# DESCENTRALIZAÇÃO: A BUSCA DE UMA NOVA EFICÁCIA SOCIAL PARA O SETOR SAÚDE

**1996**

**Cadernos Cedec nº 56** **Paulo Eduardo Elias**

# CADERNOS CEDEC N° 56

**COORDENADOR EDITORIAL**
**Pedro Roberto Jacobi**

**CONSELHO EDITORIAL**
**Amélia Cohn, Eduardo Kugelmas, Gabriel Cohn, Gildo Marçal Brandão, José Álvaro Moisés, Leôncio Martins Rodrigues, Lúcio Kowarick, Marcelo Coelho, Marco Aurélio Garcia, Maria Teresa Sadek, Maria Victoria de Mesquita Benevides, Miguel Chaia, Pedro Roberto Jacobi, Regis de Castro Andrade, Tullo Vigevani e Valeriano Mendes Ferreira Costa**

**DIRETORIA**
**Presidente: Amélia Cohn**
**Vice-Presidente: Pedro Roberto Jacobi**
**Secretário-Geral: Tullo Vigevani**
**Tesoureiro: Regis de Castro Andrade**

**Cadernos Cedec - Centro de Estudos de Cultura Contemporânea**
**São Paulo: Cedec, 1996**

**Periodicidade: Irregular**

**ISSN: 0101-7780**

# APRESENTAÇÃO

Os *Cadernos Cedec* têm como objetivo a divulgação dos resultados das pesquisas e reflexões desenvolvidas na instituição.

O Cedec é um centro de pesquisa, reflexão e ação. É uma sociedade civil sem fins lucrativos, que reúne intelectuais e pesquisadores com formação em distintas áreas do conhecimento e de diferentes posições teóricas e político-partidárias. Fundado em 1976, com sede em São Paulo, a instituição tem como principais objetivos o desenvolvimento de pesquisas sobre a realidade brasileira e a consolidação de seu perfil institucional como um espaço plural de debates sobre as principais questões de ordem teórica e prática da atualidade. Destacam-se, aqui, os temas dos direitos e da justiça social, da constituição e consolidação da cidadania, das instituições democráticas, e da análise das políticas públicas de corte social.

# SUMÁRIO

**RESUMO** ..... **5**

**INTRODUÇÃO** ..... **6**

**1. OS ESTUDOS DE CASO** ..... **7**
- **São Paulo** ..... **7**
- **Santo André** ..... **9**
- **Itu** ..... **11**
- **Botucatu** ..... **12**

**2. SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS** ..... **15**

**3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS** ..... **17**

**ANEXO** ..... **30**

# RESUMO

Este número dos *Cadernos Cedec* apresenta os resultados da análise de quatro estudos de caso de experiências de descentralização no setor da saúde. Trata-se do estudo dos municípios de São Paulo, Santo André, Itu e Botucatu, todos situados no Estado de São Paulo, e compreendendo, por ordem, dois de grande porte e dois de médio porte.

O período estudado — 1989-1992 — compreende o intervalo imediatamente posterior à efetivação da reforma tributária consagrada na Constituição de 1988, e também coincide com o início do processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A principal hipótese que orienta a análise consiste em afirmar a descentralização enquanto mecanismo de democratização do poder público e de constituição da esfera municipal como *locus* privilegiado de construção de novos sujeitos sociais e do exercício da cidadania ativa. No decorrer da análise são contempladas as seguintes dimensões: padrões de relação administração local/cidadãos; inovações no padrão de gestão político-administrativa com ênfase na identificação das demandas dos distintos setores organizados da sociedade; formas de exercício do controle público sobre a administração local.

Essas dimensões, por sua vez, são analisadas percorrendo três eixos básicos de questões relativas ao processo de descentralização: do ponto de vista da lógica do governo central e dos governos municipais; do ponto de vista do grau de autonomia técnica e financeira destes com relação àquele; e do ponto de vista de o nível local se constituir em espaço privilegiado de construção de novos sujeitos sociais e de novos padrões de gestão, imprimindo uma nova eficácia social ao Estado.

# INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste em apresentar e discutir os resultados da análise de quatro experiências municipais do Estado de SãoPaulo no setor saúde, compreendendo o período 1989-1992, portanto o intervalo imediatamente posterior à efetivação da reforma tributária consagrada na Constituição de 1988, e também coincidente com o início da implantação do Sistema Único de Saúde. Os municípios foram escolhidos segundo um critério básico de contemplarem, no ideário político da administração municipal, a questão da participação da sociedade nas políticas sociais, e principalmente na saúde. O fundamento do agrupamento dos municípios considerou o seu porte populacional, suas características socioeconômicas, e a localização geográfica. Foram escolhidos dois municípios de grande porte da região metropolitana da capital, Santo André e São Paulo, e dois de médio porte situados no interior do Estado em regiões contíguas, Itu e Botucatu.

Com esse estudo pretende-se também afirmar determinadas especificidades e vicissitudes que a implementação do SUS vem experimentando, em decorrência das particularidades das situações concretas em que opera.

A principal hipótese que orienta esse estudo afirma a descentralização enquanto mecanismo de democratização do poder público e espaço para a construção da cidadania ativa (BENEVIDES,1991)[1]. Três ordens de preocupação embasam esta investigação: 1) avaliar a repercussão das políticas de saúde descentralizadas e seu significado na constituição de novas dinâmicas de cooperação na relação administração local/cidadãos; 2) avaliar a repercussão quanto à inovação no padrão de gestão político-administrativa da política de saúde, com ênfase na identificação das demandas dos distintos setores organizados da sociedade; 3) avaliar como se dá a formulação, o acompanhamento e o controle público da política de saúde no âmbito da administração municipal.

Do mesmo modo, a análise percorrerá três eixos básicos de questões relativas ao processo de descentralização: as lógicas que norteiam o processo de descentralização do ponto de vista do Governo Federal e dos Governos municipais; o grau de autonomia financeira e o nível de capacidade técnica do poder local para formular a política setorial; e o nível local como espaço de negociação política e de constituição de novos sujeitos sociais. A discussão destas questões será balizada segundo algumas diretrizes referentes à compreensão da descentralização, a saber: a) a descentralização como um processo vinculado ao sistema político brasileiro; b) a exigência da repartição do poder decisório para a conceituação e o entendimento do processo de descentralização; este preceito, por sua vez, é complementado por dois outros a ele conexos: a distinção conceitual entre descentralização e desconcentração, e a negação da dicotomia entre

descentralização e centralização; e c) a afirmação da descentralização como questão de interesse público.

Privilegia-se, portanto, a dimensão política do processo de descentralização da ótica de seu impacto sobre a eficácia social do sistema de saúde, da capacidade da administração local de responder às demandas da população, bem como do padrão de gestão que se imprime ao setor, tanto do ponto de vista da relação Executivo/Legislativo, como principalmente da relação poder público/sociedade.

Do ponto de vista metodológico, foram aproveitados dados primários e secundários. E nos procedimentos da pesquisa de campo os principais instrumentos utilizados foram: levantamento de indicadores socioeconômicos dos municípios; levantamento dos programas, propostas e planos de governo do Poder Executivo na saúde; levantamento dos Projetos de Lei de iniciativa do Poder Executivo e Legislativo na saúde; levantamento do material da imprensa local na cobertura da saúde; entrevistas com diferentes atores sociais representantes da administração municipal (Prefeito, Secretário de Saúde, assessores graduados), do Poder Legislativo (vereadores da situação e oposição), e representantes da sociedade civil (dentre outros, entidades patronais e de trabalhadores, organizações não governamentais, movimentos populares, setor privado produtor de serviços de saúde, e instituições religiosas de diversas orientações).

Quanto aos resultados, eles são sistematizados a partir da relação entre descentralização e democratização da saúde, privilegiando-se os padrões de participação dos diferentes setores da sociedade e a constituição da saúde como uma questão social, e em conseqüência, como um direito do cidadão.

## 1. OS ESTUDOS DE CASO

A discussão dos estudos de caso se fará de modo a contemplar o conjunto dos municípios examinados, destacando-se os principais resultados alcançados. Antes porém, como complemento a esta discussão, é necessário proceder-se à caracterização sumária de cada um dos quatro municípios em termos de seus principais indicadores de infra-estrutura urbana, do perfil de mortalidade de seus habitantes, da capacidade instalada dos serviços de saúde, e dos gastos orçamentários nas políticas sociais e, sobretudo, na saúde [2].

### *São Paulo*

---

[1] Para maiores esclarecimentos acerca deste conceito consultar especialmente as conclusões finais da referência.

[2] Para maiores informações consultar *Cadernos Cedec* números 38, 41, 42, 44. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, 1995.

No que diz respeito à infra-estrutura urbana, para uma população de 9.527.426 habitantes, o município conta com 2.539.953 domicílios permanentes, e apenas 2% deles (52.902) localizados na zona rural (ANEXO,Tabela 1). Do seu total, 43% possuem até 4 cômodos e apenas 28,5% têm de 6 a 9 cômodos; a média de pessoas por domicílio é de 3,7. Os domicílios de 3 e 4 cômodos representam a moda do tipo de domicílio do município (ANEXO,Tabela 2). Do total de domicílios, 98,5% possuem água canalizada interna, sendo 97,5% ligados à rede geral, e 99% possuem algum tipo de instalação sanitária, com apenas 81% dos domicílios ligados à rede geral de esgotos (ANEXO,Tabelas 3 e 4). O serviço de coleta de lixo abrange 98,5% dos domicílios paulistanos (ANEXO,Tabela 5). Segundo informações da Secretaria Municipal de Planejamento, o município conta com 18.000 km de ruas, sendo que 44,5% (8.000 km) sem qualquer tipo de pavimentação.

Em relação ao perfil de mortalidade, segundo a Classificação Internacional de Doenças, no período 1989-1992 as quatro principais causas de mortalidade foram, em ordem decrescente: as doenças do aparelho circulatório, as causas externas, os neoplasmas, e as doenças do aparelho respiratório. Em conjunto, estes agravos à saúde responderam por 73% dos óbitos ocorridos no município em 1989, e 73,2% daqueles ocorridos em 1992. Como a principal causa isolada de óbito, as doenças do aparelho circulatório representaram 33,7% das mortes ocorridas em 1989, e 33% em 1992.

A rede de serviços instalada no município totaliza 1.132 estabelecimentos, sendo 165 hospitais. O município dispõe de 3,0 leitos gerais/1000 habitantes, que segundo os parâmetros preconizados pela Organização Mundial da Saúde (4,5 leitos/1000 hab.) significa um déficit estimado em cerca de 14.200 leitos gerais. A rede hospitalar conta com 32.675 leitos, dos quais 87% (28.388) são controlados pelo setor privado, sendo 37,5% do total dos leitos (10.666) lucrativos e 33,5% (9.559) não lucrativos. Os demais 29% dos leitos são controlados pelo setor público, e distribuídos pelas esferas de governo: 7% do total geral dos leitos controlados pelo município, e 21,5% vinculados à esfera estadual. A rede ambulatorial conta com cerca de 753 estabelecimentos, sendo 424 (56,5%) com atendimento geral nas áreas médicas básicas (clínica médica e cirúrgica, obstetrícia e pediatria), e 329 voltados exclusivamente para o atendimento mais especializado (FSEADE,1993)

A análise do orçamento municipal no período 1988-91 mostra um incremento orçamentário real da ordem de 53%, correspondendo a um aporte da ordem de US$ 1,376,000,000.00, passando de US$ 2,596,165,332.00 em 1988 para US$ 3,972,207,759.00 em 1991. No entanto, no período estudado, o grau de dependência do orçamento municipal das transferências orçamentárias externas, isto é das esferas estadual e federal, mantém-se em média 47,5% do total do orçamento. No mesmo período, o orçamento da Área Social (compreendendo as

funções de educação e cultura; habitação e urbanismo; saúde e saneamento; transportes) apresentou um crescimento real de 47,79%, ou um incremento da ordem de US$ 819,550,000.00, passando de US$ 1,714,640,905.00 em 1988 para US$ 2,534,198,642.00 em 1991. A participação relativa da Área Social no total orçamentário também sofreu pequeno declínio no período, recuando de aproximadamente 66% em 1988 para 64% em 1991. Já a participação da função saúde/saneamento no orçamento apresentou um incremento, em termos reais, de 83,59%, superior portanto ao do orçamento geral, evoluindo de US$ 359,917,149.00 (cerca de 14% do total do orçamento geral) em 1988 para US$ 660,797,934.00 (16,5% do total do orçamento geral) em 1991, correspondendo a um aumento da ordem de US$ 300,000,000.00 (ANEXO,Tabela 6). Em 1991 o gasto per capita do município no setor saúde foi de aproximadamente US$ 69.00. No orçamento da Área Social a função saúde/saneamento manteve a terceira posição em termos do total de gasto no período, sendo suplantada pelas funções transporte e habitação/urbanismo (ANEXO,Tabela 7). A análise mais detalhada dos dados contidos na Tabela 16 permite que se indique as áreas de Transporte, Saúde e Educação, nesta ordem, como as principais prioridades da administração municipal na Área Social, nesse período.

