

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE ESTUDOS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA**

***PACTO FEDERATIVO E A POLÍTICA SANITÁRIA
MUNICIPAL BRASILEIRA: OS CASOS DO RIO DE
JANEIRO E DE NITERÓI PÓS 90***

Monica Curcio de Souza Tostes

Niterói
2007

MONICA CURCIO DE SOUZA TOSTES

**PACTO FEDERATIVO E A POLÍTICA SANITÁRIA
MUNICIPAL BRASILEIRA: OS CASOS DO RIO DE JANEIRO
E DE NITERÓI PÓS 90**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Ciência Política da Universidade
Federal Fluminense, como requisito final para a
obtenção do Grau de Mestre.

Orientador: ARI DE ABREU SILVA

Niterói
2007

Tostes, Monica Curcio de Souza.

Pacto Federativo e a Política Sanitária Municipal Brasileira: os Casos do Rio de Janeiro e de Niterói pós 90. / Monica Curcio de Souza Tostes - Niterói, 2007.

Folhas 121

Orientador: Ari de Abreu Silva

Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Universidade Federal Fluminense, Centro de Estudos Gerais, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, 2007.

1. Federalismo 2. Ciência Política 3. Política Social 4. Relações
intergovernamentais 5. Financiamento

I - Título

CDD

MONICA CURCIO DE SOUZA TOSTES

**PACTO FEDERATIVO E A POLÍTICA SANITÁRIA MUNICIPAL
BRASILEIRA: OS CASOS DO RIO DE JANEIRO E DE NITERÓI
PÓS 90**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Ciência Política da Universidade
Federal Fluminense, como requisito final para a
obtenção do Grau de Mestre.

Data de aprovação: ____/____/____

Banca Examinadora:

Orientador: Prof. Dr. Ari de Abreu Silva
Universidade Federal Fluminense

Membro Interno: Prof. Dr. Cláudio de Farias Augusto
Universidade Federal Fluminense

Membro Externo: Prof. Dr. Aluizio Alves Filho
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dedico e Agradeço

Ao meu grande amor, Leonardo Tostes, por ser o meu maior admirador e incentivador. O seu amor tem sido a minha maior fonte de apoio e de vida. Sem ele, com certeza, não teria conseguido mais esta vitória.

A minha mãe, Regina Curcio, pela força, apoio e sacrifícios em todos os momentos de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, razão primeira de nossa existência e sentido do saber científico. É nele que encontro forças quando acho que não vou conseguir.

Ao meu orientador e amigo, Ari de Abreu pela atenção e dedicação com que me assistiu, dizer obrigada torna-se muito pouco.

Ao professor Dr. Cláudio de Farias Augusto por sua disponibilidade, apoio e comentários, e pela valiosa paciência e incentivo.

Ao professor Aluizio Alves Filho pela disponibilidade de participar da Banca Examinadora e pelos ilustres comentários.

A todos os professores do Mestrado, que não mediram esforços para oferecer ensinamentos capazes de motivar a realização deste trabalho.

A minha avó Sebastiana (em memória) pelo cuidado e amor quando mais precisei.

Aos meus tios Luiz Gonzaga, Elisabel, Maria da Conceição, Verônica e Euzébio pelo apoio e atenção.

Aos meus primos Luiz Gustavo, Diego, Hozana e Renata pelo carinho fraterno.

Ao meu sogro, Reynaldo, por toda a confiança e respeito.

Aos meus amigos de Mestrado, especialmente Tânia Hernandes, Tânia Quintan e Sonia Braga pelo companheirismo em todas as situações.

Enfim, agradeço a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desta dissertação, seja por gesto, olhar, palavra ou pensamento.

“A história não faz nada, não possui uma riqueza imensa, não dá combates, é o homem, o homem real e vivo que faz tudo isso e realiza combates; estejamos seguros de que não é a história que se serve do homem como um meio para atingir - como se ela fosse um personagem particular – seus próprios fins; ela não é mais que a atividade do homem que persegue seus objetivos”.

*Karl Marx
(Dezoto Brumário, 1983, p.131).*

RESUMO

Este projeto tem como objetivo analisar o sistema federativo brasileiro e as políticas de saúde a partir dos anos 90, destacando principalmente a atuação da esfera municipal e sua relação com as outras esferas. A questão central deste trabalho é verificar se o pacto federativo brasileiro tem sido afetado pelas organizações partidárias.

Optou-se por realizar um estudo de caso das políticas de saúde dos municípios do Rio de Janeiro e Niterói, com o intuito de observar se a questão político-partidária tem afetado no financiamento destas políticas.

Palavras-chave: Federalismo; Políticas de Saúde; Relações Intergovernamentais; Niterói, Rio de Janeiro.

ABSTRACT

This project aims to analyse the Brazil's federative system and the health policy from the 90's, mainly emphasizing the municipal role and its relation with other spheres. The central question of this work is to verify whether the federative pact has been affected by the party organizations.

The choice was to realize a case study about the health policies of the cities of Rio de Janeiro and Niterói, with the objective of to observe whether the political and party questions has affected the financing of this polities.

key words: federalism, health polities, intergovernmental relations, Niterói, Rio de Janeiro.

LISTA DE QUADROS

Quadro I - Lista de Transferências.....	113
Quadro II - Estrutura Tributária do Brasil.....	115
Quadro III- Evolução da Receita Orçamentária do município de Niterói.....	117
Quadro IV - Orçamentos Públicos em Saúde - Município de Niterói/RJ.....	118
Quadro V - Orçamentos Públicos em Saúde - Município do Rio de Janeiro/RJ.....	120

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS - Ações Integradas de Saúde
CES - Conselho Estadual de Saúde
CF - Constituição Federal
COFINS - Contribuição par o Financiamento da Seguridade Social
COSEMS - Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
CPMF - Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
DATASUS - Departamento de Informações e Informática do SUS
EC - Emenda Constitucional
EC 29 - Emenda Constitucional n°. 29 de 13 de setembro de 2000
FBH - Federação Brasileira de Hospitais
FMS - Fundação Municipal de Saúde
FMSN - Fundação Municipal de Saúde de Niterói
FPE - Fundo de Participação dos Estados e Distrito Federal
FPM - Fundo de Participação dos Municípios
GPAB - Gestão Plena da Atenção Básica
GPSE - Gestão Plena do Sistema Estadual
GPSM - Gestão Plena do Sistema Municipal
IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICM - Imposto sobre Circulação de Mercadorias
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
II - Imposto de Importação
IE - Imposto de Exportação
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IOF - Imposto sobre Operações Financeiras
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPI - Impostos sobre Produtos Industrializados
IPMF - Impostos Provisório sobre Movimentações Financeiras
IPTU - Imposto sobre Propriedade Territorial Urbana
IPVA - Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotivos

IR - Imposto de Renda
ISS - Imposto sobre Serviços
ITD - Imposto de Transmissão causa mortis e Doação
ITR - Imposto Territorial Rural
IVC - Imposto sobre Venda de Combustível
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOS - Lei Orgânica da Saúde
LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal
MS - Ministério da Saúde
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
OPAS - Organização Panamericana de Saúde
PAB - Piso da Atenção Básica
PCB - Partido Comunista Brasileiro
PC do B - Partido Comunista do Brasil
PDT - Partido Democrático Trabalhista
PFL - Partido da Frente Liberal
PHS - Partido Humanista da Solidariedade
PIB - Produto Interno Bruto
PL - Partido Liberal
PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PP - Partido Progressista
PPB - Partido Progressista Brasileiro
PPS - Partido Popular Socialista
PRN - Partido da Reconstrução Nacional
PRONA - Partido de Reedificação da Ordem Nacional
PSB - Partido Socialista Brasileiro
PSDB - Partido da Social Democracia Brasileira
PSF - Programa de Saúde da Família
PT - Partido dos Trabalhadores
PTB - Partido Trabalhista Brasileiro
PV - Partido Verde
RJ - Rio de Janeiro
SES - Secretaria Estadual de Saúde

SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SSN - Secretaria de Saúde de Niterói

SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCE - Tribunal de Contas do Estado

TCE-RJ - Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro

UF - Unidades da Federação

UFF - Universidade Federal Fluminense,

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

Capítulo 1 – INTRODUÇÃO.....	15
Capítulo 2 – MARCO ANALÍTICO DO FEDERALISMO.....	18
2.1 - Conceitos básicos e as principais características do federalismo.....	20
2.2 - Abordagens sobre o federalismo do Brasil.....	28
2.3 - Políticas Sociais.....	39
Capítulo 3 – O FEDERALISMO FISCAL E AS POLÍTICAS DE SAÚDE APÓS A CONSTITUIÇÃO DE 1988 - UMA ANÁLISE HISTÓRICA.....	44
3.1. – A democratização das políticas de saúde no Brasil	46
3.2 – Federalismo fiscal.....	60
Capítulo 4 – OS MUNICÍPIOS DO RIO DE JANEIRO E NITERÓI E A ORGANIZAÇÃO DOS SEUS SISTEMAS DE SAÚDE - ESTUDO DE CASO.....	72
4.1 – Caso 1-O município de Niterói.....	73
4.1.1 – A rede de atenção à saúde e o financiamento deste setor.....	79
4.2 – Caso 2 - O município do Rio de Janeiro.....	88
4.2.1 – A rede de atenção à saúde e o financiamento deste setor.....	92
4.3 - A influência político-partidária no financiamento das políticas sociais.....	97
Capítulo 5– CONCLUSÃO.....	104
Capítulo 6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	108
Capítulo 7 - ANEXOS.....	113

1 – INTRODUÇÃO

A década de 1980 caracterizou-se pelos primeiros movimentos de transição democrática e pela profunda crise econômica do país, especialmente a do financiamento do Estado. A derrubada do regime autoritário e centralizador propiciou a emergência de novos atores e a ampliação da organização popular produziu o aumento das demandas sobre o Estado. Este processo desencadeou um movimento em busca da universalização do acesso aos serviços de saúde e do reconhecimento da saúde como um direito universal e dever do Estado.

A Constituição de 1988 estabeleceu uma nova concepção de política social. Esta política, que era marcada pela exclusão e pela reprodução das desigualdades econômicas e sociais foi reconhecida como um direito universal. No campo da saúde, foi criado o SUS a partir dos princípios da unificação, participação e descentralização. Com a descentralização, houve uma significativa transferência de capacidade decisória, de funções e de recursos do governo nacional para os Estados e principalmente os municípios. É a partir deste contexto que tem início este estudo.

O objeto central desta dissertação é o estudo do sistema federativo brasileiro, mais especificamente, no que tange às relações intergovernamentais na produção e financiamento das políticas de saúde após a década de 90. Um outro aspecto importante é verificar se o federalismo brasileiro tem sido cooperativo, conforme estabelecido pela Carta de 1988. A idéia principal é verificar se a questão político-partidária é uma variável interveniente no pacto federativo brasileiro. Parte-se do pressuposto que parte dos conflitos entre as esferas ocorrem devido as suas distintas orientações partidárias.

A metodologia utilizada foi tanto qualitativa quanto quantitativa. A elaboração da dissertação envolveu várias fases: uma ampla pesquisa bibliográfica, a compreensão das leis e normas do SUS e a análise de dados financeiros dos municípios abordados que foram obtidos no DATASUS, SIOPS, TCE, etc. Além disso, utilizou-se da fonte jornalística.

Optou-se pelo método “estudo de caso”, onde conforme Menga Lüdke & Marli, o objeto estudado é tratado como único, uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada, onde a generalização não possui relevância.

O trabalho foi organizado em uma introdução (Capítulo 1) e outros quatro capítulos, de maneira a permitir a análise dos aspectos teóricos e práticos referentes ao federalismo, ao federalismo fiscal e as relações intergovernamentais.

No capítulo 2, trata-se dos elementos conceituais que definem o federalismo e as políticas sociais. O entendimento do federalismo é fundamental para a compreensão do tipo de federalismo existente no Brasil. Na primeira parte, explicita-se o surgimento do federalismo nos EUA e suas influências sobre o federalismo brasileiro. Já a segunda apresenta algumas concepções do federalismo no Brasil. A definição de federalismo utilizada é a de Silva, na qual se afirma que a finalidade do federalismo seria gerar e manter simultaneamente a unidade e a diversidade entre os Estados-membros, equilibrando suas forças centrípetas e centrífugas. A terceira parte, aborda alguns aspectos relativos às políticas sociais.

No capítulo 3, faz-se uma abordagem histórica das políticas de saúde, especialmente, a partir da Constituição de 1988 aos dias atuais. A intenção é observar como tem sido a transferência de recursos e de poder de gestão da esfera federal para os municípios. Buscou-se as principais leis e normas que regem o Sistema Único de Saúde, especialmente no que diz respeito aos seus aspectos financeiros. Quer-se entender a participação dos governos federal, estadual e municipal no financiamento da saúde. Outro objetivo deste capítulo é analisar

alguns aspectos do federalismo fiscal e do sistema tributário brasileiro, enfatizando principalmente as atribuições e competências de cada esfera governamental.

No capítulo 4, parte-se para o estudo de caso das políticas sanitárias dos municípios de Niterói e do Rio de Janeiro. Em primeiro lugar, é realizado um breve histórico da área de saúde dos municípios; depois, uma descrição de suas redes de atenção à saúde. Procura-se identificar as contribuições de cada esfera de governo nas despesas deste setor. Os estudos têm início em janeiro de 1995 e fim em dezembro de 2005. Além disso, a questão da influência político-partidária será trabalhada. As fontes empíricas utilizadas são os dados do DATASUS, SIOPS, além de alguns textos jornalísticos. Finalmente, no capítulo 5, tenta-se apresentar algumas conclusões sobre a questão do financiamento da saúde e sobre o relacionamento entre as esferas de governo.

A importância deste estudo ocorre porque, através de diversas pesquisas, observou-se à inexistência de trabalhos que tenham abordado de forma mais aprofundada a questão da influência partidária no financiamento da saúde pública. Acredita-se que este estudo será útil para pesquisas e trabalhos futuros que se dediquem a analisar o federalismo brasileiro.

2 - MARCO ANALÍTICO DO FEDERALISMO

O estudo do federalismo é essencial para a compreensão de como têm sido estruturadas as relações entre as esferas governamentais na produção de políticas sociais, especialmente, a partir dos anos 80. Com a Constituição de 1988 tem-se um redesenho do federalismo brasileiro que modifica, principalmente, o relacionamento entre os diferentes níveis de governo. Um dos principais desafios do federalismo brasileiro é encontrar uma forma de amenizar os conflitos entre estes níveis e fazer com que atuem de forma cooperativa e, ao mesmo tempo, autônoma.

Neste capítulo, objetiva-se apresentar elementos conceituais que definem um sistema federativo e suas principais características. Esta discussão está dividida em duas partes. A primeira parte corresponde às abordagens mais gerais do federalismo e a sua gênese nos Estados Unidos da América. A análise deste federalismo é necessária por três motivos: primeiro para se compreender o significado de federalismo de forma mais ampla, segundo para se entender as suas influências no federalismo brasileiro e por último para compará-los.

A segunda parte retrata o surgimento e a evolução do federalismo no Brasil. Para realizar este propósito são abordadas diversas concepções e características a respeito do mesmo. O foco concentra-se no início dos anos 90, de forma a perceber se houve, efetivamente, uma mudança na prática, no que diz respeito à relação centralização e descentralização e para compreender se o federalismo vigente em nosso país tem respeitado a idéia de cooperação entre as esferas governamentais, proposta pela Constituição de 1988.

Já a última parte trata de alguns conceitos e características das políticas sociais no Brasil. Além disso, observa como tem sido a atuação das esferas na produção deste bem. As políticas sociais são essenciais a sobrevivência das pessoas, daí a vem a importância em

estudá-las. Acredita-se que os conflitos intergovernamentais têm afetado principalmente o financiamento destas políticas.

2.1 - Conceitos básicos e as principais características do federalismo

Diversas abordagens têm sido utilizadas para explicar o federalismo. Através da análise de algumas dessas concepções, objetiva-se entender qual a mais próxima da realidade brasileira e quais as suas principais influências. Tendo como fundamento a teoria do Estado federal moderno, é possível definir o federalismo como uma forma particular de organização político-territorial do poder do Estado, que surgiu como oposição a idéia de Estado unitário e do confederativo.

Para Mendes (2004), a diferença entre estes três tipos de governo é a seguinte: o governo unitário é aquele no qual o controle das decisões governamentais está nas mãos do governo nacional. Neste caso, não existem governos estaduais ou municipais com poderes políticos constitucionais, mas somente agências locais sob comando do governo central. Cita como exemplos deste tipo de sistema o Japão, Portugal, Espanha e Nova Zelândia.

Nos sistemas confederados, os estados membros são politicamente mais fortes que o governo central. Este último é um mero coordenador de esforços. O que vale como regra são as decisões individuais, sendo as coletivas apenas as ações previamente acordadas entre os membros. Um exemplo é a recém-criada União Européia. Já o sistema federal é caracterizado por representar um grau de unificação superior que o sistema confederado. Neste há a preponderância do governo federal sobre as outras esferas, especialmente, no que diz respeito à soberania nacional. É o caso do Brasil.

Abrantes¹(s.d.) lembra que no Estado federal ocorre uma divisão de competências a serem exercidas pelas organizações governamentais da maneira em que desejarem e sem

¹ Artigo publicado no site: sisnet.aduaneiras.com.br/lex/doutrinas/arquivos/federalismo.pdf -

interferências nestas decisões. Já no Estado unitário existe apenas um centro responsável pela tomada de decisões.

No caso brasileiro, Arretche (2002) lembra que durante o período militar, as relações intergovernamentais do Estado brasileiro eram na prática muito mais próximas às formas que caracterizam um Estado unitário do que as que caracterizam as federações. Ela atenta ainda para a falta de autonomia política das outras esferas de governo. Segundo suas palavras:

“Governadores e prefeitos das capitais e de cerca de 150 cidades de médio e grande porte não tinham autonomia política, pois eram selecionados, de fato, mediante indicação da cúpula militar, isto é, sua autoridade política não derivava do voto popular direto. Além disso, governadores e prefeitos detinham escassa autonomia fiscal, pois a centralização instituída pela reforma fiscal dos anos de 1960 concentrou os principais tributos nas mãos do governo federal. Finalmente, os governadores não tinham autoridade sobre suas bases militares, uma vez que as polícias militares estaduais foram colocadas sob controle do Exército Nacional”. (2002a, p. 3).

Para Watts (1996), a federação é um dos modelos de organização política não unitária de um estado. Nesta, nem a esfera federal e nem as outras que a constituem estão, conforme a constituição, subordinadas umas as outras. É a constituição que estabelece os poderes e não o outro nível de governo. Acrescenta que cada esfera tem o poder de tratar de forma direta com os cidadãos no exercício de seus poderes legislativo, executivo e tributário, sendo cada um eleito por seus cidadãos.

Tanto Elazar (1987) quanto Lijphart (2003) compartilham da visão de que na ciência política, normalmente, a divisão de poder é empregada como sinônimo de federalismo. Lijphart (1999) define os estados federativos como uma forma particular de governo dividido verticalmente, de maneira que diferentes níveis de governo têm autoridade sobre a mesma população e território.

De acordo com a definição de Elazar (1987) o significado do termo federal é de pacto.

Ele explica que:

Um arranjo federal é uma parceria, estabelecida e regulada por um pacto, cujas conexões internas refletem um tipo especial de divisão de poder entre os parceiros, baseada no reconhecimento mútuo da integridade de cada um no esforço de favorecer uma unidade especial entre eles. (1987, p. 5).

Para alcançar o êxito do sistema federativo, seria necessário desenvolver um “equilíbrio adequado entre cooperação e competição, e entre o governo nacional e seus componentes”. (Elazar, 1993 apud Abrúcio 1998, p.27). Aponta ainda um outro elemento, como uma das principais características do federalismo: a não-centralização. Para Elazar (1987, p. 35), num sistema político não-centralizado não se deve pensar as estruturas de poder, nem como estruturas piramidais e também não com o formato centro-periferia, mas pode pensá-lo como uma matriz de poder de tomada de decisão, onde não há centros maiores ou menos importantes, e sim arenas ou espaços maiores ou menores de ação.

Elazar (1993) fala da necessidade de que o pacto seja aceito pelos seus participantes e da necessidade de que existam instituições fortes. Quanto a estas instituições federativas, salienta que são responsáveis por dar materialidade a conciliação dos princípios de autonomia dos governos e de interdependência - seu conceito de federalismo segue a fórmula clássica do “self rule plus shared rule” - que é a regra fundamental do federalismo.

A gênese do federalismo se deu em 1787, nos E.U.A, o regime que vigorava, até então, era o confederativo. Neste, as colônias eram autônomas, não havia subordinação entre elas e nem a figura do governo central. Conforme Bercovici (2001) a confederação funcionava da seguinte maneira:

A Confederação possuía um órgão político central, o Congresso, de caráter predominantemente diplomático, que carecia de autoridade própria, respeitando a absoluta independência dos Estados associados. Os representantes dos Estados se reuniam no Congresso para deliberar assuntos de interesse comum (na sua maioria, os ligados às relações e comércio

internacionais). O Congresso era subordinado ao poder dos Estados, sujeitando-se ao seu poder de veto. Dessa maneira, as decisões só poderiam ser tomadas pela unanimidade dos treze Estados. As deliberações da Confederação tinham mais o caráter de recomendações do que propriamente o de leis, pois a sua execução era deixada a cargo dos Estados, que só respeitavam essas deliberações se as consideravam adequadas aos seus interesses particulares. A Confederação, em suma, não passava de uma soma dos componentes políticos das antigas colônias inglesas, gerando um governo extremamente instável devido aos constantes impasses políticos”. (2001, p.225).

Para Abrúcio & Costa (1998), o surgimento da Federação nos Estados Unidos se deu devido a duas motivações: a primeira denominada hobbesiana ocorreu pela falta de proteção dos estados das ameaças externas ou de conflitos entre os próprios. Ou seja, desejavam preservar a autonomia e independência das unidades. O outro fator foi a preocupação mandsoniana com o objetivo de limitar a atuação federal.

