DANIEL DE ARAUJO DOURADO

Regionalização e federalismo sanitário no Brasil

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Área de concentração: Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. Paulo Eduardo Mangeon Elias

São Paulo

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Dourado, Daniel de Araujo

Regionalização e federalismo sanitário no Brasil / Daniel de Araujo Dourado.
-- São Paulo, 2010.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Medicina Preventiva.

Área de concentração: Medicina Preventiva.

Orientador: Paulo Eduardo Mangeon Elias.

Descritores: 1.Regionalização 2.Federalismo 3.Sistema Único de Saúde
4.Administração em Saúde Pública 5.Direito Sanitário

USP/FM/SBD-082/10

Para a Letícia

AGRADECIMENTOS

Ao professor Paulo Elias, orientador e amigo, pelo desvelo com que conduziu a elaboração deste trabalho e pela oportunidade de partilhar de sua sabedoria também fora dos limites acadêmicos.

Aos professores Ana Luiza Viana, Nelson Ibañez e Sueli Dallari, pela atenção dedicada a este trabalho e pelas valiosas contribuições dadas no exame de qualificação.

Aos pesquisadores e funcionários do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec), pelo excelente trabalho desempenhado e pelo privilégio do convívio durante a realização da pesquisa que deu origem a esta dissertação.

Ao Departamento de Medicina Preventiva, pelo suporte institucional, e à Comissão Coordenadora do Programa de Pós-Graduação (CCP), pela rica experiência que me foi proporcionada durante minha participação na representação discente.

À Alexandra Brentani, pelo estímulo e pela compreensão no período do mestrado.

Ao Robson, pelo companheirismo no trabalho e na amizade.

Aos meus pais, pelo apoio e pelo incentivo desde sempre.

À Letícia, por compartilhar comigo este e todos os outros projetos, pela cumplicidade na aventura de viver.

RESUMO

DOURADO, Daniel de Araujo. **Regionalização e federalismo sanitário no Brasil**. 2010. 182 folhas. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

Este trabalho tem o propósito de examinar as implicações da estrutura federativa brasileira no processo de regionalização das ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). A ideia nuclear é que, por sua natureza federativa, a regionalização da saúde no Brasil deve realizar-se no contexto das relações intergovernamentais fundadas na configuração institucional do federalismo cooperativo do país e em sua expressão na área da saúde. O método empregado inclui a utilização de material bibliográfico e a incorporação de componentes de investigação empírica. A análise desenvolvida baseia-se numa abordagem diacrônica do federalismo, tomando-o como princípio organizador do Estado que se manifesta em suas diversas dimensões. Desse modo, o fenômeno do federalismo é estudado em função de sua evolução no tempo e, de forma concatenada, partindo de seus aspectos gerais em direção aos específicos que se exprimem no Estado brasileiro e particularmente no âmbito da saúde. O federalismo sanitário brasileiro é abordado a partir de seu ingresso no ordenamento constitucional, identificando dois períodos bem delimitados de formação: a descentralização e a regionalização. Agregam-se elementos empíricos de pesquisa em que a regionalização da saúde é caracterizada a partir de concepções expressas por atores políticos que representam as perspectivas das três esferas de governo. Os condicionantes do processo de regionalização do SUS são então explorados à luz do referencial teórico do federalismo em três dimensões de análise: base normativa, estrutura de financiamento e dinâmica política. Assim, identificam-se pontos facilitadores e entraves para a regionalização e apontam-se possibilidades para a efetivação dessa diretriz organizativa no SUS. Conclui-se que a regionalização da saúde no Brasil está apoiada em arcabouço normativo bem definido, proveniente da assimilação dos princípios do federalismo cooperativo no direito sanitário brasileiro, e que encontra obstáculos derivados do modelo federativo de financiamento e relacionados ao funcionamento das relações intergovernamentais instituídas no SUS.

Descritores: Regionalização. Federalismo. Sistema Único de Saúde. Administração em Saúde Pública. Direito Sanitário.

ABSTRACT

DOURADO, Daniel de Araujo. **Regionalization and health federalism in Brazil**. 2010. 182 leaves. Dissertation (Master's degree) – School of Medicine, University of São Paulo, São Paulo, 2010.

This study aims to examine the implications of Brazilian federal structure in the regionalization process of healthcare services of the national health system (*Sistema Único de Saúde* – SUS). The core idea is that, by its federal nature, the regional health planning in Brazil must take place in context of intergovernmental relations founded on the institutional configuration of cooperative federalism in the country and on its expression in health. The method includes the use of bibliographic material and incorporation of empirical research components. The analysis is based on a diachronic approach, taking federalism as an organizing principle of State which is manifested in its various dimensions. Therefore, the phenomenon of federalism is studied in terms of its evolution in time and, so concatenated, starting with its general aspects towards specific ones which are expressed in the Brazilian State and particularly in health. The Brazilian health federalism is approached from its entry into the constitutional order, with two clearly defined development periods: decentralization and regionalization. Empirical elements are added from a study in which health regionalization is characterized from ideas expressed by political actors representing the perspectives of three levels of government. The conditioning factors of SUS' regional health planning are then explored in light of the federalism theoretical framework taking three dimensions of analysis: normative basis, funding structure and political dynamics. Thus, facilitators and barriers to regional health planning are identified and opportunities for actualizing this organizational guideline in SUS are indicated. It is concluded that health regionalization in Brazil is supported by well-defined regulatory framework, proceeding from assimilation of cooperative federalism principles in Brazilian health law, and that it has obstacles derived from the federal model of financing and related to the operation of intergovernmental relations established in SUS.

Descriptors: Regional Health Planning. Federalism. Single Health System. Public Health Administration. Health Law.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	7
1 O FEDERALISMO E O ESTADO FEDERAL	11
1.1 A ORGANIZAÇÃO FEDERATIVA DO ESTADO	11
1.1.1 As origens norte-americanas do federalismo.....	11
1.1.2 Fundamentos do Estado federal.....	15
1.1.3 Tipos de federalismo	24
1.1.4 Elementos da teoria do federalismo fiscal.....	28
1.1.5 A coordenação federativa no federalismo cooperativo	33
2 O FEDERALISMO NO BRASIL	37
2.1 A FORMAÇÃO DO FEDERALISMO BRASILEIRO.....	37
2.1.1 Aspectos históricos	37
2.1.2 O federalismo brasileiro na Constituição de 1988.....	47
2.2 RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NO FEDERALISMO BRASILEIRO CONTEMPORÂNEO	50
2.2.1 O federalismo fiscal brasileiro e as mudanças no período pós-1988.....	50
2.2.2 O federalismo e a descentralização das políticas sociais no Brasil	61
2.3 O PLANEJAMENTO REGIONAL E URBANO NO FEDERALISMO BRASILEIRO	66
2.3.1 Alguns fundamentos de Economia Regional.....	66
2.3.2 As regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões	70
3 O FEDERALISMO SANITÁRIO BRASILEIRO	78
3.1 A FORMAÇÃO DO FEDERALISMO SANITÁRIO BRASILEIRO	78
3.1.1 O reconhecimento do direito à saúde na Constituição brasileira.....	78
3.1.2 A estrutura federativa do Sistema Único de Saúde	80
3.1.3 A descentralização no federalismo sanitário brasileiro: a década das NOBs	85
3.1.4 Tentativa de regionalização da saúde: a NOAS.....	95
3.1.5 O Pacto pela Saúde: mudanças no federalismo sanitário	106
3.2 A ESTRUTURA FEDERATIVA DO FINANCIAMENTO DO SUS	117
4 A REGIONALIZAÇÃO NO FEDERALISMO SANITÁRIO BRASILEIRO	126
4.1 AS ESFERAS DE GOVERNO NA REGIONALIZAÇÃO DO SUS	126
4.1.1 Síntese descritiva das entrevistas com representantes das esferas de governo.....	127
4.2 DISCUSSÃO: REGIONALIZAÇÃO E FEDERALISMO SANITÁRIO.....	139
4.2.1 A base normativa	139
4.2.2 A estrutura do financiamento.....	146
4.2.3 A dinâmica política.....	152
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	161
REFERÊNCIAS.....	169
ANEXOS.....	179

APRESENTAÇÃO

A estrutura federativa brasileira tem como principal particularidade a existência de três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. Essa situação é consagrada pela Constituição Federal de 1988 que alça definitivamente os municípios à condição de entes federados.

A organização institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) reproduz essa disposição tríplice, legitimando a autonomia dos três níveis de governo na gestão das ações e serviços de saúde em seus territórios ao constituir o sistema nacional de saúde. Compõe, assim, o arcabouço do federalismo sanitário brasileiro.

A regionalização é uma diretriz do SUS que procede da necessidade basilar de integrar seus componentes a fim de garantir a efetivação do direito à saúde no país. Pela natureza federativa do sistema, isso só pode ser efetivado mediante arranjos institucionais estabelecidos entre entes federados. Portanto, para que se logre consolidar a regionalização como fundamento organizativo do SUS, é preciso considerar os condicionantes derivados do modelo de federalismo e da dinâmica das relações intergovernamentais existentes no Brasil, observando a inserção de figuras regionais como instâncias administrativas não coincidentes com os entes federados e a necessidade de instaurar mecanismos de cooperação e coordenação federativa.

O presente trabalho destina-se ao estudo desse objeto, tomando como dimensões de análise a base normativa, a estrutura do financiamento e a dinâmica política do federalismo brasileiro e de sua expressão no campo da saúde.

O objetivo geral é estudar as implicações da estrutura federativa brasileira no processo de regionalização do SUS, identificando fatores que possam contribuir para a efetivação dessa estratégia de organização político-administrativa.

Os objetivos específicos são: a) analisar os instrumentos normativos que determinam ou que exercem influência sobre a regionalização da saúde no Brasil, por referência à repartição de competências entre as esferas de governo e à coordenação federativa; b) examinar a estrutura federativa de financiamento da saúde, por referência às suas potencialidades redistributivas e indutoras da regionalização; c) identificar elementos facilitadores e entraves para a regionalização no SUS relacionados ao federalismo brasileiro; e d) examinar o papel das instâncias de gestão regional e dos colegiados de participação na coordenação das relações intergovernamentais e apontar suas implicações para o processo de regionalização da saúde no Brasil.

O método empregado inclui a utilização de material bibliográfico e a incorporação de componentes de investigação empírica. A análise desenvolvida baseia-se numa abordagem diacrônica do federalismo, tomando-o como princípio organizador do Estado que se manifesta em suas diversas dimensões. Desse modo, o fenômeno do federalismo é estudado em função de sua evolução no tempo e, de forma concatenada, partindo de seus aspectos gerais em direção aos específicos que se exprimem no Estado brasileiro e particularmente no âmbito da saúde.

A dissertação está estruturada em cinco capítulos.

O primeiro capítulo expõe conceitos básicos do tema. Apresenta-se o federalismo como forma de organização do Estado, revisitando suas origens e identificando a tipologia e os caracteres fundamentais. Examinam-se as alterações ocorridas na teoria do federalismo durante sua evolução, pela aplicação da organização federativa

nos Estados contemporâneos, e aspectos da teoria do federalismo fiscal e das dimensões política e normativa da coordenação federativa no federalismo cooperativo.

O segundo capítulo trata das particularidades do caso brasileiro, percorrendo a formação do federalismo no país, de seu surgimento no início da história republicana à atual configuração dada pela Constituição Federal de 1988. Exploram-se as modificações recentes, intimamente associadas à conformação do federalismo fiscal no Brasil, e enfocam-se especialmente as implicações do modelo de federalismo no processo de descentralização das políticas sociais e na incorporação do planejamento regional e urbano na organização do Estado brasileiro.

O terceiro capítulo aborda a expressão do federalismo brasileiro na área da saúde a partir de seu ingresso no ordenamento constitucional, vinculado ao reconhecimento do direito à saúde no país. Estuda-se o desenvolvimento do federalismo sanitário brasileiro identificando dois períodos bem delimitados de formação: o da descentralização e o da regionalização. Destaca-se a estrutura federativa do financiamento da saúde, por ser aspecto fundamental para a compreensão do funcionamento do SUS e da dinâmica das relações intergovernamentais no setor.

O quarto capítulo ingressa mais especificamente nas implicações recíprocas entre o federalismo e a regionalização no SUS. Agregam-se elementos empíricos de pesquisa em que a regionalização da saúde é caracterizada a partir de concepções expressas por atores políticos que representam as perspectivas das três esferas de governo. Desenvolve-se uma discussão com base nos aspectos identificados no decorrer do trabalho, nas três dimensões propostas: analisam-se os instrumentos normativos que regulamentam a regionalização no SUS, com ênfase no Pacto pela Saúde 2006, buscando examinar de que modo os principais aspectos do federalismo estão con-

templados nessas normas e compreender sua adequação ao ordenamento jurídico vigente na saúde; examina-se a estrutura de financiamento do SUS, considerando os perfis de arrecadação e gasto em saúde de cada esfera de governo, a fim de identificar suas repercussões na política de regionalização; e analisa-se o modelo institucional das relações intergovernamentais no SUS, explorando os condicionantes políticos e os papéis das esferas de governo e das instâncias colegiadas interfederativas na implantação da regionalização, à luz do referencial teórico do federalismo.

Por fim, apresenta-se uma síntese conclusiva do trabalho, destacando as principais questões suscitadas pelo estudo e apontando elementos com que se espera motivar a realização de novas pesquisas no tema.

1 O FEDERALISMO E O ESTADO FEDERAL

1.1 A ORGANIZAÇÃO FEDERATIVA DO ESTADO

1.1.1 As origens norte-americanas do federalismo

O Estado federal, como é hoje compreendido, é um fenômeno recente, cujo surgimento historicamente reconhecido data de 1787, com a Constituição dos Estados Unidos da América.

As treze ex-colônias britânicas declaradas independentes em 1776 formaram um novo Estado cada uma e, diante da necessidade de preservação de suas soberanias, associaram-se mediante um tratado celebrado em 1781, que foi denominado *Artigos de Confederação*. Na Confederação, os Estados aliaram-se para colaboração mútua, conservando inteiramente suas independências. Foi criado o *Congresso Confederal*, órgão de representação política dos Estados em que eram conduzidas as deliberações sobre os temas de interesse comum, cujas resoluções estavam sujeitas ao veto livre de qualquer dos seus membros. Portanto, como as decisões com efeito sobre toda a Confederação restringiam-se às consensuais, o Congresso não detinha autoridade efetiva sobre os Estados, atuando predominantemente como instância de caráter diplomático.

A Confederação logo demonstrou fragilidade frente às dificuldades encontradas pelos novos Estados. A instabilidade política que sobreveio à independência

motivou o Congresso a convocar os Estados para a Convenção de 1787, na Filadélfia, com o objetivo de proceder à revisão dos *Artigos de Confederação*, mas que originou a Constituição que criou uma nova forma de Estado. Instituiu-se um governo central a que todos os Estados deveriam se submeter, renunciando a parte de suas autonomias.

O receio de que tal governo reproduzisse a dominação antes exercida pela Coroa Britânica trouxe grande resistência à ideia da centralização. Por isso, foram necessários dois anos de intensos debates até que os Estados ratificassem a nova Constituição, de modo que o Governo Federal iniciou sua atividade apenas em 1789.¹ Nesse interregno, houve profundas discussões acerca da nova forma de organização, que resultaram na conquista da adesão da população à Constituição, conferindo maior legitimidade ao Estado recém-formado (TOCQUEVILLE, 1998).²

Na concepção do novo governo – bem como nos demais fundamentos da Constituição – os constituintes norte-americanos foram bastante influenciados pelas ideias de Montesquieu (2002), que, a despeito de utilizar o termo *confederação*, apontava para a criação de um governo único formado a partir da associação de Estados independentes (p. 126, grifo nosso):

[Livro IX, Capítulo I]

It is, therefore, very probable that mankind would have been, at length, obliged to live constantly under the government of a single person, had they not contrived a kind of constitution that has all the internal advantages of a republican, together with the external force of a monarchical, government. I mean a confederate republic.

¹ A proposta original era de que a nova Constituição entrasse em vigor após a ratificação de pelo menos nove dos treze membros da Confederação, mas todos os Estados a adotaram ao final desse período. Cf. TOCQUEVILLE, 1998, p. 92.

² A divulgação dos novos conceitos, que foram utilizados no convencimento para aprovação da Constituição pelos Estados, deu-se por meio de uma série de artigos escritos por Alexander Hamilton, James Madison e John Jay, publicados pela imprensa de Nova York entre 1787 e 1788, reunidos sob o título *The Federalist* (HAMILTON; MADISON; JAY, 1987).

This form of government is a convention by which several petty states agree to become members of a larger one, which they intend to establish. It is a kind of assemblage of societies, that constitute a new one, capable of increasing by means of further associations, till they arrive at such a degree of power as to be able to provide for the security of the whole body.

Esses, aliás, foram trechos da obra de Montesquieu citados por Alexander Hamilton em contundente argumentação na defesa da adoção da organização federativa num dos *Artigos Federalistas* (HAMILTON; MADISON; JAY, 1987, artigo 9), concluindo que:

The definition of a confederate republic seems simply to be “an assemblage of societies”, or an association of two or more states into one state. The extent, modifications, and objects of the federal authority are mere matters of discretion. So long as the separate organization of the members be not abolished; so long as it exists, by a constitutional necessity, for local purposes; though it should be in perfect subordination to the general authority of the union, it would still be, in fact and in theory, an association of states, or a confederacy. The proposed Constitution, so far from implying an abolition of the State governments, makes them constituent parts of the national sovereignty, by allowing them a direct representation in the Senate, and leaves in their possession certain exclusive and very important portions of sovereign power. This fully corresponds, in every rational import of the terms, with the idea of a federal government.

O entendimento daquela época era o de que o Estado Federal deveria possuir dupla soberania, o que significava que tanto a União como os Estados-membros eram considerados soberanos.³ A solução encontrada pelos constituintes foi delimitar precisamente as esferas de atuação da União e dos Estados. Ao Governo Federal deram-se poderes bem definidos relacionados à política externa: a autoridade para decretar guerra e paz, a exclusividade da representação diplomática e a regulação do comércio

³ Na doutrina atual, a interpretação predominante é a de que a soberania pertence apenas ao Estado federal, de modo que os Estados-membros são considerados Estados não soberanos. Cf. JELLINEK, 1970, p. 577-578.

com outros países. Os Estados receberam as atribuições restantes, ou seja, tudo o que não estivesse expressamente vedado pela Constituição (HAMILTON; MADISON; JAY, 1987, artigo 45).

Com o intuito de evitar a concentração de poderes nas mãos de uma só pessoa, seguindo a doutrina de Montesquieu (2002), a Constituição adotou a tripartição de poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário. Todavia, como acreditavam não ser possível atingir a separação absoluta desses poderes (HAMILTON; MADISON; JAY, 1987, artigo 47), os constituintes consideraram necessário elaborar um mecanismo de regulação adicional e introduziram um sistema de controle recíproco entre os poderes, que denominaram *checks and balances* (artigo 51).⁴ Definiu-se, pois, a estrutura política do novo Estado. A conjugação entre a separação e a fiscalização mútua dos poderes, tanto no mesmo plano (freios e contrapesos entre Executivo, Legislativo e Judiciário), quanto entre os planos (União e Estados) foi o princípio norteador da Constituição dos Estados Unidos da América.

Para García-Pelayo (1964, p. 215), a formação do Estado federal norte-americano respondeu a necessidades práticas, pois se tratava de buscar uma fórmula que compatibilizasse a existência de Estados individuais com a de um poder dotado de faculdades para bastar-se por si mesmo na esfera de suas funções. Chegou-se, assim, a uma forma intermediária entre o Estado unitário e a Confederação, que eram as formas de organização conhecidas até então.

Dessa maneira, o aparecimento dos Estados Unidos da América inaugurou o conceito contemporâneo de *federalismo* no momento em que se constituiu o primeiro

⁴ A tradução mais frequente na literatura nacional é sistema de *freios e contrapesos*.

Estado federal.⁵ Nas palavras de Tocqueville (1998), tratava-se de “uma teoria inteiramente nova” e que deveria ficar marcada como “uma grande descoberta da ciência política” de seu tempo (p. 122), porque o federalismo seria “uma das poderosas combinações em favor da prosperidade e da liberdade humana” (p. 133).

1.1.2 Fundamentos do Estado federal

A partir da experiência seminal positivada na Constituição dos Estados Unidos da América, muitos Estados nacionais inspiraram-se no modelo norte-americano e adotaram a organização federativa no decorrer dos séculos XIX e XX. A estrutura federalista original, no entanto, jamais foi inteiramente reproduzida, pois cada novo Estado federal constituído empregou o princípio federativo com adaptações particulares, conforme as circunstâncias históricas, sociais, econômicas e políticas em que se formou (WHEARE, 1951, p. 16-34).⁶

Por isso, como explica Dallari (1986, p. 77), “a noção de federalismo será sempre inevitavelmente fluida, vaga e imprecisa”, pois a delimitação de tal conceito passa necessariamente pelo exame das especificidades de cada Estado Federal, em cada momento de sua história. Mesmo assim, o autor (p. 78) conclui que

[...] existe a possibilidade de uma teorização do federalismo em que, apesar da variedade de concepções, a discussão teórica do tema é de grande utilidade, tanto para a compreensão dos fenômenos

⁵ Considera-se o surgimento do Estado federal como conceito e como forma de organização política, pois as expressões “federal”, “federação” e “Estado federal” não aparecem no texto da Constituição dos Estados Unidos de 1787. Cf. FERRANDO BADÍA, 1986, p. 78.

⁶ Dentre os países reconhecidos como Estados federais, merecem destaque pela importância geopolítica: Alemanha, Argentina, Austrália, Áustria, Bélgica, Brasil, Canadá, Estados Unidos, Emirados Árabes Unidos, Índia, México, Nigéria, Rússia, Suíça, Venezuela.

quanto para a identificação de pontos comuns e de relações entre certas práticas determinadas consequências.

Em seu estudo sobre o federalismo, Baracho (1982, p. 47) constata que

Nem sempre uma definição consegue apontar todas as particularidades de uma instituição, principalmente quando ocorre pretensão de uma formulação de Teoria Geral que possa absorver todos os componentes vinculados aos aspectos possíveis do tema questionado. [...] Uma caracterização do Estado federal permite maior levantamento de dados que dificilmente seriam apontados em uma definição que pretendesse englobar os elementos fundamentais que lhe são inerentes.

Passa-se, portanto, ao estudo do federalismo a partir da caracterização dos fundamentos do Estado federal.

Federação, do latim *fædus*, significa pacto, contrato, tratado, convenção, aliança (PROUDHON, 1863, p. 67). O Estado federal é, por conseguinte, uma união de Estados. Considerando, porém, que sempre houve na História alianças entre Estados – mesmo antes do surgimento dos Estados Unidos – é necessário identificar elementos que permitam distinguir os Estados federais de outras formas de associação de Estados.

Logo, a distinção inicial a ser feita é justamente aquela com a qual se depararam os constituintes norte-americanos – ainda que eles não a tenham registrado, por mera questão semântica –, qual seja, com a Confederação.

A *Confederação* é uma pessoa simples de Direito Público, formada por Estados soberanos, que se associam por um tratado simples, para a execução de negócios externos. Os Estados confederados preservam o direito de *nulificação* perante as decisões tomadas no Congresso Confederal e, principalmente, o direito de *secessão*, podendo denunciar o tratado e retirar-se da Confederação a qualquer tempo (ZIMMERMANN, 2005, 38-39).

A Federação apresenta características bem diversas.

De acordo com Wheare (1951, p. 12-15), o que efetivamente diferencia o Estado federal é a propriedade de tanto o governo federal como os governos regionais agirem diretamente sobre o povo. Na Confederação, contrariamente, apenas os governos dos estados atuam desse modo, pois a autoridade do governo geral é transmitida somente por intermédio dos governos estaduais. Isso significa que nas Federações existe “legislação unitária ou comum, criando indiferentemente direitos e obrigações imediatos para os cidadãos dos diversos Estados” (BONAVIDES, 2006, p. 195), situação jamais vista em Confederações.

Pressupondo que o Estado e seus componentes – *povo, território e poder*⁷ – só podem ser definidos juridicamente, Kelsen (1994) situa a questão federativa no “domínio espacial de validade das normas que formam a ordem jurídica” (p. 350) do Estado, como um problema de centralização e descentralização do ordenamento jurídico estatal. Contrapõe, assim, uma comunidade jurídica centralizada, como “aquela cujo ordenamento consta única e exclusivamente de normas jurídicas que valem para todo o território do Estado”, à comunidade jurídica descentralizada, na qual o “ordenamento consta de normas que apenas vigoram para domínios (territoriais) parcelares” (p. 348). Admitindo esses modelos teóricos (que representam casos extremos, sem correspondência nos Estados históricos), conclui que Estado federal está mais próximo da descentralização completa, na medida em que coexistem nele múltiplos órgãos criadores de normas, válidas para domínios parciais territoriais, e que o Estado unitário, por sua vez, aproxima-se da centralização total, pois as normas válidas para todo o território do Estado provêm de uma única instância. Os Estados singula-

⁷ Segundo ensina a doutrina tradicional. Cf. KELSEN, 1994, p. 318.

res, quanto à sua forma de organização política, estão sempre em algum ponto entre esses casos teóricos, dado que nem são completamente centralizados, nem completamente descentralizados.

Com base nesses princípios, os Estados são tradicionalmente classificados segundo a forma de organização política, em função do grau de descentralização. Estado *unitário* é aquele em que todo o poder emana de um núcleo político único – mesmo havendo descentralização, administrativa ou política, está sempre subordinada ao Poder Central. Estado *federal* é aquele que possui vários centros de poder político autônomo.⁸

Segundo Jellinek (1970, p. 577-590), o Estado federal é um Estado soberano, formado por uma pluralidade de Estados, cujo poder emana da unidade desses Estados-membros. Destaca o autor que os Estados-membros são Estados não soberanos e que passam à condição de “cossoberanos” quando reunidos pelo sistema federativo, uma vez que, tomados particularmente, estão submetidos a determinadas obrigações. A soberania pertence somente ao conjunto instituído na esfera do Direito Público: a União estabelecida pela Constituição Federal.

Ferreira Filho (2006, p. 49 e 55, grifo do autor) esclarece:

Costuma-se opor, na teoria do Estado, soberania a autonomia. Nessa contraposição, entende-se que *soberania* é o caráter supremo de um poder: supremo, visto que esse poder não admite qualquer outro, nem acima, nem em concorrência com ele. Já autonomia é o poder de autodeterminação, exercitável de modo independente, mas dentro delimites traçados por lei estatal superior. (p. 49).

[...]

Os Estados-Membros não são Estados na medida em que se considerar a soberania elemento indispensável ao Estado. De fato,

⁸ Tem sido frequente a referência a uma terceira forma: o *Estado Regional*, um tipo intermediário em que a descentralização está inscrita no texto constitucional, o que desloca a sustentação dos poderes regionais do Poder Central para o Poder Constituinte. É o caso da Espanha e da Itália, por exemplo. Cf. FERRANDO BADÍA, 1986.

o Estado-Membro está subordinado ao Estado federal, visto este como um todo. Quer dizer, a existência e a organização do Estado-Membro estão sujeitas às normas da Constituição do Estado federal.

[...]

O Estado-Membro goza de *autonomia*. Quer dizer, é livre no campo a ele deixado pela Constituição do Estado federal. Este, o Estado total, na sua *soberania*, fixa a organização do todo e ao fazê-lo cria um campo aberto para os Estados federados. (p. 55).

Para Duchacek (1970), pelo fato de a Constituição Federal comportar a coexistência de múltiplos núcleos de poder autônomos, ela pode ser definida como um contrato político que admite explicitamente a presença de interesses conflitantes entre suas unidades territoriais componentes e que compromete essas unidades com a busca da acomodação, sem rejeitar os grupos minoritários e sem recorrer à força. Uma nação federal é, por assim dizer, “uma nação inacabada” (p. 192).

Scelle (1948) explana que para conciliar presença de múltiplos grupos sociais independentes, a Federação precisa conjugar dois princípios: a *lei da autonomia* e a *lei da participação*. Por meio da lei da autonomia, os Estados-membros detêm capacidade de auto-organização, que lhes permite instituir uma ordem constitucional própria, e conservam a liberdade de decisão sobre a atuação dos poderes Executivo (capacidade de autoadministração), Legislativo (capacidade normativa própria) e Judiciário (capacidade judicante própria), desde que em observância aos limites da Constituição federal. A lei da participação possibilita às unidades federadas o ingresso no processo decisório do qual deriva o ordenamento jurídico válido para toda a Federação, mediante representação política estabelecida. A articulação harmônica entre *autonomia* e *participação* é a essência do Estado federal (p. 198).

Baseando-se nos elementos apresentados, podem-se enunciar as características fundamentais do Estado Federal. Conforme Dallari (2007, p. 258-260):

A União faz nascer um novo Estado. Posto que os Estados-membros não são soberanos, como explicitado supra, não são verdadeiramente Estados.⁹

A base jurídica do Estado Federal é uma Constituição. Todos os componentes da federação estão igualmente subordinados às normas constitucionais, não sendo possível ato unilateral de denúncia.

Na federação não existe direito de secessão. Decorre do fundamento anterior, porquanto todos os entes federados estão submetidos ao Poder Constituinte.

Só o Estado Federal tem soberania, como já aclarado.

Os cidadãos do Estado que aderem à federação adquirem a cidadania do Estado Federal e perdem a anterior. Não há coexistência de cidadanias, porque há apenas um Estado.

O poder político é compartilhado pela União e pelas unidades federadas. Devem estar presentes governos estaduais – com autonomia política, normativa, administrativa e financeira – e um governo federal, no qual estejam representados o povo e os entes federados. Daí advém o sistema representativo essencial do Estado federal: o *bicameralismo* do Poder Legislativo. A Casa dos Representantes, ou Câmara Baixa (que no Brasil é tradicionalmente denominada Câmara dos Deputados), é o órgão de representação da vontade popular, em que a cada unidade federada cabe um número de delegados proporcional à sua população; o Senado, ou Câmara Alta, é a instância de manifestação da vontade política dos Estados-membros, em que estes se fazem representar como elementos constitutivos da Federação, sendo, por isso, habitual designarem-se Senadores em igual número a todos os estados desconsiderando suas populações e importâncias relativas (BONAVIDES, 2006, p. 199-201).

⁹ O emprego do termo “estado” para designar os Estados-membros permanece em alguns países devido ao uso historicamente consagrado, como no caso do Brasil e dos Estados Unidos.

No Estado Federal as atribuições da União e as das unidades federadas são fixadas na Constituição. A distribuição constitucional de poderes é o ponto nuclear da concepção do Estado federal, pressuposto da autonomia dos entes federados (HORTA, 1964, p. 49). Convém assinalar que “não existe hierarquia na organização federal, porque a cada esfera de poder corresponde uma competência determinada” (DALLARI, 2007, p. 259).

Vale, por oportuno, expor o que se entende por *competência*. Em abrangente definição, Mello (2007, p. 138-142) ressalta que competências públicas não são tão somente *poderes*, apesar de serem amiúde assim referidas. Argumenta o autor que essa forma de expressar é imprópria, pois antes de poderes as competências são *deveres*, ou melhor, “*deveres-poderes*”. Isso porque os titulares das competências na esfera do Direito Público as recebem única e exclusivamente para cumprir o interesse da coletividade que representam. Portanto, os poderes atribuídos têm caráter meramente instrumental, cujo escopo é dar aos sujeitos as condições de desempenhar o *dever* de atender à sua finalidade: prover ao interesse público. Ou seja (p. 140, grifo do autor),

[...] a competência pode ser conceituada como *o círculo compreensivo de um plexo de deveres públicos a serem satisfeitos mediante o exercício de correlatos e demarcados poderes instrumentais, legalmente conferidos para a satisfação de interesses públicos.*

A repartição de competências é realizada por meio de duas técnicas principais. Na técnica de *repartição horizontal* atribuem-se as matérias à União ou aos Estados-membros, de tal sorte que apenas o ente para o qual as competências foram designadas pode dispor sobre elas, com exclusão de qualquer outro. Na técnica de *repartição vertical*, por outro lado, as competências são deixadas ao alcance da União e

dos Estados, o que quer dizer que ambos têm a prerrogativa de cuidar dos mesmos assuntos (FERREIRA FILHO, 2006, p. 53).

Desse modo, há três formas básicas de distribuição de poderes,¹⁰ que, de acordo com Silva (2007, p. 478, grifo do autor) consistem:

- (a) na *enumeração dos poderes da União*, reservando-se aos *Estados os poderes remanescentes*; é a técnica predominante [...];
- (b) na *atribuição dos poderes enumerados aos Estados e dos remanescentes à União*, ao inverso, pois, do sistema anterior [...];
- (c) na *enumeração das competências das entidades federativas*.

Há de se salientar que a distribuição de competências deve ser feita consoante o princípio da *predominância do interesse*: a União deve cuidar das questões de *interesse geral*, enquanto aos Estados cabem os assuntos de *interesse regional*. As comunas ou municípios, quando detentores de capacidade executiva ou normativa própria, devem tratar das questões de *interesse local*.

Ao demarcarem precisamente os campos de ação do governo federal e dos governos estaduais, os constituintes norte-americanos fundaram a disciplina da *repartição de competências* no Estado federal. Nessa ocasião, algumas faculdades foram atribuídas à União e asseguraram-se aos Estados-membros todas as atribuições restantes. Essa técnica – ora denominada repartição horizontal –, foi a princípio fartamente reproduzida nas constituições federativas.

A mudança do papel do Estado ocorrida no século XX repercutiu no campo das repartições de competências dando origem a novas técnicas. Ao longo da evolução do federalismo, a técnica dual, fundada na separação das unidades federativas em esferas exclusivas, foi sendo cada vez menos utilizada, dando lugar às práticas pro-

¹⁰ No presente trabalho, embora o vocábulo “poder” continue sendo empregado como sinonímia de competência pública (por ser costumeiramente utilizado pela maioria dos autores), para todos os efeitos considera-se o conceito ampliado de competência exposto acima. Cf. MELLO, 2007, loc. cit.

porcionadas pela repartição vertical, que privilegiam a ação conjunta e coordenada dos entes federados.

No Direito Constitucional contemporâneo, as competências atribuídas aos entes federados podem ser *materiais* (ou executivas), quando relacionadas à execução das leis e políticas de governo, ou *legislativas* (ou normativas), quando se referem à produção normativa infraconstitucional. As *competências materiais* são classificadas em: *exclusivas*, ao serem atribuídas a um dos entes com exclusão dos demais (protótipo da repartição horizontal); e *comuns*, quando designam ações coincidentes ao menos a duas entidades federadas, que podem ser exercidas cumulativamente. Dentre as *competências legislativas*, distinguem-se: as *exclusivas*, na esfera normativa; as *privativas*, quando são diretamente conferidas a algum dos entes federados e este tem autorização para delegá-las a outro; e as *concorrentes*, quando mais de um ente pode dispor sobre as mesmas matérias seguindo regras definidas quanto à primazia de um ou outro ente federado (SILVA, 2007, p. 477-482).

A autonomia efetiva das entidades federadas depende da garantia recursos suficientes para o exercício de suas funções, ou seja, para cada competência fixada deve ser atribuída uma renda própria. Essa necessidade dá origem à *repartição de rendas* no Estado federal, que usualmente consiste na distribuição das *competências tributárias* entre os integrantes da Federação, pela técnica horizontal, discriminando as matérias tributáveis que cabem a cada uma das entidades federativas autônomas. Representa, pois, aspecto fundamental da divisão territorial do poder político na organização federativa (FERREIRA FILHO, 2006, 53-54).

De modo semelhante ao ocorrido às técnicas de repartição de competências materiais e legislativas, durante o desenvolvimento do federalismo, a repartição de

rendas nas Federações incorporou atributos para além da fórmula clássica de repartição de competências tributárias, com vistas a propiciar a cooperação entre os entes federados. Os sistemas de *redistribuição* de recursos financeiros surgiram da necessidade de amenizar assimetrias existentes nos Estados federais e adquiriram a condição de elemento nuclear no federalismo atual (ANASTOPOULOS, 1979).

A complexidade assumida por esses aspectos financeiros deu origem a uma disciplina específica da economia: o *federalismo fiscal*, como será abordado adiante.

1.1.3 Tipos de federalismo

Como já mencionado, a aplicação da organização federativa apresentou muitas particularidades na composição dos diversos Estados federais. Não obstante preservem, por definição, as características fundamentais identificadas acima, as Federações constituídas possuem propriedades específicas que possibilitam construir uma tipologia do federalismo estatal.

A primeira classificação foi proposta durante o século XIX, quando o sistema federativo passou a se mostrar como alternativa para a estruturação dos Estados em sociedades que conviviam com o pluralismo ou que pretendiam conservar grandes extensões territoriais. Nesse tempo, o federalismo preservava seu significado original surgido na esteira das revoluções burguesas, como ingrediente do antídoto para os males do absolutismo. Tratava-se de reduzir o poder central até o limite em que se resguardassem as comunidades independentes das ameaças externas, que era o motivo legítimo para sua associação (BONAVIDES, 2007, p. 180-186).

Provém desse contexto a distinção do Estado federal quanto à sua formação, por *agregação* ou por *segregação*, processos diversos, porém caracterizados por uma propriedade comum: a centrifugação do poder político. Fala-se, portanto, em *federalismo por agregação* nos casos em que Estados previamente soberanos uniram-se para constituir o Estado federal, como ocorreu nos Estados Unidos, na Alemanha e na Suíça, por exemplo; e em *federalismo por segregação* (ou desagregação) para designar os Estados unitários que se descentralizaram, voluntariamente ou por imperativos políticos, para formar uma Federação, como foi o caso do Brasil e do México.

Conquanto sejam reconhecidamente diferentes do ponto de vista histórico e político, o resultado jurídico desses dois tipos de formação – por agregação ou segregação – é o mesmo: o próprio Estado federal constituído. Como devidamente consignado naquela época por Le Fur (1896, p. 540):

La formation de l'État fédéral et l'étude des actes qui l'ont précédée, très importantes au point de vue politique et historique, le sont beaucoup moins au point de vue juridique. L'on a vu dans la première partie, consacrée à l'étude de chaque État fédératif en particulier, que l'État fédéral peut naître de deux manières absolument distinctes, par transformation d'un État unitaire en État fédéral (Mexique, Brésil), ou au contraire, ce qui est le cas le plus fréquent, par la réunion de plusieurs États en un seul: or, dans le deux cas l'État fédéral est le même, et rien ne distingue entre eux ceux dont la formation s'est effectuée de l'une ou de l'autre de ces deux manières cependant si différentes.

Enquanto predominou o modelo norte-americano original, a distribuição de competências entre os entes federados seguia a técnica da repartição horizontal: enumeravam-se as competências exclusivas da União e deixavam-se as competências remanescentes para os Estados-membros. A essa organização estatal, estruturada sobre a separação estanque de poderes, deu-se o nome de *federalismo dualista*.

As vicissitudes do século XX transformaram profundamente a lógica de atuação do Estado, o que teve importantes efeitos no funcionamento dos sistemas federativos em todo o mundo. Após a Primeira Guerra Mundial e a Grande Depressão econômica da década de 1930, houve uma crescente demanda pela intervenção do Estado para solucionar os problemas da sociedade, aumentando-se as obrigações relacionadas à execução de políticas públicas no âmbito econômico-social. Nessas circunstâncias, o modelo federalista clássico não respondeu a contento às necessidades prementes, o que ensejou a reconsideração de seus princípios.

A mudança começou nos Estados Unidos. A política que ficou conhecida como *New Deal* reestruturou as relações entre a União e os Estados, dando nova dinâmica ao federalismo norte-americano. Os Estados, que haviam perdido a capacidade de corresponder aos anseios de suas populações, deixaram de agir isoladamente, passando a contar com o auxílio providencial da União. O Governo Federal assumiu a função de coordenador do processo político de cooperação entre os entes federados. Desse modo, a União e os Estados, como integrantes mutuamente complementares, passaram a formar um sistema governamental único destinado à realização de ações em prol do bem-estar coletivo (CORWIN, 1964, p. 158-164).

