



COORDENAÇÃO FEDERATIVA E FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE

Mecanismos vigentes, mudanças sinalizadas e perspectivas para o futuro

ANDREA BARRETO DE PAIVA*

ROBERTO HENRIQUE SIECZKOWSKI GONZALEZ**

JOSÉ GERALDO LEANDRO***

RESUMO

Este artigo retoma o histórico de constituição dos mecanismos de financiamento vigentes na estrutura de coordenação do Sistema Único de Saúde (SUS), no intuito de localizar e analisar as propostas recentes de alteração dos mecanismos de repasse dos recursos da União para os estados e municípios.

PALAVRAS-CHAVE: *Sistema Único de Saúde; financiamento; coordenação federativa.*

Federative Coordination and Health Policy Financing in Brazil: Current Mechanisms, Signaled Changes and Perspectives for the Future

ABSTRACT

This article addresses the history of the constitution of the financing mechanisms in force in the coordination structure of the Unified Health System from Brazil (SUS), in order to locate and to analyze the recent proposal to change the mechanisms of the transferring the resources of the Federal Government to the state and municipal levels of government.

KEYWORDS: *Unified Health System from Brazil; financing; federative coordination.*

INTRODUÇÃO

Como já é amplamente reconhecido, o problema da coordenação federativa é particularmente importante para o funcionamento da política de saúde no Brasil, tendo em vista o seu caráter descentralizado, que implica não apenas provisão financeira conjunta por parte do governo federal e dos governos estaduais e municipais, mas também ações que exigem a cooperação dos três níveis de governo para serem desenvolvidas.

[*] Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, DF, Brasil. E-mail: andrea.barreto@ipea.gov.br

[**] Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, DF, Brasil. E-mail: roberto.gonzalez@ipea.gov.br

[***] Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: josegleandro@ufmg.br

No período pós-1988, essa coordenação se organizou em torno de um complexo sistema de transferências condicionadas de recursos, associada a instâncias de pactuação coletiva, com representantes de gestores dos três níveis de governo. Neste período, as transferências financeiras se constituíram como ferramentas centrais na definição dos padrões das relações intergovernamentais, estando fortemente relacionadas também às tensões entre coordenação e autonomia nos processos relacionados à implementação da política de saúde no país. Embora seja ponto pacífico entre os especialistas, cabe ressaltar que este estágio de configuração da gestão da saúde no Brasil não é decorrente de processos automáticos, e sim, como tudo em âmbito estatal, proveniente de escolhas políticas provenientes da atuação empenhada de atores—governamentais e não governamentais—, no decorrer das várias etapas de desenvolvimento da política de saúde.

Foi a partir de meados dos anos 1970, por exemplo, que um conjunto de práticas governamentais, atualmente consideradas embriões do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolveram experiências de descentralização da gestão; integração de ações preventivas e curativas; expansão da cobertura, desvinculada do vínculo previdenciário; participação e controle social; e fortalecimento do setor público em si mesmo.¹ Com a Constituição Federal (CF) de 1988, esses aspectos passaram a ser definidores da política de saúde no país, mas, como o princípio da descentralização não era autoexecutável, foi necessário lançar mão de outras regras que estimulassem sua implementação, induzindo os municípios a assumir e ampliar a oferta descentralizada dos serviços de saúde.²

Dois anos após a promulgação da constituição, a Lei nº 8.080/1990 estabeleceu alguns parâmetros para a realização de transferências financeiras da União para estados e municípios. Em seguida, a Lei nº 8.142/1990 determinou que as transferências destinadas a cobertura de ações e serviços públicos de saúde deveriam ser regulares e automáticas.³ Contudo, apesar de representarem avanços importantes na institucionalização do processo de descentralização, os dispositivos provenientes dessas leis não vingaram, principalmente por não terem explicitado os montantes a serem transferidos nem a composição dos critérios para as transferências federais. No processo, foram as Normas Operacionais Básicas (NOBS)—instrumentos normalizadores elaborados pelo poder executivo federal e editados na forma de portaria ou resolução ministerial—que efetivamente operacionalizaram a descentralização, concretizando a implantação do Sistema Único de Saúde.

Tem destaque neste sentido a NOB nº 1/1993, que determinou a adoção das transferências regulares e automáticas do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, uma importante infle-

[1] Menicucci, 2007; 2014.

[2] Arretche, 2004.

[3] Ugá *et al.*, 2003.

[4] Ugá *et al.*, 2003.

xão na lógica de financiamento da política de saúde no Brasil. Posteriormente, a NOB nº 1/1996, ao reduzir as formas de gestão da política a duas modalidades—gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema—, fez crescer exponencialmente o número de municípios habilitados, representando 93% do total de municípios em 1998 e 99% em 2000.⁴ Tal procedimento acabou sendo de fundamental importância para o fortalecimento do mecanismo de repasse fundo a fundo e, de forma mais ampla, para a viabilização da descentralização, que se deu principalmente, naquele momento, por meio da municipalização.

Com a migração dos procedimentos de transferências financeiras, ao menos em parte, da perspectiva das transferências voluntárias (convênios) para as transferências obrigatórias (fundo a fundo), passou-se a observar maior organicidade da política de saúde. Isso porque o mecanismo de regulação produziu incentivos para que os governos locais adotassem comportamentos esperados e definidos pelo governo federal.

[5] Piola *et al.*, 2013a.

Posteriormente, as vinculações constitucionais foram fundamentais para ampliar a participação dos outros níveis de governo no financiamento da política de saúde e para garantir os recursos necessários às contrapartidas municipais dos programas definidos como prioritários. Ressalta-se que, com a implementação da Emenda Constitucional nº 29, estados e municípios triplicaram o volume de recursos próprios destinados à saúde, e a União aumentou em 75% o volume de recursos para o setor.⁵ Nesse processo, o governo federal lançou mão também de um conjunto de portarias que estabeleceu uma estrutura de incentivos ainda mais contundente, e o papel coordenador deste nível de governo, por meio desses mecanismos, fez com que indicadores importantes sobre desigualdade de acesso e qualidade dos serviços expressassem melhorias substantivas. A desigualdade do gasto em saúde, por exemplo, medido pelo coeficiente de Gini, reduziu de 0,399 em 1996 para 0,354 em 1998, 0,293 em 2001 e, posteriormente, para 0,259 em 2006.

Ora, em janeiro de 2017 ocorreu uma pactuação no âmbito da política de saúde que altera a forma de repasse de recursos federais para estados e municípios. A portaria pactuada extingue os seis blocos de financiamento criados pela Portaria nº 204/2007 e cria apenas duas modalidades de repasse: custeio e investimento. Tal proposta foi nomeada “SUS legal” pelo Ministério da Saúde e tem como objetivos: assegurar o cumprimento da legislação que rege o Sistema Único de Saúde (SUS) e fortalecer o procedimento de elaboração de planos de saúde por parte de estados e municípios, já que a destinação de verbas estará vinculada a esse planejamento. Tal alteração, realizada no mesmo contexto de promulgação da EC nº 95 (teto dos gastos), parece sinalizar para um novo padrão de relações intergovernamentais que impactará a estrutura de coordenação forjada no âmbito do SUS a partir dos anos 1990.

No desenvolvimento deste artigo, procuramos demonstrar como as transferências condicionadas de recursos estiveram imbricadas com outros poderes de normatização (sejam constitucionais, sejam administrativos) da União, para promover a coordenação dos entes federados no processo de implementação da política nacional de saúde, em um formato minimamente padronizado e que enfrentou os problemas relacionados às desigualdades de acesso e de provisão dos serviços. É nesse sentido que as alterações recentes nos pareceram carentes de análise.

Além desta parte introdutória, a próxima seção do texto faz uma revisão teórica do problema de como estabelecer o nível “adequado” de distribuição de competências, poderes e recursos entre entes federados. Na terceira seção, tratamos de algumas das escolhas feitas para a política de saúde—no que diz respeito à problemática apresentada na segunda seção—e, para tanto, recuperamos a trajetória de consolidação do SUS, ressaltando o papel dos mecanismos de repasse baseados nas transferências condicionadas e localizando a proposta recente de mudança. Na última seção, fazemos alguns apontamentos a respeito das perspectivas futuras para a coordenação federativa no âmbito do SUS, a qual a nosso ver pode representar uma ruptura com a trajetória da política até o momento.

FEDERALISMO, TRANSFERÊNCIAS INTERGOVERNAMENTAIS E COORDENAÇÃO

Conforme já é amplamente difundido, umas das problemáticas centrais existentes no âmbito dos sistemas federados é o alinhamento entre o nível de governo apropriado para a atribuição de certas responsabilidades e competências e os mecanismos fiscais adequados à viabilização dos recursos necessários.⁶ Tal problemática, contudo, não deve ser compreendida como simples procedimento operacional de descentralização fiscal e executiva de políticas. É possível sim concluir, como faz parte da literatura, que o estabelecimento de fontes orçamentárias e competências particulares para governos regionais e locais são procedimentos vantajosos para o desenvolvimento das políticas públicas no âmbito de estados federados, mas é preciso assumir também que a organização exitosa de arranjos para tal fim não é algo trivial. Ou seja, para que tais experiências sejam exitosas, é essencial haver clara compreensão de quais competências e instrumentos fiscais, em determinados contextos, funcionarão melhor centralizados e quais devem ser descentralizados para outra(s) esfera(s) de governo.⁷

A clássica perspectiva de Tiebout,⁸ por exemplo, recomenda que sejam atribuídas ao nível central as responsabilidades pela estabilização macroeconômica, redistribuição de renda e produção dos bens públicos nacionais, cabendo às subunidades governamentais a provisão

[6] Oates, 1999; 2005.

[7] Oates, 1999.