No que diz respeito aos recursos provenientes das demais esferas de governo alocados na área da saúde do município, o principal deles provém da esfera federal via gastos com AIH realizados pelo Ministério da Saúde[3]. Assim, em 1991, os gastos com estas internações montaram a US$ 235,688,060.00, distribuídos entre as diversas modalidades hospitalares, significando um per capita em torno de US$ 25. A análise dos dados referentes ao período 1991-93 mostra como tendência geral, um crescimento real do gasto de aproximadamente 28%, que beneficia os hospitais filantrópicos (evolução de 85%) e os universitários de pesquisa (evolução de 68,5%), sendo os hospitais contratados aqueles que menos se apropriaram desses recursos, sofrendo uma redução de 33% (ANEXO,Tabela 8).

## Santo André

O município conta com 161.699 domicílios permanentes, todos localizados na zona urbana, para uma população de 616.991 habitantes, com média de 3,7 pessoas por domicílio, sendo que cerca de 40% deles possuem até 4 cômodos, e apenas 29% do total de domicílios têm de 6 a 9 cômodos. Os domicílios de 3 e 4 cômodos representam a moda desta distribuição no

[3] A análise das transferências financeiras para a saúde oriundas das esferas estadual e federal está parcialmente comprometida pela ausência de informações disponíveis nas fontes usualmente utilizadas. Assim, não se obteve o montante preciso das transferências da Secretaria de Estado da Saúde e dos gastos realizados pela União para pagamento dos serviços ambulatoriais do SUS (Sistema de Informação Ambulatorial - SIA). No entanto, foi possível obter as estatísticas referentes aos gastos com a AIH (Autorização de Internação Hospitalar), mesmo assim só a partir de 1991. Não obstante esta parcialidade das informações, o gasto com AIH certamente representa o maior montante

município (ANEXO,Tabela 9). Em relação à infra-estrutura de saneamento básico, 98,5% do total de domicílios possuem água canalizada interna, com 96,5% ligados à rede geral, e 99% do total de domicílios possuem algum tipo de instalação sanitária, sendo que 87,5% deles estão ligados à rede geral de esgoto (ANEXO,Tabelas 10 e 11). Apenas 0,6% (1.032) do total de domicílios não está abrangida pelo serviço de coleta lixo.

No período estudado, as quatro principais causas de mortalidade, segundo a Classificação Internacional de Doenças, foram em ordem decrescente as doenças do aparelho circulatório, os neoplasmas, as causas externas, e as doenças do aparelho respiratório, no conjunto respondendo por 73,3% dos óbitos em 1989, e 72,2% em 1992. As doenças do aparelho circulatório constituíram a principal causa isolada de mortalidade, com 39,9% do total dos óbitos em 1989, e 34,4% em 1992.

Quanto à capacidade instalada de serviços de saúde, o município dispõe de 98 estabelecimentos de saúde, sendo 16 hospitais. A rede hospitalar dispõe de 1.530 leitos distribuídos por 11 hospitais gerais (69%) e 5 especializados (31%). No entanto, os leitos especializados somam apenas 127, correspondendo a 8,5% do total dos leitos, e são controlados pelo setor privado. Dos 1.403 leitos gerais (91,5% do total) localizados no município, 92% são controlados pelo setor privado, sendo 74% deles (1.094) lucrativos e apenas 18% (253) filantrópicos. Os restantes 8% (112) dos leitos são controlados pelo setor público e localizam-se no Hospital Municipal. Desta forma o município dispõe de 2,3 leitos gerais por 1.000 habitantes, e segundo os parâmetros da OMS apresenta um déficit estimado em 1.320 leitos gerais. A rede ambulatorial conta com 81 estabelecimentos, 38 com atendimento nas áreas médicas básicas, e 50 voltados exclusivamente para o atendimento especializado.

No que se refere ao orçamento geral do município no período 1988-91 (ANEXO,Tabela 12), sua análise mostra um incremento real da ordem de aproximadamente 189%, o correspondente a US$ 153,411,621.00, passando de US$ 81,276,268.00 em 1988 para 234,687,889.00 em 1991. Entretanto, o grau de dependência do orçamento municipal das transferências externas (oriundas das outras esferas de governo) mantém-se elevado no período estudado, na média situando-se em 58%. No mesmo período o orçamento da Área Social apresenta um crescimento de 184,5%, portanto ligeiramente inferior ao do orçamento geral, evoluindo de US$ 58,104,472.00 em 1988 para US$ 165,346,322.00 em 1991. Isto corresponde a um aporte de recursos da ordem de US$ 107,200,000.00. A participação da Área Social no total do orçamento geral manteve-se estável, representando 71,5% em 1988 e 70,5% em 1991. Para este mesmo período, a função saúde/saneamento apresentou um incremento real de 298%,

---

financeiro do aporte das esferas federal e estadual no setor saúde do município. Esta advertência é válida para todos os casos estudados.

correspondendo a um aporte da ordem de US$ 22,800,000.00, passando de US$ 7,662,941.00 para US$ 30,498,682.00. A participação desta função no orçamento geral evoluiu de 9,5% em 1988 para 13,0% em 1991. E neste ano o gasto per capita situou-se em torno de US$ 49.50. Não obstante o substancial aporte de recursos alocados na saúde, sobretudo no período 1989-91, esta função manteve a quarta e última posição dentre as prioridades do orçamento da Área Social (ANEXO,Tabela 13). A análise mais detalhada dos dados da Tabela 21 permite apontar que Transporte, Educação e Saúde foram as áreas priorizadas no período estudado dentre as que compõem a área social.

Em Santo André, para 1991, os gastos federais com AIH montaram a US$ 5,566,889.00, correspondendo a um per capita de apenas aproximadamente US$ 9.00. A análise do período 1991-93 aponta um crescimento real dos gastos da ordem de 46%, com o privilegiamento das modalidades hospitalar contratado e universitário de pesquisa na apropriação desses recursos, enquanto que a modalidade filantrópico foi a única que apresentou variação negativa (6,4%) no período (ANEXO,Tabela 14).

## *Itu*

No que se refere à infra-estrutura urbana, o município conta com 26.233 domicílios permanentes para uma população de 105.793 habitantes, com média de 4 pessoas por domicílio, sendo que 32,5% deles possuem até 4 cômodos, e 29,5% têm de 6 a 9 cômodos. A moda da distribuição dos domicílios recai sobre os de 5 cômodos. Do total de domicílios, 90,5% situam-se na área urbana (ANEXO,Tabelas 15 e 16). Em relação ao saneamento básico, 98,5% do total de domicílios possuem água canalizada interna, sendo que 87,5% deles estão ligados à rede geral, e 98% possuem algum tipo de instalação sanitária, com aproximadamente 84,5% deles ligados à rede geral de esgoto. O serviço de coleta de lixo cobre 88,5% do total de domicílios (ANEXO,Tabelas 17,18 e 19).

Em relação ao perfil de mortalidade, as quatro principais causas de óbito no município, segundo a Classificação Internacional de Doenças, são em ordem decrescente: as doenças do aparelho circulatório, os neoplasmas, as doenças do aparelho respiratório, e as causas externas. Em 1989, o conjunto destes agravos representava 65% da mortalidade ocorrida no município, evoluindo para 69,4% para o ano de 1992. As doenças do aparelho circulatório, como a primeira causa isolada de mortalidade, representaram 36,1% do total de óbitos em 1989, decrescendo levemente em 1992 para 32,9%.

No que se refere à rede de serviços de saúde, o município conta com 22 estabelecimentos de saúde, sendo 4 hospitalares. Esta rede hospitalar dispõe de 1.904 leitos, e destes 76% (1.450) são classificados como especializados, sendo 450 leitos (24% do total) vinculados ao setor privado

lucrativo destinados a internações psiquiátricas, e os demais 1.000 leitos (56% do total) pertencem ao Sanatório Público para tratamento de hanseníase. O município dispõe de 4,2 leitos gerais por 1.000 habitantes, e segundo os parâmetros da OMS apresenta um pequeno déficit de apenas 26 leitos gerais. Os 454 leitos gerais (24% do total) são controlados pelo setor privado, sendo 33% deles pelo segmento lucrativo e 67% pelo filantrópico. A rede ambulatorial conta com 18 estabelecimentos, sendo apenas 2 deles (11%) voltados exclusivamente para o atendimento especializado. Os outros 16 realizam atendimento geral nas áreas médicas básicas, e 12 deles (66,5%) são Postos ou Centros de Saúde vinculados à rede pública municipal.

Quanto ao orçamento geral do município, ele apresentou um crescimento real no período de 147%, correspondendo a um aporte da ordem de US$ 20,600,000.00, evoluindo de US$ 13,980,962.00 em 1988, para US$ 34,614,702.00 em 1991. Não obstante, o grau de dependência do orçamento municipal das transferências externas manteve a média de 70% no período estudado. Já o orçamento da Área Social apresentou um maior crescimento real no mesmo período, com aproximadamente 184,5%, correspondente a um crescimento da ordem de US$ 17,300,000.00. E em 1988 seu montante era de US$ 9,436,238.00, correspondendo a 67,5% do total do orçamento, evoluindo para US$ 26,828,148.00 em 1991, o equivalente a 77,5% do orçamento total naquele ano. À mesma época, a função saúde/saneamento teve um expressivo desempenho, com crescimento real de 305,68%, correspondendo a uma variação positiva no período de US$ 5,300,000.00. Assim, em 1988 o montante desta função era de US$ 1,754,207.00, correspondendo a 12,5% do orçamento geral, e em 1991 alcançou US$ 7,116,538.00, o que representou 20,5% do total do orçamento geral (ANEXO,Tabela 20). Em 1991, o gasto per capita em saúde situou-se em torno de US$ 67.00. A função saúde/saneamento ocupou a segunda posição em termos das prioridades do orçamento da Área Social no período 1988-91 (ANEXO,Tabela 21). Os dados desta última tabela mostram que, no período estudado, as principais prioridades da administração na Área Social foram, pela ordem, os setores de educação e saúde.

No que diz respeito aos gastos federais com AIH para pagamento das internações realizadas na rede de saúde do município, em 1991 eles foram de US$ 2,084,675.00, significando um per capita em torno de US$ 20.00. No período 1991-1993, esses gastos apresentaram um crescimento real de aproximadamente 139%, e a modalidade filantrópica, sob intervenção estadual, foi a maior beneficiada na apropriação destes recursos (ANEXO,Tabela 22).

## *Botucatu*

O município conta com 23.643 domicílios permanentes, e uma população de 90.134 habitantes. Do total de domicílios, 24,6% possuem até 4 cômodos, e 40,7% têm de 6 a 9 cômodos,

sendo também esta a moda do número de cômodos por domicílio no município. A zona urbana concentra cerca de 94% dos domicílios, e a média de pessoas por domicílio é de 3,7 (ANEXO,Tabelas 23 e 24). Quanto aos serviços de saneamento básico, aproximadamente 97,5% do total de domicílios possuem água canalizada interna, com 91,5% deles ligados à rede geral, e cerca de 98,5% têm algum tipo de instalação sanitária, sendo que 81,5% deles encontram-se ligados à rede geral de esgoto. A coleta de lixo alcança 87,5% do total de domicílios (ANEXO,Tabelas 25,26 e 27).

Quanto ao perfil de mortalidade, considerando-se a Classificação Internacional de Doenças, as doenças do aparelho circulatório, os neoplasmas, as doenças do aparelho respiratório, e as causas externas constituem, em ordem decrescente, as quatro principais causas de óbito no município no período estudado. Assim, em 1989 elas representaram 74% da mortalidade, decrescendo para 66,6% em 1992. As doenças do aparelho circulatório despontam como a principal causa isolada de mortalidade, respondendo por 40,2% dos óbitos em 1989 e 31,5% em 1991.

Em relação à rede física de saúde, o município dispõe de 21 estabelecimentos de saúde, sendo 4 hospitais. A rede hospitalar conta com 904 leitos, sendo 316 deles (35% do total) especializados, e vinculados ao setor público através do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual Paulista. Assim, o município conta com 6,5 leitos gerais por 1.000 habitantes, o que segundo os parâmetros da OMS resulta num superávit de 183 leitos desse tipo. Dos 588 leitos gerais (65% do total), o setor privado não lucrativo controla 45% deles, enquanto os demais são subordinados ao setor público estadual. A rede ambulatorial conta com 18 estabelecimentos, em que apenas 3 (16,5%) são voltados exclusivamente para o atendimento especializado, e os outros 15 para o atendimento geral nas áreas médicas básicas.