Surgiu, assim, o *federalismo cooperativo*. Esse novo modelo difundiu-se, suscitando importantes modificações nos ordenamentos constitucionais dos países federais. Ganharam espaço as competências materiais comuns e as competências legislativas concorrentes entre as unidades federadas, fruto da maior aplicação das téc-

nicas de repartição vertical dos poderes.¹¹ A ação coordenada das entidades passou a ser fundamento da atividade do Estado federal.

O sistema cooperativo prevaleceu nas Federações em todo o mundo durante o século XX, representando importante mecanismo com a finalidade de dotar a atividade estatal de meios para a execução das novas funções no período pós-liberal. Por outro lado, sob a designação formal de federalismo cooperativo abrigaram-se governos centralizadores – alguns francamente autoritários – que subverteram as ferramentas criadas para permitir o papel de coordenação da União utilizando-as para subordinar as esferas estaduais aos poderes centrais. Pode-se, pois, considerar duas modalidades bem distintas de prática do federalismo cooperativo no decorrer de seu processo histórico: uma de caráter autoritário e outra pautada pelos princípios democráticos (BONAVIDES, 2004, p. 430-435).

Recentemente, alguns autores começaram a destacar outro tipo de federalismo, enfocando os desequilíbrios socioeconômicos, ou mesmo das dimensões territoriais, existentes entre as unidades federadas no interior dos Estados federais. Esses desníveis podem ser identificados tanto entre Estados-membros como entre regiões de uma mesma Federação e manifestam-se nos ordenamentos jurídicos e nas estruturas políticas dos Estados, caracterizando o que vem sendo chamado de *federalismo assimétrico* e que, no limite, seria uma situação teoricamente transitória na busca do seu contraponto, o “federalismo de equilíbrio” (RAMOS, 1998).

¹¹ No caso dos Estados Unidos, não houve alterações quanto à repartição de competências originalmente inscrita no texto constitucional. Durante a década de 1930 (particularmente a partir de 1937) a Suprema Corte começou a dar nova interpretação à 10ª Emenda Constitucional, de 1791, que trata da separação dos poderes federais e estaduais, que até então era vista apenas pela perspectiva dualista. (Amendment X: “*The powers not delegated to the United States by the Constitution, nor prohibited by it to the States, are reserved to the States respectively, or to the people.*”). Cf. SCHWARTZ, 1966, p. 209-214.

1.1.4 Elementos da teoria do federalismo fiscal

A distribuição de rendas é ponto essencial na estrutura política das Federações, visto que é o mecanismo pelo qual são estabelecidos os meios de que dispõem as entidades federativas para exercerem suas competências consignadas na Constituição Federal e, portanto, realizarem suas autonomias. No decorrer do processo evolutivo do federalismo, os aspectos financeiros tornaram-se um campo próprio de estudos na ciência econômica, especificamente na área de finanças públicas, constituindo a disciplina denominada *federalismo fiscal*.¹²

A teoria clássica do federalismo fiscal surgiu da necessidade de estruturação das finanças públicas para a adequada prestação de bens e serviços em diferentes níveis de abrangência. A ideia nuclear é a de que a limitação territorial a que está submetido determinado bem ou serviço oferecido deve determinar a escala de sua provisão e, conseqüentemente, a esfera de governo (ou instância da administração pública) responsável por essa provisão. Ou seja, considerando que certas necessidades públicas só podem ser eficientemente satisfeitas para uma área restrita, o maior benefício social deve ser alcançado atribuindo-se ao nível que administra essa área a responsabilidade pela prestação dos bens e serviços correspondentes e a autonomia para gerir os recursos necessários. O conceito de *eficiência alocativa* preceitua que os recursos são mais bem aplicados quando os habitantes beneficiados pelos bens e serviços fornecidos têm a possibilidade de escolher como e onde esses recursos devem ser alocados. Assim, os governos locais estariam em melhores condições para destinar efici-

¹² O uso do termo “federalismo” na economia é diferente daquele empregado na ciência política e na teoria do Estado. Na perspectiva econômica, qualquer instância da administração pública que detenha autonomia para tomar decisões e prover serviços públicos pode ser considerada “federal”, independente da constituição formal. Por isso, é comum que estudos de federalismo fiscal incluam não só Estados federais, como também Estados unitários. Cf. OATES, 1999, p. 1120-1121.

entamente os recursos para o financiamento dos serviços públicos de escala limitada, por estarem mais próximos e, portanto, mais aptos a captarem as preferências de seus habitantes. Por isso, a disciplina do federalismo fiscal (que começou a ser estruturada em meados da década de 1950, consolidando-se nos anos 1960 e 1970) associou-se fortemente à ideia de *descentralização fiscal*. Firmou-se o senso de que o máximo ganho social seria alcançado por uma organização fiscal composta por diferentes níveis de governo dotados de instrumentos para o financiamento e a provisão de bens e serviços, de acordo com as abrangências espaciais (OATES, 1999).

Uma das questões primordiais da organização dos Estados federais é justamente a definição de como deve ser feita a repartição de rendas entre os entes federados, ou seja, quais serviços devem ser prestados por cada esfera de governo e, por conseguinte, que áreas de tributação devem ser de competência da cada nível.

Segundo Conti (2001), a formação de uma estrutura fiscal em múltiplos níveis tem sido aplicada em Estados federais orientada por alguns fundamentos que podem ser denominados “princípios do federalismo fiscal” (p. 28-29):

O *princípio do benefício* deriva da noção básica da teoria do federalismo fiscal: os bens e serviços públicos devem ser prestados pela esfera municipal sempre que estiverem associados a interesses locais (coleta de lixo, por exemplo); devem ser fornecidos pela esfera estadual quando tiverem maior abrangência (como, por exemplo, fornecimento de energia); e só devem ser assumidos pela esfera federal aqueles que tiverem capacidade de beneficiar uma ampla extensão territorial (veja-se o caso, por exemplo, da segurança nacional).

O *princípio da compensação fiscal* orienta a redistribuição de recursos entre os entes federados: devem ser criados mecanismos para atenuar os desajustes exis-

tentes (assimetrias entre os integrantes) ou que venham a ocorrer em função de circunstâncias peculiares a determinados serviços (alguma unidade da federação pode ser prejudicada ou beneficiada por realizar uma atividade que produz benefícios para além de seu território ou por perder arrecadação, por exemplo, em consequência de limitações ambientais).

O *princípio da distribuição centralizada*, segundo o qual se admite ser mais adequado concentrar as funções de distribuição no governo central: fontes de receitas que possuam potencial redistributivo devem ser arrecadadas pela União.

Acerca desse último princípio, Prado et al. (2003, p. 15-19) ressaltam que a concentração de competências tributárias nos níveis superiores de governo, além da ação redistributiva, proporciona maior eficiência da arrecadação, o que, em tese, recomendaria a adoção dessa estratégia na maior parte das federações.¹³ No entanto, isso não é verificado na prática, pois é uma medida de improvável aplicação política em organizações federativas. Desse modo, o que geralmente ocorre é a existência de algum grau de centralização das competências e da arrecadação tributária em relação à distribuição de encargos, o que exige a conformação de sistemas de transferências intergovernamentais.

Em geral, a repartição de rendas nas federações é feita de duas formas principais: a *repartição de competências* e a *repartição das receitas* tributárias. A repartição de competências tributárias é o modelo “clássico” de distribuição das fontes de receita entre os entes federados, mecanismo pelo qual cada nível de governo tem definidas as áreas sobre as quais pode instituir tributos, frequentemente fixadas na pró-

¹³ Vale salientar que concentração da competência tributária não é necessariamente associada à centralização da arrecadação, uma vez que o governo central pode delegar a arrecadação de impostos de sua competência às esferas subnacionais. Cf. PRADO, 2003, p. 16.

pria Constituição, pela aplicação da técnica de repartição horizontal.¹⁴ A repartição de receitas tributárias (referida por alguns autores como modelo “moderno”) é a divisão do produto da arrecadação entre as unidades federadas, redistribuindo as rendas de um ente para outro (ANASTOPOULOS, 1979, p. 17-76 e 117-222). Essa repartição de receitas pode ocorrer por participação direta na arrecadação, quando é definido que uma parte do produto arrecadado por um ente federado pertence a outro ente, ou por participação em fundos (ou participação indireta), quando parcelas de um ou mais tributos são utilizadas para constituir fundos, cujos recursos são distribuídos entre as unidades federativas a partir de critérios predeterminados. Em ambas as formas, a repartição de receitas entre as esferas federativas é usualmente feita por meio de transferências intergovernamentais (CONTI, 2001, p. 35-41).

As transferências intergovernamentais têm se consolidado como importante instrumento do federalismo fiscal, servindo a várias funções nessa forma de organização, por pelo menos três ordens de razões. Em primeiro lugar, há razões de ordem técnico-tributária: os sistemas tributários normalmente apresentam maior eficiência quando a competência por determinados tributos é deslocada para níveis de governo mais “elevados”, ou seja, quando há relativa centralização; nesse caso, as transferências intergovernamentais permitem que os governos locais utilizem os recursos em condição equivalente às receitas próprias e que a arrecadação seja feita pelo governo central. Outras razões, não menos importantes, referem-se ao potencial de equalização: as transferências intergovernamentais são o principal mecanismo de que os governos centrais dispõem para realizar a redistribuição dos recursos arrecadados, a fim

¹⁴ Nesses casos, em que se enumeram as fontes de renda de cada ente federado na Constituição, fala-se *discriminação rígida de rendas*. Diferencia-se da discriminação *flexível*, em que apenas alguns tributos são conferidos às pessoas jurídicas públicas, deixando margem para competências concorrentes em matéria tributária. Cf. CONTI, 2001, p. 36-37.

de reduzir assimetrias existentes entre os integrantes do sistema federativo. Além disso, algumas políticas setoriais, por assumirem um caráter abrangente, necessitam de uma gestão centralizada dos recursos, ainda que a execução do gasto seja descentralizada. Por isso, uma terceira ordem de razões diz respeito à viabilização de determinadas políticas públicas, na medida em que as transferências feitas do ente central para as esferas subnacionais propiciam a execução dessas ações específicas que exigem coordenação dos níveis centrais de governo (PRADO et al., 2003).

Nesse sentido, as transferências intergovernamentais podem ser classificadas de acordo com a forma de operacionalização. Fala-se em transferências *obrigatórias* (ou automáticas), quando são estabelecidas no ordenamento jurídico e sua execução independe das condições políticas e das decisões dos governantes. Quando, por outro lado, dependem de acordos políticos e ocorrem por decisão de determinada autoridade e são, pois, passíveis de alteração conforme as circunstâncias, as transferências são designadas *discricionárias* (ou voluntárias).

Com relação ao destino dos recursos repassados aos níveis subnacionais, as transferências intergovernamentais podem ser: *vinculadas* (ou condicionadas), quando os recursos devem ser obrigatoriamente aplicados em destinações específicas, utilizadas quando a autoridade central tenciona incentivar alguma atividade de execução local ou regional; ou *não vinculadas* (ou incondicionadas), quando os entes que recebem os repasses têm autonomia na gestão dos recursos, podendo decidir livremente sobre sua alocação, que são usualmente consideradas o instrumento mais adequado para promover a equalização fiscal (OATES, 1999).

Assinale-se que as diversas formas de distribuição de rendas entre múltiplos níveis de governo apresentam-se das mais diferentes maneiras nos Estados federais,

razão pela qual o federalismo fiscal uma disciplina de grande complexidade. A situação mais comumente encontrada em sistemas federativos é a composição mista de repartição de competências e de receitas, a partir da associação dessas técnicas, como é o caso do sistema tributário brasileiro.

1.1.5 A coordenação federativa no federalismo cooperativo

A dinâmica política de um Estado federal está estreitamente vinculada ao estabelecimento de uma relação de equilíbrio entre a autonomia e a interdependência dos seus integrantes, o que só pode ser alcançado mediante um sistema de coordenação federativa (WHEARE, 1951, p. 11).

Na atual conjuntura histórica, em que os Estados nacionais têm o papel de promover o bem-estar social, a colaboração mútua entre as unidades federadas para a consecução dos objetivos sociais e econômicos tem sido um dos principais instrumentos de ação das federações. A concepção da cooperação advém da identificação de que a execução de determinadas funções públicas não pode ser atribuição exclusiva ou preponderante de um dos entes federados, por implicarem interdependência e interesses comuns. Esses aspectos exigem que as estruturas federativas contemporâneas construam processos decisórios compartilhados que preservem a autonomia dos entes federados e, ao mesmo tempo, possibilitem a adoção de ações coordenadas e socialmente efetivas (ABRUCIO, 2005). Assim, a coordenação federativa assoma como um elemento fundamental do federalismo cooperativo, pressuposto do funcionamento desse modelo.

Bercovici (2003, p.151) ressalta que, no contexto das complexas relações de interdependência presentes no federalismo cooperativo, é importante distinguir a ordenação federativa da cooperação propriamente dita:

A coordenação é, na realidade, um modo de atribuição e exercício conjunto de competências no qual os vários integrantes da Federação possuem certo grau de participação. A vontade das partes é livre e igual, com a manutenção integral de suas competências: os entes federados sempre podem atuar de maneira isolada ou autônoma. A coordenação é um procedimento que busca um resultado comum e do interesse de todos. A decisão comum, tomada em escala federal, é adaptada e executada autonomamente por cada ente federado, adaptando-a às suas peculiaridades e necessidades.

No ordenamento constitucional, a coordenação federativa se manifesta no campo das competências legislativas concorrentes, que regulamentam as matérias sobre as quais tanto a União, quanto os estes subnacionais podem exercer atividade normativa, porém com âmbito e intensidade distintos.

A cooperação, em sentido estrito, difere qualitativamente desse tipo de relação, uma vez que consiste propriamente na tomada conjunta de decisões, no exercício comum de competências e, conseqüentemente, na corresponsabilidade sobre as ações executadas. Ou seja (p. 152),

Na cooperação, nem a União, nem qualquer ente federado pode atuar isoladamente, mas todos devem exercer sua competência conjuntamente com os demais.

A cooperação entre os entes federados está consubstanciada nas competências materiais comuns estabelecidas na Constituição Federal, que definem os assuntos em que todas as esferas da Federação devem atuar conjuntamente, em colaboração mútua e sem hierarquia.

Portanto, a cooperação e a coordenação federativa representam necessidades fundamentais do federalismo: preservar a diversidade e a participação conservando, simultaneamente, a unidade e o comando (DUCHACEK, 1970).

Os estudos comparados mostram que a implantação de políticas sociais é frequentemente dificultada nos Estados de organização federativa, na medida em que a própria necessidade de conciliar os interesses dos diferentes níveis de governo autônomos limita a capacidade de coordenação realizada pela instância central. Além disso, a existência de múltiplos pontos de veto, institucionalizados nos entes subnacionais, tende a restringir as possibilidades de mudança e a dispersar a autoridade política, favorecendo a manutenção do *status quo* (TSEBELIS, 1995). Nesse contexto, o estabelecimento dos processos decisórios compartilhados, indispensáveis para a gestão de políticas públicas nas federações, encontra-se geralmente entre dois tipos básicos de mecanismos: as barganhas diretas entre os governos locais e os incentivos promovidos pelas instâncias centrais (MACHADO, 2008).

As estruturas que promovem a negociação direta entre as autoridades locais privilegiam a autonomia dos entes federados e buscam construir arranjos de cooperação a partir da interação horizontal entre as instâncias subnacionais. Parte-se da premissa de que, em sistemas descentralizados, os governos locais teriam condições mais favoráveis de alcançar melhores resultados para seus cidadãos barganhando diretamente entre si, por estarem mais bem informados de suas preferências – portanto em melhor situação para decidir sobre a alocação dos recursos – e mais suscetíveis ao controle (*accountability*). Essa concepção está bastante relacionada aos princípios da descentralização no federalismo fiscal (OATES, 1999), baseados na clássica teo-

ria de Tiebout (1956),¹⁵ de fundamentação eminentemente econômica. Entretanto, como assinalam Inman e Rubinfeld (2000, p. 681-684), a aplicação exclusiva desse modelo pressupõe que os governos locais possam negociar diretamente em circunstâncias teóricas de difícil ocorrência simultânea, que incluem a concordância de todos os entes envolvidos em relação à divisão dos benefícios produzidos, a simetria de informações e de condições da barganha, a representação perfeita dos interesses dos cidadãos e a ausência de custos de transação e de implementação dos acordos.¹⁶

Por outro lado, os mecanismos que tencionam gerenciar as políticas públicas por meio de incentivos federais para as esferas subnacionais, assumem que a coordenação federativa necessita de certo grau de centralização decisória. A ideia principal é a de que a instância central deve dispor de recursos institucionais para induzir as escolhas dos governos locais, considerando que a qualidade da ação desses governos depende dos incentivos e controles a que estão submetidos (ARRETCHE, 2003). Considera-se que esses instrumentos sejam a melhor alternativa para a introdução de políticas públicas de abrangência nacional, possibilitando maior estabilidade e comando sobre a execução das ações. Contudo, a administração pura desse modelo distancia o cidadão beneficiado da instância decisória e presume que o agente central esteja sempre bem informado e socialmente interessado para poder propiciar os melhores resultados a todas as jurisdições de menor abrangência (MACHADO, 2008).

¹⁵ Tiebout (1956) foi um dos principais defensores da ideia de que a maior eficiência na gestão de políticas públicas ocorreria num cenário de livre relação competitiva entre governos locais num sistema descentralizado. Esse conceito serviu de base para as teorias da descentralização no federalismo fiscal, mas é considerado incompleto por muitos autores, que ressaltam a redução das questões do federalismo aos modelos econômicos de concorrência de mercado. Cf. INMAN e RUBINFELD, 2000, p. 667-676.

¹⁶ Esse modelo é usualmente chamado de “barganhas coasianas”, em referência Ronald Coase, autor que formulou o teorema na sua obra *The Problem of Social Cost*, de 1960 (apud INMAN; RUBINFELD, 2000).

2 O FEDERALISMO NO BRASIL

2.1 A FORMAÇÃO DO FEDERALISMO BRASILEIRO

2.1.1 Aspectos históricos

O dilema centralização *versus* descentralização acompanha o Estado nacional brasileiro desde suas origens.

À dispersão político-administrativa do período colonial, representada pela fragmentação do território nas *capitanias hereditárias*, seguiu-se a formação do Estado Unitário Imperial, com a declaração da independência ocorrida em 1822. A estruturação de um poder centralizador foi a solução encontrada para manter a unidade nacional no Estado recém-formado.

Nesse contexto, a Constituição Imperial de 1824, outorgada pelo Imperador D. Pedro I, transformou as capitanias então existentes em *Províncias* subordinadas ao governo monárquico.¹⁷ O Imperador escolhia e nomeava os presidentes, os chefes de polícia e os magistrados das províncias, que funcionavam como unidades descentralizadas do Poder Central, sem qualquer autonomia para legislar sobre seus assuntos específicos.

¹⁷ O primeiro momento da tensão centralização *versus* descentralização do Estado brasileiro ocorreu logo na concepção da primeira Constituição. A outorga da Carta de 1824 sucedeu à inobservância da Assembleia Constituinte de 1823, arbitrariamente dissolvida pelo Imperador D. Pedro I para dissipar o ideário federalista, já influente desde então. Cf. ZIMMERMANN, 2005, p. 289-292.

A ideia da descentralização, entretanto, se manteve presente sob a doutrina centrípeta do Império e tornou-se fator de grande relevância para a proclamação da República. Assim, o Decreto nº 1, de 15 de novembro de 1889, em seu primeiro artigo, instituiu o federalismo no Brasil. As antigas províncias foram convertidas em Estados-membros que, reunidos pelo laço da federação, constituíram os *Estados Unidos do Brasil*. O nome adotado pela República evidenciava a inspiração no modelo norte-americano de 1787.

Com efeito, a Constituição de 1891, além de seguir a tripartição dos poderes, o sistema presidencialista e o regime representativo vigentes nos Estados Unidos da América, perfilhou o federalismo dualista clássico e afirmou a autonomia dos Estados-membros. O poder político foi descentralizado para as antigas províncias, com mínima interferência do poder central, de modo que o auxílio da União aos estados foi limitado aos casos excepcionais.¹⁸

Havia, entretanto, uma diferença fundamental: enquanto o federalismo norte-americano originou-se da união de estruturas políticas autônomas, no nascimento do Estado federal brasileiro deu-se exatamente o oposto, pois foi o descontentamento dos poderes locais com a centralização imperial um dos principais elementos da decadência da monarquia. Isso fez do Brasil um caso típico de federalismo por segregação, o que atrelou, desde o princípio da história republicana brasileira, os conceitos de federalismo e descentralização.

A resultante desse sistema foi o revigoramento das oligarquias regionais, agora com controle sobre as máquinas estaduais fortalecidas, o que delineou as duas

¹⁸ Por ser bem representativo do modelo dualista estabelecido na Constituição de 1891, é bastante citado seu Artigo 5º: “Incumbe a cada Estado prover, a expensas próprias, as necessidades de seu governo e administração; a União, porém, prestará socorros ao Estado que, em caso de calamidade pública, os solicitar.” Cf. BONAVIDES, 2004, p. 366.

principais características da Primeira República: a “política dos governadores” e o “coronelismo”.¹⁹

Diante da fragilidade do Governo Federal e da ausência de autonomia dos municípios, o poder político e econômico ficava concentrado nos Executivos dos Estados, o que deixava nas mãos dos governadores os rumos da política nacional. No âmbito do federal, os dois estados mais influentes economicamente, São Paulo e Minas Gerais (com menor participação dos estados “médios”, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Bahia), dominavam o jogo político, controlando o Congresso Nacional e a sucessão presidencial. O acordo para alternância no poder entre as lideranças paulistas e mineiras (conhecido como pacto do “café com leite”) funcionou praticamente durante toda a *República Velha*. Desse modo, nesse período (1889-1930), a dinâmica política do federalismo brasileiro foi expressão do poder dos governos dos grandes estados ante uma União enfraquecida que exercia débil ascendência sobre os estados menores (ABRUCIO, 1998, p. 31-41).

Esse arranjo começou a ser desfeito durante a década de 1920. O desentendimento entre as oligarquias estaduais, associado à crescente insatisfação de alguns setores das Forças Armadas – representado pelo chamado “tenentismo”²⁰ –, propiciou

¹⁹ Para garantir sua perpetuação no poder público, os Governadores angariavam o apoio dos chefes políticos locais (os donos de terras, chamados de “coronéis”), oferecendo-lhes em troca condições para a manutenção de seus privilégios. Os “coronéis” asseguravam os votos dos trabalhadores rurais ao grupo político dominante nas eleições estaduais e federais (pois o voto não era secreto) e tinham, em contrapartida, a conservação de suas áreas de influência no poder local. Cf. LEAL, 1975.

²⁰ O movimento político-militar ocorrido na década de 1920, que ficou conhecido como “tenentismo” em alusão aos jovens oficiais do Exército que promoveram as rebeliões de 1922 (“Revolta dos 18 do Forte de Copacabana”, no Rio de Janeiro) e 1924 (“Revolta de 1924”, iniciada São Paulo, com repercussões no Rio Grande do Sul e Amazonas) e a chamada “Coluna Prestes” (que percorreu o interior do país entre 1925 e 1927), embora não possuisse coesão ideológica, ajudou a disseminar o descontentamento que aprofundou a crise da República Velha. Cf. FAUSTO, 1989, p. 57 et seq.

a formação do ambiente de tensão que culminou com a *Revolução de 1930*, marco histórico da derrocada da Primeira República.²¹

Como consequência da falência do modelo de descentralização baseado no domínio político das elites agrárias, a Revolução de 30 adquiriu cunho centralizador imiscuído na bandeira do fortalecimento do Estado nacional: a concentração de poder na União passou a ser vista como solução para proteger as instituições republicanas. Ao assumir o posto de chefe do *Governo Provisório* instituído pelos revolucionários, Getúlio Vargas nomeou interventores para ocupar as cadeiras dos governadores estaduais depostos durante a revolução,²² concentrando na União todo o poder político e econômico da Federação. Começava, então, uma nova fase de centralização que marcaria o federalismo brasileiro nos quinze anos subsequentes (DRAIBE, 2004).

O retorno à concentração do poder, porém, encontrou forte oposição, a exemplo do que ocorrera quando foi imposta a organização unitária no Império. O novo regime permaneceu sob a Carta de 1891 ainda por mais de três anos (embora não mais seguisse seus preceitos), já que a segunda Constituição da República só foi promulgada em 16 de julho de 1934. Nesse ínterim, a questão federativa esteve mais uma vez no âmago das disputas políticas nacionais. As oligarquias regionais preteridas do poder reagiram à política do Governo Provisório, articulando-se para preservar ao máximo as autonomias estaduais, mas encontraram forte resistência do Poder

²¹ A conjuntura definitiva para a queda do regime formou-se quando o pacto do “café com leite” foi desfeito nos preparativos para as eleições presidenciais de 1930. A cisão foi desencadeada pelo lançamento da candidatura do governador paulista Júlio Prestes pelo presidente Washington Luís (que também fora governador de São Paulo) no momento em que a indicação caberia às lideranças mineiras. Contrariados, os mineiros associaram-se ao grupo político dominante do Rio Grande do Sul, dando origem a aliança em torno da candidatura oposicionista do governador gaúcho Getúlio Vargas, a chamada *Aliança Liberal* que, além das lideranças mineiras e gaúchas, congregou grupos oposicionistas de outros estados, inclusive de São Paulo, e obteve apoio da Paraíba. Derrotado nas eleições presidenciais de 1930, Getúlio Vargas foi empossado pelo golpe de Estado daquele mesmo ano, recebendo importante apoio dos “tenentes” (FAUSTO, 1989).

²² Por meio do Decreto de 11 de novembro de 1930.

Central. Essa contenda, que chegou ao grave conflito armado de 1932,²³ desembocou no processo de constitucionalização do país, cujo cerne foi outra vez o embate centralização *versus* descentralização (GOMES, 1980, p. 23-39).

A Constituição de 1934 manteve os fundamentos de sua precedente: república, federalismo, presidencialismo, divisão dos poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e sistema representativo; e inovou, ao inaugurar a repartição de competências concorrentes entre a União e os Estados no direito constitucional brasileiro e ao discriminar as receitas tributárias federais, estaduais e municipais – estabelecendo, pela primeira vez, áreas de tributação exclusiva da esfera municipal.²⁴ Todavia, as matérias de competência da União foram ampliadas e extensivamente enumeradas, o que, não obstante terem sido admitidos poderes remanescentes aos Estados, aumentou consideravelmente os poderes do Governo Federal (HORTA, 1964).

A instabilidade política da época concedeu curta sobrevida à Carta de 1934.²⁵ Em 10 de novembro de 1937, Getúlio Vargas dissolveu o Senado e a Câmara Federal, revogou a Constituição de 1934 e outorgou uma nova Carta Constitucional, instituindo o *Estado Novo*. Foi decretada a intervenção federal em todos os Estados e concentrou-se, definitivamente, toda a autoridade política nas mãos do Presidente da República, já que os interventores estavam diretamente ligados a ele. Além disso, o

²³ A Revolução Constitucionalista de 1932 representou o ápice do enfrentamento entre o Governo Provisório e as lideranças políticas de São Paulo no período pós-30. Apesar de ter sido um fracasso militar, a revolta paulista contribuiu para “a vitória da proposta constitucionalista e a necessidade da transformação do regime político instituído em outubro de 1930” (GOMES, 1980, p. 25).

²⁴ Além dessas modificações na organização federativa, a Constituição de 1934 estabeleceu outras dignas de nota, como a introdução do voto secreto e do voto feminino, a obrigatoriedade e gratuidade do ensino primário, a criação do mandado de segurança, a positivação das garantias trabalhistas e a extinção do cargo de Vice-Presidente. Cf. ZIMMERMANN, 2005, p. 317 e 322.

²⁵ A refrega em torno da questão da autonomia dos Estados prosseguiu mesmo após a promulgação da Constituição de 1934, porém os “liberais” foram progressivamente perdendo espaço para o ideário centralizador, que vinha então adquirindo uma feição autoritária. No âmbito nacional, iniciou-se uma disputa pela tomada do poder entre a Ação Integralista Brasileira (de inspiração fascista) e a Aliança Nacional Libertadora (que abrigava o clandestino Partido Comunista), cujo progressivo acirramento deu elementos para que Vargas, invocando a preservação da segurança nacional, angariasse apoio para a instauração da ditadura. Cf. BERCOVICI, 2004, p. 40-41.

Poder Central passou a dispor de mecanismos de controle sobre o processo legislativo e executivo dos Estados²⁶ e absorveu a competência para legislar sobre as relações fiscais externas e entre os estados, retirando grande parte da autonomia financeira das entidades subnacionais (SOUZA, 1976).

De fato, no regime autoritário do *Estado Novo*, que perdurou até 1945, quase nada restou de federalismo no país. A centralização imposta fez com que, na prática, os Estados-membros funcionassem como meros representantes administrativos do Governo Federal.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial e a derrota das forças nazi-fascistas, em 1945, o Estado Novo cedeu diante do movimento mundial contrário aos regimes ditatoriais e a favor da recomposição dos princípios constitucionais. Veio a redemocratização e a instalação da Assembleia Constituinte de 1946.

A Constituição de 1946 restituiu a organização federativa ao Estado brasileiro. A autonomia aos Estados-membros foi restabelecida e a dos municípios foi ampliada; limitaram-se as possibilidades de intervenção da União; reiniciaram as eleições para os cargos executivos e legislativos nas esferas estaduais e municipais; foi restaurado o equilíbrio entre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. Introduziram-se os primeiros mecanismos de transferências de recursos do governo federal para os municípios. Retomou-se o caminho do federalismo cooperativo demarcado pela Carta de 1934 (HORTA, 1964), com a diferença que o federalismo brasileiro contava com uma nova correlação de forças: um Estado nacional robustecido, herda-

²⁶ O Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), órgão do Governo Federal que controlava a administração no nível nacional, tinha representações estaduais que atuavam como assessorias legislativas para os interventores reforçando o domínio da Presidência da República sobre os Estados. Cf. SOUZA, 1976, p. 19.

do do período “desenvolvimentista”, negociava com governos estaduais que haviam retomado a posição de agentes políticos de peso (ABRUCIO, 1998, p. 48-57).

Os mecanismos democráticos resistiram a conflitos políticos e crises institucionais durante três ciclos presidenciais, de Eurico Gaspar Dutra (1946-1951) a Juscelino Kubitschek (1956-1961), passando pelo suicídio de Getúlio Vargas (1954) e pela atribulada transição de Café Filho (1954-1955),²⁷ mas não suportaram o desequilíbrio que principiou pela renúncia de Jânio Quadros, apenas sete meses após a posse (25/08/1961). A transmissão do cargo ao Vice-Presidente João Goulart desencadeou um período de quase três anos de intensa instabilidade, em que a resistência ao novo mandatário resultou até na instituição de um sistema parlamentar “às pressas”.²⁸ João Goulart não tinha condições políticas para se sustentar.²⁹ Foi derrubado pelo golpe militar em 1º de abril de 1964. Era a volta do pêndulo: centralização.

Logo após o golpe, iniciou-se um período de legitimação do poder do chamado *Comando Revolucionário*, que se manifestou por perseguições políticas e suspensão das garantias constitucionais associadas a um grande fortalecimento do Executi-

²⁷ Café Filho, que havia se manifestado contrário à posse do presidente eleito, Juscelino Kubitschek, e de seu vice, João Goulart, foi impedido pelo Congresso Nacional de reassumir a Presidência de República ao retornar de licença médica em 21/11/1955. Um movimento político-militar deflagrado durante sua enfermidade, sob a liderança do General Teixeira Lott, já havia deposto o Presidente da Câmara dos Deputados, Carlos Luz, do exercício na Presidência de República (“Movimento do 11 de Novembro”). Assumiu o então Presidente do Senado, Nereu Ramos, que solicitou a decretação de estado de sítio e permaneceu no cargo até a posse dos eleitos. Cf. LAMARÃO, 2001.

²⁸ A hostilidade do alto escalão das Forças Armadas a João Goulart já era grande em 1961. Na ocasião da renúncia de Jânio Quadros, Goulart estava em visita à China e, de acordo com a Constituição, deveria assumir a Presidência logo que retornasse ao Brasil. A reação militar foi tão rápida que, em apenas uma semana, articulou-se a votação de uma emenda constitucional parlamentarista (EC nº 4, de 02/09/61). Assim, ao tomar posse, Goulart já não era o chefe de governo, pois tinha um primeiro-ministro ao seu lado. O parlamentarismo vigeu até janeiro de 1963, quando foi rejeitado por um plebiscito (EC nº 6, de 23/01/63). Cf. SILVA, 2007, p. 85-86.

²⁹ São apontadas diversas razões para insustentabilidade do governo de João Goulart: sua origem no movimento sindical, que o associava à “ameaça comunista” no imaginário dos militares; a própria desorganização administrativa do seu governo, resultado de sua praxe política, gerou o que os líderes militares caracterizavam como “ineficiência e desordem”, tanto na fase parlamentarista quanto no retorno ao presidencialismo; a crise econômica que começou no seu governo, causando estagnação e inflação; e fatores externos (o governo norte-americano tinha simpatia pelo projeto dos militares brasileiros e deu um apoio velado ao golpe) foram elementos essenciais para a formação da conjuntura que levou à sua queda pelo golpe de 1964. Cf. SOARES, 1994.

vo Federal, consubstanciado nos *Atos Institucionais* (AIs), e ao esvaziamento da competência legislativa do Congresso Nacional.³⁰

A radicalização progressiva do regime acompanhou os obstáculos políticos encontrados pelos militares. Assim, ao primeiro AI (09/04/1964), que delineou o sistema autoritário preparando a posse do Marechal Castello Branco, seguiram-se o AI-2 (27/10/1965), que suprimiu as eleições diretas para Presidente e Vice-Presidente e extinguiu o pluripartidarismo,³¹ e o AI-3 (05/02/1966), que tornou também indiretas as eleições para os governadores.

A Constituição de 1967,³² que entrou em vigor na ocasião da posse do Marechal Costa e Silva, apenas institucionalizou as alterações que já haviam sido estabelecidas e homologou a ordem centralizadora do regime autoritário, representadas, sobretudo, pela reformulação do sistema tributário nacional que concentrava as receitas na esfera federal.

Mesmo assim, a partir de 1968, diante do agravamento da tensão política e da propagação de focos de resistência, o Poder Central não se guiou pela Constituição promulgada e promoveu profundas modificações no ordenamento vigente, aumentando a severidade do regime de tal forma que terminou corroendo até o aval da elite civil que apoiara o golpe de 1964 (STEPAN, 1975, p. 155-196). O maior símbolo desse movimento autoritário foi AI-5 (13/12/1968), por meio do qual o governo militar fechou o Congresso Nacional, centralizou todas as funções de governo no Poder

³⁰ O primeiro Ato Institucional, de 9 de abril de 1964, que instaurou o Regime Militar, deu plenos poderes ao Presidente da República, que incluíam a possibilidade de decretar o fechamento do Congresso, das Assembleias Estaduais e das Câmaras de Vereadores.

³¹ Foi instituído o bipartidarismo. A partir de então, eram legalmente reconhecidos apenas a Aliança Renovadora Nacional (Arena) e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB).

³² Após sucessivas mudanças impostas ao ordenamento jurídico nacional, o que resultou na completa descaracterização da Constituição de 1946, o Presidente Castello Branco convocou o Congresso Nacional para votar o projeto de uma nova Constituição apresentado pelo Executivo. Foi o AI-4 (07/12/1966).

Executivo e suspendeu as garantias constitucionais que restavam, aniquilando definitivamente os direitos de liberdade individual no país. Poucos meses depois, foi editada a *Emenda Constitucional nº 1*, de 1969, incorporando à constituição os dispositivos do AI-5, que inobstante haja sido formalmente uma emenda à Carta de 1967, o atual entendimento dos constitucionalistas, sintetizado por Silva (2007, p. 87), é que

Teórica e tecnicamente, não se tratou de emenda, mas de nova constituição. A emenda só serviu como mecanismo de outorga, uma vez que verdadeiramente se promulgou texto integralmente reformulado [...].

Desse modo, o Regime Militar impôs uma fortíssima concentração de poderes na União, retirando a maior parte da autonomia e das competências dos estados e municípios. De forma semelhante ao que sucedera na vigência da Constituição de 1937, o federalismo brasileiro foi apenas nominal.

Na época, na tentativa de fundamentar a política centralizadora, elaborou-se o conceito de “federalismo de integração”, que seria uma modalidade “além” do federalismo cooperativo, em que, para garantir o desenvolvimento econômico nacional, as competências deveriam ser retiradas das esferas subnacionais e atribuídas ao Governo Federal, como forma de evitar o conflito federativo. A respeito dessa teoria, Bercovici (2004, p. 51) consigna conclusão precisa:

Realmente, o “federalismo de integração” foi tão além do federalismo cooperativo que praticamente extinguiu o sistema federativo brasileiro, sempre com a justificativa da “segurança nacional”. Em síntese, sob a denominação “federalismo de integração”, procuraram os juristas ligados à ditadura militar esconder a supressão do federalismo naquele período.

Esse modelo rígido foi mantido, a despeito dos problemas políticos, até o final do governo Médici (1969-1974).³³ No período do governo Geisel (1974-1979), as resistências começaram a se organizar e a associação com a crise econômica tornou inevitável o processo de abertura³⁴ que se consolidou no governo do General João Baptista Figueiredo (1979-1985).³⁵

Mais uma vez a questão federativa foi fator preponderante. A manutenção das eleições legislativas na esfera federal e na esfera estadual, a princípio utilizada como parte da estratégia de legitimação do regime, converteu-se num elemento de dinamização do processo de transição, na medida em que permitiu o alinhamento das lideranças estaduais (abrigadas no MDB) como forças de oposição ao governo militar (representado pela Arena), durante a década de 1970 e, em especial, no início da década de 1980 (CODATO, 2005).

Isso foi particularmente importante a partir do pleito 1982, em que foram restauradas as eleições diretas para os Executivos estaduais. As vitórias dos grupos oposicionistas, que conseguiram eleger os governadores dos grandes estados, deram grande impulso ao movimento pela redemocratização, culminando nas mobilizações populares de 1984. A eleição indireta de Tancredo Neves para a Presidência da República e a convocação da Assembleia Nacional Constituinte pelo Presidente empos-

³³ A progressiva deterioração das relações entre o governo militar e as elites estaduais foi um dos principais fatores da perda da unidade do regime. A estratégia adotada para a escolha dos governadores – de perfil “técnico”, ignorando os arranjos políticos regionais – desagradou os grupos oligárquicos, o que terminou fragmentando a base política do Governo Federal no Congresso Nacional. Cf. ABRUCIO, 1998, p. 76-82.

³⁴ De fato, apesar de influenciados pela organização das oposições ao regime autoritário, o governo militar procurou manter relativo controle sobre o processo de distensão política iniciado no governo Geisel, pois acreditavam poder conduzi-lo de forma “lenta, gradual e segura”. Esse processo, no entanto, adquiriu uma lógica própria como resultado da conjuntura política nacional, em grande medida influenciada pelas relações entre as esferas federativas. Cf. CODATO, 2005, p. 94-96.

³⁵ A revogação do AI-5, em 1978, pelo governo Geisel, e a sanção da Lei Federal nº 6.683, de 28/08/79 (“Lei da Anistia”) pelo governo Figueiredo foram atos políticos relevantes desse processo.

sado José Sarney marcaram o ano de 1985 como o início de um novo período da Federação brasileira, que foi denominado *Nova República*.³⁶

2.1.2 O federalismo brasileiro na Constituição de 1988

A Constituição Federal promulgada em 5 de outubro de 1988 marcou a volta dos fundamentos do federalismo brasileiro abandonados durante os anos do regime autoritário, expandindo a autonomia dos Estados-membros e estabelecendo dispositivos do *federalismo cooperativo*, na busca do equilíbrio federativo. A novidade instituída foi o grande reforço dado à autonomia dos municípios, conferindo-lhes definitivamente a condição de entidades federativas. Trata-se de experiência inédita no federalismo contemporâneo, como ressalta Bonavides (2008, p. 347):

Não conhecemos uma única forma de união federativa contemporânea onde o princípio da autonomia municipal tenha alcançado grau de caracterização política e jurídica tão alto e expressivo quanto aquele que consta da definição constitucional do novo modelo implantado no País com a Carta de 1988 [...].

