

A descentralização da saúde no Brasil: o caso dos municípios gaúchos — 1995*

*Mercedes Rabelo***

De acordo com a Constituição de 1988, os principais eixos que devem pautar a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) são a descentralização e a participação popular. Ambos se inserem em um conjunto de questões mais amplo, largamente discutido por todos os setores sociais, quais sejam, a necessidade de se promover uma reforma do Estado e a pertinência de se abrirem os canais de participação e de controle popular dado o recente processo de redemocratização em curso no País.

Com relação à proposta de descentralização, há, por trás de um aparente consenso, um conjunto de concepções distintas do que deva ser descentralizado e com quais objetivos. A descentralização pode se dar: entre os níveis de governo; da Administração Direta para a Indireta; e do Estado para a sociedade civil, com ênfase na participação desta no aparelho do Estado ou com repasse das atribuições deste para a esfera privada. A descentralização pode ser entendida como uma mera **desconcentração de funções** ou, sob um enfoque mais radical, como uma **descentralização de poder**. Ela pode estar a serviço de propósitos democratizantes, com aproximação do usuário (do seu conhecimento da realidade e do seu poder de controle), ou pode ser um passo rumo a um processo mais amplo de redução das funções e do tamanho do Estado através da privatização de setores como o da saúde pública.

Vários autores têm enfatizado o fato de que a descentralização no Brasil tem se implantado de maneira “descoordenada” ou “caótica”. Affonso (1996, p.4), por exemplo, enfatiza que “(...) a característica central do processo de descentralização no Brasil é a sua descoordenação”. Aqui, a descentralização

* Este artigo é uma versão resumida da Dissertação de Mestrado de Pós-Graduação em Ciência Política do IFCH/UFRGS **O Processo de Descentralização da Saúde no RS: um Estudo Enfocando os Municípios, 1995**, defendida junto ao Programa em dez./98.

** Socióloga, Auxiliar da FEE. A autora agradece às pessoas já citadas na Dissertação, bem como à colega Isabel Rückert pela discussão preliminar deste artigo e à estagiária Rita Lodeiro Muller por sua colaboração em diversas etapas desta versão.

não foi comandada pelo Governo Federal. Ela decorreu, basicamente, do processo de redemocratização desencadeado no bojo do aprofundamento da crise econômica. O Governo Federal, por seu turno, opôs-se a ela o quanto pôde e não produziu um plano nacional para a descentralização, o que resultou num “processo inconcluso e eivado de conflitos”.

Por sua vez, Viana (1994, p.68) detecta a existência de dois tipos básicos de descentralização: a **planejada**, com a transferência gradativa de funções e de recursos, e a **caótica**, na qual “(...) se substitui, de maneira abrupta, recursos federais por orçamentos estaduais e municipais, sem que se desenvolvam e atualizem as funções e atribuições das esferas governamentais”. No caso brasileiro, a **descentralização planejada**, prevista na formulação do SUS, estaria dando lugar à **descentralização caótica**. Almeida (1994, p.29) explicita os condicionantes da descentralização caótica:

“(...) ela progride ao sabor da capacidade de demanda das clientelas; da disponibilidade de recursos e do engajamento político dos executivos estaduais e municipais; e do ainda complicado jogo de alianças e oposições entre governadores e prefeitos eleitos em um sistema pluripartidário”.

Dentro dessa descoordenação, os estados e os municípios acabaram assumindo “(...) novas responsabilidades em decorrência do maior volume de recursos disponíveis e da omissão da União (...) e (...) devido às pressões de uma sociedade civil mais organizada, que pode expressar com maior liberdade os seus interesses” (AFFONSO, 1996, p.9).

Esse processo de descentralização, contudo, ainda não foi analisado com propriedade, sobretudo devido à ausência de estatísticas consolidadas, como, por exemplo, dos gastos realizados por função e programa em cada esfera de governo. Afonso (1995) reforça essa constatação remetendo à necessidade de se produzir um sistema de estatísticas específico sobre as finanças da saúde. Atualmente, as fontes mais citadas com relação ao desempenho dos governos subnacionais utilizam-se unicamente de **projeções** dos gastos, as quais, como agravante, se baseiam nos gastos realizados no período pré-Constituinte, ou seja, com um padrão diferenciado do que se imagina ser o atual. Nesse sentido, o estudo do processo de descentralização da saúde encontra sua relevância no fato de que, além de serem pouco difundidos os preceitos básicos do SUS e de sua legislação, muitos estados e municípios já assumiram a gestão das ações e serviços de saúde (em qualquer das modalidades de gestão) sem que se saiba das condições em que se deu essa responsabilização e dos resultados alcançados com a municipalização. Sabe-se, contudo, que o principal entrave

à descentralização tem sido a questão do financiamento: retração no volume de recursos destinados à área da saúde, irregularidade nos repasses aos estados e aos municípios, além da forma de pagamento utilizada — por serviços já prestados —, perdendo de vista o atendimento integral e preventivo à população.

Essas deficiências apontam a relevância de se desenvolver um maior conhecimento acerca da realidade da descentralização da saúde: como está ocorrendo, sob que ênfase, com a participação de quem e com que recursos. Nesse sentido, a pesquisa aqui desenvolvida pretende aprofundar o conhecimento da realidade local no contexto da descentralização da saúde, considerando a crescente importância do papel a ser desempenhado pelos municípios para a implantação do SUS. De acordo com Almeida (1994, p.29):

“(...) o futuro do SUS depende da disposição e, especialmente, da capacidade dos municípios de assumir a plenitude das funções que lhes cabem no sistema. Essa não é uma questão simples. Onde a municipalização avançou, os governos locais enfrentaram uma demanda em expansão e tiveram que se haver com mudanças dramáticas de escala dos serviços de saúde”.

Especificamente, busca-se caracterizar os municípios que assumiram a gestão da saúde no que se refere ao seu tamanho, ao partido do seu prefeito e às suas finanças municipais.

Este artigo está dividido em três partes. Na primeira, discutimos o conceito de descentralização e fazemos um breve recorrido do processo de descentralização, em geral, e da saúde, em particular, no Brasil. A seguir, apresentamos a metodologia da pesquisa de campo, bem como os resultados alcançados. Finalmente, tecemos alguns comentários finais.

1 - Algumas questões acerca da descentralização

1.1 - Existe um consenso em torno desse conceito?

Nas distintas concepções sobre o conteúdo da descentralização, encontramos divergências significativas. Vejamos algumas delas. Primeiramente, podemos destacar uma distinção entre descentralização e desconcentração. O principal da descentralização é a redistribuição de poder que ela promove; há uma efetiva transferência de poder decisório. Nos casos em que há apenas desconcentração, verifica-se que há delegação de competências sem haver, contudo, deslocamento de poder. Tobar (1991, p.40), inclusive, destaca um cer-

to caráter “funcional” da desconcentração: “(...) a desconcentração pode ser ora funcional à descentralização e coadjuvar na realização de uma ruptura com o velho sistema, ora substituir-lhe cobrindo-a de uma aparência renovadora, mas que encobre o risco de um continuísmo do modelo hegemônico”.

Sendo redistribuição de poder, a descentralização implica autonomia. Médici explora a relação entre autonomia e descentralização, salientando que não há possibilidade de haver autonomia quando não há meios econômicos para os gastos locais, sejam eles próprios (**descentralização autônoma**), sejam oriundos de transferências (**descentralização dependente**), sendo que, neste último caso, a autonomia sofrerá certa pressão em função do repasse de recursos. No caso de uma descentralização dependente **tutelada**, há apenas uma frágil relação entre as esferas, baseada em laços políticos, técnicos ou institucionais. Já na descentralização dependente **vinculada**, o nível local encontrar-se-á menos vulnerável, uma vez que haverá transferências automáticas de recursos, sob o amparo da lei, com critérios previamente estabelecidos. Além dos recursos econômicos para garantir autonomia no processo de descentralização, são necessários recursos físicos, tecnológicos e gerenciais. Nesse sentido, Médici (1995, p.95) cita o caso da política nacional de saneamento onde, “(...) embora o poder concedente seja municipal, apenas 20% dos municípios têm condições reais para exercê-lo adequadamente”. Finalmente, esse autor salienta a necessidade de se possuírem recursos políticos, ou seja, “(...) capacidade de mando e legitimidade para o exercício do poder, bem como a capacidade de a esfera local/regional fazer representar seus interesses junto a outras esferas de governo” (*ibid.* 1995, p.95).

Um terceiro aspecto em que há discordância entre os autores é a confiança de que a descentralização promova automaticamente a democratização. A maioria dos autores concorda quanto à capacidade de democratizar implícita no processo descentralizador. Isto porque o próprio entendimento de o que seja “democratizar” é, também, muito variável. Assim, para uns, a descentralização propicia uma maior participação aos cidadãos; para outros, impõe limites à atuação do Estado, devolvendo as responsabilidades sociais à comunidade e à família. Alguns autores, contudo, apresentam uma certa cautela nessa questão, ponderando que a democratização não seria um resultado necessário e automático da descentralização. Arretche (1996), por exemplo, enfatiza que a democratização depende principalmente da **natureza** das instituições em cada nível e não do fato de haver ou não centralização. Segundo a autora, a realização dos ideais democráticos “(...) depende mais da possibilidade de que determinados princípios possam se traduzir em instituições políticas concretas do que da escala ou âmbito de abrangência de tais instituições” (ARRETCHÉ, 1996,

p.47). Por outro lado, Penálva (1987), dentre outros, adverte para o fato de que o fortalecimento dos poderes locais pode estar, na prática, apenas reforçando as elites dominantes locais e não se traduzindo em maior participação da população ou de seus representantes locais.

Um outro ponto que acarreta debate refere-se à “denúncia” de que por trás das intenções descentralizadoras se esconderia o objetivo de privatizar as políticas sociais: ao serem retiradas do âmbito do Governo Central, algumas políticas poderiam ser mais facilmente transferidas ao setor privado, alcançando, portanto, o objetivo de desonerar o poder público. Penálva, acompanhando Preteceille, dirige sua análise nesse sentido. Dada a conjuntura de crise e de reestruturação do capitalismo, uma reforma descentralizadora poderá favorecer a implantação de uma “(...) *política presupuestaria, fiscal y económica de corte neoliberal, que se compatibiliza bien com la descentralización institucional para imponer una gestión fragmentada de la austeridad*” (PENÁLVA, 1987, p.23). Igualmente atenta a esse aspecto, Massolo ressalta que a descentralização oferece ao Estado central uma “proteção” política, na medida em que ele não aparece como responsável direto pela eventual deterioração das condições de vida. “Existe o grave risco de que a descentralização conduza à fragmentação das demandas sociais em oposição ao caráter global, nacional e ainda internacional do processo, que produz essas desigualdades.” (Preteceille apud MASSOLO, 1988, p.42). Nesse sentido, antes que uma “nova cidadania”, a descentralização estaria favorecendo a reestruturação do setor hegemônico. Haveria, ainda, uma “redução” do poder popular ao “local”, ao passo que se centralizam e se transnacionalizam as principais decisões político-econômicas.