No que diz respeito ao orçamento geral do município, ele apresentou um crescimento real de aproximadamente 99,5%, correspondente a US$ 9,000,000.00. Assim, em 1988 seu montante, que foi de US$ 9,119,188.00, evolui para US$ 18,178,507.00 em 1991. Entretanto, o grau de dependência do orçamento municipal das transferências externas mantém-se elevado no período estudado, com a sua média em torno de 68,5%. O orçamento da Área Social teve um desempenho ainda mais significativo, com incremento real de aproximadamente 137,5%, o que significa um aporte da ordem de US$ 7,126,000.00. Sua participação no total do orçamento também evoluiu, de cerca de 57,0% em 1988 (US$ 5,189,327.00) para 68,0% em 1991 (US$ 12,315,689.00). Do mesmo modo a evolução da função saúde/saneamento foi muito mais expressiva que a verificada neste dois casos, alcançando um crescimento real da ordem de 161,5% no período, correspondendo a cerca de US$ 940,000.00, ou seja, evolui de US$ 582,154.00 em 1988 (aproximadamente 6,5% do total do orçamento geral), para US$ 1,523,636.00 em 1991 (cerca de

8,5% do orçamento geral) (ANEXO,Tabela 28). No entanto, a sua participação percentual no total do orçamento não apresentou o mesmo desempenho da real, ainda que tenha aumentado 31,5% no período (passando de 6,5% em 1988 para 8,5% em 1991). Em 1991, o gasto per capita na área da saúde ficou em cerca de US$ 17.00. Em termos das prioridades do orçamento da Área Social, a função saúde/saneamento ocupou o terceiro lugar no período, ficando à frente apenas do setor transporte. Assim, a tabela mostra que as duas funções prioritárias do orçamento da Área Social foram, pela ordem, habitação/urbanismo e educação/cultura (ANEXO,Tabela 29).

No que diz respeito aos gastos federais com AIH para o pagamento das internações hospitalares realizadas na rede hospitalar do município, para 1991 eles montam a US$ 7,553,438.00, correspondendo a um per capita aproximado de US$ 84.00. No período 1991-93 estes recursos cresceram em termos reais aproximadamente 56%, e a modalidade hospitalar que mais se beneficiou no período na captação de recursos foi a universitário de pesquisa (ANEXO,Tabela 30).

Em resumo, considerado o conjunto dos municípios estudados, caracteriza-se uma situação em que:

a) a infra-estrutura urbana é bastante razoável em termos de cobertura, superando aquela verificada para o conjunto dos municípios paulistas[4], que por sua vez é muito superior à da média do país;

b) o perfil de mortalidade é muito semelhante nos quatro municípios, com os principais agravos respondendo por no mínimo 65% (Itu, 1989) e no máximo 74% (Botucatu, 1989) dos óbitos, e destacando-se as doenças do aparelho circulatório como a principal causa de morte em todos eles, seguindo-se apenas nos municípios de médio porte (Itu e Botucatu) respectivamente as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório;

c) não obstante as disparidades quantitativas e qualitativas da rede de saúde, destacam-se algumas tendências comuns, como o significativo grau de controle do setor privado sobre os leitos gerais — à exceção de Botucatu devido ao Hospital de Clínicas da UNESP, e que varia de 87% (São Paulo) chegando a 100% (Itu) —, e o padrão de cobertura populacional deste tipo de leito, em que os municípios de grande porte apresentam déficit, enquanto que os de médio porte ou praticamente cumprem os parâmetros da OMS — caso de Itu — ou apresentam superávit, como no caso de Botucatu;

---

[4] O Estado de São Paulo tem 8.039.661 domicílios permanentes, e 93,38% deles estão localizados na zona urbana. Os domicílios até 4 cômodos representam 33,5%, e os de 6 a 9 cômodos correspondem a 32%, sendo esta também a moda da distribuição dos domicílios por número de cômodos. O Estado de S. Paulo apresenta os seguintes indicadores de saneamento básico: 96% dos domicílios permanentes dispõem de água canalizada interna, e 89,5% deles encontram-se ligados à rede geral; 98,5% dos domicílios possuem algum tipo de instalação sanitária, e destes 76% estão ligados à rede de esgotamento sanitário; o serviço de coleta de lixo abrange 91% dos domicílios localizados no Estado de São Paulo (FIBGE,1991).

d) em relação ao desempenho do orçamento geral, verifica-se o seu crescimento real em todos os municípios, variando de 53% (São Paulo) a 189% (Santo André), devido sobretudo à reforma tributária realizada pela Constituição de 1988; ocorreu também um incremento do gasto real na área social, com maior intensidade em Santo André e Itu (184,5%) e menor em São Paulo (48%); o desempenho orçamentário do setor saúde mostrou-se ainda mais significativo, com evolução real acima daquela verificada na área social em seu conjunto e no orçamento global, para todos os municípios estudados, variando de 83,5% (São Paulo) a 305% (Itu); e no que diz respeito à média de sua participação percentual no orçamento geral do município no período estudado destaca-se o melhor desempenho de Itu (19%), e na situação inversa, Botucatu (8%). Tomando-se 1991 para comparação, o gasto per capita na saúde mostra São Paulo (US$ 69) e Itu (US$ 67) com o maior aporte de recursos, e na situação inversa o município de Botucatu, com apenas US$ 17. Não obstante, o setor saúde não se constituiu em primeira prioridade do orçamento da área social em nenhum dos municípios estudados, alcançando melhor posição em Itu (segunda) e a pior em Santo André e Botucatu (última). Este padrão orçamentário dos municípios estudados corrobora as afirmações de diversos autores, dentre os quais Lobo, Medici, Teixeira, e Vianna.

Quanto ao grau de dependência dos orçamentos municipais das transferências de recursos das outras esferas de governo, configura-se um padrão de significativa dependência da esfera local frente àquelas, ainda que os municípios de grande porte apresentem um menor grau e os de médio porte um maior grau de dependência destes recursos, situando-se próximo a 70% na composição do orçamento global. No setor saúde, especificamente, os gastos federais com AIH no período 1991-93 apresentam uma tendência de crescimento, destacando-se o município de Itu que apresenta uma evolução desses recursos da ordem de 139%, certamente em conseqüência da intervenção estadual no único hospital filantrópico da cidade, associada ao significativo grau de liberdade usufruto da Secretaria de Estado da Saúde na alocação desses recursos de origem federal junto aos municípios paulistas. Vale destacar que, no conjunto dos municípios estudados, a modalidade que mais se beneficiou deste crescimento do gasto federal com internações foi a universitário de pesquisa.

## 2. SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS

Não cabe aqui uma apresentação extensa dos inúmeros resultados obtidos pela pesquisa, e que se encontram exaustivamente discutidos em Relatórios específicos, mas sim destacar aqueles mais circunscritos aos temas em análise no presente estudo. Assim, esses resultados serão apresentados em linhas gerais e de forma bastante sintética, segundo o seu grau de generalização frente aos municípios, e a seguir serão retomados de outra perspectiva tendo em vista a sua

discussão *vis à vis* as diretrizes analíticas para a compreensão do processo de descentralização da saúde, como formuladas no presente trabalho.

Assim, configuram-se como resultados comuns a todos os municípios estudados:

1) O papel fundamental exercido pelo ideário político da administração, e seu programa de governo na implementação dessas políticas. Trata-se de apontar nos planos discursivo e da prática da administração a importância de se afirmar algum tipo de compromisso com as questões sociais e a permeabilidade da administração às demandas sociais. Deste modo não é indiferente à constituição da cidadania e ao controle público do Estado uma plataforma política de governo que contemple ou não estas questões.

2) A operação da descentralização através da lógica do financiamento, via repasses de recursos estaduais e federais para o município, afeta a autonomia da esfera local, no sentido de inibir seu poder de decisão sobre a utilização desses recursos Em conseqüência, esse processo acaba por ser estritamente marcado por programas que visam cumprir o já tradicionalmente estabelecido enquanto competência municipal. E assim, pelo menos nos municípios com capacidade técnica e administrativa para assumir determinadas atribuições das esferas federal e estadual, como nos casos estudados, desestimulam-se as iniciativas criativas frente às especificidades das situações locais e regionais.

3) Na relação administração local/cidadãos consagra-se a ênfase nos canais tradicionais de participação estabelecidos por lei, destacando-se o Conselho Municipal de Saúde. Esta situação implica um padrão de relação Estado/sociedade marcado pela predominância do primeiro pólo sobre o segundo, e a quase ausência de mecanismos sociais e políticos voltados para o efetivo controle público do aparato estatal. Este último aspecto contribui sobremaneira para a continuidade da baixa participação política dos distintos atores sociais, reafirmando um modelo de ação política que termina desestimulando e questionando negativamente a organização e a participação dos diversos segmentos sociais.

4) Nos quatro municípios estudados verifica-se um aumento substancial do gasto público, sobretudo na área social e na saúde, em conseqüência da reforma tributária originada da Constituição de 1988. Não obstante, e contrariamente ao enunciado no artigo 198 desta Carta, o poder público configura-se como não exercendo a direção única do sistema de saúde em seu âmbito de atuação, até porque ele não dispõe de nenhum tipo de mecanismo que lhe permita exercer um maior controle sobre a rede física de serviços instalada no município, principalmente a hospitalar. Disto resulta a sua pequena capacidade para formular e principalmente operar as políticas de saúde.

Em relação à especificidade dos resultados alcançados por cada administração, eles são referidos ao porte dos municípios. E são os seguintes:

1) No que diz respeito ao processo decisório e de efetiva representação de interesses dos diversos segmentos sociais, mostra-se o peso diferenciado do poder Legislativo nos municípios de médio e grande porte. Nestes últimos seu peso é maior, transformando-o num *locus* de negociação política, enquanto que naqueles este papel é quase inexistente. Nestes municípios de médio porte a negociação Executivo/Legislativo ocorre no âmbito do privado, isto é, até mesmo aquém dos espaços públicos tradicionais de discussão na democracia representativa, e sempre anterior à apresentação dos projetos de lei, seja de iniciativa do Executivo seja do Legislativo.

2) A documentação das atividades da administração, ou seja, seus planos, projetos, propostas e análises, não é uniforme nos municípios estudados. Nas cidades de médio porte chama a atenção a falta de memória escrita, isto é, de registro das administrações anteriores, e mesmo das atuais, acerca das políticas de saúde implementadas, e o conseqüente alto grau de desinformação sobre elas, e mesmo dos mecanismos de seu financiamento, sobretudo por parte dos representantes no Legislativo.

3) No que concerne à relação Executivo/Legislativo e Executivo/cidadãos, ela mostra-se com maior grau de complexidade nos municípios de grande porte, principalmente no caso de São Paulo. Já nos municípios de médio porte há uma clara divisão na natureza das iniciativas: o Executivo encarrega-se de planos e programas gerais, que se não chegam a configurar uma política para os setores, conformam um conjunto de programas de ação, com a quase total ausência do Legislativo, até na representação de interesses particulares de segmentos da sociedade.

4) Em relação à autonomia do orçamento municipal frente às transferências das demais esferas de governo, os municípios de grande porte apresentam um maior grau de autonomia em comparação aos de médio porte, dados sua capacidade de arrecadação tributária própria e o impacto desses recursos no total do orçamento.

## 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste tópico a análise dos resultados obtidos pela pesquisa empírica será desenvolvida combinando as questões relativas à descentralização suscitadas pelos quatro estudos de caso e as diretrizes analíticas articuladas nos marcos deste trabalho para o entendimento da forma como vem se dando o processo de descentralização da saúde no país.

Assim, são três os eixos básicos derivados dos estudos de caso: 1) as lógicas que norteiam o processo de descentralização; 2) o grau de autonomia financeira e o nível da capacidade técnica do poder local para formular a política setorial; 3) o nível local como espaço de negociação política e de constituição de novos sujeitos sociais. E no que diz respeito às diretrizes analíticas, elas foram rearticuladas de modo a contemplarem três ordens de questões principais: a) a

concepção da descentralização como um processo vinculado ao sistema político brasileiro; b) a exigência da repartição do poder decisório entre as três esferas de governo para a conceituação e o entendimento do processo de descentralização, e que se desdobra na negação da dicotomia entre descentralização e centralização e na distinção conceitual entre descentralização e desconcentração; c) a afirmação da descentralização como questão de interesse público.

1) A concepção da descentralização como um processo vinculado ao sistema político brasileiro diz respeito às lógicas que norteiam o processo de descentralização.

Assim, do ângulo do nível federal destacam-se:

- a vigência de uma proposta de descentralização desvinculada de um projeto mais amplo para a área da saúde, que seja capaz de articular setorialmente as políticas sociais entre si, e estas com a política econômica;
- a asserção de descentralização implica a transferência da responsabilidade pela saúde para o nível local, aí incluída a infra-estrutura pública de serviços já existente;
- o processo de descentralização ocorre obedecendo, fundamentalmente, a lógica de financiamento do setor, operada através do repasse de recursos financeiros do nível Federal para o municipal, via pagamento das internações hospitalares e os serviços ambulatoriais (SIH/SUS e SIA/SUS)[5].

Essas características que vêm norteando o processo de descentralização da saúde, antes de significarem uma censura ideológica à sua operacionalidade, implicam determinadas restrições e constrangimentos do ponto de vista da democratização e da eficácia social das políticas de saúde. Em outros termos, sua implementação sustentada nesses alicerces não favorece a construção/reconstrução de políticas de saúde com bases mais democráticas, inclusivas e universalistas, e sob a égide do controle público.

