

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



**ADELYNE MARIA MENDES PEREIRA**

**DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL E NA ESPANHA:  
TRAJETÓRIAS, CARACTERÍSTICAS E CONDICIONANTES**

**Rio de Janeiro**

**2014**

**ADELYNE MARIA MENDES PEREIRA**

**DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL E NA ESPANHA:  
TRAJETÓRIAS, CARACTERÍSTICAS E CONDICIONANTES**

*Tese apresentada à banca de defesa como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências no âmbito do Programa de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).*

*Orientadora: Profa. Dra. Luciana Dias de Lima*

*Co-orientadora: Profa. Dra. Cristiani Vieira Machado*

**Rio de Janeiro**

**2014**

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

P436 Pereira, Adelyne Maria Mendes  
Descentralização e regionalização em saúde no Brasil e na  
Espanha: trajetórias, características e condicionantes. /  
Adelyne Maria Mendes Pereira. -- 2014.  
229 f. : tab. ; graf. ; mapas  
Orientador: Lima, Luciana Dias de  
Machado, Cristiani Vieira  
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública  
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.  
1. Descentralização. 2. Regionalização. 3. Sistemas de  
Saúde. 4. Política de Saúde. 5. Brasil. 6. Espanha. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.10425

**ADELYNE MARIA MENDES PEREIRA**

**DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL E NA ESPANHA:  
TRAJETÓRIAS, CARACTERÍSTICAS E CONDICIONANTES**

*Tese apresentada à banca de defesa como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências no âmbito do Programa de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).*

**Data: 27 de março de 2014.**

**Banca Examinadora:**

***Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Dias de Lima (coordenadora)***  
**(Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ENSP/Fiocruz)**

***Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristiani Vieira Machado (co-coordenadora)***  
**(Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ENSP/Fiocruz)**

***Prof. Dr. Carlos Vasconcelos Rocha***  
**(Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais/PUC-Minas)**

***Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sulamis Dain***  
**(Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro/IMS/UERJ)**

***Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lígia Giovanella***  
**(Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ENSP/Fiocruz)**

***Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosana Magalhães***  
**(Departamento de Ciências Sociais/ENSP/Fiocruz)**

*A todos aqueles cujo cotidiano é a  
construção do sistema de saúde brasileiro.*

## AGRADECIMENTOS

É com muita alegria que escrevo essas páginas. Alegria de quem olha para trás e vê que pôde contar com pessoas incríveis e instituições maravilhosas. E essa trajetória é mais longa do que os caminhos desse doutorado, remetem-me à quando cheguei ao Rio de Janeiro para cursar o mestrado na ENSP/Fiocruz e a todas as oportunidades que tive aqui para aprender e seguir aprendendo. Aprender não somente os temas da política de saúde e os desafios da consolidação do sistema sanitário, mas aprender da vida e sobre a vida. Sinto que para além dos conhecimentos construídos a partir da elaboração dessa tese, levo dessa trajetória vivências, experiências, trocas e amizades que transcendem os aspectos formais. Muitos foram os sorrisos e os abraços que me acolheram nos momentos em que me encontrei angustiada e aflita, cada um deles me motivou e me deu forças para prosseguir. Muito obrigada!

Esse caminho foi marcado pela presença de uma mestra especial, a professora Luciana Dias de Lima. Com extrema sabedoria e generosidade, conduziu meu processo de orientação no mestrado e no doutorado, compartilhando comigo suas questões acerca do federalismo e das relações intergovernamentais no Brasil em suas repercussões sobre a gestão do sistema de saúde. Devo a ela meu encontro e minha paixão por todos esses temas. No doutorado, tive o privilégio de contar também com a orientação da professora Cristiani Vieira Machado, que me brindou com colaborações profundamente ricas e cuidadosas. Competentes e comprometidas, foram as melhores orientadoras que eu poderia ter. A vocês, um imenso muito obrigada!

Agradeço às instituições que me apoiaram nesse processo. À ENSP/Fiocruz, casa onde venho construindo reflexões desde 2007, pelas oportunidades acadêmicas e pelo apoio no processo de estágio de doutorado sanduíche no exterior. À Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), da qual faço parte hoje como servidora, pela possibilidade de construir um trabalho junto a jovens e trabalhadores, tendo como sentido a politecnicidade e a emancipação; e pelo apoio ao meu afastamento quando esse foi necessário. Muito obrigada à direção, professores e técnicos das diversas secretarias de ambas as instituições. Agradeço ainda ao apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), importantes para o desenvolvimento dessa investigação.

Não poderia deixar de agradecer ao grande apoio que recebi da *Escuela Nacional de Sanidad/Instituto de Salud Carlos III* (ENS/ISCIII) durante o tempo em que estive em Madri. Em especial, do professor José Manuel Freire, cuja orientação foi precisa, ajudando-me a compreender os meandros do Sistema Nacional de Saúde (SNS) espanhol. Agradeço aos professores da ENS/ISCIII e aos especialistas/dirigentes do SNS no âmbito dos governos central e regionais, pela generosidade com que compartilharam comigo suas ideias e visões. Também na ENS/ISCIII, pude conhecer amigos maravilhosos, com quem dividi esse tempo em “terras espanholas”. Muito obrigada a cada um de vocês!

Gostaria de agradecer pessoalmente a todos os professores da ENSP/Fiocruz, que direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração dessa pesquisa. Agradeço a cada um dos professores das disciplinas que cursei no âmbito do doutorado: Roland Schram, Patrícia Ribeiro, Sílvia Gerschman, Cecília Minayo, Mônica Malta, Willer Baumgarten, Maria Cristina Guilan e Virginia Hortale, destacando a valiosa contribuição de Rosana Magalhães e Carlos Otávio Fiúza ao longo dos “Seminários”; e de Lígia Giovanella, pelos debates no âmbito da sua disciplina e pelo apoio fundamental em meu contato com a ENS/ISCIII. Também sou grata aos professores que conheci em disciplinas isoladas, Marcelo Jasmin (IESP/UERJ), Lena Lavinias e Sol Garson (UFRJ), com quem muito aprendi. Agradeço ainda aos comentários de Célia Almeida e Ruben Mattos, na qualificação do projeto dessa tese; e aos professores Carlos Rocha, Sulamis Dain, Lígia Giovanella e Rosana Magalhães por se disponibilizarem a participar da banca de defesa. E não poderia deixar de agradecer a satisfação do convívio com os colegas da minha turma de doutorado, pessoas muito especiais que levarei na bagagem sempre.

Minha trajetória de formação também se beneficiou da generosidade de grandes pesquisadores, com os quais tive o prazer de conviver no âmbito da “Pesquisa Nacional de Avaliação das Comissões Intergestores Bipartite (CIB): as CIB e os modelos de indução da regionalização”. Muito obrigada, Ana Luiza Viana, Roberta Gondim, Mariana Albuquerque, Fabíola Iozzi, Scatena, Guilherme Mello, Ana Paula Coelho, assim como as minhas orientadoras, Luciana e Cristiani. Também teve um papel muito importante nesse caminho, o grupo de pesquisa “Estado, Proteção Social e Políticas de Saúde”, no qual pude aprender muito, em particular, com as discussões teórico-metodológicas acerca do institucionalismo histórico, da análise de políticas públicas e de estudos histórico-comparados. Obrigada a cada um dos colegas e professores que o integram, e em especial, a Tatiana Wargas, capaz de trazer ponderações sempre sábias e delicadas.

Agradeço aos colegas de trabalho na EPSJV/Fiocruz pelo apoio e compreensão nesse processo de finalização da tese. Muito obrigada, Grasi, Luiza, Tereza, Valéria, Raquel, Simone, Marcello, Gilberto, Leandro, Ramon, Orbílio, Paulão e Vanessa. Agradeço também aos colegas de outros laboratórios e setores: muito obrigada!

Os caminhos do doutorado me levaram a conhecer Rodrigo, com quem me sinto feliz. Sua presença, amor, paciência e atenção fizeram dessa estrada, às vezes difícil, muito mais agradável de trilhar. Não tenho palavras para agradecer a você, companheiro da vida, das madrugadas de estudo e das comemorações! Obrigada por me emprestar seus pais, Regina e Paulo, e sua casa, onde pude encontrar carinho e tranquilidade. E a cada um dos meus amigos em terras mineiras ou cariocas: obrigada pelo estímulo e carinho!

Ao final, não posso deixar de agradecer imensamente a toda a minha família, fonte de paz e de força ao longo do doutorado. Preciso destacar o quanto o exemplo e carinho da minha mãe, Adarlene; a coragem e alegria dos meus irmãos, Andrei e Adelaine; e os mimos dos meus avós, Alaor e Madalena, foram e são importantes para mim. Nada disso teria sentido sem vocês! Muito obrigada pelo amor incondicional.

*“Não estamos perdidos. Ao contrário,  
venceremos se não tivermos desaprendido a aprender”.*

*(Rosa Luxemburgo)*

## RESUMO

Essa tese analisou, em perspectiva comparada, os processos de descentralização e regionalização dos sistemas de saúde no Brasil e na Espanha, no período de 1980 a 2012. Utilizando o referencial do institucionalismo histórico, fontes primárias foram trianguladas com a literatura secundária e consultas a especialistas. O recorte temporal buscou abranger o período de reformas dos sistemas de saúde (Espanha, com início em 1986; e Brasil, em 1990), marcado inicialmente pela redemocratização e reforma do Estado (Espanha, final dos anos 1970; Brasil, final dos anos 1980) e estendendo-se até os dias atuais. A análise foi empreendida em dois momentos interrelacionados: o estudo da trajetória da descentralização mais geral do Estado; tomada como contexto para análise da descentralização e regionalização da saúde. Em ambos os momentos, foi identificado o grau de poder dos governos subnacionais e central, tendo em vista os marcos e características de cada uma das dimensões da descentralização (política, fiscal e administrativa). Nos dois casos estudados, a descentralização do Estado atua como condicionante para a descentralização da saúde, marcada pela ruptura de um modelo centralizado para um descentralizado. A análise comparada das trajetórias e características da descentralização e regionalização sanitária evidencia diferenças no que tange aos graus de poder e autonomia das esferas subnacionais e papel do governo central em cada uma das dimensões estudadas. A redemocratização, as pressões localistas/regionalistas (protagonismo dos municípios no Brasil e das Comunidades Autônomas na Espanha) e a descentralização político-territorial atuam como condicionantes desses processos. Na Espanha, há traços de continuidade na organização territorial dos serviços de saúde (regionalização), uma vez que a extensão do modelo de proteção social logrou uma ampla cobertura sanitária (populacional e territorial) antes da implementação do Sistema Nacional, condicionando a sequência da descentralização e regionalização da saúde. No Brasil, tais elementos estão menos presentes.

**Palavras-chave:** Descentralização da saúde; Regionalização da saúde; Sistemas de Saúde; Política de saúde comparada; Brasil e Espanha.

## **ABSTRACT**

This thesis examined, in comparative perspective, processes of decentralization and regionalization of health systems in Brazil and Spain, from 1980 to 2012. Under the institutionalist reference, primary sources were triangulated with the secondary literature and consultation with experts. The time frame sought to cover the period of reforms in health systems (Spain, starting in 1986 and Brazil in 1990 ), initially marked by democratization and reform of State (Spain, late 1970s; Brazil, late 1980s) and extending to the present day. The analysis developed in two stages, which are interrelated: the study of the trajectory of the State's decentralization; taken as context for analysis of health's decentralization and regionalization. In both instances, the degree of power of subnational and central governments has been identified with a view landmarks and characteristics of each of the dimensions of decentralization (political, administrative and fiscal). In both cases, the State's decentralization acts as a condition for health's decentralization, marked by the rupture of a centralized to a decentralized model. A comparative analysis of the trajectories and characteristics of health's decentralization and regionalization in Brazil and Spain shows differences with respect to the degree of power and autonomy of subnational governments and the role of central government in each of the dimensions studied. The return to democracy, the localist/regionalist pressures (role of municipalities in Brazil and the Autonomous Communities in Spain) and the political-territorial decentralization act as determinants of these processes. In Spain, there are traces of continuity in the territorial organization of health (regionalization) services, since the extension of social protection model achieved a broad health coverage (population and territory) before implementation of the National Health System, conditioning following the health's decentralization and regionalization. In Brazil, these elements are less present .

**Key-words:** Health's Decentralization; Regional Health Planning; Health Systems; Comparative Health Policy; Brazil and Spain.

## LISTA DE QUADROS, FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

### QUADROS

|   |     |
|---|-----|
| Quadro 2.1: Dimensões da descentralização e impacto esperado sobre a autonomia dos governos subnacionais .....  | 26  |
| Quadro 2.2: Dimensões da descentralização no contexto do Estado e da política de saúde: algumas definições .....  | 31  |
| Quadro 2.3: Matriz de análise para o estudo da descentralização e regionalização da política de saúde no Brasil e na Espanha .....  | 38  |
| Quadro 3.1: Descentralização política, administrativa e fiscal no contexto geral do Estado brasileiro .....   | 61  |
| Quadro 3.2: Recursos de assistência médica disponíveis ao INPS em 1976 .....  | 79  |
| Quadro 3.3: Condições de gestão previstas pela NOB 93 para os municípios .....  | 99  |
| Quadro 3.4: Condições de gestão previstas pela NOB 93 para os estados .....   | 101 |
| Quadro 3.5: Condições de gestão previstas pela NOB 96 para os municípios .....  | 104 |
| Quadro 3.6: Condições de gestão previstas pela NOB 96 para os estados .....   | 106 |
| Quadro 3.7: Condições de gestão previstas pela NOAS para os municípios .....  | 109 |
| Quadro 3.8: Condições de gestão previstas pela NOAS para os estados .....   | 111 |
| Quadro 3.9: Dimensão política da descentralização da saúde: habilitação de estados e municípios segundo as condições de gestão propostas pelas normativas ministeriais. Brasil. 1994 a 2012 ..... | 119 |
| Quadro 3.10: Descentralização política, administrativa e fiscal no contexto do sistema de saúde brasileiro .....  | 129 |
| Quadro 3.11: Concepções (ideias/sentidos) acerca da regionalização da saúde e instrumentos para operacionalização da política ao longo da implementação do SUS, segundo seu marco normativo ..... | 140 |
| Quadro 3.12: Análise histórica, institucional e política da descentralização e regionalização na política de saúde brasileira .....   | 148 |
| Quadro 4.1: Divisão política e administrativa da Espanha: 17 CCAA e 50 províncias .....   | 152 |
| Quadro 4.2: Descentralização política, administrativa e fiscal no contexto geral do Estado espanhol .....   | 162 |
| Quadro 4.3: Antecedentes da política de assistência sanitária na Espanha. 1940 a 1980 .....   | 167 |
| Quadro 4.4: Descentralização da competência sanitária às CCAA. Espanha. 1979-2002 ...   | 171 |

|   |     |
|---|-----|
| Quadro 4.5: Descentralização política, administrativa e fiscal no contexto do sistema de saúde espanhol .....                     | 175 |
| Quadro 4.6: Análise histórica, institucional e política da descentralização e regionalização na política de saúde espanhola ..... | 187 |

## FIGURAS

|   |     |
|---|-----|
| Figura 3.1: Mapa político do Brasil .....   | 45  |
| Figura 3.2: Dimensões da descentralização no Estado brasileiro: características e sequência temporal .....  | 62  |
| Figura 3.3: Dimensões da descentralização da saúde no Brasil: características e sequência temporal .....  | 130 |
| Figura 3.4: Arcabouço institucional e decisório do SUS .....  | 142 |
| Figura 4.1: Divisão política e administrativa da Espanha .....  | 151 |
| Figura 4.2: Dimensões da descentralização no Estado espanhol: características e sequência temporal .....  | 163 |
| Figura 4.3: Processo progressivo de descentralização político-administrativa na Espanha: do INSALUD aos Serviços Regionais de Saúde (CCAA). 1981-2002 .....     | 169 |
| Figura 4.4: Dimensões da descentralização da saúde na Espanha: características e sequência temporal .....   | 176 |
| Figura 4.5: Organização territorial dos serviços de saúde no SNS espanhol .....   | 181 |
| Figura 4.6: Distribuição de competências entre as esferas de governo no SNS Espanhol ...  | 182 |
| Figura 4.7: Estrutura administrativa da <i>Consejería de Salud</i> (Conselho de Saúde) da CCAA de Andalucía e das Delegações Provinciais vinculadas a ele ..... | 183 |
| Figura 5.1: Descentralização no âmbito dos Estados brasileiro e espanhol: grau de poder dos governos subnacionais e sequência temporal .....                    | 191 |
| Figura 5.2: Descentralização da saúde no Brasil e na Espanha: grau de poder dos governos subnacionais e sequência temporal .....                                | 203 |
| Figura 5.3: Dimensões da descentralização do Estado e da saúde no Brasil: principais marcos e sequência temporal .....  | 204 |
| Figura 5.4: Dimensões da descentralização do Estado e da saúde na Espanha: principais marcos e sequência temporal .....   | 205 |

## GRÁFICOS

|   |     |
|---|-----|
| Gráfico 3.1: Gasto social público por setor (% do PIB) entre 1970 e 2009 no Brasil .....                          | 60  |
| Gráfico 3.2: Evolução do mecanismo de transferência “fundo a fundo” para os municípios. Brasil. 1994 a 2000 ..... | 124 |
| Gráfico 3.3: Distribuição do gasto público em saúde por esfera de governo. Brasil. 2000 a 2010 .....              | 125 |
| Gráfico 4.1: Gasto social público por setor (% do PIB). Espanha. 1970 e 2000 .....                                | 159 |
| Gráfico 4.2: Gasto social público total (% do PIB). Espanha. 1990 a 2012 .....                                    | 159 |
| Gráfico 5.1: Gasto social público total (% do PIB). Brasil e Espanha. 1990 a 2009 .....                           | 194 |
| Gráfico 5.2: Gasto total e público em saúde (% do PIB). Brasil e Espanha. 1995 a 2011 ...                         | 195 |
| Gráfico 5.3: Gasto total, público e privado em saúde (% do PIB). Brasil. 1995 a 2011 .....                        | 196 |
| Gráfico 5.4: Gasto total, público e privado em saúde (% do PIB). Espanha. 1995 a 2011 ..                          | 196 |
| Gráfico 5.5: Composição do gasto privado em saúde. Brasil. 1995 a 2011 .....                                      | 197 |
| Gráfico 5.6: Composição do gasto privado em saúde. Espanha. 1995 a 2011 .....                                     | 197 |

## TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 3.1: Número de estabelecimentos do setor público de saúde por esfera administrativa. Brasil. 1988 e 1992 .....          | 93 |
| Tabela 3.2: Distribuição percentual dos estabelecimentos do setor público de saúde por grandes regiões. Brasil. 1992 .....     | 94 |
| Tabela 3.3: Distribuição dos leitos cadastrados no SUS, segundo a natureza do prestador de serviços. Brasil. 1991 a 1995 ..... | 95 |

## LISTA DE SIGLAS

ADCT: Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

ADINs: Ações Diretas de Inconstitucionalidade

AIH: Autorização de Internação Hospitalar

AIS: Ações Integradas de Saúde

AISNA: *Administración Institucional de la Sanidad Nacional*

AL: Alagoas

AM: Amazonas

AMS: Assistência Médico-Sanitária

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ASSS: Assistência Sanitária da Seguridade Social Espanhola

BA: Bahia

CAPs: Caixas de Aposentadorias e Pensões

CCAA: Comunidade Autônoma

CDS: Conselho de Desenvolvimento Social

CE: Ceará

CE: Constituição Espanhola

CEF: Caixa Econômica Federal

CEME: Central de Medicamentos

CES: Conselho Estadual de Saúde

CF: Constituição Federal

CGR: Colegiado de Gestão Regional

CIB: Comissão Intergestores Bipartite

CIMS: Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde

CIR: Comissão Intergestores Regional

CIS: Comissão Interinstitucional de Saúde

CIT: Comissão Intergestores Tripartite

CLIS: Comissão Local Interinstitucional de Saúde

CMS: Conselho Municipal de Saúde

CNRH: Centro Nacional de Recursos Humanos

CNRS: Comissão Nacional de Reforma Sanitária

COAP: Contrato Organizativo da Ação Pública

Cofins: Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
Conasp: Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária  
CONASS: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde  
COSEMS: Conselho de Secretários Municipais de Saúde  
CPMF: Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira  
CRIS: Comissão Regional Interinstitucional  
CSLL: Contribuição sobre Lucro Líquido  
DataPrev: Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social  
DNERu: Departamento Nacional de Endemias Rurais  
DNS: Departamento Nacional de Saúde  
DNSP: Departamento Nacional de Saúde Pública  
EC: Emenda Constitucional  
ES: Espírito Santo  
FAE: Fração Assistencial Especializada  
FAM: Fator de Apoio à Municipalização  
FAS: Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social  
FAT: Fundo de Amparo ao Trabalhador  
FES: Fundo Estadual de Saúde  
Finep: Financiadora de Estudos e Projetos  
FMS: Fundo Municipal de Saúde  
FNS: Fundo Nacional de Saúde  
FPAS: Fundo de Previdência e Assistência Social  
FPE: Fundo de Participação dos Estados  
FPM: Fundo de Participação dos Municípios  
Funrural: Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural  
GED: Grupo Especial de Descentralização  
IAP: Instituto de Aposentadoria e Pensão  
Iapas: Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social  
IAPB: Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários  
IAPC: Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes  
IAPE: Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Estivadores  
IAPFESP: Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Ferroviários  
IAPI: Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários  
IAPM: Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos

IAPTC: Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Empregados em Transporte e Cargas

IAPTEC: Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Estivadores e Empregados em Transportes e Cargas

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICM: Imposto sobre Circulação de Mercadorias

ICMS: Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

Inamps: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INE: *Instituto Nacional de Estadística*

INGESA: Instituto Nacional de Gestão Sanitária Espanhol

INP: Instituto Nacional de Provisão Espanhol

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social

INSALUD: *Instituto Nacional de la Salud*

INSERSO: *Instituto Nacional de los Servicios Sociales*

INSS: *Instituto Nacional de la Seguridad Social*

IPASE: Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado

IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada

IPI: Imposto sobre Produtos Industrializados

ISS: Imposto sobre Serviços

LBA: Lei Brasileira de Assistência

LDO: Lei de Diretrizes Orçamentárias

LGS: Lei Geral da Saúde Espanhola

LOPS: Lei Orgânica da Previdência Social

MA: Maranhão

MES: Ministério da Educação e Saúde

MESP: Ministério da Educação e Saúde Pública

MG: Minas Gerais

MPAS: Ministério da Previdência e Assistência Social

MT: Mato Grosso

MTIC: Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio

NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB: Norma Operacional Básica

OECD: Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OPAS: Organização Panamericana da Saúde

OSS: Orçamento da Seguridade Social

PA: Pará

PAB: Piso da Atenção Básica

PAB-A: Piso da Atenção Básica Ampliado

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAIS: Programa de Ações Integradas de Saúde

PB: Paraíba

PBVS: Piso Básico de Vigilância Sanitária

PCCS: Plano de Carreira, Cargos e Salários

PDI: Plano Diretor de Investimentos

PDR: Plano Diretor de Regionalização

PE: Pernambuco

PEC: Proposta de Emenda Constitucional

PIASS: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PIB: Produto Interno Bruto

PLP: Projeto de Lei Parlamentar

PLS: Projeto de Lei do Senado

PMDB: Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PND: Plano Nacional de Desenvolvimento

PNS: Plano Nacional de Saúde

POI: Programação e Orçamentação Integrada

PP: Partido Popular

PPA: Plano de Pronta Ação

PPC: Paridade de poder de compra

PPI: Programação Pactuada e Integrada

PR: Paraná

PREPS: Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde

Prevsáude: Programa Nacional de Serviços Básicos

PRN: Partido da Renovação Nacional

Pronan: Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

PSDB: Partido da Social Democracia Brasileira

PSF: Programa Saúde da Família

PSOE: *Partido Socialista Obrero Español*

PT: Partido dos Trabalhadores

RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RENASES: Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde  
RJ: Rio de Janeiro  
RN: Rio Grande do Norte  
SC: Santa Catarina  
SE: Sistema Estadual  
SES: Secretaria Estadual de Saúde  
SESP: Serviço Especial de Saúde Pública  
SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais  
SIH: Sistema de Informações Hospitalares  
Sinpas: Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social  
SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde  
SM: Sistema Municipal  
SMS: Secretaria Municipal de Saúde  
SNA: Sistema Nacional de Auditoria  
SNS: *Sistema Nacional de Salud*  
SOE: Seguro Obrigatório de Enfermidade  
SP: *Salud Pública*  
STF: Supremo Tribunal Federal  
SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS: Sistema Único de Saúde  
TCG: Termo de Compromisso de Gestão  
TFA: Teto Financeiro Assistencial  
TFD: Tratamento Fora do Domicílio  
TSE: Tribunal Superior Eleitoral  
UCA: Unidade de Cobertura Ambulatorial  
UCD: *Unión Centro Democrática*  
UE: União Europeia

## SUMÁRIO

|   |            |
|---|------------|
| <b>1 APRESENTAÇÃO .....</b>   | <b>20</b>  |
| <b>2 DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE: BASES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS .....</b>                                     | <b>25</b>  |
| <i>2.1 Conceitos e significados associados à descentralização e à regionalização nas reformas dos sistemas de saúde .....</i> | <i>25</i>  |
| <i>2.2 Referencial de análise, estratégias e técnicas de pesquisa .....</i>   | <i>31</i>  |
| <b>3 BRASIL: A FEDERAÇÃO TRINA .....</b>  | <b>41</b>  |
| <i>3.1 Descentralização no Brasil: aspectos históricos, institucionais e políticos .....</i>                                  | <i>41</i>  |
| <i>3.2 As dimensões da descentralização no Estado brasileiro .....</i>  | <i>50</i>  |
| <i>3.3 Descentralização e regionalização da saúde no Brasil: análise histórica, institucional e política .....</i>            | <i>63</i>  |
| <i>3.3.1 Antecedentes .....</i>   | <i>63</i>  |
| <i>3.3.2 Descentralização e regionalização: trajetórias, características e condicionantes ....</i>                            | <i>88</i>  |
| <i>3.3.2.1 Trajetória da descentralização e da regionalização da saúde .....</i>  | <i>88</i>  |
| <i>3.3.2.2 Características formais da descentralização e da regionalização da saúde .....</i>                                 | <i>131</i> |
| <i>3.3.2.3 Condicionantes da descentralização e da regionalização da saúde .....</i>  | <i>144</i> |
| <b>4 ESPANHA: O ESTADO DAS AUTONOMIAS .....</b>   | <b>150</b> |
| <i>4.1 Descentralização na Espanha: aspectos históricos, institucionais e políticos .....</i>                                 | <i>150</i> |
| <i>4.2 As dimensões da descentralização no Estado espanhol .....</i>  | <i>156</i> |

|  |     |
|--|-----|
| <i>4.3 Descentralização e regionalização da saúde na Espanha: análise histórica, institucional e política</i> .....        | 164 |
| <i>4.3.1 Antecedentes</i> .....  | 164 |
| <i>4.3.2 Descentralização e regionalização: trajetórias, características e condicionantes</i> ..                           | 168 |
| <i>4.3.2.1 Trajetória da descentralização e da regionalização da saúde</i> .....   | 168 |
| <i>4.3.2.2 Características formais da descentralização e da regionalização da saúde</i> .....                              | 177 |
| <i>4.3.2.3 Condicionantes da descentralização e da regionalização da saúde</i> .....                                       | 185 |
| <br>   |     |
| <b>5 BRASIL E ESPANHA: ANÁLISE COMPARADA DOS PROCESSOS DE DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE</b> ..... | 189 |
| <br>   |     |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | 210 |
| <br>   |     |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....  | 214 |

## 1 APRESENTAÇÃO

A descentralização pode ser compreendida como uma das principais características dos processos de reforma dos Estados nacionais a partir dos anos 1970 na Europa e América Latina. As reformas descentralizadoras assumiram sentidos e significados variados, desde a expressão de tendências democratizantes e participativas até a modernização gerencial da gestão pública com ênfase na eficiência e qualidade (Fiori, 1995; Melo, 1996; Arretche, 1997; Abrucio, 2006). Ocupando um lugar universal no discurso político (Fiori, 1995), a ideia de que a descentralização promoveria a democratização das relações sociais congregou correntes de diferentes origens, incluindo os neoliberalistas, ansiosos por instrumentos de proteção das liberdades individuais, e os libertários, que buscavam formas de superação dos limites da democracia representativa (Arretche, 1997). Melo (1996) argumenta que o destaque dado à participação social e à democratização, ou, aos ganhos de eficiência e redução do setor público está associado à coalizão política que, em cada contexto, embasou e desenvolveu tais reformas.