Deveras, os municípios brasileiros, que já possuíam governo próprio e competências exclusivas garantidos pelas Constituições anteriores, adquirem na Constituição de 1988 (art. 29) o poder de editar sua própria lei orgânica – que equivale a uma Constituição Municipal. Assegura-se, assim, a autonomia municipal *política, norma-*

³⁶ A expressão “Nova República” foi empregada na campanha de Tancredo Neves (então Governador de Minas Gerais e candidato à Presidência da República) para designar o período de transformações institucionais que se sucederiam à sua posse e que se concretizariam na nova Constituição que seria elaborada pela Assembleia Constituinte, livre e soberana, que ele convocaria tão logo assumisse o cargo no Governo Federal. Como se sabe, Tancredo Neves foi eleito pelo Colégio Eleitoral, mas faleceu antes da posse. O Vice-Presidente José Sarney cumpriu o compromisso, convocando a Assembleia Nacional Constituinte (EC nº 26, de 27/11/85). Cf. SILVA, 2007, p. 88-90.

tiva, administrativa e financeira (MEIRELLES, 2006), que, como assinala Silva (2007, p. 641, grifo do autor), caracteriza-se por quatro capacidades:

- (a) *capacidade de auto-organização*, mediante a elaboração de lei orgânica própria;
- (b) *capacidade de autogoverno*, pela eletividade do Prefeito e dos Vereadores às respectivas Câmaras Municipais;
- (c) *capacidade normativa própria*, ou capacidade de autolegislação, mediante a competência de elaboração de leis municipais sobre áreas que são reservadas à sua competência exclusiva e suplementar;
- (d) *capacidade de auto-administração* (administração própria, para manter e prestar os serviços de interesse local) [que inclui a capacidade de decretação de seus tributos e a aplicação de suas rendas].

Com base nisso, Ferreira Filho (2006, p. 58, grifo do autor) constata que:

[...] Há em nossa Constituição *três* ordens e não duas, como é normal no Estado federal. Em primeiro lugar, a ordem central – a União – em segundo lugar, ordens regionais – os Estados – e em terceiro lugar, ordens locais – os Municípios. A Constituição, com efeito, afora organizar a União, prevê e reconhece os Estados, dando-lhes competências e rendas, prevê e reconhece os Municípios, entidades intra-estaduais, conferindo-lhes competências e rendas.

Na distribuição de competências e rendas entre as três unidades federadas da Constituição de 1988 são empregadas técnicas de repartição horizontal e vertical.

As competências legislativas são repartidas horizontalmente e verticalmente. Na repartição horizontal, são enumeradas as competências exclusivas da União (art. 21 e 22) e as competências dos Municípios (art. 30) e são conferidas aos Estados as competências remanescentes (art. 25, § 1º), ou seja, tudo aquilo que não foi atribuído à União ou aos Municípios e nem incluído no campo das competências concorrentes. Na repartição vertical, são atribuídas *competências concorrentes* à União e aos Estados (art. 24); nesse caso, há primazia da União para fixar normas gerais (art. 24, § 1º), e os Estados (art. 24, § 2º) e os Municípios (art. 30, II) devem complementar es-

sas normas a fim de adaptá-las a suas especificidades, em conformidade com o princípio da *predominância do interesse* (ALMEIDA, 1991).³⁷

As competências materiais estão associadas às legislativas, de modo que a entidade que exerce atividade normativa em determinada matéria tem também a função administrativa relacionada. Ademais, há um grande número de *competências comuns* (art. 23), que fixam as áreas em que a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal devem atuar conjuntamente, em colaboração mútua e sem hierarquia,³⁸ pois essas matérias não comportam a supremacia da União sobre as demais entidades federativas (FERREIRA FILHO, 2006, p. 60).

A repartição de rendas na Constituição Federal de 1988 assenta-se na divisão das *competências tributárias* e na repartição das *receitas tributárias* entre os entes federados, compondo o *sistema tributário nacional*.

Na repartição das competências tributárias é utilizada a técnica horizontal: são estabelecidas áreas de tributação exclusiva da União (art. 153), dos Estados e do Distrito Federal (art. 155), e dos Municípios (art. 156) de acordo com as fontes. Desse modo, os impostos, taxas e contribuições sobre os quais as entidades federadas podem dispor, com suas respectivas fontes, estão expressamente definidos no texto constitucional.³⁹

³⁷ O Distrito Federal funciona, nesse caso, como entidade mista, de acordo com o art. 32, § 1º: “Ao Distrito Federal são atribuídas as competências legislativas reservadas aos Estados e Municípios”.

³⁸ Alguns autores sustentam que a execução das competências materiais comuns, pelo fato de estar vinculada à atividade normativa, será sempre influenciada pela primazia da União estabelecida para as competências concorrentes (art. 24). Cf. ALMEIDA, 1991, p. 142-144.

³⁹ O sistema tributário brasileiro é composto por (art. 145): *impostos*, que são tributos arrecadados compulsoriamente, independente de qualquer atividade estatal prestada ao contribuinte; *taxas*, que são arrecadadas para remuneração de serviços públicos específicos ou em caráter de sanção (exercício do poder de polícia); e *contribuições de melhoria*, arrecadadas de proprietários de imóveis que se valorizarem em decorrência de obras públicas. Além dessas arrecadações, a União pode instituir *empréstimos compulsórios* para o atendimento de despesas extraordinárias, a serem posteriormente devolvidos aos contribuintes. Cf. SILVA, 2007, p. 706-708.

A repartição das receitas tributárias compreende os mecanismos redistributivos que permitem a participação de uma entidade na receita da outra, ou seja, a discriminação das rendas pelo produto. São três modalidades de redistribuição: a) participação das esferas subnacionais no produto da arrecadação de impostos da União; b) partilha do montante de impostos em percentagens entre entidade tributante e entidade beneficiada, em que a percentagem é definida de acordo com a capacidade da entidade beneficiada; c) participação em fundos ⁴⁰ (SILVA, 2007, p. 706-733).

2.2 RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NO FEDERALISMO

BRASILEIRO CONTEMPORÂNEO

2.2.1 O federalismo fiscal brasileiro e as mudanças no período pós-1988

O estudo do federalismo fiscal existente no Brasil é de grande valia para a compreensão da dinâmica federativa nacional. As particularidades dos aspectos fiscais que se constituíram durante o processo de formação do federalismo brasileiro sofreram importantes modificações e foram determinantes para as alterações verificadas no período que sucede a promulgação da Constituição de 1988.

⁴⁰ Dispõe o art. 159 (redação dada pela EC nº 55, de 20/09/2007): “A União entregará: I - do produto da arrecadação dos impostos sobre renda e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados quarenta e oito por cento na seguinte forma: a) vinte e um inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal; b) vinte e dois inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Municípios; c) três por cento, para aplicação em programas de financiamento ao setor produtivo das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, através de suas instituições financeiras de caráter regional, 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; d) um por cento ao Fundo de Participação dos Municípios, que será entregue no primeiro decêndio do mês de dezembro de cada ano”.

Ao longo da história da República, os regimes de distribuição de competências e recursos entre os entes federados, que marcaram a evolução do sistema fiscal e tributário brasileiro, naturalmente acompanharam os ciclos de centralização e descentralização política da federação.

Durante a República Velha (1891-1930) a fragilidade política do governo central manifestava-se na política fiscal. A Constituição de 1891 adotou o regime de separação das fontes tributárias, conferindo áreas de tributação exclusiva de competência da União e dos estados, deixando para os governos estaduais a responsabilidade para a maioria dos bens públicos.

A concentração de poderes no governo central no governo Vargas (1930-1945) acompanhou-se da centralização do sistema fiscal e tributário nacional em busca da industrialização e das políticas de desenvolvimento econômico. Embora tenham mantido as áreas de competência exclusiva das três esferas de governo,⁴¹ as Constituições de 1934 e 1937 federalizaram a autoridade tributária, limitando a autonomia das esferas subnacionais durante todo o período do Estado desenvolvimentista e atribuindo à União o papel de principal arrecadador.

No período da redemocratização (1946-1964), a descentralização fiscal foi efetuada com a introdução do sistema de transferências intergovernamentais pela Constituição de 1946, que veio acompanhado da inauguração do sistema de vinculações constitucionais de gastos das esferas subnacionais. A partir de então, como já estava fixado o regime de separação de fontes tributárias, a barganha federativa deslocou-se para o sistema de transferências fiscais (ARRETCHE, 2005).

⁴¹ Vale lembrar que a Constituição de 1934 inaugurou as áreas de tributação exclusiva dos municípios.

Com o advento do regime militar (1964), a centralização do sistema tributário nacional foi implantada pela reforma tributária de 1967, que estabeleceu as bases do atual modelo de federalismo fiscal do país.⁴² Consolidou-se a centralização da arrecadação no governo federal, responsável pelos principais impostos: o Imposto sobre a Renda (IR) e o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI). Introduziu-se um mecanismo de transferência por fundos com sentido redistributivo: vinte por cento do produto da arrecadação de IR e IPI passaram a ser destinados em partes iguais para um *Fundo de Participação dos Estados* (FPE) e um *Fundo de Participação dos Municípios* (FPM). Reforçou-se a capacidade tributária própria dos estados, com a criação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICM), e dos municípios, com a criação do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS). Instituiu-se a partilha neutra, estabelecendo mecanismo de devolução tributária do ICM para os municípios (20% do produto da arrecadação do ICM deveriam ser devolvidos aos municípios, em proporção às operações tributadas no seu território).

A partir de 1968, e durante a década de 1970, houve relevante perda da autonomia fiscal dos governos subnacionais. Reduziu-se progressivamente a porcentagem dos impostos federais partilhados com estados e municípios (que chegou ao limite mínimo, em que permaneceu até 1975)⁴³ e introduziram-se mecanismos de alocação de recursos federais caracterizados por forte vinculação setorial e funcional, limitando ainda mais a liberdade orçamentária das esferas subnacionais.⁴⁴

⁴² Essa reforma tributária foi introduzida pela Emenda Constitucional nº 18, de 01/12/1965.

⁴³ O menor percentual da arrecadação dos impostos federais para as transferências redistributivas foi de 5% para cada fundo de participação (FPE e FPM).

⁴⁴ Além de ter condicionado as transferências a diversos fatores, inclusive quanto à forma de utilização dos recursos, o Poder Central criou o chamado Fundo Especial (FE), que dava ao governo federal a prerrogativa de dispor de 2% do produto da arrecadação do IR e do IPI. Cf. VARSANO, 1996, p. 10.

Na segunda metade da década de 1970, com o enfraquecimento do regime militar, iniciou-se uma progressiva recuperação da participação das esferas subnacionais no sistema de partilha. Essa descentralização continuou no decorrer da década de 1980 e acelerou-se no momento da redemocratização, entre 1984 e 1988,⁴⁵ consolidando-se durante o processo constituinte (REZENDE; AFONSO, 2004).

O modelo instituído pela Constituição de 1988 é frequentemente referido como fortemente descentralizador por ter dado ampla autonomia tributária para os estados e municípios. Os estados tiveram aumentada a base de arrecadação do seu principal tributo, com a criação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS),⁴⁶ e receberam a competência de estabelecer os valores de suas alíquotas. Prosseguiu-se com o aumento da porcentagem dos impostos federais que compõem o FPE e o FPM⁴⁷ e retirou-se a maioria das vinculações, dando aos governos subnacionais mais liberdade na utilização dos recursos transferidos.⁴⁸ Além disso, ampliaram-se consideravelmente os montantes repassados pelos estados para os municípios, por meio do aumento do percentual do produto da arrecadação do ICMS destinado à devolução tributária aos municípios (de 20% para 25%) e criou-se um mecanismo de partilha do IPI para os estados: o Fundo de Compensação pela Exportação de Produtos Industrializados (FCEPI), que redistribui aos estados 10% da arrecadação desse

⁴⁵ A composição do FPE e do FPM chegou a 10,5% das receitas do IR e do IPI para cada em 1983 e a 14% e 16%, respectivamente, em 1985. Cf. REZENDE e AFONSO, 2004, p. 311.

⁴⁶ O ICMS foi criado a partir da incorporação ao ICM dos antigos impostos únicos federais sobre: minerais, combustíveis, energia elétrica, transporte e comunicação.

⁴⁷ Houve ampliação progressiva dos percentuais do produto da arrecadação do IR e do IPI destinados ao FPE e ao FPM até 1993, quando alcançaram, respectivamente, 21,5% e 22,5%. Recentemente, a Emenda Constitucional nº 55, de 20/09/2007, incorporou mais um por cento ao FPM.

⁴⁸ As únicas vinculações relevantes atualmente são as que obrigam todos os níveis de governo a aplicarem recursos na manutenção e desenvolvimento do ensino (originalmente concebido no art. 212 da C.F., com as alterações promovidas pela EC 14/1996 e pela EC 53/2006) e nas ações e serviços públicos de saúde (art. 198, § 2º, da C.F. e demais alterações da EC 29/2000).

imposto federal, repartido proporcionalmente em função do volume de exportações (VARSANO, 1996).

No entanto, a descentralização concebida no regime fiscal instaurado pela Constituição de 1988 não foi realizada como previsto. O início da vigência desse novo modelo coincidiu com um momento de profundas mudanças políticas e econômicas que deram nova configuração à organização federativa brasileira, num processo que prossegue até a atualidade.

Durante a década de 1990, o que se viu foi uma rápida reversão do regime de descentralização fiscal então instituído pela Carta de 1988.

A mudança da linha de desenvolvimento da economia brasileira que foi iniciada logo no começo da década, no governo Fernando Collor (1990-1992), desencadeou o retorno da tendência de concentração de receitas na esfera federal que marcou os anos noventa. O ingresso do Brasil no mercado globalizado estava condicionado ao acatamento das proposições liberais em voga, que traziam uma série de exigências para além da abertura econômica, e a opção política do governo federal naquela ocasião foi a de cumprir essa agenda. Assim, iniciou-se nesse período a implantação de um programa de estabilização e integração econômica fundado nos princípios da ideologia hegemônica da época: privatização, controle de gastos, redução do déficit público e desregulamentação dos mercados. O governo federal adotou uma política macroeconômica baseada em metas oficiais que visavam ao ajuste fiscal e, nesse contexto, a autonomia política e financeira das esferas subnacionais passou a ser vista pelas autoridades centrais como um entrave (LOPREATO, 1997).

A continuidade e a reafirmação dessa política econômica durante toda a década de 90, nos governos Itamar Franco (1992-1994) e Fernando Henrique Cardoso

(1995-2002), deteriorou progressivamente as condições econômicas dos estados e municípios e delineou o momento de recentralização do federalismo nacional. A associação do baixo crescimento econômico do período com a imposição da disciplina fiscal feita pelo programa macroeconômico impediu que os entes subnacionais exercessem suas autonomias financeiras e não deixou alternativa além de acompanhar a agenda posta pelo Poder Central. Aproveitando-se da impossibilidade dos estados aumentarem suas receitas, o governo federal utilizou a negociação das dívidas estaduais como instrumento de centralização econômica, principalmente a partir do fim do período inflacionário com a política de estabilização monetária de 1994. Isso porque, após o Plano Real, os governos estaduais perderam a última ferramenta de ajuste das contas fiscais (a prática de atrasar gastos e congelar os salários dos funcionários públicos beneficiando-se do fato de suas receitas serem indexadas à alta inflação) e se viram obrigados a aceitar as condições determinadas pelo governo federal. Nesse contexto, o refinanciamento das dívidas a partir da segunda metade da década ficou atrelado a uma série de exigências relacionadas às reformas do setor público, que incluíam as privatizações (especialmente dos bancos e das companhias energéticas estaduais) e o cumprimento das metas de ajuste fiscal (REZENDE; AFONSO, 2004). Para Lopreato (1997, p. 101), esse programa de refinanciamento das dívidas estaduais foi “um marco no relacionamento entre as esferas de governo, porque, pela primeira vez, associou a renegociação das dívidas a programas de reformas do setor público estadual, isto é, à realização de um ajuste patrimonial”.

Almeida (2005, p. 35) destaca que, nesse período,

A convicção de que estados e municípios tendiam a pegar carona nos esforços federais de estabilização da moeda alimentou a sabedoria convencional sobre a suposta incompatibilidade entre federalismo descentralizado e austeridade fiscal. Começou a ganhar for-

ça, entre analistas e os decisores federais, a idéia de que a autonomia dos governos subnacionais – especialmente a autonomia para definir despesas e alocar recursos – deveria ser restringida ou controlada. O concurso anterior sobre as virtudes da descentralização, de alguma forma, perdeu força sob a pressão da urgência de ajustar a economia e estabilizar a moeda.

Paralelamente, o governo federal imprimiu esforços para compensar as perdas fiscais resultantes do modelo engendrado pela Constituição de 1988. Os meios para isso foram buscados principalmente nos instrumentos criados para o financiamento da seguridade social, as *Contribuições Sociais*, e na criação de mecanismos de desvinculação da União das obrigações constitucionais.

As contribuições sociais, cuja instituição é de competência exclusiva da União (C.F., art. 149), foram responsáveis pela maior parte do aumento da arrecadação – e da carga tributária – logrado pelo governo federal durante os anos 90 e, consequentemente, tiveram importante papel na recomposição orçamentária da União – desviando-se de sua destinação original.⁴⁹ As contribuições para o PIS/PASEP (Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público), a CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira), a CSLL (Contribuição Social dos Empregadores Incidente sobre o Lucro Líquido) e, sobretudo, a Cofins (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social) passaram a representar importante parcela da receita tributária nacional (DAIN, 2001).⁵⁰ Isso contribuiu para a centralização fiscal, uma vez que, por serem as contribuições sociais tributos não partilhados, permitiram que o governo federal mantivesse níveis elevados de gasto público, o que não era possível para os governos subnacionais. Mesmo que uma parte

⁴⁹ A estratégia da utilização de contribuições para incrementar a arrecadação começou mesmo antes da Constituição de 1988, com a criação do Fundo de Investimento Social (Finsocial). Cf. VARSANO, 1996, p. 11-12.

⁵⁰ Ao final da década de 90, essas quatro contribuições (Cofins, CPMF, PIS/PASEP e CSLL) correspondiam a aproximadamente 20% do total da arrecadação do país. Cf. DAIN, 2001, p. 128.

dessa receita pudesse retornar aos estados e municípios, isso se dava por meio de transferências discricionárias (controladas pela esfera federal), retirando a autonomia dos entes subnacionais (REZENDE; AFONSO, 2004).

O outro mecanismo utilizado pela União para aumentar suas receitas intensificou a concentração fiscal. Com a criação do Fundo Social de Emergência (FSE),⁵¹ que depois passou a ser denominado Fundo de Estabilização Fiscal (FEF),⁵² o governo federal passou a dispor livremente de vinte por cento de todas as receitas arrecadadas, reduzindo o montante a partir do qual se compõem os fundos de participação dos estados e municípios. A diminuição dos repasses para as esferas subnacionais, que representou a primeira grande vitória da União na disputa intergovernamental por recursos no período pós-1988,⁵³ era um dos elementos que, naquele momento, deixava patente a existência do conflito federativo (AFFONSO, 2000).

O comprometimento das finanças estaduais aprofundou-se à medida que o governo federal concentrou o sistema fiscal e tributário nacional e ao mesmo tempo elevou as taxas de juros, onerando o endividamento dos estados e submetendo-os cada vez mais às condições de refinanciamento de suas dívidas (LOPREATO, 1997). Acrescentou-se a redução de investimentos feitos pela União e a própria heterogeneidade do desenvolvimento econômico brasileiro. Essa conjuntura precipitou a horizontalização das tensões federativas, manifestando-se num conflito que se tornou uma das principais características do federalismo brasileiro pós-1988: a chamada *guerra fiscal*. Utilizando-se da prerrogativa (conferida pelo novo ordenamento cons-

⁵¹ O Fundo Social de Emergência foi instituído pela Emenda Constitucional de Revisão nº 1, de 01/03/1994, para os exercícios financeiros de 1994 e 1995.

⁵² O Fundo de Estabilização Fiscal foi o nome dado ao FSE quando este foi prorrogado para o período de 1996 a 1999 pelas Emendas Constitucionais nº 10, de 04/03/1996, e nº 17, de 22/11/1997.

⁵³ Para uma interessante análise das condições políticas que viabilizaram essa vitória do governo federal, vide ABRUCIO, 1998, p. 213-217.

titucional) de fixar por leis próprias as alíquotas do ICMS, os estados lançaram-se numa disputa para atrair investimentos a partir da concessão de subsídios tributários (PRADO, 1999). A regulamentação do ICMS feita em 1996, que terminou reduzindo a arrecadação dos estados,⁵⁴ não debelou essa prática que, embora tenha eventualmente permitido algum ganho a um ou outro ente federado, tem sido identificada como prejudicial à Federação como um todo (VARSAÑO, 1997).

Outra marca do federalismo brasileiro no período pós-1988 também tem raízes na dinâmica fiscal e tributária nacional: o grande aumento no número de municípios. Embora tenha sido possibilitada pelos arranjos institucionais estabelecidos pela Constituição de 1988 (sobretudo pela mudança da competência para a criação de novos municípios da esfera federal para a estadual) e pelas circunstâncias políticas da redemocratização, a grande onda de emancipação municipal foi impulsionada principalmente pelas possibilidades de participação na partilha de rendas criadas no novo ordenamento (TOMIO, 2002). Grande parte das centenas de municípios criados durante a década de 1990⁵⁵ não possuem capacidade fiscal própria, ficando completamente dependentes das transferências federais provenientes do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Ademais, o fato de que a fórmula de cálculo do FPM favorece os municípios de menor população⁵⁶ contribuiu para que a imensa maioria dessas

⁵⁴ Lei Complementar nº 87, de 13/09/1996 (“Lei Kandir”), entre outras medidas referentes ao ICMS, isentou da tributação produtos e serviços destinados à exportação, provocando perdas relevantes na arrecadação dos estados. Cf. BERCOVICI, 2003, p. 174.

⁵⁵ Entre 1988 e 2000 foram criados 1438 novos municípios (25% do total de municípios existentes). Cf. TOMIO, 2002, p. 62

⁵⁶ Os critérios de distribuição do FPM são: 10% para as capitais dos estados, em relação direta com sua população e inversa com a renda per capita dos estados; 86,4% para todos os outros municípios, cuja cota individual é estabelecida por índices derivados de uma fórmula que favorece os municípios menos populosos (são 16 faixas que definem transferências per capita menores à medida que a população aumenta); e 3,6% como cota adicional para os municípios com mais de 156.216 habitantes. Cf. REZENDE e AFONSO, 2004, p. 324.

emancipações tenha sido de micro e pequenos municípios,⁵⁷ intensificando a fragmentação política e dificultando o processo de coordenação (AFFONSO, 2000).

Dessa maneira, as práticas políticas e econômicas realizadas no primeiro período após a promulgação da Carta de 1988, dificultaram a efetivação do federalismo cooperativo consagrado no texto constitucional (BERCOVICI, 2003, p. 173-177). A crise econômica e fiscal da década de 1990 e as medidas adotadas pelo governo federal na busca da estabilidade macroeconômica resultaram em importantes mudanças institucionais que, segundo Affonso (2000, p. 149), deixaram o federalismo brasileiro “no fio da navalha, entre uma trajetória de coordenação federativa e outra, de recentralização”.

Ao final da década, a aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal⁵⁸ consolidou o modelo de gestão das finanças públicas adotado pelo governo federal, institucionalizando as normas e metas de ajuste fiscal para as três esferas de governo, com importante influência na dinâmica federativa.⁵⁹ Segundo Almeida (2005, p. 35, grifo da autora),

A LRF [Lei de Responsabilidade Fiscal] foi uma resposta específica – e centralizadora – ao desafio de coordenar o comportamento fiscal dos governos em um sistema federativo, evitando o *free-riding* nos níveis subnacionais. Seu objetivo foi garantir disciplina fiscal em todos os níveis de governo, mas as restrições que impôs

⁵⁷ Aproximadamente 74% dos municípios criados nas décadas de 1980 e 1990 tinham menos de 10.000 habitantes. Em 2001, os municípios com até 20.000 habitantes representavam 74,8% do total de municípios do país. Cf. TOMIO, 2002, p. 65 e SOUZA, 2004, p. 29.

⁵⁸ Lei Complementar nº 101, de 04/05/2000.

⁵⁹ As principais alterações instituídas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, de acordo com Rezende e Afonso (2004, p. 327-328), foram: “a) limites para gasto com pessoal – a remuneração dos servidores públicos não deve ultrapassar 60% das receitas líquidas correntes; b) limites para o endividamento – o Senado pode aprovar uma revisão dos limites atuais por proposta do presidente da República; c) metas fiscais anuais – o planejamento orçamentário deve estabelecer metas fiscais para três anos consecutivos; d) provisão para despesas correntes – as autoridades públicas não podem tomar medidas que criem despesas futuras que durem mais de dois anos sem apontar para uma fonte de financiamento ou um corte compensatório em outros gastos; e) provisão especial para anos eleitorais – a lei proíbe que governadores e prefeitos em último ano do mandato antecipem receitas tributárias por meio de empréstimos de curto prazo, concedam aumentos de salários e contratem novos servidores públicos.”.

aos estados e municípios foram significativas. Apesar de restringir também o governo federal, a nova lei inegavelmente significou limitação, por meio de lei federal, da autonomia de estados e municípios na alocação de suas receitas.

Instituído o atual modelo durante a década de 1990, houve poucas modificações na estrutura do federalismo fiscal brasileiro na última década. A alteração mais relevante foi a exclusão das receitas destinadas aos fundos de participação dos estados e municípios (FME e FMP) do percentual de vinte por cento das receitas desvinculadas da União, na ocasião da prorrogação do Fundo de Estabilização Fiscal, ora renomeado para Desvinculação das Receitas da União (DRU).⁶⁰ Consolidaram-se altos níveis de arrecadação tributária no país,⁶¹ com diminuição da participação relativa da esfera federal (em relação aos níveis de 1988), e efetivou-se a descentralização fiscal, basicamente para os municípios (AFONSO, 2007).⁶² A troca de comando no Executivo Federal não alterou esse modelo, pois os princípios têm sido mantidos até o presente momento pelo governo Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010).

⁶⁰ A Desvinculação das Receitas da União (DRU), foi a denominação adotada a partir da Emenda Constitucional nº 27, de 21/03/2000, que instituiu a desvinculação no período de 2000 a 2003. A DRU foi novamente prorrogada pela Emenda Constitucional nº 42, de 19/12/2003, para o período de 2003 a 2007, e pela Emenda Constitucional nº 56, de 20/12/2007, até 31 de dezembro de 2011.

⁶¹ A carga tributária alcançou o nível máximo de 38,9% do PIB no ano de 2005, cf. AFONSO, 2007, p. 13, e desde então vem oscilando em níveis inferiores, porém sempre acima de 35% do PIB.

⁶² Em 2005, 68,36% do total da arrecadação tributária foi realizado pela União, 26,01% pelos estados e 5,63% pelos municípios. Depois de feitas as transferências intergovernamentais obrigatórias, o governo federal dispunha de 57,61% do total de receita tributária, os estados contavam com 25,23% e os municípios com 17,16%. Esses dados estão de acordo com a série histórica e mostram que a partilha tende a ser neutra para os estados e confirmam “uma clara e consistente tendência de ampliação da importância relativa” dos municípios. Cf. AFONSO, 2007, p. 14.

2.2.2 O federalismo e a descentralização das políticas sociais no Brasil

A implantação de políticas sociais no Brasil tem sido bastante influenciada pelas especificidades da estrutura federativa nacional. A redefinição das atribuições dos entes federados no campo social fez parte do processo de reorganização do federalismo nacional: da centralização do período autoritário para a descentralização consagrada pela Carta de 1988.

Cabe assinalar que o fenômeno político da descentralização não foi um processo restrito à política brasileira ou mesmo à esfera social. A doutrina da descentralização foi extensivamente adotada em diversos países de todos os continentes durante as décadas de 1980 e 1990, especialmente nos Estados em desenvolvimento, que foram estimulados de forma ativa pelas nações desenvolvidas por intermédio do Banco Mundial.

Basicamente definida como a transferência de autoridade e poder em planejamento, gestão e tomada de decisão dos níveis superiores aos níveis inferiores de governo, a descentralização foi concebida nesse período de maneira intimamente vinculada às ideias liberais e de reorientação do papel do Estado. Propôs-se, à época, uma classificação da descentralização em quatro modalidades, que é ainda bastante encontrada na literatura: *desconcentração* (*deconcentration*), que corresponde a uma distribuição de atribuições para os níveis inferiores de uma mesma esfera de governo, sem deslocamento do poder decisório; *delegação* (*delegation*), que consiste na transferência de responsabilidades administrativas para organizações não integrantes da estrutura do governo, de modo que as funções gerenciais passam a ser realizadas por entidades não-estatais financiadas e reguladas pelo governo, que mantém toda a auto-

ridade decisória; *devolução* (*devolution*), em que o poder central transfere competências para as esferas subnacionais dotadas de autonomia política e administrativa; e *privatização* (*privatization*),⁶³ quando ocorre transferência de responsabilidades ou serviços originalmente administrados por instituições estatais para a iniciativa privada (RONDINELLI et al., 1983).

Durante as décadas de 80 e 90, a descentralização foi apresentada como instrumento de mudança nas mais distintas condições políticas – que incluíram desde os processos de (re)democratização dos países da América Latina à reestruturação dos Estados da Ásia e do Leste Europeu após extinção do bloco socialista, até os movimentos pela busca de representatividade étnica e regional em países africanos – e, sobretudo, por motivações econômicas, pela necessidade de redução de gastos estatais orientando-se pelo princípio da eficiência alocativa. Defendia-se que a descentralização propiciaria a obtenção de vantagens resultantes da posição privilegiada dos governos locais, como o aumento da competitividade e da capacidade de inovação, melhores possibilidades para aquisição de informações e identificação de prioridades – e, consequentemente, promoção da equidade –, além de uma maior responsabilização (*accountability*) político-institucional (LITVACK; SEDDON, 1999).

Contudo, já naquela época, notava-se que os impactos positivos pretendidos pela descentralização, tanto na esfera macroeconômica – estabilidade, crescimento e redistribuição – quanto na esfera política, não eram alcançados como previsto pelos modelos teóricos. Dependendo da forma como descentralização era implantada e das áreas e atividades em que isso ocorria, esses resultados não só eram pouco influenciados como até dificultados pela sua aplicação (PRUD'HOMME, 1994). Quer dizer, a

⁶³ A inclusão da privatização entre as modalidades de descentralização é foco de muitas divergências na literatura internacional. Entretanto, ainda são frequentes as referências nesse sentido, uma vez que muitos autores utilizam essa classificação. Cf. BANKAUSKAITE e SALTMAN, 2007, p. 10.

eficácia da descentralização estaria muito mais relacionada a arranjos institucionais específicos que a um suposto virtuosismo inerente (VRIES, 2000).

No caso brasileiro, a descentralização de políticas públicas teve importante impulso na década de 1990, ocorrendo de modo distinto nos diferentes setores, com variações na concentração da autoridade política e nos mecanismos decisórios, conforme se estabeleceram as relações intergovernamentais em cada área específica de atuação (ARRETCHE, 2002). Esse processo de descentralização das políticas sociais no Brasil tem sido norteado pelo atual ordenamento constitucional, que estabelece os princípios do federalismo cooperativo brasileiro – ao delimitar as competências legislativas concorrentes e as competências materiais comuns das esferas federativas – e institui a descentralização do sistema fiscal e tributário. Nesse contexto, as transferências de encargos e de recursos aos entes subnacionais ocorreram basicamente de três maneiras, conforme registrado por Almeida (2005, p. 36):

Em alguns casos, transferiu-se a governos subnacionais a prerrogativa de decidir o conteúdo e o formato das políticas. Em outros, estados e municípios tornaram-se responsáveis pela execução e gestão de políticas e programas definidos em nível federal. Finalmente, governos transferiram a organismos não-estatais a provisão de serviços sociais.

O modelo mais utilizado foi o de concentração da autoridade na esfera federal, na busca de induzir a implantação das políticas no nível nacional. A União passou a desempenhar as funções de financiamento, normatização e coordenação e desencadeou processos de descentralização, preferencialmente em direção aos municípios (SOUZA, 2004).

A concentração do financiamento no governo federal permitiu que a descentralização fosse alcançada mediante incentivos operacionalizados por meio de transferências condicionadas, estratégia que ganhou força principalmente a partir da se-

gunda metade da década de 1990. Esse mecanismo teve maior sucesso nas áreas de saúde e educação, em que, além desses instrumentos, se buscou institucionalizar a vinculação de gastos, a partir da aprovação de emendas constitucionais. Reduziu-se a autonomia financeira dos entes subnacionais, obrigando-os a adotar comportamentos considerados desejáveis pelo governo federal.⁶⁴

Até mesmo nos setores de habitação e saneamento, nos quais se utilizou outra estratégia, a desestatização das empresas públicas estaduais, o governo federal também se valeu da concentração de recursos e do controle sobre o financiamento para impor a sua agenda aos entes subnacionais (ARRETCHE, 2002).

A descentralização das políticas de assistência social teve resultados menos consistentes nos primeiros anos de vigência do novo ordenamento constitucional, mas sua intensificação a partir da segunda metade da década de 1990 tem seguido caminho semelhante. Os programas de transferência de renda, que assumiram maior importância na última década, com o governo Lula (2003-2010), também vêm sendo implantados com base no modelo de centralização do financiamento, do controle e do processo decisório no governo federal, atribuindo a execução aos municípios (AFONSO, 2007).

Apesar de reconhecidos ganhos no sentido da democratização das políticas públicas no nível local e das inovações institucionais produzidas nas relações inter-governamentais, principalmente entre a União e os municípios (SOUZA, 2004), o

⁶⁴ Na área de educação, a Emenda Constitucional nº 14, de 12/09/1996, que disciplinou a organização em regime de colaboração dos sistemas de ensino dos três níveis de governo, criou o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef), em cada estado e no DF, a partir de parcelas dos recursos vinculados para as atividades de ensino (C.F., art. 212); a Emenda Constitucional nº 53, de 19/12/2006, ampliou a abrangência da destinação dos recursos, substituindo o Fundef pelo Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb). Na área de saúde, a Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000, introduziu a vinculação de recursos das três esferas de governo para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, mas isso foi feito após já ter sido consolidada a descentralização no setor, como abordado em detalhes adiante.

processo de descentralização pós-1988 evidenciou muitos problemas – e criou outros – relacionados às particularidades do federalismo brasileiro.

Alguns dos principais problemas enfrentados durante o processo de descentralização foram associados às imensas desigualdades regionais historicamente consolidadas no Estado brasileiro. As enormes diversidades existentes entre os mais de 5.500 municípios brasileiros impossibilitam a homogeneização das políticas públicas executadas no nível local. A despeito do grande aumento da importância relativa dos municípios na receita tributária nacional, notadamente na década de noventa, tanto pelo aumento da arrecadação própria como pelo incremento dos repasses obrigatórios (AFONSO; ARAUJO, 2000), as discrepâncias permaneceram em grandes proporções. Muitos governos municipais continuaram completamente dependentes das transferências federais, sobretudo os pequenos e micro municípios oriundos da forte onda de emancipação da década de 1990 (SOUZA, 2004).⁶⁵

As dificuldades administrativas e financeiras desse cenário foram aumentadas por problemas da estrutura política que incidiram na dinâmica federativa nacional. A exacerbação do pensamento municipalista, concebendo os governos locais como suficientes para resolver todas as questões que incidem sobre suas populações, associou-se às práticas desencadeadas pelo governo federal ao longo da década, que privilegiaram a montagem de uma relação direta entre a União e os municípios. Constituíram, assim, importantes obstáculos à estruturação de um sistema de coordenação federativa ao longo do processo de descentralização, uma vez que os estados, com as finanças em crise, tenderam a se desresponsabilizar pelas políticas públicas, repassando funções para o nível local (ABRUCIO, 2005).

⁶⁵ Em 2001, a média da receita própria dos municípios com até 20.000 habitantes (aproximadamente 75% do total de municípios brasileiros) era de apenas 7% do total de seus recursos. Cf. SOUZA, 2004, p. 29.

2.3 O PLANEJAMENTO REGIONAL E URBANO NO FEDERALISMO BRASILEIRO

2.3.1 *Alguns fundamentos de Economia Regional*

A questão do planejamento regional começou a ser consistentemente considerada no Brasil a partir da década de 1950 e tomou impulso nos anos 1970. A abordagem dos problemas regionais brasileiros foi bastante influenciada pelos fundamentos da Economia Regional – o que repercutiu nas concepções das grandes Regiões, na divisão nacional, a das Regiões Metropolitanas, no espaço urbano –,⁶⁶ com destaque para duas doutrinas: a *Teoria do Lugar Central* e a *Teoria da Polarização*.

A *Teoria do Lugar Central* foi desenvolvida pelo geógrafo alemão Walter Christaller durante as décadas de 1920 e 1930 a partir da observação empírica da configuração urbana da Alemanha meridional e originalmente divulgada em 1933 em seu livro *Central Places in Southern Germany* (apud ABLAS, 1982). Embora o modelo original tenha sofrido um grande número de modificações, ainda se apresenta como um referencial teórico de notória utilidade para os estudos de análise regional.

O fundamento da Teoria do Lugar Central reside no conceito geral da *centralidade* das unidades territoriais no espaço urbano. De acordo com esse princípio, a

⁶⁶ Apesar de possuírem base teórica coincidente, as grandes Regiões são diferenciadas das Regiões Metropolitanas (e das demais figuras regionais do espaço urbano) pela abrangência dos objetivos. Enquanto as Regiões visam ao desenvolvimento econômico e social no sentido amplo, as Regiões Metropolitanas têm propósito mais restrito, estando relacionadas à prestação de serviços públicos de interesse comum. Cf. GRAU, 1983, p. 41-46. As grandes Regiões, designadas *regiões de desenvolvimento* (ou administrativas) não serão abordadas neste trabalho por pertencerem ao âmbito das relações entre União e Estados. Para um estudo pormenorizado sobre a dimensão federativa e jurídica das Regiões, vide BERCOVICI, 2003 e BONAVIDES, 2004.

função primordial de uma cidade é concentrar a produção e a oferta de certa quantidade bens e serviços, definindo a organização de uma determinada área complementar (consumidora) ao seu redor. Cada núcleo urbano desempenha o papel de *lugar central* de uma determinada região de influência e os bens e serviços por ele ofertados são denominados de *bens centrais*. A extensão da área de influência de cada lugar central – sua *centralidade* – é definida por uma série de fatores, dos quais os mais importantes são: a densidade populacional; a quantidade de *bens centrais* ofertados; o grau de facilidade para a distribuição desses bens; e a distância até a qual a população se dispõe a percorrer para adquirir o bem oferecido. Essa distância é denominada de *ordem do bem central*.

O teorema de Christaller postula que quanto maior for a *ordem do bem central* ofertado por determinado centro, maior será o seu alcance, ou seja, mais extensa será sua área de abrangência. Com base nesse referencial, o autor formulou a tese do *Sistema de Lugares Centrais*, em que desenvolveu um modelo geométrico de organização do espaço urbano a partir da delimitação das regiões complementares de diversos *lugares centrais* de diferentes *ordens* de bens de forma homogênea, que, na sua concepção, seria a configuração espacial padrão dos núcleos urbanos (ABLAS, 1982).

A grande contribuição da Teoria do Lugar Central foi propor a ideia de que a conformação das redes urbanas não é dada pelo acaso, mas obedece a uma lógica de sistematização hierarquizada, proveniente da dinâmica das relações socioespaciais definidas, o que permite identificar relações entre o número e a dimensão dos aglomerados urbanos.