O sistema federativo foi instituído nos Estados Unidos, a partir de uma reunião na Filadélfia, com os diversos representantes dos Estados para fazer uma revisão a respeito do antigo tratado celebrado entre elas conhecido como “Artigos da Confederação”, formulados em 1776 e aprovados pelo Congresso Continental em 1777, que foi a primeira constituição americana. Neste encontro, através de intensas discussões decidiram pelo modelo de Estado Federal que foi instituído pela Constituição Federal. A principal função da Constituição seria a de preservar a autonomia dos Estados e proteger seus direitos.

Este federalismo teve como base teórica os “Artigos Federalistas” de Alexander Hamilton, James Madison e John Jay, sendo a obra resultado da reunião de aproximadamente 85 artigos que eram publicados na imprensa de Nova York com a intenção de colaborar para que a nova Constituição fosse ratificada pelos Estados.

Segundo Limongi (1997) estes três nomes se destacam por estarem associados à luta pela independência dos Estados Unidos. Os ensaios publicados pelos mesmos são a primeira e grande contribuição a respeito do Estado federal. O federalismo proposto estava ligado a

defesa da forma de governo republicana, que era vista como a ideal. Eles defendiam a idéia de que era necessária a unificação dos estados federados em um governo central responsável por garantir a liberdade, a paz e a prosperidade econômica da nação, fundamentalmente em relação a outros países. (Hamilton et al., 1993).

Hamilton achava que isto deveria ser feito através da criação de uma Constituição federal de forma a proteger a autonomia dos Estados e instituir os direitos e deveres de toda a nação. Esta Constituição foi responsável por estabelecer um novo modelo de Estado, o federal. Acreditava-se que este modelo poderia manter a unidade norte-americana. O federalismo foi a solução encontrada para que a identidade e autonomia das treze colônias fossem reconhecidas e possibilitou também um esquema que seria capaz de solucionar os conflitos ou controvérsias eventuais.

Conforme afirma Limongi (1997), os autores achavam que esta nova constituição elaborada pela Convenção Federal oferecia um ordenamento político muito superior ao dos tempos dos Artigos da Confederação. Segue citação do preâmbulo da Constituição dos Estados Unidos da América: “Nós, o povo dos Estados Unidos, a fim de formar uma União mais perfeita, estabelecer a justiça, assegurar a tranquilidade interna, prover a defesa comum, promover o bem-estar geral, e garantir para nós e para os nossos descendentes os benefícios da Liberdade, promulgamos e estabelecemos esta Constituição para os Estados Unidos da América”.

Bobbio & Matteucci (2000), ao analisarem os ensaios dos Federalistas chamam a atenção para o fato da Constituição dos Estados Unidos da América ser a primeira a tratar de uma das mais completas formulações a respeito da teoria do Estado federal, porém ressaltam o fato de não haver na mesma “... nenhuma consideração sobre o sentido global deste instrumento institucional. Ele foi apresentado mais como um meio para resolver os problemas

políticos dos americanos do que como modelo de Governo para a sociedade das nações”. (2000, p. 481).

Cabe afirmar que, embora o federalismo brasileiro tenha sido influenciado pelo americano, a sua origem foi bem diferente. Enquanto no Brasil surgiu, primeiro, a idéia de uma unidade com poder centralizado que depois dividiu-se em províncias, sem nenhuma autonomia, que, após a proclamação da República Federativa do Brasil, transformaram-se em Estados. No caso dos EUA, os Estados já eram autônomos e se reuniram para formar uma nação, sem perder a autonomia.

Este aspecto foi salientado por Abrúcio & Costa (1998) que, ao comparar os dois modelos, enfatizam as diferenças em suas constituições. Para os mesmos, no caso do Brasil, no momento de sua constituição partiu-se de um Estado unitário e centralizado para um modelo de descentralização de poder. Em segundo lugar, observa a divergência nos motivos que levaram a instalação de um sistema federal. Enquanto nos EUA as motivações estavam relacionadas à necessidade de união para segurança de todos e a defesa do maior grau de autogoverno possível, no caso brasileiro a motivação relacionava-se na autonomia dos Estados.

A terceira diferença refere-se ao *continuum* centralização-descentralização, pois a formação daquele partiu do consentimento de ex-colônias soberanas que optaram pelo federalismo para criar uma unidade, representado por um governo central e contemplando as individualidades dos Estados e com a instituição de controles ao Governo Federal. Já no Brasil, partiu-se de um poder central que repartiu o poder entre as esferas sem ter o seu poder eliminado. A última distinção diz respeito ao fato de que, no Brasil, ao optar-se pelo federalismo, não havia posição de simetria entre os atores, o que os levaria a atuação predatória e não cooperativa.

Um outro aspecto retratado pelos autores diz respeito às correntes teóricas que pretendiam explicar o funcionamento ideal do jogo federativo norte-americano. Estas correntes são representadas por Thomas Dye e Schwatz que partem da idéia de que o sistema federativo se sustenta através da existência de mecanismos de cooperação e de competição.

O primeiro chama a atenção para a importância da competição entre as esferas de governo. Para ele, esta competição entre os diferentes interesses das esferas atua sobre o controle do poder e aumenta a eficácia nos resultados das políticas públicas. Esta competição protege as esferas contra os abusos e deve ocorrer tanto entre Estados e União quanto na relação dos estados entre si, como na relação dos governos locais. Para que isso ocorra, é preciso que não haja dependência financeira e política dos governos subnacionais quanto ao Federal. Cabe salientar, a visão negativa que tem do governo federal.

Já o segundo fala da relevância da União num sistema federativo e sustenta a necessidade de se compatibilizar as diversas atividades das esferas de governo. Defende a importância da cooperação entre as esferas e salienta a necessidade de que o poder seja dividido entre as esferas estadual e federal.

Como alternativa a estes modelos, tem-se a concepção de Elazar (1993). Este atenta para o fato de que para ser considerado bem sucedido todo sistema federal deve desenvolver um equilíbrio adequado entre cooperação e competição que deve existir entre o governo nacional e seus componentes. Elazar enfatiza também a necessidade de mecanismos institucionais para que o federalismo tenha êxito.

É mister salientar que optou-se por retratar estas correntes por considerá-las úteis para a compreensão do federalismo brasileiro. No caso do Brasil observa-se que as práticas não cooperativas e predatórias têm dominado as relações entre os entes federativos. Embora existam momentos e experiências de práticas cooperativas entre as esferas, estas ocorrem em menor grau que as práticas de competição. É notório que a competição está presente,

principalmente, entre Estados e municípios que possuem diferentes orientações partidárias da União. Acredita-se na necessidade de equilíbrio entre competição e cooperação, tal como proposto por Elazar, e na força das instituições.

2.2 - Abordagens sobre o federalismo do Brasil

É preciso destacar que há fórmulas diferenciadas de federalismo, isto pode ser percebido ao observar os países que adotaram esta forma de organização de Estado. Nas palavras de Horta (1958, p.152):

Como se sabe, não há tipo de Estado Federal e, com propriedade, pode-se sustentar a existência de tipos nacionais de federalismo, para caracterizar a variação espacial do Estado Federal (...) a organização do Estado Federal não se ajusta a um figurino exclusivo e reclama, ao contrário, técnicas peculiares, que assinalam a existência de tipos de federalismo. (HORTA, 1958 apud JORDY, 2006, p.45).

A literatura especializada aponta que existem diversos arranjos possíveis de federalismo. Almeida (1996) analisa alguns desses arranjos: o federalismo dual, o centralizado e o cooperativo. No federalismo dual, os poderes do governo geral e local são realizados de modo separado e independente, cada um na sua respectiva esfera. O federalismo centralizado diz respeito à ação dos entes subnacionais como agentes administrativos da esfera federal, o qual possui grande interferência nos temas subnacionais, concentrando uma grande parcela de poder de decisão e também de recursos. Para finalizar, o cooperativo inclui formas mistas, marcadas pela atuação conjunta entre as esferas de governo, sem que haja padrões de autoridade claramente definidos e com diversas competências governamentais superpostas.

O regime federativo foi instituído no Brasil em 1989 por Marechal Deodoro da Fonseca, porém no período imperial já tinha grandes defensores. Dois exemplos disso são Joaquim Nabuco e Rui Barbosa. O primeiro relacionava a idéia de federação com descentralização. Conforme sua concepção: “Federação é descentralização e esta se realiza pela eleição dos presidentes da província”. (TORRES, 1961, p.28). A sua tese sobre federação

era a seguinte: “A federação trará a descentralização necessária, e, esta, assume a forma da eletividade dos presidentes”. (1961, p.29).

O segundo, também, nutria um sentimento de fascínio pelo federalismo. Conforme relata Lamounier (2006), Rui Barbosa era um apaixonado pela causa abolicionista e pelo federalismo e teria convertido-se à idéia republicana quando sentiu que a monarquia centralizadora acabaria por levar o Brasil a conflitos regionais cada vez mais graves e, eventualmente, à desagregação. Acrescenta que quando a república foi proclamada, Rui Barbosa teria optado pelo presidencialismo por acreditar ser melhor para o funcionamento do federalismo, o qual era visto como uma condição essencial à sobrevivência do Brasil. Um outro desejo era ver a Federação Brasileira plenamente configurada, com os municípios possuindo uma ampla autonomia.

A partir da República, inúmeros grupos passaram a disputar o poder, cada qual com suas características, interesses e concepções de como organizá-la. De forma bem sucinta, o período republicano dividiu-se em cinco: a primeira república (1889-1930), o estado getulista (1930-1945), o período democrático (1945-1964), o regime militar (1964-1985) e a redemocratização.

A primeira constituição republicana dos Estados Unidos do Brasil, inspirada no modelo norte-americano, foi promulgada em 1891. Conforme o artigo 1º da Constituição, a República Federativa será constituída pela união perpétua e indissolúvel das suas antigas Províncias, em Estados Unidos do Brasil. A partir deste período, as províncias foram transformadas em Estados e conquistaram a sua autonomia a o antigo município neutro constituiu o Distrito Federal, permanecendo a Capital da União.

A autonomia dos Estados estava expressa no artigo 65 e inciso 2º da mesma: “em geral, todo e qualquer poder ou direito, que lhes não for negado por cláusula expressa ou

implicitamente contida nas cláusulas expressas da Constituição”. Sobre os Municípios, o art. 68 definiu que “Os Estados organizar-se-ão de forma que fique assegurada a autonomia dos Municípios em tudo quanto respeite ao seu peculiar interesse”. Vale adicionar, conforme Fausto (2004, p. 249), que a União ainda continuou com poderes, tais como, os impostos de importação, taxas dos correios e telégrafos federais, a instituição de bancos emissários, etc.

A Constituição de 1891 delegou diversas competências aos Estados. Porém, com o passar do tempo, várias medidas foram adotadas, tais como a política dos governadores, com o intuito de aumentar a concentração de poderes nas mãos do governo federal. Em 1929, uma forte cisão entre as elites dos grandes Estados, levou ao fim da Primeira República (FAUSTO, 2004, p.319).

No período seguinte do Estado getulista, o poder decisório estava amplamente concentrado nas mãos do Executivo federal. O governo de Vargas assumiu tanto o poder Executivo quanto o Legislativo. No lugar da maioria dos governadores eleitos os quais foram demitidos, foram nomeados interventores federais. A centralização ocorreu também no plano econômico (Ibid., p.333).

Com a queda de Getúlio Vargas e com as eleições de 1945 inaugurou-se o período democrático (1945-1964). Uma nova Constituição foi promulgada em 1946 no governo de Dutra. De acordo com suas disposições, o Brasil manteria, sob o regime representativo, a Federação e a República. Esta definiu também as atribuições e impostos da competência dos Estados e dos Municípios. Sendo a autonomia municipal assegurada nos seguintes casos:

Pela eleição do Prefeito e dos Vereadores; pela administração própria, no que concerne ao seu peculiar interesse e, especialmente, a) à decretação e arrecadação dos tributos de sua competência e à aplicação das suas rendas; b) à organização dos serviços públicos locais.

Após o governo de Dutra, as eleições de 1950 levaram Vargas a assumir novamente a presidência do país. Este governo trouxe grandes conquistas aos trabalhadores, porém, enfrentou uma forte oposição e faltava-lhe uma base de apoio. As fortes pressões levaram Vargas ao suicídio em 1954. Após o seu governo assumiram a presidência: Café Filho, Juscelino Kubitschek, Jânio Quadros e João Goulart. Este último enfrentou fortes pressões e perdeu a legitimidade. Em 1964, um golpe militar levou a derrubada do então presidente, assim é instituído o regime militar no país.

O período militar caracterizou-se, sobretudo, pela intensa centralização de poderes e recursos nas mãos do Executivo Federal, pelos processos fechados de decisão e pela gestão centralizada em grandes burocracias. Arretche (2002) ressalta que havia uma idéia unânime de que a intensa centralização decisória deste regime havia gerado ineficiência, corrupção e ausência de participação. Desta forma, no Brasil da década de 80, centralização e autoritarismo eram vistos como filhos da ditadura.

Com a redemocratização, as características da fase anterior passaram a ser desprezadas, vistas como sinal de retrocesso e fracasso. Por outro lado, a descentralização se tornou um sinônimo de democratização, participação e controle e equidade como enfatizam Almeida (1995) e Versano (1998). Para Almeida, a descentralização era considerada meio e condição para uma reforma profunda das políticas sociais com equidade e eficiência.

A Carta de 1988 incorporou estes ideais e privilegiou, sobretudo, as políticas sociais consagrando-as como direito do cidadão e dever do Estado. A Constituição, além de descentralizar poderes e recursos entre as outras esferas, universalizou os direitos sociais dos cidadãos e abriu um espaço para a participação da comunidade. É relevante ressaltar, principalmente, o novo papel adquirido pelos municípios que deixaram de ser meros prestadores de serviços e passaram a ser gestores.

Giambiagi et al. (1999) enfatiza que, no Brasil, a importância do fenômeno da descentralização é realçada pela dimensão geográfica do país. Para ele, os países com maior extensão territorial tendem a conviver com maiores problemas no seu sistema federativo que os menores.

Kugelmas e Sola (2000) apontam que seria bastante simplista resumir as análises em torno do regime federativo brasileiro na metáfora da sístole/diástole, que tem sido bastante utilizada. Esta metáfora diz respeito à alternância de períodos de centralização e de descentralização na história do país, tendo-se como prática habitual à identificação da centralização com o autoritarismo e a descentralização com avanços democráticos. Estes ressaltam o aspecto de continuidade nos processos que são relevantes para o entendimento da evolução do sistema federativo e das variações entre centralização e descentralização.

Souza (1999), também, defende a idéia de que o nosso federalismo não se formou pela dicotomia entre centralização versus descentralização, mas sim por um *continuum* entre esses processos, o qual sempre guiou as relações de poder entre as esferas central, regionais e locais. Bobbio & Matteucci (2000), ao analisar as considerações sobre os conceitos de centralização e descentralização, salientam que:

A centralização e a descentralização em geral (e também a centralização e descentralização administrativas) não são instituições jurídicas únicas, mas fórmulas contendo princípios e tendências, modos de ser de um aparelho político ou administrativo, são, portanto, diretivas de reorganização no sentido mais lato e não conceitos imediatamente operativos. Além disso, se for verdade que eles representam dois tipos diferentes e contrapostos de ordenamentos jurídicos, é também verdade que se trata de figuras encontradas na sua totalidade somente em teoria. (2000, p.329).

A concepção de federalismo aqui utilizada é a descrita por Silva (1999) que afirma que este teria por finalidade gerar e manter simultaneamente a unidade e a diversidade entre os Estados-membros, equilibrando suas forças centrípetas e centrífugas. Concorda-se também quanto ao federalismo consistir num ordenamento estatal que responde a certas condições

sócio-econômicas, históricas e concretas, podendo tal ordenamento vir a ser ultrapassado pela dinâmica das relações de seus Estados-membros, isto é, por novos arranjos entre as forças centrípetas e centrífugas. (1999, p.15). Parte-se, igualmente, da importância de que para estabelecer este equilíbrio seria primordial estabelecer mecanismos de *checks and balances* para que se tenha um controle maior sobre as atividades das esferas governamentais.

Diversos outros autores analisaram aspectos e características do federalismo brasileiro, principalmente, a partir dos anos 90. As principais referências utilizadas são Almeida (1995), Camargo (1992), Kugelmas & Sola (2000), Fernando Abrúcio (1998), Mainwaring (1998), Tomio (2002), Souza (1999) e Gagnon (1997) e Varsano (1997).

Almeida (1995) define o federalismo como “um sistema baseado na distribuição territorial do poder e autoridade entre as instâncias de governo, constitucionalmente definida e assegurada, de tal forma que os governos nacional e subnacionais sejam independentes na sua esfera própria de ação.” Segundo ela, o “federalismo constitui um compromisso peculiar entre difusão e concentração do poder político, em função de algum modelo compartilhado de nação e de graus socialmente desejados de integração política e de equidade social”. (1995, p. 89).

Ela chama a atenção para a diferenciação entre descentralização e não-centralização. Na sua concepção, o federalismo possui uma estrutura não centralizada, e a justifica afirmando que por serem estruturas não-centralizadas, os sistemas federais moldam formas peculiares de relações intergovernamentais, constitutivamente competitivas e cooperativas, e modalidades de interação necessariamente baseadas na negociação entre instâncias do governo e acrescenta que a expressão mais clara da natureza não centralizada do federalismo refere-se a existência de competências comuns entre instâncias de governo.

Um outro autor que destaca a não-centralização como uma das principais características do federalismo é Elazar (1987). Para ele, isto ocorre visto que os níveis

subnacionais de governo não praticam suas ações por transferência ou simples delegação de poder central e não é estabelecida entre as esferas federativas uma ordenação fixa. Ou seja, estas esferas possuem uma certa independência em sua área de atuação e decisão que independe da forma em que os poderes estão repartidos. Um outro ponto é que a autoridade das mesmas somente pode ser retirada se houver o consentimento mútuo.

Uma particularidade do federalismo brasileiro é a sua relação com a descentralização. Sobre este aspecto, Camargo (1992) salienta que: “o Brasil é o único país de tradição federativa em que a Federação, ainda hoje, identifica-se com a descentralização, ao invés de significar, como ocorreu nos E.U.A. e nos demais, a organização da União”. (CAMARGO, 1992 apud ABRÚCIO, 1998, p. 33).

Sobre como tem sido o relacionamento entre as esferas governamentais na área de saúde pública, uma das hipóteses defendidas é que esta relação conflituosa tem prejudicado, principalmente, os municípios. O nosso federalismo tem sido mais competitivo e predatório e menos cooperativo.

Parte-se da definição de federalismo predatório de Kugelmas e Sola (2000). Eles definem que o conceito tem sido utilizado para caracterizar “a situação reinante, marcada pelo perpétuo conflito em torno dos recursos a serem atribuídos a cada esfera...”. Segundo os mesmos, uma análise a respeito dos principais problemas do federalismo brasileiro realçaram o seu caráter predatório e a dificuldade de criar instrumentos de ação que atuem na prevenção de conflitos e na criação de incentivos para um jogo cooperativo, tanto na relação dos Estados entre si quanto na relação da União com as outras esferas.

Abrúcio (1998) acredita que principalmente no período de redemocratização as relações entre as esferas governamentais foram predominantemente não cooperativas e predatórias. Ele complementa que esta relação predatória tem ocorrido tanto na relação dos Estados com a União como das unidades estaduais entre si. Ele salienta que o federalismo é a

melhor forma de equacionar democraticamente o conflito entre os níveis de governo e acentua que o principal desafio do federalismo é encontrar o desenho institucional apropriado para conseguir resolver o conflito entre as esferas de governo e ao mesmo tempo preservar a autonomia de cada uma e a conflituosidade inerente aos pactos federativos.

Abrúcio (1998) defende a idéia de que, com a redemocratização, criou-se um federalismo estadualista no Brasil. Este se daria devido ao enorme poder adquirido pelos governadores e exerceria um amplo poder sobre os outros entes federados. Define como um papel *sui generis* e perverso, aquele que os governadores brasileiros possuem se comparado com outras federações. Para ele, os governadores atuaram neste período como “barões da federação”. Este federalismo se daria em virtude da força dos governos dos Estados iniciada ao longo dos anos 80.

Dentre os motivos que teriam estimulado esta força estadual destacam-se: a crise enfrentada pelo regime militar, a crise do Estado nacional-desenvolvimentista e da aliança que o apoiava e, por último, a crise financeira da esfera federal. Ele afirma que o surgimento deste federalismo e a formação de um sistema político ultrapresidencialista teria se dado devido à falta de cooperação entre as esferas governamentais. Ele enfatiza que um sistema federativo somente terá êxito se for capaz de compatibilizar a autonomia das esferas com a existência de relações de cooperação. Outro ponto fundamental seria a existência de mecanismos de *checks and balances*.

Mainwaring (1998), sobre a atuação estatal no período que vai de 1985 a 1994, explica: “Os Estados se engajaram num jogo individualista e não-cooperativo; a sua única estratégia comum era vetar as mudanças de políticas que fossem desfavoráveis aos seus interesses imediatos e de curto prazo”.

Kugelmas e Sola (2000) sustentam a idéia de que no Brasil os conflitos a serem processados possuem uma natureza distinta se comparado a outras federações. Adicionam que o que está em causa aqui é:

o quadro de clivagens regionais notoriamente marcado por notáveis desigualdades, a fragmentação do sistema político, as dificuldades da representação e a questão da indefinição – não apenas institucional ou administrativa - do escopo e alcance da atividade estatal e da divisão de competências entre os três níveis de poder. (2000, p. 67)

Acham que, no caso brasileiro, a questão federativa confunde-se com a própria formação histórica do Estado nacional e penetra o conjunto de questões da agenda do país. Uma outra particularidade observada do nosso federalismo seria a referência da esfera municipal como ente federado na própria Constituição.