Citando os exemplos das reformas de cunho descentralizador implementadas por governos socialistas na Itália, França e Espanha, Melo (1996) destaca os impactos das mesmas para a organização político-territorial desses Estados nos anos 1970 e 1980. Salvo as diferenças, em geral, houve mudanças nas estruturas centralizadas de governo a partir da descentralização de poder para estruturas regionais. No caso da Espanha, a descentralização resultou na conformação de um novo nível de governo (as Comunidades Autônomas – CCAA) que, em um contexto de transição democrática, buscou responder à força e às pressões das identidades regionais (Arretche, 1997; Garcia; Sotelo, 1999). Ao analisar em perspectiva comparada o modelo autonômico espanhol e o modelo de federação brasileiro, Rocha (2013, p. 29) afirma que ambos “compartilharam uma agenda política semelhante, cujo objetivo central era estabelecer uma ordem política democrática, baseada na ideia da descentralização do poder, especialmente na sua dimensão territorial”. No Brasil, a descentralização foi compreendida como um caminho de oposição ao autoritarismo característico do regime ditatorial e, no bojo do movimento de redemocratização, trouxe implicações para a organização do federalismo brasileiro (Melo, 1996; Viana *et al*, 2002a).

Além das influências sobre a organização político-territorial dos Estados, as reformas descentralizadoras condicionaram processos de mudança nas políticas públicas, e entre elas, na saúde. A partir dos anos 1970, diversos países na Europa e na América Latina implementaram reformas em seus sistemas sanitários, tendo a descentralização como uma

diretriz importante (Almeida, 2008), muitas vezes, associada à regionalização. Bankauskaite, Dubois e Saltman (2007) destacam as reformas nos sistemas de saúde inglês, italiano, alemão e canadense, nos quais se evidencia a implementação articulada dessas diretrizes dando origem a modelos descentralizados para regiões de saúde, em geral, dotadas de autoridade sanitária e responsabilidade pela organização da rede de serviços. Segundo os autores, nos países unitários, é comum que as regiões sejam criadas por desconcentração do poder central; e nas federações, a descentralização sanitária tem ocorrido, em grande parte dos casos, para províncias ou estruturas similares. Em ambos os casos, percebe-se a existência de duas noções inerentes à construção das regiões, uma mais organizativa e outra no campo do poder e das relações intergovernamentais.

Diante disso, esta tese se voltou para a investigação dos processos de descentralização e regionalização nas reformas dos sistemas de saúde brasileiro e espanhol, tendo em vista o contexto de redemocratização e reforma desses Estados. Algumas similitudes e diferenças existentes entre os casos, apresentadas a seguir, justificam sua escolha e análise.

No plano mais geral, Brasil e Espanha viveram períodos ditatoriais longos, seguidos da aprovação de novos textos constitucionais, que influenciaram a organização político-territorial e instituíram o modelo de sistema nacional de saúde (SNS). O processo histórico de redemocratização da Espanha antecedeu o do Brasil, com a queda da ditadura franquista em 1975 e início do regime constitucional em 1978; no Brasil, a ditadura militar se estendeu até 1985, com aprovação da nova constituição em 1988. Contudo, como a legislação complementar pós-constitucional para o setor saúde se deu em 1986 na Espanha e em 1990 no Brasil, os períodos de estabelecimento formal dos novos sistemas foram próximos. O movimento de redemocratização do Estado deu consequência à reforma dos sistemas de saúde nos dois países, imprimindo, em seus marcos legais, princípios doutrinários e diretrizes organizativas semelhantes.

Uma primeira especificidade que pode ser identificada entre Brasil e Espanha se refere a características dos processos de descentralização e regionalização dos sistemas de saúde nos dois casos. A Espanha possui um modelo no qual tais diretrizes foram implementadas conjuntamente em um processo paulatino que se seguiu à articulação política das Comunidades Autônomas (CCAA) e à constituição de capacidades institucionais necessárias para que elas assumissem a responsabilidade pelo sistema de saúde em seu território com autonomia de gestão e financiamento (Rey del Castillo, 1998). O processo de descentralização da competência sanitária durou cerca de 20 anos.

No Brasil, embora as diretrizes de descentralização e regionalização estivessem presentes de maneira articulada no marco legal do sistema sanitário, sua implementação se deu de maneira desarticulada ao longo da primeira década da trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante esse período, a descentralização esteve direcionada em grande medida aos municípios, dando origem a um processo de descentralização municipalista descolado da constituição de regiões sanitárias. Somente nos anos 2000, houve uma reaproximação entre tais diretrizes no marco normativo do SUS, com o objetivo de promover a constituição de tais regiões (Lima *et al*, 2010). Um dos desafios que se coloca à regionalização do SUS é exatamente o desenvolvimento de instrumentos que fortaleçam a gestão compartilhada e as relações intergovernamentais em nível regional, a fim de promover a consolidação dessas regiões em termos de prestação de serviços, capacidade de gestão e de gasto.

A relevância do estudo repousa na compreensão dos condicionantes históricos, políticos e institucionais que se fazem presentes na trajetória da descentralização e da regionalização da política de saúde, bem como sua repercussão sobre a organização dos sistemas sanitários. Sabendo das limitações inerentes ao desenvolvimento de estudos de caso (Yin, 2005), não se pretende gerar generalizações, mas contribuir para o entendimento do fenômeno e para discussões dessa natureza no campo da Saúde Coletiva no Brasil. As motivações para sua construção e realização partem de questões anteriores, frutos de reflexões ao longo do mestrado na ENSP/Fiocruz<sup>1</sup>, da participação em pesquisas institucionais<sup>2</sup> e dos debates travados no âmbito do grupo de pesquisa "Estado, Proteção Social e Políticas de Saúde"<sup>3</sup>, no qual se insere. Além disso, o desenvolvimento do caso espanhol beneficiou-se do apoio proporcionado pela *Escuela Nacional de Sanidad/Instituto de Salud Carlos III*, durante estágio de doutorado no exterior<sup>4</sup>.

Sob o marco institucionalista histórico, a análise dos processos de descentralização e regionalização da saúde está fundamentada em três argumentos principais:

1) Descentralização e regionalização configuram-se como processos políticos no quadro mais geral de reformas dos sistemas de saúde. A descentralização se caracteriza por

---

1 Dissertação intitulada "Dilemas federativos e regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais", orientada pela Profa. Dra. Luciana Dias de Lima.

2 Pesquisa "Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartite (CIB): as CIB e os modelos de indução da regionalização no SUS", coordenada pelas professoras Ana Luíza D'Ávila Viana (Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo – DMP/USP) e Luciana Dias de Lima (ENSP/Fiocruz).

3 O grupo está inscrito no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e é desenvolvido na ENSP/Fiocruz, sendo integrado por vários dos seus pesquisadores, entre os quais Luciana Dias de Lima e Cristiani Vieira Machado, orientadora e co-orientadora dessa tese.

4 O estágio de doutorado sanduíche no exterior foi realizado com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), sob orientação do Prof. Dr. José Manuel Freire.

dimensões (administrativa, financeira e política) que podem, ou não, suceder-se segundo uma lógica sequencial (Falleti, 2006);

2) Existem visões e interesses diferentes entre os diversos atores envolvidos na arena de decisão da política sanitária, com repercussões sobre os processos de descentralização e regionalização dos sistemas de saúde. Como o conceito de descentralização é bastante amplo, o recorte do estudo irá privilegiar os atores governamentais;

3) Os processos de descentralização e regionalização dos sistemas de saúde, bem como a temporalidade e sequência entre as dimensões que os caracterizam, podem estar condicionados pelas mudanças no equilíbrio territorial do poder do Estado derivados dos processos de descentralização. Do mesmo modo, pode haver especificidades do setor saúde que influenciam tais processos.

Partindo desses argumentos, algumas questões foram construídas: Que fatores (históricos, políticos e institucionais) favoreceram os processos de descentralização e regionalização nos sistemas de saúde brasileiro e espanhol? Como tais fatores influenciaram a configuração recente desses sistemas de saúde? Quais as perspectivas e desafios para a regionalização do SUS hoje, tendo em vista as especificidades do caso brasileiro?

O objetivo geral foi analisar os processos de descentralização e regionalização no contexto de reforma dos sistemas de saúde no Brasil e na Espanha, no período de 1980 a 2012. Os objetivos específicos foram:

1) Compreender os principais sentidos da descentralização e regionalização expressos na política de saúde no contexto de redemocratização e reforma do Estado no Brasil e na Espanha;

2) Identificar os condicionantes históricos, políticos e institucionais que influenciaram as trajetórias e as características dos processos de descentralização e regionalização da saúde no Brasil e na Espanha, tendo em vista o contexto mais geral de descentralização do Estado e as especificidades da política sanitária;

3) Analisar a trajetória dos processos de descentralização e regionalização da saúde e suas repercussões para a configuração dos sistemas sanitários nacionais brasileiro e espanhol;

4) Discutir, em perspectiva comparada, as trajetórias e desafios dos processos de descentralização e regionalização da saúde no Brasil e na Espanha.

A fim de responder a tais objetivos, fontes primárias foram trianguladas com a literatura e consultas a especialistas. Realizou-se uma análise processual, na qual o objeto foi articulado ao seu contexto histórico específico, no caso, o processo de redemocratização e reforma do Estado, bem como o contexto de reforma do sistema de saúde. A próxima seção

abordará as bases teóricas e metodológicas do estudo, apresentando alguns conceitos e significados associados à descentralização e à regionalização nas reformas dos sistemas de saúde, assim como o referencial de análise, as estratégias e técnicas empregadas na pesquisa.

Os resultados foram estruturados a partir de dois eixos, comuns aos casos brasileiro e espanhol: a análise da descentralização no âmbito mais geral dos Estados pós-redemocratização; e o estudo da descentralização e regionalização no quadro de reforma e organização dos sistemas de saúde. No primeiro eixo, após uma breve contextualização acerca de alguns aspectos históricos, institucionais e políticos relevantes, foram identificados marcos que caracterizam as dimensões administrativa, política e fiscal da descentralização do Estado, conformando o pano de fundo ao qual essa investigação se remete. O segundo parte de considerações a respeito dos antecedentes da política de saúde nos dois países, para então tratar da trajetória da descentralização e da regionalização da saúde, das características formais desses processos e dos condicionantes que exercem influência sobre os mesmos. No que diz respeito à trajetória da descentralização da saúde, também foram identificados os marcos que definem as dimensões anteriormente anunciadas, determinando sua sequência temporal. Primeiro será apresentado o caso do Brasil, e em seguida, o da Espanha.

O capítulo seguinte trará a análise comparada dos casos, tendo em vista a preocupação de relacionar cada um deles ao seu contexto e sua história (Meny; Thoenig, 1992; Mahoney; Rueschemeyer, 2003). Por último, foram tecidas algumas considerações gerais acerca das contribuições da tese, suas limitações e questões que se colocam para uma agenda de pesquisa.

## 2 DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE: BASES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS

### *2.1 Conceitos e significados associados à descentralização e à regionalização nas reformas dos sistemas de saúde*

O conceito de descentralização constitui um caleidoscópio de sentidos e significados, apresentando características específicas de acordo com o contexto histórico e político da nação na qual é operado. De maneira geral, são reconhecidos os processos de devolução, desconcentração, delegação e privatização (Rondinelli, 1983). A devolução pode ser definida como a transferência de poder decisório, entre esferas governamentais, no que diz respeito às competências financeiras, administrativas e políticas (Melo, 1996). Sentido no qual diferencia-se do conceito de desconcentração, que descreve mecanismos de transferência de encargos e tarefas entre unidades administrativas ou políticas, em geral, do mesmo nível de governo; ou de delegação quando apenas algum grau de poder decisório é transferido (Melo, 1996). Para Melo (1996), quando a descentralização ocorre no âmbito de empresas, ou entre empresas e setor público, verifica-se um processo de terceirização; já Abrucio (2006, p. 79) define a “transferência de atribuições do Estado à iniciativa privada” como privatização.

A literatura tem enfatizado a importância de se compreender as várias facetas da descentralização, de modo a não restringi-la ou circunscrevê-la aos processos citados anteriormente, mas entendê-los como dimensões que podem ser impulsionadas por mudanças políticas nos contextos de reforma. Nesse sentido, Fiori (1995, p. 20) se refere à descentralização como a “transferência de responsabilidades e poderes públicos para novas instâncias administrativas autárquicas do próprio governo central; instâncias de poder subnacionais; organizações da sociedade civil; e empresas privadas”. Saltman e Bankauskaite (2006) definem a descentralização como a transferência de responsabilidades políticas, administrativas e fiscais entre níveis de governo ou desses para entes privados, podendo atender a projetos que visam à redução do Estado ou a sua democratização. Abrucio (2006, p. 78) define a descentralização como “um processo nitidamente político, circunscrito a um Estado nacional, que resulta da transferência (ou conquista) efetiva de poder decisório a governos subnacionais”.

Rodden (2005, p. 10) argumenta que a descentralização é “frequentemente concebida como a transferência de autoridade dos governos centrais para os governos locais, tomando-se como fixa a autoridade total dos governos sobre a sociedade e a economia”. Acrescenta que

tal processo envolve a transferência organizada de autonomia política, fiscal e de gestão de políticas públicas. Segundo o autor, no contexto federativo<sup>5</sup>, a autonomia dos entes é limitada pelo que se define constitucional e institucionalmente como “autoridade compartilhada”, destacando que, por essa natureza, é incomum a transferência plena de autonomia para as esferas subnacionais. Os limites da autonomia dos entes federativos estão relacionados à interdependência necessária entre eles em cada federação<sup>6</sup> (Elazar, 1996; Moraes, 2001; Abrucio, 2005).

Falleti (2010) define descentralização como um processo, no qual responsabilidades, recursos ou autoridade são transferidos dos governos centrais aos subnacionais. A autora classifica o processo de descentralização, de acordo com o tipo de autoridade devolvida, em administrativo, fiscal ou político, definindo o impacto esperado sobre o grau de autonomia dos governos subnacionais. Tal classificação pode ser observada no quadro a seguir.

**Quadro 2.1: Dimensões da descentralização e impacto esperado sobre a autonomia dos governos subnacionais.**

| <b>Dimensões da descentralização</b>   | <b>Definição</b>  | <b>Impacto esperado sobre o grau de autonomia dos governos subnacionais</b> |
|--|---|---|
| <b>Descentralização administrativa</b> | Conjunto de políticas que transferem a responsabilidade pela prestação de serviços sociais, como educação, saúde, seguridade social e habitação, para governos subnacionais.  | Positivo ou negativo  |
| <b>Descentralização fiscal</b>         | Conjunto de políticas designadas a aumentar as receitas ou autoridade fiscal dos governos subnacionais.   | Positivo ou negativo  |
| <b>Descentralização política</b>       | Conjunto de reformas eleitorais ou emendas constitucionais destinadas a devolver autoridade política para os atores subnacionais e abrir novos (ou ativar existentes) espaços para a representação de políticas subnacionais. | Positivo  |

Fonte: Adaptado de Falleti (2010, p. 36).

Como pode ser observado no quadro 2.1, de acordo com Falleti (2010), a descentralização administrativa pode provocar impacto positivo ou negativo sobre a autonomia dos governos subnacionais. Conforme a autora, tal impacto dependerá do conteúdo e desenho da política transferida, favorecido pelo estímulo ao desenvolvimento da capacidade institucional da burocracia presente nos governos subnacionais ou, desfavorecido quando não

5 Cabe destacar que o federalismo constitui uma forma de organização política baseada na repartição de poder e autoridade entre níveis de governo, constitucionalmente definida e assegurada (Elazar, 1996; Almeida, 2001).

6 Elazar (1987, p. 5), estudioso clássico do federalismo, cunhou a expressão “*self rule plus shared rule*” (autogoverno e governo compartilhado), frequentemente usada para explicar a relação entre autonomia e interdependência no âmbito das federações.

acompanhado pela transferência de recursos financeiros. Quanto à descentralização fiscal, a autora afirma que o impacto positivo ou negativo será dependente do desenho da política fiscal implementada e das características das unidades subnacionais para as quais as receitas serão devolvidas. Dessa maneira Falleti (2010) argumenta que, em geral, um nível mais alto de transferências automáticas favorece invariavelmente os governos subnacionais, uma vez que lhes disponibiliza maior aporte de recursos sem custos adicionais; por outro lado, se a política fiscal prevê a transferência da capacidade de tributação, os governos subnacionais precisarão se organizar institucionalmente para tal, podendo ser desfavorecidos<sup>7</sup>. No que se refere à descentralização política, Falleti (2010) defende que ela sempre promoverá impacto positivo sobre a autonomia dos governos subnacionais.

O conceito de descentralização empregado nessa tese se baseia nas proposições de Falleti (2010), sendo compreendido como um processo político por meio do qual são transferidos poder e responsabilidades da esfera nacional para as subnacionais, nas dimensões política, administrativa e fiscal. Ao final dessa seção, são apresentadas as definições de cada uma dessas dimensões, no contexto geral do Estado e no âmbito específico da política de saúde, utilizadas na análise dos casos estudados<sup>8</sup>. A partir de Rodden (2005) e Falleti (2010), propõe-se que o balanço de poder em cada dimensão da descentralização pode, ou não, favorecer a autonomia dos governos subnacionais. Cabe ainda destacar que os arranjos de poder são variados e condicionados pelo contexto histórico, político e institucional, seguindo uma lógica na qual a maximização da autonomia pode não favorecer as relações intergovernamentais.

Estudos demonstram que os resultados da descentralização nos Estados Nacionais estão associados a outros processos, entre os quais, situa-se a regionalização. Entre os objetivos desses processos, destacam-se a construção de consensos e tomadas de decisão transparentes; desenvolvimento de capacidades técnicas, humanas e institucionais; provisão adequada de recursos financeiros e incentivos para investimentos; e a promoção de desenvolvimento local/regional (Interlaken, 2004). Para que a descentralização não represente o deslocamento do ônus da gestão para governos subnacionais, ressalta-se a relevância da transferência de poder e da construção de capacidade institucional nessas instâncias para gerir seus recursos. A regionalização se insere como estratégia associada e complementar à

---

7 Falleti (2010) pondera que unidades subnacionais prósperas preferem arrecadar seus próprios tributos, contudo, unidades mais pobres podem ser negativamente afetadas por dois motivos: a) terão que dispender recursos para realizar tal arrecadação; e b) poderá haver menos recursos disponíveis para a redistribuição territorial.

8 As variáveis selecionadas para análise de cada uma das dimensões são apresentadas na seção seguinte, que trata das considerações metodológicas.

descentralização no campo das políticas públicas, sendo objeto da geografia e economia nas áreas de planejamento e desenvolvimento de diversos setores.

A regionalização, segundo a perspectiva da geografia crítica, configura um processo no qual territórios são definidos a partir dos seus usos e diferenciações espaciais visando à instrumentalização política da dinâmica territorial (Santos; Silveira, 2008). No mesmo sentido, é retratada como fato e ferramenta (Ribeiro, 2004). Como fato, representa a conformação de regiões a partir da história do uso do território e das relações de poder ali estabelecidas, tanto de dominação quanto de resistência. Como ferramenta, a regionalização está relacionada à ação hegemônica da conjuntura atual, que modela regiões a partir de interesses próprios, sejam estatais ou privados, para servir a determinados fins ou objetivos.

A partir dos anos 1970, processos de descentralização e regionalização estiveram presentes no quadro de reforma e organização de vários sistemas de saúde, associados a diferentes conceitos e significados.

Há que se considerar as influências da ideologia neoliberal e dos modelos gerenciais<sup>9</sup> sobre as reformas descentralizantes do setor saúde, tanto na Europa Ocidental quanto na América Latina (nesse caso, sobretudo na década de 1990) (Almeida, 2008), que podem ser notadas por meio das estratégias de redução ou contenção do gasto público e da intervenção estatal<sup>10</sup>. Para Almeida (1997, p. 197), “a mudança da intervenção estatal no campo social, e sanitário, acontece *pari passu* à implementação da reforma do próprio Estado”. Dessa forma, a autora defende que apesar das pressões exercidas pela retórica conservadora (neoliberal) sobre as reformas dos sistemas de saúde, “o processo político subjacente a cada

---

9 Segundo Almeida (2008), pautada em argumentos políticos e econômicos, a retórica conservadora (neoliberal) construiu na década de 1980 um diagnóstico do setor saúde que justificasse sua reforma. Entre os critérios enfatizados, estava a necessidade de se reduzir os gastos em saúde, e para isso, duas estratégias foram largamente utilizadas: 1) descentralização dos serviços para níveis subnacionais e para o setor privado; 2) restrição da oferta e desenvolvimento de uma consciência de custos no usuário. A autora argumenta que os conservadores apontavam para uma ineficiência financeira do sistema, em virtude da falta de compromisso dos profissionais e prestadores com os seus custos; e para o desempenho insatisfatório dos serviços diante das preferências dos usuários, limitados em sua liberdade de escolha. Contudo, por trás de todos esses argumentos, a reforma conservadora tinha como objetivo produzir uma mudança no papel e grau de intervenção do Estado na área social, e particularmente, na saúde. Como bem afirma Almeida (2008, p. 893): “De fato, a mudança crucial de paradigma foi na direção de tentar transformar o compromisso político e social dos governos com seus cidadãos [...] em políticas que se baseavam num conceito de demanda expressa segundo as preferências do consumidor e que levavam em consideração a questão dos custos”.

10 De acordo com Immergut (1992), tal intervenção se dá mediante quatro dimensões e suas interrelações, capazes de afetar a capacidade de atuação do Estado, são: financiamento público, regulação pública e privada, papel do Estado como proprietário dos meios de produção (serviços e insumos) e como empregador (direto ou indireto). A autora ainda afirma que a configuração dos serviços de saúde em cada nação guarda relação com a trajetória histórica das conexões estabelecidas entre tais dimensões, informando e condicionando a atuação do Estado e o lugar do mercado.

implementação particular de reforma dará a tônica da transição dos sistemas de saúde em cada sociedade” (Almeida, 1997, p. 197).

Além do propósito de promover eficiência econômica e técnica, as reformas de cunho descentralizador no âmbito da saúde também visavam à ampliação do *accountability* e participação social (Fleury, 2006; Bankauskaite; Saltman, 2007). A ideia de que ao aproximar os serviços dos cidadãos se promoveria um ganho de qualidade na formulação e gestão da política esteve presente no discurso dos movimentos de reforma sanitária em diversos países.

A relação entre descentralização e regionalização no âmbito das reformas dos sistemas de saúde tem sido destacada nas experiências internacionais (Saltman; Bankauskaite; Vrangbæk, 2007; Maino *et al*, 2007) e na literatura nacional (Lima *et al*, 2010; Viana; Lima, 2011), vinculadas à valorização do papel dos níveis regionais no planejamento e gestão desses sistemas. Nesse sentido, Conill (2006) argumenta que o discurso que enfatizava a organização da atenção para populações geograficamente definidas, a atenção primária e a participação social orientou a reforma de 1974 do Sistema Nacional de Saúde inglês, da província do Québec no Canadá, e em parte, o desenho inicial da reforma brasileira.

Alguns estudos têm abordado a relação entre tais processos e a equidade nos sistemas sanitários (Quadrado *et al*, 2001; Jimenez-Rubio *et al*, 2008; Costa-Font; Gil, 2009; Esteves, 2012), bem como sua interface com a participação da comunidade (Torri, 2012); outros têm associado tais processos à organização da rede de serviços (Perez *et al*, 2008; Stephan-Souza *et al*, 2010; Pinto; Pinheiro, 2010; Paiva *et al*, 2010) ou à implementação de políticas específicas (Teixeira, 2002; Rosa *et al*, 2009); outros os associam ao debate do financiamento (Mosca, 2007; Reich *et al*, 2012); e há aqueles que tratam de questões referentes aos padrões de coordenação presentes em sistemas sanitários descentralizados e regionalizados (Wyss; Lorenz, 2000), do balanço de poder entre as esferas governamentais (Tediosi *et al*, 2009) ou das vantagens e desvantagens das reformas dessa natureza em casos específicos (López-Casasnovas; Rico, 2003; López-Casasnovas, 2007; Pavolini; Vicarelli, 2012).

Nos sistemas públicos, sejam universais ou baseados no emprego, constituídos em Estados unitários ou federados, salvo suas especificidades, descentralização e regionalização têm sido encontradas como diretrizes comuns para a organização do sistema de saúde. Sobretudo nos sistemas universais, a implementação articulada dessas diretrizes está relacionada à garantia do acesso integral e equitativo a todos os cidadãos.

No tocante à regionalização da saúde, pode-se afirmar que, desde 1920 (Informe, 1964) até os anos 2000 (Kuschnir; Chorny, 2010; Viana; Lima, 2011), tal conceito está remetido à organização do sistema de serviços em uma base territorial, considerando-se

acesso, financiamento, infraestrutura e logística, a partir de um processo de planejamento que articula níveis regionais e níveis de atenção à saúde.

O Informe Dawson<sup>11</sup> (1964) estabeleceu alguns critérios que ainda são usados como parâmetros para regionalização na maioria dos sistemas de saúde. Sugere que os serviços de referência sejam definidos em número e localização a partir das necessidades da população, da capacidade das cidades em ofertar os serviços, dos meios de comunicação e transporte disponíveis. Nas palavras do Informe (1964, p. 5):

*“La selección de ciudades debe ser objeto de cuidadosa atención, y se necesitará plena información acerca de los servicios hospitalarios y afines que en ellas existan, como asimismo de su distribución en relación con la población y de los medios públicos de transporte. En las zonas rurales las corrientes naturales comerciales y de tráfico indicarán la población o poblaciones donde conviene establecer un centro secundario de salud”.*

Contudo, para além da dimensão organizativa, o conceito de regionalização envolve questões políticas e de distribuição de poder no território (Viana; Lima, 2011). Assim, configura-se como um processo político, dependente das relações intergovernamentais (Viana *et al*, 2008) e entre Estado e sociedade civil (Fleury; Ouverney, 2007).

No âmbito desse trabalho, descentralização e regionalização da saúde são compreendidas como processos políticos que envolvem a articulação entre esferas de governo e assumem sentidos variados de acordo com o contexto institucional no qual são formuladas e implementadas. Como dito anteriormente, a descentralização se caracteriza pela transferência de poder e responsabilidades nas dimensões política, administrativa e fiscal/financeira. A regionalização está associada à organização do sistema de serviços de saúde em uma base territorial, por meio de um processo no qual níveis regionais são relacionados a níveis de atenção. Não obstante, a regionalização também pode estar referida à (re)organização do poder sobre o território.

O quadro a seguir resume as definições acerca das dimensões da descentralização, no âmbito mais geral do Estado e, especificamente, da política de saúde. As variáveis

---

11 O Informe Dawson (1964) foi elaborado em 1920 por Lord Dawson e seu conselho consultivo com a finalidade de apoiar a estruturação do sistema universal de saúde na Grã Bretanha, embasando, mais tarde, o modelo Beveridgiano. Propôs a oferta de serviços primários e especializados à população de uma dada região a partir da construção de redes regionalizadas que integrassem cuidados curativos e preventivos. De acordo com o mesmo, a rede se estruturaria a partir de serviços domiciliários, referenciados a um centro de saúde primário, que por sua vez, teria como base um centro de saúde secundário, que se referiria, por fim, a um hospital universitário (Informe, 1964).

selecionadas para análise empreendida serão melhor abordadas na seção seguinte, partindo das considerações metodológicas.