A *Teoria da Polarização* foi sistematizada pelo economista francês Jacques Boudeville a partir dos fundamentos teóricos elaborados pelo seu contemporâneo François Perroux. Em sua tese, que ficou conhecida como *Teoria dos Polos de Crescimento*, Perroux (1961) introduziu a ideia de que o crescimento urbano não ocorre em todos os lugares simultaneamente, originando-se de pontos ou polos de crescimento, com intensidades variáveis, a partir dos quais se dissemina para o restante da economia. Formulando a noção de *dominação* econômica, que resulta na existência dos polos e das áreas dominadas, o autor contribuiu para o desenvolvimento do conceito de polarização de um lugar central, subjacente a ideia de região.

Sistematizando esses conceitos, Boudeville (1972) desenvolveu a ideia de que o impulso inicial dos polos de crescimento é setorial (uma grande indústria ou um setor de produção, por exemplo) e que a conformação espacial sobrevém como consequência, na medida em que as relações entre os setores produtivos provocam aglomerações em torno dos polos. Assim, o *espaço polarizado* tem duas origens distintas: geográfica e técnica. Pelo referencial geográfico, o espaço polarizado está associado à noção das áreas de abrangência delimitadas pelos raios de influência dos núcleos urbanos, formando aglomerados hierarquizados.⁶⁷ A concepção técnica compreende a origem do espaço polarizado a partir das relações intersetoriais, observando que a localização dos agentes no espaço, bem como suas ações sobre o território, são determinadas pelos diferentes fluxos sociais e econômicos existentes entre as unidades produtivas e os centros de consumo dos diversos setores. Dessa maneira, a origem técnica explica as assimetrias verificadas na organização do espaço polarizado, o que não é abarcado pelos modelos geográficos.

⁶⁷ Assemelhando-se muito à da Teoria do Lugar Central de Walter Christaller.

Para Boudeville (1972), o processo de polarização se realiza a partir das origens geográfica e técnica, complementares entre si, mediante dois fatores fundamentais: a *interdependência* e a *hierarquia*. A interdependência representa a conectividade existente entre as unidades territoriais no espaço polarizado, que é constituída por elementos geográficos (vias de comunicação no espaço), técnicos (ligações de compra e venda) e econômicos (resultado da aplicação da conectividade técnica sobre a infraestrutura de transporte e comunicações). A hierarquia é intrínseca ao fenómeno da polarização e está relacionada a seus componentes geográfico e técnico: a hierarquia geográfica manifesta-se pelas diferentes áreas de abrangência dos núcleos urbanos e a hierarquia setorial (técnica) pelas assimetrias existentes nos fluxos inter-setoriais, como resultado das importâncias relativas das compras e vendas dos diferentes setores.

Após definir os elementos teóricos da polarização, Boudeville (1972) distinguiu os conceitos de espaço e região, destacando que a diferença entre as duas categorias é que a *região* é necessariamente composta de elementos geográficos contínuos. Segundo o autor, a contiguidade enseja que as unidades territoriais possuam maior semelhança entre si (homogeneidade) e se relacionem com maior intensidade (polarização), o que possibilita o surgimento de uma vontade comum que pode ser aproveitada como base para o planejamento.

Daí decorre a formulação de que o *planejamento regional* deve se apoiar nos critérios de homogeneidade e polarização. A *região homogênea* é o agrupamento de unidades territoriais que apresentam características com a maior uniformidade possível, prestando-se para tratar de questões relacionadas a um aspecto preciso da realidade (como o cultivo de determinado produto agrícola). Por outro lado, a *região po-*

larizada é caracterizada pela heterogeneidade, na medida em que suas unidades são reunidas de acordo com as relações de interdependência e hierarquização existentes, considerando as áreas de abrangência dos polos – de modo que as partes tenham mais relações com o polo dominante do que com qualquer outro polo de mesma ordem de uma região vizinha. A interligação de diversas unidades territoriais sob uma mesma autoridade política, por interesse comum, com o intuito de atingir determinados objetivos econômicos, constituída pelos critérios de homogeneidade ou polarização, é denominada *região de planejamento* (BOUDEVILLE, 1972).

2.3.2 As regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões

O ingresso do planejamento regional urbanístico no ordenamento constitucional brasileiro deu-se com a criação da figura jurídica da *Região Metropolitana* na Constituição de 1967 (art. 157, § 10), posteriormente mantida pela “Constituição” de 1969 (art. 164 da Emenda Constitucional nº 1, de 1969). Naquela feita, como disposição da Ordem Econômica, a norma constitucional atribuía à esfera federal a competência de estabelecer região metropolitana, mediante lei complementar, onde houvesse um agrupamento de municípios limítrofes ao redor de um núcleo urbano central (sede) – constituindo polo de atividade econômica – que apresentasse estrutura própria definida por funções e fluxos peculiares (formando, por isso, uma mesma comunidade socioeconômica), com a finalidade de atender a necessidades específicas de coordenação, planejamento e execução de funções públicas de interesse comum (GRAU, 1983). Desse modo, ainda que o fenômeno metropolitano subentenda aspec-

tos econômicos, sociais, urbanísticos e políticos, a *região metropolitana* passou a ser um conceito jurídico, desde que foi fixada no ordenamento por dispositivo constitucional (ALVES, 1981).⁶⁸

Em que pese sua colocação no campo da *Ordem Econômica* no texto constitucional de 1967/1969,⁶⁹ a instituição de regiões metropolitanas já era identificada como um problema da organização federativa brasileira. Como assinalado naquela oportunidade por Grau (1974, p. 59):

O que impede a perfeita assimilação das experiências administrativas procedidas no exterior, para aplicação às realidades metropolitanas brasileiras, é a circunstância de que, entre nós, os governos locais não são simples entidades delegadas dos Estados.

Os municípios brasileiros atuam, nos seus limites de competência, por direito próprio, manifestando poderes de autodireção, auto-regulação e auto-administração.

Nessa mesma senda, Alves (1981, p. 163) já asseverava:

[...] não há outra forma plausível de interpretação do referido dispositivo constitucional [art. 164 da EC nº 1, de 1969] senão a de considerá-lo como uma expressão jurídica pela qual se adiciona um conteúdo novo ao sistema federativo brasileiro, na medida em que nele se introduz uma modalidade de relacionamento compulsório entre entidades político-administrativas nas regiões metropolitanas [...].

De fato, os poucos estudos que abordaram a instituição das regiões metropolitanas na época do regime militar evidenciaram que as principais dificuldades encontradas para sua implantação estiveram justamente associadas aos conflitos e tensões nas relações intergovernamentais, sobretudo em relação às definições das competên-

⁶⁸ Naquela oportunidade, Alves (1981, p. 154-156) destacou a importância desse aspecto, pois, embora o fato jurídico não realizasse, por si, a região metropolitana, sua inclusão no texto constitucional possibilitou que se institucionalizasse e ganhasse organicidade.

⁶⁹ Em consonância com o dispositivo constitucional de 1969, foram promulgadas: a Lei Complementar 14, de 1973, que criou as regiões metropolitanas de São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador, Curitiba, Belém e Fortaleza; e a Lei Complementar 20, de 1974, criando a região metropolitana do Rio de Janeiro. Apesar de terem sido instituídas pela União, a constituição e manutenção dos órgãos diretivos das regiões metropolitanas ficaram sob a responsabilidade dos Estados. Cf. MEIRELLES, 2006, p. 81-82.

cias que caberiam a cada esfera de governo na gestão e financiamento dessas instâncias administrativas (SOUZA, 2003).

Com efeito, a Constituição de 1988 redefine a questão metropolitana, deslocando-a para o título da *Organização do Estado*, especificamente para o capítulo concernente à organização político-administrativa dos estados federados, ao dispor no art. 25, § 3º:

Os Estados poderão, mediante lei complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum.

Resta claro que houve mudança de concepção do legislador constituinte acerca da questão. Além de ter saído do âmbito da ordem econômica para ingressar no contexto da organização federativa do Estado, a disposição sobre o planejamento regional urbano deixa de ser de competência da União para ser matéria urbanística da alçada dos estados. Ademais, criaram-se, ao lado das regiões metropolitanas, duas novas figuras regionais cujo surgimento é presumido: as *aglomerações urbanas* e as *microrregiões* (ALVES, 2003, p. 345-350).

A respeito da distinção entre essas três modalidades regionais previstas na Constituição de 1988, ao constatar a ausência de uniformidade no tratamento do tema pelas Constituições Estaduais, Silva (2006, p. 156-157, grifo do autor) propõe a seguinte caracterização:

Região metropolitana constitui-se de um conjunto de Municípios cujas sedes se unem com certa continuidade urbana em torno de um Município. *Microrregiões* formam-se de grupos de Municípios limítrofes com certa homogeneidade e problemas administrativos comuns, cujas sedes não sejam unidas por continuidade urbana. *Aglomerações urbanas* carecem de conceituação, mas de logo se percebe que se trata de áreas urbanas sem um polo de atração urbana, quer tais áreas sejam das cidades-sedes dos Municípios [...] ou

não. [...] A diferença entre as *microrregiões* e as duas outras não é difícil, porque não se trata de problema urbano. Mas as dificuldades de estrear as *regiões metropolitanas* das *aglomerações urbanas* revelam a inconveniência da previsão constitucional de duas instituições para um fenômeno urbano essencialmente idêntico.

Conquanto não haja referência explícita, pode-se inferir a influência da doutrina de Boudeville (1972) nos conceitos das figuras regionais previstos na Constituição de 1988. A ideia de região metropolitana – desde que foi concebida no ordenamento constitucional anterior – aproxima-se do protótipo da *região polarizada*, definindo-se justamente pela presença das relações de hierarquia e interdependência entre municípios que se estruturam ao redor de um núcleo urbano que funciona como polo econômico dominante (metrópole). A microrregião, por seu turno, assemelha-se ao modelo de *região homogênea*, na medida em que representa um conjunto de municípios com propriedades similares, sem que haja definida relação de hierarquia entre eles. A aglomeração urbana pode ser vista como um tipo intermediário, em que não há um polo dominante definido (como nas microrregiões), mas que se apresenta – ou tende a se apresentar – como uma *conurbação* (urbanização contínua geralmente verificada nas regiões metropolitanas, embora não obrigatória). A precondição expressa no dispositivo constitucional para a instituição dessas entidades regionais – “agrupamento de municípios limítrofes” – está claramente de acordo com a noção de *região* formulada por Boudeville, que exige a contiguidade das unidades territoriais, e o objetivo manifesto, nas três modalidades, é perfeitamente compatível com a formação de uma *região de planejamento*.

Assinale-se que o conceito jurídico das supraditas figuras regionais pressupõe relação intergovernamental em que tomam parte entes federados de diferentes esferas, porquanto é necessária a presença de pelo menos dois municípios e do estado

responsável para criação e organização de uma entidade regional, qualquer que seja a modalidade instituída. Uma vez que as regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões não detêm personalidade jurídica própria, há de se instituir entidade pública ou privada a que competirá a administração regional (autarquia territorial, intergovernamental e plurifuncional), assumindo as competências administrativas intergovernamentais (ALVES, 2003, p. 351). Não se confunde, pois, com entidade política. Como explica Meirelles (2006, p. 83-84, grifo do autor):

[...] a *Região Metropolitana* [assim como o aglomerado urbano e a microrregião] não se erige em *entidade estatal* intermediária entre o Estado e os Municípios. Na nossa organização federativa não há lugar para uma nova entidade política. [...].

A Região Metropolitana será sempre uma divisão simplesmente *administrativa* e a entidade ou órgão que a administrar não poderá ir além de uma organização com *autonomia administrativa e financeira*, seja com personalidade de direito público (autarquia), seja com personalidade de direito privado (empresa estatal), seja sob a forma de órgão do Estado (Secretaria de Estado, Departamento, Divisão, etc.), seja sob a modalidade colegiada de Conselho ou Comissão.

Diante da inadmissibilidade da atribuição de personalidade política à administração regional – e da consequente ausência de um corpo legislativo próprio –, Alves (2003, p. 351-353) conjectura que o Estado-membro é a única entidade federada capaz de assumir o exercício legislativo referente às competências regionais comuns, na medida em que seria inexecutável aguardar a manifestação consensual de todas as Câmaras Legislativas municipais envolvidas a cada ato administrativo. No entanto, a gestão dos serviços comuns deve necessariamente ser compartilhada, ou seja, não obstante a esfera estadual crie a unidade urbano-regional, mediante lei complementar, e assuma a competência legislativa dos serviços comuns, não pode preterir a participação dos municípios integrantes, sob pena de inconstitucionalidade.

A titularidade jurídica das “funções públicas de interesse comum” previstas no dispositivo constitucional associa-se ao que foi tradicionalmente denominado *interesse metropolitano* (assim referido porque a expressão “interesse regional” é usualmente empregada por referência aos estados). Conforme a doutrina corrente, o agora chamado *interesse comum* (expressão mais abrangente utilizada no estatuto atual) é considerado como parcela dos interesses das unidades federadas implicadas na execução dos serviços comuns, de tal sorte que se distingue do interesse local, de competência dos municípios, e também do interesse regional, de competência dos estados.⁷⁰ “Ou seja: a titularidade não pode ser imputada a qualquer das entidades em si, mas ao Estado e aos Municípios envolvidos” (SILVA, 2006, p. 164).

A questão que então emerge refere-se à dificuldade de tornar vinculatórias as diretrizes e determinações do planejamento urbano-regional em face da autonomia dos municípios integrantes.⁷¹ Alves (2003, p. 354-366) encontra elementos para a resolução desse problema a partir de reflexão hermenêutica crítica do dispositivo constitucional. Presume, assim, a *compulsoriedade da relação regional*, visto que o disposto no art. 25, § 3º, da Constituição Federal, não contempla a instituição de associações voluntárias para a realização do planejamento e da execução das funções públicas de interesse comum, por meio de convênios ou consórcios, mas condiciona a criação de ente público administrativo regional dotado de maior estabilidade, motivo pelo qual consta do título constitucional da Organização do Estado. Provém daí a indispensabilidade de haver situação objetiva que justifique a criação das figuras regionais pela esfera estadual, o que significa que devem ser obrigatoriamente reconhe-

⁷⁰ Esse já era o entendimento de alguns estudiosos quando ainda vigia o ordenamento constitucional anterior (1967/1969). Cf. ALVES, 1981, p. 309-310.

⁷¹ Problema aventado mesmo antes da atual dimensão federativa dos municípios, conferida pela C.F. de 1988. Cf. GRAU, 1974, p. 69-73.

cidas necessidades comuns que exijam ação conjunta dos diferentes entes federados. A *autonomia municipal* é preservada, uma vez que os municípios não são obrigados a assumir papel ativo no processo decisório regional e, por outro lado, não é facultado à esfera estadual impedir sua participação. Os governos municipais, porém, não podem obstá-lo alegando invasão do seu território ou de suas competências. Isso porque, ao ser expressamente registrado no texto constitucional, o planejamento regional é legitimado no ordenamento de onde procede a autonomia dos municípios e, assim sendo, essa autonomia é condicionada, desde a origem, à possível instituição das figuras urbano-regionais, nos termos da disposição constitucional.

No entanto, para além dessas questões jurídicas e formais, a instituição das figuras regionais envolve uma série de interações políticas no campo das relações intergovernamentais. Primeiramente, deve-se considerar o fato de que as regiões metropolitanas perderam importante espaço na agenda política desde sua concepção no regime militar. A identificação das entidades metropolitanas com a centralização imposta pelo sistema autoritário e o próprio aspecto hierárquico e controlador assumido pelo planejamento urbano nesse período contribuíram para o esvaziamento do debate em torno do estatuto das regiões metropolitanas na Assembleia Nacional Constituinte de 1988. Nesse contexto, apesar de terem sido feitas as referidas modificações nos dispositivos constitucionais que regulamentam as figuras regionais, não houve avanço significativo no sentido da criação de instrumentos de gestão regional (PINTO, 2007, p. 89-129). Acrescente-se que a delegação aos estados da competência para criar e coordenar as figuras regionais na Constituição de 1988 não foi acompanhada de definição de recursos financeiros específicos e de estruturas voltadas à governança metropolitana (SOUZA, 2003).

Além disso, o modo como se estabeleceu a descentralização político-administrativa e fiscal no período pós-1988 impôs novos obstáculos à instituição das figuras regionais no país. A atual estrutura do federalismo brasileiro é marcada pelos aspectos competitivos que caracterizaram a política fiscal e tributária nas últimas décadas, em que se estabeleceram conflitos verticais e horizontais, e não incorporou mecanismos institucionais que favoreçam a cooperação intergovernamental (PINTO, 2007, p. 130-182). A condução do processo de descentralização, que privilegiou a relação direta entre a esfera federal e a municipal por meio das transferências intergovernamentais vinculadas, terminou induzindo um processo de municipalização autárquica e descoordenada. Isso dificultou a construção dos instrumentos de coordenação federativa e de gestão territorial compartilhada que seriam indispensáveis para administração e o planejamento regional (ABRUCIO; SOARES, 2001, p. 103-125).

Portanto, para que as regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e micror-regiões tenham viabilidade no federalismo brasileiro, é preciso conformar complexos arranjos no âmbito das relações intergovernamentais, considerando, como ressalta Souza (2003, p. 148), a “entrada de mais um ente na gestão governamental, sobrepondo-se ou superpondo-se aos já existentes”. Reconhecendo que a organização federativa do país não comporta a criação de uma quarta esfera de governo, esse processo deve necessariamente ser desenvolvido por meio de mecanismos que conduzam processos decisórios compartilhados pelos entes federados envolvidos, institucionalizando um modelo de cogestão que preserve a autonomia dos integrantes sem perder o foco da coordenação federativa.

3 O FEDERALISMO SANITÁRIO BRASILEIRO

3.1 A FORMAÇÃO DO FEDERALISMO SANITÁRIO BRASILEIRO

3.1.1 O reconhecimento do direito à saúde na Constituição brasileira

A consolidação da saúde como um direito humano fundamental exige que o Estado se organize para garantir os meios necessários para promoção, proteção e recuperação da saúde do seu povo, disciplinando as ações e serviços públicos e privados de saúde. O conjunto de regras e princípios que orienta a atuação da administração pública para essa finalidade delimita o regime jurídico específico denominado *Direito Sanitário* (DALLARI, 1988; AITH, 2006, p. 17-96).

O reconhecimento do direito à saúde no Brasil é fato recente. Deveras, “nenhum texto constitucional se refere explicitamente à saúde como integrante do pacto social até a promulgação da Carta de 1988” (DALLARI, 1995, p. 23). Até então, as atividades relacionadas à saúde eram consideradas serviços públicos prestados pelo Governo Central e se restringiam a algumas ações preventivas (como campanhas de vacinação) e ao exercício do poder de polícia sanitária vinculado às ações de vigilância sanitária e epidemiológica. As atividades assistenciais, que eram tradicionalmente oferecidas pelas instituições de caridade (as “santas casas de misericórdia”) e, fora destas, funcionavam como bens econômicos de iniciativa privada – submetidos às regras de mercado –, só passaram a integrar a esfera de atuação do Estado no século

XX, mas, ainda assim, apenas como benefícios disponíveis aos trabalhadores integrantes do sistema previdenciário.⁷²

Foi somente na década de 1980 que se estruturou o movimento político para afirmação da saúde como direito público subjetivo no Brasil. Com raízes nas instituições acadêmicas, a chamada *Reforma Sanitária* desenvolveu-se no interior do aparelho estatal e obteve adesão de segmentos de trabalhadores do setor e de movimentos populares de saúde.⁷³ Assim, no momento da transição para o regime democrático, esse movimento logrou reunir condições políticas para exercer marcante influência no processo Constituinte na defesa da responsabilização do Estado brasileiro pela assistência à saúde dos cidadãos (ELIAS, 1996, p. 1-55).

A admissão da saúde como direito social foi positivada na Constituição Federal de 1988 (art. 196), atribuindo ao Estado o encargo de prover a população de ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, com garantia de acesso universal, gratuito e igualitário. Com esse intuito, o Poder Constituinte criou o Sistema Único de Saúde (SUS), instituição que encerra os meios para a efetivação do direito à saúde no Brasil, apoiada nas diretrizes consagradas no artigo 198, *caput*:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

⁷² O modelo da Previdência Social foi utilizado pelo Estado brasileiro durante a maior parte da história republicana. A montagem do aparato iniciou-se em 1923, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) – seguro compulsório instituído para trabalhadores de empresas privadas –, consolidou-se durante a década de 1930, com a unificação das CAPs formando os institutos previdenciários (IAPs) das diversas categorias profissionais – passando a ter atuação nacional –, ampliou-se no período da industrialização e alcançou grande importância política e econômica, especialmente após 1966, quando, já sob o regime autoritário, foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). O ápice dessa estrutura administrativa foi marcado pela criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1974, e, a partir do desmembramento do INPS, em 1977, pela instituição da primeira figura estatal responsável exclusivamente pela atenção médica: o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Cf. COHN e ELIAS, 1998, p. 11-28.

⁷³ A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, é usualmente mencionada como o evento que melhor simbolizou essa coalizão.

- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade.

O dispositivo constitucional estabelece ainda: que as ações e os serviços de saúde são de *relevância pública*, o que determina que sua regulamentação, fiscalização e controle cabem ao Poder Público, sejam eles executados diretamente ou por intermédio de terceiros, por pessoa física ou jurídica de direito privado (art. 197); a definição dos limites de atuação da iniciativa privada na assistência à saúde (art. 199); e as atribuições gerais do Sistema Único de Saúde (art. 200).

Outro dispositivo de grande relevância para o direito sanitário nacional consta do art. 195, da C.F., que cria o Orçamento da Seguridade Social (OSS), composto por recursos das contribuições sociais e do Orçamento Geral da União e por receitas fiscais próprias dos estados, do DF e dos municípios, para o financiamento conjunto da Saúde, da Previdência e da Assistência Social.

3.1.2 A estrutura federativa do Sistema Único de Saúde

A Constituição de 1988 dispõe entre as competências materiais comuns da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios “cuidar da saúde e assistência pública” (art. 23, II) e reforça que o papel de principal provedor cabe à esfera municipal ao reafirmar a competência dos municípios de “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados, serviços de atendimento à saúde da população” (art. 30, VII). No que se refere às competências legislativas na área saúde, embora haja alguma imprecisão decorrente da inclusão da “seguridade social” nas

competências privativas da União (art. 22, XXIII), a explícita disposição de “proteção e defesa da saúde” entre as matérias de competência concorrente (art. 24, XII), não deixa dúvidas de que deve prevalecer o princípio da predominância de interesse. Quer dizer, a União deve estabelecer normas gerais (art. 24, § 1º), que devem ser complementadas por normas supletivas fixadas pelos estados (art. 24, § 2º), cabendo aos municípios expedir normas sanitárias suplementares e de interesse local (art. 30, I e II) (DALLARI, 1991; WEICHERT, 2004, p. 137-141; AITH, 2006, p. 220-222).

Portanto, de acordo com o mandamento constitucional, “todos os entes federativos têm o dever de atuar na prestação dos serviços públicos de saúde” (WEICHERT, 2004, p. 138). Como explica Dallari (1995, p. 42):

A conclusão inevitável do exame da atribuição de competência em matéria sanitária é que a Constituição federal vigente não isentou qualquer esfera de poder político da obrigação de proteger, defender e cuidar da saúde. Assim, a saúde – “dever do Estado” (art. 196) – é responsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

Por essa razão, todas as constituições dos Estados brasileiros formalizam os sistemas sanitários estaduais, obedecendo aos ditames da Constituição federal, e estabelecem a atividade normativa dos governos estaduais na área da saúde, que pode ser exercida tanto pela promulgação de leis como pela expedição de normas jurídicas infralegais (DALLARI, 1995, p. 79-116).

Consoante a normatização constitucional, o Sistema Único de Saúde está regulamentado por duas leis ordinárias federais (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90) que compõem a chamada *Lei Orgânica da Saúde* (LOS), na qual estão definidos os alcances do sistema e detalhados os seus caracteres principais.

A Lei nº 8.080 reafirma os princípios constitucionais, especifica o campo de atuação e define o Sistema Único de Saúde (SUS) como o conjunto de ações e servi-

ços de saúde “prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (art. 4º). Estabelece a repartição de competências sanitárias entre as esferas federativas, detalha aspectos referentes à gestão financeira e de recursos humanos e por menoriza o âmbito de atuação da iniciativa privada na prestação de ações e serviços de saúde. Ademais, institui o Fundo Nacional de Saúde (FNS) como o principal instrumento de gestão financeira do SUS, administrado pelo Ministério da Saúde e recebendo recursos “originários do orçamento da Seguridade Social, de outros orçamentos da União, além de outras fontes” (art. 33, § 1º).

A Lei nº 8.142 complementa a regulamentação, dispondo sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os *Conselhos de Saúde* – instâncias colegiadas permanentes, integradas paritariamente por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, para atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde nas três esferas de governo (art. 1º, § 2º); as *Conferências de Saúde* a serem realizadas em periodicidade quadrienal, com representação dos vários segmentos sociais. Além disso, define os princípios gerais para a alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos estaduais e municipais.

A definição das instâncias executivas do sistema, disposta no art. 9º da Lei nº 8.080, regulamenta o art. 198, I, da C.F.:

Art. 9º. A direção do Sistema Único de Saúde – SUS é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I – no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II – no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente; e

III – no âmbito dos Municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente.

Esse modelo institucional delimita a expressão do federalismo brasileiro na área da saúde, reproduzindo sua disposição tríplice. A definição das três esferas autônomas de gestão sanitária correspondentes aos entes federados estabelece uma forma de organização política que pode ser adequadamente designada *federalismo sanitário brasileiro*.

Segundo Carvalho e Santos (2006, p. 87, grifo dos autores):

Assim, cada uma das esferas de governo – desde que respeitada a competência atribuída por lei para realizar os objetivos do Sistema Único de Saúde – é autônoma, nos limites do seu território, para praticar todos os atos referentes à organização e à execução dos serviços de saúde.

Essa autonomia institucional se expressa, na prática, de três modos:

- 1) *liberdade* para estruturar e pôr em funcionamento o seu sistema, sem subordinação a outra esfera do Sistema Único de Saúde [...];
- 2) *responsabilidade* pela execução das ações e dos serviços de sua competência nos limites do seu território [...];
- 3) *obrigatoriedade* de observar os princípios, as diretrizes e as bases do SUS.

Dessa forma, por ser uma política pública intrinsecamente ligada à estrutura federativa brasileira, a regulamentação do Sistema Único de Saúde passa necessariamente pela repartição de competências e de rendas entre as entidades federadas no que diz respeito à área da saúde.

Na Lei Orgânica da Saúde são especificadas as atribuições das instâncias gestoras no âmbito do SUS e é estabelecida a repartição das competências sanitárias entre as esferas de governo. A Lei nº 8.080/90 dispõe uma distribuição infraconstitucional de competências, estabelecendo as atribuições comuns aos três níveis (art. 15), as competências específicas da União (art. 16), dos estados (art. 17), dos municípios

(art. 18) e do Distrito Federal.⁷⁴ Em linhas gerais, compete à direção *nacional* do SUS formular políticas e executar as ações e serviços de saúde de interesse nacional, bem como coordenar a articulação com as esferas subnacionais; cabe ao nível *estadual* exercer um papel complementar ou suplementar ao dos municípios na maior parte das funções sanitárias (quando o município não os realizar), além de coordenar e “gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional” (Lei nº 8.080, art. 17, IX); e à direção *municipal* do SUS são atribuídas as funções de execução das ações e serviços de saúde, as responsabilidades de planejamento, organização, controle e avaliação concernentes ao subsistema municipal, além da obrigatoriedade de cooperar e participar das atividades de planejamento e organização da rede regionalizada e hierarquizada, em articulação com a direção estadual, e de colaborar com a União nas atividades exercidas pela direção nacional do SUS (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 106-125).

Fixadas as bases político-administrativas do federalismo sanitário, a partir da repartição de competências em matéria de saúde entre os entes federados, a Lei Orgânica da Saúde regulamenta divisão dos recursos correspondentes, aspecto imprescindível para a autonomia institucional das esferas de governo. Como mecanismo de redistribuição federativa, a Lei nº 8.142/90, art. 3º, estabelece o regime de transferências obrigatórias de recursos federais diretamente para estados, municípios e Distrito Federal, sendo pelo menos setenta por cento aos municípios (art. 3º, § 2º). Os repasses para os níveis subnacionais devem ser regulares e automáticos, obedecendo a critérios especificados na Lei nº 8.080/90, art. 35, cuja ênfase é dada para as trans-

⁷⁴ Ao Distrito Federal “competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios” (Lei nº 8.080, art. 19).

ferências *per capita* (metade dos recursos, “independentemente de qualquer procedimento prévio”, nos termos do § 1º).

Vê-se, pois, que a organização sanitária brasileira segue os princípios do federalismo cooperativo, exigindo a atuação conjunta de todas as esferas de governo em campos específicos, de forma articulada e harmônica. A operacionalização desse modelo, cujo fundamento provém da Constituição e da Lei Orgânica da Saúde, tem sido realizada por meio da produção normativa infralegal do Ministério da Saúde.⁷⁵ Dessa maneira, desde o surgimento do SUS, as relações intergovernamentais são regidas por portarias expedidas pelo Ministro da Saúde, que receberam diferentes denominações. As Normas Operacionais Básicas (NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96), as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002) e, recentemente, o Pacto pela Saúde 2006, foram todos instrumentos normativos que estabeleceram regras de funcionamento do sistema com o intuito de regulamentar as interações entre as entidades federativas no âmbito sanitário.

3.1.3 A descentralização no federalismo sanitário brasileiro: a década das NOBs

As ações e os serviços que compõem o SUS estão disciplinados pelos princípios enumerados no artigo 7º da Lei 8.080/90, entre os quais está o fundamento operacional do sistema, disposto no inciso IX:

⁷⁵ A competência regulamentadora do Ministro de Estado da Saúde decorre diretamente do texto constitucional (art. 87, § único, inciso II) e, portanto, a produção normativa infralegal do Ministério da Saúde é considerada fonte direta específica do Direito Sanitário no Brasil. É importante salientar que essa produção normativa está sujeita às limitações intrínsecas à condição de atividade regulamentadora, devendo obrigatoriamente observar os ditames estabelecidos no ordenamento, respeitando os textos normativos hierarquicamente superiores. Cf. AITH, 2006, p. 210-211 e 222-239.

Art. 7^o. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde – SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

[...]

IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

Não obstante terem sido previstas em conjunto na Lei Orgânica da Saúde, essas duas dimensões da descentralização político-administrativa não foram efetivadas concomitantemente na implantação do SUS. No seu primeiro decênio, a “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios” – que se convencionou denominar *municipalização* – foi priorizada enquanto a “regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde” foi praticamente desconsiderada.

A descentralização dos sistemas de saúde assumiu a condição de estratégia hegemônica do setor na década de 1990. Ocorrendo em vários países – com diferentes formas de Estado e de governo – e apresentando configurações distintas de transferência de poder, competências e recursos para governos subnacionais e instâncias administrativas, a descentralização no setor saúde foi justificada: por aspectos políticos, como o favorecimento da participação comunitária e da democratização dos processos decisórios; econômicos, associados ao aumento na eficiência acompanhado de redução de gastos; e administrativos, relacionados à expectativa de melhora do desempenho na gestão das políticas de saúde (MILLS et al., 1990; POLTON, 2004).

No Brasil, a descentralização das ações e serviços de saúde teve início antes mesmo da criação do SUS e foi o eixo conducente da reorganização sanitária que deu origem ao novo sistema. Inserido no contexto da redemocratização do Estado brasi-

leiro e na crise fiscal e previdenciária do início da década de 1980, o chamado *Movimento da Reforma Sanitária* esteve intimamente relacionado à descentralização, recebendo influências marcantes tanto dos arranjos políticos como das motivações econômicas do período. A luta pela restauração dos princípios democráticos identificava o poder centralizador e opressor como o símbolo do regime a ser superado e, como de praxe na história republicana brasileira, apoiava-se nas lideranças políticas regionais representadas pelos governos subnacionais, com ascendência cada vez mais forte do ideário municipalista.⁷⁶ Ademais, a crise que impunha a redução do gasto previdenciário encontrava no incremento da utilização da rede pública local uma de suas principais alternativas. A combinação desses fatores resultou num grande impulso à descentralização – elemento comum a ambos (VIANA, 1994, p. 1-26).

Nesse sentido, a política sanitária nacional incorporou uma dimensão racionalizadora que já se manifestava nos pródromos do SUS.⁷⁷ Ainda na década de 80, as Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1982, e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, iniciaram um processo de descentralização administrativa baseado na definição de diferentes atribuições para as esferas de governo na execução de ações e serviços de saúde e do estabelecimento mecanismos de relação por convênio entre elas que mantinham o controle político na esfera federal. Essas políticas serviram de molde para a implantação do SUS e renunciaram alguns elementos

⁷⁶ O processo de urbanização ocorrido no Brasil durante a década de 1970, que impeliu os governos municipais a se responsabilizarem pelo planejamento e pela execução de políticas sociais, teve uma de suas mais importantes manifestações políticas no caráter *municipalista* adquirido pelo movimento sanitário. Cf. VIANA et al., 2002, p. 472.

⁷⁷ O conceito de racionalização, visando principalmente o controle de gastos, foi difundido no âmbito da saúde e da previdência pelo Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, elaborado pelo Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), em 1982. Esse trabalho, que ficou conhecido como “Plano do Conasp”, apresentou as diretrizes da ênfase na assistência ambulatorial, sobretudo nas ações básicas de saúde, e da regionalização e hierarquização da rede de serviços, que orientaram a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS). Cf. ELIAS, 1996, p. 20-25.

da dinâmica federativa que caracterizaria a saúde pública brasileira na década seguinte (ELIAS, 1996, p. 56-173).⁷⁸

Com efeito, a primeira década do SUS foi marcada por um processo de intensa transferência de competências e recursos em direção aos municípios, orientado pelos instrumentos normativos emanados pelo Ministério da Saúde: as Normas Operacionais Básicas (NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96). Mediante a definição de critérios de habilitação e de incentivos operados pelo financiamento, as sucessivas NOBs conduziram os municípios à assunção progressiva da gestão das ações e serviços de saúde em seus territórios.

A primeira NOB foi expedida em 1991, ainda sob a estrutura institucional e política do aparato previdenciário pré-SUS.⁷⁹ Apesar de ter sido editada na vigência da normatização fundamental do SUS (constitucional e da Lei Orgânica da Saúde), a NOB/91 não observou os princípios do direito sanitário posto, centralizando a gestão do sistema nacional na esfera federal – e ainda no Inamps e não no Ministério da Saúde – e estabelecendo mecanismos convenientes para a transferências de recursos para as esferas subnacionais baseados no pagamento pela produção de serviços (equiparando prestadores públicos e privados).

Embora tenha sido bastante criticada na época, justamente por ir de encontro às diretrizes da Lei Orgânica da Saúde, a NOB editada no ano seguinte não alterou

⁷⁸ O Programa SUDS representou o início da execução dos conceitos defendidos na 8^a Conferência Nacional de Saúde, de 1986: unificação das ações e serviços de saúde; organização administrativa descentralizada; efetivação do direito à saúde; unicidade dos princípios do sistema nacional; e financiamento intergovernamental integrado. As relações federativas ocorriam principalmente entre União e estados, mediante convênio em que os recursos eram transferidos pelo Governo federal e administrados pelas secretarias estaduais de saúde. Cf. SANTOS e ANDRADE, 2007, p. 31-34.

⁷⁹ O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) foi vinculado ao Ministério da Saúde pelo Decreto nº 99.060, de 07/03/1990. A Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91 foi aprovada pela Resolução do Inamps nº 258, de 07/01/1991.

substancialmente a gestão do SUS.⁸⁰ Apesar da participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) – registrada no próprio texto da norma – a NOB/92 basicamente deu continuidade aos mecanismos estabelecidos na NOB/91.

O modelo de financiamento instituído no Sistema Único de Saúde, nesse primeiro momento, utilizou o instrumental operativo da estrutura previdenciária que até então administrava o setor saúde: o Inamps. Remunerando a capacidade instalada e a produção assistencial, as esferas subnacionais não funcionavam como gestores do sistema, mas apenas como prestadores do nível central. Mesmo assim, os governos municipais aderiram às condições definidas por essas primeiras NOBs, porque os convênios permitiram o recebimento de repasses diretamente da esfera federal, sem intermediação dos estados (os municípios que não aderiam tinham seus recursos administrados pelas secretarias estaduais). Como resultado dessa dinâmica, criou-se no federalismo sanitário uma cultura de relação direta entre União e municípios, transpassando a esfera estadual (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Apesar de terem introduzido os municípios no sistema, os mecanismos instituídos até então haviam contribuído muito pouco para o modelo de descentralização concebido no SUS e observado precariamente os princípios e diretrizes consagrados na sua base normativa. A *municipalização* da saúde ainda não tinha adquirido os contornos idealizados na época, uma vez que praticamente todo o processo decisório permanecia concentrado na esfera federal e, por conseguinte, os municípios assumiam as funções de execução das ações e serviços de saúde, mas não desenvolviam a capacidade gestora. Além disso, a prática de repasses financeiros mediante convênios

⁸⁰ A Norma Operacional Básica/SUS nº 01/92 foi publicada na Portaria nº 234, de 07/02/1992, editada pelo Inamps e pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

entre a esfera federal e as esferas subnacionais subvertia o regime de transferências regulares e automáticas instituído pela Lei Orgânica da Saúde.

Por isso, a edição da NOB/93 foi, naquela ocasião, considerada uma vitória do chamado *movimento municipalista*.⁸¹ Sem dúvida, esse instrumento normativo representa um importante momento da consolidação do SUS na década de 90, em que a conjuntura política favoreceu o início da intensa descentralização que marcou essa fase da organização sanitária nacional.⁸² Foram instituídas três modalidades de gestão municipal – *incipiente*, *parcial* e *semiplena* – e duas de gestão estadual – *parcial* e *semiplena* – para as quais os governos subnacionais deveriam se habilitar, conforme suas capacidades, visando estabelecer um processo de transição para orientar a descentralização sanitária. Criaram-se espaços políticos de relação intergovernamental, legitimando a ação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – formada por representantes do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems – e estabelecendo as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) – integradas por representantes das Secretarias Estaduais de Saúde e dos órgãos de representação das Secretarias Municipais de Saúde nos estados (usualmente denominados Conselhos de Secretários Municipais de Saúde – Cosems) em todos os estados da Federação. Introduziram-se os mecanismos de transferência regular e automática para municípios habilitados em gestão semiple-

⁸¹ A Norma Operacional Básica/SUS nº 01/93 foi publicada na Portaria nº 545, de 20/05/1993, sendo a primeira a ser expedida pelo Ministério da Saúde sem a participação do Inamps. Sua elaboração foi bastante influenciada pela 9ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1992, cujo tema foi “Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho”. Após a conferência, foi constituído um Grupo Especial de Descentralização (GED) no Ministério da Saúde, com participação de representantes do Conass, do Conasems e de outras entidades vinculadas ao movimento sanitário. O GED fez um diagnóstico da situação do sistema de saúde e elaborou um documento que serviu de base para a edição da NOB/93. Cf. SANTOS e ANDRADE, 2007, p. 45-51.

⁸² Vale lembrar que o processo de elaboração da NOB/93 se deu num momento de grande fragilidade do Poder Central, quando transcorria o primeiro processo de *impeachment* de um chefe do Executivo Federal da história da república, que terminou com a renúncia e a cassação dos direitos políticos do então presidente, Fernando Collor de Mello.

na.⁸³ Tencionava-se efetivar o SUS, como disposto na sua legislação estruturante, com direção única em cada esfera federativa.⁸⁴

O processo de habilitação instituído pela NOB/93 foi iniciado em novembro de 1994 e envolveu grande parte dos municípios brasileiros,⁸⁵ produzindo, segundo Costa (2001, p. 312), “uma modulagem institucional do processo de descentralização e de responsabilização das instâncias de governo em relação à saúde, representando um divisor de águas na política social brasileira dos anos 90”. Introduziram-se mecanismos de controle e avaliação, iniciou-se a execução das transferências de recursos conforme previsto na Lei Orgânica da Saúde e criaram-se níveis de transição crescentes para a atribuição da gestão dos sistemas estaduais e municipais às respectivas esferas de governo.