Tomio (2002) também aborda esta questão. Para ele, apesar de ser mencionado como organização política autônoma em quase todas as constituições republicanas (exceto em 1937), somente em 1988 o município conquistou uma autonomia plena, obtendo, de fato, o status de ente federativo. Ele ressalta que esta situação é extremamente peculiar, não sendo identificável em outros países com organização federativa. Na maioria das federações, ou, pelo menos, nos casos mais conhecidos, os municípios ou outros níveis de poder local são divisões administrativas das unidades federadas que delegam diferentes níveis de autonomia aos governos locais.

Na visão de Souza (1999), uma característica do federalismo é o fato de ser uma instituição amortecedora das intensas desigualdades regionais. De acordo com ela, suas atuais características formam uma federação que constrange o ‘centro’ e que dá uma nova direção no papel dos governos subnacionais na provisão de serviços sociais. Explica que “no entanto, as profundas disparidades inter e intra-regionais fazem com que a capacidade dos governos regionais de responder a esse papel seja altamente diversificada”. E conclui que:

Cada federalismo, e também cada Federação, incorpora um número variado de atributos econômicos, políticos e sócio-culturais que se inter-relacionam para produzirem padrões complexos de interesses, identidades e pactos. Assim, cada federalismo é guiado por um leitmotif, que também pode se expressar de diferentes formas de acordo com as peculiaridades de cada tempo histórico. A partir dessa construção, pode-se assumir que a razão de ser do federalismo brasileiro sempre foi, e continua sendo, uma forma para amortecer as enormes disparidades regionais. Em cada momento histórico, essas disparidades foram acomodadas de formas diferentes e essas diferenças se expressaram no desenho constitucional e nos arranjos tributários. (1999, p.5).

Um outro aspecto apontado é que, na atualidade, as tensões que ocorrem no federalismo expressam velhos e não-resolvidos conflitos políticos de um país social e regionalmente muito desigual. Para ela estas tensões não são, contudo, produto do federalismo em si mesmo. Acredita que as possibilidades dessas tensões políticas e financeiras serem enfrentadas dependem menos do federalismo enquanto instituição e mais do enfrentamento de conflitos políticos mais amplos.

Ela observa a importância do federalismo como amortecedor de conflitos e acha que o federalismo é mais uma ideologia baseada em valores e interesses do que um compromisso baseado em arranjos legais e territoriais ou extraídos de compromissos democráticos. Enfatiza que a nossa experiência mostra que as relações intergovernamentais em países federais tendem a ser mais baseadas em interesses conflitivos, que são, por sua vez, reflexo de outros conflitos políticos existentes na sociedade.

Outros autores, como Gagnon (1997), dizem que é um erro esperar que o federalismo possa resolver os conflitos sociais. Assegura que: “os conflitos devem ser vistos como componentes inerentes à todas as sociedades federais”. Assegura que:

O sucesso dos sistemas federais não deve ser medido em termos da eliminação de conflitos sociais, mas sim pela capacidade de regular e gerenciar tais conflitos. É completamente equivocado esperar que o federalismo resolva os conflitos sociais. Na realidade, pode apenas amenizar tensões e ser sensível à diversidade. Os conflitos devem ser vistos como componentes inerentes à todas as sociedades federais. (GAGNON 1997, apud KUGELMAS, SOLA, 2000, p. 66).

Varsano (1997) acredita que a experiência federalista brasileira dos últimos anos foi marcada pela predominância de um federalismo competitivo-cooperativo, que teve sua origem na Constituição de 1988 e que se alimenta no próprio processo político, envolvendo, especialmente a União e os Estados-membros da federação. Um outro ponto é que a recente dinâmica federativa transformou, muitas vezes, os entes federativos em agentes econômicos, levando a conflitos e tensões entre os mesmos.

Para finalizar, vale acentuar novamente, o mérito desta análise a respeito do sistema federativo brasileiro, pois é na operação deste sistema que encontramos os problemas, dilemas e os aspectos de ineficiência na produção de políticas sociais.

2.3 - Políticas Sociais

O conceito de política social é de extrema importância neste trabalho, por isso cabe fazer algumas considerações sobre ele. Esta relevância ocorre por ser uma definição amplamente utilizada em diversas situações e propósitos. No Brasil, as políticas sociais ganharam um novo sentido após a Constituição de 1988, já que passaram a ser vistas como um direito universal de toda a população. Desta forma, a partir dos anos 90, vários autores brasileiros, realizaram trabalhos sobre as mudanças que ocorreram na produção e gestão de políticas sociais após o novo arranjo federativo brasileiro. Alguns destes são: Abranches (1987), De Swann (1988), Santos (1987), Marshall (1975), Neto (1999), Silva (1997).

Sobre a origem das políticas sociais, De Swann (1988) admite que seu surgimento é consequência de um processo histórico de generalização da interdependência humana. No que diz respeito à área de saúde pública, os fluxos que migravam em direção aos centros das cidades produziram adversidades que antes não existiam. Um exemplo disto é a propagação de doenças que não eram conhecidas ou que estavam limitadas a alguns grupos sociais. Segundo ele, a doença somente vai se tornar um “mal público” e vai se tornar tema de discussões políticas no momento em que os seus resultados começarem a afetar a elite política de forma negativa. Para De Swann, o auto-interesse é o único motivo que faz com que a elite tenha interesse em implementar políticas sociais na área de saúde. (Swann, 1990 *apud* Oliveira, 2004, p. 3).

O conceito de política social é extremamente importante e tem sido usado em larga escala. Porém, Wanderley Guilherme dos Santos no texto *A Trágica Condição da Política Social* (1987) aponta a incapacidade original comum de esclarecer conceitualmente o que é política social. Ele indica alguns aspectos relativos a este termo.

De acordo com o Santos, é impossível encontrar uma definição deste conceito que atenda a dois requisitos: primeiro que “permita distinguir, em qualquer caso, uma política social de qualquer outra política” e em segundo que “permita ordenar lexicamente, de maneira incontroversa, duas políticas sociais diversas quaisquer”. A ausência de uma explicação precisa de política social justifica-se pelo seu caráter de metapolítica, o qual seria a “matriz de princípios ordenadores de escolhas trágicas, embutidas estas em praticamente todas as políticas específicas”. Para Santos, o fato desses princípios possuírem um caráter mutável e controverso faz com que políticas singulares em umas vezes apareçam como sociais em outras não o que dependeria da conveniência ou convenção.

Na sua concepção, política social é “toda política que ordene escolhas trágicas segundo um princípio de justiça consistente e coerente”. Para ele, o que a distingue das outras é o fato de possuir uma ordem superior, a qual “justifica o ordenamento de quaisquer outras políticas – o que equivale dizer que justifica ordenamento das escolhas trágicas”. Ao escolher uma política social está-se fazendo uma escolha de um princípio de justiça, coerente e consistente que seja superior a qualquer outro. A formulação de critérios com o intuito de avaliar ou desenhar políticas sociais deve ser feito através de um constante experimento com o imprevisível.

Ele classifica as políticas sociais em 3 tipos: preventivas, compensatórias e redistributivas. A primeira refere-se a aquelas políticas que ajam de forma a minimizar ou impedir que um problema social grave seja gerado. A saúde pública e a educação são alguns exemplos deste tipo de política social. A segunda refere-se aos programas sociais que atuam de forma a remediar os problemas gerados em grande escala por políticas preventivas anteriores que não foram eficientes ou por políticas contemporâneas que são socialmente não-dependentes. Um exemplo é o sistema previdenciário.

Já as políticas redistributivas são definidas como programas que operam uma mudança na estratificação social, ou seja, são aquelas que trazem como consequência a transferência de renda dos patamares superiores da estratificação social para os que inferiores.

Um outro autor que reconhece a dificuldade de definição do termo política social é T.H. Marshall. Na obra *Política Social*, trata a mesma como um conceito que, apesar de ser muito utilizado, não se presta a uma definição precisa. Para Marshall “o sentido em que este termo é usado em qualquer contexto particular é em vasta medida matéria de conveniência ou de convenção (...) e nem uma, nem outra, explicará de que trata realmente a matéria”. (Marshall, 1975, p. 11 apud Santos, 1987, p. 35). Para ele (1967), a política social compreende toda “uma gama de instituições e serviços – seguro social, assistência médica, planos habitacionais – que o Estado presta a aos cidadãos, diretamente ou promulgando leis que obriguem as empresas a fazê-lo”.

Ainda sobre as políticas sociais Abranches (1987) salienta que a política social é parte, precisamente, do processo estatal de alocação e distribuição de valores. Desta forma, estaria no centro do confronto entre interesses de grupos e classes, cujo objeto seria a reapropriação de recursos extraídos dos diversos segmentos sociais, em proporção distinta, através da tributação. Ele afirma que a política social reflete a direção política das relações econômicas. Adiciona que seria: “A combinação específica, imposta pela correlação efetiva de forças, de incentivos à acumulação e ao crescimento, recursos para a provisão de meios de subsistência aos mais carentes e ações redistributivas visando a alcançar um certo patamar de equidade”. (1987, p. 10).

Abranches explica que isto diz respeito a uma série de opções políticas. Acredita que os problemas econômicos e de desenvolvimento por serem mais visíveis na sociedade, produzem a impressão de que os responsáveis pela sua formulação precisam resolvê-los de

qualquer forma. Como solução pra este problema, decidem postergar a atenção às demandas sociais básicas.

Ele enfatiza que a atuação governamental reflete escolhas num contexto de conflito e adiciona que nestes momentos não há rigorosa imparcialidade dos governos e que independentemente de como estes são sempre existem escolhas. Acha que são incomuns os casos onde há somente uma solução sócio-política para cada problema. Segundo suas palavras:

As respostas emergem, assim, de um processo de escolhas sucessivas, que envolve confrontos, atritos, coalizões, pressões e contrapressões. São as muitas pressões envolvidas: os segmentos sociais, os estamentos tecnoburocráticos do estado, o Congresso, a presidência, os partidos, os sindicatos, os movimentos sociais, os especialistas e, não raro, suas corporações. É esse processo que define, em cada momento, como será a política social, que prioridades elegerá, qual será sua relação com a política econômica, qual a amplitude de seu alcance.

Outro aspecto importante diz respeito às duas faces distintas da política social como obrigação permanente do Estado. Uma face indica para as transformações que ocorrem, quase sempre de forma definitiva e incurável, na vida das pessoas e a tornam incapazes de manter o seu sustento. A segunda refere-se a circunstâncias transitórias, coletivas ou individuais. Complementa que o Estado deve desempenhar um papel ativo de forma a possibilitar que as populações pobres tenham acesso a formas de acesso e mobilidade que possibilite uma mudança nas condições de vida das pessoas sem acesso, agindo, ao mesmo tempo, sobre a ‘... a pobreza estrutural’ quanto sobre a “conjuntural”.

As políticas sociais têm recebido pouca atenção por parte dos governantes mesmo após a sua universalização. Os princípios regidos pela constituição, tais como, a universalização, a equidade e a participação da comunidade não têm sido respeitados. E a população menos favorecida tem sido a sua principal vítima.

José Paulo Neto (1999) exprime que as políticas sociais se mostram inteiramente subordinadas à orientação macroeconômica que é estabelecida segundo os ditames do grande capital. Acredita que a plena subordinação da política social estatal à estratégia macroeconômica do grande capital a situa, naturalmente, nos parâmetros mercantis. Segundo Neto: “ela se torna função da participação contributiva dos seus usuários, cancelando qualquer pretensão de universalidade com a remissão a critérios de base meritocrática.” Entende que é daí que sua marca evidente seja a segmentação dos usuários, determinando igualmente a qualidade das prestações: para os que mais contribuem, prestações qualificadas; para os que menos contribuem, prestações desqualificadas – ou, como já se observou, ‘para pobre, uma política social pobre’.

Um outro fator relevante é a intensa predação social que tem atuado no âmbito das políticas sociais. Silva (1997) atenta para o fato de que todas as políticas sociais chamadas ‘a fundo perdido’ têm sido alvo freqüente das ações predatórias. Ele acentua que a política sanitária brasileira, não só no governo federal, mas também nos governos estaduais e municipais, caracteriza-se por ser um dos setores mais agidos por tais ações.

CAPÍTULO 3 – O FEDERALISMO FISCAL E AS POLÍTICAS DE SAÚDE APÓS A CONSTITUIÇÃO DE 1988 – UMA ANÁLISE HISTÓRICA.

No presente capítulo, busca-se apresentar um breve histórico das políticas de saúde no Brasil a partir do estabelecimento da Constituição de 1988. O intuito é observar as transformações ocorridas neste setor e verificar o novo papel adquirido pelas esferas governamentais. Pretende-se, também, destacar alguns aspectos do federalismo fiscal e tributário de forma a entender como tem sido, na prática, a divisão de competências no financiamento da saúde.

Vale lembrar que o foco deste estudo concentra-se, principalmente, no período que vai do início dos anos 90 até os dias atuais. Esta escolha se deu por dois motivos: o primeiro porque a partir de fins dos anos 80, fim do regime militar, houve um redesenho do sistema federativo brasileiro. O segundo motivo refere-se às inúmeras conquistas sociais. É neste período, e através da organização de diversos atores sociais, num movimento denominado sanitarista, cujo objetivo mais notável era a melhoria das condições de saúde da população, que o SUS é estabelecido e a saúde passa a ser vista como um direito social da população e um dever do Estado.

Como aponta Almeida (1995), a área de saúde pública foi a única na qual a reforma resultou de uma política deliberada e radical de descentralização, definida no âmbito federal, estadual e municipal. Quanto ao sistema federativo brasileiro, que se caracterizou durante diversos anos por uma forte centralização e poder de decisões no âmbito do governo federal, adquire um novo arranjo, com significativa transferência decisória, funções e recursos para os Estados e, especialmente, para os municípios.

Na primeira parte deste capítulo, explicita-se a evolução das políticas de saúde, destacando especialmente as transformações e conquistas adquiridas com a Constituição e com o estabelecimento do Sistema Único de Saúde. Avalia como os representantes federais trataram deste setor, as suas principais ações e decisões e mostra que, com a descentralização da saúde, houve uma significativa transferência de capacidade de decisão, de funções e recursos da esfera nacional para os Estados e, especialmente, para os municípios. Além disso, salienta as mais importantes leis e normas instituídas. Estas últimas são essenciais, pois definem as regras para o funcionamento do SUS, especialmente no que diz respeito aos repasses de recursos. Os acontecimentos políticos mais relevantes também estão sendo levados em consideração.

A segunda parte trata de alguns aspectos do federalismo fiscal e do sistema tributário, fundamentalmente no que diz respeito aos mecanismos de transferências intergovernamentais. Aborda as novas competências tributárias adquiridas pelos governos estaduais e municipais após a Carta Constitucional de 1988. São discutidas, ainda, as questões da autonomia municipal e do financiamento da saúde.

3.1. – A democratização das políticas de saúde no Brasil

A década de 1980, conhecida como a década perdida, caracterizou-se por intensas transformações nos cenários econômico, político e social no Brasil. Sobre o primeiro, o país vivenciou uma intensa crise da dívida externa, explosão inflacionária e um aumento dos gastos públicos. Este período, igualmente, foi marcado por grandes transformações políticas, tais como: o movimento a favor das Diretas Já; a eleição para governador; a morte de Tancredo Neves e a posse inesperada de José Sarney em seu lugar; os primeiros movimentos da transição democrática; a derrubada do regime autoritário e a promulgação da Constituição de 1988.

Sobre o aspecto social, cabe salientar o surgimento de novos atores sociais e a ampliação da organização popular que acabou produzindo o aumento das demandas sobre o Estado e o estabelecimento da Constituição de 1988, que universalizou os direitos sociais, propiciando educação, cultura, saúde, assistência e previdência social a toda população de forma gratuita, sendo financiada pelo Estado.

Como, neste capítulo, as atenções estão mais voltadas para as questões político-sociais, primeiramente, pretende-se, através de uma contextualização histórica, analisar a evolução e as conquistas sociais na área de saúde pública, especialmente após 1990. Em seguida, objetiva-se compreender se o novo arranjo federativo brasileiro, pós-Constituição de 1988 - que trouxe, como uma de suas conseqüências, a descentralização de poderes e recursos - têm possibilitado às diferentes esferas governamentais atuarem de forma autônoma e cooperativa neste setor.

O sistema de saúde brasileiro, até fins de 80, foi marcado pela exclusão e pela reprodução das desigualdades econômicas e sociais. O setor público de saúde havia se conformado em um sistema dual estabelecido pela Lei 6.229/75. Esta lei regulamentou o Sistema Nacional de Saúde que determinou: o Ministério da Saúde ficaria com a responsabilidade pelas ações de alcance coletivo, de saúde pública com caráter sanitário e preventivo e colocou a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social, modelo hegemônico na saúde, as ações individuais e de caráter curativo, ambulatorial e hospitalar.

As políticas de saúde estavam centralizadas nas mãos do governo federal e a assistência era de caráter privatista, promovida por hospitais particulares que recebiam o ressarcimento do Governo federal. Estes hospitais prestavam assistência médica apenas aos trabalhadores inscritos no INPS, sendo que o restante da população contava unicamente com os poucos e precários serviços públicos existentes ou com o auxílio de entidades filantrópicas.

Conforme ressalta Santos (1998), as políticas sociais estavam vinculadas à concepção salarial e submetida a injunções econômicas. Para ele, as várias políticas sociais que incumbiam ao governo administrar em benefícios dos cidadãos - por exemplo, saúde pública, educação, saneamento - deixavam de ter grupos específicos legítimos que por ela demandassem, visto que o reconhecimento social se fazia por categorias profissionais. Ainda sobre o caráter privatista da saúde no Brasil, salienta que:

Na primeira metade da década de 60, portanto, a vinculação entre as políticas de acumulação e de equidade estava firmemente estabelecida, não somente através dos mecanismos de financiamento da política social, sentido estrito, que tornava as agências prestadoras de serviços sociais dependentes do nível de salários do país, mas, igualmente, mediante a criação de uma agência que regulava a fonte geradora de recursos para o sistema previdenciário – o Conselho Nacional de Política Salarial. Ademais, estava patente quem poderia ser beneficiado, e como, pela política “social” do governo através do sistema de instituições – os IAPs – que produziam os serviços e benefícios legalmente estabelecidos. O movimento militar de 1964, instaurando um regime político autoritário, irá imprimir maior velocidade à expansão da cobertura previdenciária legal à população brasileira, sem abrir mão, contudo, da vinculação entre benefícios sociais e acumulação de riquezas. (Santos, 1988).

Almeida (s.d.) aponta como características perversas do sistema de proteção social nascido sob a ditadura: a excessiva centralização de recursos e de capacidade decisória no governo federal, a fragmentação e superposição de políticas e programas, a ineficiência do gasto social, o clientelismo e a regressividade na distribuição de benefícios e serviços sociais.

Em 1985, José Sarney (1985-1989) assumiu a presidência do Brasil. Seu governo caracterizou-se pelo combate a inflação, a mudança da moeda do Cruzeiro para o Cruzado, o pacote de medidas conhecido como cruzadinho, o desequilíbrio nas contas externas, as suspeitas de corrupção, a falência do Plano Cruzado, o decreto da moratória, etc.

No ano de 1986, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde aprofundou o debate sobre a saúde pública, priorizando principalmente os seguintes temas: a saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. O evento contou com cerca de 4.000 pessoas e com a participação de diversas instituições que atuavam no setor, assim como de outras representativas da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos.

Através desta Conferência foram lançadas as bases para o estabelecimento da Reforma Sanitária e do SUDS. Destaca-se a atuação dos sanitaristas nesta Reforma. Vale lembrar que a Constituição de 1988 incorporou grande parte das metas desta Conferência. Em 1987 foram criados os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), com o intuito de promover a descentralização dos serviços de saúde.

No ano seguinte, com o estabelecimento dos SUDS, iniciou-se a descentralização através da transferência de competências na prestação de serviços de saúde para as esferas municipais e estaduais. A reforma sanitária solidificou-se com a Constituição de 1988 que extinguiu o modelo dual, assumindo os direitos sociais como universais, dentre eles o acesso à saúde. Para isso, consagrou a noção de saúde como direito e dever do Estado, e a organização

do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir dos princípios estratégicos da unificação, descentralização e participação. A saúde passou a ser vista como um direito da população de forma a atender as suas necessidades e o Estado como o agente responsável pelo bem-estar e pelo atendimento das demandas.

Um outro ponto relevante são as fortes resistências encontradas pelos grupos que desejavam que a saúde fosse efetivamente universalizada. Estas resistências, dentre outros autores, são apontadas por Silva (1997) e Netto (2003). O primeiro analisa principalmente a oposição dos grupos de interesses do complexo médico-hospitalar privados que, pelo menos num primeiro momento do estabelecimento do SUDS, sentiram-se afetados. Como citado por Melo (1993, p.132-136 apud Silva): “o impacto político, portanto, era potencialmente conflitivo, já que desmobilizava pesados e antigos arranjos clientelísticos incrustados na burocracia federal e nos seus tentáculos regionais”.

Silva (1997) chama atenção ainda para as boas intenções em universalizar o atendimento sanitário que esbarraram em ferozes mecanismos de predação de rendas que envolvem os meandros da elaboração orçamentária, os mecanismos regulatórios de licitação e compra de medicamentos, licitações de produtos e serviços de assistência médico-hospitalar comprados à rede privada, transferências de recursos orçamentários ministeriais para outras esferas de governo, que também recebem e compram serviços médico-hospitalares, remédios, equipamentos, alimentos, enfim, uma variada gama de produtos. (Silva, p.145).

Para Netto (2003), a articulação proposta na Carta 1988 é constitutiva de uma concepção de Seguridade Social muito similar àquela desenvolvida nos modelos mais avançados de *Welfare State*, além de inovar profundamente a nossa cultura política, projetava uma radical transformação nas práticas de políticas sociais implementadas no país: rompia com o casuísmo, o emergencialismo e a dispersão das políticas setoriais.

O autor salienta a resistência da grande burguesia, de seus representantes políticos e da burocracia estatal a seu serviço. Para ele, estes, de uma parte, estavam fazendo o possível para congelar e reverter os passos dados que poderiam viabilizá-la (passos bastante ponderáveis no caso do SUS); e de outra, protelando ao máximo a aprovação dos diplomas legais, ou deformando-os, que permitiriam implementá-la (como foi o caso da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS).