**Quadro 2.2: Dimensões da descentralização no contexto do Estado e da política de saúde: algumas definições.**

| <b>Dimensões da descentralização</b> | <b>Definições para o contexto do Estado</b>   | <b>Definições para a política de saúde</b>  |
|--------------------------------------|---|---|
| <b>Administrativa</b>                | Compreende a transferência de poder e responsabilidades para a gestão das políticas públicas pelos governos subnacionais.   | Compreende a transferência de poder e responsabilidades para a gestão e prestação de serviços de saúde pelos governos subnacionais. Inclui a gestão das unidades, equipamentos e trabalhadores. |
| <b>Fiscal/Financeira</b>             | Compreende a transferência de poder e autoridade para instituir e arrecadar tributos da sua competência, bem como para gestão orçamentária pelos governos subnacionais.                         | Compreende a transferência de poder e autoridade para manejar o orçamento e decidir sobre gastos em saúde pelos governos subnacionais.  |
| <b>Política</b>                      | Compreende a distribuição de poder entre as esferas subnacionais no que tange à tomada de decisão, formulação e regulação de políticas em seus territórios. Inclui a eleição dos seus governos. | Compreende a transferência da autoridade sanitária, que envolve o poder para a tomada de decisão quanto à formulação, planejamento e regulação da política de saúde.                            |

Fonte: Elaboração própria a partir de Falletti (2010).

**2.2 Referencial de análise, estratégias e técnicas de pesquisa**

A importância das variáveis institucionais para explicar os resultados das políticas voltou a ser destacada na literatura nos anos 1970, no âmbito do movimento designado como neoinstitucionalismo, conforme indicam Thelen e Steinmo (1992), Immergut (1998) e Hall e Taylor (2003). De acordo com esses autores, tal movimento está relacionado a críticas às análises behavioristas, hegemônicas na academia norte-americana até a década de 1970, devido aos seus limites para explicar a diversidade das situações históricas dos países centrais em virtude da reestruturação econômica e institucional a qual se submeteram nos anos 1960 e 1970.

Pode-se afirmar que, desde então, a análise de políticas públicas tem sido influenciada pelo neoinstitucionalismo, que enfatiza a importância fundamental das instituições/regras para a decisão, formulação e implementação das políticas (Marques, 1997; Souza, 2007). O conceito de instituição é central a esse referencial, já que se acredita que as instituições têm um papel importante na conformação das ações dos atores e na sustentação das políticas. Embora tal conceito seja bastante amplo (motivo de críticas), pode-se afirmar que as

instituições incluem “regras formais, procedimentos consentidos e práticas operacionais padronizadas que estruturam a relação entre indivíduos nas várias unidades da política e da economia” (Hall, 1990 apud Thelen; Steinmo, 1992).

Tratando da influência toquevilleana sobre a literatura neoinstitucionalista, Marques (1997) destaca uma relação importante entre as instituições e a análise de políticas. Nas palavras do autor: “Segundo esta perspectiva de análise [toquevilleana], as instituições são centrais no estudo da política não apenas pela importância do Estado como ator e autor de ações específicas, mas porque ele, assim como as demais instituições políticas, influencia diretamente a cultura política, a estratégia dos atores e a produção da própria agenda de questões a ser objeto de políticas, enquadrando a luta política através das suas instituições” (Marques, 1997, p. 81).

Para Marques (1997, p. 75), o neoinstitucionalismo pode ser entendido como “a corrente recente das Ciências Sociais que tem ressaltado, de maneira enfática, a importância das instituições para o entendimento dos processos sociais”. Não se configura como uma corrente teórica unificada, uma vez que possui uma ampla postura teórica, na qual a hierarquia dos fatores mais importantes no estudo de cada caso é elencada *a posteriori* de acordo com a conjuntura (Marques, 1997; Hall; Taylor, 2003). Portanto, trata-se do lugar analítico e metodológico de estudiosos e teóricos de diferentes áreas disciplinares, constituindo-se numa teoria de médio alcance, preocupada em reintroduzir as variáveis institucionais nos debates sobre a política e a economia.

Como não se trata de uma corrente de pensamento unitária, o neoinstitucionalismo reúne diferentes escolas. Thelen e Steinmo (1992) diferenciam duas vertentes: o institucionalismo histórico e da escolha racional. Sobre eles, afirmam que apesar das grandes diferenças existentes, há uma “preocupação comum com a pergunta de como as instituições moldam as estratégias políticas e influenciam os resultados políticos” (Thelen; Steinmo, 1992, p. 7). Hall e Taylor (2003) consideram três perspectivas: institucionalismo histórico; institucionalismo da escolha racional; e institucionalismo sociológico. A seguir, os principais enfoques dessas correntes serão brevemente apresentados.

O institucionalismo da escolha racional tem origem na teoria da escolha racional e na economia neoclássica. Segundo Hall e Taylor (2003), uma das principais características dessa abordagem é a crença de que os atores se comportam de modo inteiramente utilitário para maximizar a satisfação de suas preferências, valendo-se de cálculos e estratégias. Para essa abordagem, as instituições são fundamentais para a definição das estratégias dos atores, pois constroem suas preferências, alterando comportamentos auto-interessados. Segundo

Marques (1997, p. 77), para os institucionalistas da escolha racional, “as instituições resolveriam situações de impasse em interações estratégicas, reduzindo a ocorrência de soluções subótimas”, motivo pelo qual esse enfoque é muito utilizado na economia.

Por sua vez, o institucionalismo sociológico tem origem na teoria das organizações, contestando a separação entre as dimensões social e cultural (práticas associadas à cultura) (Hall; Taylor, 2003). Para os institucionalistas sociológicos, importa compreender o porquê das organizações adotarem um determinado conjunto de formas, procedimentos ou símbolos institucionais, com destaque para a difusão dessas práticas.

Enfim, o institucionalismo histórico tem origem na sociologia histórica, de inspiração marxista e weberiana (Marques, 1997). Immergut (1998) ressalta a influência da Sociologia Compreensiva de Weber sobre o mesmo<sup>12</sup>, e destaca sua preocupação em analisar cada caso a partir de seu contexto político, social e histórico. Para essa abordagem, as instituições não são concebidas apenas como mais uma variável, ou seja, compreende-se que além de dar forma às estratégias dos atores (de forma similar às teses da escolha racional), condicionam suas preferências e metas. Nas palavras de Marques (1997, p. 78), “enquanto para os neoclássicos e institucionalistas da escolha racional as preferências são exógenas ao modelo, para os institucionalistas históricos as preferências são endógenas, sendo construídas social e politicamente no bojo dos processos sob estudo”. Sobre o institucionalismo histórico, Thelen e Steinmo (1992, p. 9) afirmam que, “mediando relações de cooperação e conflito, as instituições estruturam as situações políticas e deixam suas marcas nas consequências da política”.

O institucionalismo histórico valoriza a análise dos atores, seus interesses e ações estratégicas no estudo das políticas públicas (Marques, 1997). Tal abordagem enfatiza a ideia do Estado como ator, e assim, o papel e atuação das instituições e atores estatais nas análises do Estado e da sociedade. Cabe destacar que o papel do Estado está relacionado ao conceito de autonomia estatal, embora não seja contingente a ele<sup>13</sup>. Além disso, outras duas ideias podem ser consideradas centrais: o reconhecimento de que a ação do Estado (e das suas instituições) é dotada de sentido, ou seja, influenciada pela relação de forças que se estabelece entre burocracias estatais, partidos políticos, grupos de interesses e outras estruturas presentes no interior das instituições, que podem tensionar uma política pública, acelerando-a ou a interrompendo; e de que a ação estatal é historicamente condicionada.

---

12 Em especial, Immergut (1998) destaca a influência da Teoria da Dominação Política sobre o institucionalismo histórico.

13 De acordo com Marques (1997), a autonomia estatal diz respeito ao insulamento da estrutura estatal, que atua de modo a influenciar as políticas, ainda que por meio de um papel intelectual.

Sobre essa terceira ideia, destaca-se a análise da trajetória histórica das instituições e das políticas. Tal ideia é tratada por Immergut (1998) nos termos da lógica contextual da causalidade (*contextual logics of causality*) e das contingências históricas (*contingencies of history*), que uma vez relacionadas à organização das instituições e de sua estrutura de poder trazem consequências para as políticas públicas. Para a abordagem institucionalista histórica, o contexto histórico de uma instituição ou uma política condiciona a definição dos interesses dos atores e a construção de suas relações de poder. Tratando das contingências históricas, é importante reconhecer que a história é marcada por acidentes de oportunidade e circunstância. Dessa forma, ressalta-se a relevância do estudo dos elementos de ruptura e continuidade presentes na trajetória das instituições e das políticas públicas, compreendendo o contexto histórico como um ambiente marcado por sequências e contingências, a fim de identificar os fatores institucionais ligados a elas.

Hall e Taylor (2003) também ressaltam a importância do conceito de dependência da trajetória para os institucionalistas históricos. De acordo com esses autores, as instituições constituem elementos relativamente permanentes do contexto histórico, capazes de manter tal contexto sob um conjunto de trajetórias, dependendo da forma como se estruturam as capacidades do Estado e as políticas herdadas. Ou seja, segundo a perspectiva de dependência da trajetória, as decisões e políticas anteriores condicionam as posteriores (Immergut, 1998; Pierson, 2004).

A análise histórico-comparada tem uma antiga tradição nas Ciências Sociais, caracterizada por um período de negligência e um renascimento nas últimas décadas, segundo Mahoney e Rueschemeyer (2003). Os autores destacam que, em geral, ela está associada à análise de questões compreendidas como processos complexos e relevantes, substantiva e normativamente, segundo especialistas e não especialistas. Para Meny e Thoenig (1992), os estudos comparados são identificados na literatura internacional como um caminho possível para o avanço da análise de políticas públicas, já que, seja por meio de métodos qualitativos e/ou quantitativos, permitem novas investigações sobre processos, resultados e determinantes das políticas.

Temporalmente, o desenvolvimento de estudos comparados no âmbito da análise de políticas públicas (Meny; Thoenig, 1992) coincide com o momento de revalorização das variáveis institucionais (Thelen; Steinmo, 1992; Immergut, 1998; Hall; Taylor, 2003). A respeito desse momento histórico, Meny e Thoenig (1992, p. 229) destacam a importância da análise comparada para a análise de políticas públicas, ressaltando sobretudo o resgate da

valorização dos determinantes políticos, históricos e culturais, logrado pelos estudos comparados a esse campo. Nas palavras dos autores:

*“El análisis comparado de las políticas públicas ha contribuido especialmente a sacar el policy analysis del atolladero en que tendía a hundirse. Considerando esencialmente las políticas públicas como procesos sectoriales, los primeros analistas de las políticas públicas terminaron por descuidar los determinantes políticos o culturales. El análisis comparado les ha devuelto toda su importancia, valorando la necesidad de restituir el contexto histórico, político-administrativo y cultural de las políticas” (Meny; Thoenig, 1992, p. 229).*

A análise histórico-comparada se preocupa com três questões principais, que a remetem ao institucionalismo histórico: a análise causal; a ênfase nos processos ao longo do tempo; e o uso da comparação sistemática e contextualizada (Mahoney; Rueschemeyer, 2003). Dessa forma, possui especial interesse na identificação de configurações explicativas, tomadas como um elemento central. Pesquisadores analisam as sequências históricas e seus desdobramentos ao longo do tempo, partindo das ideias de temporalidade e sequência (Mahoney; Rueschemeyer, 2003).

Mahoney e Rueschemeyer (2003) chamam a atenção para uma das principais características da análise histórico-comparada: voltar-se para experiências passadas que remetem a preocupações do presente, formulando questionamentos e hipóteses a respeito de um conjunto específico de casos que exibem similaridade suficiente para serem comparados um com o outro. Quanto à definição dos casos de estudo, em um ensaio a respeito dos ganhos teóricos que podem ser produzidos por um ou poucos casos, Rueschemeyer (2003) defende que a análise de poucos casos é capaz de fazer mais do que apenas gerar ideias teóricas. Para o autor, por sua capacidade de mergulhar no contexto histórico específico de cada caso, ela pode testar proposições teóricas e oferecer explicações causais convincentes sobre os processos em análise. Rueschemeyer (2003) destaca a proximidade (*close-acquaintance*) com a complexidade dos casos como uma das vantagens da análise histórico-comparada de poucos casos. Além disso, ressalta a importância de se ir além do primeiro caso, pois em sua opinião, o impacto de fatores sobre resultados de interesse só aparece quando se superam os limites das análises internas ao caso (*within-cases*), deslocando-se para análises transversais aos casos (*across-cases*). Dessa forma, Rueschemeyer (2003) afirma que ir além dos limites dentro dos quais os fatores causais relevantes podem manter-se constantes promove, então, um ganho teórico-analítico substancial.

As comparações, por definição, envolvem o desenvolvimento de modelos, classificações, frequências de ocorrências e compreensão das diferenças, como bem afirmam Meny e Thoenig (1992). Em geral, as análises comparadas seguem esses métodos e têm esses objetivos, estando sujeitas a vantagens e desvantagens desse processo. Entre as vantagens estão a possibilidade de aprimorar as investigações mediante a transposição de hipóteses e resultados obtidos em outros campos ou contextos; de ampliar os horizontes da análise de um caso a partir das experiências de outro; e valorizar as especificidades decorrentes do contexto histórico, político-administrativo e cultural das políticas. As desvantagens estão associadas à impossibilidade de se estabelecer generalizações, e sobretudo aos riscos da sedução de se comparar dados incomparáveis ou se subestimar características históricas e contextuais em função de resultados comparáveis. Segundo os autores, as maiores contribuições da análise comparada dizem respeito às mudanças logradas por ela às perspectivas científicas, com enriquecimento do aparato teórico e metodológico, como também às descobertas permitidas no âmbito das políticas nacionais em comparação com outros casos.

Frequentemente, as análises histórico-comparadas estabelecem interações entre proposições explicativas e bases de dados, segundo Rueschemeyer (2003). De acordo com o autor, ainda que usem medidas quantitativas, trabalham por uma via qualitativa, conquistando credibilidade para os seus resultados por meio de dois caminhos: 1) pela relação entre ideias teóricas e suas implicações complexas; 2) pela melhor evidência empírica. Esse diálogo entre teoria e evidência se constitui na principal vantagem comparativa da análise histórico-comparada (Mahoney; Rueschemeyer, 2003; Rueschemeyer, 2003). No confronto entre teoria e evidência, encontram-se duas possibilidades: repetir a relação entre desenvolvimento teórico e dados; e estabelecer uma relação mais próxima entre intenções conceituais e evidências empíricas (Rueschemeyer, 2003).

Entre as principais contribuições das análises histórico-comparadas, situam-se a produção de proposições teóricas, que embora circunscritas temporalmente, podem ser capazes de gerar hipóteses explicativas (Rueschemeyer, 2003), bem como facilitar a compreensão de processos de mudança (Mahoney; Rueschemeyer, 2003). As análises histórico-comparadas têm sido de grande importância, sobretudo por duas razões: por causa da sua insistência em comparar assuntos relevantes mesmo diante das prováveis dificuldades metodológicas; e por causa do engajamento teórico motivado dos pesquisadores (Rueschemeyer, 2003).

A importância da realização de estudos comparados acerca de sistemas de saúde também é destacada. Segundo Freire (2008), tais estudos são relevantes dada a complexidade

do setor saúde e a necessidade de se tomar decisões baseadas em evidências de efetividade e qualidade, envolvendo a saúde individual e coletiva, bem como a gestão de recursos numerosos. Nas palavras do autor: “*El análisis internacional comparado de la sanidad es especialmente necesario por la complejidad del sector - sin duda el más complejo de las sociedades modernas –, por la importancia de los temas en juego – la salud individual y colectiva, cuantiosos recursos, etc – y por la gran diversidad de tomar decisiones basadas en la evidencia de efectividad y calidad que se dan en el sector salud*” (Freire, 2008, p. 2).

A partir da abordagem institucionalista histórica (Thelen; Steinmo, 1992; Immergut, 1998; Hall; Taylor, 2003), sobretudo em suas contribuições à análise de políticas públicas, alguns elementos foram selecionados para o estudo da descentralização e regionalização da saúde: a *trajetória histórica* das instituições e das políticas, com destaque para as ideias de temporalidade e sequência, bem como para a análise de continuidades e mudanças; o papel das *instituições*, considerando suas características formais e informais; e o papel dos *atores*, reconhecendo que sua atuação influencia e recebe influência do contexto institucional, marcado por interesses diversos que se apresentam na disputa entre diferentes *ideias/sentidos acerca do objeto da política*. A partir deles, algumas considerações foram tecidas a fim de embasar a construção da matriz analítica (quadro 2.3) que estrutura esta pesquisa:

1) Reconhecendo que a *trajetória histórica das instituições e das políticas* impõe determinantes e condicionantes para o desenvolvimento da política pública, é importante que a análise da política de saúde atente para a identificação dos elementos de continuidade e mudanças, sabendo que as decisões e políticas anteriores condicionam (ou não) as posteriores segundo a lógica contextual da causalidade e das contingências históricas<sup>14</sup>. Cabe destacar que os arranjos institucionais, marcados por essa trajetória, são influenciados pela dinâmica de formação da representação de interesses, condicionada, por sua vez, pelas ideias/sentidos acerca do objeto da política postos na arena de decisão da mesma.

2) Entendendo as *instituições* como o conjunto de regras formais e informais que estrutura a relação entre os atores e os rumos das políticas, ao mesmo tempo que recebe influência destes mesmos atores, por meio da atuação política do grupo do qual fazem parte e das estratégias que estabelecem na defesa de suas ideias, é possível afirmar que o contexto

---

14 A lógica contextual da causalidade está relacionada à análise da temporalidade e sequência dos eventos (aspectos/dimensões) que caracterizam uma determinada política ou processo político. Ou seja, significa compreender se o momento de ocorrência e a sequência na qual ocorre um evento influencia a ocorrência de um evento posterior, condicionando a trajetória histórica da política ou seu processo político. A lógica contextual das contingências históricas diz respeito à identificação dos fatores que atuam no sentido de contingenciar o desenvolvimento da política ou do processo político tal qual se esperava, alterando seus trajetos.

institucional e político exerce influência sobre a definição de problemas e soluções, ou seja, sobre a conformação da política.

3) Compreendendo que o *papel dos atores* presentes em instituições do governo e da sociedade é determinante e condicionante do processo de decisão acerca da política pública; e admitindo que os diversos atores (e seus grupos) possuem ideias e entendimentos acerca de uma determinada questão que geralmente não são coincidentes, pode-se dizer que a arena de decisão da política está permeada por diferentes *ideias/sentidos acerca da política*, ou seja, existem ideias em disputa no contexto de conformação da política no interior das instituições. Os resultados dessa disputa, em termos do protagonismo desses atores e das suas ideias, poderão definir os rumos da política pública.

O quadro 2.3 apresenta a matriz de análise para o estudo da descentralização e da regionalização da política de saúde no Brasil e na Espanha, a partir de três dimensões que reúnem elementos institucionais, históricos e políticos.

**Quadro 2.3: Matriz de análise para o estudo da descentralização e da regionalização da política de saúde.**

| DIMENSÕES DE ANÁLISE   | DEFINIÇÕES   | ELEMENTOS DE ANÁLISE   |                                |
|--|--|--|--------------------------------|
| <b>TRAJETÓRIA DA DESCENTRALIZAÇÃO E DA REGIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE</b> | - Refere-se às influências da trajetória histórica das instituições e da temporalidade e sequência das políticas para a conformação atual da política e do sistema de saúde. | - Marcos institucionais da descentralização (nas dimensões política, administrativa e fiscal/financeira) e da regionalização;<br>- Características do desenvolvimento e implementação;<br>- Elementos de continuidade e mudanças presentes (marcados por questões sequenciais ou contingenciais do contexto político-institucional). | Contexto geral do Estado/Saúde |
| <b>INSTITUCIONALIDADE DA DESCENTRALIZAÇÃO E DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE</b>     | - Refere-se às regras formais (marco legal e normativo) que definem as diretrizes e o conteúdo da política.  | - Ideia/sentido (formal) acerca da descentralização e da regionalização;<br>- Objetivos/desenho (formal);<br>- Instituições envolvidas no processo de formulação e implementação.  |                                |
| <b>CONDICIONANTES DA DESCENTRALIZAÇÃO E DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE</b>         | - Refere-se à influência do contexto político sobre a política, considerando o papel das instituições e dos atores.  | - Papel das instituições e dos atores;<br>- Estratégias de atuação das instituições e dos atores;<br>- Fatores políticos, institucionais e econômicos.   |                                |

Fonte: Elaboração própria.

A análise realizada nessa tese articulou o estudo da descentralização e da regionalização da política de saúde ao contexto mais geral de descentralização do Estado brasileiro e espanhol, como mostra o quadro 2.3. Para tanto, foram identificados os marcos institucionais e principais características da descentralização do Estado e da saúde em cada uma das seguintes dimensões: administrativa, política e fiscal/financeira. Assim foi possível estabelecer a sequência na qual se desenvolveram tais dimensões (no contexto do Estado e no âmbito da saúde) e compreender suas interfaces temporais. Em cada uma das dimensões citadas foram definidas variáveis, valoradas de 0 a 2 segundo o grau de poder dos governos (central e subnacionais)<sup>15</sup>, visando facilitar a comparação entre tais dimensões em cada plano da investigação.

No contexto mais geral do Estado, assumiu-se como variáveis da descentralização política: grau de poder dos governos subnacionais para tomar decisões acerca das políticas públicas (competência na formulação e regulação de políticas regionais; competência para formular leis em matérias regionais/locais; eleição por voto direto) e tratar as questões que envolvem o compartilhamento de atribuições (representação regional dos órgãos do judiciário; competência para atuar regionalmente). Com relação à descentralização fiscal, propõe-se como variáveis: grau de poder dos governos subnacionais para instituir e arrecadar tributos da sua competência, bem como para manejar seu orçamento. E, ao fim, quanto à descentralização administrativa, ressaltam-se: grau de poder dos governos subnacionais para gerir os setores das políticas públicas (competência para executar a política e realizar a gestão do trabalho e dos serviços). *Pari passu*, analisou-se o poder e a capacidade de coordenação do nível central em cada uma dessas dimensões da descentralização.

No âmbito da descentralização da política de saúde, esse estudo assumiu como variáveis da dimensão política: o grau de poder de formulação, planejamento e regulação da política sanitária pelos governos subnacionais; quanto à dimensão fiscal/financeira, o grau de poder fiscal e de gasto (gestão do orçamento) dos governos subnacionais no âmbito da saúde; e no que se refere à dimensão administrativa, o grau de poder dos governos subnacionais para exercer a gestão das unidades, equipamentos e força de trabalho, bem como para realizar a coordenação da rede de serviços. Paralelamente, o poder do governo central foi analisado em cada uma dessas dimensões, como contraponto à descentralização.

---

15 A escala de valoração vai de 0 a 2, sendo atribuído (0) para ausência de poder; (1) para poder parcial; e (2) para poder amplo. O escore final da dimensão é a soma dos valores de cada variável dividido pelo número de variáveis.

Tal análise se deu em perspectiva comparada, partindo do método histórico-indutivo e de uma postura crítico-reflexiva, que permitiu elucidar fatores explicativos da trajetória dos processos de descentralização e regionalização, bem como de suas consequências sobre a conformação dos sistemas de saúde. A pesquisa tem natureza qualitativa, contudo, recursos quantitativos foram cotejados ao longo da análise, recebendo tratamento estatístico adequado.

O período de estudo compreendeu os anos 1980 a 2012. Tal recorte temporal buscou abranger o período de reformas dos sistemas de saúde com ênfase na descentralização e regionalização nos dois casos (Espanha, com início em 1986; e Brasil, em 1990), marcado inicialmente pela redemocratização e reforma do Estado (Espanha, final dos anos 1970 e anos 1980; Brasil, final dos anos 1980 e 1990) e que se estende até ao longo dos anos 2000. A extensão do período de estudo foi importante para que se pudesse analisar a trajetória das diretrizes de descentralização e regionalização ao longo processo de implementação do sistema nacional de saúde nos dois países.

A investigação se desenvolveu por meio dos dois momentos anteriormente descritos: 1) análise da descentralização no contexto geral do Estado; e 2) estudo da descentralização e da regionalização da saúde. Para tanto, envolveu levantamento de material empírico acerca de cada um desses eixos em cada um dos casos, a partir da seguinte estratégia: 1) coleta de dados primários, presentes em leis, atos normativos e documentos oficiais; 2) coleta de dados secundários, disponíveis publicamente em *sites* oficiais e publicações bibliográficas; e 3) consultas a especialistas. A seleção das fontes foi orientada pela matriz analítica dessa tese, em suas dimensões e elementos. Tais fontes foram trianguladas e analisadas à luz do marco institucionalista histórico.

O levantamento e análise de material empírico referente ao caso espanhol foi realizado durante período de estágio de doutorado no exterior, realizado na *Escuela Nacional de Sanidad/Instituto de Salud Carlos III*, incluindo visitas técnicas a três CCAA (Andalucía, Cataluña e País Vasco)<sup>16</sup>. Tais visitas contribuíram para a compreensão do caso espanhol, a partir da aproximação das especificidades regionais que envolvem os processos em estudo. Quanto ao caso brasileiro, a participação na Pesquisa “Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartite (CIB): as CIB e os modelos de indução da regionalização no SUS”, permitiu o aprofundamento em relação às questões da diversidade territorial e suas implicações para a descentralização e a regionalização no SUS<sup>17</sup>.

---

16 O estágio de doutorado no exterior se estendeu de abril a agosto de 2013, com apoio financeiro da Capes.

17 A pesquisa foi realizada entre março de 2009 e agosto de 2010, apoiada financeiramente pela Opas/Ministério da Saúde. Tratou-se de uma pesquisa interinstitucional, na qual estiveram envolvidas a ENSP/Fiocruz, o

### 3 BRASIL: A FEDERAÇÃO TRINA

#### 3.1 Descentralização no Brasil: aspectos históricos, institucionais e políticos

O Brasil é o maior país latino-americano e o quinto do mundo em extensão territorial (8,5 milhões de Km<sup>2</sup>) e população (mais de 190 milhões de habitantes) (IBGE, 2013a; 2013b). Em 2010, foi listado como detentor do sétimo maior Produto Interno Bruto (PIB) segundo ranking do Banco Mundial, com um PIB nominal de 2,2 trilhões de dólares (World Bank, 2010). A taxa de crescimento do PIB mostrou recuperação a partir de meados da década de 2000, o que permitiu que o país reagisse melhor à crise econômica mundial de 2009<sup>18</sup> (World Bank, 2013). Os problemas sociais do país se refletem nas taxas de desigualdade e pobreza, que apresentaram melhoria no período recente. A desigualdade de renda alcançou o mínimo em 50 anos (Índice de Gini de 0,52 em 2011) e a pobreza apresentou redução expressiva (de 21% em 2003 para 11% em 2009), do mesmo modo que a extrema pobreza (10% em 2004 para 2,2% em 2009) (World Bank, 2012).

A expectativa de vida ao nascer, que era de 66,5 anos em 1990, aumentou para 72,8 anos em 2008 (IBGE, 2008). A trajetória recente indica relevante redução das taxas de natalidade (de 24 nascidos vivos por mil habitantes em 1990 para 16 em 2008) e fecundidade total (de 2,8 filhos por mil mulheres em idade reprodutiva em 1990 para 1,9 em 2008) (IBGE, 2008). Também apresentaram redução, em maior grau, as taxas de mortalidade infantil (de 47 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 para 23 em 2008) e, em menor grau, a taxa de mortalidade geral (de 6,9 óbitos por mil habitantes em 1990 para 6,3 em 2008) (IBGE, 2008).