[8] Tiebout, 1956.

de bens e serviços cujos acessos e consumo estão limitados aos seus territórios. O argumento é de que, em virtude da ausência de prerrogativas monetárias e cambiais e com economias altamente abertas, subunidades governamentais têm possibilidades limitadas de realizar intervenções eficientes tanto sobre o macro quanto em suas próprias economias. Por outro lado, em virtude das variações relacionadas às particularidades territoriais, seria desejável que a produção de bens e serviços destinados ao consumo interno das subunidades governamentais estivesse sob a responsabilidade das mesmas. A defesa é de que, sob a responsabilidade dos governos regionais e locais, os gastos relacionados aos bens e serviços de consumo e acessos próprios ganham em eficiência e refletem melhor as preferências populacionais.

Embora pareça intuitivo, o caminho recomendado por Tiebout não deve ser considerado definitivo. Oates,⁹ por exemplo, argumentou haver aspectos não previstos na proposta que são elementares ao entendimento das relações entre os níveis de governo. Entre esses aspectos está a escolha dos mecanismos fiscais a serem utilizados. A adoção inadequada de mecanismos fiscais pode implicar distorções como a competição excessiva entre as subunidades, no que diz respeito à criação de políticas de incentivo fiscal, gerando o fenômeno da diminuição progressiva das arrecadações (*race to the bottom*) e, conseqüentemente, da provisão e/ou qualidade dos serviços públicos;¹⁰ o desvirtuamento dos objetivos das políticas públicas; assim como a diminuição das características de cooperação entre entes governamentais de mesmo nível.¹¹

De todo modo, é fato que os estados federados necessitam de algum tipo de arranjo apropriado à distribuição de competências e responsabilidades, associadas à provisão de recursos necessários para desenvolvê-las. Nesse sentido, é sabido que o mecanismo mais comumente utilizado nos distintos arranjos federativos existentes são as transferências financeiras intergovernamentais.¹² Procedimento que implica o exercício prévio de arrecadação de impostos por uma ou mais instâncias governamentais, para o posterior repasse às demais, visando cobrir parte das suas respectivas despesas. Conforme explica Oates,¹³ tal instrumento tem duas funções centrais no âmbito dos estados federados: indução das subunidades governamentais à internalização da necessidade de promover benefícios para públicos além dos seus limites territoriais (ou adesão às prioridades nacionais ou regionais estabelecidas) e equalização fiscal entre tais subunidades, o que implica melhoria do sistema fiscal como um todo.

As transferências intergovernamentais geralmente adquirem duas formas: as transferências condicionadas, em que são definidos limites e condições específicas para a utilização dos recursos transferidos, e as transferências não condicionadas, cujo uso dos recursos está sob a

[9] Oates, 1999.

[10] Oates, 1999; Arretche, 2001.

[11] Machado, 2008; 2009.

[12] Salienta-se que os governos provinciais, estaduais e locais fazem uso também de tributações próprias. Em geral trata-se de taxações sobre imóveis e serviços públicos acessados em função da obtenção de propriedade (Oates, 1999). No caso brasileiro, por exemplo, os governos municipais exercem tributação sobre a propriedade residencial, sobre a transferência de propriedade e sobre serviços, e os governos estaduais taxam a propriedade dos veículos automotores. Há, contudo, uma dinâmica específica de redistribuição desses recursos.

[13] Oates, 1999.

responsabilidade autônoma, dentro dos princípios republicanos legalmente constituídos, das subunidades governamentais que os recebem. Embora ambas tenham efeitos redistributivos, as transferências condicionadas são entendidas como mais pertinentes aos casos em que existe a necessidade de produção de bens e serviços para além dos limites territoriais ou, dentro das jurisdições, nos casos em que se almeja desenvolver ações ligadas às prioridades nacionais ou regionais estabelecidas. Já as transferências não condicionadas são tipicamente apropriadas aos esforços de promover equalização fiscal. A dinâmica básica de funcionamento de tal ferramenta consiste na transferência de recursos das jurisdições relativamente mais ricas para aquelas mais pobres, utilizando como parâmetro a relação necessidade-capacidade fiscal, que implica realização de transferências mais robustas àquelas jurisdições com maiores necessidades do que capacidades fiscais.¹⁴

Parece então ser evidente que, em âmbito democrático, a problemática da atribuição de responsabilidades e competências no interior dos estados federados deve ser tratada como um tema complexo, que não se encerra em princípios fiscais *stricto sensu*, tratando-se, na verdade, de uma construção que também envolve aspectos políticos tanto estruturais quanto relacionais—o que fica evidente quando observamos os problemas relacionados à gestão compartilhada das políticas públicas no âmbito dos estados federados. Do ponto de vista teórico existem discordâncias sobre as perdas e ganhos das subunidades governamentais e do estado nacional, no que diz respeito à adoção dos mecanismos de transferências financeiras condicionadas e não condicionadas, para os processos relacionados à implementação de determinadas políticas públicas.¹⁵

As discordâncias existentes podem ser visualizadas a partir de três distintas perspectivas presentes na literatura. Mas antes de abordar tais percepções, vejamos rapidamente a distinção conceitual apresentada por Falletti¹⁶ e Arretche¹⁷ sobre as dimensões de descentralização das políticas públicas, possíveis no âmbito de estados federados. O refinamento teórico proposto pelas autoras nos permite apresentar de forma mais precisa, posteriormente, os distintos entendimentos sobre a distribuição das competências e responsabilidades sobre as políticas e suas relações com a adoção de mecanismos que transferem recursos de forma condicionada e não condicionada.

Falletti e Arretche argumentam, em sentido similar, sobre a existência de dimensões distintas de descentralização das políticas, que não devem ser tratadas como equivalentes ou de forma aglutinada. Para as autoras, existem substantivas diferenças entre descentralização de competências (ou somente da execução das políticas públicas), o que ela denominou *polycymaking*, e descentralização da autoridade decisória sobre as políticas, o que configura *policy decision-making*. Além disso,

[14] Oates, 1999.

[15] Arretche, 2012.

[16] Falletti, 2005; 2006.

[17] Arretche, 2012.

salientam ser preciso atentar-se também ao fato de que não podem ser tomadas uma(s) como *proxy* para o exame da(s) outra(s) a descentralização política, referente à possibilidade das subunidades governamentais realizarem suas próprias eleições, com a garantia de que os mandatos não serão revogados por níveis superiores de governo; a descentralização fiscal, que diz respeito à participação das receitas e gastos das subunidades sobre o agregado; e a descentralização executiva ou decisória sobre as políticas. Trata-se de processos de descentralização distintos, que nem sempre são encontrados de forma aglutinada na realidade.

A execução de determinadas atribuições, por exemplo, não deve ser considerada sinônimo de autonomia decisória sobre tais atribuições. Dito de outra forma, a atribuição de executar políticas públicas não necessariamente implica em autoridade para tomar decisões sobre as mesmas. Tais aspectos de autoridade vão variar em função da relação entre as instituições federativas e as características particulares das políticas públicas, mesmo havendo autonomia formal das subunidades governamentais em relação ao nível central de governo.¹⁸ Ou seja, em que pese o fato de haver subunidades governamentais com eleições, mecanismos fiscais e receitas próprias, suas respectivas autonomias decisórias (no todo ou referente a um dado campo de política pública) poderão ser restringidas, por exemplo, por dispositivos constitucionais e/ou provenientes de leis nacionais posteriores e também por mecanismos como o estabelecimento de condicionalidades para o repasse de transferências intergovernamentais. Nesse sentido, podemos assumir que as descentralizações fiscal e de competências aos entes politicamente autônomos podem ocorrer alinhadas a prerrogativas constitucionais que centralizam a autoridade decisória sobre as políticas em âmbito nacional. Dito isso, passemos às três compreensões sobre os ganhos e as perdas dos arranjos institucionais caracterizados por maior centralização ou descentralização da autoridade decisória.

A primeira perspectiva encontrada na literatura advoga contra a centralização da autoridade sobre as políticas no âmbito do governo nacional, por entender que tal configuração fere o princípio federativo básico da autonomia jurisdicional das subunidades governamentais,¹⁹ é menos eficiente à adequação das políticas às distintas realidades jurisdicionais tanto do ponto de vista do uso dos recursos públicos quanto do conteúdo das intervenções,²⁰ além da percepção de que, ao deixar a função redistributiva a cargo do governo central, o aumento das desigualdades jurisdicionais torna-se mais provável, tendo em vista que em tal nível governamental haveria grupos regionais de atuação clientelista, com efetivas possibilidades de influenciar as decisões. Ou seja, as políticas públicas e as transferências intergovernamentais seriam distribuídas desi-

[18] Arretche, 2012.

[19] Riker, 1975; Dahl, 1986.

[20] Oates, 1999; 2005; Tiebout, 1956.

gualmente entre as jurisdições, sendo privilegiadas aquelas cujas elites são mais fortes no âmbito do governo nacional.²¹ Portanto, para tal perspectiva, tanto a autoridade decisória sobre as políticas (*policy decision-making*) quanto a autoridade sobre a execução (*policymaking*) deveriam ser descentralizadas.

Um segundo ponto de vista faz a discussão do problema no sentido inverso. Ou seja, a descentralização excessiva de autoridade às subunidades governamentais é vista como problemática, por prejudicar a coordenação e efetividade das políticas nacionais, além de aumentar as características de desigualdade entre as jurisdições.²² Tal ponto de vista está ancorado nas postulações de Wildavsky,²³ cujo entendimento central é de que igualdade de resultados e instituições federativas são condições contrárias e incompatíveis. Para o autor, a prerrogativa das subunidades governamentais de posicionar-se de forma divergente (seja na relação com o governo federal ou com as demais subunidades) favoreceria a multiplicidade de ações e, conseqüentemente, a desigualdade entre as políticas implementadas no interior dos estados federados. De forma resumida, a perspectiva é crítica à concessão de autonomia às jurisdições, principalmente no que diz respeito à autoridade decisória fiscal e de elaboração de políticas públicas (*policy decision-making*), mas concorda com algum grau de descentralização de competências ou de execução das políticas (*policymaking*), desde que haja centralização das decisões e/ou regulação pelo governo nacional.