Os resultados dessas mudanças políticas na dinâmica federativa, segundo Levcovitz, Lima e Machado (2001), foram a radicalização da relação direta entre o governo federal e os governos municipais, sobretudo pela instituição dos repasses “fundo a fundo”, de modo que os municípios habilitados na gestão semiplena recebam os recursos diretamente do Ministério da Saúde. Os estados, embora tenham assumido algumas funções no gerenciamento de informações e ampliado sua participação no processo decisório por meio das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), permaneceram como prestadores de serviços, pois a NOB/93 não definiu recursos e instrumentos que lhes garantissem a gestão do sistema de saúde no nível estadual.

⁸³ Os repasses regulares e automáticos de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais, municipais e do Distrito Federal foram regulamentados pelo Decreto nº 1.232, de 30/08/1994. A partir de então, puderam ser executadas as transferências intergovernamentais “fundo a fundo”, previstas na Lei Orgânica da Saúde e estabelecidas pela NOB/93.

⁸⁴ Logo após a publicação da NOB/93 foi promulgada a Lei nº 8.689, de 27/07/1993, que extinguiu o Inamps. O Ministério da Saúde passou a ser, de fato, a única autoridade sanitária no nível federal.

⁸⁵ Dos 4.973 municípios existentes em 1996, 3.237 (aproximadamente dois terços) estavam habilitados em alguma das modalidades de gestão da NOB/93, dos quais 142 enquadravam-se na gestão semiplena e, portanto, já recebiam repasses financeiros “fundo a fundo”. Cf. COSTA, 2001, p. 313.

A vontade política de avançar no caminho da descentralização sanitária desencadeou amplo debate em torno do tema, conduzido principalmente na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde (CNS), que durou cerca de um ano e resultou na elaboração da NOB/96.⁸⁶ O principal objetivo do novo instrumento normativo era atribuir a gestão plena do sistema aos governos municipais nos seus territórios e, por conseguinte, redefinir os papéis das três esferas federadas, caracterizando a *responsabilidade sanitária* dos gestores em cada nível de governo e consolidando o processo decisório compartilhado nos colegiados deliberativos intergovernamentais (CIBs e CIT).

Para tanto, a NOB/96 modificou as modalidades de habilitação: *gestão plena da atenção básica e plena do sistema municipal*, para os municípios; e *gestão avançada do sistema estadual e plena do sistema estadual*, para os estados; cada uma com especificidades quanto ao repasse de recursos federais, a partir de critérios definidos pelo Ministério da Saúde. Procurou-se detalhar a atuação de cada nível federativo, a fim de amenizar conflitos e aclarar as responsabilidades sanitárias das três esferas de governo.

Para organizar a rede assistencial, foi criada a *Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde* (PPI), instrumento de definição das relações intergovernamentais concernentes a transferências de recursos, fluxos de referência intermunicipais e responsabilidades de cada instância, de modo a garantir o acesso integral às ações e serviços de saúde para toda a população. Foi concebida para desen-

⁸⁶ A Norma Operacional Básica/SUS nº 01/1996 foi aprovada em sua versão definitiva pela Portaria do Ministro de Saúde nº 2.203, de 05/11/1996. Anteriormente, houvera uma publicação preliminar (Portaria nº 1.742, de 30/08/1996) que foi apresentada para consulta pública, para contribuições e aperfeiçoamento, e submetida à apreciação da plenária da 10ª Conferência Nacional de Saúde.

dear um planejamento descentralizado, “ascendente e de base municipal”, sob a ordenação dos gestores estaduais.

A estrutura de financiamento interfederativo foi substancialmente alterada pelos dispositivos da NOB/96.⁸⁷ Foi instituído o *Piso da Atenção Básica* (PAB) municipal, estabelecendo repasses regulares e automáticos de recursos federais para o custeio das ações básicas. A partir de então, todo município passava a ser um potencial receptor de transferências “fundo a fundo”, bastando que se habilitasse em qualquer condição estabelecida pela NOB/96. Além disso, criaram-se diversas categorias de repasses diretos do FNS para os fundos estaduais e municipais – os chamados *tetos financeiros* – para o financiamento de atividades assistenciais e para o custeio das ações de vigilância sanitária, epidemiologia e controle de doenças.

O início da aplicação da NOB/96, em 1998, desencadeou uma grande aceleração do processo de descentralização, sobretudo pela transferência do comando sobre a assistência básica para os municípios, por meio das habilitações para repasse do PAB.⁸⁸ A adesão dos governos municipais foi praticamente total, chegando ao final de 2000 à marca de 99% dos municípios com a gestão plena da atenção básica e, destes, uma pequena parcela (9,4%) com a gestão plena do sistema municipal. A adesão dos estados foi bem mais tímida, pois, na mesma época, apenas oito das 27 UFs esta-

⁸⁷ Por conta dessas modificações e de mudanças na direção do Ministério da Saúde, a implementação da NOB/96 foi retardada por mais de um ano. Muitas alterações no financiamento foram incorporadas nesse período, por meio de portarias expedidas pelo MS. Uma das mais relevantes, a Portaria nº 1.882, de 18/12/1997, ampliou o conceito do PAB, subdividindo-o em uma parte fixa, para o custeio mínimo das ações e serviços da atenção básica dos municípios, e uma parte variável, para incentivo de programas definidos pela esfera federal (Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde; ações básicas de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental; assistência farmacêutica básica; programa de combate às carências nutricionais).

⁸⁸ Ao final do ano de 1998, 93% dos municípios brasileiros já estavam habilitados pela NOB/96, perfazendo 5.136 municípios, dos quais 4.665 assumiram a gestão plena da atenção básica e 471 a gestão plena do sistema municipal. Cf. COSTA, 2001, p. 315-316.

vam enquadradas em alguma modalidade de gestão estadual (quatro na gestão avançada e quatro na gestão plena do sistema) (VIANA et al., 2002).

Pode-se dizer que a NOB/96 encerrou um ciclo do SUS, concretizando, ao final do primeiro decênio do sistema sanitário, o processo de municipalização da saúde então almejado, em conformidade com o estabelecido na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90, art. 7º, IX, alínea “a”). Essa descentralização político-administrativa trouxe avanços para o SUS, sobretudo relacionados à responsabilização e à ampliação da capacidade de gestão em saúde dos municípios (COSTA, 2001). Além disso, o esforço necessário para sua efetivação possibilitou a instituição de componentes importantes para o sistema, destacando-se o estabelecimento dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, a criação e consolidação dos colegiados intergovernamentais (CIT e CIBs) e a progressiva modificação dos critérios de financiamento, passando do pagamento por produção para a transferência automática *per capita* (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; VIANA et al., 2002).

No entanto, a intensa priorização da dimensão municipalista da descentralização teve também alguns resultados colaterais que acabaram conformando particularidades na dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. A prática da relação direta entre as esferas federal e municipal, adotada logo no início do processo, enfraqueceu a participação do nível estadual na coordenação das políticas e no processo decisório. A fragilidade das relações estabelecidas entre estados e municípios dificultou as definições de responsabilidades e mesmo do comando sobre os serviços de saúde quando se iniciaram as tentativas de redefinição desse quadro, o que se complicou pelo fato de as instâncias estaduais terem permanecido desprovidas de incentivos financeiros para assumir essas funções (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002). Além

disso, a continuidade do processo de descentralização, principalmente após a NOB/96, esteve associada às estratégias de indução da organização da rede de serviços e de mudanças no modelo de atenção, sob o controle do Ministério da Saúde. Desse modo, a esfera federal manteve forte protagonismo na política de saúde no nível nacional – sobretudo manifestado no âmbito da CIT – sustentado principalmente pela grande assimetria existente na capacidade financeira em relação aos níveis sub-nacionais (MACHADO, 2005, p. 155-215).

A concentração política do processo de descentralização na esfera federal foi crucial para o alcance da municipalização, mas, por outro lado, criou obstáculos para a conformação de mecanismos de coordenação federativa com incidência sobre as relações intermunicipais, função que deveria ter sido desempenhada pelos governos estaduais. O resultado desse processo foi assim descrito por Arretche (2003, p. 332):

[...] os governos locais já assumiram a gestão da atenção básica à saúde no Brasil. No entanto, não há qualquer garantia intrínseca à gestão local que promova responsabilidade, eficiência, acesso universal e patamares equitativos de atenção à saúde. A qualidade da ação dos governos depende, em grande medida, dos incentivos e controles a que estes são submetidos. Estes últimos por sua vez derivam do desenho institucional das políticas.

Esses fatores foram determinantes para a inflexão da condução política do SUS na década seguinte, no sentido da regionalização.

3.1.4 Tentativa de regionalização da saúde: a NOAS

A regionalização da saúde no Brasil está muito associada ao dilema centralização/descentralização que acompanha a organização federativa do Estado brasileiro.

Embora a questão da distribuição espacial dos serviços de saúde já fosse objeto de preocupação desde os primórdios do desenvolvimento das ações sanitárias no país, a concepção da regionalização como estratégia operacional e de planejamento começou a ser sistematizada em conjunto com a ideia da atribuição de competências sanitárias para estados e municípios, a partir da 3ª Conferência Nacional de Saúde, de 1963. Após a promulgação da Lei nº 6.229 de 1975,⁸⁹ foram organizados os projetos e grupos de trabalho que iniciaram a aplicação das propostas pioneiras de regionalização e hierarquização da rede de assistência à saúde nos anos subsequentes.⁹⁰ O emprego dessas orientações no nível nacional ocorreu com as Ações Integradas de Saúde (AIS) e, em seguida, no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), já no movimento descentralizador (VASCONCELLOS, 1998, p. 68-74).

Com o advento do SUS, a regionalização foi alçada à condição de fundamento organizativo da política sanitária brasileira, consagrada na C.F. (art. 198) e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90, art. 7º, IX, alínea “b”).

No entanto, apesar da regionalização ter sido concebida como pressuposto basilar para a construção do SUS, as diretrizes operacionais necessárias para sua im-

⁸⁹ A Lei Federal nº 6.229, de 17/07/1975, constituiu o chamado *Sistema Nacional de Saúde*, cuja institucionalização foi o tema da 5ª Conferência Nacional de Saúde, de 1975. Definiram-se atribuições para o nível federal, distribuídas entre vários ministérios: Ministério da Saúde (ações coletivas), Ministério da Previdência e Assistência Social (atividades médico-assistenciais), Ministério da Educação e Cultura (formação de recursos humanos), Ministério do Interior (saneamento) e Ministério do Trabalho (saúde do trabalhador). Os estados receberam atribuições difusas e os municípios tinham apenas a função de manter os serviços de pronto-socorro. Foi revogada pela Lei nº 8.080/90.

⁹⁰ As duas principais experiências pioneiras foram: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), de 1976, que buscava organizar a rede de serviços no espaço numa escala de complexidade crescente de hierarquização, a partir da definição de “módulos básicos” (postos de saúde localizados em comunidades rurais para cobertura de 20 mil habitantes) coordenados e articulados por um centro de saúde (situado na sede do município); e o Plano de Localização de Unidades de Saúde (PLUS), de 1977, que desenvolveu propostas de localização e distribuição de serviços de saúde em regiões metropolitanas brasileiras para conformar “zonas assistenciais”, com base em dados demográficos, sistema de transportes e oferta de serviços. Embora tenham encontrado grandes obstáculos, principalmente em relação ao financiamento, esses programas introduziram os conceitos de regionalização e hierarquização no planejamento sanitário nacional que serviram de base para as políticas que precederam ao SUS. Cf. VASCONCELLOS, 1998, p. 69-71.

plantação não foram definidas durante a década 90, em decorrência da dinâmica política estabelecida durante o processo de descentralização dirigido pelas NOBs.⁹¹ O deslocamento de atribuições e encargos para os municípios não foi associado à formação de uma rede assistencial organizada a partir dos preceitos de regionalização e hierarquização, a despeito das tentativas operadas a partir da criação PPI, pela NOB/96. A esse respeito, Viana, Lima e Oliveira (2002, p. 505) oportunamente assinalaram que

[...] no intuito de traçar um balanço do papel dos instrumentos de regulação da descentralização, instituídos através das NOBs e, particularmente, da NOB/96, que esta última, ao ampliar o funcionamento das CIBs (em cada estado) e das Programações Pactuadas Integradas (PPIs), acabou por fortalecer o papel dos estados, entretanto, sem a face da regionalização. Atualmente, mesmo na modalidade mais qualificada prevista pela NOB/96 (Gestão Plena de Sistema Municipal – GPSM), os pactos de gestão – divisão de atribuições entre estados e municípios – propiciaram inúmeros modelos de gestão e gerenciamento que, muitas vezes, são desprovidos de racionalidade sistêmica.

Havia, nesse momento, o risco da fragmentação do sistema (VRANGBÆK, 2007), na medida em que quanto mais os subsistemas municipais funcionassem de modo isolado, sem escala adequada e com baixa capacidade de coordenação dos governos estaduais, aumentavam as chances de perda de eficiência e, conseqüentemente, de piores resultados.

A identificação dessa situação conferiu grande proeminência à questão da regionalização ao final da década de 90, recolocando essa diretriz no centro da agenda

⁹¹ O exame das NOBs é bem elucidativo da relegação da diretriz da regionalização no início do processo de descentralização do SUS, sobretudo na primeira metade da década de 90. A NOB/91 não fazia qualquer referência à regionalização e a NOB/92 apenas mencionava o princípio, sem nada especificar acerca da sua operacionalização. A NOB/93 reafirmava a regionalização como diretriz, mas a concebia “como uma articulação e mobilização municipal”, levando em conta “a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo”. A preocupação com a articulação dos subsistemas municipais, numa perspectiva regional e intergovernamental, só começou a aparecer a partir da NOB/96, inserindo, ainda da maneira incipiente, essa função no rol das funções da esfera estadual.

do SUS, conduzida principalmente pela CIT e pelo CNS. Como explicitado, à época, por Souza (2001, p. 453):

Os grandes avanços no âmbito da descentralização político-administrativa, com fortalecimento dos gestores locais e as mudanças na organização da atenção básica induzidas pela NOB SUS 01/96, evidenciam a necessidade de maior articulação entre os sistemas municipais e de fortalecimento das secretarias estaduais de saúde na sua função reguladora para assegurar a organização de redes assistenciais regionalizadas, hierarquizadas e resolutivas, que propiciem resultados positivos para a saúde da população.

Nessas circunstâncias, o Ministério da Saúde expediu a Norma Operacional da Assistência à Saúde, em 2001 (NOAS 01/2001), com o intuito de definir preceitos para efetivação da regionalização no SUS.⁹² A regionalização foi enfatizada como estratégia necessária para que o aprofundamento do processo de descentralização se fizesse *pari passu* com a organização da rede de assistência, dando melhor funcionalidade ao sistema e permitindo o provimento integral de serviços à população. Nesse contexto, a NOAS/2001 definiu que a organização das unidades funcionais de saúde deveria contemplar um planejamento integrado em que fosse garantido aos cidadãos o acesso a todas as ações e serviços necessários à promoção e à manutenção da saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal.

Para o alcance desses objetivos, a NOAS/2001 atribuiu à esfera estadual a competência de ordenar o processo de regionalização sanitária, instituindo o *Plano Diretor de Regionalização* (PDR), instrumento concebido para traduzir o planejamento regional de acordo com as particularidades de cada estado (e do Distrito Federal), em consonância com as alocações de recursos disponíveis, definidas na PPI, e com previsões de necessidades de novos recursos, expressas no *Plano Diretor de In-*

⁹² A Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2001 (NOAS-SUS 01/2001) foi aprovada na Portaria nº 95, de 26/01/2001 do Ministério da Saúde.

vestimento (PDI). A intenção era de que o PDR lograsse garantir acesso aos serviços de saúde em qualquer nível de atenção a todos os cidadãos, fundamentando-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos, na organização de redes hierarquizadas de serviços e no estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais.

Logo após a publicação da NOAS/2001, iniciaram-se debates acerca dos novos preceitos instituídos. Identificaram-se dificuldades quanto à sua operacionalização, principalmente por indefinições quanto ao comando único sobre prestadores de serviços de média e alta complexidade, que geraram impasses entre gestores estaduais e municipais. As discussões perduraram durante todo o ano de 2001, com a participação das três esferas de governo (representadas pelo Ministério da Saúde, Conass e Conasems), e resultaram em propostas de aperfeiçoamento para NOAS/2001. Esses ajustes foram negociados no âmbito da CIT e os encaminhamentos estabelecidos originaram a reedição da NOAS em 2002.⁹³

A NOAS/2002 reafirmou as diretrizes organizativas estabelecidas na edição anterior e deu os contornos que, na ocasião, foram considerados definitivos para que a regionalização fosse implantada no SUS. O conteúdo do instrumento normativo foi basicamente o mesmo da NOAS/2001 acrescido de especificações e detalhamentos com o objetivo de corrigir as dificuldades até então identificadas.

Ao final desse processo de elaboração, ficaram definidos na NOAS alguns conceitos que deveriam ser observados na elaboração dos PDRs a fim de nortear a regionalização das ações e serviços de saúde.

⁹³ A Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2002 (NOAS-SUS 01/2002) foi promulgada pela Portaria do Ministro da Saúde nº 373, de 27/02/2002, e revogou a Portaria GM/MS nº 95 de 2001 (NOAS 01/2001).

A NOAS (BRASIL, 2002) modificou os critérios de habilitação estadual para incorporar as novas responsabilidades relacionadas à regionalização, nas modalidades de *gestão avançada do sistema estadual* e *gestão plena do sistema estadual*. Para os municípios, foi criada uma nova modalidade de habilitação, denominada *gestão plena da atenção básica ampliada* (GPABA), que pressupunha que todos os municípios brasileiros deveriam capacitar-se para o controle das doenças: tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial e diabetes, e para ações básicas de saúde bucal, saúde da criança e saúde da mulher definidas pela própria NOAS, passando a receber recursos adicionais aos financiados até então pelo PAB – o que foi denominado Piso de Atenção Básica Ampliado (PABA). O município que se habilitasse na *gestão plena do sistema municipal* (GPSM) deveria garantir o atendimento em seu território para sua população e para população referenciada de outros municípios, conforme fosse definido na PPI, subscrevendo com o estado um *Termo de Compromisso para Garantia de Acesso*, e passaria, então, a receber diretamente em seu fundo municipal o montante total de recursos correspondente ao atendimento da população própria acrescido da parcela destinada à assistência da população referenciada.⁹⁴

Estabeleceu-se um elenco mínimo de procedimentos da atenção em média complexidade, que foi denominado *primeiro nível de referência*, compreendendo atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico (chamadas de “M1” pela NOAS) e de internação hospitalar em clínica médica, clínica pediátrica e clínica obstétrica (parto normal). O recorte territorial que apresentasse a capacidade resolutiva desse primeiro nível de referência seria designado como um *Módulo Assistencial*, podendo ser constituído por um único município (necessariamente habilitado em

⁹⁴ O início dessas transferências, no entanto, estava condicionado à qualificação da microrregião ou região de saúde na qual o município estivesse inserido. Como nenhuma microrregião/região de saúde foi qualificada, essa forma de repasse nunca foi implementada.

GPSP ou GPABA), ou por um conjunto de municípios, dentre os quais um (denominado *município-sede* do módulo assistencial) deveria ter capacidade de ofertar a totalidade dos serviços do primeiro nível de referência para sua população e para as populações de todos os municípios a ele referidos, de acordo com a PPI.

Os municípios que, de acordo com as estratégias de regionalização definidas em cada estado, apresentassem capacidade de referência para outros municípios em qualquer nível de atenção, seriam denominados *municípios-polo*. Por definição, um município-polo deveria estar apto a oferecer, além das ações “M1”, as ações e serviços de média complexidade não compreendidas no primeiro nível de referência, chamadas de “M2”, e as ações e serviços de saúde de alta complexidade.

A NOAS introduziu ainda a concepção de *Região de Saúde*, como a “base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado”, cuja definição caberia à esfera estadual. Dependendo do modelo de regionalização adotado, cada estado poderia estabelecer o planejamento sanitário dividindo seu território em *macrorregiões*, *regiões* ou *microrregiões* de saúde.⁹⁵

Em resumo, esperava-se que no planejamento orientado pelo PDR as secretarias estaduais de saúde identificassem em seus territórios unidades territoriais com capacidade resolutiva para as ações e serviços de média complexidade definidos para o primeiro nível de referência intermunicipal, designando os módulos assistenciais, e, a partir daí, organizassem esses módulos em regiões ou microrregiões. Essas regiões/microrregiões deveriam ser submetidas à aprovação da CIT e do Ministério da Saúde, passando por um processo de qualificação semelhante ao até então praticado

⁹⁵ A NOAS, entretanto, não esclarece o que diferencia essas três figuras regionais.

para estados e municípios. Isso feito, o financiamento das ações de média complexidade ambulatorial passaria a ser feito com base num valor *per capita* nacional mínimo definido pelo Ministério da Saúde, que seria transferido diretamente aos fundos municipais (para os municípios-sede habilitados em GPSM) e aos fundos estaduais (recursos correspondentes aos módulos assistenciais cujos municípios-sede estivessem habilitados em GPABA).

A ideia era que, a partir da NOAS, o planejamento assistencial não ficaria mais restrito aos territórios dos municípios, buscando configurações para melhorar a capacidade resolutiva e o acesso às ações e serviços de saúde. A motivação ínsita era de natureza racionalizadora: definir bases territoriais que proporcionassem melhores escalas de produção, independentemente dos limites políticos dos entes federados.

Assim como a maior parte dos estudos sobre os padrões de distribuição espacial de serviços de saúde (VASCONCELLOS, 1998, p. 79-81), a concepção de sistema hierarquizado da NOAS deriva da Teoria do Lugar Central de Christaller. Os serviços da atenção básica corresponderiam aos bens de ordem inferior, o que lhes determinaria uma área de abrangência restrita – os pequenos municípios e as subdivisões (“distritos”) dos grandes e médios municípios. Os procedimentos da média complexidade representariam bens de ordem intermediária, de forma que, por sua menor procura e menor facilidade de oferta, deveriam ser oferecidos em “lugares centrais” de maior abrangência que os anteriores e, conseqüentemente, possuiriam regiões complementares de maior extensão – os municípios-sede, que, dependendo das ordens dos bens ofertados, poderiam ter suas regiões complementares denominadas módulos assistenciais, microrregiões ou regiões de saúde. Por último, as ações e serviços de saúde de alta complexidade ocupariam, naturalmente, o papel de bens de

ordens superiores, o que lhes conferiria a característica de serem ofertados apenas nos grandes centros, cujas áreas de influência não teriam limite definido (nos casos extremos, poderiam teoricamente alcançar todo o território do estado ou ter abrangência nacional) – os municípios-polo, que teriam suas extensas áreas de abrangência designadas como macrorregiões de saúde.

A concepção de região intentada na NOAS provém basicamente das ideias da Teoria da Polarização de Boudeville (1972). Sugere-se a delimitação das regiões de saúde em espaços contínuos, considerando como elementos fundamentais a interdependência e a hierarquia entre as unidades territoriais (os municípios envolvidos) e utilizando a polarização por determinados centros (municípios-sede e municípios-polo), com o objetivo de possibilitar a intervenção das autoridades sanitárias – ou seja, propõe-se a demarcação de *regiões de planejamento* (GUIMARÃES, 2005).

Com base nos ensinamentos de Santos (2006, p. 289-310), é possível notar que, apesar da importância desses conceitos para a identificação dos padrões de localização e para o reconhecimento da importância do espaço na atividade econômica, a proposta de regionalização da NOAS representou basicamente uma tentativa de instaurar, pela ação instrumental das instâncias planejadoras, uma racionalidade intencional e funcional do espaço geográfico sobreposta às diversas racionalidades previamente estabelecidas.⁹⁶

Assim, a distinção das regiões, microrregiões e módulos assistenciais seria feita a partir da capacidade resolutive já presente na rede assistencial, cabendo às secretarias estaduais de saúde reconhecer os municípios que detivessem capacidade

⁹⁶ O presente trabalho não tem o intuito de examinar as implicações da racionalização do espaço na organização dos serviços de saúde e na conformação do SUS. Para uma profunda abordagem da racionalidade do espaço geográfico e sua fundamentação teórica, vide SANTOS, 2006. Para uma percuciente contribuição acerca da incorporação do espaço como categoria de análise no estudo das políticas de saúde, vide BOUSQUAT, 2000.

instalada suficiente para desempenhar os respectivos papéis de prestadores de média e alta complexidade, delimitando suas respectivas áreas de abrangência. Ou seja, a base do planejamento seria a estrutura de serviços ofertados pelos municípios, tomando uma região polarizada já instituída como campo de intervenção para a conformação de uma região de planejamento.

Cabe presumir que essa estratégia se limitaria a legitimar a estrutura já existente ou, na melhor hipótese, organizar os fluxos de referência beneficiando-se da economia de escala. Isso poderia reduzir custos, mas não necessariamente contribuiria para a qualidade e a equidade dos serviços prestados, uma vez que a regionalização concebida na NOAS não foi vinculada a mecanismos de coordenação e redistribuição entre os municípios e regiões integrantes.

Nesse sentido, o próprio modelo de financiamento estabelecido pela NOAS reforçaria essa lógica, na medida em que utilizaria a remuneração da oferta de serviços dos municípios. Isso porque mesmo a bem intencionada transferência *per capita* “fundo a fundo” introduzida para as ações de média complexidade ambulatorial seria feita aos municípios habilitados em gestão plena do sistema, designados sedes ou polos das figuras regionais. Ou seja, como salientou Mendes (2003), o pagamento continuaria sendo feito principalmente aos municípios com maior capacidade instalada.

O mesmo princípio seria aplicado na PPI ao definir a distribuição dos recursos federais de acordo com as possibilidades de oferta de serviços dos municípios, baseando-se, muito provavelmente, em séries históricas de produção. Até mesmo o Plano Diretor de Investimento (PDI) estaria vinculado à elaboração prévia do PDR e, conseqüentemente, aos módulos assistenciais, microrregiões e regiões já delimitados.

Desse modo, a regionalização sanitária foi concebida na NOAS como uma proposta de atuação técnica e operativa do Estado sobre o espaço, com a pretensão de alcançar resultados políticos e econômicos pela via da racionalização. Apesar de ter contemplado esse fator de inquestionável relevância, essa concepção da NOAS desconsiderou elementos sociais e políticos que poderiam propiciar sua melhor aplicação, pois, como assinala Guimarães (2005, p. 1023):

[...] há profundas implicações de geografia política na saúde pública. Dentre elas, destacamos: a definição de quem exerce poder e disputa a agenda política de saúde pública, interferindo nos poderes da soberania da nação-estado; a compreensão dos projetos políticos dos atores sociais que atuam na saúde pública, considerando contradições e conflitos de interesse no interior do estado; a delimitação de espaços de poder, bem como as ações coletivas adotadas e sua relação com determinados padrões de espacialidade da política, forjados seja no discurso, seja nas práticas em saúde pública.

Na prática, a NOAS tentou reeditar o federalismo sanitário brasileiro, incluindo “níveis regionais” (módulos, regiões, macrorregiões) entre estados e municípios, mas operando sobre a organização político-administrativa instituída, em que a gestão dos sistemas já estava descentralizada para os municípios.

Por isso, embora se conjecturassem grandes potencialidades, a orientação operativa engendrada pela NOAS enfrentou importantes obstáculos para sua efetivação. A atribuição às secretarias estaduais de saúde das competências referentes ao planejamento regional defrontou-se com resistências por parte dos municípios que, já tendo adquirido autonomia na gestão da saúde, identificaram uma perspectiva de recentralização, e desencadeou disputas entre gestores estaduais e municipais pela administração de serviços, por não ter solucionado as indefinições quanto à operacionalização do comando único (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

Além disso, a ênfase da NOAS nos aspectos assistenciais e na capacidade instalada foi considerada excessiva por boa parte dos gestores, pois não foram contempladas as demais dimensões do planejamento sanitário no processo de regionalização. A consequente falha da NOAS em solucionar a fragmentação do sistema estimulou debates acerca do esgotamento do modelo de habilitação empregado pelas “normas operacionais” e da necessidade de formulação uma nova concepção normativa (CONASS, 2003).⁹⁷

3.1.5 O Pacto pela Saúde: mudanças no federalismo sanitário

A partir de 2004, ganhou força a ideia desenvolvida no âmbito do Ministério da Saúde e da CIT de que a efetiva responsabilização dos gestores deveria surgir de um acordo de vontades a partir do qual os gestores sanitários das três esferas de governo assumiriam compromissos negociados e definiriam metas a serem atingidas de forma cooperativa e solidária, fixando um *Pacto de Gestão* (SOLLA, 2006). Essa proposta foi acatada e, após sua aprovação na CIT e no CNS, foi ratificada no instrumento normativo infralegal denominado Pacto pela Saúde 2006.⁹⁸

⁹⁷ É bem representativo o fato de ter partido dos estados a iniciativa política de questionar a normatização posta pelo Ministério da Saúde. Pouco mais de um ano após a promulgação da NOAS-SUS 01/2002, os Secretários Estaduais de Saúde das 27 unidades de Federação mobilizaram-se para propor a alteração no ordenamento sanitário, reivindicando a elaboração de um novo instrumento normativo para substituir a NOAS (1º Seminário do CONASS para a Construção de Consensos, Aracaju, 10 a 12 de julho de 2003). Cf. CONASS, 2003.

⁹⁸ O Pacto pela Saúde 2006 foi divulgado e teve as diretrizes operacionais aprovadas na Portaria do Ministro de Estado da Saúde nº 399, de 22/02/2006. Além dessa portaria, o instrumento normativo é composto: pela Portaria nº 699/GM, de 30/03/2006, que regulamenta as diretrizes operacionais instituídas; pela Portaria nº 3.085/GM, de 01/12/2006, e pela Portaria nº 3.332, de 28/12/2006, que regulamentam o sistema de planejamento; e pela Portaria nº 204/GM, de 29/01/2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais.

Como explicam Santos e Andrade (2007, p. 83):

O pacto [pela Saúde 2006] visa estabelecer novo patamar na forma de financiamento, definição de responsabilidades, metas sanitárias e compromissos entre os gestores da saúde, consubstanciados em termos de compromisso com metas e plano operativo.

Essa nova norma, pactuada de forma consensual na Comissão Intergestores Tripartite, passou a ser o documento definidor do funcionamento do SUS em âmbito nacional, a partir de 2006.

O Pacto 2006 foi concebido em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O *Pacto pela Vida* compreende um conjunto de compromissos sanitários a serem assumidos pelos gestores das três esferas, visando resultados que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, relacionados às seguintes prioridades: consolidação da estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção básica; elaboração e implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde e da Política Nacional da Saúde do Idoso; redução da mortalidade por câncer de colo de útero e por câncer de mama; redução da mortalidade infantil e da mortalidade materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias (com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza).

O *Pacto em Defesa do SUS* é formado por diretrizes que devem nortear ações em busca do reforço da condição do Sistema Único de Saúde como política pública do Estado brasileiro, a partir do engajamento dos gestores sanitários para a mobilização da sociedade.

O *Pacto de Gestão do SUS* consiste na normatização operacional do Pacto pela Saúde 2006, função até então desempenhada pela NOB 01/96 e pela NOAS 01/02. Fixa as diretrizes para a gestão do SUS nos seguintes aspectos: descentralização, regionalização, financiamento, programação pactuada e integrada, regulação, partici-

pação e controle social, planejamento, gestão do trabalho e educação na saúde; e define as responsabilidades de cada esfera de governo na operacionalização do Pacto 2006, estabelecendo uma repartição infralegal das competências sanitárias.⁹⁹

Como na ocasião da elaboração do Pacto pela Saúde 2006 a descentralização no SUS já era reconhecida como uma política efetivada, não há diretrizes operacionais nesse sentido. Registrando o objetivo de “aprofundar o processo de descentralização”, o Pacto de Gestão define que o Ministério da Saúde deve funcionar como instância de coordenação de regulação no nível nacional e estabelece genericamente que os “processos administrativos relativos à gestão” devem ser assumidos pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), remetendo as especificações para operacionalizar essa determinação a outra portaria a ser expedida pelo Ministro da Saúde.

Quanto ao financiamento do SUS, o Pacto de Gestão reafirma a responsabilidade compartilhada das três esferas de governo e enuncia que o repasse “fundo a fundo” deve ser a forma preferencial de transferências interfederativas. Fica estabelecido que o financiamento do SUS passa a ser executado em cinco blocos:¹⁰⁰

1) *Atenção Básica*, composto pelo Piso da Atenção Básica – PAB (recursos para custeio das ações básicas, transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos municípios e do Distrito Federal) e pelo Piso da Atenção Básica Variável (recursos destinados à remuneração

⁹⁹ Cabe notar um equívoco na redação do primeiro parágrafo da apresentação do Pacto de Gestão do SUS, constante do Anexo I da Portaria do Ministério da Saúde nº 399/GM, de 22/02/2006, que declara: “O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS”. Como explanado supra, as competências concorrentes procedem da repartição constitucional das competências normativas entre os entes federados, dentre as quais está a prerrogativa de legislar sobre “proteção e defesa da saúde” (C.F., art. 24, XII). Isso significa que os três níveis federativos detêm o dever-poder para dispor sobre a mesma matéria, conforme o princípio da predominância de interesse. Não há, portanto, possibilidade de um instrumento normativo infralegal “diminuir as competências concorrentes”.

¹⁰⁰ O financiamento do SUS, na vigência do Pacto pela Saúde 2006, está regulamentado pela Portaria nº 204/GM, de 29/01/2007.

de ações específicas definidas pelo Ministério da Saúde, transferidos apenas aos municípios que aderirem).¹⁰¹

2) *Atenção de Média e Alta Complexidade*, composto pelo Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC (recursos federais transferidos mensalmente para estados, municípios e Distrito Federal para remuneração das ações de média e alta complexidade, de acordo com as definições das PPIs) e pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC (recursos destinados à remuneração de procedimentos específicos de média e alta complexidade, a serem gradativamente incorporados aos MACs dos estados e municípios).

3) *Vigilância em Saúde*, constituído pelo Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e pelo Componente da Vigilância Sanitária.

4) *Assistência Farmacêutica*, constituído pelos componentes Básico (para obtenção de medicamentos no âmbito da atenção básica), Estratégico (para o financiamento de programas definidos pelo Ministério da Saúde) e os Medicamentos de Dispensação Excepcional – CMDE (para aquisição de medicamentos de alto custo).

5) *Gestão do SUS*, constituído pelo Componente para a Qualificação da Gestão do SUS e pelo Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.¹⁰²

¹⁰¹ No art. 11 da Portaria nº 204, de 29/01/2007, são previstas ações passíveis de compor os repasses do PAB Variável: “I - Saúde da Família; II - Agentes Comunitários de Saúde; III - Saúde Bucal; IV - Compensação de Especificidades Regionais; V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas; VI - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; VII - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.”

¹⁰² A Portaria nº 204/GM, de 29/01/2007, estabelece as ações passíveis de financiamento pelo Componente para a Qualificação da Gestão do SUS no seu art. 30: “I - Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento; II - Planejamento e Orçamento; III - Programação; IV - Regionalização; V - Gestão do Trabalho; VI - Educação em Saúde; VII - Incentivo à Participação e Controle Social; VIII - Informação e Informática em Saúde; IX - Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e X - outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico”; e as ações e serviços a serem incentivados pelo Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde, em seu art. 31.

As diretrizes operacionais definidas para o planejamento no SUS pressupõem um desenvolvimento “de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão” e estabelece um Sistema de Planejamento com base em dois instrumentos: o Plano de Saúde – documento a ser elaborado por todos os gestores, dos três níveis, apresentando intenções e resultados buscados para cada período de quatro anos, associado às Programações Anuais de Saúde; e o Relatório Anual de Gestão – documento a ser elaborado por todos os gestores, nos três níveis de governo, apresentando os resultados alcançados na execução de cada Programação Anual de Saúde.¹⁰³

O Pacto de Gestão estabelece as diretrizes operacionais para a Programação Pactuada e Integrada (PPI), mantendo basicamente os mesmos princípios introduzidos desde a NOB/96 e a NOAS,¹⁰⁴ acrescidos de alguns elementos na busca de alterar a lógica de alocação de recursos para a assistência, até então muito centrada na capacidade de oferta. Nesse sentido, preceitua-se que o planejamento deve ser integrado aos Planos de Saúde, definindo prioridades de acordo com o diagnóstico de necessidades da população, e ao processo de regionalização. Definem-se como “eixos orientadores” da PPI: a centralidade da atenção básica (programação a partir das ações básicas de saúde); a conformação de “aberturas programáticas” (programação a partir de ações estratégicas); a orientação por parâmetros de cobertura populacional (para as ações básicas e de média complexidade ambulatorial, a serem definidos em portaria do Ministério da Saúde) e por parâmetros predefinidos (para a alta comple-

¹⁰³ O Sistema de Planejamento do SUS, instituído pelo Pacto pela Saúde 2006, está regulamentado pela Portaria nº 3.085/GM, de 01/12/2006, e pela Portaria nº 3.332, de 28/12/2006.

¹⁰⁴ As diretrizes da PPI são complementadas pelo disposto na Portaria nº 1.097/GM, de 22/05/2006. São mantidas as linhas gerais até então vigentes (Portaria nº 1.020/GM, de 31/05/2002 – revogada), constituindo a PPI basicamente como um processo de negociação entre gestores municipais e estaduais, coordenado pela esfera estadual, para definir os fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais a fim de orientar a alocação de recursos de custeio, especialmente os recursos federais destinados à execução das atividades assistenciais de média e alta complexidade.

xidade); e a composição das fontes de recursos financeiros (definição das parcelas provenientes de cada esfera de governo para o custeio das atividades assistenciais).

São fixados ainda no Pacto de Gestão os preceitos para a regulação assistencial, a participação e o controle social, a gestão do trabalho e a educação na saúde.

A distribuição de competências entre os três níveis federativos no Pacto de Gestão consta do capítulo *Responsabilidade Sanitária*, que atribui responsabilidades gerais da gestão do SUS e responsabilidades específicas: a) na regionalização; b) no planejamento e programação; c) na regulação, controle, avaliação e auditoria; d) na gestão do trabalho; e) na educação na saúde; e f) na participação e controle social.

Cabe a todos os municípios garantir a integralidade das ações de saúde prestadas aos seus munícipes, assumindo toda a responsabilidade pela atenção básica e organizando o acesso aos serviços de atenção especializada (média e alta complexidade). Os municípios que não dispuserem de capacidade instalada para prover assistência na média e na alta complexidade, são responsáveis pela garantia desses serviços, juntamente com os respectivos gestores estaduais, a partir dos processos de negociação previstos na PPI e na regionalização. Por sua vez, os municípios que tenham capacidade para assistir suas populações e funcionar como referências intermunicipais nas atividades de atenção especializada ficam obrigados a respeitar as definições das PPIs. É responsabilidade dos governos municipais promover a readequação da oferta de serviços conforme as necessidades de suas populações, reduzindo as desigualdades de acesso. Além disso, os municípios devem executar as ações de vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental) em seus territórios, participar da implantação da política de promoção à saúde estabelecida no nível nacional e estruturar a assistência farmacêutica no nível local.