A trajetória da descentralização no Estado brasileiro é bastante antiga<sup>19</sup>. A proclamação da República pode ser considerada um marco importante desse processo, pois se trata do momento em que se institucionalizou a relação entre tal fenômeno e a ideia de federalismo<sup>20</sup>, impressa na Constituição de 1891. Sob os condicionantes dessa conjuntura, o Brasil fez suas opções: a república como forma de organização do Estado; a federação como modo de organização do governo; e o presidencialismo como sistema de governo.

---

Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DMP/FM/USP) e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (ISC/UFMT).

18 Em 2010, o PIB apresentou crescimento de 7,5%; em 2011, de 2,7%; e em 2012, de 0,9% (World Bank, 2013).

19 Carvalho (1993) e Dolhnikoff (2005) discutem as origens do federalismo no período colonial (1500-1822) e imperial (1822-1889), apontando elementos descentralizadores presentes nesses contextos.

20 Fiori (1995) destaca que descentralização e federalismo não são sinônimos, mas possuem afinidades. Afinidades que explicariam um “*revival*” do projeto federalista nos anos 1970, paralelo ao fortalecimento das ideias descentralizantes.

Cabe destacar que as elites brasileiras, que exerceram influência intelectual (Carvalho, 1993) e política (Kugelmas; Sola, 1999) sobre a organização do Estado, sempre foram simpáticas à ideia federativa e à descentralização. Sua força intelectual pode ser notada na Constituição de 1824, que prevê elementos federais em plena vigência do Brasil Imperial. Quanto à força política, cabe destacar a influência das elites paulistas e mineiras no contexto da República Oligárquica.

A literatura enfatiza que essas elites não agiram por um projeto de construção nacional hegemônico, mas com o objetivo de formar um Estado que atendesse as suas necessidades comerciais. Por essa razão, Abrucio (2003) afirma que o federalismo brasileiro nasceu com um caráter dual, assimétrico, hierárquico e oligárquico. Diferentemente do arquétipo tradicional americano (*coming together federations*, que sugere a unificação de unidades independentes), a lógica de formação da federação brasileira foi peculiar, pois ocorreu por meio da inspiração descrita como “*hold together*”, ou seja, a ideia de “manter juntas unidades que poderiam se tornar independentes”. Tal tendência está presente em outras federações (como a belga) ou mesmo em países unitários (como no caso espanhol) (Kugelmas; Sola, 1999).

A relação entre federação e descentralização não seguiu uma trajetória constante no que tange à autonomia e poder conferido aos governos subnacionais – o que tampouco seria possível diante da natureza federativa das relações intergovernamentais. Ao longo da história, a federação brasileira passou por ciclos de recentralização e descentralização, em grande medida condicionados pelo contexto político e fiscal. Kugelmas e Sola (1999, p. 64) chamam atenção para o fato de que o movimento pendular entre centralização e descentralização no contexto federativo brasileiro não é absoluto, ou seja, há características descentralizantes em momentos de maior centralização e vice-versa, defendendo o argumento de que as regras estabelecidas entre as esferas variam por meio de uma “dinâmica de aperto/afrouxamento de controles políticos e fiscais”.

Os primeiros anos da república (1889 a 1930) foram marcados pela influência das oligarquias estaduais no contexto de institucionalização da federação brasileira. A Constituição de 1891, segundo Souza (2005, p. 107), confirmou “a promessa descentralizadora do mote republicano: centralização, secessão; descentralização, unidade”. Destaca-se a instituição de mecanismos que beneficiaram financeiramente alguns estados e a ausência de estratégias que fortalecessem as relações entre os entes federativos, caracterizando esse período como o de uma federação assimétrica e isolada.

A ascensão de Vargas ao governo nacional deu início a um período caracterizado pela centralização, que se acentuou no Estado Novo (1937 a 1945). Duas Constituições foram promulgadas nesse período (1934 e 1937), com características bastante diferentes no que toca ao grau de poder e autonomia conferida aos entes subnacionais. A princípio, na Constituição de 1934, os estados foram favorecidos por meio do perdão da sua dívida com a União, bem como pela aprovação de uma reforma política que aumentou a representação daqueles menos populosos na Câmara, ao passo que reduziu o Senado a seu colaborador (Souza, 2005). Tal Constituição também beneficiou os municípios, garantindo-lhes algum poder fiscal por meio da arrecadação própria e da transferência da parcela de um tributo estadual. Já a Constituição de 1937, posterior ao golpe militar liderado por Vargas, limitou consideravelmente os mecanismos descentralizantes. Nesse momento, os estados perderam poder político e fiscal: os governadores eleitos foram substituídos por interventores, houve recentralização de recursos e da competência legislativa sobre as relações fiscais entre os estados. Souza (2005) destaca que o ato mais simbólico de Vargas contra os poderes e interesses regionais foi queimar as bandeiras estaduais em praça pública.

A descentralização retomou uma posição de destaque com o retorno à democracia definido pela Constituição de 1946. Dada a relação construída entre descentralização e democracia, os municípios foram privilegiados frente aos estados nesse momento (Melo, 1993; Souza, 2002), havendo o primeiro “boom” no número de municípios. Tal Constituição instituiu o primeiro mecanismo de transferências intergovernamentais da esfera federal para as municipais, visando à redução dos desequilíbrios verticais de receita, além de lhes permitir instituir e arrecadar tributos (Souza, 2002; Souza, 2005). No intuito de tratar também os desequilíbrios horizontais, a Constituição de 1946 previu o repasse de recursos para regiões economicamente mais pobres. Contudo, Souza (2005) ressalta que o impacto dessas medidas não foi significativo, dado que não estavam previstos critérios de equalização fiscal (tratava-se da divisão do montante a ser transferido pelo número de municípios existentes) e o repasse era pouco regular.

O golpe militar de 1964 interrompeu essa etapa, dando origem à ditadura que se estendeu até 1985. Abrucio (1998) classifica tal período como unionista-autoritário, ou seja, um momento em que a federação esteve subordinada a um forte centralismo, que assegurou o domínio da União sobre os governos subnacionais. Uma das bases desse período foi a recentralização fiscal por meio da implementação de um sistema de transferências intergovernamentais atrelado a vários condicionantes em termos de gasto. Nesse sentido, foram constituídos os fundos de participação dos estados (FPE) e municípios (FPM) (Faveret,

2002; Lima, 2007), que diferentemente dos mecanismos anteriores, incorporaram critérios de equalização fiscal (entre eles, porte populacional e renda *per capita*).

A reforma tributária de 1966<sup>21</sup> e a Constituição de 1967 ampliaram a centralização e, conseqüentemente, o poder político, fiscal e administrativo dos entes subnacionais foi reduzido. A ausência de eleições diretas (nacionais, estaduais e de parte dos municípios) e o contexto de centralização tributária favoreciam que estados e municípios se tornassem mais dependentes da União e menos capazes de formular e implementar políticas adequadas as suas realidades.

A descentralização voltou a ganhar espaço a partir da década de 1980, tendo como marco o retorno das eleições diretas para governadores em 1982. Este momento da federação brasileira é chamado por Abrucio (1998) de estadualista, pois se caracteriza pelo (re)fortalecimento do papel dos estados na arena política nacional. Contudo, a força da esfera estadual no início da década contrapõe-se ao enfraquecimento dela ao final da mesma frente à força do poder municipal consolidada na Constituição de 1988.

Quase um século depois do primeiro marco da descentralização, a promulgação da Constituição de 1988 constitui um momento de grande relevância histórico-institucional em sua trajetória. Isto porque ela definiu o desenho federativo brasileiro, considerando diferentes esferas de governo, formalmente autônomas e interdependentes entre si. Nas suas palavras: “A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição” (Brasil, 1988, art. 18).

Dessa maneira, os municípios foram reconhecidos como entes federativos com o mesmo *status* jurídico-constitucional dos demais, logrando à federação brasileira uma estrutura trina na qual a soberania é compartilhada (Brasil, 1988, art. 1). A figura 3.1 apresenta a divisão político-territorial do Brasil, formado pela união indissolúvel (Brasil, 1988, art. 1) do Governo central (União); 26 estados e o Distrito Federal<sup>22</sup>; e 5.564 municípios.

---

21 Nesse período, o governo ditatorial definiu que caberia ao Senado a fixação das alíquotas do Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICM), principal fonte de receita dos estados (Kugelmas; Sola, 1999).

22 Ressalta-se que o Distrito Federal possui uma organização diferenciada, reunindo competências próprias, e comuns aos estados e municípios.

Figura 3.1: Mapa político do Brasil.



Fonte: IBGE (2013c).

A divisão territorial do poder já estava relativamente assentada no Brasil no contexto de redemocratização e reforma do Estado (Rocha, 2013). Ou seja, já existia uma trajetória de conquista de poder pelos estados e municípios, que foi então institucionalizada pela Constituição de 1988. Tal processo foi dirigido pela ideia de que a descentralização seria o caminho para a democracia e a eficiência, fortalecendo interesses já estabelecidos. Tais interesses estavam representados na Assembleia Constituinte, arena de conformação da Constituição de 1988, em torno de um relativo consenso pela descentralização que uniu estadualistas e municipalistas, de diferentes perspectivas ideológicas.

A Constituição de 1988 redefiniu o papel das três esferas de governo no que tange às políticas públicas e introduziu mudanças na estrutura tributária brasileira, tendo em vista o

quadro de desequilíbrios verticais e horizontais<sup>23</sup> presentes na federação. Ainda que o poder dos estados tenha sido ampliado pela Constituição de 1988, os municípios foram considerados os entes mais fortalecidos nesse processo (Souza, 2011), de maneira que a descentralização esteve, em grande medida, direcionada a eles. Contudo, há que se considerar que a Constituição de 1988 deu origem a um modelo que combina “ampla autoridade jurisdicional à União com limitadas oportunidades institucionais de veto aos governos subnacionais”, como afirma Arretche (2012, p. 36). A autora acrescenta que:

[Os formuladores da Constituição] “não criaram um ambiente institucional que congelasse a distribuição original de autoridade de 1988, pois não estabeleceram regras que exigiriam, no futuro, a mobilização de supermaiorias para alterar aquele contrato original. Além disso, as regras que regem as interações entre as elites do governo federal e dos governos subnacionais favorecem as elites políticas instaladas no centro e limitam as oportunidades de veto das elites instaladas nos governos subnacionais. São essas condições institucionais que permitiram a expansão da autoridade da União sobre os governos subnacionais, além da preponderância do Executivo sobre o Legislativo. Assim há mais continuidade entre as mudanças aprovadas nos anos 1990 e o contrato de original de 1988 do que a noção de uma ruptura entre os dois períodos autorizaria supor” (Arretche, 2012, p. 35-36).

O Brasil é marcado por importantes desigualdades regionais entre estados e entre municípios, seja em função do porte populacional, situação socioeconômica, perfil de arrecadação ou capacidade institucional para desempenhar suas atribuições. Ao analisar as características formais da divisão de poder entre as esferas de governo pela Constituição de 1988, Souza (2005, p. 111) afirma que o “Brasil adotou um modelo de federalismo simétrico em uma federação assimétrica”. De tal maneira que a aparente simetria se converte em diferenças que podem ser notadas entre estados das regiões norte e sudeste, por exemplo, e inclusive entre municípios de um mesmo estado. Este fato chama atenção para a importância do tema das relações intergovernamentais e da coordenação federativa no Brasil.

A já descrita estrutura da federação brasileira, pautada em um arranjo trino e caracterizada por diferenças políticas, econômicas e institucionais significativas entre os entes federativos, complexifica o quadro de relações intergovernamentais. Nesse contexto, o fortalecimento da integração (vertical e horizontal) e do estabelecimento de relações cooperativas entre as esferas de governo, bem como a definição mais clara do papel de cada

---

23 Segundo Lima (2007), os desequilíbrios verticais são consequência de uma grande concentração do poder de tributação no nível central em detrimento das necessidades de gasto das demais esferas de governo; e os horizontais são resultados das desigualdades existentes entre as esferas subnacionais, condicionando o poder de tributação e de gasto. Para a autora, os sistemas de transferências intergovernamentais visam corrigir esses desequilíbrios fiscais, compatibilizando poder de gasto e necessidade de gasto. Na determinação das transferências, é importante conhecer a capacidade fiscal e o esforço fiscal dos entes, de modo a evitar a acomodação fiscal.

uma delas é importante para se evitar a ingovernabilidade sobre projetos comuns, a sobreposição de ações ou a carência das mesmas em áreas específicas.

Definir papéis pressupõe estabelecer limites à atuação de um ente, o que depende da sua decisão e condição para o exercício da cooperação e responsabilidade no cumprimento de suas funções. Essa questão se complexifica no cenário federativo, no qual a autonomia é um princípio constitucional a ser respeitado. Trata-se da convivência entre autonomia e interdependência, que requer o estabelecimento de mecanismos de *checks and balances* e de processos de negociação entre os níveis (Almeida, 2001). Por meio dos *checks and balances*, ou seja, das formas de fiscalização recíproca, espera-se evitar a concentração do poder por um ente específico, de modo a impedir que a autonomia dos outros seja ferida. Do mesmo modo, a negociação precisa respeitar a autonomia e o pluralismo característicos do modelo federativo.

A Constituição de 1988 sugeriu um modelo de federalismo cooperativo no âmbito das políticas sociais, no qual há compartilhamento de funções entre as esferas de governo, como bem afirma Almeida (2001). Segundo a autora, esse modelo é comum em várias federações e apropriado para realidades como a brasileira, pois garante flexibilidade na distribuição de responsabilidades entre entes com diferentes capacidades administrativas e financeiras. Contudo, é imprescindível que sejam desenvolvidos mecanismos de integração e cooperação entre os entes por meio de espaços de gestão compartilhada, sem os quais é provável que se potencialize a competição por recursos, o jogo de empurra e a desresponsabilização no campo das políticas públicas, observadas no Brasil nos anos 1990.

Abrucio (2006) destaca o papel da coordenação federativa, importante para o desenvolvimento de relações intergovernamentais que buscam o equilíbrio entre a cooperação e a competição. No campo das políticas públicas, este autor afirma que o problema está no *shared decision making*, isto é, no compartilhamento de tarefas e objetivos entre as esferas de governo. Segundo o autor, a coordenação federativa se faz por meio de cinco aspectos: 1) formulação de um projeto nacional acordado; 2) equilíbrio entre os processos de descentralização e centralização das políticas; 3) fortalecimento das capacidades político-institucionais nas diferentes instâncias de governo; 4) fortalecimento dos mecanismos de controle mútuo entre os entes e entre o Estado e a sociedade; e 5) incremento dos mecanismos de diplomacia e cooperação intergovernamental.

A Constituição de 1988 remeteu à legislação complementar a responsabilidade por fixar normas para a cooperação entre os entes federativos (art. 23), contudo, de acordo com Souza (2005), tal lei nunca foi proposta ao Congresso Nacional pelo executivo. Ao longo do

período democrático, algumas estratégias e instrumentos vêm sendo desenvolvidos no sentido de promover a coordenação federativa no âmbito de políticas específicas, colaborando para a ampliação das relações intergovernamentais. Ainda que haja dificuldades para se falar em um projeto nacional comum, foi possível construir políticas nacionais, tais como nos setores de saúde e educação, negociadas e implementadas pelos três entes. Além disso, há avanços na capacidade política e institucional de municípios e estados; na conformação dos espaços de gestão compartilhada; na atuação dos órgãos de controle (Ministério Público e Controladorias) e na participação da sociedade.

Contudo, não se pode desconsiderar a presença da disputa de poder entre os entes, com reflexos sobre o campo das relações intergovernamentais. As relações entre a União e os estados, entre os próprios estados, entre estados e municípios, entre os próprios municípios ou entre a União e os municípios são permeadas por diferentes interesses: ideológicos; político-partidários; e/ou nacionalistas *versus* regionalistas *versus* localistas. Tais interesses podem se acomodar melhor ou ocasionar maiores tensões entre os entes federativos dependendo do objeto em questão ou em disputa. Por exemplo, é comum que ao tratar de recursos financeiros, as relações intergovernamentais sejam mais conflituosas.

O Supremo Tribunal Federal (STF) é o órgão responsável por resolver os conflitos entre as esferas de governo, em função da sua competência em julgar as Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIN). Werneck Vianna *et al* (2007), em importante estudo sobre as ADIN e a judicialização da política, identificaram 3.648 ADIN ajuizadas entre 1988 e 2005, sendo 60% delas (2.178) em matéria de administração pública<sup>24</sup> e dessas, a maior parte (cerca de 40%) contra os legislativos estaduais. Os autores mostram que 55% do total de ADIN no período analisado contestavam normas produzidas pelos legislativos estaduais, proporção que se manteve prevalente ao longo do tempo: entre 1988 e 1994, representaram 57,3% do total<sup>25</sup>; entre 1995 e 2002, 49,7%; e entre 2003 e 2005, 62%<sup>26</sup>. Além disso, destacam que os

---

24 Segundo Werneck Vianna *et al* (2007, p. 50), “a administração pública reuniu a legislação que versa sobre carreiras, remuneração e organização do serviço público, no âmbito dos Três Poderes; também foram incluídos nesta categoria os casos relativos à divisão de unidades político-administrativas, como a criação de municípios e regiões administrativas, e conflitos de atribuições entre os Poderes quando referentes a procedimentos de administração pública”.

25 Souza (2005) destaca que a maioria destas ADIN foram posteriores à aprovação das Constituições Estaduais (que se deu em 1989) e não objetivaram defender a autonomia dos estados frente à legislação federal, mas pedir o reconhecimento de inconstitucionalidade de decisões tomadas pelas próprias Assembleias Constituintes Estaduais.

26 Sobre as demais ADIN, entre 1988 e 2005: 16,6% do total contestavam normas do legislativo federal; 13,9% do executivo federal; 5,3% do executivo estadual; 7,2% do judiciário estadual; e 2% do judiciário federal (Werneck Vianna *et al*, 2007, p. 49).

governadores foram os principais postulantes de ADIN (26%) ao final do período<sup>27</sup>, ainda que esse percentual tenha sofrido alterações em alguns momentos: entre 1988 e 1994, os governadores propuseram 28,4% das ADIN; entre 1995 e 2002, os partidos se destacaram como maiores usuários das ADIN (propuseram 28% delas), seguidos pelos governadores, com 27% do total e, pelas associações, com 26%; e entre 2003 e 2005, os procuradores ocuparam a primeira posição (tendo proposto 35,9% das ADIN), seguidos pelas associações, com 23% do total e, pelos governadores, com 20,7%.

De acordo com Werneck Vianna *et al* (2007, p. 78): “Do total de ADIN com pedido de liminar julgadas contra normas produzidas por esse poder [legislativo estadual], 57,2% foram deferidas ou parcialmente deferidas. De onde se conclui que a produção legislativa estadual está sendo submetida a uma efetiva judicialização”. Diante disso, os autores argumentam que as ADIN têm se tornado um instrumento de racionalização, centralização e homogeneização da produção normativa dos estados, por meio do qual pode atuar como fator interveniente no jogo de poder inerente ao federalismo brasileiro. Nas suas palavras:

“As decisões do STF operam no sentido de garantir a homogeneidade na produção normativa estadual, garantindo-se a prevalência dos princípios e das regras contidos na ampla recepção do direito administrativo operada pela nossa Constituição. Contudo, embora essa intervenção judicial na legislação dos estados se revista, em geral, de um inequívoco caráter racionalizador – já presente no governo FHC e notavelmente ampliada no governo Lula –, nota-se, pela envergadura com que é praticada, que ela pode ser mais um sinal da emergência de uma tendência, que toma fôlego em várias dimensões da vida social recente, no sentido de *‘corrigir’ as relações entre a federação e a União em favor desta última*” (Werneck Vianna *et al*, 2007, p. 44 – grifos nossos).

Além do lugar e do papel do STF, há que se considerar que os conflitos nas relações intergovernamentais podem se dar em espaços formais e informais de negociação e gestão compartilhada.

---

27 Werneck Vianna *et al* (2007, p. 53-54-55) ressaltam que “87,1% das ADIN de governadores se voltam contra normas aprovadas pelas assembleias legislativas”, entre 1988 e 2005, indicando o grau de conflito entre executivo e legislativo nos estados. Acrescentam que: “É importante salientar que 42 ADIN de governadores têm como alvo a produção normativa de outros estados, em geral em matéria tributária. Trata-se, portanto, da chamada guerra fiscal, cuja irrelevância estatística não retira sua importância qualitativa na dinâmica federativa nacional”. Ainda sobre a proposição de ADIN por governadores, os autores ressaltam que há “uma grande disparidade entre os estados, o que somente pode ser compreendido quando se leva em consideração a estrutura política de cada um deles. Assim, estados como Bahia e Maranhão, historicamente dominados por oligarquias estáveis, apresentam um baixíssimo número de ADIN. Inversamente, nos estados que experimentam crises institucionais e grandes clivagens políticas, como Espírito Santo e Rio Grande do Sul, o número de ADIN mostra-se bem acima da média”.

A arena da disputa de poder é marcada por uma tensão entre forças centrífugas e centrípetas no Brasil. Se por um lado estados e municípios conquistaram maior poder e autonomia com a Constituição de 1988, não é verdade que o executivo nacional deixou de ser protagonista das decisões políticas e tributárias no país. A própria Constituição de 1988 reservou a ele o maior número de competências exclusivas e a possibilidade de intervenção nos demais entes (embora tenha reduzido os casos e sujeitado a intervenção à aprovação legislativa) (Souza, 2005). Arretche (2012) afirma que a União restringe a autoridade decisória dos governos subnacionais por meio das obrigações constitucionais e da legislação nacional, de maneira que, em cada política pública, o poder central aumenta à medida que põe em prática mecanismos de indução e regulação, limitando o poder de decisão e formulação dos estados e municípios. Nesse sentido, pondera que: “Efeitos centrífugos não são diretamente derivados da fórmula federativa, mas mediados pelo modo como execução local e instrumentos de regulação federal estão combinados em cada política particular” (Arretche, 2012, p. 171).

Em uma arena marcada pela multipolarização de centros de poder, a capacidade política e fiscal/financeira parece condicionar o exercício da coordenação intergovernamental, dado que a grande maioria dos municípios brasileiros possui pequeno porte populacional e apresentam-se dependentes das transferências realizadas pela União ou estados. Nesse arranjo trino, barganhas são realizadas para favorecer a implementação de reformas ou políticas. O governo central ocupa um papel de destaque nesse processo, pois possui uma capacidade elevada de formulação e indução de políticas por meio de incentivos financeiros e de transferências intergovernamentais.

Destacadas algumas características da federação, bem como da trajetória da descentralização no contexto do Estado brasileiro, a próxima seção traz uma análise desse processo a partir das dimensões política, fiscal e administrativa.

### ***3.2 As dimensões da descentralização no Estado brasileiro***

A análise do processo de descentralização do Estado brasileiro revela um sequenciamento, ainda que não linear, das dimensões política, fiscal e administrativa. A partir das variáveis definidas na seção metodológica, identificou-se o grau de poder das esferas subnacionais em cada uma dessas dimensões, bem como o poder e capacidade de

coordenação do nível central. A seguir, apresentam-se os principais marcos institucionais e características que conformam a trajetória da descentralização.

Quanto à descentralização política, pode-se definir como período-chave aquele compreendido entre os anos 1982 a 1989, marcado institucionalmente pelo retorno dos direitos políticos, bem como pela instituição dos municípios como entes federativos a partir da Constituição de 1988.

A eleição dos governadores por voto direto em 1982 constituiu-se como um marco importante, pois representou a possibilidade de rearticulação do poder descentralizado frente ao controle central. Em 1985, as capitais e municípios considerados estratégicos pelos militares também tiveram suas eleições diretas restabelecidas, em um movimento que colaborou para o fortalecimento do poder descentralizado<sup>28</sup>. Por fim, em 1989, tem-se a volta das eleições diretas no plano nacional. Esse aspecto da descentralização política brasileira é bastante peculiar, já que diferente de outros casos (inclusive do espanhol), as eleições subnacionais se deram antes que um pacto nacional fosse firmado ou ocorressem eleições gerais no percurso da redemocratização.

Segundo Kugelmas e Sola (1999, p. 69), ao longo dos anos 1980 se fortaleceu “a noção de associação ou até simbiose entre descentralização e democratização”. A relação entre essas ideias potencializou o papel dos níveis subnacionais na arena política, que legitimados pela reação ao centralismo característico do regime autoritário, defendiam o aumento do seu poder e autonomia, sobretudo na dimensão fiscal.

Nesse contexto, a Constituição de 1988 foi construída e votada – por um Congresso eleito em 1986, já sob alguma influência dos governadores eleitos em 1982 (Kugelmas; Sola, 1999). O resultado foi a criação de um arcabouço jurídico-institucional do Estado brasileiro que ampliou as atribuições e competências dos entes subnacionais. Tratando da dimensão política, ao instituir o município como ente federativo (art. 18), pode-se afirmar que a Constituição (1988) singularizou e complexificou o modelo da federação brasileira, gerando impulsos descentralizadores do ponto de vista fiscal e administrativo.

Como ente autônomo, nos termos da Carta Constitucional, os municípios assumiram responsabilidades legislativas, tributárias e na prestação de serviços públicos, tais quais saúde e educação (Constituição de 1988, art. 30). Assim, a questão dos municípios constitui uma característica diferencial do federalismo brasileiro, distinguindo-o de outras formas de

---

28 Em 1966, a ditadura militar suspendeu as eleições diretas para governadores e prefeitos das capitais e municípios tidos como áreas de segurança nacional (municípios com grande presença militar, alguns nas fronteiras, com instalações hidroelétricas ou exploração mineral). Em 1985, tais municípios somavam 201. Nos demais municípios, as eleições diretas não foram interrompidas (Falleti, 2006).

organização federativa em relação a sua estrutura e funcionamento (Abrucio, 2005; Lima, 2007), com desdobramentos para a organização do sistema de saúde, sobretudo no que toca à implementação articulada entre as diretrizes de descentralização e regionalização.

A municipalização, impulsionada pelo contexto democrático e ratificada pela Constituição de 1988, propiciou um novo “boom” do número de municípios, muitos deles de pequeno porte. Souza (2002) destaca que, entre 1988 e 1997, um total de 1328 novos municípios foram criados no Brasil. Em 2013, mais de 75% dos municípios brasileiros possuíam menos de 25.000 habitantes, sendo que mais de 50% da população brasileira residia em municípios com mais de 100.000 habitantes (IBGE, 2013b).

O fortalecimento dos atores municipais trouxe novos dilemas e desafios para a construção do pacto federativo no Brasil. Por um lado, colaborou para a consolidação da democracia<sup>29</sup>; por outro, pôs em evidência a necessidade do estabelecimento de relações cooperativas entre as esferas de governo. Isto porque uma grande parcela dos municípios brasileiros depende das transferências fiscais, pois não tem arrecadação própria significativa e possui uma capacidade restrita de aumentar seu grau de independência política e financeira em relação à União e aos governos estaduais. Além dos constrangimentos econômicos, são importantes as dificuldades no tocante à capacidade administrativa, formação e fixação de quadros públicos qualificados.

Cabe destacar que paralela à força histórica do poder local, os estados possuem uma trajetória ainda mais antiga de poder, que, contudo, sofreu importantes variações ao longo do tempo, como visto na seção anterior. Considerados os “barões da federação” na primeira fase da República (Abrucio, 1998), os estados foram favorecidos no início da chamada Era Vargas e ocuparam um lugar de poder político importante nos sucessivos períodos ditatoriais e democráticos que tiveram lugar na federação brasileira, ainda que a relação entre descentralização e democracia fortalecesse o poder local frente ao regional.