Em 1989, Fernando Collor de Mello (1990-1992) foi o primeiro presidente do Brasil eleito por voto direto desde 1960. Seu mandato caracterizou-se pelo início da política de privatizações do setor público federal com o intuito de diminuir o Estado; pela redução dos gastos, resultando na piora da qualidade dos serviços públicos; pela criação de uma nova moeda, o Cruzado Novo; pelo congelamento de depósitos bancários por dezoito meses e pelas intensas denúncias de corrupção.

Sobre a atuação deste governo no setor saúde, a publicação do decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990, representou um passo significativo na direção do cumprimento da definição constitucional de construção do Sistema Único de Saúde. O Decreto foi responsável pela transferência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde.

Ainda neste ano, uma importante lei, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, foi promulgada em setembro de 1990 e regulamentou o Sistema Único de Saúde. Esta lei definiu o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento. Esta lei era responsável pela fiscalização e controle das transferências do SUS para as esferas municipais e estaduais, e destas para as unidades de atendimento médico da rede.

Silva (2000) chama atenção para o fato de que esta lei possuía artigos referentes à criação de conselhos de saúde em todos os níveis da Federação que foram vetados pelo

Presidente Collor, e que só foram aprovados devido ao acúmulo de pressões para reverter essa omissão.

O SUS foi concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Sobre o seu financiamento, ficou decidido que ele seria feito de duas formas: com recursos do orçamento da seguridade social (receitas contributivas) e outra com os orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. O orçamento da seguridade social era responsável pelo financiamento tanto da saúde quanto das áreas da previdência social e da assistência social.

De acordo com texto elaborado pela Equipe SIOPS/DES/SCTIE/Ministério da Saúde, apesar da Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO's até 1993 – ter determinado no seu Art. 55 que, até que fosse aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, deveriam ser destinados ao setor de saúde, na verdade isso não se efetivou.

Cabe ressaltar dois pontos: primeiro, em relação à iniciativa privada foi estabelecido que poderia participar, de forma complementar, do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste e mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Segundo, ficou vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

No governo Collor iniciou-se a edição das chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB), cujos principais objetivos eram regular a transferência de recursos financeiros da união para os estados e municípios, definir as regras, estratégias e prioridades para a atuação do SUS e os mecanismos de controle social. Estas normas são essenciais para entender o financiamento das políticas de saúde.

A primeira NOB foi editada pelo Ministério da Saúde em 1991 e apresentou um novo formato de financiamento do SUS, no qual o sistema de pagamento se daria por produção de serviços de saúde. Ainda em 1991, ela foi alterada pela Resolução nº 273, de 17/07/91 do Inamps. O ministro da saúde era o médico Alcení Guerra que, devido a denúncias de corrupção, ficou no cargo até janeiro de 1992; logo depois, José Goldenberg assume o cargo e, posteriormente, Adib Jatene.

Ao observar a atuação de Collor de Mello na saúde, Silva (1997) afirma que houve uma rigorosa redução da dotação para o setor saúde e, além disso, transferiu recursos para outros programas e projetos que antes não pertenciam a esta área. Outro aspecto salientado por ele é a intensa predação social ocorrida, como no caso do pagamento de preços superfaturados aos prestadores de serviço e fornecedores de produtos ao Ministério da Saúde, sendo que a maior parte destes pagamentos dirige-se a clientes privados e preferenciais.

Em outubro de 1992, devido a sérias denúncias de corrupção, ocorre o impeachment do presidente Collor de Mello. Em seu lugar assume o então vice-presidente Itamar Franco (1992-1994) que nomeia, primeiramente, como ministro da saúde, Jamil Haddad e, posteriormente, Henrique Santilho, que permaneceu no cargo até o final de seu mandato. Neste período, houve uma grande pressão sobre o controle de gastos na Saúde, e no plano econômico, foi criado o Real. Outro ponto relevante diz respeito aos conflitos orçamentários ocorridos entre os ministérios da Saúde e Previdência.

Em 1993, três anos após a regulamentação do SUS, ocorreu a extinção do INAMPS através da Lei nº 8.689, sendo suas funções, competências, atividades e atribuições absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal do SUS. Neste mesmo ano, foi estabelecida a NOB/93 que teve como ponto de partida o texto "Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei". Esta norma determinou um aumento no

poder de gestão municipal que poderia ser realizado de forma incipiente, parcial e semi-plena e produziu novos critérios para o repasse de recursos.

Sobre a gestão de Itamar Franco, Silva (1997, p. 142) acentua que, apesar do retraimento no número de predações ilícitas na renda pública, este não promoveu grandes mudanças nos mecanismos básicos de decisão sobre financiamento e transferências na área social, embora tivessem sido produzidas experiências regulatórias, como exemplos, o uso da lei das licitações, várias auditorias internas para apurarem irregularidades, as auditorias no INAMPS e a Comissão Parlamentar de Inquérito, todas instauradas a partir de 1993.

Sobre os investimentos na saúde, Silva² diz que embora tenha ocorrido um aumento nos gastos de cerca de 8,8 bilhões de dólares, em 1993, para 12,2 bilhões de dólares, em 1994, o presidente Itamar estava consciente de que era insuficiente para realizar uma melhoria no sistema.

Em 1995, Fernando Henrique Cardoso foi eleito presidente da República. O foco de suas promessas de campanha baseava-se na área social, mas especificamente nas políticas de saúde, educação, emprego, agricultura e segurança e na estabilidade da moeda. Seu mandato foi marcado pelo prosseguimento ao processo de privatização das empresas estatais; pelo enfrentamento das crises asiática e russa; pelo controle à inflação, pelo estabelecimento das agências reguladoras.

Sobre os programas sociais, Almeida (s.d.) chama a atenção para a criação de programas não contributivos de proteção, tanto na saúde quanto em outras áreas sociais, que são: Bolsa-Escola, Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), Bolsa-Alimentação, Auxílio-Gás, Agente Jovem, Programa de Saúde da Família, Programa de Apoio à Agricultura Familiar, Projeto Alvorada e Comunidade Solidária. De acordo com a mesma, embora tenham

² SILVA, Ari de A. Op. cit., p. 143.

contribuído para a melhoria dos indicadores sociais, as desigualdades entre os ricos e pobres continuavam elevadas.

O presidente nomeou, como ministro da Saúde, Adib Jatene (1995-1996), que em virtude do agravamento da crise da saúde e da incapacidade de seu financiamento propôs, como alternativa econômica, a criação de uma fonte de recurso exclusiva para o financiamento da saúde, o Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira – IMF. Este imposto foi criado pela Lei nº 9.311 de 1996 e passou a vigorar em 23 de janeiro de 1997 (atual CPMF, Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira). É importante frisar que este tributo teria a duração de apenas um ano e deveria ser utilizado exclusivamente na saúde.

Netto (2003), Polignamo (s.d.) e outros autores atentam para que embora esta contribuição tenha sido criada exclusivamente para o financiamento dos gastos com saúde, isso na prática não ocorreu. O primeiro afirma que, dos 5 bilhões de reais arrecadados no primeiro ano de vigência da CPMF, apenas 2,9 bilhões foram alocados ao Ministério da Saúde. Polignamo aponta que em declaração ao Jornal Folha de São Paulo, José Serra, então ministro da saúde, afirma que esta arrecadação não trouxe benefícios à saúde. Para Serra, houve um desvio de outras fontes, ou seja, a receita do CPMF foi destinada à saúde, mas foram diminuídas as destinações à saúde decorrentes de contribuições sobre os lucros e do COFINS. (s.d., pág.32).

Outras realizações de 1996 foram: a 10ª Conferência Nacional de Saúde e a aprovação da Norma Operacional Básica, a NOB 01/96. Esta tinha o intuito de promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União.

A importância desta norma foi a definição da plena responsabilidade do poder público municipal. Já os poderes públicos estadual e federal passaram a ser co-responsáveis, na respectiva competência ou na ausência da função municipal. O município tornou-se o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.

A partir desta NOB, os municípios podiam habilitar-se em duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. O município que optasse pela segunda condição teria um número maior de responsabilidades, especialmente no que se refere à gestão direta do sistema hospitalar, não incluído no modelo de gestão plena da atenção básica. Já os municípios que não aderissem ao processo de habilitação permaneceriam na condição de prestadores de serviços ao Sistema, cabendo ao Estado manter a gestão do SUS naquele município.

Os repasses dos recursos financeiros do governo federal para os municípios passaram a ser feitos com base num valor fixo per capita (Piso Assistencial Básico) e não mais vinculado à produção de serviços. O piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, ao fundo estadual, segundo condições estipuladas nesta NOB. As transferências do PAB aos Estados correspondem, exclusivamente, ao valor para cobertura da população residente em municípios ainda não habilitados na forma desta Norma Operacional.

Os dois outros ministros da saúde de Fernando Henrique Cardoso foram Carlos César Silva de Albuquerque (1996-1998) e José Serra (1998-2002). Uma das grandes marcas do primeiro mandato de governo foi a forte redução de investimentos do Estado na área social, especialmente na saúde. Para Lesbaupin (2003) esta forte redução de investimentos se deu porque a meta do governo não era o social, mas a estabilidade monetária.

Em 1999, Fernando Henrique Cardoso (1999-2002) é reeleito presidente do Brasil.

Sobre este período de governo, Polignano (s.d.) ressalta ainda que:

tendo em vista a crise econômica vivida pelo Brasil e outros países “emergentes” o governo FHC aumenta ainda mais os juros para beneficiar os especuladores internacionais e propõe para o povo um ajuste fiscal prevendo a diminuição de verbas para o orçamento de 1999, inclusive na área de saúde. O corte previsto nesta área foi de cerca de R\$ 260 milhões. A propósito desta redução o Ministro da Saúde, José Serra, divulgou um comunicado com o seguinte teor: entre 1994 e 1998 o gasto com saúde, em relação ao PIB, caiu 12,4% . O total das outras despesas , no entanto, subiu 22,6% . Em valores constantes, as despesas da saúde aumentaram 17,9% enquanto as outras despesas do orçamento, em seu conjunto, cresceram 56,2%.(s.d., p.32).

Segundo Arretche (2002), a municipalização da gestão dos serviços foi o principal elemento da agenda de reformas do governo federal na área da saúde no decorrer da década de 90, visto que no ano 2000, 99% dos municípios estavam habilitados no Sistema Único de Saúde, concordando desta forma com as normas da política de descentralização do governo federal.

A Emenda Constitucional nº 29 de 2000 foi a responsável pelo aumento da participação das esferas infranacionais, especialmente a municipal, no financiamento setorial. Esta estabeleceu a vinculação de recursos das diferentes esferas de governo para serem obrigatoriamente gastos em ações e serviços públicos de saúde. Conforme a emenda, a União deveria aplicar em 2000 o montante de recursos empenhado no ano anterior, adicionado de no mínimo 5% e, entre os anos de 2001 e 2004 deveria designar para a área de saúde a importância apurada no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto, PIB. Sobre a participação das outras esferas, ficou estabelecido que os municípios deviam destinar, até 2004, como percentual mínimo para o gasto próprio com saúde 15% da sua receita e os Estados e Distrito Federal, pelo menos, 12% da sua receita.

É preciso acentuar que estas regras só são válidas até 2004 e que a partir de 2005 deveriam ser reavaliadas em lei complementar³, responsável por estabelecer: os novos percentuais mínimos a serem aplicados por cada esfera; os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios; as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

Em 2001 e 2002 são editadas duas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 e 01/2002. De acordo com estas normas, os municípios teriam as suas responsabilidades ampliadas no tocante a atenção básica, além disso, avançam no processo de regionalização da assistência, ampliam o número de procedimentos do Piso de Atenção Básica (PAB), definem as características das regiões de saúde estaduais e por fim, estabelecem mecanismos de financiamento para os procedimentos de maior custo e complexidade.

De acordo com Ugá e Santos (2005) a partir da 2002, os municípios já estavam assumindo 22% do gasto público em saúde e a esfera federal que nos fins da década de 80 representavam 75% do gasto público passou para 58% em 2002.

Em 2002, Luiz Inácio Lula da Silva foi eleito presidente contra o ex-ministro da saúde José Serra. Dentre as características de seu governo sobressaem-se: a intensificação de práticas assistencialistas, como os Programas Fome Zero e Bolsa Família; a estabilidade econômica e o controle da inflação. O programa Bolsa Família iniciou-se em 2004 e foi resultado da unificação dos Programas Bolsa-Escola, Bolsa-Alimentação e Auxílio Gás que haviam sido criados na gestão anterior. Outro aspecto são as denúncias envolvendo membros

³ É preciso destacar que até dezembro de 2005, período final desta análise, a Emenda Constitucional não havia sido regulamentada por projeto de lei complementar.

do governo e o próprio, como o uso de caixa dois no financiamento de campanhas, o “Mensalão”, CPI dos Vampiros, compra de dossiê, etc.

Em 2003, foi realizada a 12ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi “Saúde: um direito de todos e dever do estado - a saúde que temos, o SUS que queremos”, e foi lançado o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência). No período seguinte, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS), que consistiu num conjunto de políticas de humanização na atenção e na gestão da saúde; o projeto Farmácia Popular e instituiu o Plano Nacional de Saúde.

Uma medida relevante, em 2005, foi a aprovação, pela Comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados, do projeto de lei complementar que define os gastos públicos em saúde. A regulamentação desta vem auxiliar a emenda constitucional nº 29, de 2000, que estabelece a obrigatoriedade dos gastos em serviços de saúde vinculados à arrecadação de Estados e municípios. Os entes federados devem aplicar respectivamente 12% e 15% de seus recursos na área.

Para finalizar, Almeida, ao avaliar a gestão deste governo na área de saúde, diz que não ocorreram mudanças significativas na produção de políticas de saúde pelo governo Lula. Na verdade, este governo deu continuidade ao que foi realizado pelo governo anterior. Ela enfatiza que as ações governamentais demonstraram dar mais destaque as ações assistencialistas do que as políticas universalizantes e habilitadoras, tais como a saúde e a educação.

3.2 - Federalismo fiscal

O presente capítulo tem como objetivo central analisar o federalismo fiscal brasileiro, especialmente, no que diz respeito às relações fiscais intergovernamentais inscritas na Constituição de 1988. Em primeiro lugar são apresentadas, de forma breve, as bases da teoria econômica do federalismo fiscal. Em seguida são retratadas algumas características e teorias que tentam explicar o federalismo fiscal brasileiro.

Mendes (2004) salienta que o conceito de federalismo fiscal surgiu na literatura como um ramo do estudo de finanças públicas que “se preocupa, principalmente, com a busca de eficiência na alocação das receitas e despesas públicas entre os níveis de governo”. (2004, p. 460). Enfatiza que o objetivo central deste federalismo é procurar uma divisão de tarefas que maximize a eficiência do setor público.

De acordo com ele, as bases da teoria foram empregadas por dois autores: Tiebout e Oates. O primeiro, em 1956, indicou que a descentralização fiscal poderia ser capaz de induzir o consumidor a mostrar suas preferências por bens públicos. Este observou que o aspecto mais importante desta descentralização seria o estímulo a concorrência entre governos locais. Isto ocorreria porque a concorrência levaria a busca de inovações tecnológicas e a inovações bem sucedidas pelos governos locais. Já nos governos unitários não ocorreria tal estímulo.

Já o segundo, em 1972, percebeu o federalismo fiscal como um meio termo entre uma administração pública centralizada e outra administração grandemente descentralizada. Defendia que o federalismo fiscal podia, ao mesmo tempo, reunir as vantagens de cada um dos casos extremos e minimizar os defeitos de cada um dos casos. Com o avanço da teoria foram apontados diversos aspectos positivos e negativos relacionados a um sistema descentralizado de governo.

Para Mendes (2004) é a partir destes autores que uma vasta teoria normativa colocou-se na busca de novos modelos que fossem capazes de maximizar os benefícios da concorrência e da divisão de tarefas entre as esferas de governo e, ao mesmo tempo, minimizar as externalidades negativas. E conclui que: “Trata-se, portanto, de definir as competências tributárias (quem tributa o quê) e as responsabilidades na provisão de bens públicos (quem faz o quê). (2004, p.429).

Almeida (1995) ressalta que o federalismo fiscal é a forma como são criados e distribuídos os recursos fiscais e parafiscais entre os níveis de governo, definindo, em boa medida, as características próprias dos diversos arranjos federativos. Adiciona que, contudo, suas feições e sua operação efetiva são iguais e fortemente condicionadas pelas características de instituições políticas, particularmente os sistemas partidários e eleitorais e as organizações de interesse.

Para Lima (2006), os modos como os poderes são distribuídos e como são estabelecidos os relacionamentos intergovernamentais fiscais e orçamentários, no âmbito das federações, configuram o federalismo fiscal. Na sua concepção: “Como arranjo institucional concreto, o federalismo fiscal é moldado por fatores econômicos, sociais, culturais e históricos, sendo, antes de tudo, resultado de escolhas políticas”. (2006, p.54).

Lima salienta que o federalismo fiscal exprime a forma como os princípios de autonomia e interdependência entre as partes, que dão fundamento ao pacto federativo, são incorporados na gestão dos tributos; mostra os valores federais que caracterizam uma dada sociedade e as maneiras como certas tensões e conflitos são acomodados num contexto histórico específico. Ela acrescenta ainda uma outra característica do federalismo fiscal: “sua relevância para a Administração Pública influencia decisões importantes dos atores políticos

com impacto significativo para as políticas públicas e as políticas de saúde em particular”.

(2006, p.54).

Afonso et. al. (1995) aponta que o problema essencial do federalismo fiscal consiste na procura de equilíbrio entre a necessidade de garantir um grau razoável de autonomia político-financeira das distintas esferas de governo e a necessidade de coordenar e sistematizar os instrumentos fiscais em termos nacionais.

Barrera e Roarelli (1995) ressaltam que o federalismo fiscal brasileiro estrutura-se a partir de um “mecanismo de transferência de recursos fiscais” que responsabiliza os entes federados com a distribuição de competências definidas segundo as responsabilidades de cada um. Portanto, as transferências intergovernamentais são recursos de origem fiscal distribuídos entre os entes federativos com o objetivo de complementar as verbas necessárias para execução de suas competências.

Para eles, as duas principais justificativas para a utilização deste mecanismo de distribuição de recursos são os custos e benefícios externos relacionados a determinado tipo de serviço público e a existência de desigualdades regionais.

Barrera e Roarelli(1995) destacam que esse mecanismo foi instituído no Brasil com a intenção, dentre outros objetivos, de contribuir para a redução das disparidades regionais de renda e de capacidade fiscal intergovernamental e aumentar o nível de oferta em setores nos quais havia interesse de complementar as ações da esfera federal com as das outras esferas. Segundo eles, as dificuldades para estabelecer uma clara divisão de encargos entre as esferas governamentais são maiores do que aquelas inerentes ao estabelecimento das competências tributárias. E lembra que isto não é peculiar ao caso brasileiro.

Ainda em relação às transferências intergovernamentais, Barbosa (2004, p. 307) acrescenta que são transferências de recursos entre os diferentes níveis governamentais, seja no mesmo nível por um processo horizontal ou entre níveis distintos em uma escala vertical. Outro aspecto relevante é a existência de várias formas de transferências de recursos, entre as esferas de governo, que podem ser classificadas da seguinte maneira: quanto à legislação, quanto ao tipo de fonte de recursos e quanto ao destino. Dentre elas a primeira é a mais utilizada.

Segundo o autor, a legislação distribuiu as transferências intergovernamentais em três tipos: constitucionais, legais e conveniadas. As transferências constitucionais são as determinadas pelos artigos 157,158 e 159 da CF e definem como é a participação dos Estados e municípios na receita tributária da União e a participação dos municípios na receita tributária de seu Estado. As transferências legais são aquelas determinadas pela lei e não dizem respeito a repartição de receita tributária. As últimas, conhecidas também como transferências voluntárias, são aquelas realizadas através de convênios e que apesar de não depender de uma lei específica devem fazer parte da lei do orçamento geral da União.

O atual sistema de transferências fiscais intergovernamentais brasileiro teve origem na Constituição de 1966. Em 1988, foram introduzidas alterações nos percentuais de distribuição. O quadro I apresenta a lista destas transferências. Barrera e Roarelli(1995) acentuam que dentre os diversos instrumentos de transferência utilizados, os fundos de participação dos Estados e municípios que foram instituídos com caráter redistributivo merecem atenção especial e, além destes, a participação dos municípios no ICMS, estabelecido em caráter compensatório.

Uma característica da Reforma de 1966 é a sua intensa centralização tributária. Barbosa (2004) acha que foi o autoritarismo presente nesta reforma que facilitou a sua

implementação. Ele salienta que a inovação desta reforma relaciona-se com a tributação sobre fluxo de bens e serviços, principalmente, com a tributação sobre valor agregado. E destaca que o Brasil foi o primeiro país a estabelecer um imposto sobre o valor adicionado, o ICM, de competência estadual.

Para Barrera e Roarelli (1995), a principal preocupação dos formuladores do sistema tributário adotado em 1966 era fazer com que este mecanismo de transferências fosse capaz de garantir o equilíbrio fiscal interfederativo e uma eficiente alocação de recursos. Para os mesmos foram os princípios de racionalidade e objetivos de eficiência alocativa que determinaram a instituição de vinculações sobre os recursos transferidos pelo governo federal as outras esferas subnacionais. Além das transferências propostas na Constituição, existem também as transferências negociadas, que conquistaram relevância, especialmente, em meados da década de 70 e início de 80.

Eles defendem que esta transferência é bastante significativa na área de saúde, embora não seja a predominante. Explicam que existe uma grande dificuldade de acesso das esferas subnacionais aos recursos federais para o setor de saúde devido à escassez dos recursos, a complexidade da legislação referente ao alcance das competências de cada nível governamental e, para finalizar, por causa das características da sistemática utilizada para a descentralização de verbas.