Finalmente, apenas para citar os principais pontos onde há diferenças de concepção a respeito da pertinência da descentralização, é importante referir a municipalização. Segundo alguns autores (Lobo, por exemplo), para aprofundar a descentralização é fundamental que os governos estaduais sejam fortes e atuantes.

“É importante lembrar que os governos estaduais também sentiram os efeitos danosos da centralização de recursos e encargos. (...) Uma federação polarizada, tendo como extremos um governo federal forte e um governo municipal forte, tende a ser tão desequilibrada como a que temos atualmente. Assim, o reforço dos governos estaduais passa necessariamente por uma estratégia de descentralização, que leve em conta o resgate do sistema federalista no país.” (Lobo, apud TOBAR, 1991, p.48).

No caso específico da saúde, tivemos, à época do SUDS (1987-88), uma forte participação dos estados. Entretanto a descentralização, naquele período, não

avançou para além do nível estadual; estagnou numa “estadualização”. Hoje, quando setores da sociedade reivindicam a municipalização da saúde, por exemplo, pretendem promover a descentralização até o âmbito de “(...) uma articulação de forças do município com um todo (...), ou seja, prefeitura municipal e organizações da sociedade civil” (TOBAR, 1991, p.49). Mas, apesar de forte movimento nesse sentido, tem-se observado a ocorrência de municipalização na forma de “prefeiturização”, no sentido em que há exclusão dos setores sociais e uma priorização da administração municipal.

Nesse espectro bem amplo de tipos de descentralização, podem ser delimitados dois grandes paradigmas, de acordo com Felicíssimo (1994) e Silva (1995):

- o democratizante (voltado para a sociedade), com ênfase nos aspectos políticos e valorizando a proximidade com o usuário para alcançar maior eficácia; e
- o neoliberal (voltado para o mercado), com ênfase nos aspectos administrativos e econômicos, com o objetivo de delegar atribuições para desonerar o Estado central.

Embora alguns autores já estejam detectando, no Brasil, uma opção pelo modelo neoliberal — por exemplo, Felicíssimo (1994) —, uma vez que se está buscando, paralelamente à descentralização, a focalização (seletividade) e a privatização das políticas sociais, outros autores, como Silva (1995), entendem que o Brasil ainda não se insere claramente em nenhum desses paradigmas, porque não há um processo de descentralização desenvolvido; não há uma clara redefinição de competências, uma vez que a Constituição deixou isso em aberto, para posterior regulamentação. Nesse ínterim, estaria acontecendo uma descentralização “caótica”, no sentido de que não portaria uma política deliberada e uma coordenação efetiva, o que afetaria a transferência regular e planejada de recursos e de atribuições para as demais esferas de governo. A ausência dessa coordenação se refletirá em uma inadequada disponibilização de recursos para as áreas sociais, bem como na não-responsabilização dos setores para a prestação dos serviços.

1.2 - O processo de descentralização no Brasil

No Brasil, o processo de descentralização — democrática e participativa — é extremamente recente. Desde o período colonial, a centralização tem sido predominante na administração brasileira, sendo que, após 1930, essa tendência se exacerbou, consolidando, nos anos 70, um Estado fortemente

centralista. Ao longo do regime militar, fortaleceu-se um modelo de política social extremamente centralizado e excludente, que encontrou seu limite na crise fiscal e na redemocratização do País na década de 80. A pressão fazia-se sentir para, de um lado, descentralizar e, de outro, universalizar o atendimento social. Assim, entrou na pauta de discussão o papel que caberia ao Estado desempenhar. Passou-se a discutir tanto o tamanho quanto os objetivos do Estado, tendo em vista tanto o recorrente déficit fiscal quanto o recente alargamento das funções do Estado (como, por exemplo, a ampliação da população que teria assegurado o atendimento à saúde).

A esse respeito, Almeida (1994) sintetiza os principais fatores que fortaleceram o movimento descentralizador:

- o crescente peso político, que, a partir de 1982, passou a deter os governadores;
- dada a vigência do binômio autoritarismo-centralização, a descentralização tornou-se, para as oposições, sinônimo de democracia;
- a excessiva centralização, fragmentação e iniquidade no sistema de proteção social brasileiro.

Como fruto desse contexto, “a Constituição de 1988 definiu um novo arranjo federativo, com significativa transferência de capacidade decisória, funções e recursos do Governo nacional para os estados e, especialmente, para os municípios” (ALMEIDA, 1994, p.17). Para a área social, a Constituição determinou uma série de medidas descentralizadoras. Entretanto não estabeleceu com clareza questões fundamentais como a redefinição das atribuições entre os atores e as novas formas de financiamento, deixando boa parte do problema a ser resolvido posteriormente, em ulterior regulamentação. O Governo Federal, contudo, não implementou, de forma permanente e persistente, o conjunto dessas medidas. A transição para um modelo mais descentralizado, por si só difícil, ficou ainda mais difícil

“(…) em razão da perda de comando do Governo Federal, resultante tanto das vicissitudes políticas dos três primeiros governos civis para compor maiorias governantes estáveis, quanto das crescentes dificuldades econômicas que afetaram a capacidade de financiamento não-inflacionário do estado” (ALMEIDA, 1994, p.18).

Lobo (1995) lembra o natimorto Programa Nacional de Descentralização, de 1994, que foi mais um programa a não ser levado à sério.

Assim, não existiu uma política de descentralização que norteara a reforma das diferentes políticas sociais. Ao contrário, lógicas particulares orientaram a nova ordenação de competências e atribuições nas diversas áreas sociais.

Almeida (1994) enumera os principais fatores que afetaram o ritmo e a forma da descentralização no Brasil:

- a presença ou a ausência de políticas deliberadas de descentralização no âmbito federal;
- a natureza e o poder das coalizões reformadoras;
- as características prévias de cada área no que respeita às suas estruturas e às relações intergovernamentais que estas supunham.

No Quadro 1, a autora organiza uma síntese das condições e dos tipos de descentralização que estão ocorrendo nas áreas sociais.

Quadro 1

Condições e tipos de descentralização nas áreas sociais

ÁREA/DIMENSÕES	SAÚDE	ASSISTÊNCIA SOCIAL	HABITAÇÃO	EDUCAÇÃO
Política de descentralização nacional	Sim (SUS).	Não.	Não.	Não.
Coalizão pró-descentralização	Forte e nacional.	Fraca.	Inexistente	Fraca no nível federal; variáveis e pouco estáveis nos Estados.
Estruturas anteriores	- Forte centralização decisória e financeira federal - Estados e municípios com redes próprias. - Competências definidas e exclusivas.	- Centralização decisória e financeira federal. - Estados e municípios com redes próprias - Competências concorrentes - Grande fragmentação institucional	- Centralização decisória e financeira em uma agência federal - Descentralização na execução dos programas por agências estaduais e municipais	- Centralização de alguns programas e parte dos recursos no Governo Federal. - Estados operam redes próprias responsáveis pela maior parte da oferta do ensino básico. - Competências concorrentes.
Tipo de descentralização	- Descentralização como política deliberada. - Tendência atual à descentralização caótica	Nenhuma descentralização efetiva	Descentralização por ausência com autonomização dos estados e municípios	- Lenta descentralização no plano federal. - Políticas estaduais de municipalização. - Políticas estaduais e municipais de desconcentração - Municipalização por ausência.

FONTE: ALMEIDA, M. H. T. (1994) Federalismo e políticas sociais. In: PROJETO balanço e perspectivas do federalismo fiscal no Brasil. São Paulo : FUNDAP v.6, p.23.

As duas únicas áreas em que houve algum nível importante de descentralização foram a área fiscal e a área da saúde. No caso da descentralização fiscal, a Constituição de 1988, no bojo dessa discussão descentralizadora, promoveu uma reforma tributária, carreando aos municípios uma participação maior no total dos recursos.¹ Em 1993, a proporção de recursos — da receita tributária total disponível — que caberia a cada instância teve a distribuição descrita na Tabela 1 numa comparação com os dos anos de 1980 e 1988.

Tabela 1

Distribuição percentual da receita disponível, por nível de governo, no Brasil — 1980, 1988 e 1993

NÍVEIS DE GOVERNO	1980	1988	1993
União	69	62	58
Estados	22	27	26
Municípios	9	11	16
TOTAL	100	100	100

FONTE: Adaptado de: AFONSO, J. R., AFFONSO, R. (1995). O financiamento público das políticas sociais no Brasil. In: VELLOSO, J. P. R., ALBUQUERQUE, R. C., KOOP, J., orgs. **Políticas sociais no Brasil: descentralização...** Rio de Janeiro : INAE/ILDES. p.69.

NOTA: Receita disponível é igual à arrecadação própria mais transferências.

Além da descentralização fiscal, na qual há, ainda hoje, inúmeros pontos a serem aperfeiçoados, somente na área da saúde houve uma política deliberada de descentralização a partir do Governo Federal. Por um lado, porque o setor saúde já vinha passando por transformações bastante significativas desde 1983, calcadas em um movimento que aglutinava importantes setores da sociedade sob a bandeira da reforma sanitária. Por outro lado, a extensa rede de serviços e ações de saúde de responsabilidade dos estados e dos municípios, previamente estruturada, oferecia ao setor maiores possibilidades para incrementar a descentralização do que em outras áreas.

¹ Desde 1967, já vinha se confirmando um processo de descentralização fiscal em favor dos municípios, mas, naquele primeiro momento, o aumento da receita disponível decorria, principalmente, das transferências, com rígida vinculação, ocasionando forte centralização decisória.

1.3 - A descentralização da saúde no Brasil

Após um período de progressiva e intensa centralização — consolidado na década de 70, quando instituições desiguais e pulverizadas nos principais núcleos urbanos do País foram agrupadas sob o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) —, o modelo privatista, centralista e dualista² entra, no início dos anos 80, em profunda crise tanto de financiamento quanto de legitimidade. Por um lado, esgotam-se os recursos para manter um sistema que repassava enormes quantias ao setor privado, sem qualquer controle social; por outro, o processo de redemocratização em curso no País, associado à estruturação de um amplo movimento reivindicando uma reforma sanitária “forçam” a universalização, a descentralização e o restabelecimento e incremento do controle popular no setor saúde.

Um intenso debate na Constituinte, embasado principalmente nas experiências das Ações Integradas de Saúde (AIS, 1983) e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS, 1987), tem como resultado o estabelecimento, na Constituição de 1988, dos marcos institucionais de o que seria o novo sistema de saúde público brasileiro. O mais geral preceito constitucional determina: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”. São estabelecidas, ainda, as seguintes diretrizes: descentralização, integralidade de atendimento e participação da comunidade.