---

<sup>29</sup> Nesse sentido, Fleury (2006, p. 85) afirma que o viés democratizador do municipalismo pode ser observado por meio de experiências tais como o orçamento participativo.

Do ponto de vista institucional, a Constituição (1988) estabeleceu a separação entre os poderes executivo, legislativo e judiciário em cada uma das esferas de governo<sup>30</sup>, definindo o Ministério Público como um órgão independente e responsável pela regulação e manutenção da ordem pública e jurídica na sociedade. Os representantes do executivo e legislativo são eleitos por voto direto, nas três esferas de governo, a cada quatro anos. Tal separação de poderes aliada à descentralização política tenderia a favorecer a conquista de poder e autonomia pelos entes subnacionais.

Por meio do poder executivo, estabelecido em cada esfera de governo a partir de uma estrutura institucional e administrativa semelhante, os entes subnacionais possuem atribuições e responsabilidades para atuar regional ou localmente no âmbito da formulação e regulação de políticas públicas. Cabe acrescentar que a Constituição de 1988 definiu um modelo de federação cooperativo, no qual as esferas de governo compartilham atribuições em diversos setores (trata-se das competências comuns<sup>31</sup> dispostas no art. 23 da Constituição de 1988).

A linha que determina essa divisão de responsabilidades é bastante tênue, de modo que para evitar o “jogo de empurra” torna-se necessário o estabelecimento de mecanismos de gestão cooperativa e negociada. O papel do nível central é importante nesse cenário, no sentido de favorecer a construção de estratégias e instrumentos que promovam a governança interfederativa e a discussão acerca da direcionalidade das políticas. No Brasil, a União tem se mostrado fortalecida nesse lugar, sendo a grande formuladora e indutora de políticas públicas, entre outros, em função dos incentivos financeiros que atrela às mesmas. Além disso, existem espaços instituídos para gestão compartilhada em vários setores, como no caso da saúde, as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB).

O poder legislativo na esfera nacional apresenta como característica o bicameralismo (Câmara dos Deputados e Senado Federal, conformando o Congresso Nacional), que não se mantém nos estados e municípios, cujas instituições são unicamente a Assembleia Legislativa

---

30 No âmbito nacional, o poder executivo é exercido pelo presidente da república, seu vice e os ministros de estado; na esfera estadual e distrital, o executivo é exercido pelo governador e vice-governador, junto aos secretários de estado; e no âmbito municipal, pelo prefeito e vice-prefeito, junto aos secretários municipais. Os ministros e secretários são indicados pelo chefe do executivo. O poder legislativo, em âmbito nacional, é composto pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal, que compõem o Congresso Nacional; nos estados, é composto pelas Assembleias Legislativas (deputados estaduais); na esfera municipal, é constituído pelas Câmaras Municipais (vereadores). O poder judiciário é composto por um conjunto de tribunais com jurisdição específica no âmbito federal (Supremo Tribunal Federal, órgão máximo do poder judiciário, cuja maior responsabilidade é guardar a Constituição Federal; Tribunais Regionais Federais; Tribunais Superior e Regionais Eleitorais; Tribunais Superior e Regionais do Trabalho; e Superior Tribunal Militar) e estadual (Tribunais de Justiça).

31 A Constituição estabeleceu que a saúde é uma competência comum, cabendo a todos os entes a responsabilidade pela garantia do acesso universal (art. 23), e concorrente, cabendo à União e ao estado legislar sobre ela (art. 24), lembrando que ao estado está destinada a função legislativa em caráter complementar (Brasil, 1988).

e a Câmara Municipal, respectivamente<sup>32</sup>. A competência legislativa federal é maior em comparação à estadual ou municipal, dado que a Constituição de 1988 lhe reservou temas exclusivos ou de jurisdição nacional. No campo das políticas sociais, cabe aos estados à competência legislativa residual, ou seja, a possibilidade de atuar na ausência de uma legislação federal (trata-se de uma competência concorrente, descrita pelo art. 24 da Constituição de 1988). Respeitado este princípio, as Assembleias Legislativas e Câmaras Municipais possuem competência para formular leis em matérias regionais ou locais.

Ao lado da Constituição, o Supremo Tribunal Federal (STF) é responsável por proteger a divisão de responsabilidades entre os entes governamentais, justificativa para que sua atuação seja nacional. Além disso, o poder judiciário é composto por um conjunto de tribunais que tratam de questões com jurisdição específica no âmbito federal (Tribunais Regionais Federais; Tribunais Superior e Regionais Eleitorais; Tribunais Superior e Regionais do Trabalho; e Superior Tribunal Militar), como também no que tange aos estados (Tribunais de Justiça). Não há órgãos do judiciário vinculados diretamente à esfera municipal.

As características da descentralização política atuaram no sentido de favorecer a descentralização fiscal. Esta dimensão da descentralização abrange um longo período, que se estende de 1983 aos anos 2000. Em 1983, o marco importante foi a aprovação da Emenda Passos Porto; seguido pela alteração nas regras tributárias e de partilha fiscal pela Constituição de 1988; e pela promulgação da Lei de Responsabilidade Fiscal no ano 2000.

A aprovação da Emenda Passos Porto em 1983 foi responsável pela elevação dos percentuais dos Fundos de Participação e pela modificação dos critérios de cálculo dos mesmos, em benefício dos estados e municípios. Segundo Kugelmas e Sola (1999), entre 1983 e 1988, a tendência das décadas de 1960 e 1970 foi revertida, havendo um decréscimo da participação da União no total da receita disponível (de 69,8% para 60,1%).

A Constituição de 1988 promoveu uma reforma tributária, redistribuindo competências e recursos da União para os entes subnacionais. No âmbito dos estados, previu o aumento do poder fiscal por meio de dois mecanismos: 1) aumento da base de abrangência do ICM, com a criação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS); e 2) estabelecimento da composição e definição dos valores das alíquotas do ICMS como atribuição dos estados. O ICMS passou a incluir os antigos impostos únicos federais

---

32 Ressalta-se que uma estrutura como o Senado não caberia aos estados e municípios, já que ela serve, no contexto federativo nacional, para a representação das unidades territoriais. Há várias discussões acerca do papel de instituições dessa natureza, inclusive das consequências de uma possível sobre-representação para o princípio da igualdade entre cidadãos. Este estudo não pretende aprofundar esta discussão, que é realizada de forma detalhada em Almeida (2001).

(combustíveis, energia elétrica, minerais, comunicação e transporte), além disso, o controle central observado sobre o imposto é retirado, e os governos estaduais passam a ter maior responsabilidade pela sua gestão.

Não obstante ao aumento do poder fiscal conferido aos estados pela Constituição de 1988, pode-se afirmar que os municípios foram os maiores beneficiados pela descentralização tributária promovida pela nova Carta Constitucional (Lima *et al*, 2010). Isto porque foram criados mecanismos de compensação para as perdas de receita previstas para os municípios se o ISS (Imposto sobre Serviços) fosse incorporado ao ICMS, o que não ocorreu, mas os mecanismos de compensação foram mantidos na Constituição (Lima, 2007). Atualmente, o estado deve compartilhar 25% da arrecadação do ICMS com as esferas locais, além de compartilhar a arrecadação do antigo imposto sobre a transmissão de bens imóveis (o governo estadual arrecada o imposto de heranças e doações; e os governos municipais, o imposto de transmissão “intervivos” de bens imóveis) (Faveret, 2002). Além disso, a desoneração das exportações promovida pelo Fundo de Compensação pela Exportação de Produtos Industrializados (IPI-Exportação) beneficia os municípios, uma vez que 25% dos recursos devem ser repassados a eles (Rezende, 2003).

Lima (2007, p. 100) afirma que o sistema tributário brasileiro pós-1988 foi considerado “um dos mais descentralizados do mundo, tanto no que se refere ao poder de arrecadação e de gasto auferido às esferas subnacionais, como em relação à autonomia que essas instâncias têm para executar seus orçamentos”. Contudo, a autora destaca os limites do processo de descentralização fiscal e orçamentário no contexto subsequente à promulgação da Constituição.

Pode-se afirmar que a descentralização fiscal prevista pela Constituição de 1988 não era condizente às prioridades do governo federal nos anos 1990, diante da agenda de reforma conservadora (neoliberal) voltada para estabilização econômica. Nesse contexto de ajuste fiscal e financeiro, a União utilizou todas as formas ao seu alcance para frear o poder e a autonomia dos entes subnacionais. Segundo Lima (2007, p. 104), algumas das medidas tomadas foram: “ampliação e contingenciamento das receitas destinadas ao financiamento da Seguridade Social; corte nos investimentos públicos; imposição de restrições sobre a gestão de recursos fiscais nos níveis subnacionais; e implantação de um importante programa de privatização de empresas estatais de âmbito federal e estadual”. Nesse sentido, o governo central buscou ampliar a arrecadação das contribuições sociais, sobre as quais não há definição constitucional de partilha com os entes subnacionais (Lima, 2007); além de promover a desvinculação das suas receitas por meio do Fundo Social de Emergência (de

1994 a 1995), do Fundo de Estabilização Fiscal (de 1996 a 1999) e da Desvinculação de Receitas da União (DRU)<sup>33</sup> (Dain, 2007).

Por essa tendência à recentralização fiscal e pela fragilidade de mecanismos que fortalecessem as relações intergovernamentais cooperativas, a década de 1990 foi caracterizada por um modelo predatório de federação (Abrucio, 1998), onde predominou a competição entre os entes (Souza, 2005). Destaca-se nesse contexto a guerra fiscal protagonizada pelos estados, que fizeram um uso instrumental das alíquotas do ICMS na perspectiva de atrair a atividade industrial para os seus territórios, em detrimento do objetivo arrecadatário. O balanço dessa iniciativa não foi positivo, pois além de ter promovido a redução da arrecadação do principal tributo do país (em termos de volume), aumentou a dependência dos estados ao FPE e não promoveu a fixação de indústrias nesses espaços (Piancastelli; Perobelli, 1996; Piancastelli *et al*, 2004). A Emenda Constitucional 42/2003 limitou a definição das alíquotas do ICMS pelos estados. A legislação federal também limitou a definição das alíquotas do ISS pelos municípios – a Emenda Constitucional 37/2002 fixou a alíquota mínima em 2% (com exceções para alguns serviços) e a Lei Complementar 116/2003 estabeleceu a alíquota máxima em 5%.

É necessário considerar ainda que os estados se encontravam endividados e limitados quanto a sua capacidade de atuação, fato que se tornou mais importante com a ascensão do Programa de Reestruturação Fiscal e Financeira<sup>34</sup>, promovido na segunda metade dos anos 1990 pelo governo Fernando Henrique Cardoso. Segundo Lopreato (2000), tal Programa

---

33 Sobre a DRU, Dain (2007, p. 1853) afirma que “como os dispositivos anteriores, captura 20% da arrecadação de impostos e contribuições da União (com exceção dos Fundos de Participação e da contribuição sobre a folha de salários)”.

34 Sobre o Programa de Reestruturação Fiscal e Financeira, Lopreato (2000, p. 131) afirma: “O programa, ao determinar o monitoramento da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), lembrou as Cartas de Intenções assinadas com o FMI e ficou conhecido entre os governadores como o ‘FMI do Malan’. Na área fiscal, estabeleceu a obrigatoriedade de controle e redução das despesas com o funcionalismo público e, para tanto, seria necessário: implementar limites de remuneração e proventos; não conceder ao funcionalismo estadual reajuste de salários e remunerações com periodicidade inferior ou percentual superior aos concedidos pelo Poder Executivo da União aos seus servidores; reduzir o quadro atual de funcionários, inclusive através de programas de desligamento voluntário. Além disso, caberia ainda: ajustar as Constituições Estaduais às alterações que vierem a ser aprovadas no âmbito das Reformas Administrativas e Previdenciária e criar programas de privatização, concessão de serviços públicos à iniciativa privada, reformas e desmobilização patrimonial. Encaminhar mensalmente à STN o fluxo de caixa do estado; dados de sua execução orçamentária, financeira e patrimonial e um relatório sobre o cumprimento das metas estabelecidas no programa de saneamento, permitindo a realização de auditoria pela STN. Em relação aos aspectos financeiros, os estados comprometeram-se a manter a adimplência de todos os seus órgãos para com a União e usar os recursos de privatização de suas empresas para reduzir os débitos em atraso; não estar em atraso com o INSS e FGTS; não contratar novas operações de antecipação de receita (ARO) e ter a aprovação da Assembleia Legislativa para contratar os empréstimos e assumir os compromissos referidos no programa e do Senado Federal. Os estados teriam também de assumir o compromisso de: a) alcançar resultado primário trimestral mínimo requerido para atingir a meta de equilíbrio operacional, tendo em vista o quadro de usos e fontes do estado e a relação dívida/receita líquida real; b) dotar o orçamento do estado de recursos necessários ao cumprimento dos compromissos decorrentes do programa de saneamento financeiro e de ajuste fiscal acordado”.

visava ir mais além do saneamento fiscal e financeiro, no sentido de alterar, de fato, o poder dos estados na federação. A partir da segunda metade dos anos 2000, é possível identificar uma certa recuperação da capacidade financeira dos estados, que favorece o aumento do seu poder político e administrativo. Num cenário de maior disponibilidade de recursos, foi possível perceber o protagonismo de alguns estados na indução de determinadas políticas públicas, como no caso da saúde (Viana; Lima, 2011).

Assim como acontece com os estados, a capacidade de arrecadação e de gasto dos municípios varia muito, com repercussões sobre a implementação de políticas públicas. Visando à garantia da execução das mesmas, foram criadas transferências condicionadas e regras federais que determinam a destinação de uma parcela da arrecadação de recursos próprios dos entes subnacionais aos setores de saúde e educação, por exemplo. Se por um lado tal medida favorece a responsabilização e o cumprimento de atribuições importantes para o bem-estar da coletividade, por outro reduz a autonomia na gestão orçamentária e financeira. A Emenda Constitucional 29/2000 definiu a vinculação de 12% da arrecadação própria dos estados e 15% no caso dos municípios para a saúde (Brasil, 2000a).

A Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar 101), promulgada em 2000, estabeleceu normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, a partir de uma prerrogativa constitucional (regulamentar o Título VI “Da tributação e do orçamento”, em seu Capítulo II, que estabelece as normas gerais de finanças públicas a serem observadas pelos três níveis de governo) (Brasil, 2000b). Tal lei não substituiu nem revoga a Lei 4320/1964, que trata das finanças públicas, sobretudo na esfera orçamentária. Segundo Nascimento (2006), embora exista a previsão dessa substituição no texto da Constituição, tal questão segue em aberto no Congresso Nacional. Para o autor, a Lei de Responsabilidade Fiscal atende diretamente ao art. 163 da Constituição, quando diz:

“Lei Complementar disporá sobre:

I – finanças públicas;

II – dívida pública externa e interna, incluída a das autarquias, fundações e demais entidades controladas pelo poder público;

III – concessão de garantias pelas entidades públicas;

IV – emissão e resgate de títulos da dívida pública;

V – fiscalização das instituições financeiras;

VI – operações de câmbio realizadas por órgãos e entidades da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;

VII – compatibilização das funções das instituições oficiais de crédito da União, resguardadas as características e condições operacionais plenas das voltadas ao desenvolvimento regional” (Brasil, 1988, art. 163).

Também atende aos artigos 165 e 169 da Constituição que, respectivamente, trata das normas de gestão financeira e patrimonial da administração direta e indireta; e determina o estabelecimento de limites para as despesas com pessoal ativo e inativo da União em lei complementar. No que diz respeito ao art. 169, a Lei de Responsabilidade Fiscal revoga a Lei Complementar 96/1999, chamada Lei Camata II.

Diante do objetivo de promover a responsabilidade na gestão fiscal, a Lei de Responsabilidade Fiscal a define por meio de alguns postulados, tais quais: a ação planejada e transparente; a prevenção de riscos e correção de desvios que afetem o equilíbrio das contas públicas; e o equilíbrio nas contas por meio do cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas, com limites e condições para a renúncia de receita e geração de despesas com pessoal, seguridade, dívida, operações de crédito, concessão de garantia e inscrição de restos a pagar (Nascimento, 2006).

Tendo em vista essas questões, cabe considerar que a Lei de Responsabilidade Fiscal marcou a descentralização fiscal no contexto do Estado brasileiro, uma vez que incidiu diretamente sobre o poder fiscal e financeiro dos governos subnacionais, impondo-lhes limitações. Para Faveret (2002), a Lei de Responsabilidade Fiscal trouxe mecanismos capazes de disciplinar os gastos das três esferas de governo, impondo restrições ao endividamento e introduzindo os conceitos de transparência e responsabilidade fiscal.

A descentralização política e fiscal criou condições para uma descentralização administrativa efetiva no âmbito dos estados, e sobretudo, dos municípios. O período mais intenso de consolidação dessas transferências foram os anos 1990, período imediato à Constituição de 1988 e à promulgação das leis específicas que regulam os diferentes setores da política social.

Cabe destacar que ao instituir os municípios como entes federativos, a Constituição de 1988 vinculou a descentralização para os mesmos ao processo federalista. Nesse contexto, os municípios assumiram a responsabilidade pela provisão de serviços sociais, como no caso da saúde e educação fundamental, a partir de regras e recursos federais definidos constitucionalmente (Souza, 2005). Tal contexto conferiu aos governos municipais amplo poder para a gestão dos equipamentos e serviços no âmbito das políticas sociais, pois tais estruturas lhes foram transferidas pela União e estados. Além disso, os municípios possuem ampla competência para realizar a gestão de recursos humanos, já que são os responsáveis pela contratação (direta ou indiretamente) dos trabalhadores que prestam tais serviços, ainda que exista um papel importante das esferas federal e estadual na regulação do trabalho.

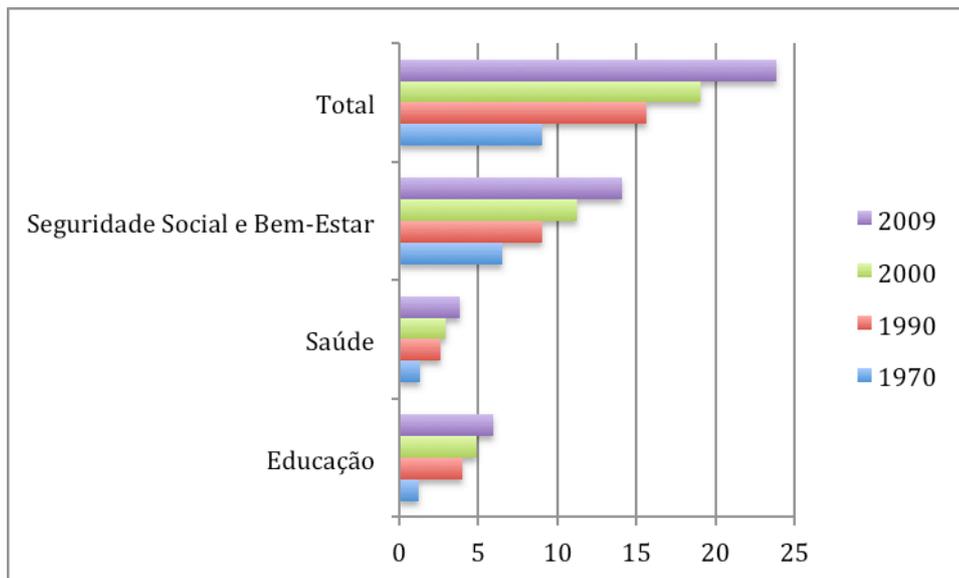
A esfera estadual possui amplas responsabilidades administrativas no plano formal, no entanto, dada as desigualdades regionais presentes na federação brasileira, a capacidade decisória, financeira e administrativa varia consideravelmente entre os estados. No âmbito das políticas sociais, os estados possuem competências administrativas complementares àquelas realizadas pelos municípios, seja em razão de serviços de maior complexidade ou de dificuldades da esfera local em desempenhar tal atribuição. De maneira geral, o marco legal definiu que cabe aos estados apoiar tecnicamente os municípios e coordenar as ações que justifiquem sua participação.

É inegável que a descentralização administrativa promoveu aumento do gasto social público no Brasil. O gráfico 3.1 apresenta o gasto social do governo (como percentual do PIB) com educação, saúde e seguridade e bem-estar em 1970, 1990, 2000 e 2009. Enquanto em 1970, o gasto social total não chegava a 10% do PIB, em 2009, alcançou cerca de 24% dele. A redemocratização estava associada à ideia de expansão dos direitos sociais, que, apesar das restrições políticas e econômicas impostas pelos anos 1990, conseguiram alcançar resultados ao menos em termos quantitativos – já que ainda há muito que se avançar do ponto de vista da qualidade dos serviços ofertados à população. Comparativamente, os gastos com educação foram os mais ampliados. Ainda que os gastos públicos com saúde também tenham se elevado na relação entre 1970 e 2009, mantiveram-se inferiores aos patamares (de gasto público em saúde como percentual do PIB) praticado pela maior parte dos países com sistemas universais. Cabe destacar o aumento do gasto social público total na última década, que passou de 19% do PIB em 2000, para 23,8% dele em 2009<sup>35</sup>; enquanto entre 1990 e 2000, ele cresceu de 15,6% para 19% do PIB, respectivamente. Os governos subnacionais são responsáveis por 70% da despesa com pessoal e por 80% da formação bruta de capital fixo (Souza, 2005).

---

35 Ressalta-se que o ano de 2009 foi marcado pela queda do PIB nacional, em decorrência da crise econômica internacional, podendo ser esse um fator de interferência no resultado apresentado.

**Gráfico 3.1: Gasto social público por setor (% do PIB) entre 1970 e 2009 no Brasil.**



Fonte: Elaboração própria a partir de:  
Sobre os anos 1970 e 2000: Huber e Stephens (2012).  
Sobre os anos 1990 e 2009: CEPAL (2014).  
Dados sobre saúde (nos anos 2000 e 2009): WHO (2014).

O quadro 3.1 e a figura 3.2 representam as dimensões da descentralização no Estado brasileiro. O quadro 3.1 caracteriza cada uma dessas dimensões, valorando as variáveis que as compõem no que tange ao grau de poder dos governos subnacionais – a escala de valoração vai de (0) a (2), sendo (0) para ausência de poder e (2) para amplo poder, tendo como resultado a média simples dos escores das variáveis. A análise desse quadro sugere diferenças entre as dimensões, evidenciando um maior poder dos governos subnacionais na dimensão administrativa, seguida pela política e, por último, a fiscal. O menor poder relativo das esferas subnacionais nas dimensões política e fiscal guarda relação com a forte presença do governo central no que diz respeito a tais competências e responsabilidades.

**Quadro 3.1: Descentralização política, administrativa e fiscal no contexto geral do Estado brasileiro.**

| <b>Dimensões da descentralização</b> | <b>Grau de poder dos governos subnacionais</b>  | <b>Score</b> | <b>Fontes</b>  |
|--------------------------------------|---|--------------|--|
| <b>Dimensão política</b>             | - Poder parcial para tomar decisões (competência na formulação e regulação de políticas regionais variada entre os estados/municípios devido a fatores institucionais, políticos e econômicos; competência compartilhada entre as esferas de governo)   | 1            | Constituição, Documentos oficiais emitidos por órgãos de cada poder, Literatura secundária |
|                                      | - Parcial poder para formular leis em matérias regionais  | 1            |  |
|                                      | - Poder amplo para eleger seus governantes (eleição por voto direto)  | 2            |  |
|                                      | - Parcial poder do judiciário para tratar dos temas de compartilhamento de atribuições (competência centralizada, contudo, há representação regional dos órgãos do judiciário com competência para atuar regionalmente em outras matérias)  | 1            |  |
|                                      | <b>Score final</b>  | <b>1,25</b>  |  |
| <b>Dimensão administrativa</b>       | - Amplo poder para realizar a gestão de recursos humanos no âmbito das políticas públicas (competência compartilhada entre as esferas de governo, descentralizada em maior grau para os municípios)   | 2            | Constituição, Leis Orgânicas, Literatura secundária  |
|                                      | - Amplo poder para realizar a gestão de equipamentos/serviços no âmbito das políticas públicas (grande parte da estrutura e equipamentos está descentralizada para os municípios, cabendo aos estados um papel na coordenação ou gestão compartilhada; competência para gerir unidades sob gestão estadual) | 2            |  |
|                                      | <b>Score final</b>  | <b>2</b>     |  |
| <b>Dimensão fiscal</b>               | - Poder parcial para instituir e arrecadar tributos da sua competência (competência compartilhada, regulada pelo governo central)   | 1            | Constituição, Literatura secundária  |
|                                      | - Poder parcial para manejar seu orçamento próprio (presença de transferências condicionadas e vinculações)   | 1            |  |
|                                      | <b>Score final</b>  | <b>1</b>     |  |

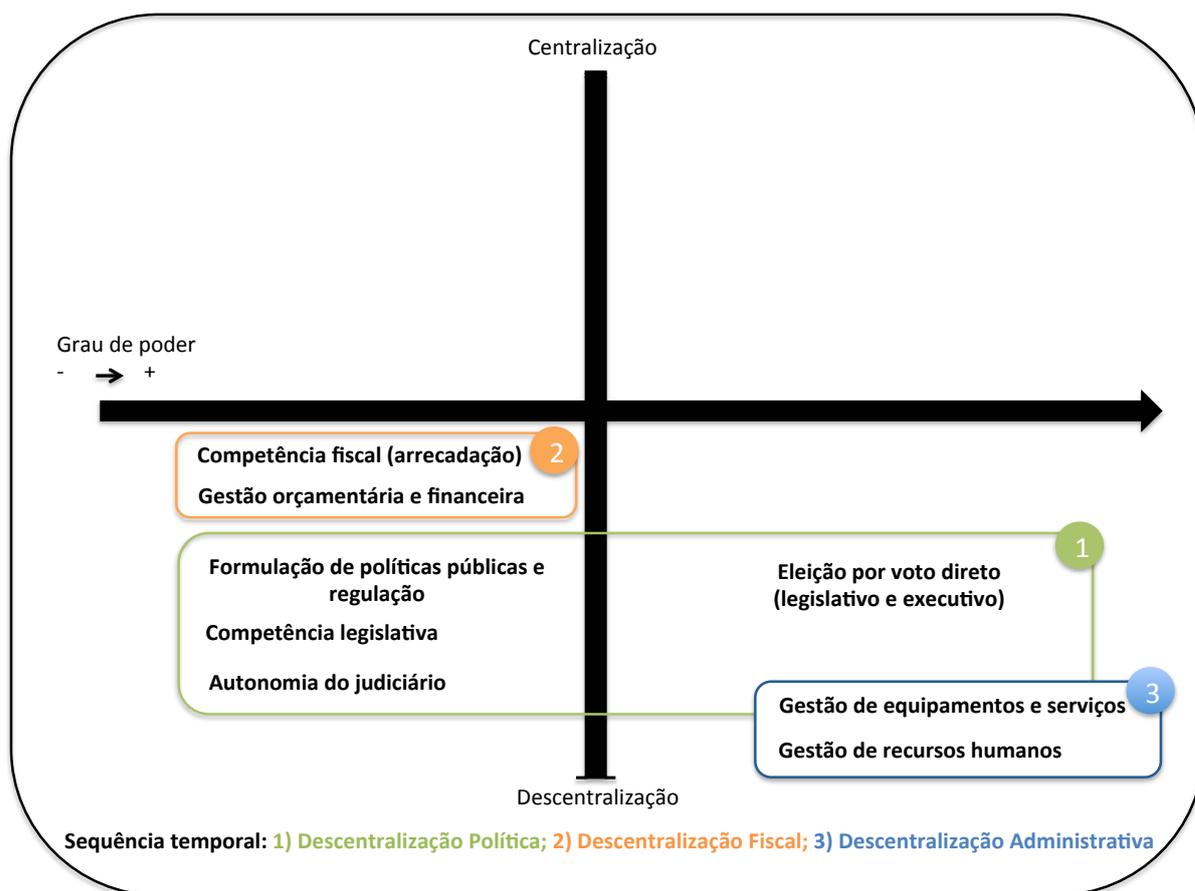
Fonte: Elaboração própria.