Conforme aponta Tomio (2002), o processo de descentralização fiscal iniciou-se em meados dos anos 70, caminhando paralelamente à democratização. Segundo ele, a promulgação da Constituição de 1988 somente consolidou a oferta de recursos fiscais e as competências tributárias de Estados e municípios. O quadro II mostra a atual estrutura tributária do Brasil. O autor afirma que, a partir da Carta, construiu-se todo um arcabouço jurídico que consolidou o novo arranjo democrático. A radicalidade destas transformações

gerou um novo ordenamento federativo, isto é, os constituintes não só estabeleceram as bases do Estado democrático, como também instituíram um novo "pacto federativo".

Ele destaca que a redefinição da competência política dos entes federativos notabilizou-se pela ampliação do escopo de atuação dos Estados e municípios, sendo que os últimos conquistaram a mais ampla autonomia política da história republicana. Uma das principais medidas da Carta foi o aumento da autonomia fiscal dos níveis estaduais e municipais e a descentralização dos recursos tributários, que gerou diversas mudanças na estrutura vigente.

Antes disso, o governo central detinha uma forte capacidade de arrecadação. Cabia aos Estados menos desenvolvidos a dependência das transferências do Fundo de Participação dos Estados e a autonomia administrativa destes era limitada, já que quem fixava as alíquotas do ICM (Imposto sobre circulação de mercadorias) - a sua principal fonte de recurso - era o Senado. Somente em 1982, com as eleições diretas para governadores, iniciou-se uma política de desconcentração de recursos. No ano seguinte, através da ratificação da Emenda Passos Porto, os percentuais dos Fundos de Participação foram elevadas e ocorreram mudanças nos critérios de cálculo, que favoreceram as esferas estaduais e municipais.

A partir da reforma tributária de 1988, o ICM teve sua base de cobrança ampliada, incidindo também sobre os serviços, e passou a denominar-se ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias, Bens e Serviços). E os Estados tiveram o principal poder sobre ele. Uma outra forma de aumentar os recursos das duas esferas foi através da elevação dos valores dos Fundos de Participação. Estes fundos eram distribuídos tendo como base o tamanho da população e a sua renda per capita.

Houve tanto o aumento de competências tributárias das duas esferas quanto das transferências do nível central para estes. Conseqüentemente, os recursos disponíveis para a

União foram reduzidos. Segundo Giambiagi (1999), esta redução dos recursos disponíveis para a União se deu através da elevação das transferências tributárias e da limitação de suas bases impositivas, sem observar os meios, legais e financeiros, para que ocorre um processo ordenado de descentralização de encargos. Ele aponta como mudanças fundamentais nas regras de tributação:

Em primeiro lugar, atribuiu-se competência a cada um dos estados para fixar autonomamente as alíquotas do seu principal imposto o ICMS, sucessor do ICM. Em segundo lugar, a União perdeu o direito – concedido pela Constituição anterior - de conceder isenções de impostos estaduais e municipais, além de passar a ser proibida de impor condições ou restrições à entrega e ao emprego de recursos distribuídos àquelas unidades subnacionais. (Giambiagi et alii 1999, p. 194).

A resposta da União quanto a esta descentralização de recursos foi adotar uma série de medidas, tais como o aumento das contribuições que não precisavam ser divididas com as outras esferas. Como exemplos, tem-se as contribuições sociais vinculadas para a seguridade social - a Cofins. É preciso apontar que estas reações do governo federal se intensificaram, sobretudo, a partir dos anos 90, intensificando os conflitos entre as esferas.

Para Barbosa (2004), a reforma tributária realizada na Constituição de 1988 teve motivações contrárias da Reforma de 1966. Explica que o principal objetivo da reforma de 1988 está relacionado a desconcentração da receita disponível do setor público. Um outro aspecto destacado é a falta de equilíbrio na questão federativa. Na sua visão: “O Brasil, na verdade, nunca funcionou na prática como um regime federalista, pois a União sempre exerceu um grande poder sobre os estados e municípios das principais capitais”. (2004, p.300). E adiciona ainda que a distribuição dos impostos no regime federalista brasileiro não foi capaz de prover recursos que fossem capazes de produzir um equilíbrio nos orçamentos de

cada esfera de governo, tornando-se necessário o estabelecimento de mecanismos de transferências de recursos intergovernamentais tanto de forma horizontal quanto vertical.

Um outro aspecto ressaltado por Mendes é a grande sobreposição de tarefas existente nesta organização. O artigo 23 da CF cita como exemplos de competências comuns das três esferas: zelar pela guarda da Constituição, das leis e das instituições democráticas e conservar o patrimônio público; cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência; etc.

Kugelmas, Sola (2000) e Almeida (1995) apontam, como um dos problemas da Constituição, o fato de haver uma certa indefinição na delegação de competências, já que há várias atribuições que pertencem conjuntamente as três esferas de governo.

Segundo Bremaeker (2004), é por causa desta indefinição que os municípios têm sido prejudicados e têm recebido mais encargos. Para o mesmo, os municípios têm sido submetidos a progressivos sacrifícios com a execução de uma política de redução da máquina governamental federal e estadual. O autor fala da importância da construção de um novo pacto federativo flexível, estabelecendo as orientações fundamentais na divisão de responsabilidades entre as esferas, que seria complementado com um sistema de compensação das despesas efetuadas pelos entes municipais com as ações e serviços de competência das outras duas esferas. Esta seria a base para um federalismo cooperativo.

A falta de cooperação entre os níveis governamentais e a indefinição de competências têm gerado ineficiência e ineficácia na área de saúde pública. Segundo dados do relatório de pesquisa intitulado “Uma análise da equidade do financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro” de Ugá e Santos (2005), sobre o financiamento do setor no Brasil, que aponta, mesmo após as conquistas de 1988, a baixa participação do gasto público nesta área. De acordo com elas, o setor privado participaria com 56% dos gastos em saúde e a despesa direta

das famílias, especialmente em medicamentos, ainda seria essencial. Já o gasto público total seria de 43,8%.

Esta pesquisa retrata também informações sobre a participação das três esferas nos gastos públicos em saúde no período entre 1980-2002. A participação da esfera federal caiu de 75% para 58%, a estadual teria subido de 18% para 20% e a municipal de 7% para 22%. A partir destes dados, percebe-se que não houve uma alteração significativa na participação da esfera estadual, enquanto do ente municipal aumentou e do federal diminuiu.

Uma questão muito relevante apontada diz respeito à complexidade do conceito de despesa em saúde. Ele enfatiza que:

O conceito de despesa em saúde é complexo, variável, mas o Banco Mundial sugere uma abordagem que aproxima as definições de despesa com saúde entre os países, facilitando as comparações internacionais. Há muitos países que definem as despesas em saúde como sendo todas as despesas que têm como objetivo principal melhorar e prevenir a deterioração da saúde, do “health status”. (World Bank, 2001). Esta afirmação não se mostra suficiente para explicar o conceito, e o próprio Banco chama a atenção para a dificuldade de se determinar os limites, as fronteiras do conceito. A definição dos limites dos gastos em saúde é difícil e, com isso, acaba envolvendo decisões arbitrárias. (WORLD BANK, 2001 *apud* MANSUR, 2001, p.20).

Outro aspecto importante analisado por Gerschman e Leitão (2004) é o grande distanciamento entre Estados e municípios no tocante as políticas de saúde. Segundo dados de uma pesquisa realizada por Gerschman (2002) sobre as inovações gerenciais produzidas na área de saúde, na década de 1990, demonstra-se que há um distanciamento do Estado em relação à atuação do nível municipal. Os números mostram que a cooperação entre as secretarias municipais de saúde e a secretaria estadual de saúde ocorre na percepção de 62,5% dos gestores, enquanto 37,5% avaliam que esta relação não ocorre.

De acordo com Gerschman (2002), esta falta de cooperação ocorre, principalmente, entre os entes com diferentes orientações partidárias. A pesquisa mostra que em relação à União, o conjunto dos gestores certificou que o relacionamento ocorre da seguinte forma: 31,3% com frequência mensal; 12,6% com frequência semanal e quinzenal e, para 12%, com frequência irregular.

Um outro traço do nosso federalismo é que a autonomia municipal conquistada na Constituição tem sido prejudicada. Esta falta de autonomia tem aumentado ainda mais os conflitos entre as esferas. Segundo Bremaeker (2004), as outras esferas de governo tem transferido cada vez mais suas responsabilidades para esta esfera sem a correspondente transferência de recursos. Ele complementa que, para reforçar as suas finanças, as esferas estaduais e federais têm se utilizado de diversos mecanismos. Cita como exemplo, o ano de 2002, no qual os custos dos municípios com serviços que deveriam ser mantidos pelas duas esferas foi de cerca de 5 bilhões de reais.

Ele aponta exemplos de serviços e ações na área de saúde pública que deveriam ser de competência exclusiva competência estadual e federal e que são realizados pelos municípios:

forneer material e efetuar a manutenção de prédios estaduais; ceder pessoal e manter os serviços estaduais de apoio; manter o serviço estadual de hemocentro; suplementar os recursos não previstos nos convênios; complementar os valores referentes ao ressarcimento dos procedimentos executados; custear todo o suporte às campanhas de vacinação. (Bremaeker ,2004, p.14)

Conforme dados do Ministério da Fazenda, sobre a evolução da arrecadação tributária das três esferas de governo entre 1998-2002, houve um aumento da arrecadação do governo federal de 78,2%, do estadual de 69,9% e dos municípios de 45,7%. Outro aspecto importante é a dependência dos municípios das transferências constitucionais. Segundo dados do IBAM, 81% dos Municípios têm no FPM sua principal fonte de receita, sendo que, em 28% dos

Municípios, este fundo representa mais da metade de sua receita. Apesar da dependência destas transferências, dados do Ministério da Fazenda demonstraram que, entre 1998-2002, ocorreu uma redução na participação municipal nestas transferências de um ponto percentual, passando de 15,8% em 1998 para 14,8% em 2002.

Para Bremaeker (2004), no setor saúde, a participação municipal no SUS apresenta um conjunto de obrigações que obrigam os municípios a assumir todas as responsabilidades do Estado, sendo o baixo valor do ressarcimento pelos procedimentos médicos realizados a principal queixa das autoridades municipais. Isto acaba impelindo os municípios a desembolsar recursos que não foram previstos originalmente.

Segundo dados analisados pelo autor sobre o comportamento das despesas dos municípios com a saúde no ano de 2003, os municípios tiveram uma despesa orçamentária total de 128,0 bilhões de reais, o que equivaleria a 21,18% das despesas orçamentárias. Segundo ele, apenas os gastos com a área de educação são maiores que os da saúde. Outro dado relevante é que estas duas áreas acrescidas das despesas na função administração e urbanismo concentrariam 71,3% dos gastos totais dos Municípios. Ainda em conformidade com os dados, 58,27% dos municípios teriam efetuado gastos na função saúde que excedem o R\$ 1 milhão, sendo que em 6,04% do total de Municípios, os gastos excederam a marca de R\$ 10 milhões em 2003.

Sobre as despesas do Estado, o autor ressalta que a área de saúde é a 3ª colocada em importância, representando um gasto de cerca de 9,39% da despesa total. Aponta que para esta esfera a função mais relevante é a relacionada aos encargos especiais (27,68% dos gastos totais), em segundo fica a educação. O gasto nesta função seria da ordem de 3,10% em relação à despesa total. Já sobre as despesas federais, 86,7% dos recursos seriam gastos com os encargos especiais (amortização e juros da dívida) e previdência social.

Para finalizar, Bremaeker (2005) observa que os gastos per capita mostram um maior equilíbrio na alocação de recursos na função saúde, segundo as três esferas de Governo. Enquanto os Municípios gastam R\$ 173,62 por habitante/ano, os Estados gastam R\$ 127,17 e o Governo federal gasta R\$ 174,06. Em valores absolutos, significa dizer que os Municípios efetuaram despesas no montante de R\$ 27.104.600.954; os Estados R\$ 19.852.794.673; e o Governo federal R\$ 27.171.848.048, no ano de 2003.

4 - OS MUNICÍPIOS DO RIO DE JANEIRO E NITERÓI E A ORGANIZAÇÃO DOS SEUS SISTEMAS DE SAÚDE – ESTUDO DE CASO

Como dito anteriormente, o objeto central desta dissertação é o estudo do funcionamento das relações intergovernamentais e suas conseqüências sobre a produção e o financiamento das políticas de saúde. A hipótese defendida é que estas têm sido permeadas por conflitos partidários. Optou-se, neste capítulo, por realizar um estudo de caso dos sistemas de saúde dos municípios de Niterói e do Rio de Janeiro, com o intuito de verificar se a questão político-partidária tem afetado o financiamento da saúde destes municípios.

O estudo será organizado da seguinte forma: a primeira parte abordará as principais características do município de Niterói destacando, principalmente, a evolução da sua rede de atenção à saúde e a forma como tem sido realizado o financiamento deste setor. Busca-se compreender se as três esferas de governamentais têm atuado de forma cooperativa no âmbito da saúde, tal como proposto pela Constituição de 1988. A segunda parte abordará o caso do município do Rio de Janeiro, levando em consideração os mesmos aspectos acima apontados. E a terceira trata especificamente da influência político-partidária.

Os dados empíricos utilizados serão retirados do DATASUS, SIOPS, Relatório de gestão de 2003 do município de Niterói e do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro. Uma outra fonte trabalhada é a jornalística, principalmente, os jornais diários, Jornal do Brasil, O Globo e A Folha de São Paulo e as revistas semanais Veja e Época. Estas fontes são relevantes para o entendimento de como anda a saúde nos municípios estudados.

O período desta análise tem início em janeiro de 1995 e se estende até dezembro de 2005. Ele vai ser dividido em 3 momentos: o primeiro, de janeiro de 1995 a dezembro de 1998; o segundo, de janeiro de 1999 a dezembro de 2002 e o último, de janeiro de 2003 a dezembro de 2005. O ano de 2006 não será levado em consideração devido à dificuldade em acompanhar as transformações.

A escolha dos casos para investigação se deu por quatro motivos principais. O primeiro se refere à inexistência de trabalhos com a mesma proposta. O segundo pela visibilidade pública alcançada pelo Rio de Janeiro, devido à intervenção federal em dois hospitais municipais. O terceiro pelo acesso ao material empírico. O quarto pelo fato destes municípios concentrarem grande parte dos serviços de saúde da região Metropolitana do Rio de Janeiro que, por sua vez, atraem a população de municípios vizinhos em busca de atendimento.

4.1 – Caso 1 - O município de Niterói

O município de Niterói possui uma população de cerca de 470.000 habitantes e a densidade demográfica de 3.684,4 habitantes por km². De acordo com a Fundação CIDE, no período de 1991 a 2000, o município apresentou uma taxa média geométrica de crescimento de 0,58% ao ano contra 1,30% no Estado. A faixa etária⁴ predominante encontra-se entre os 10 e 39 anos, e o percentual de crianças entre 0 e 9 anos e idosos, se equivalem, representando

⁴ Conforme dados do IBGE/DATASUS e do Tribunal de Contas Estadual

14% da população do município. Outros dados relevantes dizem respeito à concentração desigual de renda por todo o município e a sua taxa de urbanização que corresponde a 100 % da população.

A cidade destaca-se por ocupar o primeiro lugar na classificação de municípios com melhores índices de desenvolvimento humano no Estado do Rio de Janeiro e, em terceiro lugar, quando comparada aos demais municípios da Federação. O seu IDH⁵ é maior que 0,8 e situa-se entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano. De acordo com dados de diversos órgãos de pesquisa⁶, este alto índice deve-se a fatores como a elevada taxa de alfabetização e elevada renda per capita, que contribuem de forma positiva para o alcance de bons indicadores de morbidade e mortalidade da população residente. Outro dado relevante é que possui uma taxa de urbanização de 100% da população, correspondendo 48 bairros.

Neto, et al. (s.d.) salienta que o avanço do IDH deste município está relacionado à melhoria dos quatro indicadores que o compõem. Conforme sua visão:

Em primeiro lugar, verificou-se um importante aumento na renda per capita do município, que passou de R\$ 552,07 em 1991 para R\$ 809,18 em 2000. Em segundo lugar, a esperança de vida ao nascer passou de 68,03 em 1991 para 73,49 em 2000, valor este equivalente a esperança de vida do México. O terceiro motivo é o aumento da taxa bruta de frequência a escola, que em 1991 era 83,13 e alcançou a marca de 95,25 em 2000, valor equivalente ao dos Estados Unidos. Por último, houve um aumento na taxa de alfabetização, que passou de 94,59 em 1991 para 96,45 em 2000 (equivalente à taxa de alfabetização de Cuba). (s.d, p.25).

⁵ O cálculo do IDH é um índice que mede os países levando em conta alguns fatores como a distribuição da renda, de saúde (taxas de mortalidade infantil e adulta) educação (taxas de alfabetização), desigualdades de oportunidades entre homens e mulheres, sistemas de governo entre outras (Glossário Libreria, 2003). Este índice tem sido utilizado desde o começo da década de 1990 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. O seu cálculo é composto da média entre os índices de longevidade, educação e renda.

⁶ As fontes são as seguintes: PNUD/IPEA/IBGE/FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2003.

Segundo informações da Secretaria de Saúde de Niterói, a história da saúde do município até o ano de 1977, foi marcada por uma intensa precariedade e ausência de unidades de atendimento. A Secretaria Municipal de Saúde era conhecida como “Secretaria da Morte” por possuir apenas um posto de saúde e um serviço funerário. A partir de 1977, a saúde ganhou um novo formato com a criação do Plano de Ação 1977-80 que foi elaborado no I Encontro de Secretários Municipais de Saúde do país. A meta fundamental do Plano de Ação baseava-se na criação de uma rede básica de serviços com a proposta de “Cuidados Primários de Saúde”. Conforme suas diretrizes, as unidades de saúde deveriam ser instaladas em bairros que fossem desprovidos de recursos. Ainda em 1977, a VI Conferência Nacional de Saúde defendeu uma proposta de ampliar a cobertura de saúde concentrando as atenções nos Cuidados Primários.

Teixeira et al. (1999) destaca que Niterói foi um dos pioneiros na elaboração de propostas para a Atenção Primária de Saúde. Adiciona ainda que:

As discussões em torno da reestruturação do Modelo Assistencial de Saúde em Niterói remetem a importantes marcos conceituais surgidos notadamente em meados da década de 80, com repercussões na política nacional, inserindo o município entre os pioneiros na formulação de propostas voltadas para a Atenção Primária de Saúde – contemplados em Alma-Ata/1978, encontrando eco no movimento da Reforma Sanitária e possibilitando o desenvolvimento de mudanças coerentes com a implantação do emergente Sistema Único de Saúde. (1999, p. 147).

De acordo com a SSN⁷, já na década de 1980 foram observados os resultados dessas ações, pois, houve um aumento significativo na rede assistencial de 12 a 32 níveis de complexidade e um Hospital Universitário. Os responsáveis pela prestação destes serviços eram: a Universidade Federal Fluminense, o INAMPS, o Estado e o Município. Ainda de

⁷ Informações obtidas no site: <http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/>

acordo com a SSN, em 1982, foi estabelecido de forma precursora o Projeto Niterói que visava a integração e descentralização dos serviços de saúde. O projeto recebeu o apoio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e da Fundação Kellogs.

No ano de 1989, a Secretária de Saúde aderiu ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - o SUDS. O então prefeito de Niterói Jorge Roberto Silveira implantou um novo modelo de saúde em Niterói, adotando a municipalização das unidades de saúde. Com esta, houve um processo de transferência da gestão das unidades de saúde federais, estaduais e dos serviços de Vigilância Epidemiológica e de Fiscalização Sanitária para os municípios. Em 1990, a Fundação Municipal de Saúde foi criada, sendo responsável pela política do setor e pela gerência dos recursos. Para Vasconcelos (2000), a FMS foi criada com a função de tornar mais ágil o processo de organização do sistema de saúde local.

Sá (2003) aponta que, no início da década de 90, foi estabelecida a Central de Internações Hospitalares tendo por finalidade aperfeiçoar a organização do acesso dos usuários aos leitos dos hospitais. Ela atuava na regulação dos leitos próprios e contratados/conveniados. De acordo com ele, neste mesmo período, com a intenção de efetuar uma descentralização mais ampla do nível decisório e aumentar a agilidade na organização regional houve a estruturação de três distritos sanitários (Norte, Leste e Centro-Sul). Estes últimos, três anos depois, foram extintos e decidiu-se pela instituição das Policlínicas Comunitárias, que são provenientes dos Centros de Saúde (SES/RJ) e de outras unidades. As Policlínicas de Especialidades Silvio Picanço e de Especialidades da Mulher Malu Sampaio também foram criadas, sendo que ambas foram herdadas dos Postos de Assistência Médica do extinto INAMPS.

Em 1992, foi realizada a I Conferência Municipal de Saúde e foi inaugurado o primeiro módulo do Programa Médico de Família que foi uma idéia importada de Cuba. Este

programa foi criado através de um acordo de colaboração entre a Prefeitura Municipal de Niterói e o ministério da Saúde de Cuba que auxiliou na implementação do projeto. O principal objetivo deste projeto era propiciar serviços de saúde para as comunidades carentes. A atuação de suas equipes profissionais se dava especialmente, na prevenção de doenças.

Terra & Malik (1998) descrevem como se dá a operacionalização deste Programa:

A Secretaria Municipal de Ciência e Tecnologia desenvolve um estudo inicial referente aos aspectos demográficos e socioeconômicos da região, definindo a área de abrangência de cada módulo, que é dividida em setores com 200 a 250 famílias (totalizando um máximo de 1.200 pessoas). Logo após é feito o cadastramento das famílias de cada setor, que serão acompanhadas por uma equipe composta de um médico generalista e um auxiliar de enfermagem, devendo este último residir na comunidade. Cada módulo é constituído por três ou quatro equipes, atendendo uma clientela de cerca de 5.000 pessoas. (1998, p. 4-5).

Em 1992, foi criado o Conselho Municipal de Saúde que atuava na formulação de saúde do município, assim como no controle de sua execução. Em 1996, foi realizada a II Conferência Municipal de Saúde que colaborou na produção das diretrizes e na estruturação do Conselho Municipal de Saúde.