Já da perspectiva do município, os estudos de caso apontam várias ordens de questão. A primeira delas refere-se a uma tendência na formulação da política de saúde, em que frente à desinformação e à retração do Legislativo, as iniciativas concentram-se sobretudo no poder Executivo. Constitui exceção o município de São Paulo, em que, ao contrário dos demais, o Legislativo efetivamente demonstrou grande interesse em legislar sobre temas de saúde — inclusive vereadores da oposição — apresentando no período estudado 48 projetos de lei contra apenas 12 do Executivo. Não obstante, ao se examinar as temáticas predominantes nos projetos apresentados pelo Legislativo, verifica-se que elas são restritas a interesses e grupos acentuadamente específicos, configurando um padrão de intervenção por parte dos legisladores atomizada e particularizada, distante de fixar-se nas prioridades a serem enfrentadas no âmbito da gestão da saúde no município. Ademais, o Legislativo apresentou pequena agilidade em responder

[5] Sistema de Informação Hospitalar/SUS e Sistema de Informação Ambulatorial/SUS.

à institucionalidade necessária à gestão da saúde em São Paulo, com exceção do eterno problema de contratação de recursos humanos para manter a rede de serviços em funcionamento. Nos quatro casos estudados, portanto, reafirma-se o papel predominante do poder Executivo na formulação das políticas de saúde, o que também se estende à questão da participação dos movimentos sociais organizados na formulação e gestão desta política, como se verá mais adiante.

Em segundo lugar, apesar de os municípios estudados contarem com uma rede de serviços de saúde com algum grau de complexidade e de dimensões aceitáveis frente ao padrão vigente nos municípios brasileiros, coloca-se a questão do controle do poder municipal sobre estes equipamentos, tanto devido ao predomínio do setor privado, sobretudo no nível de atenção hospitalar, quanto na relação com as demais esferas de governo. Além disto, os setores público e privado não disputam a clientela dos serviços de saúde, sugerindo a existência de uma divisão préestabelecida de atuação, em que o mercado propriamente dito é reservado ao setor privado. Ilustra esta situação o município de São Paulo, em que apesar da magnitude e do peso relativo do setor privado da saúde, não se evidenciou uma relação tensa entre ele e o Executivo, havendo pelo contrário, já uma divisão do mercado préestabelecida, o que explica em parte o setor privado da saúde avaliar positivamente a Administração. Tal fato recoloca a questão da dualidade dos sistemas de saúde também no âmbito local, reproduzindo assim a lógica mais geral da implantação do SUS. No entanto, esta dualidade de sistemas com incidência no nível local combinada às questões do seu financiamento tem acentuadas implicações no que diz respeito à autonomia municipal no que toca à formulação e implementação de uma política de saúde, como será retomado adiante.

2) A exigência da repartição do poder decisório para a conceituação e o entendimento do processo de descentralização refere-se ao grau de autonomia financeira e ao nível da capacidade técnica do poder local para formular a política setorial. Entretanto, a autonomia do poder decisório também envolve a distinção conceitual entre descentralização e desconcentração, e a negação de uma concepção dicotômica entre descentralização e centralização. Vale destacar que estes aspectos não são fáceis de serem evidenciados no cotidiano dos serviços de saúde, ainda que sobre ele incida e oriente sua conformação.

Inicialmente vale assinalar o aumento substancial do gasto na área social nos quatro municípios estudados. Em que pese a distinção em termos da autonomia dos municípios em relação às transferências das demais esferas de governo, em que os de grande porte apresentam maior grau de liberdade em comparação aos de médio porte no que se refere à gestão e formulação de sua política de saúde, a autonomia do nível local encontra-se drasticamente reduzida em todos os casos estudados. De um lado, pelo fato de a grande maioria da rede de serviços ser privada, e de outro, pelo fato de ser o Ministério da Saúde a instituição contratante da prestação dos serviços

hospitalares e a Secretaria de Estado da Saúde a operadora da distribuição das cotas de AIH. Desse modo, a lógica da descentralização vem sendo regida pela racionalidade técnico-orçamentária do nível federal, e o financiamento — volume de recursos, seus mecanismos de repasses, prioridade de gastos, dentre outros — continua sendo algo nebuloso, opaco, complexo e de difícil entendimento. Diante disso, não é infrequente que o consenso constituído seja o da falta de recursos para o setor, partilhado pelas administrações, pelos representantes dos produtores de serviços privados, e pelos defensores da saúde como responsabilidade pública.

A título de ilustração tome-se o caso de Santo André, em que a função saúde/saneamento teve um crescimento real de 298% no período, correspondendo a 57,5% daquele verificado para o orçamento geral do município (ANEXO,Tabela 12). No entanto, isto não significa a sua tradução imediata em termos de autonomia crescente do nível local frente aos níveis estadual e federal. No caso do nível estadual, sua participação em termos de aporte financeiro é ínfima, estando praticamente ausente. No segundo caso, embora os gastos realizados no município pela esfera federal sejam 5 vezes inferiores ao correspondente gasto municipal na saúde (ANEXO,Tabela 14), eles dizem respeito fundamentalmente ao pagamento de serviços hospitalares privados, que se apropriaram de 69% dos gastos com AIH em 1991. Assim, não só 2/3 dos gastos federais com internações hospitalares no município destinam-se ao setor privado, como a formulação de uma política de saúde que integre os diferentes níveis de atenção — primário, secundário e terciário — enfrenta a séria limitação de não exercer controle sobre o setor hospitalar, o que compromete a possibilidade de articulação de um modelo integrado de atenção à saúde, universal e equânime, garantindo a igualdade técnica e humana do atendimento. Em decorrência, recoloca-se a centralidade da lógica do financiamento para a compreensão dos limites e avanços da autonomia local na formulação das políticas de saúde.

Outro aspecto diz respeito à capacidade técnica da esfera local na formulação da política setorial. Dados os perfis de mortalidade identificados nos quatro casos, os municípios apresentam maiores exigências na complexidade da assistência prestada e serviços de saúde, que extrapolam a competência da atenção primária. Assim, o processo de descentralização da saúde implica, necessariamente, que a formulação do nível local da política de saúde contemple a integração entre ações coletivas e individuais, e dentre estas a articulação entre a extensão de serviços básicos de saúde e o acesso aos de maior complexidade, no nível terciário da assistência médica. No entanto, o estudo dos casos mostrou um certo descompasso entre os perfis de mortalidade e os programas de saúde e assistência médica desenvolvidos nesses municípios. Esta tendência é mais nítida nos municípios de médio porte do que naqueles de grande porte. No caso de Itu, os programas tendem a reproduzir os tradicionais programas de Saúde Pública ao lado de outros

voltados para a assistência médica individual, enquanto que em Botucatu se configura um enorme distanciamento entre as propostas e os programas de governo e a realidade da gestão de saúde.

Já o caso de Santo André, chama atenção pela competência técnica dos diagnósticos de saúde presentes nos documentos oficiais, embora os dados disponíveis indiquem não se ter logrado uma correspondente oferta de serviços e ações de saúde em relação à demanda da população. A experiência deste município, contudo, demonstra que para que a atenção à saúde ganhe eficiência e eficácia e se constitua num direito universal e equânime a todos os cidadãos, a assistência de níveis secundário e terciário deve ser contemplada com a mesma prioridade, e de forma articulada, daquela de nível primário. Nesse sentido, nos municípios com maior complexidade da rede de serviços o setor hospitalar passa a constituir um desafio, sobretudo em decorrência de a oferta desses serviços estar vinculada fundamentalmente ao setor privado de saúde. Em outros termos, do ponto de vista da efetividade social das políticas de saúde, um dos grandes desafios presentes no processo de descentralização é a questão da assistência hospitalar[6].

No que concerne à distinção conceitual entre descentralização e desconcentração, seu núcleo refere-se à autonomia do poder decisório na esfera local, o que não ocorre em conseqüência do modo como vem sendo implementada a descentralização da saúde, resultado do padrão das políticas de saúde do Estado brasileiro.

A situação do município de São Paulo é exemplar neste sentido, seja pela dimensões e diversidade tecnológica da sua rede pública, inclusive da rede municipal, seja pela proeminência do setor privado de saúde e os interesses daí decorrentes. Assim, em São Paulo o setor privado controla 71% dos leitos gerais, na sua maioria lucrativos, e somente 23% do total da rede ambulatorial pertence ao município, uma vez que a sua municipalização ainda não se efetivou. Em conseqüência, a administração municipal praticamente não possui nenhum tipo de mecanismo de controle sobre os equipamentos de saúde, em quaisquer dos níveis de atenção (primária, secundária ou terciária).

A isto combina-se o tradicional desprezo pelo Estado brasileiro, nos seus vários níveis, da sua função reguladora, que no caso da saúde se expressa na indefinição de competências entre as esferas de governo, no emaranhado jurídico-legal atinente ao setor, e na inexistência de normalização legal sobre vários aspectos relevantes para o desenvolvimento de políticas de saúde minimamente eficientes do ponto de vista das necessidades da maioria da população.

Desse modo, o acentuado descontrole do poder público sobre a maior parte da rede de equipamentos de saúde do município, somado à ausência de instrumentos e mecanismos ao alcance do nível local no sentido de permitir uma mínima ação regulatória na saúde, configura

---

[6] Para maiores esclarecimentos sobre esta questão, consultar o excelente trabalho de Nascimento (1994), referido no presente estudo.

uma situação de enorme constrangimento para que a esfera local de governo possa exercitar o poder de decisão de sua competência na formulação da política de saúde.

Em decorrência, no caso dos municípios estudados, o enunciado constitucional "descentralização, com direção única em cada esfera de governo" (BRASIL, 1988:133) ainda não significou na prática nenhuma implicação na esfera municipal, na medida em que, à exceção de um pequeno número de unidades de atenção primária, todos esses municípios não dispõem sequer do controle do conjunto da rede pública localizada no âmbito de sua competência geográfica, mas apenas sobre a própria rede municipal. Este fato praticamente inviabiliza a formulação de uma política de saúde pelo município que atinja um mínimo de eficácia social.

Quanto à negação de uma concepção dicotômica entre descentralização e centralização, ela remete à afirmação da esfera municipal frente aos demais níveis de governo. Nos estudos de caso realizados, este aspecto mostra-se de modo mais explícito na saúde revelando uma certa tensão existente entre os enunciados contidos nas diversas Leis Orgânicas Municipais (LOM) e nas legislações dos demais níveis, principalmente a Lei Orgânica do SUS (LOS).

Inicialmente vale destacar dois aspectos relacionados a essas Leis Orgânicas: o significativo espaço reservado às questões da saúde, traduzido em vários artigos e até mesmo seções referentes ao tema, revelando a dimensão política assumida pela saúde naqueles municípios, ao menos no plano discursivo. Em segundo lugar, a forte presença do ideário, e em alguns casos, das forças políticas presentes na Reforma Sanitária, e que se reflete nos textos dessas Leis Orgânicas, ainda que com desigual intensidade entre os casos estudados. Este fato é mais evidente nos municípios de grande porte, talvez porque, naquele momento, eles fossem administrados pelo Partido dos Trabalhadores, com grande tradição nos movimentos populares por saúde. Isto, por sua vez, denota a competência política e o expressivo grau de organicidade do Movimento da Reforma Sanitária em disseminar suas concepções quando da elaboração das Leis Orgânicas Municipais, com a ênfase na esfera local frente aos demais níveis de governo. E aí reside o principal foco de tensão, acima mencionada, entre a legislação municipal e a federal na área da saúde.

Em relação aos municípios de médio porte, esta asseveração da esfera local apresenta-se principalmente como uma disputa por competências legislativas com a esfera central.

Assim, por exemplo, a LOM de Itu define a participação do setor privado no SUS como de caráter suplementar, ao invés de seguir a definição do artigo 119 da Constituição Federal, e reproduzido pela LOS, que fixa esta participação de forma complementar. Vale advertir que esta restrição à participação do setor privado tem pequena possibilidade de resultar em implicações concretas frente ao modo como se dá o financiamento do SUS. Contudo, esta limitação ao setor privado contrasta com a indefinição da "participação da comunidade", tal como expressa na Lei

Orgânica, que não define a composição e o caráter (consultivo ou deliberativo) do Conselho de Gestão, fator este com maior possibilidade de produzir impacto negativo no controle público sobre a administração da saúde no município.

Já no caso de Botucatu, essa tensão é ilustrada pela disputa em torno da competência legislativa entre os níveis local e central, em que a LOM define a atribuição legislativa do município na regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde como suplementar à esfera federal, enquanto que a LOS define-a como complementar[7]. Acresce que a LOS menciona como competência municipal apenas a função de normalizar ou regular as ações e serviços de saúde, constituindo exclusividade da LOM a disposição que prevê a revisão das funções de fiscalização e controle das ações de saúde.

Quanto aos municípios de grande porte, além das competências legislativas, o campo em disputa amplia-se para as atribuições. Ilustra este aspecto a explicitação, nas respectivas Leis Orgânicas, do objetivo de ampliar a competência municipal no que diz respeito à garantia da saúde, não se limitando sua atuação sobre os fatores de risco da doença em termos das clássicas ações de prevenção, mas também da busca de eliminação desses fatores. Além disto, vale assinalar que tanto a LOM de Santo André como a de São Paulo reproduzem de modo muito semelhante a disputa em torno da competência legislativa acerca da regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde, como apontada no caso de Botucatu.