Com relação ao financiamento do novo sistema, determinou-se o repasse regular e automático de recursos para estados e municípios. Contudo toda uma legislação infraconstitucional foi deixada para posterior regulamentação, onde, após sucessivas tentativas, foi editada, em 1993, a Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB 01/93). Com a NOB 01/93 foram estabelecidas três modalidades de gestão para os municípios, conforme sua inserção no processo de municipalização: incipiente, parcial e semiplena.

“Na gestão incipiente, a Secretaria Municipal de Saúde assume, imediata ou progressivamente, mediante cronograma negociado com a Comissão Bipartite, a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores de serviços; programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIHs dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados, com ou sem fins lucrativos; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, como nutrição, educação em saúde, vigilância epidemiológica,

² Pautado pelo conceito de cidadania regulada, onde àqueles à margem do mercado formal de trabalho estava reservado o aparato, de segunda categoria, do Ministério da Saúde.

sanitária e ambiental, assistência à saúde do trabalhador, aos acidentados do trabalho e aos portadores de doenças ocupacionais. **Na gestão parcial**, a Secretaria Municipal de Saúde, além do já descrito, assume o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município e recebe 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. **Na gestão simplena**, o município recebe mensalmente o total de recursos financeiros para o custeio correspondente aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos.” (SITUAÇÃO..., 1996, p.33).

Para cada situação de gestão, é exigido um elenco de medidas, conforme demonstrado no Quadro 2.

Quadro 2

Responsabilidades, incentivos financeiros e requisitos para habilitação nas condições de gestões incipiente, parcial e simplena

CONDIÇÕES DE GESTÃO	RESPONSABILIDADES	INCENTIVOS FINANCEIROS	REQUISITOS
Incipiente	Programação e controle das atividades ambulatoriais e hospitalares realizadas no município. Ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária.	Recebe recursos de custeio correspondentes ao FAM.	Conselho Municipal de Saúde (CMS) Fundo Municipal de Saúde (FMS) ou conta especial.
Parcial	Gestão de parte do sistema local (gerência da rede ambulatorial e programação e controle das internações; ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária).	FAM. Saldo financeiro correspondente à diferença entre o teto financeiro estabelecido para suas atividades e o gasto efetivo.	CMS. FMS Plano municipal de saúde. Relatório de gestão Plano de cargos, carreiras e salários. Contrapartida financeira.
Simplena	Gestão de todo o sistema local	Recebe o volume global de recursos correspondentes ao teto financeiro global (ambulatorial/hospitalar/ /FAM), estabelecido e aprovado na CIT, para o sistema sob sua gestão.	Idem.

FONTE: Adaptado de: LUCCHESI, P. (1996). Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde - retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e Políticas Públicas**. Brasília: IPEA, v. 14, p. 123.

Os recursos financeiros que os municípios receberiam ao ingressar no sistema (Fator de Apoio à Municipalização (FAM) — em todas as modalidades — e saldo financeiro correspondente à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o gasto efetivo — no caso da gestão parcial) foram repassados apenas até abril de 1994. Assim, somente a gestão semiplena teve plenas condições de ser implantada e, mesmo esta, apenas a partir de agosto de 1994, quando o Decreto nº 1.232/94 estabeleceu a forma e as condições de repasses desses recursos.

No processo de implantação do SUS, houve resistências tanto em setores dos três níveis de governo (na área econômica do Governo Federal, em órgãos do MS, nas instâncias estaduais e municipais) quanto no setor privado, como apurou Viana (1994). Alguns setores, tendo como pano de fundo a incerteza quanto à regularidade e ao volume de recursos, ofereceram resistência à descentralização da saúde. Mas as principais dificuldades para a operacionalização dos repasses eram de ordem política:

“O repasse direto e automático de recursos, por meio dos fundos de saúde e a partir de critérios claros e transparentes, rompe com a relação de tutela e com as práticas clientelísticas e centralizadoras que marcaram a trajetória da política de saúde. Rompe também com a modalidade de financiamento de **compra (Ministério da Saúde) e venda (estados e municípios) de serviços**, conhecida por suas distorções freqüentemente divulgadas pela imprensa (superfaturamento, fraudes, etc.), o que contraria interesses não desprezíveis estabelecidos na arena política setorial.

“Além disso, essa matéria concentra em torno de si as divergências em relação à definição das novas responsabilidades e poder de cada esfera de governo sobre o controle e avaliação da aplicação dos recursos transferidos. Isso provocará redefinições no papel de diferentes segmentos da burocracia, com implicações políticas e corporativas decorrentes.” (LUCCHESI, 1996, p.111).

Apesar do atraso na elaboração da legislação pertinente para o efetivamento dos repasses para estados e municípios, o financiamento do SUS vem apresentando um comportamento cíclico e instável devido, principalmente, à irregularidade nos fluxos de recursos do orçamento da seguridade social para o Ministério da Saúde. A Tabela 2 apresenta o gasto federal total e *per capita* em saúde. Constata-se que o montante de recursos *per capita* declinou até 1992 e, em seguida, apresentou uma gradual recuperação até 1994, sem, contudo, alcançar os níveis da década anterior. Apenas em 1995, pode-se verificar um incremento significativo tanto no montante global quanto nos valores *per capita*.

Tabela 2

Gasto federal em saúde no Brasil — 1987-95

ANOS	TOTAL (US\$ bilhões)	PER CAPITA (US\$)
1987	10,9	80,3
1988	10,0	72,1
1989	11,3	79,7
1990	9,5	65,9
1991	7,9	53,9
1992	6,6	44,3
1993	7,5	49,6
1994	10,4	67,9
1995	16,2	104,1

FONTE: LUCHESE, P. (1996). Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília : IPEA, v.14, p.108.

A ausência de mecanismos que garantam o repasse de recursos para estados e municípios, a indefinição quanto aos critérios que serão utilizados entre as áreas que compõem a seguridade social e os baixos valores da tabela do SUS são os principais entraves à descentralização da saúde através da implantação do SUS, comprometendo a qualidade do atendimento à população. Decorre daí uma falta crônica de recursos “na ponta” do sistema, seja para a remuneração dos serviços já realizados por prestadores públicos e privados, seja no repasse para as instâncias estaduais e municipais efetivamente gerirem o sistema como um todo, incorporando, em sua atuação, os importantíssimos aspectos de vigilância e prevenção. A ênfase conferida à compra e venda de serviços usualmente promove o “esquecimento” de que, ao assumir a gestão da saúde, o gestor municipal será responsável por toda uma gama de ações que supera os atendimentos ambulatorial e hospitalar. Para fazer frente à irregularidade e à diminuição dos montantes repassados, coube aos municípios uma maior participação no financiamento do sistema. Para o período 1989-91, Afonso (1994) aponta crescimento do gasto municipal em saúde de US\$ 1,7 bilhão para US\$ 2,9 bilhões (apud BARROS, PIOLA, VIANNA, 1996, p.86).

Oliveira (1995), por sua vez, realiza um extenso estudo acerca dos gastos sociais, em geral, e dos Gastos Municipais Líquidos em Saúde (GMLS)³, em particular, na Região Metropolitana de Campinas (SP). A autora conclui que a evolução dos gastos municipais líquidos em saúde se deu em um ritmo bem mais acelerado que o total dos gastos municipais, aumentando sua participação nestes últimos da forma descrita na Tabela 3.

Tabela 3

Participação percentual dos GMLS na despesa total dos municípios da Região Metropolitana de Campinas — 1985-1993

ANOS	PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL
1985	2,96
1990	7,91
1991	8,33
1992	9,11
1993	12,25

FONTE: Adaptado de: OLIVEIRA, A. M. F. (1995). **Os dilemas da municipalização da saúde no contexto de uma região Metropolitana: o caso de Campinas**. Campinas: UNICAMP/IE. (Tese de doutorado). p.127.

Entretanto não se conhece em detalhes os gastos realizados pelos demais municípios brasileiros. Normalmente, os autores trabalham com levantamentos do Departamento de Contas Nacionais do IBGE e com estatísticas da Divisão de Estados e Municípios (DIVEM) do Departamento do Tesouro Nacional do Ministério da Economia, sistematizados pelo IESP/FUNDAP. Contudo há que se fazer uma ressalva no sentido de que esses dados partem da coleta nas capitais e em algumas regiões metropolitanas e são estimados para os demais municípios. Ou seja, de acordo com Barros,

“(...) a crise foi atenuada pelo aumento dos aportes de recursos da esfera municipal ao setor saúde, que acompanhou a progressiva incorporação da responsabilidade da prestação de serviços pelos

³ São os gastos brutos no Programa Saúde menos as transferências federais e estaduais.

municípios — ainda que as informações sobre gastos das esferas estadual e municipal de governo apresentem limites em termos de confiabilidade e atualização” (Barros, apud LUCCHESI, 1996, p.110).

Uma outra maneira de abordar a questão do financiamento da saúde tem sido apresentada por alguns autores e, principalmente, por políticos, quando afirmam que a Constituição Federal de 1988 ampliou a participação dos estados e dos municípios no bolo tributário, sem, contudo, definir as novas atribuições que caberiam a esses entes federados. Nesse sentido, a queixa por parte de prefeitos e de secretários de saúde por um volume maior de recursos seria infundada e, ao contrário, caberia, agora, que as esferas subnacionais assumissem a sua parte correspondente na nova repartição de receitas e encargos.

De acordo com Affonso, houve, de fato, uma ampliação da participação dos estados e dos municípios na receita tributária. Entretanto, segundo esse autor, a tese de que houve apenas ampliação de receita e não de atribuições não encontra sustentação empírica:

“Se considerarmos o consumo agregado, veremos que, enquanto os estados e municípios ampliaram sua participação de 56% para 65% entre 1980 e 1990-91, o Governo Federal teve a sua reduzida de 44% para 35%. No que se refere ao investimento público, (...) a União reduziu sua participação de 30% em 1980 para tão-somente 20% em 1990-91, e os estados e municípios ampliaram os seus gastos com investimentos na mesma proporção, de 70% em 1980 para 81% em 1990-91” (AFFONSO, 1994, p.328).

Em síntese, apesar de toda essa discussão acerca das responsabilidades e da instabilidade no fluxo dos recursos, em 1995 o SUS estava em processo de implantação, sob as determinações da NOB SUS 01/93, na qual o **custeio do sistema** e as **ações de saúde pública** eram financiados com recursos dos Governos Federal, Estaduais e Municipais.

Com relação aos **serviços hospitalares e ambulatoriais**, o pagamento era realizado *a posteriori*, mediante fatura, diretamente a cada prestador. À medida que o nível municipal ia absorvendo os serviços (anteriormente prestados pelo Estado ou pela União), de acordo com o cronograma estabelecido, o pagamento passava a ser realizado na conta do município. A exceção eram os municípios na gestão semiplena, os quais recebiam os recursos antecipadamente, diretamente no Fundo Municipal de Saúde, para o custeio e a remuneração de **todos** os serviços prestados.