Como já foi apontado no terceiro capítulo desta dissertação, a partir de 1991, o Ministério da Saúde iniciou a edição das Normas Operacionais Básicas, com o intuito de apresentar as regras para o funcionamento do SUS, especialmente, em relação aos repasses de recursos. Estas normas são essenciais para entender como tem sido a gestão e as mudanças no funcionamento e financiamento do sistema de saúde nos municípios e estados. No caso de Niterói é relevante mostrar como foi a sua habilitação nas NOBs 93, 96 e na NOAS 2002.

A NOB 93 instituiu três níveis de gestão que são: incipiente, parcial e semiplena. Em 1995, Niterói habilitou-se na Gestão Semiplena de recursos do SUS, obtendo assim uma maior autonomia na gerência, avaliação e controle de serviços de saúde. Como lembra Sá

(2003), este tipo de gestão “significou a transferência direta de recursos para os municípios, com maior autonomia na sua utilização”. (2003, p.16).

Em 1996, com a criação da NOB 96, os municípios puderam habilitar-se em duas condições: a Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Os estados também puderam habilitar-se em duas condições de gestão: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual. No final de 1998, o município de Niterói obteve a Gestão Plena do SUS.

Em 2003, Niterói habilitou-se na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde conforme a NOAS/2002. Ao habilitar-se neste tipo de Gestão passou a receber um aumento de recurso de 11% no Piso de Atenção Básica, o que significou um aumento de R\$ 10,80/habitante/ano para R\$ 12,00. Para conseguir habilitar-se nesta Norma teve de cumprir os seguintes requisitos: ter capacidade para realizar o elenco de procedimentos da atenção básica ampliada; manter em funcionamento o Controle e Avaliação; manter em funcionamento o Fundo Municipal de Saúde; comprovar funcionamento do Conselho Municipal de Saúde; manter alimentação regular do Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde.

Vale lembrar que considerando a divisão proposta pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, o município insere-se na Região Metropolitana II, constituindo-se no Município Pólo conforme o Plano Diretor de Regionalização do Estado. Outro aspecto a ser ressaltado é que nele encontra-se sediada a Central de Regulação Estadual. Noronha et al. (2003) chama a atenção para a existência de uma ampla rede de serviços de saúde, que são reconhecidos a nível nacional, e de conflitos e impasses que relacionados ao elevado número de pessoas de outros municípios e que tem necessidade dos serviços de saúde desta cidade, como é o caso de São Gonçalo.

4.1.1 - Rede de atenção à saúde e o financiamento deste setor

1º período – 1995 a 1998

Este estudo de caso tem início no período que corresponde ao primeiro governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (PSDB) e de seu vice-presidente Marco Antonio de Oliveira Maciel (PFL). Foi indicado pela coligação "União Trabalho e Progresso" composta pelo PSDB, PFL e PTB. Além destes, a base de sustentação do seu governo era formada pelo do PPB e PMDB.

No nível estadual, o governador eleito no pleito de 1994, foi Marcello Nunes de Alencar (PSDB), pela Coligação "Rio Unido" (PSDB, PFL, PP, PL, PMDB, PRP e PTB). No nível municipal, os eleitos foram João Sampaio (1993-1996) e Jorge Roberto Silveira (1997-2001), ambos do PDT.

Cabe destacar que não foram encontrados fatos registrados, em fontes jornalísticas, que mostrassem a existência de conflitos entre estas três esferas de governo, no que diz respeito, à saúde pública. Embora o ex-governador do Rio de Janeiro Leonel Brizola, do PDT, fizesse uma oposição a Fernando Henrique, isto não produziu conflitos entre a Prefeitura de Niterói e os Governos federal e estadual.

Sobre a rede hospitalar do SUS, o município de Niterói dispunha de 27 hospitais, sendo 9 públicos (5 estaduais e 4 municipais), 17 privados contratados e 1 universitário. Niterói não possuía nenhum hospital federal e filantrópico. O número de leitos era de cerca de 7,3 leitos por mil habitantes.

Sobre as transferências constitucionais⁸ da União para o município, em 1996, a soma total foi de R\$ 7.738.728,13. Sendo R\$ 7.520.930 relativo ao FPM, R\$ 215.392,36 da LC 87/96 (Lei Kandir) e R\$ 2.404,80 relativo ao ITR. Já no ano de 1998, o total das transferências corresponderam a R\$ 11.897.673,91, sendo R\$ 8.983.128,72 provenientes do FPM, R\$ 2.396.385,08 do IRRF, R\$ 3.442,85 do ITR e R\$ 514.717,26 de outros.

Quanto as transferências do Estado para o município, estas somaram R\$ 48.382.580,58 em 1997. A maior parte das transferências foram relativas ao ICMS no valor de R\$ 33.972.790,85. Somam-se a este valor: R\$ 12.975.702,59 do IPVA, R\$ 581.725,53 do IPI e R\$ 852.361,61 de outros. Em 1998, o valor das transferências foi de R\$ 55.196.886,38, sendo que a principal fonte veio do ICMS (R\$ 31.350.084,23) seguido do IPVA (R\$ 12.470.138,98). Uma novidade foi a transferência relativa ao FUNDEB (R\$ 7.167.818,25). Além destes valores somam-se: R\$ 380.502,26 do IPI e R\$ 3.828.342,66 de outros.

Além das transferências da União e do Estado, o município possui uma receita própria que representa mais de 50% das receitas correntes. A receita própria em 1997 correspondeu a R\$ 96.302.823,03, sendo destes R\$ 34.223.763,45 de IPTU, R\$ 8.351.277,44 do ITBI, R\$ 20.620.527,99 de ISS, R\$ 33.107.254,15 de taxas. Em 1998 chegou a R\$ 112.602.798,15. Em relação as despesas com saúde, o gasto passou de R\$ 25.937.644,94 em 1997 para R\$ 31.385.744,15 no ano seguinte.

2º período – 1999-2002

⁸ Dados obtidos no Estudo Socioeconômico do Município de Niterói em 2001, do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.

O segundo período que será analisado corresponde ao segundo mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso (PSDB) que foi de 01/01/99 a 01/12/2002. Na esfera estadual, o eleito foi Anthony William Garotinho M. de Oliveira (PDT) e sua vice Benedita Souza da Silva Sampaio (PT), pela coligação “Muda Rio” (PDT, PT, PCB, PSB, PC do B). Benedita assumiu o governo do Estado de 06/04/2002 a 31/12/2002, quando Garotinho se candidatou a presidência da República. Os prefeitos de Niterói foram: Jorge Roberto Silveira (1997-2001) e Godofredo Saturnino da Silva Pinto (2002-2005) do PT. Este assumiu em 2002, quando o prefeito Jorge Roberto Silveira (PDT) afastou-se do cargo para disputar o cargo de governador do Estado do Rio de Janeiro. Na eleição seguinte, Godofredo foi eleito prefeito de Niterói.

Quanto as transferências constitucionais ocorreram da seguinte maneira: as transferências da União para o município, variaram neste período de R\$ 18.643.000,00 para R\$ 32.539.000, 00. E no caso do Estado passaram de R\$ 53.672.000,00 para R\$ 81.356.000,00. As receitas próprias também ampliaram-se de R\$ 123.125.000,00 para R\$ 158.050.000,00.

Sobre a rede hospitalar do município⁹ observou-se a presença de 27 hospitais credenciados ao Sistema Único de Saúde, sendo distribuídos da seguinte forma: 9 sob o regime público, 17 sob o regime privado e 1 sob o regime universitário. Cabe apontar que dos hospitais públicos 5 possuíam natureza estadual (4 sob gestão estadual e 1 gestão municipal plena) e 4 natureza municipal. Sobre os hospitais privados observou-se que todos possuem natureza contratada. Em conjunto, os hospitais ofereciam cerca de 3.359 leitos, que chegaram a 3.367 leitos (957 sob o regime público, 1.939 privado e 471 universitário) em dezembro, do

⁹ Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) - dados de - abr/1992 a jul/2003. Site: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>

mesmo ano. Estes leitos eram divididos em diferentes especialidades, tais como, clínica cirúrgica, pediátrica, psiquiátrica e outras.

Um dado importante é que dos 957 leitos sob o regime público, 584 possuíam natureza estadual (471 estavam sob gestão estadual e 113 sob gestão municipal plena) e 373 de natureza municipal. Ao examinar dados correspondentes a esta fase percebeu-se que até 2001, havia uma atuação muito maior do regime privado conveniado ao SUS do que do público. No ano seguinte, este quadro mudou com a redução do número de hospitais privados e públicos. O número de hospitais credenciados ao SUS passou de 27 no mês de Janeiro para 17 em maio, chegando a 18 em dezembro. Cabe destacar que a queda foi mais significativa no regime privado de 17 para 9, sendo 8 contratados e 1 filantrópico. Já no público a redução foi de apenas 1 hospital.

Segundo dados do Tribunal de Contas Estadual, com relação à utilização da rede hospitalar credenciada pelo SUS (1999-2001) houve um aumento no número de internações na rede hospitalar pública a partir de 2002 e uma acentuada redução nas esferas privada e universitária. Ao comparar o valor médio das internações de Niterói e do Estado do Rio de Janeiro, o primeiro apresentou um valor médio de R\$ 666, 35 contra R\$ 661, 36 do Estado.

Em dezembro de 2002¹⁰, no que diz respeito à rede ambulatorial do SUS, as unidades estavam distribuídas da seguinte forma: 3 Postos de Saúde, 4 policlínicas, 18 Centros de Saúde, 4 Ambulatórios de Unidade Hospitalar Geral, 4 Ambulatório de Unidade Hospitalar Especializada, 1 Unidade Mista, 1 Pronto Socorro Especializado, 1 Consultório, 11 Clínicas especializadas, 3 Centros/Núcleos de Atenção Psicossocial, 4 Centro/Núcleo de Reabilitação,

¹⁰ Fonte: Ministério da Saúde- DATASUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) – dados de jul/1998 a jul/2003.

11 Outros Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, 27 Unidades de Saúde da Família, 1 Unidade de Vigilância Sanitária, 3 Unidades não Especificadas.

Ao analisar a evolução da rede ambulatorial do município no período de 1999-2002, é possível fazer algumas observações. Primeiro foi possível ver que houve um aumento em algumas unidades da rede ambulatorial conveniada ao SUS e a diminuição em outras delas. No primeiro caso, entre janeiro de 1999 a dezembro de 2001, houve uma ampliação dos Centros de Saúde, os quais passaram de 25 para 37. Estes Centros inicialmente tinham como principais prestadores o serviço público federal (11 Centros) e o municipal (13). A partir de novembro de 1999, a esfera federal deixou de ser um prestador de serviços, a municipal aumentou sua participação e o sindicato se tornou um prestador.

Sobre o Ambulatório de Unidade Hospitalar Especializada, viu-se que há uma pequena variação mensal em seu número. Em relação às clínicas especializadas observou-se que o único tipo de prestador é o privado com fins lucrativos. Um outro ponto é que o prestador público municipal tem atuação na maioria destas unidades. Houve uma forte ampliação das unidades de saúde da família de 1 em janeiro de 2002 para 27 em dezembro do mesmo ano tendo como único prestador o serviço público municipal.

Os dados¹¹ mostram que de janeiro de 1999 a dezembro de 2002 houve um aumento tanto das despesas quanto das receitas na área da saúde. A despesa total com saúde por habitante variou de R\$ 185,00 para R\$ 217,90. Em 2002, no que diz respeito à despesa total com ações e serviços públicos de saúde, a despesa empenhada¹² foi de R\$ 104.174.942,85 e a

¹¹ Fonte: DATASUS, http://www.datasus.gov.br/cgi/siops/serhist/MUNICIPIO/indicadores_RJ.htm, , SIOPS.

¹² Vale lembrar que as despesas podem ser consideradas de três tipos: empenhadas, realizadas e liquidadas. A primeira demonstra que há um comprometimento do gestor com ações que podem ou não ser pagas. Já a segunda é aquela que é paga efetivamente. A despesa liquidada é vista como a etapa intermediária entre o que é empenhado e pago, mas que nem sempre é praticada.

despesa liquidada foi de R\$ 101.180.850,50. Sobre as despesas com recursos próprios a empenhada foi de R\$ 48.031.179,99 e a liquidada de R\$ 45.037.087,64.

A principal fonte dos recursos para financiamento do setor foi o Ministério da Saúde (governo federal). Em 2002, no que diz respeito às transferências de recursos do SUS a previsão atualizada foi de R\$ 59.797.000,00 e a receita realizada em 2002 foi de R\$ 56.143.762,86. Cabe destacar que, não foram registradas transferências da esfera estadual para a saúde do município. Assim como ocorreu no período anterior, não observou-se conflitos entre as esferas, mas da mesma forma, não houve cooperação entre elas.

3º período – 2003-2005

Em 01 de Janeiro de 2003, Luiz Inácio Lula da Silva (PT) assumiu a Presidência da República com o vice José Alencar Gomes da Silva (PL). candidato da Aliança PT, PMN, PCB, PCdoB e PL. No Governo do Estado quem assumiu foi Rosângela Barros Assed Matheus de Oliveira (quando assumiu estava no PSB, atualmente está no PMDB) e o seu Vice Luiz Paulo Fernandez Conde (PMDB). Na esfera municipal, o prefeito Godofredo Saturnino da Silva Pinto (PT) foi reeleito pela coligação: “Unidos pelo bem de Niterói (PT, PTB, PCB, PPS, PHS, PSB, PV, PRP, Prona, PC do B e PT do B).

No ano de 2003, a oferta de serviços de saúde deste município na área hospitalar, foi a seguinte: 18 hospitais conveniados ao SUS, sendo 8 públicos, 9 privados, 1 universitário. Dos públicos, 4 eram municipais (gestão municipal plena), 4 estaduais (gestão estadual plena), 1 filantrópico, 1 universitário (Hospital Universitário Antônio Pedro) e 8 contratados. Em relação ao número de leitos hospitalares, ofereceu um total de 1944 leitos. A proporção de

leitos por mil munícipes é de 4,2 leitos e a média no Estado é de 2,9 leitos por cada mil habitantes.

Em relação ao financiamento deste setor observou-se que o orçamento da saúde do município tem aumentado de forma gradual¹³. Enquanto em 2003¹⁴ foi registrada uma despesa liquidada de R\$ 115.630.496,21 no ano de 2005 aumentou para R\$ 155.101.766,51. Já a despesa total com saúde por habitante passou de R\$ 247,80 para R\$ 327,19 em 2005

Os recursos da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, em 2003, foram oriundos de seis fontes: Tesouro Municipal, SUASE, Diversos (ressarc), Convênios FMS, Convênios com entidades diversas e Ministério da Saúde (Governo Federal). Um ponto importante observado¹⁵ é que não foi registrada fonte de recursos do governo estadual. A receita da FMSN era dividida entre os Governos Federal e Municipal, destacando-se a ausência de participação do Estado na cooperação financeira com o município. Entretanto, cabe destacar que a partir de 2004, foi constatada a participação do Estado no total das transferências do SUS. O valor total das transferências do SUS foi de R\$ 69.919.423,97, destes R\$ 68.290.938,12 corresponderam as receitas das transferências da União, R\$ 324.248,71 do Estado e 1.304.237,15 de outras transferências do SUS.

Sobre o total destas transferências de recursos do SUS, em 2005, a previsão atualizada foi de R\$ 63.020.000,00 e a receita realizada de R\$ 70.767.383,19. Deste total, a receita realizada pela União foi de 69.861.610,98, de outras receitas do SUS de 615.475,09 e as do Estado de R\$ 290.297,12. Pode-se observar que a participação do Estado é ainda muito

¹³ Para maiores informações a respeito da Evolução da Receita Orçamentária – 1999/2003, ver Anexo nº4.

¹⁴ Dados retirados do site: www.saude.gov.br. Indicadores municipais de saúde. Fonte: SIOPS

¹⁵ Fonte: Relatório de gestão de 2003 da Prefeitura Municipal de Niterói.

pequena em relação ao valor das despesas. Comparando as transferências de 2004 e 2005, verificou-se que estas foram ainda menores, embora a previsão atualizada tenha sido de R\$ 570.000,00 a despesa realizada foi de R\$ 290.297,12. Esta esfera é a que menos transfere recursos :à saúde do município.

Cabe ressaltar que embora a esfera federal tenha sido a principal financiadora, a sua participação no percentual de despesa total com a saúde, a partir de 2000, tem diminuído bastante. Em 2000, as transferências do SUS correspondiam em termos percentuais a 57,97% da despesa total com saúde, em 2005, a 45,63%. Por outro lado, as despesas com recursos próprios por habitante aumentaram de R\$ 77,76, em 2003, para R\$ 183,03, em 2005, o percentual foi de 18,48 para 23,12%.

Já a despesa total com recursos próprios foi de R\$ 55.980.887,72 para 86.765.230,74. Isto mostra que a cidade tem cumprido as determinações da EC 29, na qual os municípios deviam destinar, até 2004, como percentual mínimo para o gasto próprio com saúde 15% da sua receita. Estes dados mostram que a maior parte das despesas com saúde têm sido pagas com recursos próprios do município e que a esfera federal deixou de ser a principal financiadora. A esfera federal, apesar da diminuição no percentual das transferências tem colaborado muito com o município. Como apontado no Relatório de gestão de 2003 da Prefeitura Municipal de Niterói, em 2003, o município captou mais de três milhões de reais de convênios com o Ministério da Saúde. (2003, p. 41). Já o Estado tem uma atuação muito pequena no financiamento da saúde municipal e não tem agido de forma a estabelecer parcerias com o nível municipal.

Ainda sobre as relações entre as esferas, em Niterói, os conflitos e a falta de cooperação na saúde, têm ocorrido principalmente entre as esferas municipal e estadual. Uma comprovação disso são as inúmeras trocas de acusações, entre os representantes das duas

esferas, que podem ser observados na imprensa. Como no trecho da entrevista realizada por Walesca Borges, do Jornal O Globo, a Luiz Roberto Tenório, atual Secretário de Saúde de Niterói. Ao ser questionado sobre como era o relacionamento do estado com a Secretaria de Saúde de Niterói, o secretário afirmou que:

Nos últimos quatro anos, tivemos grandes dificuldades de entrosamento com a Secretaria Estadual de Saúde, que sempre foi muito omissa em relação à Região Metropolitana 2, que inclui Niterói, São Gonçalo, Marica, Itaboraí, Rio Bonito e Tanguá. Criamos o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) sem qualquer participação do estado. O governo estadual teria que entrar com 25% dos recursos e não deu nada. Nós entramos com 34%, e o governo federal teve que injetar 66%. A manutenção da central de regulação de leitos também deveria ser responsabilidade do estado, o que não ocorreu”. (Jornal O Globo, 26/11/06, Caderno de Niterói, p. 6).

O exemplo acima é uma prova de que a questão partidária tem influenciado no relacionamento intergovernamental. O que acaba sendo um grande problema e acaba prejudicando, principalmente, às ações que precisam de um trabalho conjunto para ser bem sucedidas.

4.2 - Caso 2 – O município do Rio de Janeiro.

O município do Rio de Janeiro possui uma população de aproximadamente 6 milhões de habitantes e uma densidade demográfica de 4.858,1 hab/Km². Conforme dados do último censo, possui o segundo maior IDH do estado do Rio de Janeiro e 60º na classificação nacional. Este município desde sua formação aos dias atuais destaca-se pela sua forte influência política e por ser um pólo comercial, industrial, turístico e cultural.

Uma outra característica é a presença de amostras significativas de todos os estratos sociais e de uma forte desigualdade de renda. Noronha et al. (2003) afirma que: “O Rio é, entre as regiões metropolitanas do Sul e do Sudeste analisadas, a que possui os maiores índices de desigualdade de renda (Theil 0,69 e Gini 0,58). Contudo, esses índices são inferiores aos registrados para o Brasil Metropolitano (Theil 0,71 e Gini, 0,59)”.

O surgimento da cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro ocorreu em 1565 com a função de defender esta parte do litoral do Brasil. O Rio foi capital do país desde o período do Império e também da República até 1960, quando ocorreu a mudança da capital para Brasília. Neto, et al. (s.d) acha que isto contribuiu para que fossem feitos investimentos nas áreas de saúde, educação, cultura e infra-estrutura, etc.

Segundo Noronha et al.(2003), em 1970, o Rio contava com uma grande rede de serviços públicos de saúde destinados aos servidores públicos federais e estaduais. Um outro dado é que houve um grande desenvolvimento da rede de serviços privados contratados e conveniados pelo INAMPS, para a prestação de assistência médica. No ano de 1975, o governo militar determina a fusão dos estados da Guanabara e do Rio de Janeiro. Após esta fusão o Rio de Janeiro passou a ser capital do estado sob o título de Município do Rio de

Janeiro. É relevante destacar que com a fusão, houve a transferência de hospitais localizados no antigo Estado da Guanabara para a Secretaria Estadual de Saúde do novo estado do Rio de Janeiro. Segundo o mesmo autor, esta transferência ocorreu através de negociações do grupo de trabalho pré-fusão, que justificaria o fato de haver atualmente um significativo número de hospitais estaduais no Município do Rio.

Este município merece destaque na área de saúde pública, por ainda concentrar grande parte dos serviços de saúde da região. De acordo com a divisão proposta pela Secretaria de Estado de Saúde, o município pertence à Região Metropolitana II, sendo considerado município pólo desta região. Nele estão presentes importantes hospitais públicos universitários, hospitais federais de grande porte e um número ainda expressivo de unidades estaduais.

É preciso destacar também que esta extensa rede de serviços é de grande importância para o atendimento da população residente nos diversos municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, especialmente para os mais carentes e para o atendimento de alta complexidade à população de diversos outros municípios do Estado.

Para Noronha o freqüente deslocamento de pessoas dos demais municípios para o Rio e Niterói, está relacionado a dois fatores: à sua inserção no mercado de trabalho (formal ou informal) e à busca de atendimento nos serviços públicos existentes, entre os quais os de saúde. Ele adiciona que:

A história da formação do sistema de saúde imprime outras especificidades à rede de serviços da região: a) o peso dos serviços públicos na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive no âmbito hospitalar; b) a presença de importantes hospitais públicos universitários na região e a persistência de alguns hospitais federais de grande porte e de um número ainda expressivo de unidades estaduais no Município do Rio de Janeiro; c) os marcantes conflitos intergovernamentais relacionados à gestão do sistema e comando sobre os hospitais públicos e as dificuldades de integração da rede de serviços. (2003, p. 310).