Estas ilustrações das disputas entre os níveis local e federal no plano do arcabouço jurídico-legal do SUS apontam para uma relação mais de competição do que de colaboração entre as esferas de governo, em que do ponto de vista do município a questão central consiste na sua afirmação frente aos demais entes federados. Neste sentido, denota-se uma percepção da descentralização da saúde como sinônimo de sua municipalização, o que tendencialmente conduz a uma concepção dicotômica entre descentralização e centralização da saúde.

3) A afirmação da descentralização como questão de interesse público remete ao tema do nível local como espaço de negociação política e de constituição de novos sujeitos sociais.

Um primeiro aspecto a ser destacado retoma a importância do ideário e do programa político da administração municipal na formulação e implementação de uma política de saúde de corte democrático. E para tanto, a participação dos segmentos sociais — no sentido de se contemplar os interesses dos setores mais excluídos —, torna-se condição distintiva do padrão de gestão adotado. E nestas experiências de descentralização estudadas, ressalta a importância do

[7] A LOM afirma que "as funções referentes à regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde podem ser alteradas neste âmbito de atuação em caráter suplementar". Já o inciso XII do artigo 18 da LOS define a possibilidade do município alterar a função de normatizar as ações e serviços de saúde, considerando o seu caráter complementar.

Executivo nas iniciativas políticas não só de montagem do arcabouço institucional da implantação do SUS como da instituição de canais de participação e do incentivo para que ela ocorra.

O caso de São Paulo, contudo, ilustra bem as virtudes e vicissitudes desse processo, até porque numa situação potencialmente de maior dificuldade, em que a descentralização ainda não ocorrera, o que persiste até o momento presente. Não obstante, e frente a este fato, as propostas da administração referiam-se basicamente a um novo padrão de gestão local, assim resumido: democratização da gestão, buscando incorporar vários setores da sociedade organizada e dos funcionários da saúde em colegiados com poder deliberativo; atendimento integral e universalização dos serviços de saúde; e implementação de um novo modelo assistencial, com a incorporação progressiva pela rede municipal das ações de saúde coletiva e de vigilância à saúde.

Esses três eixos apresentaram progressos diferenciados em função de constrangimentos no interior da própria máquina administrativa e/ou da maior ou menor receptividade e disponibilidade dos diferentes atores envolvidos. Vale assinalar, aqui, três destas implicações: a lógica centralizadora da máquina administrativa municipal frente às tentativas de imprimir maior autonomia às distintas administrações regionais de saúde em que o município foi dividido; a resistência dos trabalhadores da saúde, que entendiam a presença dos usuários nas instâncias colegiadas de gestão como um fator de controle sobre eles; de um lado, a resistência à participação nos canais institucionais de gestão da saúde por parte daqueles movimentos populares de saúde com menor tradição, tendendo a interpretar nessa experiência um perigo de cooptação e de deslegitimação de suas lideranças frente às suas bases sociais, e de outro lado o ideário do participacionismo como expressão de uma profissão de fé e de vocação quase religiosa de determinados segmentos da população, ao tentar desdobrarem-se na participação das instâncias e colegiados, buscando dar conta de um papel que supõe a ampla e diversificada atuação social. Em conseqüência, a implantação dos Conselhos de Gestão na área de saúde acaba sendo marcada por uma grande diferença interna. A resultante desse processo, contudo, revela uma vez mais a importância da iniciativa política e do ideário da administração na construção de políticas setoriais mais democráticas, bem como evidencia que o caminho nesta direção não se constrói com facilidade, rapidez e de forma linear, pois apresenta inúmeras vicissitudes.

O segundo aspecto refere-se à participação do Legislativo no processo de tomada de decisões. Neste caso, há uma tendência a se configurarem padrões distintos segundo o porte dos municípios estudados. Em relação aos municípios de médio porte, praticamente não ocorrem inovações no processo de tomada de decisões. Neste caso, prevalece o Executivo como *locus* privilegiado do processo de tomada de decisões em relação à saúde, e o inexistente papel dos partidos políticos, relegando ao Legislativo a condição de praticamente referendar as decisões emanadas do Executivo. As informações obtidas sugerem fortemente que os projetos tramitam na

Câmara Municipal após prévio acordo entre o Executivo — na pessoa do Prefeito — e os vereadores abrigados nas diferentes siglas partidárias. Assim, os partidos políticos, através de seus representantes no Legislativo, não se configuram como canais de captação de demandas e interesses. De fato, quando comparadas as iniciativas do Executivo àquelas do Legislativo, os projetos relativos à saúde apresentados pelos vereadores tendem a ser extremamente pontuais e distantes do interesse público. Este último aspecto retorna à discussão da saúde como questão social. Em conseqüência, os interesses sociais em jogo e os grupos a eles vinculados permanecem obscuros e esmaecidos perante a sociedade, em prejuízo da construção e ampliação dos espaços públicos para o debate das questões da saúde no âmbito municipal. Este traço, no geral de cunho clientelístico e particularista com fortes tintas da tradição patrimonialista, acaba por se refletir no padrão de relação da administração local com a sociedade, o que será retomado mais adiante.

Já na situação dos municípios de grande porte, a despeito da marcante presença do Executivo na formulação da política de saúde, o Legislativo configura-se como local de negociação política, em contraste com o padrão anterior. Em decorrência, os partidos políticos representados no Legislativo ensaiam timidamente a representação dos interesses em conflito, ainda que a ação política dos vereadores guie-se mais pelos grupos de interesses envolvidos no jogo político do que pelos princípios ideológicos do partido a que pertencem. Assim, em São Paulo, a saúde configurou-se como um setor de grande interesse em se legislar, principalmente pelo volume dos projetos apresentados: 48 de iniciativa do Legislativo contra 12 do Executivo. No entanto, a maioria deles versava principalmente sobre temas de interesse de grupos mais restritos, voltados para ações pontuais na prevenção ou prestação de assistência, em conseqüência encontrando-se à margem da agenda das principais questões de saúde. Já no caso de Santo André, vale ressaltar que os dispositivos da saúde contidos na Lei Orgânica do Município foram aprovados por proposição de Emenda Popular.

Um terceiro tópico, este atinente apenas aos municípios de médio porte, diz respeito à falta de registro das administrações anteriores sobre a saúde, caracterizando-se uma falta de memória administrativa em relação ao setor, o que de certo modo é revelador da forma como a saúde é gerida nesses municípios, bem como de seu grau de (des)organização técnico-administrativa. Isto, por sua vez, concorre para a obscuridade das questões da saúde no debate político. Tome-se como ilustração o caso de Itu, em que se tal fato fica patente quando se trata da falta de informação sobre avaliação, programas e projetos da administração, ele se agrava exatamente no fator-chave que vem definindo o processo de descentralização, que é o financiamento. De fato, dos representantes do setor privado de saúde àqueles dos movimentos e organizações populares, ignoram-se os mecanismos, critérios e montantes de recursos para o financiamento do setor; esses distintos atores jamais apresentaram a questão de se conhecer os mecanismos e a disponibilidade

de recursos para o financiamento da saúde como algo estratégico para sua efetiva participação na definição de uma política para o setor.

O quarto aspecto refere-se à relação Executivo/Legislativo e Executivo/cidadãos. Neste caso também configuram-se modelos que de alguma forma se distinguem segundo o porte dos municípios. Não obstante, em todos os municípios estudados, ainda que em graus diversos, prevalece a relação Executivo/sociedade nas questões referentes às demandas da saúde.

Dentre os municípios de médio porte a situação de Itu apresenta-se mais acentuada no predomínio dessa relação, na medida em que se combinam dois fatores: o contato direto com o Prefeito — inclusive nas audiências sem necessidade de agendamento prévio concedidas uma vez por semana à população —, e a indefinição do papel do Conselho Municipal da Saúde. Já no município de Botucatu a situação apresenta-se matizada pela forte presença do Conselho Municipal de Saúde, e sua identificação por diversos setores sociais como a principal instituição de encaminhamento das demandas da população.

Nos dois municípios, contudo, parte significativa dessas demandas eram de caráter individual, e tendiam a ser dirigidas à figura do Prefeito. Dessa forma, o Executivo, possuindo maior autonomia e capacidade de resposta frente ao Legislativo, configura-se numa realidade favorável ao clientelismo e ao particularismo. Assim, se de um lado as principais demandas são por atendimento médico e medicamentos, por outro, na coexistência das demandas de setores organizados da sociedade com aquelas de caráter individual, acaba por se constatar um mecanismo através do qual as primeiras estão principalmente nos colegiados e dirigem-se ao Legislativo, enquanto as segundas tendem a ser dirigidas à figura do Prefeito. Diante destas trajetórias, o risco de um padrão clientelista e conservador da administração local resulta muito acentuado, pois assim o Executivo, além de gozar de autonomia frente ao Legislativo na formulação das política de saúde locais, apresenta-se no centro da relação das demandas particularistas dos diversos segmentos sociais.

A situação dos municípios de grande porte revela um maior grau de complexidade que a anterior, apesar de em linhas gerais manter a prevalência do binômio Executivo/cidadãos. Isto porque, de um lado pela maior expressividade e grau de organização dos movimentos sociais, e que tendem a funcionar como organizadores/articuladores de interesses gerais, e de outro lado devido à grande amplitude e complexidade da máquina administrativa municipal, que dificulta o acesso direto e imediato da população aos escalões superiores da Administração, dificultando a organização das demandas particularistas junto ao primeiro escalão do Executivo e à figura do Prefeito. Em conseqüência, estas são desviadas para o poder Legislativo, exigindo dos vereadores e deste próprio Poder uma estrutura que as contenha e encaminhe as soluções. Vale assinalar que a

competente organização e encaminhamento desses interesses particularistas e de tipo clientelista torna-se a base política para a (re)eleição de vereadores de diferentes partidos políticos.

Diante disso, coloca-se como questão a complexidade da relação entre descentralização e democracia: ao mesmo tempo em que se verificam avanços na democratização da saúde, constata-se um deslocamento do *locus* político por excelência, o Legislativo. Assim, essa tendência de se estreitar a relação do Executivo com a sociedade não vem acompanhada do fortalecimento do Legislativo enquanto espaço de negociação política e de captação e expressão das distintas demandas sociais. Noutros termos, corre-se o risco de processos de maior permeabilidade do Estado às demandas sociais, por estarem estreitamente vinculados a iniciativas do Executivo, virem acompanhados do enfraquecimento das instituições clássicas de representação política. Evidencia-se, portanto, nestas experiências desafios relativos à difícil e complexa articulação entre democracia direta e democracia representativa, sobretudo quando a presença e a iniciativa do Executivo se revelam nucleares nesses processos.

O último tópico diz respeito à relação administração local/cidadãos. Trata-se aqui da questão da participação social e dos canais que a favorecem; ou, visto por outro ângulo, da permeabilidade da administração às demandas sociais e ao exercício do controle público. Isto refere-se, portanto, à adoção pela administração local de mecanismos da democracia direta, dentre outros os Conselhos de Saúde, Conselhos Gestores das Unidades de Saúde, as Assembléias e as Plenárias Populares, as Conferências Municipais de Saúde, e a iniciativa política do governo municipal para a institucionalização dos novos canais de participação, bem como as vicissitudes que cercam a busca desse novo perfil para o exercício do poder político pela esfera local. De um modo geral a maior ou menor participação dos segmentos sociais, principalmente no que diz respeito aos movimentos populares por saúde, dá-se em função do ideário da própria gestão e dos compromissos de seu programa de governo — se ele contempla ou não a participação social e o controle público. Entretanto, em nenhum dos municípios estudados verificaram-se mecanismos que pudessem ser qualificados como de cooptação dos setores/movimentos populares por parte das administrações municipais.

Não obstante todos esses municípios contemplarem de alguma maneira em seus programas de governo a participação social, eles distinguem-se acentuadamente em sua concretização. Assim, por um lado, o município de Itu, em que o modelo de relação Executivo/sociedade estabelece-se através da figura do Prefeito, e associado ao papel desfocado do Conselho Municipal de Saúde — criado muito posteriormente —, resulta em que a participação assim qualificada não propiciou nem a configuração de um padrão de gestão mais democrático, nem as condições para que o poder local se traduzisse num *locus* privilegiado de aprendizagem do exercício da cidadania ativa. Neste caso, o poder Executivo declina de sua responsabilidade de inovação e de

democratização da gestão, dificultando que a esfera pública emerja como um fator que imprima maior racionalidade às políticas de saúde, tanto em termos das necessidades quanto em termos do atendimento às demandas de saúde, orientando para o aprendizado do exercício da cidadania.

Por outro lado, tanto no caso de São Paulo como no de Santo André ficam claros os esforços no sentido de buscar mecanismos de contato com os setores organizados da população, bem como no sentido de superar o traço centralizador da máquina administrativa e clientelista historicamente vigente. Esforços esses nem sempre bem sucedidos, mas que no entanto permitem uma vez mais constatar o papel do Executivo no processo de descentralização. No caso de Santo André vale registrar dois fatores: em primeiro lugar, que a proposta de implantação do SUS no município constituiu o eixo central da Administração em estudo, sendo marcante sua iniciativa em tornar-se permeável às demandas sociais, permitindo a possibilidade de maior presença da sociedade no interior do Estado. Em segundo lugar, que essa iniciativa confrontou-se com uma relativa fragilidade das distintas organizações sociais, o que acabou por redundar numa prática mais defensiva do que propriamente propositiva de seus interesses imediatos. Não resta dúvida, no entanto, que a análise dessa experiência permite apreender um processo de dinamização administrativa com a participação dos usuários nos Conselhos, em que pese o fato de as decisões serem mais de cunho técnico-administrativo do que político.