De acordo com o Ministério da Saúde, o País contava, em dezembro de 1995, com 2.112 (42%) municípios em condição de gestão incipiente, 592 (12%) em gestão parcial e 56 (1%) em gestão semiplena. Ou seja, 55% dos municípios brasileiros já se encontravam sob a gestão descentralizada do SUS. Se consideramos apenas aqueles que estão na gestão semiplena, tem-se que 9% da população brasileira já se encontrava sob essa modalidade de municipalização, na qual cabe ao gestor municipal, juntamente com a população, através do Conselho Municipal de Saúde, a responsabilidade pela atenção integral à saúde da população.⁴

Os resultados alcançados até 1995 podem ser vistos nos indicadores organizados por Lucchese (1996):

- o prestador municipal foi o que apresentou maior crescimento no número de leitos hospitalares no período 1991-95, os quais passaram a representar 35% do total de leitos públicos;
- nos prestadores municipais, houve o maior crescimento no número de internações, no período 1991-95, representando, em 1995, 9% de todas as internações e 48% das internações do total do setor público.

Esses dados indicam que, pelo menos no que se refere à esfera do atendimento hospitalar, pode-se perceber uma tendência bem expressiva de municipalização da assistência, embora o processo ainda seja muito recente para se tirarem conclusões acerca de uma definitiva descentralização dos serviços, sem contar que nada se sabe sobre a heterogeneidade dessa municipalização pelo País.

Além desses indicadores, Lucchese ressalta que, de acordo com relatórios de acompanhamento da implementação do SUS produzidos pelo Ministério da Saúde, no segundo semestre de 1995 já estavam em funcionamento, em todos os estados, os Conselhos Estaduais e as Comissões Intergestoras Bipartite, e, em 55% dos municípios, já haviam sido instalados os Conselhos Municipais e os Fundos Municipais de Saúde.⁵ A institucionalização desses diversos foros

⁴ Em janeiro de 1997, já eram 11 as capitais na gestão semiplena: Belém, Belo Horizonte, Campo Grande, Cuiabá, Curitiba, João Pessoa, Natal, Porto Alegre, Recife, São Luís e Teresina (LUCHESE, 1996).

⁵ O gerenciamento do processo de descentralização do SUS tem como foros de negociação e deliberação as Comissões Intergestoras e os Conselhos de Saúde. Cabe à Comissão Intergestora Tripartite (com representantes dos Governos Federal, Estadual e Municipal) assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e a operacionalização do SUS. À Comissão Intergestora Bipartite (com os gestores estadual e municipal) compete a negociação e a decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS. Ambas não substituem os Conselhos Nacional e Estaduais de Saúde, com representantes dos usuários; ao contrário, suas decisões devem obedecer às diretrizes aprovadas nos conselhos.

de deliberação da política de saúde e de negociação entre os diversos atores representa um avanço importante no sentido de democratizar a gestão da saúde e de efetivamente incrementar a participação popular.

2 - Caracterização dos municípios gaúchos por modalidade de gestão

2.1 - Aspectos metodológicos

A pesquisa de campo desenvolvida em relação à temática desta dissertação está organizada em torno de três objetivos. O primeiro, investigar se há uma predominância de alguma classe de tamanho no conjunto dos municípios que assumiram a gestão (em número de habitantes). O segundo, verificar a veracidade das acusações levantadas contra os governos estaduais de estarem dificultando a municipalização para aqueles municípios que não tinham o mesmo alinhamento partidário. Finalmente, dimensionar os gastos municipais com funções sociais e com o programa saúde *vis-à-vis* às receitas arrecadadas e ao conjunto das despesas em dada situação de gestão.

Para dimensionar as despesas e as receitas, a pesquisa teve como ponto de partida o Banco de Dados fornecido pelo Tribunal de Contas do Estado do RS (TCE), no qual são organizadas as variáveis econômicas, por ano, por município, com base nos Balanços Municipais fornecidos pelos próprios municípios.

Por sua vez, os gastos realizados especificamente no Programa Saúde (separados, portanto, do agregado função saúde e saneamento) só são disponibilizados **em bruto**, ou seja, diretamente nos Balanços Municipais. Para obter essa informação, realizamos uma pesquisa amostral no Tribunal de Contas do Estado, onde coletamos as informações referentes ao gasto no Programa Saúde, por município, em 1995 (as do ano de 1996 ainda não estavam disponíveis na época). Dessa forma, chegamos a uma amostra bastante significativa, que contemplou 74,2% dos municípios do RS e 76,8% da população total, mantendo-se na amostra a proporção verificada no universo entre a frequência de municípios em cada classe de tamanho e em cada modalidade de gestão.

O método de trabalho utilizado foi comparar os municípios que já haviam assumido a gestão, parcial ou total, das ações e dos serviços de saúde (que, simplificada, chamaremos de "*muni*") com aqueles que, em 1995, não haviam ingressado no processo de municipalização (os quais serão designados como "*não muni*"). A listagem informando a condição de gestão do município foi fornecida pela SSMA.

Foram postuladas cinco hipóteses, das quais quatro não foram confirmadas. A primeira hipótese está relacionada ao porte dos municípios que assumiram a gestão. Partimos do suposto de que o tamanho do município não teria interferido no processo de municipalizar a gestão da saúde, ou seja, encontraríamos a mesma proporção de municípios pequenos, médios e grandes no conjunto de municipalizados.

A segunda hipótese refere-se ao alinhamento partidário do prefeito. Os dados referentes ao partido político no poder, no âmbito municipal (no momento da municipalização), foram organizados para cotejá-lo com o partido do Governador, para determinar se, como se disse à época, ser do mesmo partido do Governador era condição para ingressar na gestão municipalizada, dado que, através do repasse da gestão, se repassariam recursos econômicos e políticos usualmente utilizados com fins clientelísticos e eleitoreiros.

As demais hipóteses estão vinculadas à questão das finanças municipais. A terceira hipótese é que municipalizariam a gestão principalmente os municípios com maior renda *per capita*, ou seja, os mais ricos. Tendo uma maior receita disponível, esses municípios, provavelmente, também teriam uma despesa na área social superior à dos demais, o que sugeriu a quarta hipótese: os municipalizados teriam uma despesa nas funções sociais superior àquela realizada nos não municipalizados. E, finalmente, a quinta hipótese pressupõe que, nos municipalizados, a despesa no Programa Saúde seria maior do que naqueles cuja gestão não estaria a cargo do município, seja porque eles recebem os recursos diretamente no Orçamento Municipal, quando assumem a responsabilidade sobre os serviços de saúde, seja porque o Tesouro Municipal teria que arcar com mais responsabilidades.

2.2 - Resultados encontrados

2.2.1 - Caracterização dos municípios por grupos de tamanho

Com relação ao tamanho dos municípios, em número de habitantes, julgamos importante verificar se havia uma predominância, no conjunto dos que municipalizaram a saúde, de pequenos (até 10.000 hab.), médios (de 10.001 a 100.000 hab.) ou grandes municípios (mais de 100.001 hab.). Nossa hipótese era de que não haveria diferenças significativas entre as três classes de tamanho, uma vez que o porte do município tanto pode favorecer a gestão local quanto dificultá-la, dependendo de que aspecto da questão estejamos examinando. Os municípios pequenos, por exemplo, usualmente têm carência de recursos humanos qualificados, mas, por outro lado, têm que enfrentar um conjunto de dificuldades bem mais restrito do que os grandes municípios.

Quando consideramos apenas o conjunto dos municipalizados em relação ao total da amostra vemos que há uma pequena concentração de municipalizados no conjunto dos municípios de tamanho médio e, com menor intensidade, nos grandes, em detrimento dos de pequeno porte. Enquanto no total da amostra existem 62% de municípios pequenos, no grupo dos municipalizados esse percentual cai para 49%; em contrapartida, enquanto na amostra há 35% dos municípios de médio porte, no conjunto dos municipalizados essa classe de tamanho participa com 46%. A análise desses resultados indica que a dimensão populacional tem uma pequena interferência para o ingresso no processo de municipalização, não confirmando, portanto, a hipótese de que haveria a mesma proporção de municípios pequenos, médios e grandes (Tabela 1 do Anexo).

Contudo, além de verificar uma diferença muito pouco expressiva, é necessário apontar que, em todas as classes de tamanho, são encontradas dificuldades importantes. Citaremos apenas algumas. Os pequenos municípios, por exemplo, deparam-se com vários obstáculos para assumir os serviços anteriormente oferecidos pelas outras instâncias. Podemos salientar a carência de recursos humanos qualificados tanto para a prestação de serviços quanto para o controle e avaliação dos mesmos; carência de equipamentos para a informatização das informações, fator fundamental para o sucesso da municipalização; além de dificuldades para preencher os pré-requisitos necessários à municipalização, como o Fundo Municipal de Saúde (devido, muitas vezes, à falta de preparo dos recursos humanos), o Conselho Municipal de Saúde, dentre outros.

Com relação aos grandes municípios, a municipalização implica assumir uma gama de serviços e de recursos humanos extremamente diferenciados. Se, por um lado, eles concentram grandes contingentes populacionais — os 10 maiores municípios do RS concentram 35% de toda a população gaúcha —, por outro, e em decorrência mesmo dessa concentração, nos grandes municípios tendem a se localizar o maior número de equipamentos e serviços e os de maior complexidade. Além disso, verificam-se dificuldades como: grande diversidade de interesses e atores, freqüentemente em conflito; heterogeneidade da população a ser atendida — com um perfil epidemiológico bem diversificado —; e necessidade de organizar serviços originários de todas as instâncias — federal, estadual, municipal, privados com e sem fins lucrativos —, já que, normalmente, nos grandes municípios, todos esses serviços estão presentes.

2.2.2 - Caracterização dos municípios com relação aos partidos políticos dos prefeitos

Como foi visto anteriormente, houve uma suspeita, à época em que se iniciou a municipalização, de que estavam sendo habilitados prioritariamente aqueles municípios onde o partido político no poder era o mesmo do Governador do Estado. Isto porque, sabe-se, a saúde (através da construção de postos de saúde e/ou repasses de recursos em geral) vinha, historicamente, funcionando como moeda política, em troca de favores e votos. Com a municipalização do setor, os recursos financeiros passariam a ser transferidos diretamente da esfera federal para os municípios, o que ocasionaria, de um lado, o esvaziamento desse recurso político no âmbito estadual e, de outro, o fortalecimento dos poderes municipais através da destinação de grande volume de receitas para essa esfera.