Entretanto, uma terceira via entende que, em função da natureza das políticas públicas e das características de seus respectivos subsistemas, haverá necessidade (em contextos nacionais específicos) de níveis particulares de coordenação nacional e de autonomia jurisdicional. A defesa é de que, em função da relação entre arranjos institucionais e especificidades das políticas públicas, há um trade-off entre autonomia das jurisdições e melhoria dos serviços destinados à população, em que a centralização decisória se torna justificável.²⁴ Ou seja, tal perspectiva não assume de forma irrefletida os argumentos de que a adoção de instituições federativas, com efetiva descentralização decisória, necessariamente implica posteriores desigualdades entre jurisdições e políticas implementadas nem que a centralização decisória é sempre menos efetiva no que diz respeito à adequação das políticas às distintas realidades jurisdicionais. Aqui, os graus de centralização e descentralização são sempre função da articulação entre regras institucionais, características particulares das políticas públicas e a necessidade de intervenções específicas a partir das mesmas, em virtude das particularidades das realidades nacionais.

Existem algumas proximidades desta última perspectiva com a apresentada anteriormente. Mesmo que por caminhos distintos,

[21] Weingast, 1995.

[22] Abrucio; Soares, 2001; Arretche, 2000; 2003; 2004; 2010.

[23] Wildavsky, 1984.

[24] Arretche, 2012.

ambas defendem que, em alguma medida, as possibilidades de redução das desigualdades nacionais na oferta de serviços públicos passam pela centralização da autoridade decisória, no âmbito do governo central. O avanço desta terceira percepção, entretanto, está justamente no entendimento de que as interações entre os níveis de governo vão variar em função das distintas possibilidades de encaixe entre os fatores apresentados. Ou seja, tanto a pertinência da descentralização da autoridade decisória (*policy decision-making*) quanto da descentralização executiva (*polycymaking*) dependem das possibilidades de acomodação existentes entre os fatores mencionados (regras institucionais, características particulares das políticas públicas e necessidade das intervenções).

O ponto é que, independente da perspectiva de compreensão, sobre as perdas e ganhos com a adoção de mecanismos que constroem ou ampliam a autonomia das subunidades governamentais, as transferências intergovernamentais são ferramentas centrais na definição dos padrões das relações entre os níveis de governo e estão relacionadas às tensões entre coordenação e autonomia, muito comuns nos processos de implementação de políticas nacionais no âmbito de estados federados. Mais especificamente, entendemos que o desenho dos mecanismos de repasse de recursos expressa o arranjo de relações intergovernamentais em um âmbito e momento histórico específico, sem no entanto afastar o conflito subjacente. Portanto, mais do que seguir um princípio unívoco de organização da federação, as regras institucionais (inclusive as que governam a distribuição de recursos) derivam de movimentos contraditórios dos atores políticos e dos entes federados, frequentemente em reação à distribuição prévia de atribuições e recursos (que pode passar a ser vista como incompatível com outros objetivos políticos, por exemplo a expansão de serviços sociais com pouca capacidade de provisão local) ou a mudanças no contexto (por exemplo, evolução diferenciada das capacidades tributárias).

A partir da próxima seção veremos como tal questão se desenhou no caso brasileiro, especificamente no âmbito da política de saúde. Abordamos, de forma breve, os arranjos de gestão que precederam a criação do SUS. Em seguida, passamos ao processo de constituição da estrutura de coordenação que vem sendo forjada no âmbito do SUS desde os anos 1990 e apresentamos sua configuração atual. Na seção seguinte tratamos dos possíveis riscos do redesenho de tal configuração que, conforme pôde ser apurado, é sinalizado por uma portaria recente que opera a extinção dos seis blocos de financiamento existentes até então, ensejando uma nova dinâmica nas relações entre os níveis de governo para a implementação da política no território nacional.

Antecedentes do SUS

Antes da criação do SUS, o sistema de saúde brasileiro, além de excludente e segmentado, era caracterizado pela forte hegemonia privada na oferta e pela ênfase nas ações de recuperação de saúde.²⁵ Além disso, o sistema público era caracterizado pela alta centralização no nível federal e pela segmentação institucional e de clientela, uma vez que o Ministério da Saúde (MS) e o então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) apresentavam funções e clientelas distintas no campo da saúde.²⁶ Havia, claramente, uma separação entre as chamadas ações de saúde pública, a cargo do MS, e o atendimento clínico individual, que dependia do vínculo formal e era de responsabilidade do MPAS.

Diante dessa marcada exclusão e buscando conquistar legitimidade durante o regime autoritário, ao longo da década de 1970 e 1980 foram implementadas diversas iniciativas buscando a inclusão de novos segmentos à assistência médica pública.

Dentre as iniciativas, em 1976 o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass),²⁷ que adotou o modelo de medicina comunitária, ampliou a cobertura com a oferta de serviços básicos de saúde e saneamento na região Nordeste e se consagrou como uma das primeiras iniciativas concretas de articulação entre o MS, a assistência médica da Previdência Social e as secretarias estaduais de saúde (SES), propiciando o surgimento de um ator coletivo importante na trajetória do SUS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).²⁸ Segundo Piola *et al.*,²⁹ o programa estimulou o repasse de recursos, via convênios, para as SES, ainda que os resultados, na visão de Pugin e Nascimento,³⁰ tenham se resumido na ampliação da rede física instalada para o atendimento da população, sem que houvesse melhoria nas ações de saúde.

Ainda em busca da expansão da cobertura para outros segmentos sociais além do vinculado à previdência, aliado à procura por maior articulação entre MS, secretarias estaduais e municipais de saúde e o MPAS, surgiu o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsau), que não chegou a ser implantado, além do Plano do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp).³¹ Além da preocupação com a racionalização dos recursos previdenciários, em um contexto de crise econômica e de constatação da ineficiência do modelo existente, o tema da descentralização já aparece neste plano, no contexto de redemocratização, associado à reivindicação de maior autonomia por parte dos estados e municípios.³²

O plano teve como consequências mais importantes para a área da saúde a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1986 e o

[25] Piola *et al.*, 2009a.

[26] Piola *et al.*, 2009b. Segundo o Ipea (*Políticas Sociais*, 2009), a assistência médico-hospitalar aos trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho ficava a cargo do MPAS e era financiada pelo sistema de Seguridade Social, para o qual contribuíam empregados, empregadores e o governo federal. Ao MS, às secretarias estaduais de saúde (SES) e às secretarias municipais de saúde (SMS) cabiam, basicamente, as ações típicas da saúde pública, tais como: o controle de doenças transmissíveis e as vigilâncias sanitária e epidemiológica. Parcela reduzida da população, que dispunha de recursos financeiros, pagava pelo serviço de saúde diretamente ao prestador do setor privado lucrativo, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais particulares. A população mais pobre e não vinculada a algum sistema de seguro dependia dos restritos serviços assistenciais (gratuitos) do MS, dos estados, dos municípios e das entidades filantrópicas.

[27] Antes da criação do Piass, ocorreu a instituição do Funrural em 1971, que estendeu o direito ao serviço de saúde para o trabalhador do campo e seus dependentes, e também o Plano de Pronto Atendimento (PPA) em 1974, que estendeu a cobertura de assistência médica de urgência e emergência a todos, independentemente do vínculo previdenciário.

[28] Gontijo, 2015.

[29] Piola *et al.*, 2009b.

[30] Pugin; Nascimento, 1996.

[31] Criado em função da necessidade de revisão das formas de organização da assistência médica previdenciária diante do imperativo da contenção das despesas da previdência social com a assistência médica, numa conjuntura de aguda crise financeira do sistema previdenciário (Pugin; Nascimento, 1996). Este conselho foi instituído em 1981 e se constituiu numa instância reguladora composta por representantes de ministérios, prestadores e trabalhadores da saúde, que tinha o objetivo de organizar a assistência médica (disciplinando, principalmente, o atendimento médico hospitalar privado).

[32] Pugin; Nascimento; Cohn, 1996.

[33] Segundo Gontijo (2015), as transferências financeiras do Inamps para outros órgãos públicos saltaram de 5,7% em 1981 para 30,4% em 1987.

[34] Piola *et al.*, 2009b.

[35] Piola *et al.*, 2009b.

[36] Menicucci, 2007; 2014.

[37] Piola *et al.*, 2013b.

[38] Gontijo, 2015.

[39] Esta conferência contou com a participação de representantes de diferentes segmentos sociais, sem a participação do setor privado, que se recusou a participar do debate.

[40] Esta comissão agregou representantes do governo, dos trabalhadores e também do setor privado, diferentemente do que ocorreu na VIII Conferência.

[41] Menicucci, 2007.

[42] Brasil, 2009. Segundo Piola *et al.* (2009b, p. 109), “embora o processo de redação durante a Constituinte tenha levado em conta diversas propostas de emenda, este artigo reproduz *ipsis literis*, mas de forma bem sintética, declarações que compõem os relatórios da VIII Conferência e da CNRS”.

[43] A partir do conceito constitucional do comando único, cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Nesse sentido, a autoridade sanitária do SUS é exercida: na União, pelo ministro da saúde; nos estados, pelos secretários estaduais de saúde; e, nos municípios, pelos secretários municipais de saúde.

Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) em 1987. A partir dessas duas inovações institucionais, os convênios do governo federal com estados e municípios foram ampliados significativamente.³³

A instituição das AIS foi a concretização da proposta do Conasp no que se refere ao estabelecimento de uma rede única de saúde. De acordo com Piola *et al.*,³⁴ essas ações representaram a primeira experiência de sistema de saúde integrado e envolviam a transferência de recursos, por meio de convênios, para estados e municípios. A partir daí, surgiram as comissões interinstitucionais de saúde e os colegiados com representação da sociedade civil nos estados e municípios.

A criação do Suds, que aprofundou a transferência de recursos por meio de convênios, significou um movimento de descentralização em direção à esfera estadual e resultou na passagem da rede de serviços do MPAS para os estados e os municípios, de modo que cada um dos estados constituísse seu sistema de saúde e fosse responsável pelos serviços municipais e estaduais.³⁵

Essas práticas governamentais foram consideradas embriões do SUS, na medida em que ocorreram experimentações de descentralização da gestão, integração de ações preventivas e curativas, expansão da cobertura desvinculada do vínculo previdenciário, participação e controle social e o fortalecimento do setor público em si.³⁶

Cabe ressaltar que, a despeito de todas as iniciativas que ocorreram no sentido da ampliação da cobertura assistencial, ainda persistia a exclusão de parcela significativa da população mais pobre no final da década de 1980.³⁷

Segundo Gontijo,³⁸ o processo de constitucionalização da reforma foi precedido de vários fóruns coletivos, com destaque especial para a VII Conferência Nacional da Saúde,³⁹ realizada em 1986 pelo governo federal, e a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS),⁴⁰ que foram bem-sucedidas na tarefa de elaborar uma proposta comum sobre as condições mínimas para a reforma sanitária.⁴¹

Criação do SUS e o princípio da descentralização

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, que deve ser “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.⁴² Os princípios doutrinários que conferem legitimidade ao SUS são a universalidade, a integralidade e a equidade. Além disso, a Constituição estabeleceu como diretrizes do SUS a descentralização com comando único,⁴³ a regionalização e hierarquização dos serviços e a participação comunitária. Por fim, a CF/1988 determinou ser a saúde livre à iniciativa privada, mesmo compreendendo-a como dever do Estado.

O processo de descentralização tinha como objetivo alcançar a municipalização da gestão dos serviços, o que certamente representou a quebra de um paradigma. De acordo com esse princípio, o poder e a responsabilidade sobre o setor são distribuídos entre os três níveis de governo. O artigo 23 da CF determina ser de competência comum aos três entes federativos “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”. Em relação à competência sobre a provisão de serviços de saúde, a CF determina que cabe ao município “prestar, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”.⁴⁴

No que tange às competências legislativas, estas são compartilhadas entre todos os entes federativos da seguinte forma: União deve legislar acerca das normas gerais, os estados devem editar as normas complementares necessárias ao funcionamento dos seus serviços e à sua função de direção estadual do SUS, e aos municípios coube a edição de normas complementares necessárias à sua esfera de atuação.

Como o princípio da descentralização não era autoexecutável, fez-se necessário introduzir novas regras para estimular a descentralização e induzir os municípios a assumirem e ampliarem a oferta descentralizada dos serviços de saúde, dada a inexistência de pressão das subunidades governamentais pela descentralização desses encargos, em contraposição a pressão exercida pelas mesmas subunidades para a descentralização de recursos.⁴⁵

A Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, estabeleceu como as transferências deveriam ser realizadas para os estados e municípios, objetivando a cooperação financeira da União. Posteriormente, a Lei nº 8.142/1990 estabeleceu que as transferências destinadas a cobertura de ações e serviços públicos de saúde deveriam ser regulares e automáticas.⁴⁶ Entretanto, apesar de representarem avanços conceituais importantes no sentido de institucionalizar o processo de descentralização, esses dispositivos legais não vingaram porque não explicitaram os montantes a serem transferidos nem traduziram operacionalmente a composição dos critérios para transferências federais.

Apesar dos avanços para a descentralização, expressos em leis que regulamentam a CF/1988 no que tange à descentralização de serviços e ações de saúde, são as Normas Operacionais Básicas (NOBs) que efetivamente operacionalizaram a descentralização, enquanto instrumentos normalizadores elaborados pelo poder executivo federal e editados na forma de portaria ou resolução ministerial, concretizando a real implantação do SUS.

A descentralização de ações e serviços de saúde ganha contornos mais relevantes com a edição da NOB nº 1/1993. Essa norma regulamentou o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações

[44] Brasil, 1999, art. 198, item I.

[45] Arretche, 2004.

[46] Ugá *et al.*, 2003.

[47] Piola, 2016.

[48] Scatena; Tanaka, 2001.

[49] Mendes, 2001.

[50] Mendes, 2001.

[51] Barros, 2001.

no âmbito do SUS e estabeleceu os mecanismos de financiamento das ações de saúde, que neste momento se restringiam a assistência hospitalar e ambulatorial. Segundo Piola,⁴⁷ a NOB nº 1/1993 se constituiu no primeiro passo para o estabelecimento de transferências de recursos federais no âmbito do SUS, sendo fundamental para quebrar a inércia observada. De acordo com Scatena e Tanaka,⁴⁸ essa NOB representou um marco definidor no processo de consolidação do SUS, tanto por romper, ainda que de modo parcial, com a lógica do Inamps (remuneração por procedimento) como por assentar os elementos e princípios da descentralização. Nesse sentido, a NOB estabeleceu três níveis de autonomia de gestão das esferas estaduais e municipais: “incipiente”, “parcial” e “semiplena”.

Entretanto, as condições de gestão parcial e incipiente, na prática, não foram implantadas efetivamente, devido a não devolução, por parte do Ministério da Saúde, dos saldos financeiros previstos em seu enquadramento.⁴⁹ O que de fato se efetivou foram os repasses financeiros referentes à gestão semiplena, forma mais avançada de descentralização do SUS, em que os municípios assumem o controle total da gestão do sistema de saúde, incluindo definição de políticas, execução, acompanhamento, controle e avaliação no âmbito de seus territórios. E a forma de repasse adotada nesse tipo de descentralização foram as *transferências regulares e automáticas* do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. Segundo Mendes,⁵⁰ há quem considere a NOB nº 1/1993 o ponto de inflexão na lógica do financiamento de saúde por adotar essas formas de repasse.

Dessa forma, a NOB nº 1/1993 apontava para um horizonte de repasse global (*block grant*) e automático de recursos, sem vinculá-los à implantação de determinados programas nos municípios. Os gastos com ações e serviços de saúde ficavam à mercê das definições locais da política de saúde. Contudo, é importante lembrar que, apenas em novembro de 1994, se deu início aos repasses de recursos aos fundos de saúde dos municípios em gestão semiplena. Barros⁵¹ lembra que as dificuldades legais para a implantação do repasse global e automático provocaram o adiamento da concretização da gestão semiplena para mais de um ano após a edição da NOB. As condições para a transferência de recursos “fundo a fundo” só foram regulamentadas pelo decreto da Presidência da República—Governo Itamar Franco—de número 1.232, de 30 de agosto de 1994.

Apesar da importância da NOB nº 1/1993 como marco no processo de descentralização, à medida que introduziu estímulos para que estados e municípios adquirissem, paulatinamente, autonomia na gestão de sua rede assistencial, no início de 1997 apenas 144 municípios cumpriam os pré-requisitos da condição de gestão semiplena, a categoria de maior autonomia de gestão, para os quais eram efetuados os repasses fundo a fundo.

A NOB nº 1/1996 surge com o intuito de dar continuidade ao processo de construção do SUS, que reduziram suas formas de gestão a duas modalidades: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema. Com isso, o número de municípios habilitados cresceu exponencialmente, representando 93% do total de municípios em 1998 e 99% em 2000.⁵²

[52] Ugá *et al.*, 2003, p. 421.

De acordo com os autores, além de ampliar a descentralização, ao elevar o número de municípios habilitados e expandir o mecanismo “fundo a fundo”, a NOB nº 1/1996 estabeleceu as bases para que os repasses de recursos fundo a fundo, até então limitados a assistência ambulatorial e hospitalar, alcançassem áreas como vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, controle de doenças e a recém-criada área de atenção básica. Além disso, a NOB nº 1/1996 foi fundamental para o processo de reorientação do modelo de atenção à saúde, que priorizou a atenção básica.

Dessa forma, a NOB nº 1/1996 foi fundamental para consagrar o mecanismo de repasse fundo a fundo, estabelecendo uma forte relação com os municípios no processo de descentralização, que se deu, principalmente, através da municipalização, tendo esse tipo de transferência substituído os convênios, que era a forma mais usual dessas transferências até meados da década de 1990.