Em síntese, esses quatro estudos de caso permitem revelar distintos perfis de gestão segundo o porte dos municípios — médio e grande — , ainda que internamente esses dois grupos contemplem especificidades no sentido de acentuar a qualificação de cada administração municipal frente à democratização da gestão.

Dentre os municípios de médio porte, Itu caracterizou-se como um padrão tendencialmente tradicional de gestão, seja em termos da dimensão técnica da atenção à saúde, seja na configuração da relação Estado/sociedade. Já o município de Botucatu distinguiu-se na implementação do SUS e na institucionalização de canais de participação social, sem contudo deslocar as formas mais tradicionais estabelecidas na relação Estado/sociedade.

No caso dos municípios de grande porte, seus aspectos distintivos resumem-se na busca efetiva de novos padrões da relação Estado/sociedade, traduzida na democratização da gestão e na implementação de um novo modelo assistencial na saúde.

Por fim, cabe ressaltar que esses estudos de caso confirmam sua hipótese original — a descentralização como fator nuclear da democratização da gestão — embora qualifiquem essa relação. E essa distinção diz respeito, fundamentalmente, à agenda do programa de gestão sustentada pelos governantes do nível local no sentido de inovar o padrão de gestão tanto da ótica da sua permeabilidade às demandas sociais locais, quanto da ótica técnico-administrativa no sentido de provocar novas demandas.

Mas certamente o principal significado dessas experiências reside no fato de terem demonstrado a viabilidade de articulação entre democracia representativa e democracia direta no avanço da construção de um espaço público em que o aprendizado do exercício da cidadania ativa assume um papel central. Se é assim, o poder local configura-se como um espaço privilegiado para se fazer avançar a democratização das políticas públicas de corte social, num processo não linear, mas que aponta para a viabilidade de a descentralização poder levar à democratização, possibilitando assim o exercício do controle público e da participação ativa dos cidadãos na formulação e implementação das políticas setoriais, do que buscou se aproximar mais visivelmente o padrão de gestão dos municípios de grande porte.

Como adverte ABRUCCIO(1995), no entanto, algumas questões prévias colocam-se ao debate da descentralização favorecendo a democratização: a mais fundamental para sua definição reside em buscar melhorar o equilíbrio da relação entre Estados e municípios, seguindo-se o aumento do poder político e financeiro do município, o fortalecimento dos mecanismos de cooperação entre eles, caracterizando melhor o entendimento da descentralização e definindo com maior precisão as competências entre os entes federados nela implicados.

Não obstante, e como evidenciado nesse estudo, constitui um passo significativo a proposta de algumas das administrações — e que necessariamente não depende do partido político no poder — de buscar uma nova ética na relação com a população, ética esta orientada pelas noções de cidadania e eficácia social do Estado.

# ANEXO

## TABELA 1

### Distribuição de Domicílios particulares permanentes e média de pessoas moradoras por Domicílio na cidade de SÃO PAULO

| Total | Urbano | Rural | Média de pessoas moradoras por Domicílio | Urbano | Rural | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.539.953<br>100% | (2.487.051)<br>97,91% | (52.902)<br>2,08% | 3,74% | (9.297.456)<br>97,58% | (229.970)<br>2,41% | (9.527.426)<br>100% |

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos

## TABELA 2

### Domicílios particulares permanentes por nº de cômodos na cidade de SÃO PAULO

| Domicílio | Total | % |
|---|---|---|
| **- Até 2** | 196.043 | 7,71 |
| **- 3 e 4** | 900.585 | 35,45 |
| **- 5** | 538.430 | 21,19 |
| **- 6 a 9** | 726.936 | 28,62 |
| **- 10 ou +** | 177.959 | 7,0 |
| | 2.539.953 | 100% |

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos

## TABELA 3

## Abastecimento de água por domicílios particulares permanentes na cidade de SÃO PAULO

| Abastec. de água | Total | % |
|---|---|---|
| **Água Canalizada Interna** | 2.496.360 | 98,28 |
| **Rede Geral** | 2.471.565 | 97,30 |
| **Outras formas (poço, nascente, etc.)** | 24.745 | 0,97 |
| **S/água canalizada interna** | 43.593 | 1,71 |
| **Total** | 2.539.953 | 100 |

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos

## TABELA 4

## Instalação Sanitária por domicílios particulares permanentes na cidade de SÃO PAULO

| Instal. Sanitária | Total | % |
|---|---|---|
| **Com algum tipo de instal. sanit.** | 2.539.953 | 98,86 |
| **Rede Geral** | 2.061.286 | 81,15 |
| **Vala** | 73.607 | 2,89 |
| **s/instalação sanitária** | 12.685 | 0,49 |
| **Não sabe** | 3.582 | 0,14 |

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos

## TABELA 5

## Percentual de coleta do lixo por domicílios particulares permanentes na cidade de SÃO PAULO

| Coleta de lixo | Domicílios |
|---|---|
| **Coletado** | 98,35% (2.498.099) |
| **Não Coletado** | 1,65% (41.854) |
| **Total** | 100% |

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991.
Nº 21 São Paulo. Dados brutos

## TABELA 6

## ORÇAMENTO GERAL E FUNÇÕES DA ÁREA SOCIAL MUNICÍPIO DE S. PAULO 1988-91

**US$**

| FUNÇÃO/ANO | 1988* | % | 1989** | % | 1990 | % | 1991 | % | M.Relat. | M.ABSOL *** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ED/CULT. | 273,999,296.00 | 10.55 | 593,777,201.00 | 15.13 | 568,605,220.00 | 15.62 | 671,709,847.00 | 16.91 | | |
| | 1 | | 116.70 | | 107.52 | | 145.15 | | **14.55** | **123.12** |
| | | | 1 | | -4.23 | | 13.12 | | **15.88** | **4.44** |
| HAB/URB. | 403,676,506.00 | 15.55 | 568,261,304.00 | 14.48 | 561,580,172.00 | 15.42 | 594,168,907.00 | 14.96 | | |
| | 1 | | 40.77 | | 39.11 | | 47.18 | | **15.10** | **42.35** |
| | | | 1 | | -1.17 | | 4.55 | | **14.95** | **1.69** |
| SAÚD/SAN. | 359,917,149.00 | 13.86 | 532,014,829.00 | 13.55 | 594,318,846.00 | 16.32 | 660,797,934.00 | 16.64 | | |
| | 1 | | 47.81 | | 65.12 | | 83.59 | | **15.09** | **65.50** |
| | | | 1 | | 11.71 | | 24.20 | | **15.50** | **17.95** |
| TRANSP. | 677,047,954.00 | 26.08 | 708,759,478.00 | 18.06 | 784,653,230.00 | 21.55 | 607,521,954.00 | 15.29 | | |
| | 1 | | 4.68 | | 15.89 | | -10.26 | | **20.24** | **3.43** |
| | | | 1 | | 10.70 | | -14.28 | | **18.30** | **-1.79** |
| TOTAL ÁREA SOCIAL | 1,714,640,905.00 | 66.04 | 2,402,812,812.00 | 61,22 | 2,509,157,468.00 | 68,91 | 2,534,198,642.00 | 63,80 | | |
| | 1 | | 40,13 | | 46,23 | | 47,79 | | **65,52** | **44,71** |
| | | | 1 | | 4,42 | | 5,46 | | **65,35** | **4,94** |
| TOTAL ORÇAM. | 2,596,165,332.00 | 100 | 3,925,364,134.00 | 100 | 3,640,984,433.00 | 100 | 3,972,207,759.00 | 100 | | |
| | 1 | | 51.19 | | 40.24 | | 53.00 | | | **48,14** |
| | | | 1 | | -7.24 | | 1.19 | | | **- 3,02** |

FONTE: FUNDAÇÃO SEADE . DADOS BRUTOS.

* ANO REFERÊNCIA = 1. PARA COMPARAÇÃO DO PERÍODO 1988-91

** ANO REFERÊNCIA = 1.PARA COMPARAÇÃO DO PERÍODO 1989-91

*** MÉDIA DA EVOLUÇÃO REAL DOS GASTOS ORÇAMENTÁRIOS.

## TABELA 7

## ORÇAMENTO DA ÁREA SOCIAL. MUNICÍPIO DE S.PAULO 1988-91

**US$**

| FUNÇÃO/ANO | 1988(1) | % | 1989(2) | % | 1990 | % | 1991 | % | M.Relat. | ORDEM |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ED/CULT. | 273,999,296.00 | 15,97 | 593,777,201.00 | 24,71 | 568,605,220.00 | 22,66 | 671,709,847.00 | 26,91 | | |
| | * | | | | | | | * | 22,46 | 4o.LUG |
| | | | * | | | | | * | 24,62 | 2o.LUG |
| HAB/URB. | 403,676,506.00 | 23,54 | 568,261,304.00 | 23,64 | 561,580,172.00 | 22,38 | 594,168,907.00 | 23,44 | | |
| | * | | | | | | | * | 23,25 | 2o.LUG |
| | | | * | | | | | * | 23,15 | 4o.LUG |
| SAÚD/SAN. | 359,917,149.00 | 20,99 | 532,014,829.00 | 22,14 | 594,318,846.00 | 23,68 | 660,797,934.00 | 26,07 | | |
| | * | | | | | | | * | 23,22 | 3o.LUG |
| | | | * | | | | | * | 23,96 | 3o.LUG |
| TRANSP. | 677,047,954.00 | 39,48 | 708,759,478.00 | 29,49 | 784,653,230.00 | 31,27 | 607,521,954.00 | 23,97 | | |
| | * | | | | | | | * | 31,05 | 1o.LUG |
| | | | * | | | | | * | 28,24 | 1o.LUG |
| TOTAL ÁREA SOCIAL | 1,714,640,905.00 | 100 | 2,402,812,812.00 | 100 | 2,509,157,468.00 | 100 | 2,534,198,642.00 | 100 | | |
| | 1 | | 40,13 | | 46,23 | | 47,79 | | 44,71(3) | |
| | | | 1 | | 4,42 | | 5,46 | | 5,46(3) | |

FONTE: FUNDAÇÃO SEADE . DADOS BRUTOS.

(1) ANO REFERÊNCIA = 1. PARA COMPARAÇÃO DO PERÍODO 1988-91

(2) ANO REFERÊNCIA = 1. PARA COMPARAÇÃO DO PERÍODO 1989-91

(3) MÉDIA ABSOLUTA.

## TABELA 8

## GASTO COM AIH DA ESFERA FEDERAL NO MUNICÍPIO DE S.PAULO 1991-93

US$

| MODALIDADE HOSPITALAR | 1991(1) | % | 1992(1) | % | 1993 | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | GASTO | | GASTO | | GASTO | |
| CONTRATADO | 81,465,429.00 | 35 | 69,706,000,00 | 27 | 54,754,924.00 | 18 |
| | 1 | | -14,43 | | -32,78 | |
| | | | 1 | | -18,35 | |
| ESTADUAL | 22,147,595.00 | 9 | 27,274,888.00 | 10 | 23,233,874.00 | 8 |
| | 1 | | 23,15 | | 4,9 | |
| | | | 1 | | -14,44 | |
| MUNICIPAL | 14,783,048.00 | 6 | 21,294,817.00 | 8 | 19,969,726.00 | 7 |
| | 1 | | 44,04 | | 35,08 | |
| | | | 1 | | -6,22 | |
| FILANTRÓPICO | 39,412,136.00 | 17 | 50,706,000.00 | 20 | 72,990,548.00 | 24 |
| | 1 | | 28,65 | | 85,19 | |
| | | | 1 | | 43,94 | |
| UNIV. ENSINO | 0 | | 0 | | 0 | |
| UNIV. PESQUISA | 77,879,858.00 | 33 | 90,592,888.00 | 35 | 131,093,320.00 | 43 |
| | 1 | | 16,32 | | 68,32 | |
| | | | 1 | | 44,70 | |
| TOTAL | 235,688,060.00 | 100 | 259,575,040.00 | 100 | 302,042,420.00 | 100 |
| | 1 | | 10,13 | | 28,15 | |
| | | | 1 | | 16,36 | |

FONTE :DATA SUS (Acesso Remoto através do Programa Síntese). DADOS BRUTOS
(1) ANO REFERÊNCIA = 1.

**TABELA 9**

**Domicílios particulares permanentes por nº de cômodos no município de Santo André**

| Domicílio | Total | % |
|---|---|---|
| - Até 2 | 9.529 | 5,89 |
| - 3 e 4 | 55.515 | 34,33 |
| - 5 | 41.481 | 25,65 |
| - 6 a 9 | 47.1150 | 29,13 |
| - 10 ou + | 8.059 | 4,98 |
| | 161.699 | 100 |

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos

**TABELA 10**

**Abastecimento de água por domicílios particulares permanentes no município de Santo André**

| Abastecimento de água | Total | % |
|---|---|---|
| **Água Canalizada Interna** | 159.471 | 98,62 |
| **Rede Geral** | 156.432 | 96,74 |
| **Outras formas (poço, nascente, etc.)** | 3039 | 1,87 |
| **s/água canalizada interna** | 2.228 | 1,37 |

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos.