Em 2000, o processo de municipalização de estabelecimentos hospitalares federais foi intensificado. Destaca-se, neste processo, a transferência para a gestão municipal dos Hospitais da Lagoa, Andaraí, Ipanema, Cardoso Fontes, Raphael de Paula Souza e Piedade.

Noronha chama a atenção para dois pontos importantes: primeiro é a presença de vários conflitos intergovernamentais na gestão do sistema de saúde no Rio de Janeiro, principalmente entre 1980 a 2000. Um outro problema observado é a dificuldade de integração da rede de serviços públicos. Este acredita que estes conflitos intensificaram-se, principalmente, após os anos 90 quando o SUS foi implantado e iniciou-se um processo de descentralização político-administrativa com destaque na municipalização. Para ele, a razão da exacerbação destes conflitos se deu pelo fato de haver no município do Rio de Janeiro uma ampla rede de serviços, a qual é necessária para o atendimento das populações dos outros municípios da Região Metropolitana e do Estado.

Na sua concepção, estes problemas se manifestam nos diversos âmbitos governamentais da seguinte forma:

No âmbito do município do Rio de Janeiro, esses problemas se manifestam, por exemplo, nos conflitos entre autoridades federais, estaduais e municipais, referentes às políticas de descentralização de hospitais e ao poder sobre essas unidades, dificultando o funcionamento articulado da extensa rede de serviços existente. Destaque-se que as unidades federais, ainda existentes no município do Rio de Janeiro, são unidades orçamentárias, que mobilizam vultuosos recursos em relação ao teto financeiro total estipulado para custeio da assistência prestada no Estado e no Município. Os recursos para essas unidades não estão sujeitos às mesmas regras de fixação e controle das demais unidades do SUS. No âmbito regional e estadual, cabe assinalar a tendência de atuação autônoma e de não-subordinação do Município do Rio às políticas da Secretaria de Estado de Saúde, face à trajetória histórica e traços institucionais deste município, assim como da rede própria do nível federal, pelas razões acima apontadas e pela natureza e alcance nacional de muitas de suas ações. (2003, p. 311).

Concorda-se com o autor, quanto à existência de grandes conflitos entre as diferentes esferas de governo e acredita-se que têm ocorrido principalmente por questões partidárias. Uma das conseqüências desta relação conflituosa é que as esferas não têm atuado conjuntamente com o intuito de resolver os problemas sociais. Ao analisarmos a crise da saúde no Rio de Janeiro percebemos que pode estar ligada a questão político-partidária.

4.2.1 - Rede de atenção à saúde e o financiamento deste setor

1º período – 1995 a 1999

Como no estudo de caso anterior, este primeiro período vai de 1995 a 1999. Além de Fernando Henrique Cardoso e Marcello Alencar, nos níveis federal e estadual, respectivamente, o município teve como prefeitos César Maia (01/01/93 a 01/01/97) e Luiz Paulo Conde¹⁶ (01/01/97 a 01/01/2001). César Maia foi eleito pelo PMDB e três anos depois ingressou no PFL. Já Conde ocupou o cargo de secretário municipal de Urbanismo de César Maia e também foi eleito pelo PFL, porém, logo depois que deixou a prefeitura desligou-se do partido e aderiu ao PSB. No ano de 2003, mudou de partido mais uma vez indo para o PMDB.

Nesta primeira fase, verificou-se uma queda no número de hospitais, os quais passaram de 135 (55 públicos, 69 privados e 11 universitários) para 131 (59 públicos, 61 privados e 11 universitários). Esta queda trouxe como consequência uma diminuição no número de leitos que foram de 27.937 para 24.616, sendo maior no setor privado (12.262 para 9.615 leitos).

Alguns aspectos importantes: primeiro, houve uma diminuição do número de hospitais federais de 9 para 5. Por outro lado ocorreu o aumento dos municipais de 15 para 9. Estes números mostram um processo de municipalização das unidades. Segundo ponto, em relação a esfera privada percebe-se uma significativa diminuição do número de hospitais privados contratados (55 para 39) e filantrópicos (14 para 8). Por outro lado, em 1997, é possível

¹⁶ Informações obtidas no Wikipédia, a enciclopédia livre. Site "<http://pt.wikipedia.org>

constatar o surgimento de 8 hospitais filantrópicos isento de tributos e contribuições sociais e 1 hospital filantrópico isento IR e contribuições s/lucro líquido.

2º período – 1999 - 2003

Na segunda fase (1999-2002), o PSDB e o PFL continuaram juntos na reeleição. No estado do Rio foi eleito Anthony William Matheus de Oliveira, conhecido como Anthony Garotinho. Em 2000, o vitorioso das eleições municipais foi César Maia, desta vez, filiado ao PTB. No primeiro ano de mandato, deixou este partido e voltou para o PFL.

A soma das transferências constitucionais da União e do Estado para o Município do Rio de Janeiro foi de R\$ 1.652.406.215,37 no ano de 2002. Dentre as transferências do Estado para o município, a maior parte foram oriundas do ICMS (R\$ 798.887.438,11) e do IPVA (R\$ 215.256.657,67). Os outros valores foram: R\$ 8.561.765,36 do FPEX (IPI) e R\$ 33.983.097,14 relativos dos Royalties. Sobre os repasses da União a maior parcela veio do FUNDEF com R\$ 522.456.734,24, e o restante foi R\$ 54.957.023,57 do FPM, R\$ 8.159.145,53 da LC 87/96 e por fim R\$ 144.353,75 do ITR.

Nesta segunda fase, ao analisar a rede hospitalar do SUS no Rio observou-se, novamente, houve uma queda no número de hospitais e leitos hospitalares credenciados ao SUS. O número de hospitais caiu de 131 para 109, sendo que a maior queda foi registrada no setor privado, de 61 para 34 unidades. É importante destacar o grande aumento do número de hospitais municipais de 19 para 30 e a acentuada redução do número de hospitais federais com verba própria passando de 14 para 2. Sobre a oferta de leitos hospitalares, houve uma queda nas três esferas, de 24.616 para 17.128.

Segundo informações do TCE, esta diminuição no número de hospitais próprios do Inamps e federais teve início a partir de 1999 e ocorreu em todo o Estado do Rio de Janeiro. Em 2002 eram apenas seis hospitais. Isto trouxe como consequência uma queda no número de leitos. Os hospitais contratados passaram de 172, em 1997, para 109 em 2002. Apenas os hospitais universitários mantiveram-se constantes. Os hospitais municipais foram os únicos que aumentaram a sua oferta.

Sobre o orçamento da saúde, nesta fase, observou-se que houve um aumento no valor das despesas liquidas que passaram de R\$ 868.894.880,75 para R\$ 1.158.804.622,13. As despesas com recursos próprios foram de 296.271.885,15 para 542.999.777,89, em 2002. Em relação às receitas, as transferências do SUS também ampliaram de 572.622.995,60 para 615.804.844,24. Levando em conta o percentual de recursos próprios aplicados em saúde em 2000 correspondia a 10,22 em 2002 e chegou a 15,15. Assim como no município de Niterói, no Rio não foi observado a cooperação financeira da esfera estadual. Verificou-se, ainda, que a partir de 2000, o percentual das transferências do SUS sobre a despesa total diminuiu de 65,90 para 53,14%.

3º período – 2003 a 2005

Este período é de fundamental importância, pois apresenta um cenário político diferente. Enquanto nos dois primeiros identifica-se a existência de duas esferas no mesmo partido ou na mesma base de coligação. Nesta fase, observa-se que as três esferas pertencem a três partidos distintos.

Em 2005, César foi eleito pela terceira vez prefeito pelo partido PFL. No governo do estado, Rosinha Garotinho elegeu-se pelo PSB. Ainda em 2003, mudou para o PMDB. Embora uma parte do PMDB tenha apoiado ao mandato do PT, seu governo caracterizou-se por uma forte resistência e conflito com as esferas federal e municipal.

Um dado importante é que o principal tipo de prestador continuou a ser o público municipal com 139 unidades, ou seja, 45 % do total. Em segundo lugar está o serviço público estadual com 54 unidades (17,5%), em terceiro o privado com fins lucrativos com 51 (16,5%), o federal com 34 (11%), o filantrópico com CNAS válido com 21 (6,8%), os sindicatos com 9 (2,9%) e o privado sem fins lucrativos com 1 (0,3%).

No que diz respeito a rede hospitalar¹⁷ observou-se a presença de 102 hospitais, sendo 55 públicos (6 federais, 19 estaduais, 30 municipais), 34 privados (19 contratados, 15 filantrópicos) 13 universitários (2 ensinos, 11 pesquisas). O número total de leitos era de 17.516, sendo 9.498 públicos (800 federais, 3.255 estaduais, 5.443 municipais), 5.578 privados (2.899 contratados, 2.679 filantrópicos) e 2.440 universitários (27 ensinos e 2.413 pesquisas). O número total de leitos por 1000 habitantes é de 2,9.

Em julho de 2003, a rede Ambulatorial do município era composta por 309 unidades, as quais estão distribuídas da seguinte maneira: 1 Posto de saúde, 61 Centros de saúde, 56 Policlínicas, 30 Ambulatórios de unidade hospitalar geral, 41 Ambulatórios de unidade hospitalar especializada, 6 Unidade mista, 2 Pronto socorro especializado, 2 Consultórios, 2 Unidade Móvel Fluvial/Marítima, 29 Clínicas especializadas, 11 Centros/ núcleos de atenção psicossocial, 5 Centros/ núcleos de reabilitação, 33 Outros serviços auxiliares de diagnose e terapia, 2 Unidade Móvel Terr. Prog. Enfrent. às Emergências e Traumas, 1 Farmácia para Dispensação de Medicamentos, 3 Unidades de saúde da família, 3 Centro Alta Complexidade

¹⁷ Fonte: SIH/SUS

em Oncologia III, 5 Centro Alta Complexidade em Oncologia II, 12 Unidades de vigilância sanitária e 4 Unidades não especificada.

Nesta última fase, observou-se uma diminuição no orçamento da saúde do Rio de Janeiro. A despesa total com saúde caiu de R\$ 1.334.570.305,44 para R\$ 1.185.339.396,41. Em relação às despesas com recursos próprios cresceram de R\$ 677.316.597,50 para R\$ 817.839.172,70. Cabe destacar a acentuada queda nas transferências do SUS, no ano de 2005, contrariando a tendência dos anos anteriores que apresentaram um aumento neste valor. As transferências do SUS por habitante que, em 2003, eram no valor de 110,02 caíram para 58,52, em 2005. Já as transferências totais, em 2003, de R\$ 657.253.707,94 caíram para R\$ 356.634.416,00, em 2005.

Assim como observado no outro estudo de caso, foi somente a partir de 2004 que o Estado a começou a cooperação financeira com o município na área de saúde. Neste mesmo ano, do total de R\$ 711.569.199,05 correspondentes as transferências dos SUS, R\$ 698.500.683,78 foram contribuição da União, R\$ 2.298.921,70 do Estado e R\$ 10.769.593,57 de outras receitas do SUS. Já em 2005, as receitas de transferências de outras Esferas de Governo para a Saúde ocorreram do seguinte modo: a receita realizada da União foi de 285.081.167,55; Estado de 61.501.869,28 e Outras Receitas do SUS de 10.051.379,17.

Na parte seguinte, a questão da influência político-partidária será analisada e serão utilizados diversos exemplos que comprovam a idéia de que esta variável tem sido importante nos rumos da saúde pública.

4.3. – A influência partidária no financiamento das políticas sociais

Como dito anteriormente, o objetivo central deste trabalho é verificar se o pacto federativo brasileiro tem sido afetado pelas organizações partidárias. A idéia central é que os intensos conflitos partidários têm dificultado o funcionamento de um federalismo cooperativo e que esta falta de cooperação entre as esferas têm prejudicado principalmente no financiamento do setor saúde.

Mesmo tendo-se conhecimento de que existem outras variáveis determinantes na produção de políticas sociais, tais como a corrupção e a falta de recursos, optou-se pela questão partidária devido a sua importância para o entendimento da ineficiência e ineficácia deste setor. Um outro ponto que auxiliou nesta escolha foi, após a realização de um levantamento bibliográfico sobre o tema, ter observado a inexistência de trabalhos que abordassem de forma mais aprofundada esta problemática, dando uma ênfase maior na esfera municipal. Nesse sentido, o mérito deste trabalho seria a análise do federalismo brasileiro por um novo ângulo.

Nos dois tópicos anteriores procurou-se apresentar um estudo a respeito da evolução da rede de atenção a saúde dos municípios do Rio de Janeiro e Niterói e mostrar como tem sido a divisão de competências no financiamento deste setor. Nesta última parte são retratadas algumas abordagens que comprovam a influência partidária na saúde pública. Além disso, utiliza-se, como fontes empíricas, de algumas matérias jornalísticas e relatos surgidos na imprensa, com o intuito de mostrar que a crise da saúde no Rio de Janeiro pode estar ligada a uma questão política.

Como destacado por Silva e Labra (2001):

a política de saúde faz parte de inter-relações com fatores que transcendem o universo da atenção à saúde, uma vez que seus resultados dependem também de determinantes sociais, econômicos e políticos. Assim como qualquer outro processo decisório, a política de saúde é fruto de um complexo jogo de negociações e confrontações entre a burocracia estatal, profissionais de saúde, sindicatos, partidos políticos, grupos de interesse e associações da sociedade civil. (2001, p.168).

Vale destacar a universalização das políticas sociais como uma das grandes conquistas da Constituição de 1988. No caso da saúde foi instituído o SUS a partir dos princípios da universalização, descentralização e participação. Além disto determinou a União, Estados e Municípios a ação conjunta na produção e financiamento deste bem. Para o êxito da descentralização era necessário a cooperação entre as esferas de governo.

A Carta apesar de ter redefinido os aspectos tributários e financeiros do novo pacto federativo, não apontou as competências para cada esfera de governo. Além disso, estabeleceu diversas funções concorrentes entre União, Estados e municípios, principalmente na área social. Almeida (1995) retrata que em grande parte dos casos, a forma de financiamento das políticas sociais, padece de uma indefinição semelhante, quanto ao grau de envolvimento das diferentes instâncias e quanto às formas de repasse dos recursos geridos pela União.

Observa-se que até o ano de 2005, a legislação da saúde não especificou claramente a forma de repasse de recursos financeiros da União para os estados e municípios, o que dificultou a sua aplicação. Segundo dados do Ministério da Saúde até este período existiam mais de 100 formas de repasses.

Um outro problema é a falta de definição a respeito de quais tipos de gastos são da área de saúde e quais não podem ser considerados. Em dezembro de 2005, o Ministério Público Federal propôs uma ação pública, na qual pede o ressarcimento de R\$ 1,2 bilhão que deveriam ser gastos em Saúde pelo Estado do Rio de Janeiro em 2003 e 2004. A intenção desta ação era mostrar que as despesas com a Farmácia Popular não poderiam ser feitas com recursos do Fundo Estadual de Saúde. Isto ofenderia o princípio de universalidade e do acesso gratuito consagrados na Carta de 1988.

Estas questões deveriam ter sido resolvidas através da publicação de uma Lei Complementar, em 2005, à Emenda Constitucional n° 29. Esta Lei que ainda está em processo de discussão e aprovação pelo Congresso Nacional, deveria estabelecer: os percentuais incidentes sobre impostos e transferências constitucionais para aferição dos recursos mínimos a serem aplicados anualmente pelos estados, DF e municípios em ações e serviços públicos de saúde; os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal,

estadual, distrital e municipal; as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. (Art. 198, CF).

A proposta da Constituição de 1988 era que houvesse uma cooperação entre os níveis governamentais na gestão das políticas sociais, porém a indefinição de competências faz com que ocorra diversos conflitos entre eles e um “jogo de empurra-empurra”, onde cada esfera culpa a outra pelos problemas na saúde e onde ninguém sabe quem são os responsáveis. Algumas das conseqüências deste processo são a ineficiência, desperdício e descaso com a população. Há diversos casos de disputas judiciais para saber de quem é a responsabilidade pela oferta de determinados serviços de saúde. Um exemplo é o caso da paciente Yasmim portadora de uma doença crônica e que esperava judicialmente a decisão sobre se a responsabilidade de seu tratamento era da União, do estado ou do município. (O Globo, 27/12/2005, p. 12).

No caso dos medicamentos isto também pode ser observado. Ainda em dezembro de 2005, em matéria intitulada *Quando é preciso saber se o doente é municipal, estadual ou federal*, o procurador do Estado do Rio de Janeiro, Francesco Comte, informou que havia, até a presente data, 7.758 ações que obrigavam o estado a fornecer medicamentos gratuitamente. Existiam ainda 249 processos nos quais o réu era o estado e a União e 1.190 em que estado e município foram acionados conjuntamente. (...) Segundo o procurador: “há casos em que o paciente acaba conseguindo o remédio da prefeitura, da União e do estado”. (O Globo, 19/12/2005, p.10).

Como aponta Almeida (1995), a Constituição não estabeleceu condições que facilitasse na definição das atribuições. Assim como a União, os estados e municípios não conseguem definir claramente as suas funções. A falta de leis e regras que mostrem claramente as responsabilidades de cada esfera têm dificultado o controle e fiscalização de suas ações e das licitações de materiais e serviços. Uma prova disso é que de acordo com Relatório da CPI da Câmara Municipal do Rio de Janeiro, a Prefeitura do Rio de Janeiro gastou, em apenas dois anos, cerca de 94 milhões com compras de emergência e sem licitação para hospitais e postos de saúde. Adiciona que apenas com o uso do Fundo Rotativo, verba designada à compra de remédios fora da lista dos padronizados e pequenos reparos nas unidades ocorreu um prejuízo de R\$ 1,6 milhão para os cofres públicos. (Jornal do Brasil, 30/11/2005).

Silva (1990) complementa que um exemplo do confuso mecanismo de repasse de verbas diz respeito às relações quase sempre conflitivas e de boicote entre administrações de níveis governamentais distintos e controladas também por grupos partidários em confronto o que acaba prejudicando os programas sanitários. Como confirmação desta idéia, o autor cita um fato ocorrido na Prefeitura de São Luiz do Maranhão no ano de 1993. Segue sua explicação:

“Em fins de julho de 1993, a Prefeitura da capital maranhense, sob a chefia da prefeita Conceição Andrade, do PSB, partido do ministro da saúde, decretou “estado de emergência” no município, denunciando o que seria um cerco financeiro implacável movido pelo governador do Estado, Edson Lobão, do PFL. Neste cerco, que segundo a prefeita nada mais seria do que um boicote, o porta-voz da prefeitura denunciou que, além do bloqueio de outros repasses do estado para o município, estipulados em lei, houve a retenção de grande parte da verba federal do SUS destinada a ele. Segundo o porta-voz municipal, como o estado administrava as verbas do SUS, o município deixou de receber cerca de 1 milhão de dólares destinados à saúde, desde o início de 1993”. (Jornal do Brasil, 31/07/1993, p. 6 in apud Silva 1999, p. 20).

O fato acima mostra que a falta de clareza nos mecanismos de transferências do SUS tem permitido que as esferas atuem de forma conflitiva e competitiva, prevalecendo até mesmo, os interesses partidários. A crise da saúde no município do Rio de Janeiro é um exemplo de que a variável partidária realmente tem influenciado no financiamento e na produção das políticas. Isto pode ser observado já que, principalmente, nos últimos anos, têm sido frequentes os conflitos entre as diferentes esferas de governo. Como consequências destas brigas políticas, a saúde e as outras políticas sociais têm sido muito prejudicadas. O fato do Rio apresentar influentes líderes políticos intensifica ainda mais a competição entre eles. Este fato é observado nas seguintes matérias jornalísticas:

“Desde que lançou sua pré-candidatura à presidência da República, o prefeito César Maia mudou seu foco de confrontos com outras autoridades enquanto administra o Rio. Na primeira (1993-1996) e na segunda gestões (2001-2004), quando cobiçava apenas o Palácio Guanabara, ele viveu às turras com Marcello Alencar, Anthony Garotinho e, por fim, Rosinha Garotinho em polêmicas que impediram que saíssem do papel planos de grande porte, como a desativação do Complexo Penitenciário da Frei Caneca. Após o Planalto virar seu sonho de consumo, começaram as brigas com a União. César, no entanto, nega que os desentendimentos tenham motivações políticas. — Não há unidade da federação que mantenha melhor relação com o presidente da República do que o Rio — disse ontem o prefeito. — Agora, quando há burocratas em volta que se acham donos da verdade, surgem problemas — acrescentou, referindo-se ao impasse criado pela ameaça de devolver para o governo federal as 28 unidades de saúde municipalizadas”. (O Globo Online, 23 de janeiro de 2005).

“... é nesse contexto que se coloca a crise no Rio. Que é mais ampla e extravasa as fronteiras cariocas. Aqui, a situação ganhou dimensões especiais pela importância da cidade e o choque entre políticos com projetos eleitorais ambiciosos: o presidente Lula, o prefeito César Maia e o ex-governador Anthony Garotinho”. (O Globo, p. 6, 8 de abril de 2005).

Um outro exemplo da intensa disputa política na cidade do Rio de Janeiro foi o episódio ocorrido em 11 de março de 2005, quando o Ministério da Saúde decretou intervenção federal em quatro hospitais do Rio de Janeiro que haviam sido municipalizados no início da década de 90. A alegação era que a prefeitura da cidade não estava aplicando corretamente os repasses federais, o que estaria prejudicando no atendimento aos pacientes. Por outro lado, o Secretário Municipal de Saúde, Ronaldo Cezar Coelho afirmou que a devolução dos hospitais municipalizados ao governo federal foi reivindicada pelo município desde o ano anterior, caso a União não regularizasse os repasses de recursos para o município. Com a intervenção, o município perdeu a gestão plena do Sistema e o Estado ficou encarregado de assumir esta gestão. Porém, como foi apontado pelos Servidores do Estado do Rio de Janeiro o Estado não tinha estrutura para assumir qualquer outro hospital. Já que os Hospitais Estaduais também estavam enfrentando uma crise.(Jornal do Brasil, 11/03/2005).