Nota: Valoração das variáveis: 0 – sem poder; 1 – poder parcial (sujeito ao veto do governo central); 2 – poder amplo. O escore final em cada dimensão é o resultado da soma dos escores de cada variável dividido pelo número de variáveis. O escore máximo em cada dimensão é 2.

A figura 3.2 sintetiza as principais características da descentralização e mostra a sequência temporal na qual se desenvolveram suas dimensões: primeiro, a política; depois, a fiscal; e, por último, a administrativa. A análise da figura sugere que, apesar da descentralização de competências e responsabilidades nas dimensões política e fiscal, o balanço de poder entre as esferas de governo em tais dimensões indica menos poder dos governos subnacionais nesses âmbitos. Diferentemente do que ocorre na dimensão administrativa, na qual os governos subnacionais conquistaram maior poder, em comparação ao peso do governo central. Ressalta-se que tal distribuição de poder é fruto dos acordos e

arranjos estabelecidos na federação brasileira, que possui singularidades importantes em termos de estrutura do poder político-territorial e heterogeneidades regionais (como discutido anteriormente), tendo como princípios a autonomia e a interdependência governamental.

**Figura 3.2: Dimensões da descentralização no Estado brasileiro: características e sequência temporal.**



Fonte: Elaboração própria.

A vinculação do processo de descentralização aos municípios, associada à indefinição do papel da esfera estadual ao longo dos anos 1990, é um fator que parece ter condicionado a trajetória das diretrizes de descentralização e regionalização na implementação da política de saúde (Pereira, 2009; Lima *et al*, 2010). A seção seguinte trará uma análise desses processos a partir da trajetória dos mesmos (incluindo a sequência das dimensões política, fiscal e administrativa no caso da descentralização), das suas características formais e condicionantes.

### ***3.3 Descentralização e regionalização da saúde no Brasil: análise histórica, institucional e política***

#### ***3.3.1 Antecedentes***

A trajetória dual entre a saúde pública e a medicina previdenciária ao longo do século passado marcou a história do setor saúde no Brasil. Longe do objetivo de reconstruí-la, esta seção apenas trará alguns marcos institucionais importantes para a compreensão do objeto deste estudo<sup>36</sup>.

Ao refletirem sobre a história das políticas de saúde em sua relação com o processo de construção do Estado brasileiro, Lima *et al* (2005) apontam algumas características que se tornaram um legado dos primeiros anos da República (1889 a 1930) e do primeiro governo de Vargas (1930 a 1945). Tais características seriam: “ações verticalizadas, centralização no governo federal, importância do setor privado na área de assistência médico-hospitalar e a setorialização, referindo-se este último termo à separação histórica entre saúde pública e assistência médico-previdenciária” (Lima *et al*, 2005, p. 27).

Hochman (1998) aborda com profundidade as bases da política de saúde pública no Brasil nas décadas de 1910 a 1930, chamadas por ele de “Era do Saneamento”. Segundo o autor, tal período foi profícuo para uma reforma sanitária pois houve o encontro da consciência das elites com seus interesses, favorecendo a transformação da saúde em bem coletivo mediante a negociação entre estados e poder central. Um ator importante foi o movimento sanitarista, que de acordo com o autor “buscou redefinir, entre 1910 e 1920, as fronteiras entre o sertão e o litoral, entre o interior e as cidades, entre o Brasil rural e o urbano em função do que consideravam o principal problema nacional: a saúde pública” (Hochman, 1998, p. 16). Para Lima *et al* (2005, p. 35), “o movimento sanitarista da Primeira República transformou a saúde em questão social e política – o grande obstáculo à civilização”.

As questões da integração nacional e da interdependência postas em evidência pelas doenças transmissíveis colaboraram para a expansão da autoridade estatal e o fortalecimento do papel do governo federal. A Política de Saneamento e Profilaxia Rural estava sob a coordenação do então recém-criado Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e sua

---

36 A partir da literatura utilizada, foi definida a seguinte periodização: 1910 a 1930; 1930 a 1945; 1946 a 1964; 1964 a 1974; 1974 a 1985; e 1985 a 1988.

implementação estava condicionada à assinatura de acordos<sup>37</sup> entre a União e os estados, uma vez que a Constituição de 1891 reservava a eles a responsabilidade pelas ações de saúde e saneamento. Sobre a dilatação do poder público e a implementação dessa política, Hochman (1998, p. 188) afirma que:

“Já em 1922, estavam em funcionamento 88 postos sanitários rurais, em 15 estados e no DF, sendo alguns itinerantes no Amazonas e no Pará, visando atender populações ribeirinhas. Havia mais 16 postos-sede dos serviços nas capitais e 33 sub-postos. Ainda que todos os estados contratassem no mínimo dois postos (como o MT), o número variava de três a quatro para a maioria (AM, PA, MA, CE, RN, PB, PE, AL, BA, ES, RJ, SC), concentrando-se quase a metade do número total em Minas Gerais (18), Paraná (8) e Distrito Federal (17), números que excluem os postos-sede. Uma possível explicação para isso é que as áreas suburbanas do DF foram pioneiras nessa política, sob a inequívoca responsabilidade federal, sem a necessidade de negociações e acordos, e Minas Gerais e Paraná foram os primeiros a firmar convênios para a profilaxia rural, previamente, até mesmo, à criação do DNSP. [...] Já haviam sido criados sete hospitais regionais, vinculados aos serviços federais (PA, MA, PB e quatro em MG) e 27 dispensários para o tratamento da sífilis e doenças venéreas, pelo menos um em cada uma das capitais de 14 estados (AM, PA, MA, CE, RN, PB, PE, AL, BA, MT, RJ, MG, PR, SC), que tinham estabelecido acordos para a profilaxia da lepra e doenças venéreas, fora os do DF”.

Hochman (1998) destaca que dois estados (Rio Grande do Sul e São Paulo) que não celebraram acordos com o DNSP, fizeram-no com a Fundação Rockefeller. Além disso, o autor relata que tal Fundação mantinha acordos de cooperação com 56 municípios de 11 estados para o funcionamento de 58 postos de profilaxia da ancilostomíase e verminoses<sup>38</sup>. Sobre o estado de São Paulo, o autor destaca que foi o único que se manteve autônomo em relação aos serviços federais, investindo na construção de sua própria política sanitária, beneficiada, indiretamente, pela atuação do governo federal nos demais estados.

---

37 Os acordos entre a União e os estados envolviam a negociação acerca de recursos financeiros e autoridade federal no território estadual, de tal modo que a adesão dependia de uma avaliação sobre os custos e benefícios da implementação da política por parte da esfera estadual. Segundo Hochman (1998, p. 192), havia duas fórmulas de custeio dos acordos, segundo o Decreto 3987/1920: “Pela primeira, o estado depositava metade dos recursos acordados, com igual contrapartida da União, para o período de tempo estabelecido para realização dos serviços. Na segunda, caso o estado não dispusesse desses recursos, poderia contratar os serviços federais, pagando em prestações anuais por um período a ser estipulado, tornando-se devedor do governo federal, com a condição de estabelecer uma taxa de valorização sobre os terrenos saneados ou um adicional sobre o imposto territorial”. Ainda conforme o autor, um terço dos estados optou pela primeira fórmula (MA, MG, PE, RJ, RN) e os demais (AM, PA, CE, PB, AL, BA, ES, PR, SC, MT) pela segunda, de maneira que a maior parte dos acordos exigia a totalidade de recursos federais.

38 Hochman (1998) pondera que tais postos não representavam uma alternativa aos serviços federais, estaduais ou municipais, já que não dispunham de autoridade sanitária e tinham funções restritas, de tal modo que constituíam recursos adicionais disponíveis para combater as verminoses e orientar a população quanto às práticas de higiene. Contudo, não deixa de ressaltar que a Fundação Rockefeller expandiu suas atividades (para regiões do país onde ainda não atuava, como o norte e nordeste; para a profilaxia da malária e febre amarela; e para as áreas de ensino e pesquisa), de maneira que acompanhou e influenciou “a interiorização e a diversificação do próprio Estado brasileiro no campo da saúde pública” (Hochman, 1998, p. 189).

A expansão da autoridade pública e da infraestrutura sanitária correspondente foi o resultado de um amplo processo de negociação entre os entes federativos (Hochman, 1998; Lima *et al.*, 2005; Escorel; Teixeira, 2008). Hochman (1998, p. 195) analisa a constituição de autoridade e a distribuição de responsabilidade, destacando os dilemas que envolviam a constituição de serviços sanitários “nos estados ou dos estados”. Segundo o autor, havia duas perspectivas presentes, por um lado a da atuação federal transitória – vocalizada pelo executivo federal – e, por outro, a da total responsabilidade federal na saúde pública – defendida por alguns médicos-sanitaristas que ocupavam importantes posições no DNSP.

De acordo com Hochman (1998), os presidentes Epitácio Pessoa e Artur Bernardes afirmaram ao Congresso (entre 1920 e 1926) que a opção pela centralização era uma resposta emergencial diante do caráter das endemias e das dificuldades técnicas e financeiras de alguns estados, de modo que os serviços “nos estados” deveriam transformam-se em “dos estados”, reduzindo a pressão sobre o orçamento federal (bem como seu desgaste político, resultado das ações coercitivas e nomeações que desagradavam os chefes locais) e passando à administração estadual e municipal<sup>39</sup>. Defendendo outra posição, estavam sanitaristas como Barros Barreto e Belisário Penna, que em publicações oficiais registraram que os serviços estavam “nos estados e nos municípios”, mas não pertenciam a eles. Conforme o autor, tal posicionamento derivava da opinião de que o saneamento rural era um problema nacional a ser assumido pela União sem a exigência de contrapartida alguma das demais esferas de governo.

Na presença desses dilemas, o governo federal manteve um importante papel e a responsabilidade por diversas ações nos estados, ao passo que os governos estaduais expandiram suas responsabilidades, ainda que com ritmos diferenciados, organizando serviços próprios e legislação pertinente, ampliando seu orçamento e substituindo a União em algumas atividades. Nas palavras de Hochman (1998, p. 206-207):

“Nessa dinâmica, espaços vazios e novos espaços foram sendo preenchidos pelo Poder Público, avalizado pela consciência e pelos interesses das elites estaduais. O sucesso na constituição da autoridade sanitária fez com que, ao longo do tempo, muitas atividades pudessem ser executadas por outras esferas de governo. Sob o impacto da reforma da saúde pública, os anos 1920 presenciaram a formação de

---

39 O seguinte trecho, proferido pelo presidente Artur Bernardes ao Congresso em 1924, deixa clara essa posição: “A modalidade administrativa atual desses serviços [...] constitui regime transitório, que deverá ser oportunamente substituído por outro definitivo, quando os resultados dos próprios serviços e a consciência de sua rara utilidade levarem os municípios a realizá-los, com orientação acertada as suas próprias expensas. Deve ser o objetivo a atingir pelas administrações estaduais, pois só da organização regular e efetiva da higiene municipal resultará o saneamento geral e permanente de nosso vasto interior” (Brasil, Presidente 1923-1926 [A. Bernardes], 1978, p. 212 apud Hochman, 1998, p. 196).

uma rede nacional de instituições, regulamentos, leis, burocratas e serviços públicos que, se não realizaram as propostas centralizadoras mais radicais do movimento sanitário, por outro lado, inviabilizaram qualquer tentativa de regresso ao mundo pré-reforma. [...] A era do saneamento assistiu ao crescimento do Estado, ao aumento do seu poder infraestrutural, desigualmente distribuído entre governo central e governos estaduais e municipais”.

Paralelo a esse processo, mas contemporâneo a ele, foi promulgada em 1923 a Lei Eloy Chaves (Decreto 4.682)<sup>40</sup>, que representou o reconhecimento legal das medidas de proteção social e, particularmente, da assistência médica (Oliveira; Teixeira, 1986; Lima *et al*, 2005). Oliveira e Teixeira (1986), em importante estudo que aborda a história da Previdência Social no Brasil, afirmam que embora o Estado não participasse diretamente na administração e no custeio (a que os autores denominam “caráter civil ou neoliberal da Previdência nos anos 1920”), há que se considerar o primeiro momento em que sua atuação determinou a criação de instituições previdenciárias (Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs) em algum setor da economia (a princípio, dos ferroviários). Em 1926, o Decreto 5.109 estendeu o regime para outras categorias profissionais (portuários e marítimos), havendo a previsão de ingresso dos comerciários (por meio de um decreto cuja votação não ocorreu quando do golpe de 1930). Segundo os autores, a Previdência brasileira chegou aos anos 1930 com uma certa estrutura em funcionamento, da qual faziam parte mais de 40 instituições e 140.000 trabalhadores (uma parcela ainda restrita das classes trabalhadoras urbanas).

Para Oliveira e Teixeira (1986, p. 23), as principais características da Previdência entre 1920 e 1930 foram “uma relativa amplitude no plano de atribuições das instituições previdenciárias; uma prodigalidade nas despesas; e a natureza basicamente civil privada daquelas instituições”. Destacam que o Decreto de 1923 aliava a garantia de serviços (socorros médicos e medicamentos a preços especiais aos segurados e seus dependentes) aos benefícios pecuniários (aposentadorias e pensões); e que o Decreto de 1926 ampliava a assistência médica, incluindo a internação hospitalar em casos de intervenção cirúrgica e a manutenção dos serviços aos herdeiros de segurados falecidos. Além disso, permitia a constituição de serviços médicos próprios da CAP – em geral, elas arrendavam períodos de trabalho de médicos liberais que atendiam aos segurados em seus consultórios.

---

40 Segundo Oliveira e Teixeira (1986), apesar de não haver consenso sobre o início da Previdência Social no Brasil, a historiografia oficial aponta a Lei Eloy Chaves como um marco desse processo. Ela determinou a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) no âmbito das empresas de estrada de ferro. Os autores apresentam dados do primeiro ano da sua vigência: “24 Caixas, que abrangiam 22.991 segurados [...] e dispenderam 1700 contos, dos quais 800 com assistência médica e 400 com aposentadorias” (Oliveira; Teixeira, 1986, p. 21).

Em um balanço da Primeira República, Lima *et al* (2005, p. 37) afirmam que nesses anos “foram estabelecidas as bases para a criação de um sistema nacional de saúde, caracterizado pela concentração e verticalização das ações no governo central”. Para os autores, o período que se inicia a partir de 1930, reconhecido por eles como um marco na configuração de políticas sociais no Brasil, recebeu um legado desse processo anterior e produziu mudanças significativas. Destacam o quadro de instabilidade e disputa política<sup>41</sup> que caracterizou os anos 1930, em cujo cenário permaneceu o debate federativo sobre o papel do governo central e dos estados, pautado na discussão entre centralização e descentralização, inserindo-se o tema do caráter liberal *versus* intervencionista de atuação da União (em sua relação com os interesses das elites).

Entre as mudanças institucionais promovidas entre 1930 e 1945 estão o desenvolvimento de um arcabouço jurídico e material para a assistência médica individual previdenciária no âmbito do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) em 1930, substituído pelo Ministério da Educação e Saúde (MES) em 1937<sup>42</sup> (Lima *et al*, 2005; Escorel; Teixeira, 2008). Lima *et al* (2005, p. 41-42) definem as diferenças entre tais iniciativas:

De um lado, a medicina previdenciária “era destinada aos inseridos no mercado formal de trabalho e amparada por princípios corporativos que definiam aqueles reconhecidos como cidadãos, caracterizando o que foi definido por Wanderley Guilherme dos Santos como ‘cidadania regulada’. Do outro lado, no MESP, atrelada à educação, ficou a saúde pública. Ou melhor, tudo o que dissesse respeito à saúde da população e que não se encontrava na área de abrangência da medicina previdenciária. Ao MESP cabia a prestação de serviços para aqueles identificados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais, ou seja, todos aqueles que não se encontravam habilitados a usufruir os serviços oferecidos pelas caixas e pelos institutos. [...] Iniciou-se, portanto durante o primeiro governo de Getúlio Vargas, a distinção institucional entre duas áreas de gestão em políticas públicas de saúde, que marcaria definitivamente as ações de saúde no Brasil”.

---

41 Segundo Lima *et al* (2005), os diferentes interesses dos tenentes e oligarquias dissidentes que se uniram em torno da Aliança Liberal em 1930 tornaram-se evidentes ao longo da década. Nas suas palavras: “Os tenentes, apoiados em uma crítica acentuada ao liberalismo, o qual associavam à prática política vigente na Primeira República, defendiam um modelo de Estado nitidamente centralizador e intervencionista. Já os setores oligárquicos dissidentes lutavam pelo federalismo como modelo de Estado ideal, interessados em manter a autonomia estadual e restringir a interferência da União” (Lima *et al*, 2005, p. 39). Para os autores, a diversificação da economia (com o crescimento da atividade industrial) também pressionou o governo, havendo medidas econômicas favoráveis à industrialização e outras que atendiam aos interesses agrários (sobretudo dos cafeicultores).

42 A criação de um Ministério da Saúde era uma reivindicação dos sanitaristas dos anos 1910/1920, não logrado pela oposição dos estados, que afirmavam que essa instituição feriria sua autonomia, conforme Lima *et al* (2005).

Tal dicotomia no reconhecimento de direitos sociais permitiu a associação entre trabalhadores urbanos e a medicina previdenciária, bem como entre trabalhadores rurais e as ações de saúde pública (Lima *et al*, 2005; Escorel; Teixeira, 2008). Cabe lembrar que os direitos sociais para os trabalhadores rurais só se estabeleceram em 1963 com o Estatuto do Trabalhador Rural (Lei 4.214), que criou o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural)<sup>43</sup>.

O governo getulista promoveu mudanças na organização da Previdência, determinadas pela criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pela atuação do Conselho Nacional do Trabalho (vinculado ao recém-criado MTIC) e pela participação do Estado no financiamento e gestão do setor<sup>44</sup>. As CAPs sofreram modificações em suas regras de funcionamento, até serem extintas na década de 1950. Houve uma importante transformação na natureza jurídico-formal das instituições previdenciárias, que passaram de órgãos civis/privados (que segundo os Decretos de 1923 e 1926 deveriam ser criadas por cada empresa) a instituições subordinadas ao MTIC (casos dos IAPs dos marítimos, bancários e industriários) ou paraestatais (IAP dos comerciários e Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado – IPASE) (Oliveira; Teixeira, 1986).

Sobre as características da Previdência Social entre 1930 e 1945, Oliveira e Teixeira (1986) destacam a orientação contencionista e o apogeu do regime de capitalização. Após

---

43 Oliveira e Teixeira (1986) ponderam que o Funrural só se implementou efetivamente na década de 1970.

44 Sobre a participação do Estado no financiamento e gestão das instituições previdenciárias, cabe guardar a ressalva de Oliveira e Teixeira (1986, p. 129): “Assim, na verdade ocorreu com a gestão da Previdência algo semelhante ao que se passou no mesmo período com as ‘contribuições [financeiras]’. Como estas, a gestão tornou-se (também apenas formalmente) ‘tripartite’. Só que, no caso das contribuições, o meramente formal era a participação do Estado; e, no caso da gestão, a participação de empregados e empregadores”. Escorel e Teixeira (2008, p. 359) também afirmam: “O Estado, através do MTIC, passou a funcionar como intermediário entre consumidores que pagavam cotas e taxas e a previdência. Essa mudança, que supostamente introduziria o financiamento tripartite, na prática não ocorreu, acumulando a União uma dívida com as instituições previdenciárias. Além disso, ao longo do período, verificaram-se participação e controle estatais crescentes, fato importante para viabilizar o projeto contencionista”.

análise da legislação pertinente<sup>45</sup>, apontam que, ao contrário do período anterior, houve uma preocupação em demarcar a diferença entre benefícios pecuniários e serviços, definindo de maneira geral que o custeio de serviços médicos não deveria exceder o total de 8% a 12% da receita anual do instituto no ano de exercício anterior, após aprovação do Conselho Nacional do Trabalho, e eliminando o subsídio para os medicamentos. Os autores mostram que em 1945 o número de segurados em atividade atingiu cerca de 2.800.000 (quase 20 vezes mais que em 1930), crescimento que não foi proporcionalmente acompanhado pelos gastos com assistência médica oferecida aos mesmos contribuintes.

Quanto à forma de prestação da assistência médica previdenciária, a legislação de 1930 a 1945 enfatizou a compra de serviços (sobretudo no que tange à assistência hospitalar) em detrimento da criação de serviços próprios, pautada na orientação de restrição de gastos e na compreensão de que essa seria uma atribuição secundária da Previdência, como afirmam Oliveira e Teixeira (1986). Os autores não deixam de ponderar que a Previdência era nesse momento a grande compradora e dispunha de grande poder de negociação em sua relação com os prestadores privados – situação que começa a mudar a partir dos anos 1960.

No âmbito da saúde pública, Lima *et al* (2005) destacam que até a promulgação da nova Constituição, em 1934, o recém criado MESP refletiu as disputas políticas presentes no plano nacional, permanecendo sem um projeto definido e tendo sido conduzido por três diferentes ministros. Em 1934, Gustavo Capanema assumiu a pasta, na qual se manteve até o final do governo Vargas, contando com a colaboração direta de João de Barros Barreto, médico sanitaria que esteve à frente do Departamento Nacional de Saúde (DNS). Segundo os autores, a direção dada pelo MESP/MES se pautava na centralização normativa e

---

45 Segundo Oliveira e Teixeira (1986), uma série de decretos foram publicados entre 1930 e 1945, alterando as regras de funcionamento das CAPs e definindo a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) de diversas categorias, entre eles: Decreto 20.465, de 1931, que reformou a legislação das CAPs; Decretos 21.081 e 22.016, de 1932, que trataram do regulamento para a execução de socorros médicos e hospitalares das CAPs; Decreto 22.872, de 1933, que criou o IAP dos marítimos (IAPM); Decreto 24.615, de 1934, que criou o IAP dos bancários (IAPB); Lei 367, de 1936, que criou o IAP dos industriários (IAPI), o mais restritivo em termos da assistência médica; Decreto-lei 288, de 1938, que criou o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE), que incluía os funcionários públicos de alto escalão e trazia uma perspectiva menos restritiva sobre a prestação de serviços; Decreto-lei 651, de 1938, que criou o IAP dos empregados em transportes e cargas (IAPTC) a partir da CAP dos trabalhadores em trapiches e armazéns; Decreto-lei 2.122, de 1940, que reorganizou o IAP dos comerciários (IAPC), já criado em 1934; Decreto-lei 9.939, de 1941, que estabeleceu mudanças na forma de administração das CAPs; Decreto-lei 5.772, de 1943, que autorizou o IAPB a custear, até o prazo máximo de um ano, a internação em estabelecimentos especializados dos seus segurados portadores de tuberculose pulmonar. De acordo com Escorel e Teixeira (2008), em 1938 também foi criado o IAP dos estivadores (IAPE), que em 1948 se fundiu ao IAPTC dando origem ao IAPTEC. Já nos anos 1950, foi criado o IAP dos ferroviários (IAPFESP), que reuniu as CAPs remanescentes (Vianna, 1998).

descentralização executiva para a esfera estadual – que passou a gerenciar os serviços públicos de saúde sob coordenação do governo central<sup>46</sup>.

Nesse sentido, João de Barros Barreto foi o responsável pela elaboração de um código de normas para a organização estadual da saúde pública em todo o país, que de acordo com Lima *et al* (2005, p. 44), previa “a implementação de um sistema distrital de centros de saúde, a realização de cursos de especialização para técnicos do setor juntamente com a criação das respectivas carreiras profissionais e a reformulação do modelo de financiamento às atividades de saúde pública”<sup>47</sup>. Os autores afirmam que diversos distritos sanitários foram constituídos, variando em extensão e número de municípios, contando com postos de saúde fixos ou itinerantes a fim de atingir o interior dos estados. Destacam ainda que o foco na esfera estadual era tão evidente que o governo federal apontou a possibilidade de que não houvessem serviços mantidos pelos municípios. Sobre as vantagens do sistema distrital, Barros Barreto (1937, p. 302 apud Lima *et al*, 2005, p. 45) afirmou:

“Permite um trabalho mais uniforme, mais econômico e mais eficiente, possibilitando com o comando único do Estado, um melhor recrutamento e preparo de pessoal, o estabelecimento de carreiras para os diversos agrupamentos de funcionários, a mais fácil mobilização de forças para os pontos de maior perigo e, o que muito importa, uma preservação maior, para os serviços, da influência política, sempre mais (...) ativa nos municípios”.

Lima *et al* (2005) afirma que a construção e consolidação burocrática e institucional no âmbito da saúde pública a partir de 1930, e sobretudo a partir de 1937, caracterizaram-se por um novo desenho das relações de poder entre o governo federal e os governos locais. Para os autores, o modelo pautado na centralização, com fortalecimento do papel da União, está relacionado aos interesses políticos do executivo federal e aos parâmetros ideológicos presentes na condução do MESP/MES entre 1930 e 1945.

A queda de Vargas em 1945, a eleição de Eurico Gaspar Dutra para presidente e a promulgação de uma nova Constituição em 1946 marcaram o início de um período democrático que se estendeu por 19 anos. Entre 1946 e 1964, ainda que com limites, os rumos da saúde pública e da assistência médica previdenciária foram discutidos em um ambiente

---

46 Cabe lembrar que em 1937 teve início o Estado Novo, momento de maior centralização do período getulista. Nesse cenário, há que se considerar os limites dessa descentralização sanitária no que tange à autonomia dos estados, já que os governadores haviam sido substituídos por interventores federais.

47 Segundo Lima *et al* (2005), Barros Barreto se orientou por uma vasta literatura internacional, em grande parte, norte-americana. Sua estratégia era coerente às propostas debatidas em fóruns internacionais nessa época. Entre 1930 e 1945, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) promoveu diversos congressos e conferências visando se consolidar como fórum de interação entre os países da América Latina (Lima, 2002).

caracterizado por disputas político-partidárias, eleições livres em todas as esferas de governo, funcionamento regular dos poderes republicanos e liberdade de imprensa (Lima *et al*, 2005).

O debate sobre subdesenvolvimento e pobreza<sup>48</sup> esteve atrelado à saúde ao longo desse período de diversas maneiras. Havia aqueles que defendiam que a doença era um obstáculo ao desenvolvimento e que a saúde constituía um pré-requisito para os avanços sociais e econômicos nos países subdesenvolvidos; ao passo que os desenvolvimentistas<sup>49</sup> acreditavam não ser suficiente o combate às doenças para superação da pobreza, como bem afirmam Lima *et al* (2005). Para os autores, a tensão que envolvia cada uma das perspectivas era complexa e multifacetada, de maneira que, dependendo da dimensão do conflito, grupos diferentes se articulariam em torno de agendas institucionais e políticas diferenciadas<sup>50</sup>.

Os principais marcos desse período no âmbito da saúde pública foram a criação do Ministério da Saúde em 1953, a reorganização dos serviços nacionais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) em 1956, campanhas nacionais (contra a lepra e a malária, por exemplo) de 1958 a 1964 e, por fim, a 3ª Conferência Nacional de Saúde em 1963 (Lima *et al*, 2005; Escorel; Teixeira, 2008). Entre as características destacadas estão a permanência da separação entre saúde pública e assistência médica, com ênfase da primeira para as populações rurais; a continuidade das ações sobre doenças específicas; e a ampliação

---

48 Em um contexto marcado pelo pós-segunda guerra mundial, guerra fria e influência norte-americana sobre a América Latina (como exemplos, o programa do Presidente Truman de 1949 e a Aliança para o Progresso de 1960), o Brasil viveu entre 1946 e 1964 o aprofundamento do debate sobre os significados do subdesenvolvimento, a necessidade ou não de se avançar na industrialização e a utilização de técnicas de planejamento e intervenção do Estado na economia. Segundo Lima *et al* (2005, p. 48): “O conflito estruturante foi entre ‘liberais’, que criticavam o planejamento econômico e vislumbravam o desenvolvimento baseado em maior incentivo às atividades agrícolas, e ‘desenvolvimentistas’, que propugnavam ações para o aumento da produção de bens de consumo, o alargamento do mercado interno e o aumento da renda nacional com a defesa de uma maior intervenção e planificação estatal”.