**TABELA 11**

**Instalação Sanitária por domicílios particulares permanentes no município de Santo André**

| Instal. Sanitária | Total | % |
|---|---|---|
| **Com algum tipo de instal. sanit.** | 160.613 | 99,32 |
| **Rede Geral** | 141.384 | 87,43 |
| **Vala** | 2.550 | 1,57 |
| **s/instalação sanitária** | 1.013 | 0,62 |
| **Não sabe** | 67 | 0,04 |

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos

## TABELA 12

## ORÇAMENTO GERAL E FUNÇÕES DA ÁREA SOCIAL . MUNICÍPIO DE S. ANDRÉ 1988-91

US$

| FUNÇÃO/ANO | 1988* | % | 1989** | % | 1990 | % | 1991 | % | M.REL. | M.ABSOL*** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ED./CULTURA | 11,257,427.00 | 13,85 | 26,593,285.00 | 14,15 | 36,816,822.00 | 14,41 | 46,363,535.00 | 19,76 | | |
| | 1 | | 136,22 | | 227,04 | | 311,84 | | 15,54 | 225,03 |
| | | | 1 | | 38,44 | | 74,34 | | 16,10 | 56,39 |
| HAB./URBANISMO | 29,532,286.00 | 36,34 | 60,145,429.00 | 32,01 | 41,919,813.00 | 16,41 | 45,472,666.00 | 19,38 | | |
| | 1 | | 103,65 | | 41,94 | | 53,97 | | 26,03 | 66,52 |
| | | | 1 | | -30,30 | | -24,39 | | 22,60 | -27,34 |
| SAÚ./SANEA. | 7,662,941.00 | 9,43 | 20,196,419.00 | 10,75 | 25,384,143.00 | 9,93 | 30,498,682.00 | 13,00 | | |
| | 1 | | 163,55 | | 231,25 | | 298,00 | | 10,77 | 230,93 |
| | | | 1 | | 25,68 | | 51,01 | | 11,22 | 38,34 |
| TRANSPORTES | 9,651,818.00 | 11,88 | 18,261,843.00 | 9,72 | 50,977,045.00 | 19,95 | 43,011,439.00 | 18,33 | | |
| | 1 | | 89,20 | | 428,16 | | 345,63 | | 14,97 | 287,66 |
| | | | 1 | | 179,14 | | 135,52 | | 16,00 | 157,33 |
| TOTAL ÁREA SOCIAL | 58,104,472.00 | 71,49 | 125,196,976.00 | 66,62 | 155,097,823.00 | 60,69 | 165,346,322.00 | 70,45 | | |
| | 1 | | 115,46 | | 166,92 | | 184,56 | | 67,31 | 155,64 |
| | | | 1 | | 23,88 | | 32,06 | | 65,92 | 27,97 |
| TOTAL ORÇAMENTO | 81,276,268.00 | 100 | 187,917,546.00 | 100 | 255,530,253.00 | 100 | 234,687,889.00 | 100 | | |
| | 1 | | 131,20 | | 214,39 | | 188,75 | | | 178,11 |
| | | | 1 | | 35,97 | | 24,88 | | | 30,42 |

FONTE: FUNDAÇÃO SEADE. DADOS BRUTOS.

* ANO REFERÊNCIA = 1. PARA COMPARAÇÃO DO PERÍODO 1988-91.

** ANO REFERÊNCIA = 1. PARA COMPARAÇÃO DO PERÍODO 1989-91.

## TABELA 13

## ORÇAMENTO DA ÁREA SOCIAL. MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ 1988-91

US$

| FUNÇÃO/ANO | 1988 (1) | % | 1989 (2) | % | 1990 | % | 1991 | % | M.REL. | No. Ordem |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ED./CULTURA | 11,257,427.00 | 19,37 | 26,593,285.00 | 21,24 | 36,816,822.00 | 23,73 | 46,363,535.00 | 28,04 | | |
| | * | | | | | | * | | 23,09 | 2o.LUG. |
| | | | * | | | | * | | 24,33 | 3o.LUG. |
| HAB./URBANISMO | 29,532,286.00 | 50,82 | 60,145,429.00 | 48,04 | 41,919,813.00 | 27,02 | 45,472,666.00 | 27,50 | | |
| | * | | | | | | * | | 38,34 | 1o.LUG. |
| | | | * | | | | * | | 34,18 | 1o.LUG. |
| SAÚ./SANEA. | 7,662,941.00 | 13,18 | 20,196,419.00 | 16,13 | 25,384,143.00 | 16,36 | 30,498,682.00 | 18,44 | | |
| | * | | | | | | * | | 16,02 | 4o.LUG. |
| | | | * | | | | * | | 16,97 | 4o.LUG. |
| TRANSPORTES | 9,651,818.00 | 16,61 | 18,261,843.00 | 14,58 | 50,977,045.00 | 32,86 | 43,011,439.00 | 26,01 | | |
| | * | | | | | | * | | 22,51 | 3o.LUG |
| | | | * | | | | * | | 24,48 | 2o.LUG |
| TOTAL ÁREA SOCIAL | 58,104,472.00 | 100 | 125,196,976.00 | 100 | 155,097,823.00 | 100 | 165,346,322.00 | 100 | | |
| | 1 | | 115,46 | | 166,92 | | 184,56 | | 155,64 (3) | |
| | | | 1 | | 23,88 | | 32,06 | | 27,97 (3) | |
| TOTAL ORÇAMENTO | 81,276,268.00 | | 187,917,546.00 | | 255,530,253.00 | | 234,687,889.00 | | | |
| | 1 | | 131,20 | | 214,39 | | 188,75 | | | |
| | | | 1 | | 35,97 | | 24,88 | | | |

FONTE: FUNDAÇÃO SEADE. DADOS BRUTOS.
(1) ANO REFERÊNCIA = 1. PARA COMPARAÇÃO DO PERÍODO 1988-91.
(2) ANO REFERÊNCIA = 1. PARA COMPARAÇÃO DO PERÍODO 1989-91.
(3) MÉDIA DA EVOLUÇÃO DO GASTO REAL.

## TABELA 14

## GASTOS EM AIHs (US$) DA ESFERA FEDERAL NO MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ 1991-93

US$

| ANO | 1991* | | 1992* | | 1993 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MODALIDADE HOSPITALAR | GASTO US$ | % | GASTO US$ | % | GASTO US$ | % |
| CONTRATADO | 2,882,934.00<br>1 | 52 | 3,530,258.00<br>22.45<br>1 | 56 | 4,803,467.00<br>66.61<br>36.06 | 59 |
| ESTADUAL | 0 | | 0 | | 0 | |
| MUNICIPAL | 1,698,629.00<br>1 | 31 | 1,848,558.00<br>8.8<br>1 | 29 | 1,841,065.00<br>8.38<br>-0.4 | 23 |
| FILANTRÓPICO | 462,670.00<br>1 | 8 | 391,782.00<br>-15.32<br>1 | 6 | 433,058.00<br>-6.4<br>10.53 | 5 |
| UNIV. ENSINO | 0 | | 0 | | 0 | |
| UNIV. PESQUISA | 522,656.00<br>1 | 9 | 547,801.00<br>4.8<br>1 | 9 | 1,062,400.00<br>103.26<br>93.93 | 13 |
| TOTAL | 5,566,889.00<br>1 | 100 | 6,318,400.00<br>14<br>1 | 100 | 8,139,990.00<br>46.22<br>28.82 | 100 |

FONTE: DATA SUS (Acesso Remoto através do Programa Síntese).DADOS BRUTOS.
* ANO REFERÊNCIA = 1.

**TABELA 15**

**Distribuição de Domicílios particulares permanentes e pessoas moradoras no município de Itu, segundo situação do domicílio**

| Total | Urbano | Rural | média de pessoas por Domicílio | Urbano | Rural | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 26.223 | (23.721) | (2.502) | 4,03 | (95.438) | (10.355) | (105.793) |
| 100% | 90,45% | 9,54% | | 90,21% | 9,78% | 100,00% |

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos

**TABELA 16**

**Domicílios particulares permanentes por nº de cômodos no município de ITU**

| Domicílio | % | Total |
|---|---|---|
| - Até 2 | 5,44 | 1.428 |
| - 3 e 4 | 26,99 | 7.079 |
| - 5 | 31,96 | 8.383 |
| - 6 a 9 | 29,47 | 7.730 |
| - 10 ou + | 6,11 | 1.603 |
| | 100,00 | 26.223 |

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos

**TABELA 17**

**Abastecimento de água por domicílios particulares permanentes no município de Itu**

| Abast. de água | Total Dom. | % |
|---|---|---|
| Água Canalizada Interna | 25.845 | 98,55 |
| Rede Geral | 22.929 | 87,43 |
| Outras formas (poço, nascente, etc.) | 2.916 | 11,12 |
| s/água canalizada interna | 378 | 1,45 |

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21
São Paulo. Dados brutos

**TABELA 18**

**Instalação Sanitária por domicílios particulares permanentes no município de Itu.**

| Instalação Sanit | Total Dom. | % |
|---|---|---|
| Com algum tipo de instal. sanit. | 25.969 | 98,07 |
| Rede Geral | 22.129 | 84,38 |
| Vala | 26 | 0,09 |
| Não sabe | 4 | 0,01 |

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos

**TABELA 19**

**Percentual de coleta do lixo por domicílios particulares permanentes no município de Itu**

| **Coleta de lixo** | **% Domicílios** |
|---|---|
| **Coletado** | 88,36 |
| **Não Coletado** | 11,64 |
| **Total** | 100,00 |

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21
São Paulo. Dados brutos

## TABELA 20

## ITU - ORÇAMENTO GERAL E FUNÇÕES DA ÁREA SOCIAL 1988-91

US$

| FUNÇÃO/ANO | 1988 | % | 1989 | % | 1990 | % | 1991 | % | M.relativa | M.absoluta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ED/CULTURA | 2,334,388.00 | 16.70 | 5,200,116.00 | 18.20 | 7,790,300.00 | 24.31 | 7,445,201.00 | 21.51 | | |
| | | 100 | | 122.70 | | 233.70 | | 218.93 | 20.18 | 191.77 |
| | | 100 | | 49.81 | | 43.17 | | 21.34 | 46.49 | |
| HAB/URB. | 3,662,547.00 | 26.20 | 4,651,665.00 | 16.28 | 3,274,166.00 | 10.22 | 3,398,468,00 | 9.82 | | |
| | | 100 | | 27.00 | | -10.60 | | -7.20 | 15.63 | 3.06 |
| | | 100 | | -29.61 | | -26.94 | | 12.10 | -28.27 | |
| SAU/SAN. | 1,754,207.00 | 12.55 | 5,403,699.00 | 18.91 | 7,395,546.00 | 23.08 | 7,116,538.00 | 20.56 | | |
| | | 100 | | 208.00 | | 321.58 | | 305.68 | 18.77 | 278.42 |
| | | 100 | | 36.86 | | 31.69 | | 20.85 | 34.27 | |
| ASSIS/PREV | 865,904.00 | 6.19 | 2,519,701.00 | 8.82 | 1,099,451.00 | 3.43 | 1,202,292.00 | 3.47 | | |
| | | 100 | | 190.99 | | 26.97 | | 38.84 | 5.47 | 85.60 |
| | | 100 | | -56.36 | | -52.28 | | 5.24 | - 54.32 | |
| TRANSPORTE | 819,192.00 | 5.86 | 2,715,348.00 | 9.50 | 5,115,966.00 | 15.96 | 7,665,649.00 | 22.15 | | |
| | | 100 | | 231.46 | | 524.51 | | 835.75 | 13.36 | 530.57 |
| | | 100 | | 88.40 | | 182.30 | | 15.87 | 135.35 | |
| TOTAL ÁREA SOCIAL | 9,436,238.00 | | 20,490,529.00 | | 24,675,429.00 | | 26,828,148.00 | | | |
| TOTAL DO ORÇAMENTO | 13,980,962.00 | 67.50 | 28,570,005.00 | 71.71 | 32,047,049.00 | 77.00 | 34,614,702.00 | 77.51 | | |
| | | 100 | | 104.00 | | 129.00 | | 147.00 | 73.43 | 126.66 |
| | | 100 | | 12.00 | | 21.10 | | 75.40 | 16.55 | |