Aos estados são atribuídas as funções de coordenação, acompanhamento e supervisão dos processos de planejamento e execução das ações de saúde realizadas pelos municípios, respondendo “solidariamente” pela integralidade da atenção à saúde da população, mediante apoio técnico, financeiro e político. Devem executar algumas ações de vigilância em saúde (de maior complexidade e de maior abrangência territorial que às realizadas pelos municípios), gerir os laboratórios de saúde pública e os hemocentros, estruturar a assistência farmacêutica (a dispensação de alguns medicamentos pode ser de responsabilidade do nível estadual) e, da mesma forma que os municípios, têm obrigação de participar da execução da política de promoção à saúde estabelecida no âmbito nacional.¹⁰⁵

A esfera federal recebe as competências de coordenação e planejamento no nível nacional, dando apoio técnico, financeiro e político aos estados, municípios e Distrito Federal para a execução de suas funções. Não recebe incumbência de executar ações e serviços diretamente, exceto pela possibilidade de assumir transitoriamente ações de vigilância em saúde, em situações excepcionais. É responsabilidade da União definir e pactuar diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, formular políticas de saúde de abrangência nacional e elaborar e implementar a política de promoção da saúde.

Assinale-se que as três esferas federativas têm o dever identificar as necessidades das populações em suas áreas de abrangência e, a partir disso, desenvolver um processo de planejamento, regulação, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde em cada nível de governo. Ademais, todos os entes federados têm a responsabilidade indeclinável de participar do financiamento do SUS.

¹⁰⁵ O Distrito Federal tem as mesmas competências dos municípios e dos estados, excluídas aquelas relacionadas à coordenação de atividades municipais.

Estabelecidas essas responsabilidades gerais da gestão do SUS, são enumeradas as responsabilidades específicas de cada ente federado, seguindo a mesma lógica: basicamente, atribuem-se as funções executivas diretas à esfera municipal, as funções de coordenação regional à esfera estadual e as funções de coordenação nacional à esfera federal.

Em suma, a repartição infralegal de competências sanitárias disposta no Pacto pela Saúde 2006 segue os preceitos do federalismo cooperativo estabelecidos no ordenamento jurídico pátrio. E não poderia ser diferente: em conformidade com a normatização constitucional e com a Lei Orgânica da Saúde, todos os entes federados devem atuar na promoção, proteção e recuperação da saúde. Os municípios detêm as funções executivas diretas e representam a instância inequivocamente responsável pela garantia do direito à saúde aos seus cidadãos, sem prejuízo das funções de coordenação desempenhadas pelos estados, no âmbito regional, e pela esfera federal, que confere a unicidade ao sistema nacional.

A formalização do Pacto de Gestão é feita juntamente com a adesão ao Pacto pela Vida nos *Termos de Compromisso de Gestão* – Municipal, Estadual, do DF e Federal –, que substituem o processo de habilitação instituído pela NOB-SUS 01/96 e pela NOAS-SUS 01/02, representando, em cada ente federado, “declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade”.¹⁰⁶

Os Termos de Compromisso de Gestão estabelecem as responsabilidades sanitárias de cada nível de governo, devendo ser assinados pelos respectivos gestores (secretários municipais e estaduais de saúde, Secretário de Saúde do Distrito Federal

¹⁰⁶ Regulamentação pela Portaria nº 699/GM, de 30/03/2006, do Ministro da Saúde.

e Ministro da Saúde), explicitando as atribuições realizadas e reconhecendo as não realizadas dentre as competências definidas pelo Pacto de Gestão. Além desse termo, os estados e municípios devem apresentar outras declarações para formalizar o comando sobre unidades de saúde e especificar os montantes financeiros alocados em cada bloco de financiamento,¹⁰⁷ e todos os gestores devem apresentar o *Relatório de Indicadores de Monitoramento do Pacto pela Saúde*.¹⁰⁸

No Pacto pela Saúde 2006, a direção nacional do SUS reafirma a condição da regionalização sanitária como elemento basilar do sistema e assume essa diretriz como “o eixo estruturante do Pacto de Gestão”, devendo orientar o processo de descentralização e as relações intergovernamentais. São mantidos os instrumentos operacionais instituídos pela NOAS: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada de Assistência à Saúde (PPI), cujas elaborações são de responsabilidade compartilhada entre estados e municípios, sob a coordenação dos gestores estaduais. Enunciam-se os objetivos de melhorar o acesso e a qualidade das ações e serviços de saúde, reduzindo as desigualdades existentes, garantir a integralidade da atenção, potencializar a capacidade de gestão das esferas estaduais e municipais e de “racionalizar os gastos e otimizar os

¹⁰⁷ Os gestores municipais devem apresentar: o *Extrato do Termo de Cooperação entre Entes Públicos*, nos casos em que o município repassa a gerência de determinada unidade de saúde para outro ente, autorizando a transferência dos recursos correspondentes; a *Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal*, em que o município assume a gestão de todos os estabelecimentos de saúde situados no seu território; e o *Termo do Limite Financeiro Global do Município*, especificando os recursos federais de custeio alocados em cada bloco de financiamento e explicitando os recursos próprios e os transferidos pela esfera estadual. Os gestores estaduais devem apresentar o *Termo do Limite Financeiro Global do Estado*, discriminando os recursos federais alocados, por bloco de financiamento.

¹⁰⁸ Introduzido a partir de 2007, pela Portaria nº 91/GM, de 10/01/2007, teve seu escopo ampliado pela inclusão de prioridades estabelecida pela Portaria nº 325/GM, de 21/02/2008. Contempla objetivos, indicadores e metas para as mais diversas áreas de atuação e para a gestão nos três níveis de governo. Em 2009, a Portaria nº 48/GM, de 12/01/2009, manteve o conteúdo instituído pelos dois instrumentos normativos anteriores.

recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional” (BRASIL, 2006, p. 19).

A proposta de regionalização do Pacto 2006 orienta a instituição das *Regiões de Saúde* a partir de recortes territoriais em espaços geográficos contínuos, organizados com o objetivo de garantir a prestação de ações e serviços da atenção básica e de “parte da média complexidade”, em quatro conformações possíveis: a) *intramunicipais*, por meio da constituição de “distritos de saúde” dentro de um mesmo município; b) *intraestaduais*, compostas por municípios territorialmente contíguos pertencentes a um mesmo estado; c) *interestaduais*, nas quais os municípios contíguos se encontram em estados diferentes; e d) *fronteiriças*, para os casos em que os municípios estejam situados em fronteiras com outros países. Além disso, estabelece a delimitação de *Macrorregiões de Saúde*, que vêm a ser arranjos territoriais que, agregando duas ou mais regiões, assumam a capacidade para o provimento das ações e serviços de alta complexidade e da “parte da média complexidade” que não seja ofertada no nível regional, propiciando a integralidade da assistência à saúde dentro de seus limites (BRASIL, 2006, p. 21-26).

É pressuposto que todos os municípios estejam capacitados para ofertar as ações e serviços da atenção básica¹⁰⁹ e as ações básicas de vigilância em saúde.¹¹⁰

Todas as demais ações – que o Pacto de Gestão denomina “complementares” – podem ser objeto de negociação entre os gestores municipais, a fim de proporcionar a

¹⁰⁹ De acordo com a Portaria MS nº 648/GM, de 28/03/2006: “A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.” A prática é desenvolvida em Unidades Básicas de Saúde, tendo como estratégia prioritária a atuação de equipes multiprofissionais que assumem a responsabilidade por essas ações para populações de territórios definidos – a estratégia de Saúde da Família –, buscando resolver os problemas de saúde mais frequentes.

¹¹⁰ A atuação dos municípios no Sistema Nacional de Vigilância em Saúde compreende uma série de atividades nas áreas de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, especificadas, principalmente, no art. 3º da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.172/GM, de 15/06/2004.

integralidade de acesso às suas populações. Desse modo, espera-se que as regiões de saúde sejam delimitadas a partir do entendimento entre os gestores estaduais e municipais, consubstanciado nas deliberações das CIBs (e da CIT, apenas no caso de regiões fronteiriças). Não há ponto de corte predefinido para o nível assistencial a ser disponibilizado, de forma que as CIBs têm autonomia para definir as ações e serviços oferecidos em cada Região, recomendando-se, somente, a “suficiência em atenção básica e parte da média complexidade”.

Para operacionalizar o planejamento e a gestão nessas figuras regionais, o Pacto 2006 institui o *Colegiado de Gestão Regional* (CGR). Os CGRs foram concebidos para funcionar como instâncias deliberativas semelhantes às CIBs, diferenciando-se pela abrangência, restrita às regiões sanitárias, e pela obrigatoriedade da participação de todos os gestores municipais envolvidos nas regiões.¹¹¹ A gestão e o processo decisório referentes às regiões de saúde devem, portanto, ser realizados conjuntamente pelas esferas estaduais e municipais no âmbito dos CGRs, de forma “solidária e cooperativa” e “sendo as suas decisões sempre por consenso”, pois, segundo publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 28):

O diálogo, a parceria, a cooperação e a solidariedade compõem a base que permitirá ao SUS enfrentar os inúmeros desafios inerentes aos processos de gestão loco-regionais, fomentando a co-gestão. Mais importante que resultados isolados é o fortalecimento da prática coletiva, do planejamento e da gestão capaz de integrar as necessidades e as soluções mais convenientes às Regiões de Saúde.

¹¹¹ Identificando a existência de prévia de colegiados regionais, até então não formalizados, funcionando por representação dos gestores municipais (nos mesmos moldes das CIBs) o Pacto de Gestão (Portaria nº 399/GM, de 22/02/2006, anexo II) define: “Nas CIB regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da Região de saúde, deve ser pactuado um cronograma de adequação, com o menor prazo possível, para a inclusão de todos os gestores nos respectivos colegiados de gestão regionais”.

Dessa forma, compostos por todos os gestores municipais de saúde e por representantes dos gestores estaduais, os CGRs passam a ser instância política fundamental para a implantação da proposta de regionalização do Pacto pela Saúde. Diante dos objetivos formalizados pelo Pacto 2006 e da necessidade de operacionalizar o federalismo cooperativo no âmbito sanitário, esses colegiados representam instrumentos de negociação política indispensáveis para ultrapassar os constrangimentos inerentes à estrutura federativa brasileira.

3.2 A ESTRUTURA FEDERATIVA DO FINANCIAMENTO DO SUS

O Sistema Único de Saúde exige para sua efetivação um modelo de financiamento público que garanta suficiência e estabilidade de recursos aliadas a uma forte capacidade redistributiva entre os entes federados, estabelecendo um regime específico de federalismo fiscal no âmbito sanitário.

A estrutura federativa do financiamento do SUS está fundamentada na instituição do Orçamento da Seguridade Social – OSS (C.F., art. 195), que instaura um mecanismo de composição conjunta da base de financiamento das três áreas que constituem a seguridade social (saúde, previdência e assistência social) com a participação dos três níveis de governo. No processo constituinte, a preocupação com a estabilidade das fontes de financiamento para o SUS justificou a inclusão do artigo 55 no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), determinando a destina-

ção de, no mínimo, 30% do OSS para o setor saúde até a edição da primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).¹¹²

Entretanto, logo no início do funcionamento do SUS, a partir de 1990, a opção original pela não vinculação definitiva – pressupondo adequações anuais nas edições das LDOs – mostrou-se incapaz de prover os recursos necessários à construção do sistema de saúde universal. Houve uma crescente captura de receitas pela Previdência Social, acarretando escassez e instabilidade dos aportes da esfera federal para o financiamento do SUS, que culminou com a total suspensão dos repasses ao Ministério da Saúde em 1993.¹¹³

Com a perda dos recursos originários da folha de salários, que até então representavam importante fonte de receitas para a área de saúde, o financiamento do SUS passou a depender de outros recursos do Tesouro Nacional, disputando com outras áreas a participação em diferentes fontes, especialmente de contribuições sociais. Além disso, a ausência de definições para a participação dos governos estaduais e municipais contribuía para a irregularidade e debilidade do financiamento da saúde e deixava todas as pressões para aumento dos recursos do setor sobre a União (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007).

A instabilidade do financiamento do SUS prosseguiu durante grande parte do seu primeiro decênio. A despeito do crescimento da arrecadação das contribuições sociais, a estratégia centralizadora adotada pelo governo federal para o ajuste fiscal – desvinculando receitas por meio do Fundo Social de Emergência (FSE), em 1994 e

¹¹² O art. 55 do ADCT dispõe: “Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde”.

¹¹³ Em 1993, o governo federal desconsiderou a determinação da LDO que estabelecia o repasse de 15,5% do produto da arrecadação das contribuições de empregados e empregadores para o financiamento da saúde. Naquele ano, para a manutenção de suas atividades mínimas, o Ministério da Saúde foi obrigado a recorrer a empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), que é vinculado ao Ministério do Trabalho. Cf. MARQUES e MENDES, 2005, p. 165.

1995, e do Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), de 1996 a 1999 – penalizou fortemente a área da saúde, que carecia de outras fontes de recursos, e reduziu as receitas disponíveis para os estados e municípios no momento em que os governos subnacionais esboçavam ampliar sua participação no setor. A mobilização política liderada pelo Ministro da Saúde na busca de resolver essa situação resultou na criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF),¹¹⁴ implantada em 1997, cujo produto da arrecadação, a princípio, deveria ser integralmente destinado ao Fundo Nacional de Saúde. Todavia, a incorporação dos recursos arrecadados pela CPMF foi praticamente neutralizada pela redução da participação de outras fontes da seguridade no financiamento da saúde, como a Cofins e a CSLL, refletindo a continuidade do avanço do setor previdenciário (DAIN, 2007).¹¹⁵

Esse período coincidiu com o momento em que o Ministério da Saúde intensificou o processo de descentralização em direção aos municípios, delineando a dinâmica do federalismo sanitário brasileiro. O modelo de indução assumido pela esfera federal modificou significativamente o padrão de redistribuição federativa previsto originalmente: em vez dos repasses globais, regulares e automáticos, deu-se preferência às transferências vinculadas com o objetivo de incentivar o desenvolvimento de programas específicos definidos pelo Ministério da Saúde, privilegiando a relação direta entre o nível federal e o municipal. Essa estratégia praticamente não teve função redistributiva, pois, ao reproduzir a lógica de remuneração da capacidade instala-

¹¹⁴ A CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos de Natureza Financeira) foi instituída pela Lei nº 9.311, de 24/10/1996, com alíquota de 0,20%. Credita-se a aprovação desse tributo no Congresso Nacional ao empenho do então ministro Adib Domingos Jatene.

¹¹⁵ A CPMF foi sucessivamente prorrogada até sua extinção ao final de 2007 e teve sua alíquota aumentada de 0,25% a 0,38% (essa maior alíquota foi a que vigorou por mais tempo). A partir de 1999, deixou de ser fonte exclusiva para a saúde, passando a participar do financiamento da Previdência Social; e em 2001, passou a financiar também o Fundo de Combate à Pobreza. Cf. RIBEIRO, PIOLA e SERVO, 2007, p. 25.

da dos municípios – excetuando a atenção básica a partir da NOB/96 –, favoreceu a alocação de recursos federais para as regiões mais desenvolvidas (UGÁ et al., 2003).

Nesse sentido, a estrutura federativa do financiamento da saúde integrou o modelo de descentralização de políticas públicas operado no Estado brasileiro durante a década de 1990. Assumiu-se a concentração da autoridade política na esfera federal em detrimento dos gestores estaduais, utilizando as transferências intergovernamentais condicionadas como instrumento para a municipalização. Os recursos do SUS passaram a representar importante fonte regular de receita orçamentária para muitos municípios, intensificando a dependência prévia dos governos locais aos repasses federais. Acrescente-se que os governos estaduais, que atravessavam relevante crise financeira, tiveram, na média, participação muito tímida na composição do financiamento setorial, pouco contribuindo com recursos próprios e efetuando poucas transferências para os municípios (LIMA, 2006), o que reforçou o desequilíbrio da dinâmica federativa no âmbito sanitário.

Passados esses primeiros dez anos do SUS, o financiamento da saúde teve uma alteração de grande relevância, particularmente no que diz respeito às relações federativas. A aprovação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (EC 29),¹¹⁶ representou o resultado de aproximadamente sete anos de negociação no Congresso Nacional, período em que, após várias propostas e reformulações, a vinculação constitucional de recursos das três esferas de governo foi aceita como a melhor alternativa para assegurar a estabilidade de receitas para o setor saúde. A EC 29 determina que as ações e serviços públicos de saúde devem ser financiados com recursos mínimos alocados por todos os entes federados, calculados sobre as receitas tributárias pró-

¹¹⁶ Simbolicamente, a promulgação de Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000, ocorreu na mesma semana em que a Lei nº 8.080/1990 completaria dez anos.

prias somadas às transferências constitucionais dos estados (deduzidas as transferências aos municípios), dos municípios e do DF, a partir de percentuais definidos por lei complementar, que também deve fixar a base de cálculo para a participação da União e os critérios de rateio interfederativo dos recursos. Na ausência dessa lei complementar, a EC 29 estabeleceu dispositivo transitório (C.F., ADCT, art. 77) que obriga a União a aplicar anualmente o montante alocado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB¹¹⁷ e os estados e municípios a alocarem, respectivamente, o mínimo de 12% e 15% das receitas definidas.¹¹⁸

Assinale-se que, ao dar um tratamento diferenciado à União, vinculando o financiamento federal à variação do PIB em vez de à arrecadação tributária, a EC 29 praticamente “congelou” a participação da esfera federal no patamar do ano 2000, repassando aos estados e municípios a responsabilidade pelo aumento dos recursos destinados à saúde (Tabela 1).

Dissociou-se, assim, o financiamento da saúde das receitas provenientes das contribuições sociais, que continuaram elevando sua participação relativa na carga tributária nos primeiros anos da década de 2000, com um aumento de arrecadação superior ao PIB. Por isso, apesar de ter havido importante crescimento da arrecada-

¹¹⁷ A definição do valor a ser aplicado pela União no primeiro ano da vigência da EC 29 provocou um embate interno no Executivo Federal. Depois de estabelecido um acréscimo mínimo de 5% em relação ao empenhado, o Ministério da Saúde defendia que o ano base seria o próprio ano de 2000, enquanto o Ministério da Fazenda sustentava que o cálculo deveria ser feito sobre o montante empenhado no exercício financeiro de 1999. Essa interpretação era importante porque serviria de base para os valores dos anos seguintes. Como prevaleceu a interpretação do Ministério da Fazenda, a Saúde recebeu R\$ 1,19 bilhão a menos já no orçamento de 2001. O debate acerca das distintas interpretações da EC 29 tem prosseguido, permanecendo a discussão sobre se deve ser utilizada “base fixa” (o percentual de variação do PIB nominal é aplicado sobre o valor mínimo de recursos calculado para o ano anterior) ou “base móvel” (o percentual de variação do PIB nominal é aplicado sobre o volume de recursos executado no ano anterior, exceto quando for inferior ao piso calculado) para a previsão anual da participação da esfera federal no financiamento da saúde. Cf. MARQUES e MENDES, 2005, p. 166-167 e RIBEIRO, PIOLA e SERVO, 2007, p. 28-31.

¹¹⁸ Definiu-se o percentual mínimo de 7% para todos os governos subnacionais para o ano de 2000, com aumento progressivo até o exercício financeiro de 2004, quando deveria ser alcançado o mínimo de 12% para os estados e de 15% para os municípios (C.F., ADCT, art. 77, § 1º).

ção da União nesse período, não houve um aumento significativo no gasto federal em saúde (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007).

Tabela 1 – Despesas com ações e serviços públicos de saúde (em R\$ bilhões correntes) financiadas com recursos próprios e respectivos percentuais em relação ao PIB, por esfera de governo – 2000 a 2007

Ano	Federal		Estadual		Municipal		TOTAL	
	Despesa	% do PIB	Despesa	% do PIB	Despesa	% do PIB	Despesa	% do PIB
2000	20,35	1,73%	6,31	0,54%	7,37	0,62%	34,04	2,89%
2001	22,47	1,73%	8,27	0,64%	9,29	0,71%	40,03	3,07%
2002	24,74	1,67%	10,31	0,70%	12,02	0,81%	47,07	3,18%
2003	27,18	1,60%	12,22	0,72%	13,63	0,80%	53,03	3,12%
2004	32,70	1,68%	16,68	0,86%	16,59	0,85%	65,98	3,40%
2005	37,15	1,73%	19,28	0,90%	20,26	0,94%	76,69	3,57%
2006	40,75	1,72%	22,42	0,95%	23,67	1,00%	86,84	3,66%
2007	44,30	1,73%	25,88	1,01%	27,41	1,07%	97,59	3,81%

FONTE: Elaboração própria com base em dados retirados de CONASS, 2009, p. 54-55

De fato, a aplicação da regra transitória da EC 29 nos primeiros anos após sua aprovação permitiu um maior comprometimento dos governos subnacionais com o financiamento do SUS, o que reforçou a importante mudança no perfil federativo desse financiamento que vinha sendo verificada desde meados da década de 1990. A participação da esfera federal no gasto total em saúde, que antes da descentralização oscilava em níveis sempre superiores a 70% (UGÁ; SANTOS, 2006) e já declinara para níveis em torno de 60% em 2000, acelerou sua trajetória descendente, alcançando 45,4% em 2007, como mostram os dados da Tabela 1. Nesse mesmo período (de 2000 a 2007), a participação estadual subiu de 18,5% para 26,5% e a participação municipal subiu de 21,5% para 28,1%. Ou seja, o crescimento proporcional do gasto em saúde verificado desde a promulgação da EC 29 foi exclusivamente devido à maior participação dos estados e municípios (DAIN, 2007).

A distribuição desses gastos em ações e serviços públicos de saúde é bastante heterogênea, refletindo as profundas desigualdades regionais presentes na federação brasileira. É possível ter uma noção dessa heterogeneidade já no primeiro nível de desagregação dos dados, pelas grandes Regiões, como explicitado na Tabela 2, que apresenta os dados referentes a 2006.

Tabela 2 – Despesas por habitante (em R\$) com ações e serviços públicos de saúde financiadas com recursos próprios, por esfera de governo, segundo Região – 2006

Região	Federal	Estadual	Municipal	TOTAL
Norte	129,79	169,82	87,51	387,13
Nordeste	147,69	79,82	85,29	312,90
Sudeste	161,88	112,05	161,55	435,48
Sul	166,10	82,37	130,61	379,08
Centro-Oeste	143,86	147,64	101,60	393,10
BRASIL	218,18	106,01	128,13	449,93

FONTE: Elaboração própria a partir de dados obtidos no SIOPS/MS (SIOPS, 2008)

A disparidade do gasto *per capita* em saúde entre o menor (Região Nordeste) e o maior (Região Sudeste) chega a aproximadamente 40%. Há um padrão de participação predominantemente federal, que se reproduz em todos os estados das Regiões Nordeste, Sul e Centro-Oeste (nesta última o valor estadual está artificialmente elevado por conta do DF, mas nas demais UFs predominam os recursos federais). A Região Norte conta com uma participação proporcionalmente forte dos governos estaduais e uma pequena participação dos governos municipais (padrão verificado em todos os estados dessa Região com exceção do Pará, que tem uma participação estadual inferior à federal). Vale notar que a Região Sudeste é a única em que a participação dos governos municipais já se equivale à da esfera federal (São Paulo é a única

UF em que a participação dos municípios supera a do governo federal e se torna a esfera de governo com maior participação no financiamento setorial) (SIOPS, 2008).

Essas grandes diferenças se reproduzem tanto no interior da cada Região, entre os estados, como em cada UF, entre os municípios, mas a abordagem desse tema exige uma minuciosa análise financeira que foge ao escopo deste trabalho. Por ora, cabe apontar que a existência dessas desigualdades afasta qualquer possibilidade de estudar a participação das esferas de governo no financiamento da saúde como se os governos subnacionais fossem entidades homogêneas.

Outro fator importante na estrutura federativa do financiamento do SUS é a composição desses recursos.

Ribeiro, Piola e Servo (2007) mostram a ausência de um padrão estável no que diz respeito à participação relativa das diferentes fontes de financiamento federal do setor saúde, evidenciando, no entanto, que desde 2000 tem havido flutuações menos pronunciadas, com a consolidação das contribuições sociais como responsáveis pela maior parcela dos recursos.

Ugá e Santos (2006), analisando dados de 2002, demonstraram que as principais fontes de financiamento do SUS foram: as contribuições sociais (Cofins, CPMF e CSLL), utilizadas na participação direta da União; o IR e o IPI, usados pelos estados e municípios a partir das transferências federais (FPE e FPM); o ICMS, de competência estadual e também utilizado pelos municípios (cota-parte de 25%); ISS e IPTU, de competência municipal. Cabe ressaltar que houve importantes mudanças desde 2002, principalmente pela queda da participação do governo federal (na época ainda na faixa dos 58%) e pelo fim da CPMF,¹¹⁹ que representava 23,74% dos recur-

¹¹⁹ A CPMF foi extinta em 31/12/2007 e até o momento da elaboração deste trabalho ainda não há dados sobre o impacto da perda dessa receita sobre o financiamento da saúde.

tos públicos destinados à saúde naquele ano. Contudo, o estudo mostrou uma diferença relevante nas fontes dos estados e municípios: dos recursos destinados pelos governos estaduais para a saúde, 70% provinham da própria base de arrecadação (ICMS e IPVA); os governos municipais tiveram o comportamento inverso, pois praticamente os mesmos 70% dos recursos utilizados foram provenientes de transferências (FPM, ICMS e IPVA), e proporcionalmente poucos recursos vieram dos tributos de competência própria (ISS e IPTU).

Embora seja necessário considerar a grande variabilidade no que diz respeito a essas fontes, é possível notar a partir desses dados que o modelo de descentralização fiscal do federalismo brasileiro condiciona a participação das esferas de governo no financiamento do SUS (LIMA, 2007). Enquanto os municípios têm a possibilidade de diversificar as fontes de recursos, por disporem de uma grande parte de suas receitas provenientes de transferências – muitos dos quais são dependentes dessas transferências –, os estados têm menor margem de utilização dessa modalidade de receita, por estar em grande medida comprometida com os próprios repasses aos municípios. Isso acaba restringindo a capacidade de ampliação do gasto em saúde dos estados a partir de receitas próprias, uma vez que sua receita fiscal disponível é menor que sua arrecadação (AFONSO, 2007). Como concluiu Dain (2007, p. 1856):

Pode-se dizer que o modelo de descentralização de viés municipalista da Saúde se reproduz no plano das relações fiscais intergovernamentais, transmitindo ao pacto federativo do SUS a fragilidade fiscal dos estados brasileiros e a corrosão de sua base vinculável, nos termos da EC 29.

A União, por sua vez, utiliza fundamentalmente a receita não partilhada das contribuições sociais, de onde provém grande parte de sua arrecadação.

4 A REGIONALIZAÇÃO NO FEDERALISMO SANITÁRIO BRASILEIRO

4.1 AS ESFERAS DE GOVERNO NA REGIONALIZAÇÃO DO SUS

As implicações da estrutura política do federalismo sanitário, sobretudo no âmbito das relações intergovernamentais, são decisivas para a configuração da regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). A fim de proceder à análise dessa dimensão, incorporam-se elementos de pesquisa empírica ao presente estudo.¹²⁰

O processo de regionalização da saúde é caracterizado segundo concepções expressas por atores políticos, que representam as perspectivas das três esferas federativas, a partir de entrevistas realizadas utilizando um instrumento contendo questões semiestruturadas (Anexo A).

A perspectiva da esfera *federal* está representada pelo o diretor do *Departamento de Apoio à Descentralização* da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

A perspectiva da esfera *estadual* está representada pelo presidente do *Conselho Nacional de Secretários de Saúde* (Conass).

A perspectiva da esfera *municipal* está representada pelo presidente do *Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde* (Conasems).

¹²⁰ O material utilizado integra a pesquisa *A Regionalização no SUS: a dinâmica socioespacial e política brasileira*, realizada pelo Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec), sob a coordenação do Prof. Dr. Paulo Eduardo Elias (Edital MCT/CNPq/SCTIE-DECIT-MS nº 037/2004. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Ministério da Ciência e Tecnologia).

A escolha dos entrevistados justifica-se pela relevância de suas posições políticas e pela condição privilegiada que detêm na participação do debate e da implementação da regionalização da saúde nas respectivas esferas de governo. O representante da esfera federal dirige o departamento responsável pela condução da regionalização no Ministério da Saúde e os representantes das esferas estadual e municipal têm papel fundamental no processo político das relações interfederativas, pois, como concluem Cohn e Elias (2005, p. 200):

Na ausência de estruturas intermediárias entre os municípios e o governo estadual, e entre este e o governo federal, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) emergem crescentemente como atores políticos de peso no processo de negociação da descentralização da saúde. [...] sobretudo a partir desta década, eles passaram a assumir cada vez mais o papel de instâncias privilegiadas de negociação política entre as esferas nacional e subnacionais.

O foco de análise das entrevistas é a percepção dos conflitos e dos incentivos à cooperação entre esferas de governo decorrentes do sistema federativo brasileiro e seus efeitos sobre a dinâmica técnica e política na implementação da regionalização. São identificados elementos políticos e institucionais convergentes e divergentes entre os gestores a fim de compreender de que forma o processo de regionalização da saúde é condicionado pelo arcabouço institucional do SUS e pelos interesses políticos decorrentes da estrutura federativa brasileira.

4.1.1 Síntese descritiva das entrevistas com representantes das esferas de governo

A formação e a trajetória profissional dos representantes das esferas de governo são similares. Os três possuem formação universitária e pós-graduação na área

de saúde, ocupam os atuais cargos pelo período de uma gestão e têm experiência predominante no setor público (em relação à iniciativa privada), nas diferentes esferas de governo. Os três referem que tiveram participação ativa nas discussões e elaborações de propostas de descentralização e regionalização nas Normas Operacionais Básicas (NOBs), na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) e no Pacto pela Saúde 2006.

Os três atores políticos relatam a presença de discussões sobre as propostas de regionalização nas instâncias que participam. O representante da esfera federal relata que no Ministério da Saúde as propostas de regionalização têm sido discutidas no contexto do Pacto pela Saúde como instrumento de descentralização política e administrativa, pois acredita que “não cabe mais ao Ministério” definir normas de abrangência nacional que contenham uma “predefinição de recortes territoriais”, como foi feito na NOAS. O representante da esfera estadual refere que no Conass as propostas vêm sendo discutidas “de maneira suprapartidária” e enfatiza aspectos relacionados ao processo político com intuito de construir acordos entre os gestores do sistema. O representante da esfera municipal ressalta os aspectos políticos e administrativos do Pacto pela Saúde 2006 que, diferentemente da NOAS, “pretende ser uma discussão não imposta” e refere que o Conasems “sempre defendeu um protagonismo importante dos gestores municipais” no processo de descentralização da gestão sanitária.

Questionados quanto à existência de consenso nas discussões sobre regionalização nas respectivas instâncias, os atores políticos relatam tensões entre os níveis federativos. O representante da esfera federal percebe a inexistência de consenso tanto nas discussões ocorridas no interior do Ministério da Saúde quanto naquelas em que fazem parte as demais esferas do governo e atribui esse fato à presença de inte-

resses políticos distintos dos estados e dos municípios – representados pelas posições do Conass e do Conasems. Acredita que as principais tensões provêm da “necessidade de controle” das ações pelo Ministério da Saúde, como resultado do papel indutor exercido pelo nível central. O representante da esfera estadual compreende que há consenso nas deliberações da CIT, mas não faz menção às discussões no Conass. O representante da esfera municipal relata não haver consenso pelo fato de que o processo de municipalização é defendido predominantemente pelos próprios gestores municipais e pondera que, no geral, os municípios receberam atribuições no processo de descentralização sanitária, mas não têm condições materiais para fazer frente às responsabilidades adquiridas.

No que se refere à consideração das particularidades das distintas regiões do país no processo de regionalização da saúde, o representante da esfera federal expressa sua impressão de que esse aspecto “vem melhorando” e acredita que deva haver diferenciação dos parâmetros de financiamento fundamentada em particularidades socioeconômicas, mencionando propostas de valores diferentes do PAB dependendo das necessidades de cada região (“maiores transferências para as áreas mais pobres”). Os representantes das esferas estadual e municipal apresentam opiniões concordantes, acreditando ser o Pacto um importante instrumento para a redução das desigualdades regionais. Para ambos, o Pacto dá condições políticas aos gestores para fazerem acordos regionais e locais, possibilitando adequações às particularidades.

Sobre as experiências de regionalização nas distintas regiões nacionais, nenhum dos atores políticos refere especificamente experiências bem-sucedidas. Os representantes das esferas estadual e municipal compreendem que os atributos necessários para isso estejam relacionados a uma conjuntura favorável de fatores políticos,

como a presença de boa relação entre secretaria estadual e secretarias municipais. O presidente do Conasems menciona brevemente “algumas experiências um pouco mais adequadas dos consórcios de saúde, [em que] algumas regiões conseguiram se articular por meio de consórcios para resolver problemas de assistência”, mas não chega a especificar alguma experiência.

Em relação à presença de perfis distintos de regionalização para as diversas regiões do país, o representante da esfera federal acredita que não há esse tipo de distinção, uma vez que, na sua concepção, os “desenhos” básicos são definidos pelos PDRs de acordo com os parâmetros estabelecidos pela NOAS (microrregião, macrorregião, módulo, etc.). O representante da esfera estadual crê que nas Regiões Norte e Nordeste os gestores enfrentem grandes dificuldades pelo fato de terem “uma população SUS-dependente [sic] bem maior”, mas se diz incapaz de especificar distinções em relação às demais Regiões. O representante da esfera municipal também pressupõe a existência de perfis distintos de regionalização e refere não saber enumerar as diferenças.

A respeito das diferenças no processo de regionalização da saúde segundo as particularidades dos municípios envolvidos, os pontos de vista dos três atores políticos são diversos. O representante da esfera federal aponta o porte populacional como o aspecto mais relevante a ser considerado, sobretudo para as definições de financiamento, e julga não haver distinção relacionada aos indicadores econômicos e sociais dos municípios. Para o representante da esfera estadual, o elemento da maior importância para essa diferenciação é a capacidade instalada na rede de assistência à saúde, condicionada pelas condições econômicas e sociais, independentemente do porte populacional dos municípios, pois, na sua visão, “a população vai aonde tem oferta [de

serviços]”. O representante da esfera municipal, de maneira semelhante, concebe que haja maior diferenciação relacionada aos indicadores econômicos e sociais e, em especial, à capacidade instalada na rede dos municípios.

Ao avaliarem o processo de regionalização da saúde no Brasil, os três atores políticos concordam que o principal elemento facilitador é a “vontade política” para sua efetivação. O representante da esfera federal menciona a existência de uma “agenda política tripartite que define a regionalização como eixo estruturante da relação intergestores” e acrescenta que o Ministério da Saúde tem procurado se aproximar de outros ministérios na busca de integrar o processo de regionalização sanitária a outras políticas regionais. O representante do Conass refere que a definição das responsabilidades de cada nível de governo “é muito clara [no Pacto 2006]” e acredita que isso deve facilitar a regionalização. O representante do Conasems considera que os gestores de todas as esferas estão constatando a importância da regionalização e que esse deve ser o principal elemento facilitador do processo.

Quanto aos obstáculos para a regionalização da saúde, os três atores políticos mencionam dificuldades de diversas ordens. O representante do Ministério da Saúde aponta a presença de dificuldades administrativas dos municípios de pequeno porte (“porque sem escala não tem acesso”), a baixa qualificação técnica dos gestores, as desigualdades econômicas regionais e a “baixa integração” entre as três esferas do governo como principais óbices ao processo. O representante da esfera estadual considera o “subfinanciamento da saúde” como o principal obstáculo para a regionalização, pois a baixa disponibilidade de recursos ocasiona dificuldades para racionalizar a rede de serviços e, além disso, assinala a presença de um “custo político” do processo, decorrente da perda do controle de serviços por alguns gestores (“gera uma

perda de poder”). O representante da esfera municipal sintetiza sua concepção acerca dos obstáculos à regionalização argumentando que são provenientes da própria estrutura federativa brasileira no âmbito sanitário, na medida em que “a legislação dá poder para o município e para o estado na deliberação das políticas de saúde, não dá poder para a região”.

Em referência ao processo de regionalização nas regiões metropolitanas, os representantes das esferas federal e estadual expõem visões bastante semelhantes, ambos destacando que a insuficiência da capacidade instalada e baixa capacidade de regulação do acesso repercutem em dificuldades na organização da rede assistencial e na racionalização dos serviços, e não identificam potencialidades para regionalização da saúde nessas regiões. O presidente do Conass lembra ainda da dificuldade de organização da atenção primária nos grandes centros urbanos, pois a população tende a “se concentrar nas portas dos hospitais” e os profissionais não foram formados para atuar nesse sistema, o que ocasiona “gastos desnecessários” e “desorganização da demanda”. O representante da esfera municipal enfatiza outro aspecto, assinalando que a relação de concorrência entre municípios constitui-se num importante entrave ao processo de regionalização da saúde, mas acredita que a necessidade de solucionar os diversos problemas que afetam vários municípios (“violência e problemas sociais nas periferias urbanas”) pode representar uma potencialidade para o planejamento regional, criando “uma cultura de união de atores sociais e políticos para pensar a região, não apenas o município”.

Acerca do envolvimento dos municípios de pequeno e médio porte no processo de regionalização da saúde os três atores políticos expressam concepções bastante similares. Todos acreditam que a reduzida incorporação tecnológica desses municí-

pios se manifesta na insuficiência de capacidade instalada na rede assistencial mesmo para as ações para as quais teriam escala para prover, o que mantém a dependência em relação aos municípios de grande porte. O representante da esfera federal observa que os municípios de médio porte apresentam a potencialidade de estruturar a assistência em média complexidade.

Os três atores políticos são unânimes ao referir que há cooperação nas relações intergovernamentais do SUS no âmbito da CIT e das CIBs. O representante do Ministério da Saúde destaca a importância dos conselhos representativos – Conass e Conasems – para a cooperação com a esfera federal. O representante da esfera estadual acrescenta que há cooperação nas atividades de capacitação e de educação permanente. O representante da esfera municipal afirma que há “uma permanente construção de cooperação entre as esferas de governo”.

No que tange ao relacionamento político entre os gestores no processo de regionalização, os três atores políticos relatam que há oscilações determinadas pelas circunstâncias políticas, mas têm diferentes percepções acerca dessa dinâmica. O representante da esfera federal ressalta que, no Ministério da Saúde, tem surgido a necessidade de “repensar a lógica de delinear diretrizes nacionais para não subordinar tanto a ação dos gestores estaduais e municipais” e vê uma tendência de descentralização do processo decisório. O representante da esfera estadual salienta que, apesar das variações relacionadas aos diversos momentos políticos, é possível identificar um esforço crescente para a cooperação. O representante da esfera municipal atenta para a presença de conflitos políticos, sobretudo entre os gestores estaduais e os gestores municipais, quando as decisões envolvem transferências de recursos e gestão de prestadores (“o SUS não superou totalmente esses problemas”) e observa uma pro-

pensão para a institucionalização de mecanismos de fiscalização e controle a fim de amenizar esses conflitos, pois acredita que “são inevitáveis, mas é preciso que haja mecanismos institucionalizados para evitar que predominem” (menciona as transferências “fundo a fundo” como um desses mecanismos, argumentando que diminuem a possibilidade dos governantes “transferirem mais recursos aos prefeitos ligados ao seu campo político partidário”).

Para os representantes das esferas federal e municipal, o financiamento é o tema no qual a cooperação intergovernamental é mais dificultada. O presidente do Conasems refere que “os governos estaduais são um pouco resistentes a financiar a assistência” e cita como exemplo as dificuldades enfrentadas no financiamento da Atenção Básica, referindo que “há resistência por parte de alguns estados [de participarem], pois acham que é responsabilidade apenas do município”. O presidente do Conass, por sua vez, acredita que as maiores dificuldades para a cooperação intergovernamental estão relacionadas às atividades de avaliação e controle desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (Sistema Nacional de Auditoria – SNA).

Os atores políticos não têm muita clareza quanto às circunstâncias facilitadoras desse relacionamento intergovernamental. Os representantes das esferas estadual e municipal não identificam temas em que a cooperação é facilitada. O representante da esfera federal refere genericamente que “os trabalhos de promoção e vigilância estão fluindo melhor”.

Ainda sobre o desenvolvimento das relações intergovernamentais para a gestão do SUS, há consenso entre os representantes das três esferas de governo quanto ao papel do governo federal. Os três atores políticos identificam como função do ní-

vel central, representado pelo Ministério da Saúde, desempenhar a coordenação e a indução as políticas de saúde, operando por meio do financiamento.