49 O sanitarismo desenvolvimentista é analisado por Braga e Paula (1981) e Escorel (2000). Destacam-se sanitaristas como Samuel Pessoa, Mário Magalhães e Gentile de Melo. De maneira geral, criticavam o modelo de organização da saúde pública anterior, sobretudo as características de centralização, campanhismo, fragilidade dos governos municipais e falta de dados e informações sobre a situação sanitária do país. Para Escorel e Teixeira (2008, p. 370), “a ideia-força do pensamento sanitarista desenvolvimentista era a de que o nível de saúde de uma população depende, em primeiro lugar, do grau de desenvolvimento econômico de um país ou de uma região e que, portanto, as medidas de assistência médico-sanitária são, em boa parte, inúteis quando não acompanham ou não integram esse processo”. Afirmam que tais ideias ganharam força institucional a partir do governo de Juscelino Kubitschek (em 1955) até 1964.

50 Duas agendas em disputa nesse período, na percepção de Escorel e Teixeira (2008), eram a sespiana e a desenvolvimentista. O Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), criado em 1942 a partir de um acordo entre os governos brasileiro e norte-americano, iria atuar inicialmente no combate à malária e à febre amarela em regiões específicas de interesse econômico para os Estados Unidos, porém, em pouco tempo, ampliou suas atividades para vários estados, em ações que conjugavam medicina preventiva e curativa. Estava diretamente subordinado ao Ministério da Educação e Saúde (MES), atuando em conformidade com a agenda do Departamento Nacional de Saúde (DNS): promoveu a interiorização da política sanitária, construiu e administrou escolas de enfermagem, hospitais, centros e postos de saúde, além de atuar na área de saneamento (Escorel; Teixeira, 2008). Por sua vez, na visão dos autores, os desenvolvimentistas eram críticos ao modelo adotado pelo Sesp, associando-o à centralização e propondo uma agenda pautada na horizontalidade das ações e na municipalização dos serviços de saúde.

do processo de discussão e decisão para os congressos de higiene e conferências de saúde, arenas fora da burocracia pública.

Como o Brasil mantinha-se predominantemente rural, o combate às endemias e doenças transmissíveis seguiam como a preocupação central dos órgãos de saúde pública, ainda que a questão da assistência médica começasse a ser incorporada nas agendas de médicos e sanitaristas do setor<sup>51</sup> (Lima *et al*, 2005). Na análise de Noronha e Levcovitz (1994, 75), o período de 1946 a 1964 “se, por um lado, permitiu uma das poucas experiências significativas de exercício da democracia e de um federalismo efetivo, [...] por outro não veio trazer alterações profundas na natureza do sistema de saúde”, mas permitiu o crescimento das redes públicas estaduais e municipais (voltadas predominantemente para a atenção de pronto-socorro e da população que se encontrava à margem da Previdência). A 3ª Conferência Nacional de Saúde foi emblemática para a disputa entre projetos político-sanitários diversos<sup>52</sup>, propondo um novo debate sobre a distribuição das responsabilidades entre as esferas de governo e a municipalização dos serviços de saúde. Escorel e Teixeira (2008, p. 378) se referem a esse momento como a “origem da municipalização”, já que a Conferência de 1963 propunha a criação de serviços a partir da promulgação de leis municipais, destacando que, em 1963, dos 3.677 municípios existentes, 2.100 não possuíam nenhuma estrutura de saúde.

No âmbito da Previdência, o pós-1945 foi marcado pelo abandono progressivo das medidas contencionistas do período anterior (1930-1945)<sup>53</sup>, feito mediante alterações específicas na legislação de cada instituto, até a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) em 1960 – que já estava em tramitação no Congresso desde 1947 (Oliveira; Teixeira, 1986). A promulgação da nova Constituição Federal em 1946 abriu caminho para que a assistência médico-hospitalar fosse incorporada à legislação do trabalho e da previdência, afastando o argumento de que essa não seria uma atribuição previdenciária (Oliveira; Teixeira, 1986; Escorel; Teixeira, 2008). Por meio da Constituição, as condições a serem cobertas pelos benefícios da Previdência foram ampliadas para a maternidade e a

---

51 Na opinião de Lima *et al* (2005), o trabalho de Candau e Braga apresentado no VII Congresso Brasileiro de Higiene em 1948 trazia a posição sespiana de não se estabelecer diferenças entre ações preventivas e curativas nos programas de saúde, sobretudo nas áreas rurais, onde por falta de alternativa assistencial, os postos e centros de saúde precisavam prestar assistência médica à população.

52 Tal conferência foi pautada pelo XV Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em 1962, momento em que os sanitaristas desenvolvimentistas assumiram a condução da Sociedade Brasileira de Higiene, na pessoa de Mário Magalhães (Lima *et al*, 2005; Escorel; Teixeira, 2008).

53 Segundo Oliveira e Teixeira (1986), as primeiras alterações na legislação dos institutos se deram ainda antes da queda de Vargas em 1945, como a incorporação dos aposentados e pensionistas à clientela da assistência médico-previdenciária. Para os autores, esta foi uma estratégia getulista em busca do apoio das minorias, trabalhadores e da esquerda, já ciente da crise em que se encontrava.

doença, além da velhice, invalidez e morte, contudo, tais benefícios foram incorporados gradativamente às atribuições dos institutos.

A partir dos dados apresentados por Oliveira e Teixeira (1986), é possível perceber que entre 1946 e 1964 os gastos com pensões e aposentadorias<sup>54</sup> foram ampliados (respectivamente, de 5,4% e 13,3% da receita da Previdência, em 1945; para 8% e 23,1% em 1954; mantendo patamares semelhantes até 1964), bem como com serviços médico-hospitalares (de 2,3% dos recursos arrecadados em 1945 para cerca de 10% em 1952, e 12% em 1964). Também houve um crescimento dos serviços médicos próprios da Previdência, pois até 1948 existiam apenas cinco hospitais próprios dos IAPs; em 1950, eram nove; e em 1964, 22 hospitais em atividade (e cinco em construção) – diferente do que se deu no período posterior, já que entre 1964 e 1978 o número de hospitais aumentou em apenas cinco (Oliveira; Teixeira, 1986; Escorel; Teixeira, 2008).

A LOPS buscou uniformizar “por cima” os direitos dos segurados de todos os IAPs, estabelecendo como padrão os benefícios e serviços mais amplos já definidos<sup>55</sup>. Definiu a contribuição dos segurados de todos os institutos em 8% do salário, equiparou a ela a contribuição das empresas e estabeleceu que a União participaria custeando os gastos de administração e pessoal (rompendo com o financiamento tripartite, ainda que na prática ele não se desse). Oliveira e Teixeira (1986) apontam que não raro os empregadores sonegavam suas contribuições, e que a dívida dos mesmos e da União com a Previdência mostrou-se crescente ao longo dos anos, motivo pelo qual afirmam que o sistema era efetivamente financiado pelos trabalhadores. Associam a persistência desses problemas crônicos ao que mais tarde se chamou “crise da Previdência”.

---

54 Conforme Oliveira e Teixeira (1986, p. 153): “Enquanto o modelo dos anos 1920, ao seu final, concedia um número de aposentadorias correspondente a cerca de 20% do número de segurados cinco anos antes, o modelo em vigor no período 30-45 faz cair esta proporção para algo em torno de 5 ou 6% apenas. E o pós-45 fará retornar estes valores ao patamar anterior, de cerca de 20%”.

55 De acordo com Oliveira e Teixeira (1986, p. 166), a LOPS assegurou os seguintes benefícios e serviços: “Quanto aos segurados: auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, por velhice, especial e por tempo de serviço, auxílio-natalidade, pecúlio e assistência financeira; quanto aos dependentes: pensão, auxílio-reclusão, auxílio-funeral e pecúlio; e quanto aos beneficiários em geral: assistência médica, alimentar, habitacional, complementar e assistência reeducativa e de readaptação profissional”.

Com o golpe militar em 1964, o autoritarismo e a repressão à participação dos trabalhadores se fizeram sentir<sup>56</sup>. No âmbito da Previdência, o principal marco institucional da primeira década da ditadura (1964-1974) foi a fusão dos IAPs (excluindo-se o IPASE) por meio do Decreto 72 de 1966, que criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Tal decreto, além de unificar os institutos (e não apenas uniformizar os benefícios e serviços como pretendeu a LOPS), alterou o sistema de representação dos trabalhadores (que passou a ser minoritária em todos os órgãos colegiados), até afastá-los de fato em 1970 (Oliveira; Teixeira, 1986). Nesse sentido, Vianna (1998, p. 145) pondera que a criação do INPS “expandiu a população contribuinte (e beneficiária) mas desintegrou os esquemas associativos que lhe asseveravam voz; e, impondo à política social ao mesmo tempo uma racionalidade privatizante – tecnicamente justificada – e um papel de moeda de troca no mercado político, desencadeou a sua (perversa) americanização”.

Oliveira e Teixeira (1986) põem em relevo quatro características desse período. A primeira se refere à expansão da cobertura previdenciária, que incorporou a maioria da população urbana e parte da rural, por meio de quatro medidas: a integração ao INPS dos seguros relativos a acidentes de trabalho em 1967; a criação do Prorural em 1971, a partir do qual foram destinados recursos específicos para a manutenção do Funrural, estendendo de fato a Previdência Social aos trabalhadores rurais; a extensão dos benefícios previdenciários às empregadas domésticas em 1972 (Lei 5.859); e aos trabalhadores autônomos em 1973 (Lei 5.850). Além disso, os autores ressaltam que a prestação de assistência médica foi assumida como um “direito consensual”, havendo aumento do gasto e da cobertura.

A segunda característica destacada foi o “privilegiamento da prática médica-curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo” (Oliveira; Teixeira, 1986, 208). Essa característica está intimamente relacionada à terceira, que diz respeito ao desenvolvimento de um complexo médico-industrial direcionado pelo capital privado internacional (sobretudo na produção de medicamentos e equipamentos médicos); e à quarta, que se refere à participação do Estado como regulador do mercado de produção e consumo dos serviços de saúde, cuja atuação

---

56 Na análise de Oliveira e Teixeira (1986, p. 196): “O golpe militar de 1964, apoiado pelas classes médias urbanas, representou uma rearticulação da burguesia em torno do restabelecimento de padrão de dominação burguesa, incluindo, sem exceção, todas as classes proprietárias – da indústria, comércio e finanças, progressistas e reacionárias, da pequena e média empresa ao monopólio, do capital nacional às multinacionais. É da natureza desta coalizão que decorrem as características do regime instalado, que são o autoritarismo, com o fechamento de todos os canais de participação dos trabalhadores, e a suposta depuração nas instituições existentes do seu caráter político, em nome de uma racionalidade técnica e administrativa. Assim é que entre 1964 e 1970 foram feitas 483 intervenções do Ministério do Trabalho em sindicatos, 49 intervenções em federações e 4 em Confederações”.

favoreceu o setor lucrativo, por meio do financiamento a hospitais privados<sup>57</sup>, ao credenciamento para compra de serviços<sup>58</sup> e ao convênio com empresas<sup>59</sup>.

Para Oliveira e Teixeira (1986), o Estado fez uso de estratégias que privilegiaram o setor privado, justificando-se pelos argumentos da racionalidade do gasto e da viabilização da expansão da cobertura. Cordeiro (1984) mostra que, em 1964, 16% dos hospitais eram públicos (federais, estaduais ou municipais), 33,2% privados lucrativos e 50,8% privados não lucrativos; situação que se alterou cerca de dez anos depois, já que, em 1973, 16,4% dos hospitais eram públicos, 44,5% privados lucrativos e 39,1% privados não lucrativos. Vianna (1998, p. 146) compartilha dessa análise e afirma que:

“Comprar serviços privados, mediante formas de pagamento que se alteraram ao longo do tempo, tornou-se um dispositivo crucial para a modernização autoritária da medicina previdenciária. Contratação de hospitais e credenciamento de prestadores passaram a ser as práticas dominantes do INPS, substitutivas do investimento nas unidades próprias. Do que decorreu em grande parte a transformação do setor privado existente, que deixou de ser predominantemente composto por instituições beneficentes (em 1945, cerca de 85% da rede particular de hospitais) e ingressou com ímpeto na economia capitalista. Verifica-se o declínio do percentual de estabelecimentos não lucrativos (as chamadas misericórdias e os estabelecimentos filantrópicos em geral), paralelo ao incremento dos lucrativos”.

No âmbito da saúde pública, os primeiros dez anos da ditadura militar (1964-1974) representaram perda de poder do Ministério da Saúde em termos de orçamento e capacidade de propor uma política sanitária alternativa ao modelo vigente. Segundo Oliveira e Teixeira (1986), tal situação pode ser relacionada à derrocada do projeto nacional-desenvolvimentista quando da ascensão do regime autoritário, cujo *locus* privilegiado de implementação era o Ministério da Saúde. Escorel *et al* (2005, p. 61) destacam que nesse período os recursos disponíveis não chegavam a 2% do PIB, o que colaborou para que a saúde pública se tornasse uma “máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia”. Além disso, aponta-se que o Ministério da Saúde foi colocado em segundo plano

---

57 A partir de 1974, tais financiamentos se dão por meio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), como será discutido em breve. Para mais informações, ver nota de rodapé 51.

58 Em decorrência dessa estratégia, Oliveira e Teixeira (1986, p. 219) afirmam que: “Os serviços hospitalares comprados de terceiros vão representando a quase totalidade dos gastos com a assistência médica previdenciária. De 1969 a 1975 a porcentagem de serviços comprados a terceiros representou cerca de 90%, em média, da despesa geral do INPS”. Acrescentam que tal estratégia contribuiu para a quase paralisação do crescimento dos serviços próprios da Previdência Social.

59 Sobre essa estratégia, Oliveira e Teixeira (1986, p. 222-223) afirmam que: “Trata-se de convênio estabelecido entre o INPS e a empresa contratante pelo qual esta última passa a arcar com a responsabilidade da atenção médica a seus empregados, desobrigando o INPS da prestação direta de tais serviços. A empresa contratante recebe um subsídio do INPS e compra os serviços médicos a uma outra empresa especializada, chamada normalmente ‘Medicina de Grupo’, ‘Grupo Médico’ ou ‘Empresa Médica’”.

por não responder aos interesses políticos e econômicos do momento, já que a assistência médica curativa e individual estava sob a gestão da Previdência (Oliveira; Teixeira, 1986; Escorel; Teixeira, 2008)<sup>60</sup>.

Escorel e Teixeira (2008) situam, nessa época, as origens do movimento de Reforma Sanitária no Brasil, referindo-se ao desenvolvimento das suas bases universitárias por meio dos Departamentos de Medicina Preventiva (criados por lei em todas as faculdades de medicina a partir da Reforma Universitária de 1968) e pela construção da abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde. De acordo com os autores, algumas experiências alternativas de organização dos serviços de saúde foram colocadas em marcha – inicialmente vinculadas à formação dos profissionais da saúde, ultrapassaram tais limites consolidando-se como propostas de novos modelos de organização – abordando questões como a regionalização, hierarquização, a ênfase nas necessidades de saúde da população como critério para a estruturação dos serviços e a democratização via participação popular.

Entre 1964 e 1974, a centralização foi aprofundada e a autonomia de estados e municípios foi reduzida, como afirmam Noronha e Levcovitz (1994, p. 77): “A lógica do regime impõe a quase completa destruição da autonomia dos governos subnacionais, induzindo o fenômeno da desmunicipalização dos serviços públicos, tanto na área de saúde quanto nos demais setores como habitação, transporte, saneamento básico, etc. Também os estados passam a funcionar como agentes meramente complementares do poder central, sem nenhuma capacidade de iniciativa”.

A segunda metade do governo ditatorial (1974 a 1985) não rompeu com o modelo já apresentado, mas possui características que se formaram num contexto no qual a crise institucional e econômica já se anunciava (Gremaud *et al*, 2007). Os governos Geisel (1974-1979) e Figueiredo (1979-1985) são conhecidos por algumas medidas de abertura e distensão política, que, na perspectiva de Escorel *et al* (2005), tinham o objetivo de ampliar sua base de legitimação social e fazer frente ao avanço da oposição (que havia obtido bons resultados nas eleições de 1974 para o Congresso Nacional).

---

60 Cabe ressaltar que o Decreto-lei 200 (1967) atribuiu ao Ministério da Saúde a competência para formular a política nacional de saúde, submetendo a ela a assistência médica previdenciária – dispositivo revogado em 1974, segundo Oliveira e Teixeira (1986). Contudo, os autores ponderam que o orçamento do Ministério não era compatível com as suas atribuições. Ainda afirmam que, nesse contexto, o Ministério editou o Plano Nacional de Saúde (PNS), em 1968, propondo que todos os hospitais governamentais fossem vendidos para a iniciativa privada, restando ao Estado o papel de financiar os serviços, que também seriam co-financiados pelos usuários. Para eles, “menos por ser privatizante que por ser liberalizante, e ademais, exigir maior participação do Estado no equilíbrio dos recursos financeiros a serem manipulados, o certo é que o PNS fracassa depois de ter sido implantado experimentalmente em algumas localidades” (Oliveira; Teixeira, 1986, p. 214).

Alguns marcos institucionais podem ser identificados nos anos Geisel: a edição do II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) e o destaque conferido ao setor social; a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), pela Lei 6.025 de junho de 1974; a criação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) pela Lei 6.118 de outubro de 1974; o Plano de Pronta Ação (PPA), expedido em setembro de 1974 e regulamentado em 1975; a criação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DataPrev); e a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) pela Lei 6.439 de 1977, subordinado ao MPAS (Oliveira; Teixeira, 1986; Noronha; Levcovitz, 1994; Vianna, 1998; Escorel *et al*, 2005; Escorel, 2008).

Tratando-se de um plano de governo orientado para o crescimento econômico, o II PND destacou-se pela ênfase à questão das políticas sociais, estabelecendo prioridades nas áreas de educação, saúde e infraestrutura de serviços urbanos (Vianna, 1998). Apresentou, como diagnóstico para a saúde pública e assistência médica previdenciária, a carência na capacidade gerencial e estrutura técnica, à qual relacionava a reduzida eficácia dos recursos públicos aplicados (Escorel *et al*, 2005). Escorel (2008, p. 401) avalia que o II PND possibilitou a abertura de “espaços institucionais para o desenvolvimento de projetos que terminaram por absorver intelectuais e técnicos de oposição ao governo militar”<sup>61</sup>.

Com base no II PND, a Lei 6.118/1974 criou o CDS, destinado a assessorar a presidência na formulação da política social e na coordenação dos ministérios envolvidos na sua implementação. Segundo Vianna (1998, p. 169), no CDS, “várias iniciativas reformistas na área de atenção à saúde tiveram origem”. Por solicitação desse conselho, foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), pela Lei 6.168 de dezembro de 1974, para ser um instrumento de ação estratégica do Estado na área social e viabilizar a política gerida pelo CDS (Braga; Paula, 1981). A destinação dos recursos do FAS foi analisada por diversos autores<sup>62</sup>, para Marques (1999, p. 14), o FAS “foi responsável no Brasil pelo

---

61 Segundo Escorel (2008, p. 401-402), tais espaços institucionais constituíram-se “estímulos oficiais à estruturação/articulação do movimento sanitário: o setor saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (CNRH/IPEA), a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da OPAS (PPREPS/OPAS)”.

62 A administração e gerência do FAS ficaram a cargo da Caixa Econômica Federal (CEF) por meio de duas contas distintas: uma de Aplicações a Fundo Perdido, por meio da qual eram realizadas transferências e repasses diretos aos ministérios mediante a apresentação de projetos nas áreas definidas pelo CDS; e outra de Operações Financeiras a juros subsidiados, destinadas a financiar projetos públicos ou privados relativos às áreas desses mesmos ministérios (Braga; Paula, 1981). Conforme Oliveira e Teixeira (1986), cerca de 23% dos recursos do FAS operados pela Conta de Operações Financeiras até junho de 1977 foram direcionados para a saúde e previdência, sendo 20,5% para o setor público e 79,5% para o privado. Concluem que “empréstimos a juros bastante baixos têm beneficiado primordialmente o setor privado, proporcionando grande impulso à remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada e possibilitando também a realização das mercadorias produzidas na indústria de equipamentos hospitalares” (Oliveira; Teixeira, 1986, p. 216).

financiamento de boa parte da expansão da rede privada”. Sobre o acesso a esses créditos, Salm (2005, p. 14) pontua que “não era irrelevante o clientelismo político”.

A separação entre assistência médica individual, sob a responsabilidade do MPAS, e as ações de saúde pública e autoridade sanitária, atribuição do Ministério da Saúde, foi mantida ao longo desse período e inscrita no II PND, na Lei 6.118/1974 e na Lei 6.229/1975 (Escorel, 2008). De acordo com Oliveira e Teixeira (1986), a Lei 6.118/1974 reafirmou o papel do Ministério da Saúde na definição da política nacional, ao mesmo tempo em que autonomizou a política de assistência médica previdenciária em relação a ela, revogando o parágrafo 3º do artigo 156 do Decreto-lei 200/1967 que estabelecia tal subordinação.

Caminho semelhante seguiu a Lei 6.229/1975, que propôs a criação do Sistema Nacional de Saúde, mantendo a separação de funções (que se expressava na proposta de conformação de duas redes, a de assistência médico-sanitária, sob coordenação do Ministério da Saúde; e a de assistência médico-hospitalar, gerida pelo MPAS), ao mesmo tempo em que propunha a elaboração de programas regionais que integrassem as atividades preventivas, curativas e de reabilitação, como argumentam Braga e Paula (1981). Para os autores, embora o Sistema Nacional de Saúde, formalmente, visasse responder à “integração das práticas de saúde pública com as de medicina previdenciária; rearticulação das unidades do setor público, e destas com as do setor privado; e regionalização da assistência médico-sanitária considerando os perfis epidemiológicos de cada área do país” (Braga; Paula, 1981, p. 198), na realidade, a articulação necessária entre os Ministérios da Saúde e da Previdência, bem como destes com as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais e, ainda, de todas as esferas de governo com as empresas privadas de serviços, não se concretizou.

A partir da sua criação, em junho de 1974, o MPAS passou a representar o segundo maior orçamento federal, superado apenas pelo da própria União, conforme Escorel (2008). Para a autora, tal domínio financeiro estava pautado em uma aliança entre os interesses privados e a burocracia estatal, responsável pela manutenção do ritmo privatizador dos serviços médicos prestados. Uma importante medida institucional foi o PPA, que, segundo Braga e Paula (1981, p. 196), seguiu a “orientação da capitalização e privatização da assistência médica e que, sem dúvida alguma, promoveu uma elevação significativa da oferta de serviços”. Para Oliveira e Teixeira (1986), o PPA não se constituiu como um verdadeiro plano para a assistência médica previdenciária, mas um conjunto de normativas que visavam

estabelecer regras para tal prestação mediante a definição das atribuições de cada segmento<sup>63</sup>, contudo, destacam como principal resolução do PPA a desburocratização do atendimento nos casos de emergência (que ampliava a cobertura para além do quadro de segurados e seus beneficiários). Escorel (2008) salienta que o PPA “possibilitou tanto o crescimento do setor ambulatorial, deslocando os interesses hospitalares, quanto à ênfase no setor conveniado integrado por empresas, sindicatos, universidades, prefeituras e governos estaduais”. Sobre o PPA, Vianna (1998, p. 149) pondera que ele expressou uma dupla direcionalidade na atuação do Estado: “a universalização do sistema público e a transferência de funções para a iniciativa privada”.

O quadro a seguir apresenta os recursos disponíveis para assistência médica sob gestão do INPS em 1976. Evidencia-se o predomínio dos prestadores privados em relação aos públicos, em consonância à política de privilegiamento do setor privado empreendida pelo governo ditatorial. Oliveira e Teixeira (1986) afirmam que, como consequência desse modelo, em 1976, os gastos com assistência médica chegaram a 31,3% das despesas do INPS.

**Quadro 3.2: Recursos de assistência médica disponíveis ao INPS em 1976.**

| Serviços                                   | Recursos disponíveis    | Quantidade |
|--|-------------------------|------------|
| <i>Serviços ambulatoriais próprios</i>     | Postos                  | 540        |
|  | Consultórios            | 5.872      |
|  | Médicos                 | 21.261     |
|  | Dentistas               | 1.676      |
|  | Unidades                | 200        |
| <i>Serviços ambulatoriais credenciados</i> | Médicos                 | 15.261     |
|  | Dentistas               | 3.879      |
|  | Laboratórios            | 2.210      |
|  | Clínicas radiográficas  | 995        |
|  | Farmácias               | 12         |
| <i>Hospitais próprios</i>                  | Hospitais               | 34         |
|  | Capacidade de leitos    | 8.317      |
|  | Leitos em funcionamento | 5.628      |
| <i>Hospitais contratados</i>               | Hospitais               | 2.808      |
|  | Capacidade de leitos    | 242.730    |
|  | Leitos sob contrato     | 165.077    |
| <i>Convênios</i>                           | Empresas                | 3.191      |
|  | Sindicatos              | 390        |
|  | Universidades           | 17         |
|  | Prefeituras             | 24         |
|  | Governos estaduais      | 30         |
|  | Outras entidades        | 33         |

Fonte: Oliveira e Teixeira (1986, p. 243).

63 Segundo Oliveira e Teixeira (1986), o PPA estabeleceu, como atribuição dos hospitais próprios da Previdência, o atendimento altamente especializado, a pesquisa e o aperfeiçoamento; definiu que a assistência médica em geral deveria ser ampliada por meio de convênios com empresas, com outras instâncias da União ou com governos estaduais e municipais, bem como pelo credenciamento de médicos particulares ou de contratos com cooperativas médicas.

Duas outras medidas institucionais merecem destaque: o DataPrev e o Sinpas. O DataPrev buscou responder à necessidade de modernização da administração previdenciária, mantendo-se à frente dos serviços de tratamento das informações e do processamento de dados do sistema (Vianna, 1998). Escorel (2008, p. 404) salienta que “logo após sua criação, grande parte das contas hospitalares foi recusada, evidenciando claramente os mecanismos de fraudes utilizados até então”. O Sinpas, criado em setembro de 1977, também atendeu aos preceitos de racionalização e eficiência, embora as características em evidência fossem a centralização e a exclusão dos segurados, como bem pontua Escorel (2008). Para Vianna (1998, p. 169), o Sinpas impôs um “modelo de especialização funcional ao aparelho previdenciário”.

Assim, o Sinpas foi composto por três institutos: o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas), criado para responsabilizar-se pela arrecadação e fiscalização das contribuições, bem como pela gerência do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS); o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), no qual foi mantida a área de seguro social (concessão de benefícios e programas assistenciais, incluindo os encargos do Ipase e Funrural); e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), criado para responder pela prestação de assistência médica individual para os trabalhadores urbanos, servidores do Estado e trabalhadores rurais, bem como pelos serviços mantidos até então pela Legião Brasileira de Assistência (LBA), dedicados à população carente (Braga; Paula, 1981; Oliveira; Teixeira, 1986). Também compuseram o Sinpas duas fundações (LBA e Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor), uma empresa (a DataPrev) e uma autarquia (a Central de Medicamentos – CEME) (Braga; Paula, 1981; Oliveira; Teixeira, 1986).