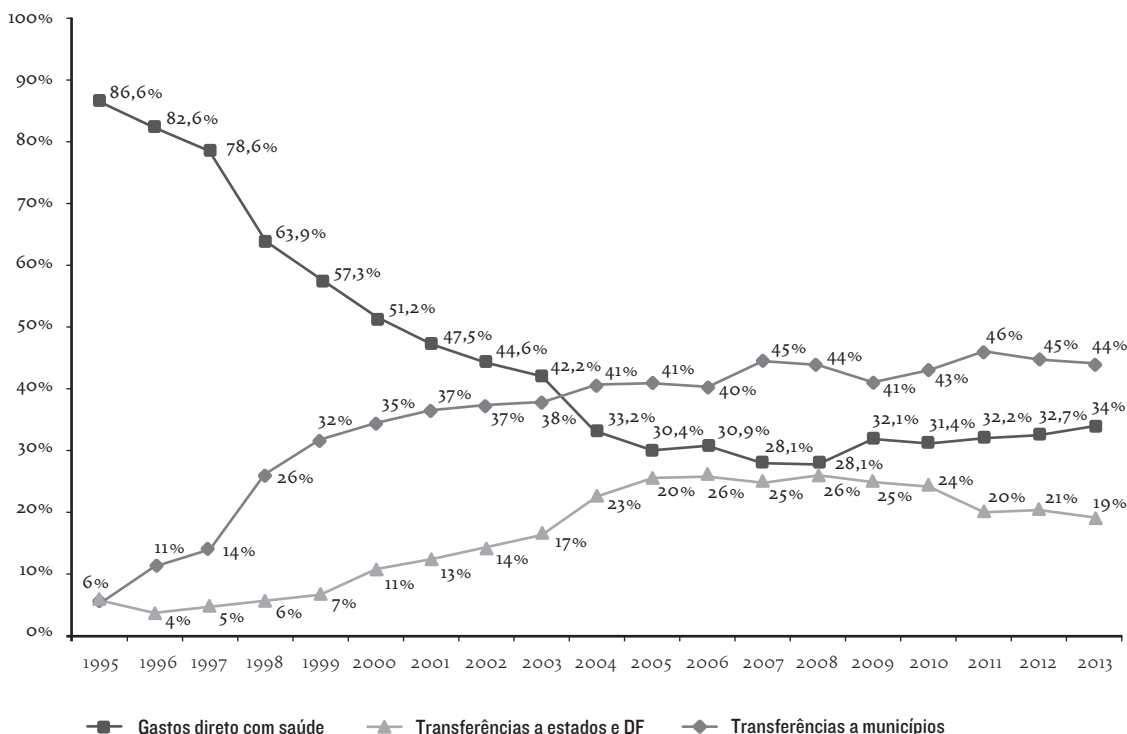
O Gráfico 1 apresenta a evolução dos gastos federal com saúde, entre 1995 e 2013,⁵³ de acordo com a modalidade de aplicação, demonstrando a evolução dos gastos diretos versus gastos com transferências a estados e municípios do MS. Fica nítido como a descentralização fiscal de recursos da União para os municípios, que se deu, principalmente, por meio das transferências fundo a fundo, impactaram a configuração do gasto federal. Nesse período, o gasto direto do MS saiu do patamar de 86,6% do gasto federal com saúde em 1995 para atingir 34% em 2013. Em movimento contrário, o gasto com transferências a estados e Distrito Federal saiu de um patamar de 6% do total do gasto federal para alcançar um percentual de 19% em 2013, e o gasto com transferências a municípios parte de um patamar de 5% em 1995 para ultrapassar o patamar do gasto direto do MS e atingir 44% do gasto federal do ministério, confirmando o forte processo de municipalização, potencializado através das transferências do SUS repassados pela União.

[53] Apesar de o Siga Brasil apresentar informações mais recentes sobre esses dados, optou-se por utilizar as informações da base do Ipea referente ao Gasto Social Federal, uma vez que há informações disponíveis desde 1995, enquanto no Siga Brasil a série começa em 2000.

Nota-se que as transferências aos municípios apresentam um descolamento em relação a transferências aos estados a partir de 1996, possivelmente devido à publicação da NOB nº 1/1996, quando os municípios puderam optar por ser gestores plenos do sistema ou da atenção básica. O salto é ainda mais expressivo em 1998, ano em que esta NOB foi regulamentada, contribuindo para um crescimento exponencial dos municípios habilitados para receber recursos fundo a fundo, conforme mencionado anteriormente.

GRÁFICO I

Evolução da participação da despesa federal com gasto direto e transferências a estados e municípios



Fonte: Siafi/Sidor. Elaboração: Ipea/Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc).

Em relação às transferências aos estados, percebe-se que estes ampliam sua participação no gasto federal em dois momentos: a partir de 2000, coincidindo com a publicação da Emenda Constitucional nº 29 e da Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas), de 2001, que buscou ampliar a participação dos estados na gestão do SUS.

É interessante observar certa estabilidade na composição do gasto federal em saúde em relação a sua modalidade de aplicação, ou seja, a forma como os recursos foram aplicados, a partir de 2004/2005. A justificativa é a de que existe uma despesa mínima que o MS provavelmente deve executar para manter a gestão da política de saúde, principalmente no que se refere à despesa com pessoal (ativo e inativo), referente aos servidores do MS, bem como dos hospitais universitários e outros hospitais/instituições federais. Ou seja, estes recursos, que em 2010 representaram 50% dos gastos diretos, não são descentralizáveis. Da mesma forma, não são descentralizáveis os recursos referentes à média e alta complexidade operados por essas instituições (18% em 2010), ficando a cargo do MS. Além disso, existe uma parte

importante dos gastos diretos (15 % em 2010) que se referem à compra centralizada de medicamentos. É um pedaço que, a princípio, poderia ser descentralizado, mas a centralização das compras justifica-se pela economia de escala. Por fim, os imunobiológicos (vacinas) e os medicamentos para HIV, por exemplo, representam parte expressiva dos gastos com vigilância em saúde, que fazem parte do escopo de uma política nacional (representaram 4 % em 2010).

Os repasses financeiros e a política de saúde

A partir do momento em que as transferências às subunidades governamentais migraram, em grande parte, do campo das transferências voluntárias (viabilizadas principalmente através de convênios), observadas na década de 1990, para as transferências obrigatórias, cuja principal forma de ocorrer se dá através de transferências fundo a fundo, passou a se observar uma maior organicidade da política de saúde. Ou seja, esse mecanismo de regulação produziu incentivos para que os governos locais adotassem comportamentos esperados definidos pelo governo federal e pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), tais como o direcionamento de recursos descentralizados para políticas prioritárias, a garantia de um padrão nacional mínimo de política de saúde e a redução da desigualdade horizontal.⁵⁴

Neste contexto, as NOBs se apresentaram como elemento crucial do mecanismo de indução da política de saúde. Como grande marco neste processo, a NOB nº 1/1996 buscou disciplinar o processo de organização do cuidado à saúde, com o objetivo de induzir um novo modelo de atenção no país. Ugá *et al.*⁵⁵ afirmam que a principal estratégia utilizada no âmbito da formulação da NOB nº 1/1996 para a indução do novo modelo relaciona-se à estrutura de financiamento adotada para o custeio das ações e serviços de atenção básica de saúde sob gestão municipal, com a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), que se constitui de um valor fixo per capita destinado a ações de assistência básica da população, e o piso variável, que se trata de receitas extras para os municípios, condicionadas à adesão dos municípios a programas específicos, como o Programa Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

A título de elucidação dessa política de indução do governo federal, reorientando o modelo de atenção à saúde que prioriza a atenção básica, Piola *et al.*⁵⁶ afirmam que “o crescimento da participação das transferências para atenção básica, no total de recursos alocados pelo MS em ações e serviços públicos de saúde, passaram de 9,7 % em 1995 para mais de 15 % em 2010”.

Além disso, a partir da NOB nº 1/1996, ficou determinado o repasse regular e automático (transferências condicionadas) desses recursos, o que foi de fundamental importância para a adesão dos estados e

[54] Vazquez, 2014.

[55] Ugá *et al.*, 2003, p. 421.

[56] Piola *et al.*, 2013b, p. 27.

municípios às políticas priorizadas pelo governo federal. Isso porque com o novo mecanismo implementado, segundo Vazquez:

Importa ressaltar, portanto, que essas transferências condicionadas, juntamente com as vinculações constitucionais ocorridas na saúde, mediante a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 em 2000, foram instrumentos importantes para a coordenação federativa e para indução dos governos municipais ao comportamento esperado.⁵⁷

[57] Vazquez, 2014.

As vinculações constitucionais foram fundamentais para ampliar a participação dos outros níveis de governo no financiamento da saúde e para garantir os recursos necessários às contrapartidas municipais no financiamento dos programas definidos como prioritários. Isso porque com a implementação da EC nº 29, entre 2000 e 2011 os estados e municípios mais que triplicaram o volume de recursos próprios destinados à saúde, e a União aumentou em 75% o volume de recursos para o setor.⁵⁸ Nesse processo, o governo federal lançou mão de um amplo conjunto de portarias, publicadas sucessivamente, que organizaram uma estrutura de incentivos. O controle exercido pelo governo federal, por meio desses mecanismos, foi considerado uma política bem-sucedida por diversos autores. Isso porque, mesmo que de forma não definitiva, a partir da nova reorientação do modelo, indicadores importantes sobre desigualdade de acesso e qualidade dos serviços expressaram melhorias substantivas.

[58] Piola *et al.*, 2013.

Segundo Arretche,⁵⁹ a desigualdade do gasto em saúde, medido pelo coeficiente de Gini, reduziu de 0,399 em 1996 para 0,354 em 1998 devido à implementação da NOB nº 1/1996, que instituiu de fato o mecanismo fundo a fundo. Além disso, com a introdução da EC nº 29, de acordo com a autora, a desigualdade apresentou nova inflexão, e o coeficiente de Gini caiu para 0,293 em 2001 e, posteriormente, para 0,259 em 2006 (último ano da série).

[59] Arretche, 2012.

[60] Piola *et al.*, 2009b.

[61] Ainda que tais desigualdades continuem existindo. Para mais detalhes, ver Piola *et al.* (2013).

[62] Neste período, as internações correspondiam àquelas contratadas ou conveniadas pelo Inamps.

[63] Os avanços tecnológicos ocorridos no período reduziram significativamente o uso da internação como recurso de assistência.

[64] Em Piola *et al.* 2009b (p. 135), as informações sobre as internações mostram que, em 1987, as taxas de hospitalização da região Sul foi de 10,9; da região Sudeste de 8,8; da região Centro-Oeste de 8,1, da região Nordeste de 6,2 e região Norte de 5,5. Em 2005, estes indicadores apontam para taxas de: 6,6 na região Norte; 6,4 na Nordeste; 5,6 na Sudeste; 6,8 na Sul; 7,22 na Centro-Oeste.