Tal suspeita, nunca verificada para o caso do RS, ensejou a realização dessa parte do estudo, onde se sustenta a hipótese de que teriam sido municipalizados prioritariamente os municípios cujos prefeitos pertencessem ao partido político do Governador, qual seja, o PDT em 1994 e o PMDB em 1995. Contudo essa hipótese mostrou-se equivocada. Foi possível constatar que **há proporcionalidade entre o número de municípios em cada partido e a ocorrência de municipalização em 1994 e em 1995.**

Em 1994, estava no Governo do Estado o PDT.⁶ Se efetivamente houvesse ocorrido algum favorecimento, haveria, no conjunto dos municipalizados, um maior número de prefeituras do PDT. Entretanto encontramos, no conjunto dos municipalizados, a mesma proporção de prefeituras desse partido presente no conjunto da amostra (26%) — Tabela 2 do Anexo.

Em 1995, da mesma forma, o PMDB estava no poder no Governo Estadual,⁷ e, enquanto no conjunto dos municípios havia 38% de prefeituras do PMDB, nos municipalizados esse partido representava 41%, não configurando qualquer desproporção relevante entre a distribuição das prefeituras no total da amostra e no conjunto de municipalizados em função da coincidência entre partido no poder no município e no Estado (Tabela 2 do Anexo).

Isso não quer dizer, obviamente, que a municipalização não tenha fortes implicações políticas; apenas que a coincidência do partido no poder, nos âmbitos estadual e municipal, não evidencia um evento facilitador ou bloqueador da iniciativa de municipalizar, ao contrário das conclusões a que chegaram Heimann *et al* (1992) em um estudo de caso realizado no Estado de São Paulo. Ali, os

⁶ Coligação eleita em 1990: PDT, PSDB e PC do B.

⁷ Coligação eleita em 1994: PMDB, PL e PSDB.

autores detectaram que, especialmente nos grandes municípios, onde há uma diversidade maior de interesses, "(...) a negociação do convênio de municipalização depende, então, do grau de articulação e alinhamento político-partidário que o prefeito possui em relação ao governo estadual e mesmo federal" (HEINMANN et al, 1992, p.130). Inclusive, prosseguem, o **momento** de autorizar a municipalização é levado em conta para não configurar um sentido de "vitória" ou de fortalecimento político dos atores locais. De fato, no período pesquisado por esses autores, 1990-91, as normas reguladoras do SUS eram extremamente ambíguas, o que poderia, efetivamente, levar a uma maior ingerência dos atores políticos no processo. A partir da NOB 01/93, contudo, essas interferências ficaram bem mais restritas.

Assim, no âmbito desta pesquisa, pudemos apenas observar que não foram as prefeituras do PDT em 1994 e do PMDB em 1995 as que mais municipalizaram. Inclusive, os dois municípios que entraram na semiplena em 1994 foram Santa Rosa, do PMDB, e Panambi, do PDS.

A questão das implicações políticas, entretanto, é muito complexa para ser determinada simplesmente pela filiação do prefeito. As articulações dos movimentos da sociedade civil, bem como o comprometimento dos secretários de saúde com a implantação do SUS também são fatores importantes. Por outro lado, o poder econômico do município pode interferir bastante no que se refere às relações estabelecidas com os governos estaduais e federais. Isso, certamente, pode afetar tanto a autonomia de gestão quanto o repasse de recursos, sempre que não se dispuser de uma ampla e rígida regulamentação do setor.

2.2.3 - Caracterização dos municípios com relação às suas finanças

Buscando verificar a veracidade da nossa terceira hipótese — de que teriam municipalizado a saúde principalmente aqueles municípios mais ricos, com uma receita total *per capita* maior —, montamos a Tabela 4, onde se visualiza o cruzamento das variáveis **receita total** e **modalidade de gestão**. A análise dessa tabela permite afirmar, contrariamente à nossa hipótese, que **os municipalizados têm uma receita per capita menor do que a dos não municipalizados**: sua participação na terceira coluna (mais de R\$ 450,01) resume-se a 19% dos municípios dessa categoria, enquanto sua participação no total da amostra é de 35%. Os não municipalizados, por sua vez, têm, nessa terceira coluna, a participação de 81%, muito superior, portanto, aos 65% que detêm na amostra. A análise das demais colunas encaminha as conclusões no mesmo sentido.

Tabela 4

Receita total *per capita*, por modalidade de gestão, na amostra do RS — 1995

CONDIÇÃO DE GESTÃO	RECEITA PER CAPITA (1)			COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA (N = 316)
	Até R\$ 250,00 (N = 95)	De R\$ 250,01 a R\$ 450,00 (N = 146)	Mais de R\$ 450,01 (N = 75)	
"Muni"	40,0	39,0	19,0	35,0
"Não muni"	60,0	61,0	81,0	65,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: Tribunal de Contas do RS.

(1) Em R\$ de dez./95.

A média das receitas *per capita* especificou melhor essa informação: os "muni" tiveram, em média, R\$ 329,00 de receita total/hab./ano, ao passo que os "não muni" obtiveram R\$ 398,00.⁸ Ressalte-se, aqui, a diferença entre os desvios-padrão: de R\$ 145,00 nos "muni" *versus* R\$ 497,00 nos "não muni", configurando, nos primeiros, uma maior homogeneidade. Logo, a terceira hipótese desta pesquisa também não foi confirmada. Os municípios que assumem a gestão até 1995 não são os que detêm uma receita total *per capita* superior. Ao contrário, os municipalizados apresentaram uma receita total média *per capita* inferior à dos não municipalizados.

Os dados referentes à despesa total municipal apresentaram o mesmo padrão, ou seja, **os "muni" têm uma despesa total *per capita* menor que os "não muni"**.

Entretanto julgou-se importante verificar o comportamento dessas variáveis no tempo, independentemente da modalidade de gestão. A Tabela 5 apresenta o crescimento da despesa e da receita (bem como das outras variáveis) no período 1993-95. Podemos observar que houve, na receita total, o menor incremento, de cerca de 3%, ao passo que a despesa total cresceu significativos 25%.

Para complementar a discussão sobre o crescimento mais acelerado das despesas em relação às receitas, recorreremos ao trabalho de Rabelo e Rückert (1997),⁹

⁸ A preços de maio/99, esses valores corresponderiam a R\$ 443,00 nos "muni" e a R\$ 536,00 nos "não muni".

⁹ O ano de 1995 foi atualizado pela autora seguindo a metodologia de Rabelo e Rückert (1997), na qual a despesa total é apenas o somatório das despesas realizadas nas funções, sem considerar, portanto, o pagamento de dívidas. Essa metodologia difere um pouco da que usamos neste estudo, uma vez que, aqui, o pagamento das dívidas foi incorporado. Assim, sempre que atualizamos os trabalhos de Rabelo e Rückert (1997) e de Meneguetti Neto (1997; 1998), é utilizada a metodologia daqueles autores.

no qual as autoras apresentam informações relativas ao crescimento das despesas e das receitas municipais desde 1988. Podemos ressaltar o elevado índice de crescimento das despesas municipais frente ao incremento das receitas (Tabela 6).

Salientamos que, no período pós-Constituição, houve, de fato, como apontam alguns autores, uma maior receita disponível para o âmbito municipal, seja através do incremento das transferências, seja através do aumento da receita tributária. Entretanto a receita total dos municípios gaúchos aumentou apenas 98% no período 1988-95, ao passo que a despesa cresceu 168%. Em termos de valores, enquanto em 1988 tínhamos uma receita de R\$ 1.253 milhão e uma despesa de R\$ 971.699 mil, em 1995 podemos observar um déficit orçamentário: obteve-se uma receita de R\$ 2.486 milhões em contrapartida a uma despesa total de R\$ 2.609 milhões (em R\$ de dez./95).¹⁰

O incremento observado na receita total disponível decorre tanto do aumento da receita arrecadada no próprio município (receita tributária) quanto do maior volume de transferências, principalmente oriundos do Governo Estadual, dado que a reforma tributária de 1988 ampliou a base tributável do ICMS e aumentou o percentual de participação desse imposto a ser repassado aos municípios, de 20% para 25%. Meneguetti Neto (1997) apresenta a participação percentual de cada um desses componentes da receita municipal. Constata-se que as transferências correntes participaram, em 1994, com 70% da receita total, enquanto a receita tributária representou apenas 12%, proporção esta que expressa uma forte dependência dos municípios com relação às transferências.

Em decorrência da hipótese inicial, de que os municipalizados teriam uma receita superior à dos demais (e, conseqüentemente, uma maior despesa), admitimos a hipótese de que, nesses municípios, o gasto com o conjunto das despesas sociais se situaria em um patamar superior ao dos não municipalizados. Essa hipótese também não pode ser verificada, uma vez que o cruzamento das variáveis **despesa social** e **modalidade de gestão** indicou uma **independência entre elas**.

A média das despesas sociais *per capita*, em cada modalidade de gestão, por sua vez, também não apontou aquela hipótese como verdadeira: nos "muni", a média foi de R\$ 167,00 e, nos "não muni", de R\$ 181,00.¹¹ Logo, tendo em vista que o cruzamento das variáveis revelou que não há relação entre o valor despendido nas funções sociais e o processo de municipalização, a hipótese foi rejeitada.

¹⁰ Ver nota 9.

¹¹ A preços de maio/99, esses valores corresponderiam a R\$ 225,00 nos "muni" e a R\$ 244,00 nos "não muni".

Tabela 5

Índice de crescimento das principais receitas e despesas municipais
per capita, por modalidade de gestão,
na amostra do RS — 1993-95

DISCRIMINAÇÃO	1993	1994	1995
Despesa total			
“Muni”	100	112	131
“Não muni”	100	105	123
Total	100	107	125
Despesa social			
“Muni”	100	118	139
“Não muni”	100	109	129
Total	100	111	132
Despesa com saúde e saneamento			
“Muni”	100	117	161
“Não muni”	100	122	157
Total	100	122	157
Receita total			
“Muni”	100	100	110
“Não muni”	100	96	101
Total	100	97	103
Receita tributária			
“Muni”	100	120	247
“Não muni”	100	125	208
Total	100	123	223

FONTE: Tribunal de Contas do RS.

NOTA: Os dados têm como base 1993 = 100.

Contudo há que se fazer ainda uma observação referente ao crescimento das despesas nas funções sociais *vis-à-vis* ao crescimento da receita total municipal. Na Tabela 5, podemos ver que, enquanto a receita total *per capita* municipal em 1995 praticamente se manteve no mesmo patamar de 1993 (com uma variação de apenas 3%), a despesa social *per capita* cresceu 32%, superando, inclusive, o crescimento da despesa total (de 25%). Esses dados sugerem uma maior responsabilização da esfera municipal frente às despesas sociais, ao mesmo tempo em que não se verifica um crescimento proporcional de receitas. Esse é um tema recorrente no debate sobre o federalismo brasileiro, e esses dados podem, certamente, enriquecer essa discussão.