Em relação ao papel dos governos estaduais, os atores políticos não reconhecem especificidades, acreditando, como diz o representante do Ministério da Saúde, que “têm uma função parecida com a do governo federal para a dimensão da política estadual”. O presidente do Conass ressalta que os estados devem exercer as funções de condução política, financiamento, controle e avaliação em relação aos municípios. O presidente do Conasems acredita que os governos estaduais tiveram o escopo de atuação reduzido e que deveriam ampliar sua ação, desempenhando suas funções de “cooperação técnica, cooperação financeira, articulação da assistência no âmbito da região e regulação”, e considera que a implantação do Pacto pela Saúde 2006 traz “a oportunidade dos estados recuperarem esse papel”.

Há concordância também entre os atores políticos no que se refere ao papel dos municípios no desenvolvimento das relações intergovernamentais para a gestão do SUS: cooperar entre si e com os estados, considerando que os municípios são os principais executores das ações e serviços de saúde.

Ao serem indagados sobre o que precisa ser alterado ou aprimorado para facilitar o relacionamento entre os gestores no SUS, os atores políticos enfocam pontos distintos. O representante da esfera federal sugere a melhoria dos mecanismos de financiamento, citando a necessidade de regulamentação da EC 29, e a articulação dos gestores com os instrumentos de participação popular. O representante da esfera estadual destaca a necessidade de uma melhor capacitação dos gestores. O representante da esfera municipal acredita que a melhor maneira de aprimorar essa relação seja a partir de uma definição mais clara das responsabilidades dos gestores, feita por eles

próprios em um processo de negociação, e menciona os Colegiados de Gestão Regional (CGRs) como “um caminho muito interessante” para essa finalidade.

A respeito da participação das instâncias de representação política no desenvolvimento das relações intergovernamentais, a concepção dos atores políticos sugere que os conselhos municipais e estaduais de saúde têm participação muito discreta nesse processo. Todos acreditam que os conselhos devem desempenhar fundamentalmente atividades de fiscalização e controle e que mesmo para essas atividades ainda há muita limitação. Quanto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), a impressão geral dos atores políticos é a de que essa instância deva se concentrar na discussão de temas abrangentes, conduzindo o processo deliberativo das políticas nacionais, e que tenha pouca participação no desenvolvimento das relações intergovernamentais. O representante do Ministério da Saúde relata que há “um relacionamento de tensão” entre o CNS e a CIT, descrevendo a existência de uma disputa política em torno das deliberações realizadas por essas instâncias.

A participação das comissões intergestores é vista de modo distinto pelos representantes das três esferas de governo. O representante da esfera federal acredita que as CIBs e a CIT devam restringir sua atuação a definições de caráter operacional, subordinando-se às deliberações do CNS. Ambos os representantes das esferas estadual e municipal percebem as CIBs como espaços importantes de democratização e de negociação no processo político, mas o presidente do Conasems acredita que haja preponderância dos interesses estaduais em detrimento dos interesses municipais e expressa sua impressão de que as CIBs são frequentemente utilizadas para o exercício do poder político das secretarias estaduais. Quanto ao papel da CIT, os representantes das esferas subnacionais também concordam que seja semelhante ao das CIBs,

num nível mais abrangente. O presidente do Conasems destaca a importância da CIT para evitar a excessiva centralização do processo decisório no Ministério da Saúde.

Sobre o papel do Ministério da Saúde no processo de promoção das relações intergovernamentais entre os governos subnacionais, os três atores políticos compreendem de maneira convergente que a instância federal exerça a indução das ações e políticas, incentivando e conduzindo a articulação entre os entes. O representante da esfera federal cita a necessidade de atuação do Ministério da Saúde nas atividades que estão além do SUS e ressalta que o Pacto 2006 modificou a relação do Ministério com as esferas subnacionais na medida em que passa a “assinar um termo de compromisso” e a “prestar contas ao Conselho Nacional”, assim como ocorre com os governos estaduais e municipais. O presidente do Conasems destaca que, além do papel indutor, o Ministério da Saúde deve ter a responsabilidade de definir a repartição de atribuições entre as esferas de governo e de estabelecer os mecanismos de relacionamento intergovernamental. Os três atores políticos concordam que não há beneficiamento de uma das esferas de governo subnacional em detrimento da outra.

No que se refere ao relacionamento do Ministério da Saúde com os estados, o representante da esfera federal relata que tem sido bem desempenhado, sobretudo nas áreas de vigilância, de gestão do trabalho e na atenção básica, e considera que pode ser aprimorado a partir da diferenciação de acordo com as prioridades de cada estado. O representante da esfera estadual acredita que não haja um tema específico no qual o Ministério da Saúde se relacione melhor com os estados, pois percebe esse relacionamento como sendo ditado pelas circunstâncias políticas, e crê que pode ser aprimorado por uma maior “conscientização política” dos gestores. O presidente do Conasems também não identifica uma área específica em que o Ministério da Saúde

se relacione melhor com os estados e julga que o aprimoramento dessa relação passe pela melhoria nos mecanismos de financiamento (“me parece que é indispensável o cumprimento da EC 29”) e por uma definição mais clara das competências que cabem às esferas federal e estadual no Pacto pela Saúde 2006.

A respeito do relacionamento do Ministério da Saúde com os municípios os representantes das três esferas de governo expressam diferentes opiniões. O representante da esfera federal acredita que essa relação seja bem desempenhada nas mesmas áreas que menciona para os estados (vigilância, gestão do trabalho e atenção básica) e que para aprimorá-la o Ministério deve melhorar “o acompanhamento e a qualificação da implantação das políticas” efetivadas pelos municípios. O representante da esfera estadual assinala a atenção básica como a melhor área de relacionamento do Ministério da Saúde com os municípios e supõe que, para o aprimoramento dessa relação, o Ministério deva reforçar a realização das ações em consonância com a repartição de competências definida no ordenamento do SUS. O representante da esfera municipal não menciona áreas de melhor relacionamento, mas destaca a necessidade de maior “apoio técnico e financeiro para [os municípios] poderem exercer seu papel executor na atenção básica”.

Finalmente, os representantes das esferas de governo indicam medidas que consideram relevantes para complementar a ação do Ministério da Saúde na promoção das relações intergovernamentais. O representante do Ministério da Saúde e o presidente do Conasems julgam que a regularização do financiamento, por meio da regulamentação da EC 29, e a formação quadros estáveis e qualificados de recursos humanos sejam prioridades. O representante da esfera federal acrescenta ainda a necessidade do Ministério da Saúde repensar as atribuições dos Núcleos Estaduais, pre-

sentos nas 27 UFs. O representante da esfera estadual salienta a importância de aperfeiçoar os instrumentos de comunicação e divulgação do Ministério da Saúde, para uma maior conscientização dos usuários e dos profissionais do setor.

4.2 DISCUSSÃO: REGIONALIZAÇÃO E FEDERALISMO SANITÁRIO

A partir da compreensão de aspectos fundamentais da estrutura federativa brasileira e de sua expressão no âmbito sanitário e do exame das concepções dos representantes das três esferas de governo acerca dos processos de descentralização e regionalização do SUS, identificam-se elementos relevantes para a análise das implicações recíprocas entre a regionalização e o federalismo sanitário brasileiro. As dimensões em análise são a base normativa, a estrutura do financiamento e a dinâmica política desse processo.

4.2.1 A base normativa

A regionalização do SUS apoia-se na base normativa que institui o federalismo sanitário e o próprio sistema nacional de saúde. Como diretriz organizativa fundamental, a regionalização está estabelecida na normatização constitucional e na Lei Orgânica da Saúde, condicionando preliminarmente a atuação dos entes federados na área da saúde. As definições do Pacto pela Saúde 2006 apresentam as atuais diretivas

operacionais da regionalização e devem ser interpretadas à luz dos fundamentos do federalismo cooperativo brasileiro que, como visto, percorrem obrigatoriamente todo o ordenamento jurídico sanitário. Desse modo, a efetivação da regionalização da saúde necessariamente coaduna-se com os princípios de coordenação e cooperação federativa que norteiam a organização do Estado brasileiro, no contexto geral e, em especial, no âmbito sanitário.

Dessa forma, na atividade normativa relacionada à regionalização, deve ser observado o princípio da predominância do interesse, considerando a competência concorrente dos entes federados em matéria de saúde. Isso significa que, estabelecidas as normas gerais pela autoridade sanitária federal, cabe aos estados resguardar o interesse regional e aos municípios fazer as adaptações tendo em vista o interesse local. Com relação à função executiva, não há dúvida de que se encontra no campo das competências comuns, de modo que, como ocorre em outros assuntos no âmbito sanitário, a participação no processo da regionalização é um dever-poder de todos os entes federados. Esse é propriamente o tratamento dispensado ao tema no Pacto pela Saúde 2006: o planejamento regional é atribuição dos gestores estaduais, enquanto a participação no processo de regionalização é responsabilidade incontestável de todos os integrantes do federalismo sanitário que, juntamente com as demais atribuições, passa a estar registrada nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão.

Com base nos conceitos estabelecidos para a regionalização sanitária, é possível presumir que, na grande maioria dos casos, as regiões de saúde se superporão às jurisdições municipais. Nessas situações, a implantação da regionalização tratar-se-á claramente de interesse comum da esfera estadual e dos municípios envolvidos. No entanto, é bastante provável que, mesmo nas ocasiões em que se conformarem regi-

ões intramunicipais, os gestores municipais tenham que fazer parte do planejamento regional na composição de redes intraestaduais, interestaduais ou fronteiriças, ainda que não estejam formalmente integrando regiões dessas categorias. Isso porque, como na prática os principais condicionantes do processo de regionalização estão relacionados à capacidade instalada na rede assistencial e ao porte populacional dos municípios, os casos de municípios que tenham a produção de serviços compatível com a escala populacional ao ponto de não necessitarem referenciar nem receber usuários de outros municípios, se houver, serão residuais. Levando em conta ainda a faculdade das secretarias estaduais de instituir macrorregiões de saúde, pode-se concluir que a regionalização sanitária será, de fato, sempre uma questão de interesse comum das esferas estadual e municipal – ocasionalmente também da esfera federal – e afastar sua consideração como matéria de interesse local.

Em vista disso, cabe inferir que o princípio da compulsoriedade da relação regional empregado no planejamento regional e urbano (ALVES, 2003) aplica-se ao processo de regionalização sanitária, guardadas as devidas especificidades. Quer dizer, haja vista a titularidade das ações e serviços de saúde como funções públicas de interesse comum, não é facultado aos governos municipais contrapor-se ao processo de regionalização coordenado pelos governos estaduais. Não se trata, contudo, de subordinação em relação à outra esfera, pois a autonomia das instâncias gestoras municipais, que contempla a liberdade para estruturar o sistema e a responsabilidade pela execução das ações nos limites de seus territórios, está, desde a origem, vinculada à obrigatoriedade de observar os princípios e diretrizes do SUS. Assinale-se que a atividade de coordenação do planejamento regional é responsabilidade formal e inequívoca dos governos estaduais – e independe até mesmo de referência expressa nas

Constituições dos estados (DALLARI, 1995, p. 79-116) – uma vez que está estabelecida na normatização fundamental do ordenamento jurídico sanitário da Federação.

É patente a contiguidade conceitual e regimental existente entre a instituição da regionalização do SUS e o estatuto das regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões disposto no título da organização do Estado brasileiro. Até por isso, é interessante notar a ausência de qualquer menção nesse sentido pelos atores políticos das três esferas de governo. Mesmo quando incitados a discorrer sobre as regiões metropolitanas, nenhum dos gestores aventou a possibilidade da regionalização sanitária ser conjugada às figuras regionais previstas no dispositivo constitucional – associação que pode ser formalizada mediante edição de leis complementares estaduais que instituam regiões metropolitanas, aglomerações urbanas ou microrregiões incluindo as ações e serviços de saúde entre as funções públicas de interesse comum. Embora essa omissão não chegue a surpreender – dado o atual enfraquecimento do debate em torno da questão metropolitana no país –, a desconsideração dessa relação é digna de registro, pois sugere que o debate acerca da regionalização no SUS não tem sido vinculado ao do planejamento urbanístico. Vale salientar que a referência feita pelo representante da esfera municipal leva a supor que os formuladores da política de saúde possam estar começando a se aproximar de uma discussão que inclua a saúde num planejamento regional abrangente.

Os representantes das esferas de governo demonstram ter noção dos princípios do federalismo cooperativo que norteiam a política sanitária nacional. Ao tratar das questões referentes à regionalização da saúde, os três atores políticos expressam ideias de coordenação pelas instâncias de maior abrangência (estadual e federal) e de cooperação entre os entes federados. Manifestam também concepções de que o

planejamento deve contemplar o equilíbrio entre a autonomia e a interdependência dos entes federados e que, para tanto, é necessária unidade no comando das ações.

Nesse contexto, faz-se pertinente tecer alguns comentários sobre a possibilidade da utilização dos consórcios públicos como mecanismo institucional no processo de regionalização da saúde. Embora tenha sido pouco lembrada pelos atores políticos entrevistados (o presidente do Conasems apenas mencionou genericamente os consórcios como experiências bem-sucedidas), essa possibilidade já tem sido ventilada como alternativa para o “aperfeiçoamento da governança regional do SUS” (CONASS, 2006, p. 112).

Em verdade, os consórcios intermunicipais já vêm sendo usados na área da saúde desde a década de 1980, mesmo antes do advento do SUS. Após sua regulamentação pela Lei nº 8.080 (art. 10 e art. 18, VII) e, principalmente, depois do processo de descentralização sanitária da década de 1990, os consórcios administrativos passaram a representar um importante mecanismo de associação para municípios de pequeno porte populacional e/ou baixo nível de desenvolvimento econômico com intuito de atenuar problemas de acesso e solucionar questões específicas, sobretudo relacionadas a compra de serviços e a contratação de recursos humanos. Desde então, por sua relação com escala e distribuição espacial das redes assistenciais, os consórcios intermunicipais de saúde são identificados como recursos institucionais vinculados ao processo de regionalização (RIBEIRO; COSTA, 2000).

Atualmente, a instituição dos consórcios públicos como instrumentos de cooperação intergovernamental está estabelecida pela Lei Federal nº 11.107/2005, regulamentada pelo Decreto nº 6.017/2007, e tem seu fundamento constitucional no pará-

grafo único do art. 23¹²¹ e no art. 241¹²² (MEDAUAR; OLIVEIRA, 2006, p. 17-20).

Esse estatuto modificou a natureza jurídica dos consórcios, atribuindo-lhes personalidade jurídica, de direito público (formando associações públicas) ou de direito privado, e admitindo a participação de entes de níveis diferentes na sua composição.¹²³

Os consórcios públicos passam a ter capacidade para assumir direitos e obrigações em nome próprio e têm alguns privilégios decorrentes de sua situação na administração pública.¹²⁴ A finalidade dessa normatização é dar condições para o exercício da gestão associada de serviços públicos entre os entes federados a fim de realizarem objetivos de interesse comum (DI PIETRO, 2007, p. 439-451).

Ressalte-se que os consórcios públicos não se confundem com as regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, apesar de terem substratos semelhantes. Como observam Medauar e Oliveira (2006, p. 16):

[...] as regiões metropolitanas, as aglomerações urbanas e as microrregiões somente são instituídas mediante a edição de uma lei complementar estadual.

¹²¹ O parágrafo único do art. 23 da C.F. dispõe: “Leis complementares fixarão normas para a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional.” (Redação dada pela EC nº 53, de 19/12/2006).

¹²² Dispõe o art. 241 da C.F.: “A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos.” (Redação dada pela EC nº 19, de 04/06/1998).

¹²³ Antes da promulgação da Lei nº 11.107/2005, havia estável distinção doutrinária entre consórcios e convênios: os consórcios eram acordos de vontade firmados entre entes do mesmo nível (entre municípios ou entre estados) e os convênios, firmados entre entidades de níveis diferentes (entre a União e estados ou municípios, ou entre estados e municípios). No novo estatuto, admitem-se consórcios intermunicipais, consórcios interestaduais, consórcios integrados por um estado e municípios contidos no seu território e consórcios integrados pelo Distrito Federal com estados ou municípios. A União pode participar somente dos consórcios em que também participem todos os estados em cujos territórios estejam os municípios consorciados. Cf. MEDAUAR e OLIVEIRA, 2006, p. 49-51.

¹²⁴ Os privilégios dados aos consórcios públicos pela Lei nº 11.207/2005 independem de terem personalidade de direito público ou privado: podem promover desapropriações e instituir servidões, após declaração de utilidade pública ou interesse social efetuada pelo Poder Público; podem ser contratados pela administração direta ou indireta dos entes federados consorciados, sem necessidade de licitação; têm limites mais elevados para a escolha da modalidade de licitação e valores mais elevados para a dispensa de licitação, além de poderem dispensar licitação para celebrar contratos com entes federados ou entidades da administração indireta. Cf. DI PIETRO, 2007, p. 443.

Diversamente, os consórcios públicos são resultado da livre associação das entidades federativas para a consecução de objetivos que lhes sejam comuns, e sua formação, nos termos da Lei Federal 11.207/2005, depende da celebração de um contrato.

Ou seja, ainda que o novo estatuto tenha alterado as condições jurídicas para seu estabelecimento, dando-lhes diferentes formas de realização, os consórcios públicos continuam representando relações voluntárias entre os entes federados, com base no art. 241 da Constituição Federal. É exatamente essa propriedade que os diferencia essencialmente das figuras regionais fundadas no art. 25, § 3º, da C.F. (ALVES, 2003, p. 354-366).

Nesse sentido, convém depreender que, muito provavelmente, os consórcios públicos de saúde permanecerão como mecanismo preferencial para municípios pequenos ou economicamente desinseridos, por serem os interessados em unir esforços para amenizar suas fragilidades técnicas e políticas, necessidade não compartilhada pelos grandes centros.

Portanto, no processo de regionalização da saúde, os consórcios devem ser ferramentas importantes para a resolução de problemas regionais específicos, inseridos no contexto mais abrangente do planejamento regional estabelecido no SUS.¹²⁵ Os novos procedimentos para a constituição¹²⁶ e a possibilidade da participação dos

¹²⁵ Aliás, o §3º do art. 1º da Lei nº 11.107/2005 dispõe expressamente: “Os consórcios públicos, na área de saúde, deverão obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde – SUS.”

¹²⁶ O procedimento para a constituição dos consórcios públicos com base na Lei nº 11.107/2005 compreende: 1) a subscrição de protocolo de intenções (art. 3º) e sua publicação na imprensa oficial – definindo os integrantes, os objetivos, a área de atuação, a natureza jurídica e todas as demais condições para a instituição do consórcio (art. 4º); 2) a ratificação total ou parcial do protocolo de intenções, mediante lei promulgada por cada um dos entes consorciados (art. 5º); e 3) a celebração de contrato entre os partícipes (art. 3º). É importante salientar que, por tratar-se de um acordo de vontade, o desencadeamento desse processo não acarreta compromisso dos entes federados que subscrevem o protocolo de intenções, de forma que a decisão de não participar do consórcio não implica qualquer tipo de sanção. Cf. DI PIETRO, 2007, p. 445-447.

estados e, eventualmente, da União, deve dar maior sustentabilidade política e financeira para os consórcios formados com base no estatuto atual.¹²⁷

Diante do exposto, nota-se que a regionalização das ações e serviços de saúde tem base normativa bem definida e deve ser considerada expressão legítima do federalismo cooperativo brasileiro que se manifesta no âmbito sanitário. A concepção dos atores políticos entrevistados está de acordo com esse entendimento, já que não referem obstáculos de cunho organizacional ou normativo ao processo.¹²⁸

Com efeito, do ponto de vista normativo, o Pacto pela Saúde 2006 oferece melhores condições para consolidação dos mecanismos cooperação intergovernamental na gestão regional no SUS na medida em que oferece um arcabouço prescritivo mais flexível ao até então estabelecido pela NOAS. O ordenamento atual propicia, assim, o cumprimento da regionalização na esfera política do federalismo sanitário.

4.2.2 A estrutura do financiamento

A questão do financiamento aparece com grande destaque no depoimento dos atores políticos acerca do processo de regionalização e da cooperação intergovernamental no SUS. Os três gestores enfatizam o financiamento setorial como um dos aspectos mais sensíveis para essa dinâmica: o representante do Ministério da Saúde e o

¹²⁷ A Lei nº 11.207/2005 institui, além do próprio contrato do consórcio público (derivado do protocolo de intenções): o *contrato de rateio* (art. 8º), que disciplina as obrigações financeiras dos entes consorciados e possibilita a destinação de recursos financeiros para o consórcio; e o *contrato de programa*, que regulamenta as obrigações entre os entes federados no âmbito da gestão associada de serviços públicos (art. 13). Ademais, a lei dá aos consórcios faculdade de receber diversas espécies de repasses financeiros: *auxílios, contribuições e subvenções sociais ou econômicas* de outras entidades e órgãos do governo (art. 2º, § 1º, I). Cf. MEDAUAR e OLIVEIRA, 2006.

¹²⁸ A assertiva do presidente do Conasems de que “a legislação dá poder para o município e para o estado na deliberação das políticas de saúde, não dá poder para a região”, apesar de referir-se à legislação, aponta claramente para elementos de natureza política.

presidente do Conasems o referem como principal obstáculo para a cooperação entre as esferas de governo e o presidente do Conass como o fator de mais dificuldade a regionalização.

O Pacto pela Saúde 2006 não alterou substancialmente no modelo de financiamento instituído desde as NOBs e a NOAS. A mudança dos blocos de financiamento, reduzidos para cinco, deve facilitar a operacionalização das transferências federais por diminuir a fragmentação dos repasses, mas mantém a relação direta entre a esfera federal e a municipal. Os recursos são transferidos aos municípios: primariamente, em algum dos blocos de financiamento, ou a partir das definições das PPIs dos estados. No que se refere particularmente à regionalização, cabe notar que as distribuições dos recursos de custeio para média e alta complexidade são baseadas nas séries históricas de produção – ou mesmo na própria produção, no caso do componente FAEC.¹²⁹ Não é por outro motivo que os representantes das esferas estadual e municipal entrevistados identificam a capacidade instalada na rede assistencial dos municípios como principal fator determinante do processo de regionalização. Nesse modelo, os recursos continuam direcionados aos antigos “municípios-sede” e “municípios-polo” e, conseqüentemente, é reduzida a capacidade redistributiva da regionalização, a exemplo do que vinha ocorrendo na vigência da NOAS.

Naturalmente, não se supõe que o “desfinanciamento” dos municípios com capacidade de produção já instalada seja uma alternativa viável. Por isso, parece que a opção mais adequada para melhorar a capacidade redistributiva seja os governos estaduais aplicarem recursos próprios nas regiões menos favorecidas pelos repasses federais, numa ação preferencialmente associada a planos de desenvolvimento regio-

¹²⁹ Vide Anexo I da Portaria nº 204, de 29/01/2007, do Ministro da Saúde.

nal. O problema atual está justamente na pequena margem de que os estados dispõem para utilização das receitas próprias no financiamento da saúde, uma vez que estão condicionados pela estrutura do federalismo fiscal brasileiro.

Isso explica, em parte, porque os representantes das esferas de governo colocam a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 como ponto crucial para o desenvolvimento da regionalização. Deveras, na atual conjuntura fiscal do país, em que a arrecadação cresce principalmente por conta das contribuições sociais e a descentralização privilegia os municípios, a lei complementar prevista no art. 198, § 3º (incluído pela EC 29) pode representar a melhor oportunidade para equilibrar as participações da União e dos estados no financiamento do SUS, sobretudo pela definição dos critérios de rateio dos recursos vinculados à saúde e pela possibilidade de aumento dos montantes aplicados pela União. Como visto, os governos estaduais já vêm utilizando uma maior parcela de suas receitas disponíveis desde o início da aplicação do dispositivo transitório da EC 29 (C.F., ADTC, art. 77),¹³⁰ tendo quase dobrado sua participação no financiamento do SUS em relação ao PIB desde 2000, enquanto se manteve “congelada” a participação da esfera federal.

De fato, um dos principais desafios atuais para a efetivação da regionalização no SUS é conceber mecanismos para dotar os governos estaduais de meios materiais para exercer seu papel de coordenação do planejamento regional atribuído pelo ordenamento jurídico sanitário. A grande disparidade existente entre os estados e regiões do país deve exigir o uso de incentivos federais mais consistentes para a indução da

¹³⁰ Em 2008, apenas quatro das 27 UFs não aplicaram o mínimo de 12% de suas receitas no financiamento da saúde, como determinado pelo dispositivo transitório da EC 29: Mato Grosso (11,24%), Espírito Santo (10,24%), Paraná (9,74%) e Rio Grande do Sul (6,53%). Cf. SIOPS, 2009.

regionalização.¹³¹ Diante da centralização da arrecadação das fontes de financiamento da saúde na União, a institucionalização de incentivos federais para os estados – possivelmente nos moldes daqueles utilizados para os municípios durante o processo de descentralização na década de 90 – deve ser uma alternativa interessante para dar condições aos governos estaduais de participarem mais ativamente do processo.

Outra medida que pode melhorar o potencial distributivo da regionalização é promover uma relativa concentração na gestão dos recursos destinados às ações e serviços de abrangência regional. Com base na teoria clássica do federalismo fiscal (OATES, 1999), a regionalização da saúde deveria inserir um novo elemento à estrutura federativa do SUS. O reconhecimento da região de saúde como um nível de planejamento, execução de ações e prestação de serviços de saúde implicaria considerá-la uma instância federativa no âmbito do financiamento, independente de sua condição formal no federalismo sanitário. Isso porque, pelo princípio do benefício fiscal, a região deve ser o nível responsável pela provisão dos bens e serviços correspondentes à sua escala populacional e extensão territorial.

Se as regiões de saúde assumissem a condição de nível “federativo” fiscal, passariam a ter recursos definidos para executar as ações de suas abrangências. Na prática, considerando as atuais diretrizes assistenciais, isso significa que o financiamento das ações de média e alta complexidade passaria a ser feito por referência ao nível regional, mantendo o financiamento da atenção básica no nível municipal. Nessa situação, os recursos seriam alocados numa espécie de “fundo regional de saúde” que seria administrado ou pelas próprias regiões – o que passaria necessariamente

¹³¹ Atualmente, o incentivo do Ministério da Saúde limita-se à transferência de recursos aos fundos estaduais de saúde (e aos fundos municipais de saúde, nos casos de regiões intramunicipais) para apoio ao funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional, no valor de 20 mil reais por ano, conforme estabelecido pela Portaria nº 204/GM, de 29/01/2007, e regulamentado pela Portaria nº 2.691/GM, de 19/10/2007.

pela atribuição de relativa autonomia aos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) para deliberar sobre a destinação dos recursos – ou pela esfera estadual, mantendo as CIBs como os espaços legítimos para essas decisões.¹³²

Em linhas gerais, a associação de uma maior participação da esfera estadual (por meio de recursos próprios e/ou de incentivos federais na forma de transferências vinculadas) a uma relativa centralização da gestão financeira das ações e serviços de saúde de abrangência regional (reduzindo a participação proporcional dos repasses baseados na produção dos prestadores) possibilitaria um maior equilíbrio entre eficiência alocativa, economia de escala e potencial redistributivo no financiamento da regionalização – sem que, para isso, fosse preciso “desfinanciar” os municípios com capacidade instalada prévia. A possibilidade de estabelecer valores *per capita* para média e alta complexidade a serem disponibilizados às regiões de saúde (assim como o PAB é para os municípios) tornar-se-ia mais viável num contexto como esse. Conjuntamente, o aumento da participação da esfera federal – que, por ora, depende da regulamentação da EC 29 – serviria como mecanismo indutor da regionalização, não mais desequilibrando a partilha de recursos em favor dos municípios “sede” e “polo”.

Outro aspecto que, embora não vinculado diretamente à estrutura federativa, precisa ser considerado na composição do financiamento para a regionalização é a relação entre as estruturas componentes do SUS e os demais integrantes com influência no funcionamento das ações e serviços de saúde nas diferentes regiões. Com efeito, no financiamento da assistência, a regionalização lida especificamente com os

¹³² Evidentemente, nas circunstâncias atuais não há possibilidade de se criar “fundos regionais de saúde” verdadeiros, pois as regiões de saúde não detêm personalidade jurídica e, principalmente, porque o ordenamento sanitário prevê fundos de saúde exclusivamente para os entes federados. No entanto, isso não impede que os recursos destinados às ações de abrangência regional sejam alocados nos fundos estaduais e que sua execução esteja condicionada às deliberações das regiões de saúde, desde que observem as definições dos PDRs, PDIs e PPIs dos estados.

serviços de média e alta complexidade, que, por suas características históricas, têm predominância de prestadores privados, lucrativos e filantrópicos e, em alguns estados, também de hospitais ligados a universidades (DAIN, 2007). Diante da ampla diversidade na distribuição desses prestadores nas diversas regiões país, o planejamento regional do SUS deve necessariamente assimilar mecanismos de diferenciação no financiamento na busca da equidade de acesso ao sistema.

Nesse sentido, é interessante notar que os representantes das três esferas de governo, embora identifiquem a capacidade instalada nas redes assistenciais como principal condicionante para a regionalização, não referem perfis distintos para a construção desse processo nas diferentes regiões do país, o que sugere que essa questão tem recebido pouca importância na elaboração das estratégias de regionalização. Ainda no contexto da associação público-privada do sistema de saúde, outro componente de inquestionável relevância para o planejamento regional – sobretudo no que se refere às escalas de produção – é a grande heterogeneidade na inserção dos planos e seguros de saúde privados nas diversas regiões do país. O presidente do Conass faz menção a esse aspecto, mas, ao que parece, isso também não tem sido consistentemente ponderado nas definições do financiamento da regionalização.

Portanto, a discussão acerca da estrutura do financiamento para a efetivação da regionalização do SUS deve considerar questões próprias de sua dinâmica federativa, relacionadas às definições sobre a repartição de rendas entre os entes federados na área da saúde e sobre o funcionamento das transferências intergovernamentais – reconhecendo a região de saúde como nível “federativo” no contexto financeiro – e,

além disso, a inter-relação entre as diversas instâncias públicas e privadas que, como ressaltam Viana et al. (2008), formam autênticos *complexos regionais da saúde*.¹³³

4.2.3 A dinâmica política

A dinâmica política do processo de regionalização da saúde é dimensão decisiva para sua implantação, pois a conformação dos arranjos no contexto das relações intergovernamentais, envolvendo as três esferas de governo, é o fator determinante para o sucesso do modelo instituído pelo Pacto pela Saúde 2006.

A proposta do Pacto 2006 parte de uma conjuntura derivada do êxito do processo de descentralização/municipalização realizado na década de 1990 – e de seus efeitos não desejados relacionados à atomização do sistema – e pretende lograr os resultados não obtidos pela NOAS, a partir da modificação de alguns preceitos do modelo de gestão regional. A intenção geral dessa nova proposta de regionalização parece estar clara e é expressa pelos representantes das três esferas de governo: reduzir o protagonismo do Ministério da Saúde na relação direta com os municípios em prol de uma maior participação dos estados – que, aliás, são os maiores responsáveis pelo planejamento regional. A estratégia é flexibilizar a dimensão prescritiva, que vinha sendo priorizada na NOAS, para intensificar o exercício da negociação política, privilegiando os acordos constituídos no âmbito estadual/regional.

A tendência parece ser mesmo que a esfera federal diminua sua participação política nos assuntos de abrangência regional ou estadual, como sugere o depoimento

¹³³ “As diferentes estruturas, instituições, instâncias e atores públicos e privados que participam do processo de constituição, planejamento, organização, gestão e regulação da saúde no âmbito regional, constituem o que se denomina complexo regional da saúde.” (VIANA et al., 2008, p. 100).

do representante do Ministério da Saúde. A própria proposta do Pacto pela Saúde, que dá mais liberdade aos governos subnacionais para conduzirem os processos de regionalização, revela a concretização desse rearranjo político ocorrido no nível nacional (representado pela CIT). O desafio posto é, então, como conceber mecanismos de gestão regional que possam ser utilizados nas mais diversas regiões do país, considerando a atual concentração política e financeira na esfera federal e a necessidade de promover uma participação mais efetiva dos governos estaduais, com preservação da autonomia municipal na execução das ações e serviços de saúde.

Inicialmente, é necessário reconhecer que, no contexto das relações interfederativas, a regionalização assume dupla perspectiva: descentralização para os estados e centralização (ou recentralização) para os municípios.

A regionalização inicia-se no planejamento coordenado pela esfera estadual utilizando os instrumentos próprios (PDR e PDI), que devem ser elaborados com base nas diretrizes dos Planos de Saúde estaduais. Ou seja, os CGRs são constituídos após a delimitação das regiões de saúde conduzida pelos gestores estaduais com a participação dos municípios, formalizada nas CIBs. A partir daí, a gestão é descentralizada para os CGRs e a CIBs passam a exercer a função de instância de coordenação e arbitragem, assumindo responsabilidades mais abrangentes no âmbito estadual (BRASIL, 2009, p. 23-26).

É de se supor – e a declaração do presidente do Conasems corrobora essa conjectura – que as CIBs devem continuar sendo os espaços políticos de legitimação das ações das secretarias estaduais de saúde – contanto, para isso, com a representação dos municípios (Cosems ou órgão equivalente) –, com predomínio da defesa dos interesses da esfera estadual, e que as representações estaduais nos CGRs funciona-

rão como instrumentos de transmissão da gestão estadual para as regiões. Os departamentos regionais das secretarias de saúde dos estados, que podem abranger uma ou mais regiões (e representar a esfera estadual nos respectivos CGRs), são subordinados aos níveis centrais na hierarquia administrativa dos sistemas estaduais. Por isso, do ponto de vista dos estados, as regiões sempre resultam de um processo de descentralização administrativa.¹³⁴

Em contrapartida, para os gestores municipais, a regionalização representa, na maior parte das vezes, uma perda relativa de poder decisório e é, portanto, associada à centralização (ou recentralização). Em tese, essa situação não deveria acarretar problemas, pois, como parte integrante do sistema nacional de saúde, os municípios têm autonomia garantida na organização das ações e serviços de saúde nos limites dos seus territórios, porém sua liberdade é condicionada pelas diretrizes do sistema. No entanto, os depoimentos dos atores políticos entrevistados evidenciam conflitos federativos remanescentes do período de vigência da NOAS. Os municípios, especialmente aqueles com mais capacidade instalada na rede, relutam em perder o comando dos prestadores que, pela lógica da regionalização (economia de escala), deveriam ser passados para a gestão regional ou estadual. O modelo de financiamento, que repassa os recursos de custeio dos serviços de média e alta complexidade diretamente aos municípios, reforça essa tendência, uma vez que, como bem ressaltou o presidente do Conass, a perda de controle desses serviços significa menos recursos e, conse-

¹³⁴ Na maior parte das vezes, será mais adequado falar em *desconcentração*, que é o termo tradicionalmente empregado para referência às atribuições administrativas dentro de uma mesma pessoa jurídica, como ocorre nas representações ou departamentos regionais vinculados às secretarias estaduais de saúde. Nos casos em que os governos estaduais instituírem pessoas jurídicas para administrar as regiões de saúde (como autarquias, por exemplo), pode-se falar mais propriamente em *descentralização administrativa*, do tipo territorial ou geográfico. Cf. DI PIETRO, 2007, p. 380-391.

quentemente, menos poder de barganha nas relações regionais. Esse é o “custo político” da regionalização.

Fica nítido, pois, que a dinâmica política da regionalização sanitária insere-se no processo dialético centralização/descentralização inerente ao federalismo. A questão primordial é, então, a instituição de mecanismos de cooperação e coordenação federativa para a gestão de políticas públicas cujo nível de provisão não coincide com as esferas de governo dos entes federados – como ocorre com as ações e serviços de saúde na escala regional.

Até o advento do Pacto pela Saúde 2006, os modelos de relacionamento inter-federativo funcionavam sobre o SUS fragmentado e pouco articulado que proveio da era da municipalização. A proposta da NOAS apostou na capacidade de indução pela esfera federal, definindo o formato das políticas e esperando pela adesão dos governos municipais e pela colaboração dos governos estaduais. A resposta, como já apresentado, não foi satisfatória. O ambiente político não foi favorável à implantação da regionalização “de cima para baixo” (como evidenciam os depoimentos dos representantes das três esferas de governo) e, além disso, faltaram incentivos consistentes para a participação dos estados. Por outro lado, como evidenciou Machado (2007), a experiência dos consórcios intermunicipais que vinha desde a década de 1980 mostrava que a associação voluntária e a livre interação entre os municípios não eram suficientes para garantir acesso universal e igualitário ao SUS no nível regional.

Nesse sentido, a maior inovação trazida pelo Pacto 2006 é, sem dúvida, a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs), que institucionalizam os processos decisórios compartilhados como forma de definição das políticas no âmbito das regiões de saúde. Os CGRs representam, até o momento, a melhor proposta de equilíbrio

entre esses dois mecanismos básicos de cooperação e coordenação federativa: barganhas diretas entre os governos locais (relação horizontal) e indução pelo ente central (relação vertical).

O fato de serem desencadeados a partir do planejamento conduzido pelos estados e de incorporarem a compulsoriedade da relação regional (todos os municípios são obrigados a participar) os aproxima dos mecanismos de indução engendrados pela NOAS e privilegia a dimensão da coordenação federativa. Considerando que toda atividade da esfera estadual relacionada à regionalização deve necessariamente ser pactuada nas CIBs, o suposto protagonismo dos governos estaduais nesses colegiados, a princípio, não chega a ser prejudicial, uma vez que essas instâncias já são concebidas num desenho institucional que limita os excessos do poder desse nível. De fato, a assunção desse papel de coordenação pelas CIBs (BRASIL, 2009, p. 23-26) tem sido admitida como *sine qua non* para o êxito da delegação da gestão regional para os CGRs.

Na dimensão de cooperação, a maior autonomia para deliberação sobre as políticas de interesse regional dada aos municípios aproxima os CGRs de um modelo de administração pública consensual semelhante aos consórcios – com a essencial diferença de terem caráter compulsório. Opta-se, assim, pela construção de mecanismos de cogestão (BRASIL, 2009, p. 27-39) a partir da interação horizontal entre as instâncias municipais, porém mantendo a interação vertical, pela presença permanente da representação estadual.

Em razão da sua condição descentralizadora, a escolha do modelo de barganhas diretas entre os governos locais tem inegáveis benefícios no que tange à participação e à consequente aproximação dos cidadãos dos processos decisórios, mas traz

alguns riscos que precisam ser observados. Em primeiro lugar, deve-se admitir que não há condições para que a livre negociação entre gestores municipais seja suficiente para conduzir as definições das políticas de saúde no âmbito das regiões observando os princípios do SUS, notadamente a universalidade e a igualdade. A enorme assimetria de informações e de condições de barganha existente entre os municípios brasileiros inviabiliza a aplicação exclusiva desse modelo, sob pena de agravar as desigualdades intra e inter-regionais e de criar barreiras de acesso ao sistema.¹³⁵

Nesse contexto, é bem representativo que os primeiros CGRs constituídos no país, além de submetidos às CIBs, “têm acordado que a coordenação [do CGR] seja exercida por um representante da gestão estadual” (BRASIL, 2009, p. 33). Isso robustece a percepção de que a descentralização do processo decisório para essas instâncias de cogestão regional não prescinde da atividade de coordenação, que necessita de relativa centralização. Os próprios acordos políticos, na prática, têm levado a esse padrão de arranjo intergovernamental.

Outro ponto importante a ser considerado diz respeito à pressuposição de que as deliberações dos CGRs ocorram sempre por consenso. O consensualismo é um tema tradicionalmente associado ao federalismo e vem ganhando espaço no perfil contemporâneo da administração pública. No entanto, cabe ressaltar que o emprego do conceito de consenso muitas vezes é feito de maneira imprópria, como registra Nogueira (2003, p. 185):

[...] elaborado para qualificar uma articulação pluralista de idéias e valores, uma unidade na diversidade, acaba por ser reduzido a ausência de dissenso e divergência, uma situação mais de silêncio passivo e unanimidade que de ruído e multiplicidade. Manuseado com esse registro, o conceito de consenso perde operacionalidade e se torna um jargão sem maior utilidade.