De acordo com Piola *et al.*,⁶⁰ “um arrojado processo de descentralização expandiu significativamente a participação dos estados e municípios na gestão e no financiamento do sistema, bem como na provisão de ações e serviços de saúde, resultando na redução das desigualdades inter-regionais que prevaleciam no sistema antes da Constituição Federal de 1988”.⁶¹ Alguns indicadores relativos à hospitalização e às consultas por habitante, por exemplo, permitem verificar a existência do processo de redução de desigualdades entre as regiões do país. Em relação à hospitalização, o artigo acima mostra que o indicador apresentou uma queda das taxas de hospitalizações de 8,1 por cem habitantes em 1987⁶² para 6,2 por cem habitantes em 2005.⁶³ Entretanto, a tendência das taxas regionais foi de convergência no período, uma vez que os indicadores das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste diminuíram e do Norte e Nordeste aumentaram, contribuindo para que as taxas entre as regiões ficassem muito próximas.⁶⁴

Em relação às consultas médicas asseguradas pelo SUS, estas também cresceram e alcançaram níveis muito próximos entre as regiões.⁶⁵ De acordo com os autores, em 2005, em todas as regiões do país, o SUS oferecia, em média, um número superior a duas consultas médicas por habitante, sendo que a maior taxa (Sudeste: 2,9 consultas por habitante) correspondia a 1,4 vezes a menor taxa de consulta por habitante (Norte: duas consultas por habitante). Em 1987, a diferença regional correspondia a 2,5 vezes (Sudeste: 2,21 consultas por habitante; Norte: 0,88 consultas por habitante). Afirmam ainda que a rede de serviços de saúde no Brasil não apenas foi ampliada significativamente, mas também foi desconcentrada espacialmente, reduzindo as desigualdades regionais, ainda que persistam os problemas de insuficiência e má distribuição.

Além da diminuição das desigualdades regionais, os autores explicitam que as diretrizes, políticas e programas inovadores introduziram importantes mudanças no modelo de atenção à saúde, ampliando o acesso a recursos antes indisponíveis, resultando em melhorias nos indicadores sanitários. Ou seja, com a expansão da rede assistencial, observaram-se importantes mudanças em indicadores de resultados, como a redução da mortalidade infantil e o controle de doenças. A mortalidade infantil, que em 1990 era de 47,1 por mil nascidos vivos e em 1996 era de 33,1, em 2011 foi de 15,3.⁶⁶ Cabe ressaltar também que as taxas regionais apresentaram uma maior uniformização com a consolidação do SUS. Em 2013 a razão entre a maior e a menor taxa de mortalidade infantil regional foi de 1,76; em 1990 e 1996, esta mesma razão foi de 2,67 e 2,33, respectivamente.

Entretanto, apesar de reconhecer a importância dos mecanismos de repasses para a consolidação do SUS, a partir de 2004 houve um consenso entre os gestores das três esferas de governo de que a fórmula de indução de mudanças, via normas operacionais, estava esgotada.⁶⁷ O pleito era de que um novo modelo de pactuação entre as instâncias respeitasse as diferenças regionais e o controle e a avaliação realizada com base em resultados.

Nesse contexto, o Pacto pela Saúde foi instituído em 2006, englobando três pactos: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Com o Pacto pela Saúde, introduziram-se novas mudanças na gestão do SUS, entre as quais se destacam: a substituição do processo de habilitação às condições de gestão pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão (TCG), a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização e a integração em seis grandes grupos das várias formas de repasse dos recursos federais.

Com a Portaria GM nº 204/2006 e outras regulamentações posteriores, as formas de repasse se reduziram em mais de uma centena para seis blocos de financiamento.⁶⁸ A simplificação em relação ao

[65] Piola *et al.*, 2009b.

[66] “Anexo estatístico”, 2015.

[67] *Políticas Sociais*, 2014.

[68] Antes de 2006 existiam mais de uma centena de mecanismos de repasse, definidos por diversas portarias, que praticamente se traduziam na administração da mesma quantidade de contas para o repasse.

[69] Dentro de cada componente dos blocos, estão atrelados os programas ou incentivos, que constituem os mecanismos de repasse, alguns anteriores à criação dos blocos e outros mais recentes, conhecidos também com as famosas “caixinhas” do MS. Em 2014, de acordo com a Sala de Apoio à Gestão (Sage) do MS, existiam 203 formas de repasse/incentivos nos seis blocos de financiamento.

[70] Segundo Piola (2017), este aumento da fragmentação não ocorreu de maneira imprevista tendo em vista a brecha legal da Portaria GM nº 204/2006 de que outros incentivos poderiam ser criados por meio de ato normativo, além daqueles já previstos (inciso VIII). Ou seja, ficou acordado entre MS, estados e municípios a possibilidade de criação de diversos incentivos nos componentes do PAB variável e Bloco da Atenção Básica e no Limite Financeiro da MAC. Para exemplificar, vale citar que o número de linhas de incentivo do PAB variável, que totalizavam dezoito em 2006, aumentou para 25 em 2014. Em relação ao componente Limite Financeiro da MAC, no mesmo período a quantidade de incentivos aumentou de treze para 45 (informações extraídas da Sala de Apoio à Gestão Estratégica, extraído em dezembro/2016; <http://sage.saude.gov.br>).

[71] Conass, 2015.

número de contas de repasses provocou um ganho em termos de gestão orçamentária, tendo em vista o número reduzido de contas para prestação. Entretanto, o mesmo não aconteceu com a quantidade de mecanismos de repasse existentes.⁶⁹ Por dentro da operação, continuaram existindo as tais “caixinhas” que devem ser definidas para que o repasse seja efetivado nos blocos. Dessa forma, a definição, por meio de portarias, de recursos específicos para várias áreas e ações aumentaram ainda mais a fragmentação do financiamento,⁷⁰ que tem como principal justificativa a não pactuação da metodologia dos critérios de rateio.

Os critérios de rateio

Agestão descentralizada do SUS para estados e municípios fez com que a questão dos mecanismos e critérios de transferência de recursos do governo federal ganhasse contornos relevantes para os gestores de saúde. Os critérios de repasse para a distribuição de recursos da União para as subunidades governamentais são importantes porque orientam a tomada de decisão dos gestores, de forma que as necessidades de saúde da população sejam atendidas.

O artigo 35 da Lei nº 8.080/1990 trouxe um conjunto de critérios para estabelecer o repasse de recursos do governo federal para estados e municípios, que só foi regulamentado em 2012 com a Lei Complementar nº 141/2012, pois seus dispositivos não eram autoaplicáveis. Esta lei avançou na definição dos mecanismos de transferência e de aplicação dos recursos da esfera federal e das esferas estaduais aos municípios com base na redução das disparidades regionais de saúde (artigos 17 a 19).

Dessa forma, o rateio dos recursos da União vinculados às ações e serviços públicos de saúde e repassados aos estados, ao DF e aos municípios deveria observar as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e serviços de saúde e, ainda, o disposto no artigo 35 da Lei nº 8.080/1990. Além disso, o MS deveria definir e publicar anualmente, utilizando metodologia pactuada na CIT e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada estado, ao DF e a cada município para custeio das ações e dos serviços públicos de saúde.

Entretanto, de acordo com o Conass,⁷¹ esta metodologia de rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços de saúde e repassados a estados, DF e municípios ainda não foi pactuada entre os gestores. Em 2013 houve uma tentativa da definição dessa metodologia mediante a criação de um subgrupo de trabalho no âmbito do Grupo de Trabalho de Gestão da CIT, mas que não vingou. O fato é que, para que houvesse essa repactuação dos novos critérios

de repasse, uma das condições estabelecidas entre os interlocutores estaduais e municipais era de que não poderia haver perda de recursos já existentes, configurando assim o impasse existente até hoje. No vácuo dessa omissão, diversos critérios foram utilizados para as transferências do SUS, definidos por inúmeras portarias publicadas pelo MS, tornando o acompanhamento das formas de repasse uma tarefa hercúlea.

Ou seja, segundo Piola *et al.*,⁷² ainda que o repasse fundo a fundo tenha adquirido regularidade e automatismo, se conformando num dos principais motores da descentralização, os critérios de partilha vigentes na legislação não foram implementados, ficando distantes da concepção da descentralização defendida anteriormente.

A despeito da importância deste mecanismo de indução da política de saúde, conforme demonstramos, os gestores municipais e estaduais têm fortes críticas em relação ao excesso de fragmentação dos repasses observados ao longo dos últimos anos, processo que tornam explícitas as tensões existentes entre o debate de maior autonomia decisória para estados e municípios versus coordenação federativa, conforme veremos a seguir.

O contexto atual

Recentemente, ocorreu, em relação à CIT, em janeiro de 2017, uma pactuação que altera a forma de repasse de recursos federais do SUS para estados e municípios, motivada pela forte fragmentação em vigor, percebida pelos autores envolvidos no processo. A portaria pactuada extingue os seis blocos de financiamento criados pela Portaria nº 204/2007 e cria apenas duas modalidades de repasse: custeio e investimento. Tal proposta, que recebeu o nome de SUS Legal pelo MS, tem como objetivo “assegurar o cumprimento da legislação que rege o Sistema Único de Saúde (SUS)”⁷³ e fortalecer o procedimento de elaboração de planos de saúde por parte de estados e municípios, já que a destinação de verbas estará vinculada a esse planejamento. De acordo com MS, o foco é o planejamento, na medida em que o SUS Legal formaliza tal processo de forma ascendente. Além disso, o MS tem ressaltado que o projeto pretende enxugar as mais de 17 mil portarias relacionadas ao SUS, sendo 707 delas de caráter normativo. Segundo o MS, o novo formato fortalecerá a gestão do SUS, possibilitando ao gestor mais agilidade e eficiência na destinação dos recursos disponíveis atualmente, com base na necessidade e realidade sanitária local.⁷⁴

A portaria aprovada possui cinco artigos. O primeiro regulamenta a transferência dos recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, conforme a Lei Complementar nº 141. O segundo aponta a nova forma de repasse que

[72] Piola *et al.*, 2013b.