Antes de finalizarmos a análise das funções sociais, julgamos importante verificar se a função saúde e saneamento (que engloba, basicamente, os Programas Saúde, Saneamento e Meio Ambiente, dentre outros) seria privilegiada no conjunto das funções sociais e/ou nos municipalizados.

Como podemos ver na Tabela 5, que apresenta os índices de crescimento de todas as variáveis no período 1993-95, o crescimento da função saúde e saneamento foi especialmente expressivo: 57%. Em nenhuma outra variável o incremento foi tão elevado (com exceção da receita tributária, cujo crescimento foi de 123%). Esses resultados apontam um forte incremento dos gastos nessa função, quando comparados às demais despesas e receitas, indicando uma valorização da questão saúde e saneamento no âmbito municipal (embora não necessariamente com recursos municipais).

Para encerrarmos a análise da função saúde e saneamento, recorreremos, novamente, ao estudo de Rabelo e Rückert (1997), onde constatamos, desde 1988, um enorme incremento no total das despesas realizadas nessa função (sem considerar a modalidade de gestão), bem como o crescimento da sua participação na despesa total, no conjunto dos municípios do RS¹² (Tabela 6). Ou seja, a despesa realizada na função saúde e saneamento cresceu 234% no período 1988-95, ao mesmo tempo em que, como vimos anteriormente, a despesa total cresceu 168%, indicando uma maior atenção à questão da saúde e/ou saneamento no âmbito municipal. A participação percentual desse gasto no total das despesas municipais, portanto, cresceu de 9,1% para 11,3% em menos de uma década (Tabelas 6 e 7).

Finalmente, analisaremos o comportamento da **despesa no Programa Saúde**, em cada situação de gestão, buscando comprovar nossa última hipótese, qual seja, a de que essa despesa nos municipalizados seria muito superior àquela realizada nos não municipalizados. Não foi possível obtermos os valores gastos no Programa Saúde exclusivamente com recursos próprios municipais, o que certamente enriqueceria o estudo. Assim, o que estamos analisando aqui é o **gasto total realizado no município**, considerando os recursos próprios e os oriundos de transferências.¹³

Primeiramente, constatamos um gasto médio *per capita*, no conjunto dos municípios, de R\$ 26,00 no Programa Saúde, no ano de 1995 (nos municipalizados, a média sobe para R\$ 29,00/hab./ano). Avançando a análise, a Tabela 8 apresenta o cruzamento das variáveis **despesa no Programa Saúde** e **modalidade de gestão**. Observamos uma pequena concentração dos "muni" na categoria supe-

¹² Ver nota 9.

¹³ Do total de 316 municípios, 14 declararam, no Balanço Municipal de 1995, um gasto no Programa Saúde igual a zero. Não descartamos a possibilidade de ter havido algum equívoco por parte desses municípios na alocação dos gastos por rubrica.

rior (mais de R\$ 20,01): 41% desse estrato, enquanto sua participação na amostra é de 35%. Assim, é possível afirmarmos que **os municipalizados gastam mais com saúde do que os “não muni”**, confirmando nossa terceira hipótese, embora essa diferença seja pouco significativa.

Como não sabemos o quanto do gasto com saúde detectado em nossa pesquisa provém do Tesouro Municipal ou de transferências, não podemos confirmar, ou refutar, as notícias divulgadas freqüentemente pela imprensa, nas quais alguns prefeitos reclamam que, a partir da municipalização, a prefeitura estaria arcando com um volume maior de despesas para fazer frente ao recorrente atraso (ou até mesmo não-repasse) das transferências devidas à saúde. É nesse sentido que muitos se queixam de que a municipalização não seria “um bom negócio” para a prefeitura.

Nossos dados apontam apenas que, de fato, no Orçamento Municipal daqueles que assumiram a gestão, a saúde recebe mais recursos do que no orçamento dos não municipalizados. Entretanto os resultados encontrados ficaram aquém do que esperávamos. Isto porque, em 1995, os “muni” não apresentaram um montante de despesa com saúde muito superior ao dos “não muni”, sugerindo que, através das modalidades de gestão incipiente e parcial (onde a municipalização se processa de maneira gradual), não haviam sido municipalizados muitos serviços a ponto de interferir significativamente nos resultados orçamentários relativos ao gasto no Programa Saúde.

Contudo é importante destacar que nos municípios de Santa Rosa e Panambi, os primeiros a ingressarem na gestão semiplena, em setembro de 1994, a despesa no Programa Saúde foi muito superior à média. De fato, eles foram os que apresentaram as maiores despesas *per capita* no Programa Saúde. Santa Rosa teve, em 1995, uma despesa *per capita* com saúde de R\$ 103,00, e Panambi, de R\$ 129,00, bastante superiores, portanto, à média de R\$ 29,00 encontrada para o conjunto dos municipalizados.¹⁴

Esse valor bastante elevado é decorrente, principalmente, do fato de que, quando o município ingressa na modalidade semiplena de gestão, ele assume o gerenciamento de **todos** os serviços e ações de saúde: curativos e preventivos; ambulatoriais e hospitalares; públicos, privados e filantrópicos. Assim, todos os recursos originários de outras esferas de governo são alocados no Fundo Municipal de Saúde e, portanto, são computados no Orçamento Municipal (na receita e na despesa). Em função disso, o valor despendido no setor é, necessariamente, mais elevado, já que está englobando uma parcela de gastos em saúde, que, nos outros casos, não é somada. É o caso, por exemplo, da remuneração

¹⁴ A preços de maio/99, esses valores corresponderiam a R\$ 139,00 em Santa Rosa e a R\$ 174,00 em Panambi.

para um determinado hospital privado que presta serviços para o SUS como “hospital contratado”. Quando o município não municipalizou ou quando municipalizou na gestão incipiente (e esse determinado hospital não foi municipalizado), o pagamento é feito diretamente ao prestador, sem envolver o Orçamento Municipal e o gerenciamento do recurso por parte do município. Por outro lado, no caso da gestão semiplena, esses valores primeiro são repassados, antecipadamente, pelo Ministério da Saúde ao Tesouro Municipal, de acordo com o teto financeiro estabelecido para aquele município, e, posteriormente, o município paga a cada prestador pelos serviços já realizados, bem como executa os investimentos deliberados em âmbito local (Governo e Conselho Municipal de Saúde). Como podemos ver, a metodologia de repasses é completamente diferente num caso e noutro, impactando as contas municipais de maneiras distintas. Nesse sentido, esses dois municípios só são comparáveis entre si ou com os demais municípios da semiplena no País.

Através da análise da participação percentual dos **gastos com saúde na receita total por modalidade de gestão** (Tabela 9), constatamos, primeiramente, que apenas 19% dos municípios gastaram com saúde mais de 10% da sua receita total, e significativa parcela de 34% gastou menos de 5%. Dentre os que gastaram mais de 10% de sua receita, os municipalizados tiveram a elevada participação de 62% — percentual bastante superior aos 35% que representam na amostra. Inversamente, dentre os que despenderam menos de 5% da receita, os não municipalizados participaram com 79%. Ou seja, **proporcionalmente à sua receita total, os “muni” destinaram um volume maior de recursos para a saúde do que os “não muni”, em 1995.**

Para finalizarmos, comparamos o Município de Porto Alegre (que é a Capital do RS, maior município do Estado, com alta concentração de serviços e de população e que se encontrava, em 1995, na gestão incipiente), com Santa Rosa (exemplo de municipalização na semiplena) e com a média dos municípios gaúchos.

Em primeiro lugar, é importante salientarmos o elevado gasto no Programa Saúde que se verificou em Porto Alegre. Enquanto a Capital detém 17% da população da amostra e cerca de 20% do total da receita disponível e também da despesa realizada, o seu gasto no Programa Saúde representou 29% de todo o gasto com saúde realizado pelos municípios. Porto Alegre gastou com saúde, em 1995, R\$ 40,00 *per capita*, valor bem superior à média do conjunto dos municípios (R\$ 26,00), à média dos grandes municípios (R\$ 21,00) e até mesmo à média dos municipalizados (R\$ 29,00).¹⁵ Apenas 37 municípios do total de 316 (12%) apresentaram uma despesa *per capita* com saúde superior a essa.

¹⁵ A preços de maio/99, esses valores corresponderiam a R\$ 54,00 em Porto Alegre, R\$ 35,00 no conjunto dos municípios, R\$ 28,00 nos grandes e R\$ 39,00 nos municipalizados.

Tabela 6

Índice de crescimento da despesa na função saúde e saneamento e participação percentual no total da despesa municipal no RS — 1988-95

ANOS	DESPEZA (1988 = 100)	PARTICIPAÇÃO % NA DESPESA TOTAL
1988	100	9,1
1989	117	9,1
1990	174	8,9
1991	239	10,3
1992	259	10,7
1993	243	10,2
1994	291	11,1
1995	334	11,3

FONTE: RABELO, M., RÜCKERT, I. (1997). **Descentralização das políticas sociais no RS, 1986-94**: saúde. Porto Alegre : FEE.

NOTA: O ano de 1995 foi calculado pela autora, tendo como base 1988 = 100.

Tabela 7

Índice de crescimento da receita total e da despesa total municipais, no RS — 1988-95

ANOS	RECEITA TOTAL	DESPESA TOTAL
1988	100	100
1989	141	116
1990	174	177
1991	169	211
1992	169	219
1993	179	215
1994	183	237
1995	198	268

FONTE: RABELO, M., RÜCKERT, I. (1997). **Descentralização das políticas sociais no RS, 1986-94**: saúde. Porto Alegre : FEE.

NOTA: O ano de 1995 foi calculado pela autora, tendo como base 1988 = 100.

Tabela 8

Despesa *per capita* no Programa Saúde, por modalidade de gestão, na amostra do RS — 1995

MODALIDADE DE GESTÃO	DESPESA PER CAPITA (1)		COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA (N = 316)
	Até R\$ 20,00 (N = 159)	Mais de R\$ 20,01 (N = 157)	
"Muni"	28,0	41,0	35,0
"Não muni"	72,0	59,0	65,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0

(%)

FONTE: Tribunal de Contas do RS.

(1) Em R\$ de dez./95.

Tabela 9

Participação percentual dos gastos com saúde na receita total, por modalidade de gestão, na amostra no RS — 1995

MODALIDADE DE GESTÃO	PARTICIPAÇÃO DA SAÚDE NA RECEITA TOTAL			COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA (N = 316)
	Até 5,00 (N = 110)	De 5,01 a 10,00 (N = 146)	Mais de 10,01 (N = 60)	
"Muni"	21,0	34,0	62,0	35,0
"Não muni"	79,0	66,0	38,0	65,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: Tribunal de Contas do RS.