Para Silva (2000), a influência partidária acontece em qualquer setor onde o Estado esteja presente e da mesma forma na área de saúde. Segundo suas palavras: “Raros são os atores que não reconhecem a influência partidária”. No trabalho intitulado “O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS no estado do Rio de Janeiro”, ela mostrou, através de diversas entrevistas, como no estado do Rio de Janeiro a atuação do governador tem sido decisiva para a definição das ações no setor saúde. A seguir serão transcritos e analisados dois trechos importantes destas entrevistas:

Entrevista nº 4 - Silva ao questionar a um representante da Secretaria Estadual de Saúde, sobre a maneira como era conduzida a política estadual de saúde, ele respondeu que: *“a forma como era conduzida a política estadual de saúde refletia claramente um favorecimento partidário e isso era muito ruim, sendo agravado pela impossibilidade de debates com outros atores que tinham uma posição diferenciada. (Entrevista 4)”*. (Silva, p. 84).

Entrevista nº 8 - um representante do COSEMS acusou a existência da relação de apadrinhamento ou favorecimento de certos gestores da esfera municipal que tinham uma postura política igual a do governo. Conforme palavras do entrevistado: *“O município que*

fazia pacto com o governador tinha mais chance de conseguir recursos, benefícios... (Entrevista 8)”. (Silva, p. 84).

Silva & Labra (2001) apontam que através do fortalecimento dos Conselhos de Saúde é possível contornar a influência partidária e solidificar o SUS. Defendem que a importância dos Conselhos se dá principalmente por não estarem submetidos as conjunturas políticas.

Os dois casos acima são mais um exemplo da influência político-partidária. Para Silva (2000), esta influência pode agir tanto beneficiando ou obstaculizando a política de saúde. Um segundo aspecto destacado diz respeito a atuação dos secretários municipais. Ela afirma que são raros os casos onde um secretário municipal tem sua atuação independente da filiação partidária ou bandeira política do prefeito, já que pode acabar sendo demitido. Afirma ainda que apesar de estarem definidas as diretrizes do SUS e os responsáveis pela sua implementação, as decisões envolvidas tem sido submetidas às orientações partidárias dos atores envolvidos e dos recursos de poder que a secretaria (municipal ou estadual) utiliza para referendar ou vetar uma linha de ação.

5 - CONCLUSÃO

Ao longo deste estudo, observou-se a existência de inúmeras espécies de arranjos federativos. No caso brasileiro, o federalismo tem apresentado um caráter mais competitivo e predatório do que cooperativo. A relação entre as esferas governamentais segue marcada por uma expressão conflituosa, principalmente, quando trata-se da divisão de recursos e atribuições. Acerca destes conflitos, a presente análise compartilha a visão dos autores contrários a sua completa eliminação e defende a necessidade de estabelecer um equilíbrio entre cooperação e competição.

Em relação ao federalismo fiscal, os principais problemas levantados no modelo atual são a indefinição de competências e a sobreposição de tarefas entre as esferas de governo, o que ocasiona custosas ineficiências ao sistema de saúde, dificulta o controle das ações governamentais e a apuração de responsabilidades, além de prejudicar o financiamento das políticas sociais.

No caso específico da saúde, o confuso mecanismo de repasses de verbas do SUS é um problema singular uma vez que a legislação não deixa claros os critérios de repasses de recursos e o que pode ou não ser considerado despesa em saúde. Cabe, num plano maior, destacar a ainda pendente regulamentação da lei complementar à EC nº 29, que deveria agir na resolução de tais problemas e possibilitar mais certezas num ambiente de indefinição.

O objetivo central deste trabalho foi demonstrar que a questão partidária é uma variável interveniente no pacto federativo brasileiro. Através dos estudos de casos, observou-se a relevância de critérios político-partidários nas diretrizes do financiamento das políticas de

saúde, seja favorecendo ou prejudicando as mesmas. Embora existam outras variáveis relevantes neste processo, e a escassez de recursos aliada à corrupção são exemplos sintomáticos disto, a questão proposta mostrou-se fundamental para compreender as relações intergovernamentais após o estabelecimento do novo pacto federativo em 1988. Optou-se por concentrar as atenções na relação da esfera municipal com as outras esferas, já que foi a partir deste período que os municípios assumiram um papel importante na elaboração das políticas de saúde e na gestão dos programas de saúde pública e de atenção básica à saúde.

A proposta foi demonstrar isto através dos estudos de casos dos municípios do Rio de Janeiro e de Niterói. Como uma das conclusões preliminares, observou-se a operacionalização da influência partidária na saúde de diversas maneiras, sejam nas nomeações de cargos de gestão, nas distribuições de recursos, nos boicotes entre as esferas, entre outras.

Em Niterói, ressalta-se um grande avanço na rede própria de assistência à saúde, especialmente, nos últimos 20 anos. Verificou-se que nos dois primeiros períodos estudados não foram registrados conflitos. Já no último período, foi vista uma forte colaboração entre as esferas municipal e federal. Esta esfera, apesar de ter deixado de ser a principal financiadora da saúde, ainda atua muito significativamente no financiamento da saúde e tem estabelecido diversos convênios.

Foram verificados conflitos e um grande distanciamento deste município em relação ao Estado, tanto que este apenas iniciou uma transferência mais significativa de recursos para a saúde do município a partir de 2004, mesmo que ainda muito pequena em relação ao total das despesas do setor.

O segundo estudo de caso, realizado sobre o município do Rio de Janeiro, é uma grande confirmação do poder de influência da questão partidária, tanto positiva quanto negativamente mas com forte predominância desta última, sobre a situação da saúde

municipal. Este que possuía uma grande rede de serviços de saúde das três esferas de governo está em crise. Uma particularidade do Rio de Janeiro é o fato de possuir influentes líderes políticos, o que pode levar ao agravamento da vertente competitiva no relacionamento com as outras esferas de governo. No caso da intervenção federal isto ficou bem nítido, já que mínimos foram os resultados satisfatórios para a saúde após todo o desenrolar do processo. Atualmente, o Presidente da República devolveu ao município a gestão dos hospitais em que houve a intervenção e definiu esta como uma briga desnecessária.

Outro importante fato é o pleno cumprimento das determinações da EC n° 29, de 2000, pelos municípios analisados que, adicionalmente, têm investido acima do percentual mínimo estabelecido na Constituição.

Em relação aos diversos dados apontados, percebeu-se que, ao contrário do que ocorria em fins dos anos 90, onde a União era a principal financiadora da saúde, atualmente a esfera municipal tem sido a grande responsável pela parte financeira. A União diminuiu drasticamente a sua participação no total de recursos investidos na saúde nos últimos anos. O governo do Estado também não tem colaborado muito nestas transferências.

Para finalizar, cabe destacar que a temática da influência partidária não se esgota nos estudos de caso abordados neste trabalho, ela está presente em diversas outras áreas e lugares, seja favorecendo ou prejudicando, e precisa ser aprofundada. Conquistada a descentralização da saúde, ainda necessita-se aprofundar a cooperação entre as esferas como principal instrumento de formulação de políticas sociais e estabelecer novos mecanismos capazes de

conter o papel da influência partidária. Um exemplo de *modus operandi* desta premissa é o estabelecimento de mecanismos de participação, como é o caso dos conselhos de saúde.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABRANCHES, Sérgio Henrique, SANTOS, Wanderley Guilherme, COIMBRA, Marco Antônio. **Política social e combate a pobreza**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

ABRUCIO, Fernando Luiz; SAMUELS, David. **Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira**. São Paulo: HUCITEC/Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo, 1998.

ABRUCIO, F.L.; COSTA, V.M.F. **Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro**. São Paulo: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung e V., (Cadernos Pesquisas, 12), 1998.

AFFONSO, Rui de Britto Álvares, SILVA, Pedro Luiz Barros. (orgs.). **Reforma Tributária e Federação**. Federalismo no Brasil. São Paulo: FUNDAP: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1995.

ALMEIDA, Maria Hermínia T. de. Federalismo e políticas sociais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.28, n.10, p. 88-108, junho de 1995.

_____.A Política Social no governo Lula. Revista El Debate político, Buenos Aires. (s.d.)

ARRETCHE, Marta. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Revista Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol.8, n.2, 2003.

_____.Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma dos programas sociais. Rio de Janeiro. **Revista Dados**, v.45, n.3, p. 431-457, 2002.

_____.Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**, 2002.

BARBOSA, Fernando H. e BARBOSA, Ana Luiza de H. In: ARVATE, Paulo Roberto e BIDERMAN, Ciro (orgs.). **Economia do setor público no Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BERCOVICI, Gilberto. “Separação de poderes” no Estado federal norte-americano. **Revista de Informação Legislativa**. Brasília a. 38 n. 150 abr./jun. 2001 225. p.225-230.

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

BRASIL. Decreto nº. 94.657 **Criação do SUDS Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados**. Brasília, Imprensa Oficial, 20 de julho. 1987

BRASIL. Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 14 set. 2000. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/ccivil/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>>. Acesso em 20 de junho de 2006.

ELAZAR, Daniel J. **Exploring federalism**. Tuscaloosa, AL: University of Alabama, 1987.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. Federalismo fiscal e descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000.2002, 200 f., {74}. Dissertação de doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

GAGNON, Alain-G. (Orgs.). **Comparative federalism and federation: competing traditions and future directions**. Toronto: University of Toronto press, 1993. p. 15-44.

GERSCHMAN, Silvia. Democracia Social e Atores Políticos: um estudo da reforma sanitária brasileira. Tese de doutorado. 1994. São Paulo, Universidade de Campinas.

GIAMBIAGI, Fábio, ALÉM, Cláudia Duarte de. **Finanças Públicas: teoria e prática no Brasil**. Rio de Janeiro; Campus, 1999.

HAMILTON, Alexander; JAY, John; MADISON, James H. **Os artigos federalistas**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

KUGELMAS, Eduardo; SOLA, Lourdes. Recentralização/descentralização: dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. **Tempo Social**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 63-83, 1999.

LAMOUNIER, Bolívar. Um liberal entre autoritários. **Revista Época**. São Paulo. 11 de setembro de 2006, Caderno Especial, p.70-71.

LIJPHART, Arend. **Modelos de democracia: desempenho e padrões de governo em 36 países**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

LIMA, Luciana Dias de. **Federalismo, Relações Fiscais e Financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais**. Tese de doutorado em Saúde Coletiva. Universidade do estado do rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

LIMONGI, Fernando Papaterra. “O Federalista”: remédios republicanos para males republicanos. In: WEFFORT, Francisco C. (Org.). **Os Clássicos da Política**. São Paulo, 1997, p.243-256.

LÜDKE M., ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, EPV, 1986.

MARQUES, Eduardo; ARRETCHE, Marta (orgs.). **Gestão de Serviços de Saúde nos Municípios Brasileiros, 1995-2000 (Banco de dados)**. São Paulo: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP). In: Consórcio de Informações Sociais, 2004. Disponível em: <<<http://www.nadd.prp.usp.br/cis/index.aspx>>>. Acesso em 13 de agosto de 2006.

MENDES, Marcos. Federalismo Fiscal. In: ARVATE, Paulo Roberto e BIDERMAN, Ciro (orgs.). **Economia do setor público no Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Implantação da EC 29: Apresentação dos Dados do SIOPS, 2000 a 2003** Brasília, julho de 2005.

NETO, Eduardo, AMORIM, Érica, BLANCO, Mauricio, ROCHA, Rudi. **O Desenvolvimento Humano no Estado do Rio de Janeiro na década de 90: uma análise comparada in Análise do Rio a partir do ADH.**

OLIVEIRA, Vanessa Elias de. **Política de saúde: as bases históricas da estruturação do SUS. Versão preliminar de trabalho a ser apresentado no 4º Encontro Nacional da ABCP - Associação Brasileira de Ciência Política.** Pontifícia Universidade Católica/PUC. Rio de Janeiro. Julho, 2004.

RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE REALIZADO ENTRE 17 E 21 DE MARÇO DE 1986.

SÁ, Paulo Klingelhofer de. **A integralidade da atenção no Programa Médico de família de Niterói.** Dissertação de Mestrado, 2003, p. 114. Rio de Janeiro.

SANTILLO, Henrique. O Solapamento do SUS. **Conjuntura Social**, vol. 5, nº. 9, set. 1994.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da. **Modelos Tecno-Assistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** Tese de doutorado. Orientador: Eduardo Navarro Stotz. Rio de Janeiro, Fiocruz. Março, 1996.

SILVA, Ari de Abreu. **A Predação do Social.** Editora da Universidade Federal Fluminense - EDUFF. Coleção Antropologia e Ciência Política. Niterói, RJ. 1997.

_____. **Coordenação, Racionalidade e Política Pública: Uma Análise do Processo Decisório dos Municípios das Capitais 1965/1975.** Tese de Mestrado em Ciência Política, IUPERJ, 1979.

_____. **Mecanismos Predatórios de Renda Pública Municipal: agentes e formatos institucionais.** Revista Administração & Sociedade. EDUFF, nº 1, p. 15-34, 1999.

SILVA, Ionara Ferreira da. **O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro.** 2000. 100 p. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

SOUZA, Celina. Intermediação de Interesses Regionais no Brasil: O Impacto do Federalismo e da Descentralização **Revista Dados: IUPERJ**. Rio de Janeiro, vol. 41, n.3, 1998.

STEPAN, Alfred. Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder do demos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 197-251, 1999.

TEIXEIRA, Suely C. S.; MONTEIRO, Valéria de O.; MIRANDA, Verônica A. Programa médico de família no município de Niterói. **Estudos Avançados** 13 (35), 1999. p. 147-155.

TERRA, Valéria; MALIK, Ana Maria. Programa Médico de Família de Niterói. In “**20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania**”/ Luis Mario Fujiwara, Nelson Luiz Nouvel Alessio e Marta Ferreira Santos Farah (orgs.) / São Paulo:Programa Gestão Pública e Cidadania 1998 176 p.

TÔRRES, João Camilo de Oliveira (1961). **A Formação do Federalismo no Brasil**. Companhia Editora Nacional. São Paulo. 381 páginas.

TOMIO, Fabrício Ricardo de L. A criação de municípios após a Constituição de 1988. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Vol. 17, n° 48, São Paulo, 2002.

UGÁ, Maria Alicia Dominguez, SANTOS, Isabela Soares. Relatório de pesquisa: **Uma Análise da Equidade e do Financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro**. Rio de Janeiro, março 2005.

VARSANO, Ricardo. **A evolução do sistema tributário brasileiro ao longo do século: anotações e reflexões para futuras reformas**. Brasília: IPEA, 1996. (Texto para Discussão n.405).

VIANA, Ana Luiza D’Ávila; LIMA, Luciana Dias de; OLIVEIRA, Roberta Gondim de. **Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3):493-507, 2002.

WATTS, Ronald L. **Comparing federal systems in the 1990s**. Ontario: Institute of Intergovernmental Relations, 1996. 126 p.

QUADRO I
LISTA DAS TRANSFERÊNCIAS

<p>Transferência da União para os Estados e DF</p>	<p>a) 21,5% da arrecadação dos impostos de renda (IR) e sobre produtos industrializados (IPI) para o Fundo de Participação dos Estados (FPE).</p> <p>b) 10% da arrecadação do IPI para o Fundo de Ressarcimento dos Estados Exportadores.</p> <p>c) 30% da arrecadação do imposto sobre operações financeiras referentes ao ouro (IOF-Ouro).</p> <p>d) 20% da arrecadação de quaisquer outros impostos criados pela Constituição.</p> <p>e) 100% do Imposto de Renda Retido na Fonte pelo Tesouro Local.</p> <p>f) 29% da contribuição de intervenção no domínio econômico (CIDE) a serem utilizados no financiamento de programas de infraestrutura de transportes.c</p>
<p>Transferência da União para os Municípios</p>	<p>a) 22,5% da arrecadação do IR e do IPI para o Fundo de Participação dos Municípios.</p> <p>b) 70% da arrecadação do imposto sobre operações financeiras referentes ao ouro (IOF-Ouro)</p> <p>c) 100% da arrecadação do Imposto Territorial Rural (ITR).</p> <p>d) 100% do Imposto de Renda Retido na Fonte pelo Tesouro Local.</p>

Transferência dos Estados para os Municípios	<p>a) 25% da arrecadação do imposto sobre circulação de mercadorias e serviços (ICMS).</p> <p>b) 50% da arrecadação do imposto sobre a propriedade de veículos automotores (IPVA).</p> <p>c) 25% da transferência que o estado receber da cota-parte do IPI-Exportação.</p> <p>d) 25% dos recursos que os Estados receberem da União, decorates do produto de arrecadação da contribuição de intervenção no domínio econômico (CIDE).</p>
Transferência da União para as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste	<p>a) Três por cento, do Imposto de Renda e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados para a aplicação em programas de financiamento ao setor produtivo, através de suas instituições financeiras de acordo com os planos regionais de desenvolvimento, ficando assegurada ao semi-árido do Nordeste a metade dos recursos destinados à região, na forma que a lei estabelecer;</p>

QUADRO II

ESTRUTURA TRIBUTÁRIA DO BRASIL

Competências	Impostos
<p>União (CF, art. 153)</p>	<p>Imposto de Importação</p> <p>Imposto de Exportação,</p> <p>Imposto de Renda</p> <p>Imposto sobre Produtos Industrializados</p> <p>Impostos Extraordinários</p> <p>Imposto sobre Operações Financeiras</p> <p>Imposto sobre Propriedade Territorial Rural</p> <p>Imposto sobre grandes fortunas, nos termos de lei complementar.</p>
<p>Estados (CF, art.155)</p>	<p>Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços</p> <p>Imposto de transmissão de Bens Intervivos Causa Mortis - Imposto de Transmissão Causa Mortis e Doação</p> <p>Imposto sobre a propriedade de veículos automotores.</p> <p>Adicional de Imposto de Renda sobre Rendas de Capital</p>

Municípios – (CF, art.156)	Imposto sobre a propriedade predial e territorial urbana Imposto de transmissão inter vivo Imposto sobre serviços
-----------------------------------	---

**QUADRO III- EVOLUÇÃO DA RECEITA ORÇAMENTÁRIA
DO MUNICÍPIO DE NITERÓI**

Evolução da Receita Orçamentária – 1999/2003		
ANO	RECEITA TOTAL	VARIAÇÃO (%)
1999	R\$ 73.363.533,22	--
2000	R\$ 86.616.733,00	18,07
2001	R\$ 94.340.170,43	8,92
2002	R\$ 104.190.357,93	10,44
2003	R\$ 118.271.543,60	13,51

QUADRO IV

ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE - MUNICÍPIO DE NITERÓI/RJ

Dados e Indicadores	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Despesa total com saúde por habitante(R\$)	185,00	212,15	217,90	247,80	301,30	327,19
Despesa com recursos próprios por habitante	77,76	93,20	96,99	119,97	140,05	183,03
Transferências SUS por habitante	107,24	118,94	120,91	127,83	149,11	149,28
% despesa com pessoal/despesa total	31,86	32,50	37,59	36,98	41,86	39,82
% despesa com investimentos/despesa total	2,97	2,16	2,43	0,87	1,82	1,49
% transferências SUS/despesa total com saúde	57,97	56,07	55,49	51,59	49,49	45,63
% de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)	18,48	19,29	17,85	19,75	19,32	23,12
% despesa com serv. Terceiros - pessoa jurídica/despesa total	33,79	31,32	31,25	27,83	24,55	24,64
Despesa total com saúde	84.997.389,69	97.842.966,40	101.180.850,50	115.630.496,21	141.277.037,51	155.101.766,51

Despesa com recursos próprios	35.727.259,06	42.985.561,98	45.037.087,64	55.980.887,72	65.669.300,50	86.765.230,74
Receita de impostos e transferências constitucionais legais	193.342.487,27	222.833.212,59	252.319.497,05	283.515.454,82	339.866.930,56	375.296.832,33
Transferências SUS	49.270.130,63	54.857.404,42	56.143.762,86	59.649.608,49	69.919.423,97	70.767.383,19
Despesa com pessoal	27.077.285,87	31.799.383,95	38.031.910,07	42.760.842,47	59.143.254,58	61.761.908,74

Fonte: SIOPS/DATASUS.

QUADRO V

ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE - MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO/RJ

Dados e Indicadores	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Despesa total com saúde por habitante(R\$)	148,33	155,35	195,18	223,39	243,36	194,50
Despesa com recursos próprios por habitante	50,58	54,46	91,46	113,38	125,34	134,20
Transferências SUS por habitante	97,75	100,89	103,72	110,02	118,38	58,52
% despesa com pessoal/despesa total	24,86	28,68	51,95	46,30	47,22	63,65
% despesa com investimentos/despesa total	1,40	1,45	1,81	4,25	3,41	1,89
% transferências SUS/despesa total com saúde	65,90	64,95	53,14	49,25	48,64	30,09
% de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)	10,22	9,97	15,15	17,72	17,05	16,99
% despesa com serv. Terceiros - pessoa jurídica/despesa total	38,69	24,93	15,15	20,27	21,06	14,46
Despesa total com saúde	868.894.880,75	916.184.097,54	1.158.804.622,13	1.334.570.305,44	1.462.821.076,61	1.185.339.396,41
Despesa com recursos próprios	296.271.885,15	321.162.164,28	542.999.777,89	677.316.597,50	753.394.378,87	817.839.172,70
Receita de impostos e transferências constitucionais legais	2.899.570.463,36	3.221.613.480,22	3.583.201.119,89	3.822.504.672,76	4.418.844.210,84	4.813.158.287,74

Transferências SUS	572.622.995,60	595.021.933,26	615.804.844,24	657.253.707,94	711.569.199,05	356.634.416,00
Despesa com pessoal	216.010.298,26	262.751.466,30	602.049.371,10	617.919.191,12	690.754.301,33	754.478.472,59

Fonte: SIOPS/DATASUS.