[73] O “cumprimento da legislação” é uma clara referência à Lei Complementar nº 141/2012, que prevê o processo de planejamento ascendente, mas que de fato não foi realizado.

[74] Laboissière, 2017; “SUS Legal”, 2017.

prevalecerá, conforme mencionado no parágrafo anterior (custeio e investimento), complementado pelo terceiro artigo, que diz que deverá existir, portanto, apenas duas contas financeiras, uma para cada dessas categorias econômicas. O artigo quarto estabelece as diretrizes para o processo de aplicação da portaria, em que ressalta, dentre outras coisas, a importância do planejamento ascendente em informações sistematizadas e compartilhadas entre os entes da federação, a relevância da alimentação dos sistemas de informação do e-SUS, tornando-a obrigatória, para que garanta a operacionalização do processo de planejamento, monitoramento, avaliação e controle, além de estabelecer regras de transição para a alteração das formas de repasse. Por fim, o último artigo institui um grupo de trabalho tripartite para propor a normativa e viabilizar a implantação das diretrizes e regras de transição apontadas no artigo anterior.

Tal portaria foi muito bem recebida tanto pelo Conass quanto pelo Conasems. De acordo com o Conasems, a proposta de duas modalidades era uma demanda antiga do conselho e representa um grande avanço, na medida em que gera autonomia para o gestor, que deve montar seu plano com responsabilidade, garantindo a saúde integral. Além disso, o conselho tem ressaltado que pactuar esse modelo significa cumprir a lei. Entretanto, o mesmo tem feito um alerta sobre a discussão das regras de transição: que ela seja feita de forma tripartite.

Já o Conass emitiu nota com posicionamento favorável por compreender que o SUS precisa responder à sociedade brasileira com eficiência e efetividade a partir de seus modelos de gestão, atenção e financiamento.⁷⁵ Também para este conselho a busca pela maior autonomia da gestão dos entes tem sido pauta recorrente dos gestores estaduais e municipais nos últimos anos, pleito que pode ser observado pela revisão da Portaria GM nº 204/2007, explicitada no Seminário do Conass para Construção de Consensos, realizado em julho de 2015, e reiterado no seminário Conass Debate, de abril de 2016.

À GUIA DE CONCLUSÃO: RUMO A UM NOVO PADRÃO DE COORDENAÇÃO FEDERATIVA NA POLÍTICA DE SAÚDE?

No momento em que este artigo foi finalizado, a discussão da portaria do SUS Legal estava em curso, de modo que não é possível ainda analisar uma mudança institucional finalizada, apenas apontar algumas questões que a proposta em consideração traz para o padrão de descentralização e coordenação federativa no âmbito da política de saúde. Consideramos relevante este momento porque historicamente a área de saúde foi pioneira, entre as políticas sociais, tanto na constituição de um sistema nacional único e descentraliza-

[75] “Decisão da CIT”, 2017.

do como também na criação de mecanismos de coordenação como as comissões intergestores e a pactuação de repasses regulares e automáticos (fundo a fundo).

Conforme ressaltado na primeira seção deste artigo, embora provavelmente a redução de desigualdades nacionais requeira algum grau de centralização decisória, não há uma regra sobre a adequação entre níveis de centralização/descentralização da execução nem sobre quais devem ser os mecanismos de coordenação. No caso específico da consolidação do SUS no Brasil, procuramos demonstrar como as transferências condicionadas de recursos estiveram imbricadas com outros poderes de normatização (sejam constitucionais, sejam administrativos) da União para criar um mecanismo de coordenação que induziu os entes federados a aderir a um formato de política nacional sem abrir mão de suas prerrogativas constitucionais e mantendo algum grau de influência nesta mesma política.

O principal dilema que perpassa a história da consolidação do SUS no Brasil é como articular a almejada descentralização da atenção com a garantia de prioridades nacionais, as quais se referem não apenas a objetivos (quais enfermidades enfrentar, quais práticas de saúde promover), mas também ao modo de executar as políticas—em particular, a ênfase na atenção básica expressada na Estratégia de Saúde da Família. A adoção de transferências condicionadas, as quais ganharam participação crescente no orçamento federal para a área, se transformou na forma de operar essa política. Não apenas “amarrava” os recursos federais a finalidades específicas (estipulando inclusive a composição das equipes de saúde da família), mas também acabou por orientar a aplicação de recursos suplementares por parte de estados e municípios nas mesmas políticas. Da mesma forma, contribuiu para fortalecer as arenas decisórias relativas à formatação dos mecanismos de repasse, materializadas na CIT e nas CIBs.

Porém, esse mecanismo de repasse em si incorporou outras tensões, derivadas da não resolução dos critérios de partição, implicando contínuas demandas por redistribuição de recursos, e da questão dos recursos globais para a saúde. Existe um conflito distributivo interno ao SUS, entre áreas territoriais e serviços já instalados que requerem recursos para sua manutenção—e que normalmente se concentram em territórios de maior renda—por oposição a áreas e tipos de atenção que requerem novos investimentos. Isso significa que qualquer limite à expansão do montante global de recursos públicos em saúde agudiza o conflito distributivo, tendendo a se tornar um jogo de “soma zero”—maior alocação de recursos para áreas desfavorecidas implica maiores perdas para os setores que hoje recebem mais recursos. Além disso, como ao longo do período muito pouco se modificou a desigualdade fiscal-tributária entre entes federados,

a aplicação de mais recursos próprios por parte destes não reduz desigualdade nem garante uniformidade nacional das políticas, o que coloca pressão adicional sobre a redistribuição de recursos federais. Em suma, as transferências do governo federal são pressionadas não apenas a financiar prioridades nacionais, mas também a compensar desigualdades preexistentes ao longo do território.

A resultante dessas tensões gerou uma situação em que a negociação entre União e entes federados versava apenas sobre os novos recursos, mantendo-se em grande medida a inércia dos repasses já existentes (PAB fixo, por exemplo). Ao longo do tempo, novas categorias de transferências condicionadas (genericamente chamadas de “incentivos” pelo MS) se sobrepuseram às já existentes, procurando ao mesmo tempo manter o princípio da descentralização, reduzir desigualdades territoriais e adicionar novas prioridades nacionais.

A partir do Pacto pela Saúde se observa uma tentativa de racionalizar esses vários incentivos, por meio da criação de blocos de financiamento, como já mencionado na seção anterior. Começa aí a busca de uma forma de permitir maior flexibilidade para realocação interna de recursos, que culmina na proposta ora em discussão, que extingue os blocos de financiamento em favor de apenas duas linhas de repasse (investimento e custeio). Entretanto, tal medida pode apenas facilitar a gestão de recursos escassos, em especial evitando que repasses fiquem parados como saldos financeiros sem execução. Não resolve nem o problema de como planejar as ações e investimentos do SUS nem como alocar recursos para a sua execução. Mais importante, não cria nenhum tipo de instrumento novo para coordenar iniciativas da União, estados e municípios em relação a metas ou indicadores de saúde.

O que a nova proposta realmente faz é “descondicionar” as transferências, ampliando em grande medida a autonomia de gestores estaduais e municipais. No momento, é impossível avaliar se isso representará a transição para um novo pacto no âmbito da prestação pública de saúde, com o fortalecimento de mecanismos não financeiros de coordenação federativa. Seria possível imaginar que, em condições ideais, transferências em bloco, com quase nenhuma amarração, poderiam ser complementadas por um compromisso com metas claras e monitoradas por instâncias de participação social como os conselhos estaduais e municipais de saúde. Porém, o contexto da proposta é bastante preocupante, seja pelo lado do planejamento, seja pelo lado dos recursos financeiros.

No tocante ao primeiro, o MS tem defendido que a prática do “planejamento ascendente”, já contida na Lei nº 8.080/1990, seria na verdade fortalecida a partir do SUS Legal, uma vez que agora os planos de saúde de municípios e estados ganhariam em importância.

Estes deixariam de ser formalidades e passariam a balizar a aplicação de recursos, já não constrangidas pelas “caixinhas”. O significado do mesmo é bastante vago—sendo o único elemento concreto divulgado até agora que o mesmo partirá dos Planos Municipais de Saúde em elaboração neste ano (2017). Mesmo assumindo que os planos contêm um levantamento preciso das condições epidemiológicas e das “necessidades de saúde” do território, bem como a estimativa do custo da política de saúde a ser desenvolvida, isso ainda não informa qual papel deverá ter o governo federal (seja em termos de normatização, seja em termos de financiamento), o que priorizar frente à escassez de recursos, como organizar o acesso a equipamentos e serviços compartilhados por vários entes federados (por exemplo, hospitais regionais), como estabelecer parâmetros de custo para as ações e serviços de saúde, como planejar investimentos para reduzir desigualdades de oferta e acesso etc.

O segundo elemento é que a proposta surge sob a vigência da Emenda Constitucional nº 95/2016, que estipula um teto para a despesa primária federal, assim como determina que a partir do ano de 2018 o piso constitucional para a saúde será corrigido apenas pela inflação. Na prática, o teto implica em uma pressão crescente pela redução de despesa pública, o que torna implausível qualquer crescimento real sustentado do gasto federal em saúde. Nesse contexto, e considerando que estados e, principalmente, municípios se queixam de já comprometer uma parcela demasiadamente alta dos seus orçamentos com saúde, o mais provável é que a flexibilização dos mecanismos de repasse represente uma transferência a estes das “escolhas trágicas” decorrentes de uma escassez de recursos cada vez maiores.