Verificando se esse valor decorreria de uma provável maior receita municipal disponível na Capital, constatamos que o gasto com saúde em Porto Alegre representou, em 1995, 12% do total da receita, ao passo que, no total dos municípios, essa participação teve um valor médio de 9%. Como pode-se ver na Tabela 9, apenas 60 municípios despenderam mais de 10% de sua receita com saúde.

O Município de Santa Rosa, por sua vez, teve uma despesa *per capita* de R\$ 103,00. Contudo nesse valor estão incluídas **todas** as despesas municipais com saúde, pois, como vimos, na gestão semiplena o Município tem autonomia

para gerir o conjunto das receitas para a saúde e tem a responsabilidade de repassar as remunerações devidas ao setor privado contratado e aos demais prestadores. Nesse município, a despesa com saúde representou a expressiva parcela de 33% do total da receita.

3 - Considerações finais

Em síntese, no que se refere aos resultados encontrados através da pesquisa de campo, buscando avançar o conhecimento sobre o processo de descentralização da saúde no RS, constatamos, na implantação do SUS, uma pequena heterogeneidade segundo as classes de tamanho municipais, havendo uma ligeira concentração nos municípios de tamanho médio (10.000 a 100.000 habitantes). Com relação aos partidos políticos, verificamos que houve proporcionalidade entre a ocorrência dos partidos na amostra e no conjunto de municipalizados. Finalmente, no que se refere às finanças municipais, primeiramente constatamos que os municipalizados têm uma receita total *per capita* (e, igualmente, uma despesa total *per capita*) inferior à dos não municipalizados, afastando nossa hipótese inicial de que teriam assumido a gestão da saúde (parcial ou totalmente) principalmente os municípios mais ricos. Ao contrário, assumiram a gestão um maior número de municípios com renda *per capita* inferior ou intermediária, o que nos leva a considerar que, talvez, haja aí uma tentativa de angariar mais recursos junto ao Governo Federal (de fato, no início do processo de descentralização, o Governo Federal havia se comprometido a transferir aos municípios o FAM, o qual foi repassado apenas até abril de 1994).

Nesse sentido, os resultados da pesquisa sugerem a ocorrência de outros fatores estimulando a descentralização que não a dimensão populacional, o alinhamento partidário do prefeito ou a maior disponibilidade de receita. Podemos lançar novas hipóteses para investigação como o fato de que deter uma menor receita total *per capita* esteja na base da intenção de municipalizar, no sentido de que o município passaria a receber mais recursos para a área da saúde através do FAM, num primeiro momento, e a totalidade dos recursos quando alcançasse a municipalização plena. Ou, ainda, talvez estejam agindo nessa direção fatores mais estritamente políticos, como o nível de organização da sociedade civil ou um histórico de engajamento no movimento pela reforma sanitária e pela implantação do SUS.

Através dos dados coletados, também se pôde verificar um déficit orçamentário em 1995, uma vez que as despesas realizadas em nível municipal foram superiores ao total das receitas arrecadadas (próprias mais transferidas). Isto porque, nos últimos anos, as despesas dos municípios aumentaram com

uma intensidade maior do que as receitas municipais: as primeiras cresceram 168% (1988-95), e as receitas, apenas 98%. Assim, embora a Constituição de 1988 tenha promovido uma reforma tributária em favor dos municípios, as despesas que vêm sendo realizadas pela esfera municipal estão crescendo a taxas bem superiores às dos recursos disponíveis.

Não foi possível detectar relação entre a despesa social e a municipalização. Ou seja, o montante da despesa realizada pelos municípios nas funções sociais é independente do fato de ele estar municipalizado ou não. Entretanto verificamos que a despesa social no total dos municípios apresentou um forte incremento no período 1993-95, não sendo observado semelhante crescimento na receita total. No conjunto, os municípios do RS comprometeram nas áreas sociais uma parcela maior das suas receitas em 1995 do que em 1993. Portanto, esses resultados sugerem uma descentralização de atribuições mais intensa do que a descentralização de recursos.

Com relação à função saúde e saneamento, constatamos que houve um crescimento da participação dos gastos nessa função no total das despesas municipais (atingindo uma participação de 11%). O crescimento da despesa nessa função (que foi, em 1995, 57% superior à realizada em 1993) foi muito mais intenso do que o incremento verificado na despesa total (25%) e na receita total (3%) no mesmo período.

No que se refere ao Programa Saúde, só foi possível analisarmos seu comportamento no ano de 1995. Através da pesquisa nos Balanços Municipais, pudemos quantificar a despesa realizada pelos municípios no Programa Saúde: R\$ 26,00 *per capita*. Nesse ano, os municipalizados apresentaram uma despesa superior à dos não municipalizados: enquanto nos primeiros houve um gasto *per capita* médio de R\$ 29,00, nos demais ele foi de R\$ 25,00. Contudo a diferença constatada entre as duas modalidades de gestão foi menor do que a esperada. Uma explicação plausível para esse resultado seria que os municípios, em verdade, não municipalizam **todos** os serviços de saúde, mas apenas aqueles para os quais se sentem capacitados. Ou seja, esse gradualismo se refletirá em uma menor diferença entre os gastos dos municipalizados e os dos demais.

Entretanto, entre os municipalizados na semiplena e os demais municípios, verificou-se uma substantiva diferença. Verificamos que os municípios na semiplena têm sob sua gestão um volume de recursos cerca de quatro vezes maior do que a média encontrada nos demais municípios. Santa Rosa, por exemplo, teve uma despesa *per capita* em saúde (com recursos próprios e transferidos) de R\$ 103,00, os quais foram aplicados de acordo com o estabelecido em nível municipal. Assim, seus indicadores de saúde puderam ser significativamente melhorados em curto espaço de tempo, uma vez que o

uso dos recursos estava respondendo de maneira mais efetiva às necessidades sentidas em âmbito local.

Por último, vimos que a participação do Programa Saúde no total da receita foi significativamente superior no conjunto dos que assumiram a gestão. Dentre os municipalizados, 34% despenderam na saúde mais de 10% de sua receita total (nos não municipalizados, essa proporção cai para 11%). Ou seja, nos primeiros, o Programa Saúde assume uma dimensão que lhe confere uma maior importância no total dos gastos municipais.

Concluindo, podemos dizer que, do ponto de vista dos indicadores selecionados, foi possível detectarmos, no âmbito dessa descentralização descoordenada, traços de uma descentralização **de corte neoliberal**, como apontado por Felicissimo (1994). Isto porque, como vimos, os recursos não estão sendo repassados de maneira regular, automática e suficiente, deixando aos municípios o ônus de cobrirem as carências da forma como puderem. Esse procedimento favorece o incremento da medicina privada supletiva, não dependente do Estado, e cujos parâmetros de atuação são pautados pelo ato médico liberal. A “expulsão” das camadas de classes média e alta da população para esse setor (dado o sucateamento e a desorganização do setor público) vai engendrar, então, um círculo vicioso perverso, uma vez que os grupos populacionais remanescentes são justamente aqueles de menor poder de vocalização de seus interesses, configurando uma **universalização excludente** e uma privatização do setor. Por outro lado, do ponto de vista da organização institucional do sistema, evidenciam-se tendências **democratizantes**, na medida em que permitiu e incentivou, além da municipalização em si, a institucionalização de novos canais de participação como os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde e as Comissões Bipartites e Tripartite.

Evidencia-se, portanto, um padrão “misto” de descentralização do sistema brasileiro de saúde pública, no qual, se, de um lado, são criados canais de democratização da gestão, de outro, verifica-se uma desorganização do modelo de financiamento, seja no nível da regulamentação da legislação, seja no âmbito da instabilidade no repasse de recursos para o Ministério da Saúde e deste para os estados e os municípios. Os resultados decorrentes dessa **descentralização dependente tutelada**, de acordo com a classificação proposta por Médici (1995), emergirão, talvez até de maneira dramática, através dos indicadores do perfil de mortalidade, de morbidade e de expectativa de vida da população brasileira nos próximos anos.

Anexo

Tabela 1

Distribuição dos municípios, por situação de gestão, segundo os grupos de tamanho, na amostra do RS — 1995

DISCRIMINAÇÃO	NÚMEROS ABSOLUTOS			PERCENTUAL		
	"Muni"	"Não Muni"	Total	"Muni"	"Não Muni"	Total
De 0 a 10.000 hab.	54	141	195	49,5	68,1	61,7
De 10.001 a 100.000 hab.	50	61	111	45,9	29,5	35,1
100.001 hab. ou mais	5	5	10	4,6	2,4	3,2
TOTAL	108	208	316	100,0	100,0	100,0

FONTE: Estimativas populacionais FEE.
SSMA.

Tabela 2

Número de municípios que se municipalizaram, segundo o partido no poder na prefeitura, na amostra do RS — 1994-95

PARTIDOS	MUNICÍPIOS MUNICIPALIZADOS		TOTAL DA AMOSTRA	
	Número	%	Número	%
1994				
PDS	20	23,0	83	26,3
PDT	23	26,5	83	26,3
PFL	2	2,3	8	2,5
PL	0	0,0	2	0,6
PMDB	37	42,5	119	37,7
PRN	0	0,0	1	0,3
PSB	0	0,0	2	0,6
PSDB	1	1,1	2	0,6
PT	1	1,1	4	1,3
PTB	3	3,5	12	3,8
TOTAL	87	100,0	316	100,0
1995				
PDS	5	22,7	83	26,3
PDT	5	22,7	83	26,3
PFL	2	9,1	8	2,5
PL	0	0,0	2	0,6
PMDB	9	40,9	119	37,7
PRN	0	0,0	1	0,3
PSB	0	0,0	2	0,6
PSDB	0	0,0	2	0,6
PT	0	0,0	4	1,3
PTB	1	4,5	12	3,8
TOTAL	22	100,0	316	100,0

FONTE: PREFEITOS & VICE-PREFEITOS, 1993-96, FAMURS, s/d.
SSMA.

