
- _____ (2000). "Brazil's Decentralized Federalism: Bringing Government Closer to the Citizens?". *Daedalus*, 129, 2, Spring 2000.
- TEIXEIRA, L.; MACDOWELL, M. C.; BUGARIN, M (2002). *Consórcios Intermunicipais de Saúde: uma análise à luz da teoria dos jogos*. IPEA, Brasília.

- TENDLER, J. (1997). *Good Government in the Tropics*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- TIEBOUT, C. (1956) “A pure theory of local expenditures”. *The Journal of Political Economy*, 64 (5):416-424.
- TOMIO, F.R. (2002). “A Criação de Municípios após a Constituição de 1988”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol.17, n.48, fevereiro 2002.
- _____ (2005). “Federalismo, Municípios e Decisões Legislativas: a criação de municípios no Rio Grande do Sul”. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, 24, pp. 123-148.
- TREISMAN, D. (2002). “Defining and Measuring Decentralization: A Global Perspective”. *Paper* não publicado, disponível no site: <http://www.polisci.ucla.edu/faculty/treisman/defin.PDF>.
- TSEBELIS, G. (2002). *Veto Players: how political institutions work*. Princeton: Princeton University Press.
- VALLIM, S.; VIEIRA, A.M.L.; OSIANO, V.L.L. (2006). “A Estratégia de Saúde da Família – QUALIS – em 101 Municípios do Estado de São Paulo”. *Planejamento de Saúde: conhecimento & ações*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde/Coordenadoria de Planejamento de Saúde.
- VIANNA, M. L. W (1998). *A Americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Iuperj/Revan.
- VOLDEN, C. (2004). “Origin, Operation, and Significance: The Federalism of William H. Riker”. *Publius*, 34, 4, Fall 2004.
- WATTS, R. (1999). *Comparing Federal Systems*. Kingston: McGill-Queen’s University Press, 2nd Edition.
- WHEARE, K. C. (1964). *Federal Government*. New York, Oxford University Press, 4th Edition.

WILLIS, E., GARMAN, C.; HAGGARD, S. (1999). “The politics of decentralization in Latin America”. *Latin American Research Review*, 34 (1), pp. 7-56, 1999.

WORLD BANK (2007). “Governance in Brazil’s Unified Health System (SUS). Raising the quality of public spending and resource management”. Report n. 36601-BR, february 15, 2007.

Entrevistas

DR. JOSÉ CARLOS SEIXAS, Assessor Especial da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Ex-Ministro Interino do Ministério da Saúde. Entrevista concedida à autora em dezembro de 2004.

DR. LUIZ ROBERTO BARRADAS BARATA, Secretário Estadual de Saúde do Estado de São Paulo. Entrevista concedida à autora em janeiro de 2005.

DR. OSWALDO YOSHIMI TANAKA, Ex-Secretário Adjunto da Saúde do Estado de São Paulo. Entrevista concedida à autora em março de 2005.

SRA. MÁRCIA DE JESUS DA SILVA, Secretária Municipal de Saúde de Apiaí. Questionário respondido por e-mail em janeiro de 2007.