Em suma, o que se percebe é um dilema próprio da relação entre descentralização e desigualdade: quanto mais descentralizada é a política em direção a estados e municípios, mais importante se torna a desigualdade nas capacidades de planejamento, operacionalização e de gasto destes entes e, conseqüentemente, maior a importância de o nível federal equalizar essas capacidades e estabelecer padrões nacionais de provisão de serviços. Do contrário, os entes com menos recursos tenderão a subfinanciar os serviços, restringindo o acesso ou reduzindo a gama e a qualidade dos mesmos, e, ao mesmo tempo, todos poderão engajar em práticas não cooperativas, por exemplo, competindo predatoriamente pelos mesmos recursos escassos. O exemplo mais recente é a dificuldade de atrair médicos para as áreas mais remotas dos grandes centros urbanos, que motivou o Programa Mais Médicos.

Diante disso, a questão não se resume à fragmentação das modalidades de transferência condicionada, por oposição à ideia de

uma transferência em bloco de recursos. Mesmo uma transferência totalmente “livre” (isto é, com o mesmo status dos fundos de participação) ainda deixaria em aberto qual a convergência em termos das condições de saúde que se espera que o SUS propicie e quais as responsabilidades da União e demais entes federados para garanti-las. A polêmica em torno da proposta ilustra como os mecanismos de coordenação federativa são dinâmicos e não podem ser vistos em separado do contexto histórico e das relações intergovernamentais: se em um contexto anterior a prioridade de implementar um modelo de atenção à saúde razoavelmente integrado levou o governo federal à vinculação de repasses a um determinado formato de política, nesse contexto os mesmos são flexibilizados em nome de adaptar-se não só às realidades locais mas também à restrição fiscal, abandonando até mesmo a preocupação em estabelecer critérios de equidade na sua alocação. Nota-se, portanto, que processos de centralização e descentralização estão o tempo todo a emergir e transformar tanto o formato das atribuições e da distribuição de recursos que constituem o arranjo federativo no âmbito da política em foco quanto os próprios objetivos e acordos fundamentais dessa política.

ANDREA BARRETO DE PAIVA é economista da carreira de especialista em políticas públicas e gestão governamental, lotada na Disoc/Ipea. Entre 2004 e 2007 atuou no Ministério da Saúde. Transferindo-se para o Ipea, integrou, entre 2007 e 2015, a equipe que acompanha a política de saúde. Atualmente, entre outras atividades, integra a equipe do projeto “Políticas Sociais em Contexto Federativo” e a equipe que acompanha a política de assistência social.

ROBERTO HENRIQUE SIECZKOWSKI GONZALEZ é mestre em sociologia pela UnB e técnico de planejamento e pesquisa do Ipea. Atualmente faz parte do Grupo de Financiamento e Gasto Social, assim como da equipe de pesquisa do projeto “Políticas Sociais em Contexto Federativo”, da Disoc (Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Ipea).

JOSÉ GERALDO LEANDRO é doutor em Ciência política pela UFMG. Integrou e atualmente colabora com a equipe de pesquisa do projeto “Políticas Sociais em Contexto Federativo”, da Disoc/Ipea. Realiza pós-doutorado no DCP/UFMG, onde leciona e está vinculado como pesquisador ao Publicus (Núcleo de Estudos em Gestão e Políticas Públicas).

Os três autores contribuíram nos processos de estruturação, levantamento de dados e escrita do texto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrucio, Fernando L.; Soares, Márcia M. *Redes federativas no Brasil: cooperação intermunicipal no Grande ABC*. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001.
- “Anexo estatístico”. *Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise*, n. 23, 2015. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=25812&Itemid=9. Acesso em: 24 jul. 2017.
- Arretche, Marta. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro; São Paulo: Revan; Fapesp, 2000.
- _____. “Federalismo e democracia no Brasil: a visão da ciência política norte-americana”. *São Paulo em Perspectiva*, v. 15, n. 4, 2001.

Recebido para publicação
em 10 de maio de 2017.

Aprovado para publicação
em 6 de julho de 2017.

NOVOS ESTUDOS

CEBRAP

108, julho 2017

pp. 55-81

- _____. “Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia”. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, pp. 331–345, 2003.
- _____. “Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia”. *São Paulo em Perspectiva*, v. 18, n. 2, pp. 17–26, 2004.
- _____. “Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos?”. *Dados*, v. 53, n. 3, 2010.
- _____. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. FGV; Ed. Fiocruz, 2012.
- Barros, Maria Elizabeth. “Implementação do SUS: recentralizar será o caminho?”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, pp. 307–310, 2001. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200003>. Acesso em: 24 jul. 2017.
- Brasil. *Constituição de 1988*. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 1999.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Coleção *Sistema Único de Saúde*. Brasília: Conass, 2015. (Para Entender a Gestão do SUS, v. 1).
- Dahl, Robert A. “Federalism and the Democratic Process”. In: _____. *Democracy, Identity and Equality*. Oslo: Norwegian University Press, 1986. pp. 114–126.
- “Decisão da CIT aumenta a autonomia da gestão e a eficiência do SUS”. *Conass*, 30 jan. 2017. Disponível em: www.conass.org.br/decisao-da-cit-aumenta-autonomia-da-gestao-e-eficiencia-do-sus. Acesso em: 24 jul. 2017.
- Falleti, Tulia G. “A Sequential Theory of Decentralization: Latin American Cases in Comparative Perspective”. *American Political Science Review*, v. 99, n. 3, ago. 2005.
- _____. “Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada”. *Sociologia*, v. 8, n. 16, pp. 46–85, 2006.
- Gontijo, José Geraldo Leandro. *Relações intergovernamentais, federalismo e políticas públicas: decisões intergovernamentais verticais no âmbito das políticas de saúde e assistência social no Brasil*. Tese (doutorado)—Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.
- Laboissière, Paula. “Saúde altera regras para repasse de recursos federais”. *Agência Brasil*, 7 fev. 2017. Disponível em: agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-02/saude-altera-regras-para-repasse-de-recursos-federais. Acesso em: 24 jul. 2017.
- Machado, José Angelo. “Gestão de políticas públicas no estado federativo: apostas e armadilhas”. *Dados*, v. 51, n. 2, pp. 433–457, 2008.
- _____. “Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma ‘regionalização solidária e cooperativa?’”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 24, n. 71, out. 2009.
- Mendes, Eugênio Vilaça. *Os grandes dilemas do SUS*, v. 1, Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 144p.
- Menicucci, Telma Maria Gonçalves. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- _____. *A relação entre o público e o privado e o contexto federativo do SUS: uma análise institucional*. Santiago: Cepal, maio 2014.
- Oates, Wallace E. “An Essay on Fiscal Federalism”. *Journal of Economic Literature*, v. 37, n. 3, pp. 1120–1149, set. 1999.
- _____. “Toward a Second-Generation Theory of Fiscal Federalism”. *International Tax and Public Finance*, v. 12, n. 14, pp. 349–373, 2005.
- Piola, Sérgio Francisco. “Transferências de recursos federais do sistema único de saúde para estados, distrito federal e municípios: os desafios para a implementação dos critérios da lei complementar no 141/2012”. *Texto para Discussão*, Ipea, n. 2298, 2017.
- _____. “Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde”. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial*, v. 4. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. pp. 19–70.
- Piola, Sérgio Francisco et al. “Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)”. *Texto para Discussão*, Ipea, n. 1391, fev. 2009a.
- _____. “Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira?”. *Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise*, n. 17/1, 2009b.
- _____. “Financiamento público da saúde: uma história à procura de um rumo”. *Texto para Discussão*, Ipea, n. 1846, 2013b. *Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise*, Ipea, n. 17 – Vinte anos da Constituição Federal, 2009.
- _____. Ipea, n. 22, 2014.
- Pugin, Simone Rossi; Nascimento, Vânia Barbosa do. “Principais marcos das mudanças institucionais no setor saúde (1974-1996)”. São Paulo: Cedec, 1996. Disponível em www.cedec.org.br/files__pdf/didat1.pdf. Acesso em: 29 mar. 2017.
- Riker, William H. “Federalism”. In: Greenstein, Fred I.; Polsby, Nelson W. (Orgs.). *Handbook of Political Science*. Reading: Addison-Wesley, 1975.
- Scatena, João Henrique Gurtier; Tanaka, Oswaldo Yoshimi. “Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde”. *Saúde e Sociedade*, v. 10, n. 2, pp. 47–74, 2001. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902001000200005>. Acesso em: 24 jul. 2017.
- “SUS Legal: Conasems, Conass e Ministério pactuam novo modelo de repasse de recursos do SUS”. *Conasems*, 26 jan. 2017. Disponível em: www.conasems.org.br/sus-legal-conasems-conass-e-ministerio-pactuam-novo-modelo-de-repasse-do-sus. Acesso em: 24 jul. 2017.
- Tiebout, Charles M. “A Pure Theory of Local Expenditures”. *The Journal of Political Economy*, v. 64, n. 5, pp. 416–424, out. 1956.

- Ugá, Maria Alicia *et al.* "Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)". *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, pp. 417–437, 2003. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200008>. Acesso em: 24 jul. 2017.
- Vazquez, Daniel Arias. "Mecanismos institucionais de regulação federal e seus resultados nas políticas de educação e saúde". *Dados*, v. 57, n. 4, pp. 969–1005, 2014.
- Weingast, Barry R. "The Economic Role of Political Institutions: Market-preserving Federalism and Economic Development". *The Journal of Law, Economics, & Organization*, v. 11, n. 1, pp. 1–31, 1995.
- Wildavsky, Aaron. *The cost of federalism*. London: Transaction Book, 1984.