Bibliografia

- AFFONSO, R. (1994). A crise da federação no Brasil. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, n.2.
- AFFONSO, R. (1996). Os municípios e os desafios da federação no Brasil. **São Paulo em Perspectiva**, v.10, n.3.
- AFFONSO, J. R. (1995). Dilemas da saúde: financiamento e descentralização. **Revista do BNDES**, Rio de Janeiro, v.2, n.3.
- AFFONSO, J. R. (1994). Descentralização fiscal: revendo idéias. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, n.2.
- AFFONSO, J. R., AFFONSO, R. (1995). O financiamento público das políticas sociais no Brasil. In: VELLOSO, J. P. R.; ALBUQUERQUE, R. C., KOOP, J. orgs. **Políticas sociais no Brasil: descentralização, eficiência e equidade**. Rio de Janeiro : INAE/ILDES.
- ALMEIDA, M. H. T. (1994). Federalismo e políticas sociais. In: PROJETO balanço e perspectivas do federalismo fiscal no Brasil. São Paulo : FUNDAP, v.6.
- ARRETCHE, M. T. S. (1996). Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.11, n.31.
- BALANÇOS municipais; Rio Grande do Sul (1995). Porto Alegre : Tribunal de Contas. (Documentos).
- BARCELLOS, T., coord. (1983). **A política social brasileira, 1930-64**. Porto Alegre : FEE.
- BARRERA, A; ROARELLI, M.L. (1995). Relações fiscais intergovernamentais. In: AFFONSO, R; SILVA, O., org. **Federalismo no Brasil: reforma tributária e federação**. São Paulo : FUNDAP.
- BARROS, M. E., PIOLA, S. F., VIANNA, S. M. (1996). **Política de Saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas**. Rio de Janeiro : IPEA. (Texto para discussão n.401).
- CARVALHO, G. I., SANTOS, L. (1992). **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)**. São Paulo : Hucitec.
- CASTRO, J. D. (1996). A teoria do mercado tradicional e a Saúde. **Saúde: revista do NIPESC**, Porto Alegre : UFRGS, v.1.

- CASTRO, M. H. G. (1991). Descentralização e política social no Brasil: as perspectivas dos anos 90. **Espaço e Debates**, n.32.
- COHN, A. (1994). Descentralização, saúde e cidadania. **Lua Nova**, n.32.
- COHN, A. (1995). Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. org. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo : Cortez.
- CORDEIRO, H. (1991). **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro : Ayuri.
- CORTES, S. (1995). **User participation and reform of the Brazilian Health System: the case of Porto Alegre**. Londres : London School of Economics and Political Science. (Dissertação de doutorado).
- DESCENTRALIZANDO e democratizando o conhecimento: coletânea de legislação do Sistema Único de Saúde/SUS (s.d.). Porto Alegre : SUS-RS/NOVAPROVA.
- DRAIBE, S. (1993). As políticas sociais e o neoliberalismo. **Revista USP**, São Paulo, n.17.
- ELAZAR, D. (1981). Tendências centralizadoras e descentralizadoras dos sistemas federativos contemporâneos: uma análise preliminar. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.159.
- ELIAS, P. E. (1997). Reforma e contra-reforma na proteção à saúde. **Lua Nova**, n.40/41.
- SCOREL, S. 1987 **Reviravolta na saúde**: origem e orientação do movimento sanitário. Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz. (Dissertação de mestrado).
- ESTADO num mundo em transformação , O (1997). In: **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial**. Washington : Banco Mundial.
- ESTIMATIVAS populacionais para os municípios do RS/1993/94/95 (1995). Porto Alegre :Fundação de Economia e Estatística.
- FAQUINETTO, N.; MISOCZKY, M. C.; TERRA, O., org. (1996). **Municipalização da saúde na prática: a experiência de Santa Rosa**. Porto Alegre : DaCasa Editora.
- FAVERET FILHO, P., OLIVEIRA, P. J. de. (1990). A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, Rio de Janeiro : IPEA, n.3.

- FELICISSIMO, J. R. (1994). A descentralização do Estado frente às novas práticas e formas de ação coletiva. **São Paulo em Perspectiva**, v. 8, n.2.
- FELIPE, J. S. (1991). **A municipalização como estratégia da descentralização dos serviços de saúde no Brasil**. Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Osvaldo Cruz. (Dissertação de mestrado).
- FLEURY, S. (1992). Estado, poder e democratização da saúde. In: FLEURY, S., org. **Questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro : Relume-Dumará.
- HEIMANN, L.S. et al. 1992 *O Município e a Saúde*. Hucitec, São Paulo.
- LAURELL, A. (1995). Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, A., org. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo : Cortez.
- LOBO, T. (1988). Descentralização-uma alternativa de mudança. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.14-24, jan./mar.
- LOBO, T. (1995). Políticas sociais no Brasil: descentralização para mais eficiência e equidade. In: VELLOSO, J. P. R., ALBUQUERQUE, R. C., KOOP, J., orgs. **Políticas sociais no Brasil: descentralização, eficiência e equidade**. Rio de Janeiro : INAE/ILDES.
- LUCCHESI, P. (1996). Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde - retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e Políticas Públicas**. Brasília : IPEA, v.14, dez.
- MASSOLO, A. (1988). Em direção às bases: descentralização e município. **Espaço e Debates**, São Paulo, n.24.
- MEDICI, A. C. (1994). Gastos com saúde nas três esferas de Governo: 1980-1990. **Saúde em Debate**, n.40.
- MEDICI, A. C. (1995a). Saúde: modelos de gestão descentralizada: alternativas para o Brasil. In: VELLOSO, J. P. R., ALBUQUERQUE, R. C., KOOP, J., orgs. **Políticas sociais no Brasil: descentralização, eficiência e equidade**. Rio de Janeiro : INAE/ILDES.
- MEDICI, A. C. (1995b). Políticas sociais e federalismo no Brasil: problemas e perspectivas. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL **Impasses e Perspectivas da Federação no Brasil**. São Paulo : FUNDAP/IESP.
- MEDICI, A. C. et al. (1995). **Saúde no contexto da seguridade: dilemas de financiamento**. IESP/FUNDAP. (Notas técnicas, n.14).

- MELO, M. A (1996). Crise federativa, guerra fiscal e "Hobbesianismo municipal": efeitos perversos da descentralização? **São Paulo em Perspectiva**, v. 10, n.3.
- MENDES, E. V. et al. (1993). Distritos sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, E. V. org. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo : Hucitec.
- MENDES, E. V. (1991). **O consenso do discurso e o dissenso da prática social: notas sobre a municipalização da saúde no Brasil**. (mimeo).
- MENDES, E. V. (1993). As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V., org. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo : Hucitec.
- MENEGUETTI NETO, A. (1996). **A dimensão fiscal da descentralização no RS**. Porto Alegre : FEE.
- MENEGUETTI NETO, A. (1998). **Análise das finanças municipais do RS-1982-96**. Brasília : IPEA. t.1. (mimeo)
- MILLS, A. (1990). Decentralization concepts and issues: a review. In: MILLS, A. et al, orgs. **Health system decentralization: concepts, issues and country experience**. Geneva : World Health Organization.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1993). Portaria n.545 - Norma Operacional Básica SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 maio.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1993a). **Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Brasília.
- MULLER NETO, J. S. (1991). Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Saúde em Debate**, n.31.
- MUNHOZ, D. G. (1994). **Porque são escassos os recursos para a saúde**. Brasília : UnB. (Textos para discussão).
- NOVO pacto federativo. Subsídios para a reforma do Estado, O (1994). Rio de Janeiro : IPEA/IBAM.
- OLIVEIRA, A. M. F. (1995). **Os dilemas da municipalização da saúde no contexto de uma Região Metropolitana: o caso de Campinas**. Campinas : UNICAMP/IE. (Tese de doutorado).
- OLIVEIRA, J., TEIXEIRA, S. (1985). **(Im)previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis, RJ : Vozes.

- OLIVEIRA, M. (1994). **Evolução do processo de implantação do Sistema Único de Saúde-SUS**. São Leopoldo : UNISINOS. (Trabalho apresentado para a conclusão do Curso de Enfermagem).
- PENÁLVA, S. (1987). **Descentralizacion y reforma constitucional**. Fundacion Friedrich Ebert.
- PLANO estadual de saúde: 1997-2000 (1997). Porto Alegre : SSMA.
- PREFEITOS, Vices e Associações de Municípios: gestão 1993/96 (s.d). Porto Alegre : FAMURS
- RABELO, M (1994). Análise das despesas estaduais no setor saúde, 1980-90. In: FARIA, L. A. E., coord. **O Estado do Rio Grande do Sul nos anos 80: subordinação, imprevidência e crise**. Porto Alegre : FEE.
- RABELO, M. (1992). A implantação do Sistema Único de Saúde: uma realidade? **Indicadores Econômicos FEE**, Porto Alegre, v. 19, n.4.
- RABELO, M., RÜCKERT, I. (1997). **Descentralização das políticas sociais no RS, 1986-94: a saúde**. Porto Alegre : FEE.
- SANTOS, W. G. (1987). **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro : Campus.
- SERRA, J., AFONSO, J.R. (1991). Finanças públicas municipais: trajetórias e mitos. **Conjuntura Econômica**, Rio de Janeiro : FGV, v.45, n.10, out.
- SILVA, P. L. B. (1995). Políticas sociais: descentralização para mais eficiência e equidade. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL. **Impasses e Perspectivas da Federação no Brasil**. São Paulo : FUNDAP/IESP.
- SILVA, P. L. B. (1995). Descentralização de políticas sociais: marco teórico e experiências internacional e brasileira. In: . In: VELLOSO, J. P. R., ALBUQUERQUE, R. C., KOOP, J., orgs. **Políticas sociais no Brasil: descentralização, eficiência e equidade**. Rio de Janeiro : INAE/ILDES.
- SILVA, P., MEDICI, A. C. (1991). Seguridade Social: velhos problemas, novos desafios. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.4.
- SITUAÇÃO da saúde no Rio Grande do Sul, A (1996). Porto Alegre : SSMA.
- SOARES, L. T. (1995). **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Campinas : UNICAMP. (Tese de doutorado).
- SOUZA, C. (1996). Reinventando o poder local: limites e possibilidades do federalismo e da descentralização. **São Paulo em Perspectiva**, v.10, n.3.

- TEIXEIRA, S. F., org. (1989). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo : Cortez; Rio de Janeiro : ABRASCO.
- TOBAR, F. (1991). O conceito de descentralização: usos e abusos. **Planejamento e Políticas Públicas**, IPEA, n.5.
- UGÁ, M. A. (1991). Descentralização e democracia: o outro lado da moeda. **Planejamento e Políticas Públicas**, IPEA, n.5.
- VIANA, A. L. (1994). Federalismo e a política de saúde. In: PROJETO balanço e perspectivas do federalismo fiscal no Brasil. São Paulo : FUNDAP. v.6.
- VIEIRA, P. (1971). **Em busca de uma teoria da descentralização**: uma análise comparativa em 45 países. Rio de Janeiro : FGV.

Abstract

This dissertation examines the health decentralization process in Brazil after the 1988 Constitution which determined the main directives of the National Health System (SUS). The main objective is to seek for further subsidies to deeply understand the municipal reality in the decentralization process, through the analysis of SUS implementation in the municipalities of Rio Grande do Sul in 1995. Considering the democratic decentralization project of social policies, which implies transferring resources, as well as responsibilities, this dissertation examined 316 municipalities. The impact on decentralization was examined through the following variables: the population size impacted on the process, the mayor's political parties, the municipal finances through the total public resources spent, resources spent on health, resources spent on social functions, total resources and total revenues collected. Through the use of these variables it was possible to quantify the revenues and the resources spent per capita in the municipalized and non-municipalized cities.