FONTE: Fundação SEADE

## TABELA 21

## ITU - ORÇAMENTO DA ÁREA SOCIAL 1988-91

US$

| FUNÇÃO/ANO | 1988 | % | 1989 | % | 1990 | % | 1991 | % | M.relativa | ORDEM |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ED/CULT. | 2,334,388.00 | 24.73 | 5,200,116.00 | 25.37 | 7,790,300.00 | 31.57 | 7,445,201.00 | 27.75 | | |
| | * | | | | | | * | | 27.35 | 1o.lug. |
| | | | * | | | | * | | 28.23 | 1o.lug. |
| HAB/URB. | 3,662,547.00 | 31.81 | 4,651,665.00 | 22.70 | 3,274,166.00 | 13.26 | 3,398,468.00 | 12.66 | | |
| | * | | | | | | * | | 21.85 | 3o.lug. |
| | | | * | | | | * | | 16.20 | 4o.lug. |
| SAU/SAN. | 1,754,207.00 | 18.59 | 5,403,699.00 | 26.37 | 7,395,546.00 | 29.97 | 7,116,538.00 | 26.52 | | |
| | * | | | | | | * | | 25.36 | 2o.lug. |
| | | | * | | | | * | | 27.62 | 2o.lug. |
| TRANSP. | 819,192.00 | 8.68 | 2,715,348.00 | 13.25 | 5,115,966.00 | 20.73 | 7,665,649.00 | 28.57 | | |
| | * | | | | | | * | | 17.80 | 4o.lug. |
| | | | * | | | | * | | 20.85 | 3o.lug. |
| ASSIS/PREV. | 865,904.00 | 9.17 | 2,519,701.00 | 12.29 | 1,099,510.00 | 4.45 | 1,202,292.00 | 4.48 | | |
| | * | | | | | | * | | 7.59 | 5o.lug. |
| | | | * | | | | * | | 7.07 | 5o.lug. |
| TOTAL * | 9,436,238.00 | | 20,490,529.00 | | 24,675,429.00 | | 26,828,148.00 | | | |
| | | 100 | | 117.14 | | 171.49 | | 184.30 | | 157.64 |
| | | | | 100 | | 20.72 | | 30.92 | | 25.67 |

FONTE: Fundação SEADE - Dados absolutos

## TABELA 22

## GASTO COM AIH (US$) DA ESFERA FEDERAL NO MUNICÍPIO DE ITU 1991-93

| MODALIDADE HOSPITALAR | 1991 | 1991 | 1992 | 1992 | 1993 | 1993 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | GASTOS US$ | % | GASTOS US$ | % | GASTOS US$ | % |
| CONTRATADO | 421,475.00 | 20<br>100 | 491,094.00 | 10<br>16.51 | 462,326.00 | 9<br>9.6 |
| ESTADUAL * | 1,663,200.00 | 80<br>100 | 4,336,817.00 | 90<br>160.75 | 4,516,380.00 | 91<br>171.54 |
| MUNICIPAL | 0 | | 0 | | 0 | |
| FILANTRÓPICO | 0 | | 0 | | 0 | |
| UNIV.ENSINO | 0 | | 0 | | 0 | |
| UNIV.PESQUISA | 0 | | 0 | | 0 | |
| TOTAL | 2,084,675.00 | 100<br>100 | 4,827,911.00 | 100<br>131.59 | 4,978,706.00 | 100<br>138.82 |

FONTE: Data SUS ( Acesso remoto através do Programa Síntese). Dados brutos.

**TABELA 23**

**Distribuição de Domicílios particulares permanentes e pessoas moradoras no município de Botucatu segundo situação do domicílio**

| Total | Urbano | Rural | média de moradores por domicílio | Urbano | Rural | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 23.643 | (22.209) | (1.434) | | (84.239) | (5.895) | (90.134) |
| 100% | 93,93% | 6% | 3,79 | 93,45% | 6,55% | 100% |

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos

**TABELA 24**

**Domicílios particulares permanentes por nº de cômodos no município de Botucatu**

| Domicílio | Total | % |
|---|---|---|
| - Até 2 | 1.013 | 4,28 |
| - 3 e 4 | 4.815 | 20,36 |
| - 5 | 6.196 | 26.20 |
| - 6 a 9 | 9.623 | 40,70 |
| - 10 ou + | 1.996 | 8,44 |
| | 23.643 | 100 |

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos

**TABELA 25**

**Abastecimento de água por domicílios particulares permanentes no município de Botucatu**

| Abast. de água | Total Dom. | % |
|---|---|---|
| Água Canalizada Interna | 23.005 | 97,30 |
| Rede Geral | 21.580 | 91,27 |
| Outras formas (poço, nascente, etc.) | 852 | 3,60 |
| S/água canalizada interna | 638 | 2,69 |

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos

**TABELA 26**

**Instalação Sanitária por domicílios particulares permanentes no município de Botucatu**

| Instalação Sanitária | Total Dom. | % |
|---|---|---|
| Com algum tipo de instal. sanit. | 23.332 | 98,68 |
| Rede Geral | 19.281 | 81,55 |
| Vala | 76 | 0,32 |
| s/instalação sanitária | 299 | 1,26 |
| Não sabe | 12 | 0,05 |

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos

**TABELA 27**

**Percentual de coleta do lixo por domicílios particulares permanentes no município de Botucatu**

| Coleta de lixo | Total | % |
|---|---|---|
| **Coletado** | 20.673 | 87,43 |
| **Não Coletado** | 2.970 | 12,56 |
| **Total** | 23.643 | 100 |

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos

## TABELA 28

## ORÇAMENTO GERAL E FUNÇÕES DA ÁREA SOCIAL. MUNICÍPIO DE BOTUCATU 1988-91.

US$

| FUNÇÃO/ANO | 1988* | % | 1989** | % | 1990 | % | 1991 | % | M. Relat. % | M. Absol. %*** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ed./Cult. | 1,578,665.00 | 17.31 | 3,420,385.00 | 20.29 | 3,947,608.00 | 25.44 | 4,725,000.00 | 25.99 | | |
| | 1 | | 166,64 | | 150,06 | | 199,30 | | 22.25 | 172,00 |
| | | | 1 | | 15,41 | | 38,14 | | 23.90 | 26,77 |
| Hab/Urb. | 2,231,911.00 | 24.47 | 3,596,279.00 | 21.33 | 3,692,274.00 | 23.8 | 5,095,046.00 | 28.03 | | |
| | 1 | | 61,13 | | 65,43 | | 128,28 | | 24.40 | 84,94 |
| | | | 1 | | 2,66 | | 41,67 | | 24.38 | 22,16 |
| Saúde/Sanea. | 582,154.00 | 6.38 | 1,554,329.00 | 9.22 | 1,177,636.00 | 7.59 | 1,523,636.00 | 8.38 | | |
| | 1 | | 166,99 | | 102,28 | | 161,72 | | 7.89 | 143,66 |
| | | | 1 | | 24,23 | | -1,97 | | 8.39 | -13,10 |
| Ass./Prev. | 1,451,140.00 | 15.91 | 2,955,281.00 | 17.53 | 3,082,505.00 | 19.87 | 2,894,114.00 | 15.92 | | |
| | 1 | | 103,65 | | 112,41 | | 99,43 | | 17.30 | 105,16 |
| | | | 1 | | 4,3 | | -2,06 | | 17.77 | 1,12 |
| Transporte | 796,607.00 | 8.74 | 696,578.00 | 4.13 | 788,127.00 | 5.08 | 972,007.00 | 5.35 | | |
| | 1 | | -12,55 | | -1,06 | | 22,01 | | 5.82 | 4,20 |
| | | | 1 | | 13,14 | | 39,54 | | 4.85 | 2,80 |
| TOTAL ÁREA SOCIAL **** | 5,189,327.00 | 56,90 | 9,267,571.00 | 54,97 | 9,605,645.00 | 61,90 | 12,315,689.00 | 67,74 | | |
| | 1 | | 78,58 | | 85,10 | | 137,32 | | 60,37 | 100,33 |
| | | | 1 | | 3,64 | | 32,89 | | 61,53 | 18,26 |
| TOTAL DO ORÇAMENTO | 9,119,188.00 | 100 | 16,858,934.00 | 100 | 15,.516,131.00 | 100 | 18,178,507.00 | 100 | | |
| | 1 | | 84,87 | | 70,14 | | 99,34 | | | 84,78 |
| | | | 1 | | -7,96 | | 7,82 | | | -0,07 |

FONTE: Fundação SEADE

* ANO REFERÊNCIA = 1. PARA COMPARAÇÃO DO PERÍODO 1988-91.

** ANO REFERÊNCIA = 1. PARA COMPARAÇÃO DO PERÍODO 1989-91.

*** MÉDIA DA EVOLUÇÃO DO GASTO REAL.

****EXCLUSIVE FUNÇÃO ASSIS/PREV.

## TABELA 29

## ORÇAMENTO DA ÁREA SOCIAL. MUNICÍPIO DE BOTUCATU 1988-91.

US$

| Função/ano | 1988(1) | % | 1989(2) | % | 1990 | % | 1991 | % | M. Relat. | Ordem |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ED/CULT. | 1,578,655.00 | 30.42 | 3,420,385.00 | 36.90 | 3,947,608.00 | 41.09 | 4,725,000.00 | 38.36 | | |
| | * | | | | | | * | | 36.69 | 2o.lug. |
| | | | * | | | | * | | 38.78 | 2o.lug. |
| HAB/URB. | 2,231,911.00 | 43.00 | 3,596,279.00 | 38.80 | 3,692,274.00 | 38.43 | 5,095,046.00 | 41.37 | | |
| | * | | | | | | * | | 40.40 | 1o.lug. |
| | | | * | | | | * | | 39.53 | 1o.lug |
| SAU/SAN. | 582,154.00 | 11.21 | 1,554,329.00 | 16.77 | 1,177,636.00 | 12.25 | 1,523,636.00 | 12.37 | | |
| | * | | | | | | * | | 13.15 | 3o.lug. |
| | | | * | * | | | * | | 13.79 | 3o.lug. |
| TRANSPT. | 796,607.00 | 15.35 | 696,578.00 | 7.51 | 788,127.00 | 8.20 | 972,007.00 | 7.89 | | |
| | * | | | | | | * | | 9.73 | 4o.lug |
| | | | * | | | | * | | 7.86 | 4o.lug |
| TOTAL | 5,189,327.00 | 100 | 9,267,571.00 | 100 | 9,605,645.00 | 100 | 12,315,689.00 | 100 | | |
| | 1 | | 78,58 | | 85,10 | | 137,32 | | | |
| | | | 1 | | 3,64 | | 32,89 | | | |

FONTE: Fundação SEADE. DADOS BRUTOS.
(1)ANO REFERÊNCIA = 1 PARA COMPARAÇÃO DO PERÍODO 1988-91.
(2)ANO REFERÊNCIA = 1. PARA COMPARAÇÃO DO PERÍODO 1989-91.
* DELIMITAÇÃO DE PERÍODOS.

**TABELA 30**

**GASTO COM AIH (US$) DA ESFERA FEDERAL NO MUNICÍPIO DE BOTUCATU 1991-93**

| ANO | 1991(1) | 1991 | 1992 | 1992 | 1993 | 1993 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MODALIDADE HOSPITALAR | GASTO US$ | % | GASTO US$ | % | GASTO US$ | % |
| CONTRATADO | 0 | | 0 | | 0 | |
| ESTADUAL | 692,221.00 | 9 | 645,532.00 | 7 | 750,760.00 | 6 |
| | 1 | | -6,74 | | 8,45 | |
| MUNICIPAL | 0 | | 0 | | 0 | |
| FILANTRÓPICO | 1,263,565.00 | 17 | 1,464,622.00 | 17 | 1,809,133.00 | 15 |
| | 1 | | 15,91 | | 43,17 | |
| UNIV. ENSINO | 0 | | 0 | | 0 | |
| UNIV.PESQUISA | 5,597,651.00 | 74 | 6,620,516.00 | 76 | 9,205,407.00 | 79 |
| | 1 | | 18,27 | | 64,45 | |
| TOTAL | 7,553,438.00 | 100 | 8,730,671.00 | 100 | 11,765,300.00 | 100 |
| | 1 | | 15,58 | | 55,76 | |

FONTE: Data SUS (Acesso remoto através do Programa Síntese). Dados brutos.
(1) ANO REFERÊNCIA = 1.

# BIBLIOGRAFIA REFERIDA

ABRUCCIO, F. L. Os Barões da República: o poder dos governadores no Brasil pós-autoritário. São Paulo: Departamento de Ciência Política da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP; 1995 (Dissertação de Mestrado).

BENEVIDES, M. V. M. *A cidadania ativa.* São.Paulo: Ática, 1991, 208 p.

BRASIL. *Constituição: República Federativa do Brasil.* Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988, 292 p.

FSEADE. *Anuário Estatístico do Estado de S. Paulo - 1992 Volume 1.* (1ª ed.). São Paulo: Fundação Sistema Análises de Dados, 1993.

FIBGE. *Censo Demográfico - número 21.* São Paulo/Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1991, 764 p.

LOBO, T. "Políticas sociais no Brasil: descentralização para mais eficiência e eqüidade". In: Velloso, J. P. R.; Albuquerque, R. C.; Knoop, J. (coords.). *Políticas sociais no Brasil: descentralização, eficiência e eqüidade.* Rio de Janeiro: Inae/Ildes, 1995, 236p.

MEDICI, A. C. *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização* (1ª ed.). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994, 216 p.

TEIXEIRA, I. "Quem são os 'primos pobres' do orçamento". *Conjuntura Econômica,* vol. 7, n° 48, 1995, pp. 38-39.

VIANNA, S. M. "A Seguridade Social, o Sistema Único de Saúde e a partilha dos recursos". *Saúde e Sociedade,* vol. 1, n° 1, 1992, pp. 43-58.