¹³⁵ Esses aspectos são bem explorados em MACHADO, 2007.

No intuito de conferir maior consistência conceitual ao termo, Barroso (1994) explana que se pode dizer que há *consenso* quando uma proporção significativa de membros de determinada sociedade estão de acordo em relação a decisões sobre valores que poderiam criar conflitos e têm sentimento de afinidade uns com os outros e com a sociedade à qual pertencem. Assim, o consenso é atingido quando se chega a um acordo por razões outras que não o temor da coerção. Isso quer dizer que, para haver consenso, o desacordo deve ser considerado uma possibilidade tão natural quanto o acordo – e isso o diferencia essencialmente da unanimidade. O autor argumenta que nas teorias da ciência política contemporânea o consenso está diretamente relacionado com os ideais democráticos e que, por isso, não é contrário ao dissenso e sim ao princípio da obediência pura e simples. E conclui que a institucionalização de oportunidades para divergência é condição indispensável contra os “efeitos perversos” das teorias consensuais, pois a aceitação das diferenças é princípio basilar da atitude federalista.

A partir desses preceitos, convém fazer algumas reflexões acerca da consensualidade nos processos decisórios compartilhados a serem desenvolvidos nos CGRs. Diante do caráter extremamente assimétrico que, como é notório, caracteriza os entes federados no Brasil, de que maneira podem ser construídos esses consensos?

A questão que se afigura capital nessa matéria é, mais uma vez, o atual modelo de financiamento. Os municípios que possuem maior poder de barganha nas relações regionais são, em regra, aqueles mais populosos e/ou mais inseridos economicamente, que são os detentores de maior capacidade instalada na rede assistencial e, por conseguinte, já são os atuais “polos” e “sedes” das regiões de saúde. Não é difícil presumir que, enquanto continuarem recebendo e administrando diretamente os re-

curso referentes às ações e serviços de abrangência regional, esses municípios funcionarão como os “gestores regionais” de fato.

Nessas condições, os consensos dos CGRs podem se transformar numa forma velada (ou não) de concentração da autoridade nos maiores municípios, uma vez que os demais não terão recursos nem força política para divergir. Isso manifestamente subverteria a própria concepção desses colegiados, pois, ante os diversos interesses em jogo na arena política, não se pode assumir que os polos regionais estejam sempre socialmente interessados em oferecer as mesmas condições de acesso de seus munícipes a todos os habitantes das suas regiões.

Ratifica-se, com isso, a necessidade de coordenação por instância central e explica-se por que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p. 25, grifo nosso) começa relativizar o discurso do consensualismo:

A observância do disposto no Pacto pela Saúde, as orientações advindas da CIB e o próprio exercício de implementação do CGR configuram situações específicas que demandam o estabelecimento de canais permanentes entre cada CGR e a CIB. *Tanto os consensos obtidos nas Regiões de Saúde quanto situações de divergência geram encaminhamentos à CIB, não como forma de supervisão ou controle, mas de harmonização.*

Logo, é forçoso institucionalizar espaços de dissenso, tanto nos CGRs como nas próprias CIBs, para que os consensos possam verdadeiramente ser construídos nesses colegiados intergestores, que são as melhores representações do exercício do federalismo cooperativo na área da saúde.

Por fim, convém destacar que a participação nos CGRs é limitada aos gestores do sistema (secretários de saúde ou representantes formalmente designados), de modo que não estão previstas participações de prestadores públicos ou privados nem de outras estruturas ou instituições que atuem na área da saúde (como consórcios

municipais, por exemplo), exceto como convidados. Embora admitindo que “os gestores que compõem o CGR têm titularidade para representar de forma plena todos os interesses sanitários do território” (BRASIL, 2009, p. 28), deve-se reconhecer, como salientam Viana et al. (2008), que a necessidade de considerar os diversos agentes envolvidos nas ações e serviços de saúde para o melhor desenvolvimento dos processos políticos de gestão regional pode requerer um repensamento das instituições e das dinâmicas de relação interfederativa.

Conclui-se que o Pacto pela Saúde 2006 traz a possibilidade de importantes alterações na dinâmica política da regionalização sanitária. Em que pese tenha mantido instrumentos de indução pela esfera federal, o processo propende para uma descentralização da coordenação para o nível estadual, legitimada nas CIBs, de maneira mais determinante do que foi obtido pela NOAS. Ademais, a concepção institucional proposta indica a plausibilidade do deslocamento da gestão regional para os CGRs, consolidando os processos decisórios compartilhados como mecanismos de expressão da cooperação interfederativa no âmbito das regiões. Contudo, há ainda aspectos que precisam ser aprimorados, como as relações entre a política e a estrutura de financiamento e a assimilação de conteúdos relacionados às diversas capacidades e modelos de sustentabilidade regional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O federalismo é uma forma de organização do Estado contemporâneo que nasceu do equilíbrio dialético entre a centralização e a descentralização do poder político. O Estado federal é, pois, aquele que melhor corresponde à necessidade de manutenção da unidade na diversidade, sem concentrar o poder em um único núcleo e tampouco pulverizá-lo. De sua invenção na sociedade estadunidense do século XVIII à conformação assumida no nosso tempo, o federalismo adquiriu diferentes contornos, assentando cada vez mais sobre a atuação conjunta e harmônica de seus integrantes, até chegar ao modelo atual, cujos principais aspectos são a cooperação e a coordenação federativa.

A Federação brasileira surgiu da desagregação do Governo Imperial, concommitante a instauração da República, seguindo um caminho inverso ao da maior parte dos Estados federais constituídos. Desde então, o federalismo brasileiro viveu ciclos de centralização e descentralização relativamente bem definidos. Antes da Nova República, os períodos de centralização (1930-1945 e 1964-1985) estiveram associados a governos de vocação autoritária e os de descentralização (1889-1930 e 1946-1964) foram, em geral, caracterizados pela hegemonia das oligarquias regionais na condução política da nação.

A Constituição de 1988 estabeleceu o federalismo cooperativo no Brasil e trouxe a novidade do ingresso definitivo dos municípios nesse processo, compondo, com os estados e a União, a estrutura federativa trina particular do país. Consolidou-se, assim, a condição historicamente construída do poder local na organização do Es-

tado brasileiro, propiciando a transferência de encargos e recursos para os governos municipais responsabilizarem-se pelo provimento de bens e serviços aos cidadãos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado nesse contexto, como instituição de caráter federativo e orientada pela descentralização político-administrativa. A opção política de seu primeiro decênio seguiu o movimento da municipalização, que marcou a descentralização das políticas sociais no país, e delineou o modelo do federalismo sanitário brasileiro nesse período. A regionalização das ações e serviços de saúde, concebida na origem como fundamento do SUS, foi desconsiderada nesse primeiro momento.

Efetivada a descentralização, ficou evidente que a estrutura municipalizada do SUS não era capaz de oferecer as condições para a plena realização dos objetivos do sistema nacional de saúde no ambiente de extrema heterogeneidade que caracteriza a Federação brasileira. A necessidade incontornável de racionalização do sistema, para equacionar a fragmentação na provisão dos serviços e as disparidades de escala e capacidade produtiva existentes entre os municípios, fez com que se tomasse o caminho da regionalização no início da década de 2000, com o advento da NOAS.

Entretanto, a concentração política e financeira na esfera federal estabelecida durante a década de 1990, que serviu para que a indução operada pelo Ministério da Saúde por meio das Normas Operacionais Básicas (NOBs) obtivesse sucesso na municipalização, criou constrangimentos para a efetivação da regionalização como diretriz organizativa do sistema. Ao relegar a atuação da esfera estadual e assimilar poucos mecanismos de cooperação e coordenação federativa, a proposta da NOAS não foi bem-sucedida, justamente por ter se deparado com estrutura política instituída pela municipalização. Em vez de cooperação, viram-se disputas entre governos estadu-

ais e municipais e a ação indutiva do governo federal não foi suficiente para criar espaços de coordenação federativa nos níveis subnacionais.

O Pacto pela Saúde 2006 – cuja denominação, do ponto de vista semântico, representa o mesmo que federalismo sanitário – é o instrumento normativo concebido para reformular a estrutura federativa do SUS, em busca de concretizar a regionalização como eixo organizador do sistema. Reconhecendo a inerência interfederativa dessa diretriz, o Pacto aproveita os mecanismos criados pela NOAS para essa finalidade (Plano Diretor de Regionalização – PDR, Programação Pactuada e Integrada – PPI e Plano Diretor de Investimentos – PDI) e inaugura instâncias intergovernamentais de deliberação compartilhada para viabilizar o processo político necessário à implantação da regionalização: os Colegiados de Gestão Regional (CGRs).

Consoante o referencial teórico do federalismo, as regiões de saúde devem ser o nível responsável pelo gerenciamento das ações e serviços de saúde de abrangência regional, de modo a garantir maior eficiência alocativa dos recursos disponíveis e, por conseguinte, os melhores resultados possíveis na execução das políticas sanitárias. Contudo, diante da conjuntura do federalismo sanitário brasileiro e da própria constituição histórica da estrutura federativa do país, não se cogita a inserção da região de saúde como instância autônoma formando uma quarta esfera federada.

A operacionalização da regionalização da saúde depende, então, do estabelecimento de mecanismos institucionais de cooperação e coordenação federativa envolvendo os três níveis federados, a partir da situação advinda do processo de municipalização e da tentativa operada por meio da NOAS. A proposta do Pacto 2006 pretende restringir a participação da esfera federal aos assuntos mais abrangentes, com interesse nacional relevante, e proporcionar as condições para que os governos esta-

duais e municipais realizem a regionalização pela via política, sob a coordenação da esfera estadual. Filia-se, assim, às questões de governança local, metropolitana e regional que exigem a interação de diversos núcleos de poder com diferentes graus de autonomia e que integram o planejamento urbanístico e regional *lato sensu*, representadas, no Brasil, pelo atual estatuto das regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões.

A base normativa fixada no ordenamento jurídico nacional dá suporte sólido para que a regionalização efetive-se no federalismo sanitário brasileiro.

Os preceitos constitucionais, que fundamentam o federalismo cooperativo pátrio e instituem o planejamento regional na organização do Estado, são complementados pelas especificações do Direito Sanitário, na legislação estruturante do SUS, que definem a qualidade interfederativa da regionalização sanitária. O Pacto pela Saúde reorienta esse processo, dando mais flexibilidade ao arcabouço prescritivo e permitindo que os estados e municípios formulem e executem as ações e serviços de saúde com maior liberdade, conduzidos pelas relações políticas intergovernamentais.

Essa normatização determina as competências das três esferas governo no âmbito da saúde e condiciona as responsabilidades e deveres na regionalização. Os municípios são os executores das ações sanitárias por excelência e estão obrigados a participar do planejamento regional a fim de garantir a integralidade da assistência aos cidadãos. Os estados devem coordenar esse planejamento regional e apoiar técnica e financeiramente os municípios. A União tem o papel de realizar indução de maneira abrangente, com intuito de preservar a unicidade do sistema nacional.

A recente alteração do estatuto jurídico dos consórcios públicos possibilita uma melhor utilização desses instrumentos de cooperação intergovernamental no

processo de regionalização da saúde. Dotados de personalidade jurídica e permitindo o ingresso de entes federados de diferentes níveis, os consórcios podem contribuir para a regionalização das ações e serviços de saúde pelo fato de adquirirem relativa independência institucional, podendo receber recursos e assumir direitos e obrigações próprias – o que em alguns casos pode ser desejável. Podem, assim, aliar-se ao processo de planejamento regional em determinadas situações, embora, por serem associações voluntárias por definição, jamais possam substituir as regiões de saúde. Em que pese essa possível funcionalidade, é provável que os consórcios públicos tornem-se desnecessários na regionalização caso essa diretriz seja efetivamente implantada e que permaneçam sendo empregados, como são atualmente, para solucionar questões específicas em associações de pequenos municípios.

A estrutura de financiamento do SUS, que reflete o modelo federativo delimitado desde a redemocratização e sua manifestação no campo da saúde, é decisiva para a operacionalização da regionalização sanitária.

A organização do federalismo fiscal brasileiro pós-1988, sobretudo com as políticas de ajuste fiscal das últimas duas décadas, consolidou-se de maneira a concentrar a arrecadação na esfera federal e descentralizar as receitas prioritariamente para os municípios, limitando a disponibilidade de recursos próprios dos estados, e exacerbou a cultura concorrencial entre os entes federados em detrimento da atitude cooperativa. A estratégia definida no período da descentralização do SUS reproduziu essa organização, pois o financiamento foi o meio pelo qual se operou a municipalização da saúde. Os resquícios ainda persistentes dessa época mantêm a relação direta entre a esfera federal e a esfera municipal nas transferências intergovernamentais e a participação pouco consistente dos governos estaduais em face das necessidades da

regionalização da saúde – não obstante haver grande variação entre as Unidades da Federação.

A inexistência de mecanismos de gestão regional de recursos – que continuam sendo administrados diretamente pelos municípios – resulta na baixa capacidade redistributiva do atual modelo de financiamento, representando um importante entrave ao sucesso da regionalização. É importante destacar que a viabilidade de mecanismos dessa natureza também exige uma maior participação da esfera estadual.

Acrescente-se que, após uma década de funcionamento errático, a relativa estabilidade no financiamento da saúde com a vinculação constitucional estabelecida pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (EC 29), deu-se pela implantação de seu dispositivo transitório, que promoveu o aumento o gasto em saúde às custas dos estados e municípios. A ausência da regulamentação dessa emenda constitucional evidencia a persistência de conflito político interfederativo. A falta dos critérios de rateio dos recursos e a indefinição das regras de cálculo para a participação da União, que decorrem dessa situação, dificultam o desempenho do papel indutor da esfera federal, constituindo obstáculo adicional para a efetivação da regionalização.

Além disso, o modelo de financiamento concebido pelo Pacto pela Saúde não considera as desigualdades regionais como condicionantes do processo de regionalização da saúde. Não há ainda mecanismos que contemplem a grande diversidade das entidades subnacionais na definição dos critérios de financiamento, possibilitando o estabelecimento de uma ação redistributiva em lugar do atual foco na capacidade instalada nas redes assistenciais.

No que se refere à dinâmica política, regionalização da saúde requer uma combinação de mecanismos de indução centralizada e de barganhas diretas dos go-

vernos locais em busca do equilíbrio entre centralização e descentralização que exprime a essência mesma do federalismo.

Embora se almeje privilegiar crescentemente a autonomia das esferas subnacionais no planejamento e na execução das políticas de saúde regionalizadas, o papel indutor da esfera federal, representada pelo Ministério da Saúde, permanece imprescindível para a manutenção da unidade do sistema. As políticas concebidas no nível nacional, orientadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), devem nortear as definições gerais de regionalização e sua implantação visando à redução das disparidades existentes no país. A inexistência de perfis distintos de regionalização para as diversas regiões mostra que esse aspecto tem sido pouco desenvolvido até o momento.

No âmbito das regiões, os governos estaduais são responsáveis por coordenar o processo de planejamento regional do qual os municípios fazem parte como entes políticos autônomos. A regionalização representa, por isso, um processo de descentralização para os estados e de centralização para os municípios. A instituição dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) deriva da necessidade de superar esses constrangimentos intrínsecos ao federalismo sanitário brasileiro.

A partir da implantação dos CGRs, formalizam-se o relacionamento horizontal entre os governos municipais e o emprego dos processos decisórios compartilhados para a definição das políticas de saúde de abrangência regional. A descentralização da gestão regional para essas instâncias demanda a redefinição do papel das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), que passam a ser o espaço privilegiado para o exercício da atividade de coordenação necessária ao adequado funcionamento das regiões de saúde. Para isso, é fundamental permitir a livre negociação política entre

os gestores municipais e regularizar mecanismos de dissenso a fim de realizar deveras a administração consensual. Os conflitos federativos horizontais e verticais têm que primeiramente aflorar para que possam ser atenuados e até mesmo absorvidos.

Em suma, a regionalização das ações e serviços de saúde no SUS está essencialmente vinculada à organização federativa brasileira e às suas expressões no âmbito sanitário. Nesse sentido, há elementos facilitadores no arcabouço normativo, que provêm da assimilação dos conceitos basilares do federalismo cooperativo no direito sanitário brasileiro, e na dinâmica política, frutos do aprendizado institucional decorrente dos erros e acertos do passado recente. Por outro lado, há ainda relevantes empecilhos para a implantação da regionalização, notadamente advindos da estrutura de financiamento do SUS, que não incorporou potencialidades redistributivas e indutoras suficientes, condicionando as relações intergovernamentais com evidentes manifestações no campo político.

A atual proposta de regionalização da assistência à saúde é resultado de duas décadas de maturação política e institucional do SUS e, sem dúvida, representa um dos mais engenhosos modelos concebidos para o exercício do federalismo cooperativo no Brasil. Esperamos que os apontamentos feitos neste trabalho contribuam para o debate que tenciona efetivar essa diretriz organizativa do sistema, que, em última instância, visa à garantia do direito à saúde no nosso país.

REFERÊNCIAS

ABLAS, Luiz Augusto de Queiroz. **A Teoria do Lugar Central**. Bases teóricas e evidências empíricas: estudo do caso de São Paulo. São Paulo: Instituto de Pesquisas Econômicas – USP, 1982. 215 p. (Série Estudos Econômicos, 20).

ABRUCIO, Fernando Luiz. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 24, p. 41-67, 2005.

_____. **Os barões da federação**: os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Hucitec / Departamento de Ciência Política – USP, 1998. 253 p.

ABRUCIO, Fernando Luiz; SOARES, Márcia Miranda. **Redes federativas no Brasil**: cooperação intermunicipal no Grande ABC. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001. 236 p. (Série Pesquisas, n. 24).

AFFONSO, Rui de Britto Álvares. Descentralização e reforma do Estado: a Federação brasileira na encruzilhada. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 14, p. 127-152, jun. 2000.

AFONSO, José Roberto Rodrigues. **Descentralização fiscal, políticas sociais e transferência de renda no Brasil**. Santiago (Chile): Naciones Unidas, 2007. 41 p. (CEPAL – Serie Gestión Pública, 63).

AFONSO, José Roberto Rodrigues; ARAUJO, Erika Amorim. A capacidade de gasto dos municípios brasileiros: arrecadação própria e receita disponível. In: NEVES, Gleisi Heisler (Org.) et al. **Os municípios e as eleições de 2000**. São Paulo: Konrad Adenauer Stiftung, 2000. p. 35-53. (Cadernos Adenauer, v. 4, ed. 2000).

AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria geral do direito sanitário brasileiro**. 2006. 458 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de. **Competências na Constituição de 1988**. São Paulo: Atlas, 1991. 183 p.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Recentralizando a federação? **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 24, p. 29-40, jun. 2005

ALVES, Alaôr Caffé. **Planejamento metropolitano e autonomia municipal no direito brasileiro**. São Paulo: Bushatsky, 1981. 368 p.

_____. Regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões: novas dimensões constitucionais da organização do Estado brasileiro. In: BITTAR, Eduardo Carlos Bianca (Org.). **História do direito brasileiro**: leituras da ordem jurídica nacional. São Paulo: Atlas, 2003. p. 345-371.

ANASTOPOULOS, Jean. **Les aspects financiers du fédéralisme**. Paris: Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, 1979. 440 p.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002.

_____. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.

_____. Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 24, p. 69-85, jun. 2005.

BANKAUSKAITE, Vaida; SALTMAN, Richard B. Central issues in the decentralization debate. In: SALTMAN, Richard B. (Ed.); BANKAUSKAITE, Vaida (Ed.); VRANGBÆK, Karsten (Ed.). **Decentralization in health care: strategies and outcomes**. Glasgow: Bell & Bain Ltd., 2007. p. 9-21.

BARACHO, José Alfredo de Oliveira. **Teoria geral do federalismo**. Belo Horizonte: Fumarc / UCMG, 1982. 362 p.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dínio Vaz. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 15-24, 2004.

BARROSO, José Manuel Durão. Consensus. In: ROUGEMONT, Denis de (Dir.); SAINT-OUEN, François (Ed.). **Dictionnaire international du fédéralisme**. Bruxelles: Bruylant, 1994. p. 44-45.

BERCOVICI, Gilberto. **Desigualdades regionais, Estado e constituição**. São Paulo: Max Limonad, 2003. 330 p.

_____. **Dilemas do estado federal brasileiro**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004. 104 p. (Estado e Constituição, 3).

BONAVIDES, Paulo. **A Constituição aberta**. 3ª ed. São Paulo: Malheiros, 2004. 525 p.

_____. **Ciência política**. 12ª ed. São Paulo: Malheiros, 2006. 550 p.

_____. **Curso de direito constitucional**. 22ª ed. São Paulo: Malheiros, 2008. 827 p.

_____. **Teoria do Estado**. 6ª ed. São Paulo: Malheiros, 2007. 529 p.

BOUDEVILLE, Jacques Raoul. **Aménagement du territoire et polarisation**. Paris: Génin, 1972. 279 p.

BOUSQUAT, Aylene Emilia Moraes. **Para a incorporação do espaço no estudo da saúde**. 2000. 243 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02** (Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar). 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação de Integração Programática. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 40 p. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 60 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 10).

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde** (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90). 4ª ed. Campinas: Unicamp, 2006. 272 p.

CODATO, Adriano Nervo. Uma história política da transição brasileira: da ditadura militar à democracia. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 25, p. 83-106, nov. 2005.

COHN, Amélia (Org.); ELIAS, Paulo Eduardo (Org.). **Descentralização e saúde no estado de São Paulo: as articulações entre as esferas de governo**. São Paulo: Cedec, 2005. 206 p.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 2ª ed. São Paulo: Cortez / Cedec, 1998. 117 p.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Relatório final do 1º Seminário do CONASS para a construção de consensos: preocupações e prioridades dos Secretários Estaduais de Saúde quanto à organização, gestão e financiamento do SUS**. Brasília: Conass, 2003. 116 p.

_____. **SUS 20 anos**. Brasília: Conass, 2009. 282 p.

_____. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: Conass, 2006. 164 p.

CONTI, José Maurício. **Federalismo fiscal e fundos de participação**. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2001. 140 p.

CORWIN, Edward Samuel. **American constitutional history**: essays. New York: Harper Torchbooks, 1964. 234 p.

COSTA, Nilson do Rosário. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: NEGRI, Barjas (Org.); DI GIOVANNI, Geraldo (Org.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Unicamp, 2001. p. 307-321.

DAIN, Sulamis. O financiamento público na perspectiva da política social. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 17, p. 113-140, dez. 2001.

_____. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, suppl., p. 1851-1864, nov. 2007.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do Estado**. 26^a ed. São Paulo: Saraiva, 2007. 312 p.

_____. **O Estado federal**. São Paulo: Ática, 1986. 87 p.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O papel do município no desenvolvimento de políticas de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 401-405, out. 1991.

_____. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995. 133p.

_____. Uma nova disciplina: o direito sanitário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 327-334, ago. 1988.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 20^a ed. São Paulo: Atlas, 2007. 800 p.

DRAIBE, Sônia Miriam. **Rumos e metamorfoses**: um estudo sobre a constituição do Estado e as alternativas da industrialização no Brasil, 1930-1960. 2^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004. 370 p.

DUCHACEK, Ivo D. **Comparative federalism**: the territorial dimension of politics. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1970. 370 p.

ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **Das propostas de descentralização da saúde ao SUS**: as dimensões técnica e político-institucional. 1996. 354 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

FAUSTO, Boris. **A Revolução de 1930**: historiografia e história. 12^a ed. São Paulo: Brasiliense, 1989. 118 p.

FERRANDO BADÍA, Juan. **El estado unitario, el federal y el estado autonómico**. 2a ed. Madrid: Editorial Tecnos, 1986. 391 p.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Curso de direito constitucional**. 32^a ed. São Paulo: Saraiva, 2006. 396 p.

GARCÍA-PELAYO, Manuel. **Derecho constitucional comparado**. 7. ed. Madrid: Revista de Occidente, 1964. 636 p.

GOMES, Angela Maria de Castro (Coord.). **Regionalismo e centralização política: partidos e constituinte nos anos 30**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980. 501 p.

GRAU, Eros Roberto. **Direito urbano: regiões metropolitanas, solo criado, zoneamento e controle ambiental, projeto de lei de desenvolvimento urbano**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1983. 151 p.

_____. **Regiões metropolitanas: regime jurídico**. São Paulo: Bushatsky, 1974. 206 p.

GUIMARÃES, Raul Borges. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1017-1025, ago. 2005.

HAMILTON, Alexander; MADISON, James; JAY, John. **The Federalist Papers**. 3rd ed. Middletown: Wesleyan University Press, 1987. 672 p.

HORTA, Raul Machado. **A autonomia do Estado-membro no direito constitucional brasileiro**. Tese de concurso para a cátedra de direito constitucional da Universidade de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1964. 362 p.

INMAN, Robert P.; RUBINFELD, Daniel L. Federalism. In: BOUCKAERT, Boudewijn (Ed.); DE GEEST, Gerrit (Ed.). **Encyclopedia of Law and Economics**, Volume 5. Cheltenham (United Kingdom): Edward Elgar, 2000. p. 661-691.

JELLINEK, Georg. **Teoria general del estado**. Buenos Aires: Albatros, 1970. 602 p.

KELSEN, Hans. **Teoria pura do direito**. 4^a ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994. 427 p.

LAMARÃO, Sergio Tadeu de Niemeyer. Movimento do 11 de Novembro. In: ABREU, Alzira Alves de (Org.) et al. **Dicionário histórico-biográfico brasileiro: pós-1930**. 2^a ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2001. 6211 p.

LE FUR, Louis. **État fédéral et confédération d'états**. Paris: Marchal et Billard, 1896. 839 p.

LEAL, Victor Nunes. **Coronelismo, enxada e voto: o município e o regime representativo no Brasil**. 2^a ed. São Paulo: Alfa-Omega, 1975. 270 p.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, Luciana Dias de. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 511-522, 2007.

_____. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde**: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. 2006. 292 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

LITVACK, Jennie (Ed.); SEDDON, Jessica (Ed.). **Decentralization briefing notes**. Washington, DC: World Bank Institute, 1999. 99 p.

LOPREATO, Francisco Luiz Cazeiro. Um novo caminho do federalismo no Brasil? **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 9, p. 95-114, dez. 1997.

MACHADO, Cristiani Vieira. **Direito universal, política nacional**: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. 2005. 391 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

MACHADO, José Angelo. Gestão de políticas públicas no Estado federativo: apostas e armadilhas. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 433-457, 2008.

_____. **Políticas públicas descentralizadas e problemas de coordenação**: o caso do Sistema Único de Saúde. 2007. 377 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 24, p. 159-175, jan./jun. 2005.

MEDAUAR, Odete; OLIVEIRA, Gustavo Justino de. **Consórcios públicos**: comentários à Lei 11.207/2005. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006. 174 p.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito municipal brasileiro**. 14^a ed.; atualizada por Márcio Schneider Reis e Edgard Neves da Silva. São Paulo: Malheiros, 2006. 920 p.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de direito administrativo**. 22^a ed. São Paulo: Malheiros, 2007. 1053 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Relatório final do 1º Seminário do CONASS para a construção de consensos**: preocupações e prioridades dos Secretários Estaduais de Saúde quanto à organização, gestão e financiamento do SUS. Brasília: CONASS, 2003. p. 65-100.

MILLS et al. **Health system decentralization**: concepts, issues and country experience. Geneva: World Health Organization, 1990. 151 p.

MONTESQUIEU, Baron de, Charles de Secondat. **The Spirit of Laws**. New York: Prometheus Books, 2002. 700 p.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. Sociedade civil, entre o político-estatal e o universo gerencial. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 52, p. 185-202, jun. 2003.

OATES, Wallace E. An essay on fiscal federalism. **Journal of Economic Literature**, Pittsburgh, v. 37, n. 3, p. 1120-1149, September 1999.

PERROUX, François. **L'économie du XXe siècle**. Paris: Presses Universitaires de France, 1961. 599 p.

PINTO, Sol Garson Braule. **Regiões metropolitanas**: obstáculos institucionais e fiscais à cooperação em políticas urbanas. 2007. 391 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

POLTON, Dominique. Décentralisation des systèmes de santé: un éclairage international. **Revue Française des Affaires Sociales**, Paris, n. 4, p. 267-299, 2004.

PRADO, Sérgio Roberto Rios do. Guerra fiscal e políticas de desenvolvimento estadual no Brasil. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 12, p. 1-40, jan. 1999.

PRADO, Sérgio Roberto Rios do (Coord.) et al. **Partilha de recursos na federação brasileira**. São Paulo: Fundap, 2003. 245 p. (Federalismo no Brasil).

PROUDHON, Pierre-Joseph. **Du principe fédératif** et de la nécessité de reconstituer le parti de la révolution. Paris: E. Dentu, 1863. 324 p.

PRUD'HOMME, Remy. **On the dangers of decentralization**. Washington, DC: World Bank, 1994. 36 p. (Policy Research Working Paper, 1252).

RAMOS, Dircêo Torrecillas. **O federalismo assimétrico**. São Paulo: Plêiade, 1998. 350 p.

REZENDE, Fernando; AFONSO, José Roberto Rodrigues. A Federação brasileira: desafios e perspectivas. In: REZENDE, Fernando (Org.); OLIVEIRA, Fabrício Augusto de (Org.). **Federalismo e integração econômica regional**: desafios para o Mercosul. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer Stiftung, 2004. p. 301-362.

RIBEIRO, José Aparecido; PIOLA, Sérgio Francisco; SERVO, Luciana Mendes. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 37, p. 21-43, jan. 2007.

RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nilson do Rosário. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 22, p. 173-220, dez. 2000.

RONDINELLI, Dennis A. et al. **Decentralization in developing countries**: a review of recent experiences. Washington, DC: World Bank, 1983. 99 p. (World Bank Staff Working Paper, 581).

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos**: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007. 165 p.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. 4^a ed. São Paulo: Edusp, 2006. 384 p.

SCELLE, Georges. **Manuel de droit international public**. Paris: Domat-Montchrestien, 1948. 1008 p.

SCHWARTZ, Bernard. **Direito constitucional americano**. Rio de Janeiro: Forense, 1966. 424 p.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 29^a ed. São Paulo: Malheiros, 2007. 926 p.

_____. **Direito urbanístico brasileiro**. 4^a ed. São Paulo: Malheiros, 2006. 476 p.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE – SIOPS. **Despesa total com saúde nas três esferas de governo**. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Dados_RIPSA-2008.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2008.

_____. **Histórico do percentual mínimo e aplicado pelos estados de acordo com a EC-29**. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/evolpercEC29UF.php>>. Acesso em: 01 jun. 2009.

SOARES, Gláucio Ary Dillon. O Golpe de 64. In: SOARES, Gláucio Ary Dillon (Org.); D'ARAUJO, Maria Celina (Org.). **21 anos de regime militar**: balanços e perspectivas. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1994. p. 9-51.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 332-348, 2006.

SOUZA, Celina. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 27-41, 2004.

_____. Regiões metropolitanas: condicionantes do regime político. **Lua Nova**, São Paulo, n. 59, p. 137-158, 2003.

SOUZA, Maria do Carmo Carvalho Campello de. **Estado e partidos políticos no Brasil (1930-1964)**. São Paulo: Alfa-Omega, 1976. 178 p.

SOUZA, Renilson Rehem de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.

STEPAN, Alfred. **Os militares na política**: as mudanças de padrões na vida brasileira. Rio de Janeiro: Artenova, 1975. 222 p.

TIEBOUT, Charles M. A pure theory of local expenditures. **Journal of Political Economy**, Chicago, v. 64, n. 5, p. 416-424, Oct. 1956.

TOCQUEVILLE, Alexis de. **A democracia na América**. 4^a ed.; prefácio de Antonio Paim; tradução, notas de Neil Ribeiro da Silva. Belo Horizonte: Itatiaia, 1998. 597 p.

TOMIO, Fabricio Ricardo de Limas. A criação de municípios após a Constituição de 1988. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 17, n. 48, p. 61-90, fev. 2002.

TSEBELIS, George. Decision making in political systems: veto players in presidentialism, parliamentarism, multicameralism and multipartyism. **British Journal of Political Science**, Cambridge, v. 25, n. 3, p. 289-325, Jul. 1995.

UGÁ, Maria Alícia Dominguez et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

UGÁ, Maria Alícia Dominguez; SANTOS, Isabela Soares. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1597-1609, ago. 2006.

VARSANO, Ricardo. **A evolução do sistema tributário brasileiro ao longo do século**: anotações e reflexões para futuras reformas. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1996. (Texto para Discussão, n. 405).

_____. A guerra fiscal do ICMS: quem ganha e quem perde. **Planejamento e Políticas Públicas**, Rio de Janeiro, n. 15, p. 3-18, jun. 1997.

VASCONCELLOS, Miguel Murat. Serviços de saúde: uma revisão de processos de regionalização, análises de padrões espaciais e modelos de localização. In: NAJAR, Alberto Lopes (Org.); MARQUES, Eduardo Cesar (Org.). **Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 63-92.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. **Sistema e descentralização**. A política de saúde no Estado de São Paulo nos anos 80: formação e tensões. 1994. 188 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01/96. In: NEGRI, Barjas (Org.); VIANA, Ana Luiza d'Ávila. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime, 2002. p. 471-488.

_____. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

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**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

VRANGBÆK, Karsten. Key factors in assessing decentralization and recentralization in health systems. In: SALTMAN, Richard B. (Ed.); BANKAUSKAITE, Vaida (Ed.); VRANGBÆK, Karsten (Ed.). **Decentralization in health care: strategies and outcomes**. Glasgow: Bell & Bain Ltd., 2007. p. 63-76.

VRIES, Michiel S. de. The rise and fall of decentralization: A comparative analysis of arguments and practices in European countries. **European Journal of Political Research**, Dordrecht (Netherlands), v. 38, n. 2, p. 193–224, October 2000.

WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na Constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. 260 p.

WHEARE, Kenneth Clinton. **Federal government**. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1951. 278 p.

ZIMMERMANN, Augusto. **Teoria geral do federalismo democrático**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005. 405 p.

ANEXOS

ANEXO A – Roteiro de entrevista semiestruturada

1 Identificação e trajetória profissional

- 1.1 Formação
- 1.2 Tempo no cargo
- 1.3 Setor de experiência

2 Experiência na condução política dos processos de descentralização/regionalização nas décadas de 1990 e 2000

- 2.1 Participação discussões/elaborações de propostas de descentralização/regionalização (NOBs/NOAS/Pacto pela Saúde)

2.1.1 Em que processos participou das discussões da regionalização

3. Princípios gerais da regionalização

- 3.1 Existência de discussão das propostas de regionalização na instância

3.1.1 Como são discutidas as propostas de regionalização na instância

- 3.2 Existência de consenso nas discussões sobre regionalização

3.2.1 Como se expressam as diferentes posições

- 3.3 Consideração das particularidades das distintas regiões

3.3.1 De que forma são consideradas as particularidades das distintas regiões

4 As experiências de regionalização nas distintas regiões nacionais

- 4.1 Experiências de regionalização bem-sucedidas

4.1.1 Atributos das experiências de regionalização bem-sucedidas

- 4.2 Existência de perfis distintos de regionalização nas diversas regiões

- 4.3 Existência de diferenças no processo de regionalização segundo porte e extensão territorial dos municípios envolvidos

4.3.1 Aspectos mais relevantes para a diferenciação no processo de regionalização segundo porte e extensão territorial dos municípios

- 4.4 Existência de diferenças no processo de regionalização segundo indicadores econômicos e sociais dos municípios envolvidos

4.4.1 Aspectos mais relevantes para a diferenciação no processo de regionalização segundo indicadores econômicos e sociais dos municípios

5 Avaliação do processo de regionalização brasileiro

5.1 Processo de regionalização da saúde no Brasil

5.1.1 Principais obstáculos no processo de regionalização da saúde no Brasil

5.1.2 Elementos facilitadores no processo de regionalização da saúde

5.2 Regionalização da saúde nas regiões metropolitanas

5.2.1 Entraves para a regionalização da saúde nas regiões metropolitanas

5.2.2 Potencialidades para a regionalização da saúde nas regiões metropolitanas

5.3 Regionalização da saúde nos municípios de pequeno e médio porte

5.3.1 Entraves para a regionalização da saúde nos municípios de pequeno e médio porte

5.3.2 Potencialidades para a regionalização nos municípios de pequeno e médio porte

6 Relações intergovernamentais

6.1 Existência de cooperação intergovernamental

6.1.1 Como se dá o processo de cooperação intergovernamental

6.2 Como vem se desenvolvendo o relacionamento político entre os gestores no processo de regionalização do SUS

6.3 Cooperação intergovernamental

6.3.1 Circunstâncias/temas em que a cooperação intergovernamental é facilitada

6.3.2 Circunstâncias/temas em que a cooperação intergovernamental é dificultada

6.4 Papel das esferas de governo nas relações intergovernamentais

6.4.1 Papel da esfera federal no desenvolvimento das relações intergovernamentais para a gestão do SUS

6.4.2 Papel da esfera estadual no desenvolvimento das relações intergovernamentais para a gestão do SUS

6.4.3 Papel da esfera municipal no desenvolvimento das relações intergovernamentais para a gestão do SUS

6.5 O que precisa ser alterado/aprimorado no relacionamento entre os gestores

6.6 Papel dos conselhos de saúde nas relações intergovernamentais

6.6.1 Papel dos Conselhos Municipais no processo de desenvolvimento das relações intergovernamentais

6.6.2 Papel dos Conselhos Estaduais no processo de desenvolvimento das relações intergovernamentais

6.6.3 Papel do Conselho Nacional de Saúde no processo de desenvolvimento das relações intergovernamentais

6.7 Papel das comissões intergestores nas relações intergovernamentais

6.7.1 Papel da Comissão Intergestores Bipartite no processo de desenvolvimento das relações intergovernamentais

6.7.2. Papel da Comissão Intergestores Tripartite no processo de desenvolvimento das relações intergovernamentais

7 Relacionamento do Ministério da Saúde com os governos subnacionais

7.1 Papel do Ministério da Saúde no processo de promoção das relações intergovernamentais entre os governos subnacionais:

7.2 Existência de beneficiamento de uma das duas esferas de governo subnacional na atuação do Ministério da Saúde:

7.3 Relacionamento do Ministério da Saúde com os estados

7.3.1 *Questões/áreas de melhor relacionamento do Ministério da Saúde com os estados*

7.3.2 *Como o relacionamento com os estados pode ser aprimorado*

7.4 Relacionamento do Ministério da Saúde com os municípios

7.4.1 *Questões/áreas de melhor relacionamento do Ministério da Saúde com os municípios*

7.4.2 *Como o relacionamento com os municípios pode ser aprimorado*

7.5. Medidas necessárias para complementar a ação do Ministério da Saúde

ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido

A presente pesquisa, intitulada **Regionalização e federalismo sanitário no Brasil**, tem por objetivo examinar as implicações da estrutura federativa brasileira na regionalização das ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para identificar elementos facilitadores e entraves para a efetivação da regionalização da saúde relacionados ao modelo de federalismo existente no Brasil, serão realizadas revisão de literatura, análise documental e caracterização do processo segundo as concepções expressas por atores políticos relevantes envolvidos, a partir de entrevistas utilizando um instrumento com questões semiestruturadas.

Cabe ressaltar que esta pesquisa não envolve procedimentos experimentais e que todas as informações prestadas aos pesquisadores estão sob sigilo de pesquisa. Os resultados serão divulgados em dissertação de mestrado e artigos científicos.

Ao consentir em participar desta entrevista, o senhor (a) tem garantidos a privacidade e o anonimato, além da liberdade de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

----- X -----

Declaração:

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador, tendo lido e entendido o que foi explicado, consinto em participar da entrevista.

(local), (data).

PESQUISADOR

ENTREVISTADO