O Sinpas não alterou a correlação de forças presente na organização da assistência médica previdenciária, que apenas se transferiu do INPS para o Inamps, quando da sua criação, como pondera Escorel (2008). A autora argumenta ainda que ele também não modificou as bases de financiamento da Previdência, colaborando para a manutenção da ordem (aparentemente) contraditória estabelecida pela tendência à “universalização, sem ter estrutura financeira para tanto, seja por estar baseado na folha salarial, seja por comprar serviços do setor privado” (Escorel, 2008, p. 404). Vianna (1998, p. 170) identificou que tal universalização pode ter atuado no sentido de influenciar a “adesão dos menos pobres aos planos de saúde”. Além disso, Noronha e Levcovitz (1994) destacam que, a partir do funcionamento do Inamps como autarquia autônoma em 1978, uma rede de representações administrativas (Superintendências Regionais) se consolidou em todos os estados e alcançou

mais de 600 municípios (sobretudo os de maior expressão política e econômica), favorecendo a centralização do poder de decisão política.

No âmbito do Ministério da Saúde, foram desenvolvidos o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (II Pronan), criado pelo Decreto 77.116 de 1976 e financiado pelo FAS; e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), por meio do Decreto 78.307 de 1976, de acordo com Braga e Paula (1981). Os autores destacam que tais programas tiveram um impacto político muito importante, apesar das limitações dos benefícios promovidos à totalidade da população. O PIASS foi desenvolvido pela área de saúde do IPEA, com assessoria dos médicos-sanitaristas Mário Magalhães e Carlos Gentile de Mello, visando interiorizar as ações de saúde e saneamento por meio de serviços a serem implantados nos municípios<sup>64</sup> (Escorel, 2008). Escorel *et al* (2005) ressaltam que o PIASS uniu uma abordagem médico-social ao pensamento sanitarista desenvolvimentista, viabilizando a expansão de um modelo alternativo de organização dos serviços de saúde, já construído no âmbito do Projeto Montes Claros<sup>65</sup>. Na análise desses autores, o avanço do programa (que chegou a atingir 10 estados) foi viável em função do apoio dos secretários estaduais e da Previdência Social a partir de um certo momento. Suas principais diretrizes eram a “universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a ampla participação comunitária na assistência à saúde” (Escorel *et al*, 2005, p. 71).

Entre 1979 e 1985<sup>66</sup>, outros marcos institucionais importantes se fizeram conhecer, tais como o PrevSaúde (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde) em 1980; o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), criado pelo Decreto 86.329 de 1981, e a edição do seu Plano em 1982; e as Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1983 (Noronha; Levcovitz, 1994; Escorel *et al*, 2005; Escorel, 2008).

---

64 A proposta inicial do PIASS estava direcionada à região nordeste, especialmente as localidades que não interessavam às empresas de saúde, evitando a colisão com os interesses privatistas, segundo Escorel *et al* (2005). Os autores apontam que o programa foi concebido originalmente como uma rede de minipostos e ações de saneamento, contudo, logo se tornou evidente a dificuldade de sustentação dessa rede desarticulada dos serviços de maior densidade tecnológica. Para os mesmos, essas questões mobilizaram seus idealizadores a adotar o modelo desenvolvido no âmbito do Projeto Montes Claros.

65 Sobre o Projeto Montes Claros, Escorel (2008, p. 414) afirma que “foi uma das primeiras possibilidades, em âmbito regional, de aplicação de diretrizes norteadoras de um modelo alternativo de organização dos serviços de saúde. [...] Permitiu experimentar a aplicação de princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular”.

66 Figueiredo, sexto e último presidente do período militar, governou entre 1979 e 1985 comprometendo-se com a continuidade da abertura política. Seu governo ficou marcado pelo aprofundamento da crise econômica internacional e nacional (Fiori; Kornis, 1994), bem como pelo crescimento da insatisfação popular (Escorel, 2008). Em 1982, ocorreu o retorno das eleições diretas para governadores, com vitória da oposição (Partido do Movimento Democrático Brasileiro e Partido Democrático Trabalhista) em dez estados e do Partido Democrático Social (substituto da Arena) em 12 (Escorel, 2008).

A partir dos anos 1980, intensificaram-se as críticas ao modelo de assistência médica previdenciária vigente, por parte dos movimentos populares (Vianna, 1998) e de técnicos e estudiosos do setor saúde (Escorel, 2008). O movimento sanitário buscou ocupar espaços institucionais que pudessem se constituir como uma das vias para a construção da reforma (Cohn, 1989).

Nesse contexto, um grupo interministerial, do qual participaram técnicos vinculados ao movimento sanitário, elaborou um projeto – inicialmente chamado Pró-Saúde e, depois, PrevSaúde – que visava promover a reordenação do setor, defendendo um serviço integrado de saúde, pautado na atenção primária e em bases regionais e hierarquizadas<sup>67</sup> (Oliveira; Teixeira, 1986). Ao apresentar tais propostas, o PrevSaúde enfrentou grandes resistências dos setores privatistas e de grupos do MPAS e do Ministério da Saúde, motivo pelo qual passou por sucessivas revisões entre julho de 1980 e o início do ano seguinte, quando foi engavetado (Escorel *et al*, 2005; Escorel, 2008). Na avaliação desses autores, a última versão já não representava as ideias desenhadas originalmente, e, citando Gentile de Mello, afirmam que o PrevSaúde poderia ser considerado “natimorto”. Sobre a trajetória do PrevSaúde, Oliveira e Teixeira (1986, p. 275) afirmam que “é um espelho das contradições que atravessam a sociedade brasileira neste momento: gestado como projeto tecnocrático de cunho progressista é abortado antes de ser oficialmente sancionado, como resposta a pressões dos setores capitalistas e seus elos de ligação no interior da burocracia estatal”.

O ano de 1981 expressou o ápice da chamada crise financeira da Previdência Social. Como salientam Oliveira e Teixeira (1986), os problemas da estrutura financeira da Previdência se agravavam desde meados da década de 1970, e, com a recessão econômica, tornaram-se públicos em função de um importante déficit financeiro. De acordo com os autores, entre as medidas do governo para contenção dessa crise, esteve a redução dos custos com a assistência médica, de maneira que a participação do Inamps nas despesas da Previdência passou de cerca de 30% em 1976, para 24% em 1981 e, aproximadamente, 20% em 1982.

---

67 Segundo Oliveira e Teixeira (1986), o PrevSaúde foi o resultado de um espaço criado no interior do aparelho de Estado, como parte da etapa de redemocratização que vivia a sociedade brasileira, no qual alguns técnicos puderam construir um projeto de reformulação da política de saúde. Nas suas palavras: “Tal projeto fundamenta-se nas propostas difundidas pela Organização Mundial da Saúde, sancionadas na Conferência de Alma Ata. [...] A nível nacional o projeto inspirou-se na experiência desenvolvida em programas isolados de atenção primária, especialmente no norte de Minas – Projeto Montes Claros – e no nordeste, com o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento – PIASS. Nestes casos, os pressupostos básicos para a extensão da cobertura em áreas carentes foram a hierarquização das formas de atendimento por níveis de complexidade, de sorte que a atenção primária se tornasse a porta de entrada do paciente no sistema. [...] Outros pressupostos deste modelo são a integração de serviços existentes em cada um dos níveis de complexidade [...] e a regionalização do atendimento por áreas e populações definidas”.

Nesse sentido, o Conasp foi criado como órgão do MPAS ainda em 1981, presidido por Aloysio Salles (“personalidade médica de notório saber”) e composto por sete representantes governamentais (de diversos ministérios, entre eles o da Saúde e o MPAS), três patronais, dois da área médica e três dos trabalhadores (Oliveira; Teixeira, 1986, p. 292). Esperava-se que ele operasse sobre a organização da assistência médica promovendo a diminuição e racionalização dos gastos (Escorel *et al*, 2005). Dentre as iniciativas propostas pelo Conasp, destaca-se o Plano de Reorganização da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, aprovado em 1982 pela Portaria 3.062 e conhecido como Plano Conasp (Oliveira; Teixeira, 1986).

O Plano Conasp foi estruturado em três partes: a primeira tratava do diagnóstico do modelo de assistência médica previdenciária vigente; a segunda traçava uma proposta de reorientação desse modelo; e a terceira abordava as estratégias de implementação do plano (Oliveira; Teixeira, 1986). Sobre as proposições do Conasp, Oliveira e Teixeira (1986, p. 296) afirmam que:

“A proposta recupera proposições gerais já bastante conhecidas, algumas das quais constaram inclusive do PrevSaúde, como a *regionalização* do Sistema de Saúde agora planejado e coordenado por uma comissão paritária Sinpas/Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde; *hierarquização* de todos os serviços de saúde, públicos e privados, de acordo com sua complexidade, com mecanismos de referência e contra-referência, implicando em descentralização do planejamento e execução; além de medidas de *desburocratização* no relacionamento com as instituições convenientes e o público. Prevê-se também a execução de várias medidas visando à valorização dos recursos humanos do setor público. Além destas propostas, duas outras vão marcar as mudanças previstas no projeto, a saber, a *vinculação da clientela (domicílio sanitário)* aos serviços básicos de saúde da sua área, de cuja referência dependerá o acesso aos demais níveis, sendo a outra medida a montagem de um sistema de *auditoria* médico-assistencial, como mecanismo de controle dos setores público e privado. [...] O principal instrumento na criação desta rede única é o estabelecimento de *Convênios Trilaterais* entre o MPAS/Ministério da Saúde/Secretarias Estaduais de Saúde” (grifos dos autores).

O Plano Conasp abordou também proposições relacionadas ao aperfeiçoamento dos mecanismos de custeio e de incremento da receita; a um novo sistema de contas, que por um lado substituiu a remuneração por unidades de serviço pelo pagamento por procedimentos agregados (por meio da implantação da Autorização de Internação Hospitalar – AIH) e, por outro, introduziu padrões de conduta e critérios para internação e alta hospitalar; além de medidas voltadas para a assistência farmacêutica e odontológica (Oliveira; Teixeira, 1986).

Escorel *et al* (2005) destacam que o Plano Conasp foi o primeiro documento oficial a trazer uma posição crítica ao modelo de assistência médica previdenciária e uma análise

precisa das consequências das formas de financiamento do setor privado. Sobre a implementação do Plano Conasp, Noronha e Levcovitz (1994, p. 83) afirmam que “as proposições substantivas do ‘plano’ foram efetivamente implementadas no período 82-84, ainda que de forma parcial e com grande heterogeneidade nas diferentes regiões do país”. Segundo Escorel (2008), a implementação do Plano Conasp se deu por meio de 33 projetos e programas, dentre os quais o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS).

Em um primeiro período de implementação (1983 a 1984), o PAIS/AIS teve como objetivo promover a articulação institucional que desse consequência a ações de saúde mais eficientes e eficazes (Noronha; Levcovitz, 1994), mediante a assinatura de convênios trilaterais (entre MPAS, Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde). Escorel *et al* (2005) afirmam que a vitória da oposição na eleição para governadores em 1982 colaborou para a assinatura de tais convênios, de maneira que em maio de 1984 todos os estados já haviam adotado as AIS. Em janeiro de 1984, o PAIS foi transformado em AIS, ou seja, “foi redimensionado em uma estratégia de reorientação setorial que privilegiava o setor público e visava à integração interinstitucional, descentralização e democratização”<sup>68</sup>, de acordo com Escorel (2008, p. 422).

Em um balanço geral, Escorel (2008, p. 422) pondera que a proposta das AIS “conseguiu atravessar o cerco hegemônico privatista e instalar-se na política de saúde, ainda que inicialmente em uma posição marginal”. Acrescenta que as AIS “privilegiaram a desconcentração das ações de atenção à saúde para os níveis estaduais e municipais”, fortalecendo a prestação da assistência médica nos postos e centros de saúde – até então voltados prioritariamente para o desenvolvimento dos programas de saúde pública (Escorel, 2008, p. 423). Por fim, salienta que “a partir das AIS, a história da política de saúde deixa de narrar aquilo que vinha sendo realizado por cada um dos ministérios e passa a centrar-se na implementação de propostas de articulação interinstitucional e nas estratégias para a unificação do sistema de saúde” (Escorel, 2008, p. 423), ainda que os conflitos entre MPAS e Ministério da Saúde permanecessem existindo.

Entre 1985 e 1988, o Brasil viveu o período de transição democrática, marcado pelo retorno das eleições para presidente em 1985 (eleição indireta de Tancredo Neves e José Sarney, quem de fato tomou posse) e pela promulgação da Constituição Federal em 1988.

---

68 Nas palavras de Escorel (2008, p. 423): “Sem alterar a hegemonia do Inamps dentro do setor, as AIS privilegiaram o subsetor público prestador de serviços de saúde e a integração interinstitucional, formando instâncias colegiadas de gestão – Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS) e Comissão Local Interinstitucional (CLIS) – e desenvolvendo instrumentos de programação e orçamentação integradas (POI)”.

Sobre esse momento, Carvalho (2002, p. 7) afirma que: “O esforço de reconstrução, melhor dito, de construção da democracia no Brasil, ganhou ímpeto após o fim da ditadura militar, em 1985. Uma das marcas desse esforço é a voga que assumiu a palavra cidadania”. O autor destaca que a cidadania caiu na retórica, sendo considerada intrínseca e inerente à democracia. Nesse contexto de busca pela democracia e defesa de direitos de cidadania, também se deu um processo de reorganização do pacto federativo, no qual o debate sobre a descentralização ganhou forte expressão política.

Lobo (1988) cita a atuação da Frente Municipalista, dos prefeitos das capitais e dos governadores no sentido de estimular o movimento descentralizador a fim de promover a redistribuição das receitas públicas e uma nova repartição do poder. Ao analisar os limites e possibilidades da descentralização, a autora faz uma relevante ponderação sobre o papel dos entes federados a ser inscrito na Constituição (ainda não promulgada quando da publicação do seu texto), alertando para os riscos da “municipalização estrita”<sup>69</sup> e defendendo que a autonomia não resultasse em submissão, mas em “ter-se interlocutores igualmente fortes discutindo na mesma mesa de poder” (Lobo, 1988, p. 21).

Noronha e Levcovitz (1994) destacam que a saúde liderou a implementação da descentralização no conjunto das políticas sociais, respondendo ao I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República, de 1986, que propunha a expansão do sistema de saúde de maneira descentralizada, fortalecendo os estados e municípios na oferta de serviços locais ou regionais. No âmbito da saúde, os marcos institucionais de destaque nesse período foram a ampliação das AIS; a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986; e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), criado pelo Decreto 94.657 de julho de 1987 (Noronha; Levcovitz, 1994).

Paim (1986) argumenta que as AIS possuíam um caráter democratizante. Destaca que, ao longo de 1985, havia tido lugar um debate que polarizava as AIS e o novo sistema de saúde a ser construído, indicando oposições e dilemas. Contrariando essa posição, o autor elenca dez motivos para que fosse realizada uma aposta nessa estratégia, seriam esses:

---

69 Lobo (1988, p. 21) reconhece as vantagens da municipalização, mas alerta para o risco de uma “supervalorização do processo de municipalização, levando a um sistema federal com características polarizadas: governo central forte e governo municipal forte. Ao persistir nessa visão, perde-se facilmente a perspectiva regional ou mesmo nacional do processo de desenvolvimento, *lato sensu*. Ao omitir e negar um papel definido ao governo estadual, corre-se o risco de fazer surgir um novo desequilíbrio. Da mesma forma que se deve reinscrever o município como agente fundamental do desenvolvimento nacional, o estado-membro precisa ver definido seu papel como real unidade de governo”.

“1) Princípios e objetivos consistentes com os do movimento de democratização da saúde; 2) Planejamento e administração descentralizados; 3) Instâncias deliberativas permeáveis à negociação política; 4) Possibilidade concreta de participação popular organizada; 5) Percurso para o estabelecimento do Sistema Unificado de Saúde; 6) Respeito ao princípio federativo; 7) Respaldo de forças sociais atuantes no setor; 8) Perspectiva mais concreta de viabilidade; 9) Incorporação do planejamento à prática institucional; 10) Responsabilidade das universidades na formulação e implementação de políticas de saúde” (Paim, 1986, p. 167).

Noronha e Levcovitz (1994, p. 86) abordam o legado e os limites das AIS nas seguintes palavras:

“As AIS criaram a infraestrutura fundamental de rede física de cuidados básicos de saúde, essencial ao posterior desenvolvimento das políticas de universalização e descentralização, e dão grande impulso político aos níveis subnacionais de governo, que reaparecem em cena como atores fundamentais na construção de um sistema de saúde descentralizado. [...] Apesar de êxitos localizados em alguns municípios, não foram capazes de combater o paralelismo de ações, a multiplicidade gerencial e a centralização do poder decisório no âmbito federal” (Noronha; Levcovitz, 1994, p. 86).

Os autores associam tal debate aos objetivos de criação do SUDS, em 1987, que segundo os mesmos contribuiria para a “consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS” (Noronha; Levcovitz, 1994, p. 87), como será abordado em breve.

Nessa conjuntura que envolvia a discussão em torno da democratização e da descentralização da saúde, foi convocada e realizada em Brasília, em 1986, a 8ª Conferência Nacional, que reuniu cerca de quatro mil pessoas de diversos segmentos, segundo Escorel *et al* (2005). Os autores destacam que tal conferência consolidou os princípios da reforma sanitária, que mais tarde se institucionalizaram por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto na Constituição de 1988 quanto na Lei Orgânica do setor (Leis 8080 e 8142/1990).

Entre as questões discutidas na 8ª Conferência, destacam-se a reformulação mais profunda do setor, em um processo que, além das dimensões administrativa e financeira, contemplasse a ampliação do conceito de saúde e a reorganização do sistema nesse sentido; a natureza do novo sistema, sendo recusada a proposta de estatização e mantida a de fortalecimento e expansão do setor público; e a unificação do Inamps e do Ministério da Saúde e, conseqüentemente, a criação de um sistema único, com novo arcabouço institucional (Brasil, 1988). Como os aspectos relativos ao financiamento e à operacionalização do SUS precisavam ser melhor definidos a partir da 8ª Conferência, foi criada a Comissão Nacional da

Reforma Sanitária (CNRS), responsável por elaborar uma proposta que pudesse oferecer subsídios à Assembleia Nacional Constituinte no que toca à elaboração do capítulo da saúde.

Ainda enquanto se davam os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, o SUDS foi constituído como estratégia-ponte para a reorientação dos serviços de saúde. Possuía como diretrizes a “universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade dos cuidados assistenciais, regionalização e integração dos serviços de saúde, descentralização das ações de saúde, implementação de distritos sanitários, desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e desenvolvimento de uma política de recursos humanos” (Noronha; Levcovitz, 1994, p. 88).

A implementação do SUDS se deu mediante a assinatura de convênios entre o MPAS/Inamps e Ministério da Saúde com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), que assumiram um papel central nesse processo, ainda que juridicamente também fosse necessária à adesão dos municípios ao SUDS (Noronha; Levcovitz, 1994). As SES passaram a assumir funções antes realizadas pelas Superintendências Regionais do Inamps (esvaziadas gradativamente), tais como a aquisição de insumos e serviços para as unidades próprias e o controle e avaliação dos serviços privados e filantrópicos (ampla maioria das unidades assistenciais). Caberia às Superintendências Regionais do Inamps a fiscalização dos recursos financeiros transferidos às SES e o acompanhamento do processo, atribuição que, de acordo com os autores citados, esbarrava nas funções dos órgãos colegiados de coordenação e gestão nas três esferas de governo definidos nos próprios convênios (em coerência com o legado das AIS) – a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS).

Noronha e Levcovitz (1994, p. 92) ponderam que, no período SUDS (1987 a 1990), “as posturas e políticas dos executivos estaduais são um dos elementos centrais para o entendimento das formas diferenciadas pelas quais tem sido encaminhada concretamente a descentralização/municipalização”. Os autores argumentam que uma das vantagens do SUDS foi a de ter permitido a expressão das diversas e heterogêneas realidades estaduais e municipais, dando origem a várias experiências de organização dos serviços. Acrescentam ainda que o SUDS contribuiu para a sustentação política da proposta reformista da saúde, gerando fatos consumados de mudança na política.

Como pôde ser visto, a descentralização e a regionalização se fizeram presentes ao longo da história da política de saúde no Brasil, ainda que com intensidades e características variadas. Acredita-se que o contexto político, financeiro e os interesses político-ideológicos de diferentes grupos, bem como a divisão de poder entre as esferas de governo em cada

momento histórico, podem ter influenciado tais variações, sendo necessárias investigações futuras acerca de tais questões. Ainda assim, alguns aspectos podem ser destacados. É interessante perceber que entre 1910 e 1930, sob a égide de um modelo centralizado pela União, houve uma descentralização por meio de um pacto construído com os estados e a presença de um debate federativo sobre a distribuição de competências e responsabilidades em saúde pública. Os anos 1930 a 1945 foram marcados por uma centralização importante da política de saúde, de maneira que as estratégias de descentralização aos estados e de regionalização (por meio da distritalização dos serviços) merecem ser ponderadas, já que nessa época houve a substituição dos governadores por interventores federais. Entre 1946 e 1964, curto período democrático, a discussão sobre a descentralização da saúde ganhou força e se aproximou do debate sobre a municipalização.

Com a ditadura militar, sobretudo entre 1964 e 1974, a centralização se fortaleceu, com restrições para autonomia dos estados e municípios. A segunda década ditatorial (1974 a 1985) marcou o início de algumas iniciativas descentralizadoras, que, durante a transição democrática se desenvolveram. Os anos 1985 a 1988 assistiram a descentralização e a regionalização em curso de diferentes maneiras nos estados e municípios brasileiros. Nota-se outra vez a discussão federativa acerca da divisão de competências e responsabilidades, em um momento em que a defesa da democratização da saúde também se fazia presente, parecendo haver diversas compreensões sobre o papel dos estados e dos municípios no sistema de saúde a ser construído. Esse contexto permeará a próxima seção, que abordará a trajetória da descentralização e da regionalização em saúde a partir do marco constitucional, que consolidou institucionalmente a reforma sanitária no Brasil.

### ***3.3.2 Descentralização e regionalização: trajetórias, características e condicionantes***

#### *3.3.2.1 Trajetória da descentralização e da regionalização da saúde*

A trajetória da descentralização e da regionalização da saúde no Brasil está relacionada ao contexto político vivido pelo Estado ao longo dos anos 1980. A redemocratização do país trouxe consigo a reorganização do poder territorial com influência sobre o pacto federativo. É certo que de tal processo não derivou a criação de um novo nível de governo (como no caso espanhol), mas é verdade que o debate pela descentralização

política, fiscal e administrativa ganhou força (em oposição à restrição de autonomia sofrida por estados e municípios no período ditatorial), com destaque para a questão municipalista.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu a federação trina, definindo o município como ente federativo autônomo, ao lado da União e dos estados. Trata-se de uma característica importante da descentralização política no Brasil pós-1988, como já discutido anteriormente<sup>70</sup>, e que traz repercussões para o setor saúde. No plano das políticas sociais, a Constituição (1988) propôs o compartilhamento de funções, aspecto fundamental para a consecução da descentralização e regionalização da saúde, apontando a relevância da gestão negociada e cooperativa.

Por essas razões, a Constituição (1988) pode ser considerada um marco institucional importante dos processos de descentralização do Estado e da saúde. Por um lado, definiu a repartição de funções entre os entes nas dimensões política, administrativa e fiscal mais geral do Estado; e por outro, estabeleceu a saúde como um direito fundamental, a ser garantido a todos os cidadãos brasileiros, e um dever do Estado, a ser prestado mediante ações e serviços descentralizados e regionalizados no território.

Até esse momento as competências relacionadas à saúde pública e à assistência sanitária estavam separadas (apesar das iniciativas de articulação entre o MPAS/Inamps, Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde por meio das AIS e do SUDS), cabendo à Constituição (1988), no bojo do conceito de Seguridade Social (art. 194) e de uma concepção ampliada de saúde (art. 196), estabelecer tal integração. Cerca de dois anos depois, no início de 1990, o então presidente José Sarney (1985-1990) assinou o decreto de transferência do Inamps para o Ministério da Saúde (Escorel, 2008).

As definições constitucionais acerca do sistema nacional de saúde que iria se estabelecer dependiam de regulamentação específica. O processo de elaboração e aprovação da Lei Orgânica da Saúde se estendeu até os anos 1990. Entre a promulgação da Constituição (1988) e o final do governo do presidente José Sarney (março de 1990), o cenário político foi pouco favorável à efetivação das conquistas sociais, segundo Noronha e Levcovitz (1994). Os autores afirmam que a maior preocupação do executivo nacional naquele momento era a garantia do mandato de cinco anos para o presidente, fator que motivou o uso político das pastas da saúde e previdência, levando ao enfraquecimento do processo de descentralização no âmbito do SUDS. Fagnani (2005, p. 315-316) destaca que o executivo federal se incomodou com o poder que os dirigentes do MPAS e do Inamps passaram a deter com o

---

70 Ver seções 3.1 e 3.2.

SUDS, de maneira que, para obstaculizar tal processo, além da destituição de nomes comprometidos com a reforma da saúde e da previdência, uma das estratégias foi a “redução dos valores reais e o sistemático atraso que passou a ocorrer nas transferências de recursos do Inamps para os governos estaduais e municipais, em uma conjuntura econômica de inflação elevada e ascendente, colocando sérias dificuldades à continuidade do processo de descentralização em curso”.

Em setembro de 1990, já no governo do presidente Fernando Collor (1990-1992), foi promulgada a Lei 8.080, que tratou da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no que tange aos seus objetivos, princípios e diretrizes; a sua estrutura e gestão; às competências e atribuições comuns e de cada esfera de governo; aos recursos humanos e financeiros; e ao planejamento e orçamento. Tal lei sofreu vetos do executivo nos artigos relacionados ao financiamento e participação da comunidade, que após pressão do movimento sanitário, foram reeditados sob a forma da Lei 8.142, em dezembro do mesmo ano. A Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080 e 8.142/1990) estabeleceu a base legal do SUS, conformando, ao lado da Constituição (1988), o grande marco institucional da reforma sanitária brasileira, pois lançaram os pilares para a estruturação do SUS, a universalização, o financiamento por impostos e a participação social.

Diversos estudos apontaram as dificuldades para a implementação do SUS ao longo dos anos 1990 e 2000, seja por questões estruturais (Draibe, 1997), econômicas, políticas e/ou institucionais (Levcovitz *et al*, 2001; Cordeiro, 2001; Noronha; Soares, 2001; Ribeiro, 2009; Machado, 2012). São destacadas as desigualdades socioeconômicas do país; o imperativo controle da inflação e ajuste macroeconômico, bem como as crises políticas e as prioridades liberais dos executivos nacionais na década de 1990; a vulnerabilidade da área e as restrições econômicas às quais foi submetida também nos anos 2000; e os desafios enfrentados pelas instituições (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais) para efetivar a gestão de um novo modelo organizacional na saúde.

É certo que a construção e consolidação de um sistema de saúde, a um só tempo, único e descentralizado dependeria de esforços: a articulação entre os gestores das três esferas de governo para a gestão compartilhada e cooperativa; a estruturação de uma rede capaz de atender às necessidades da população, da atenção primária à terciária, incluindo as ações de promoção à saúde e prevenção do risco de adoecer; a organização desses serviços no território, por meio de regiões de saúde autossuficientes até o nível de atenção definido, com cobertura nacional; a efetivação de um novo modelo de financiamento e da participação da sociedade na gestão do sistema. Esforços a serem empreendidos em um contexto de

desigualdade na distribuição dos recursos (unidades, equipamentos e trabalhadores) entre os municípios e estados (cabendo avaliar a necessidade de investimentos em infraestrutura para a ampliação da rede própria ou contratada) e também de diferenças entre a capacidade institucional de Secretarias Estaduais e Municipais para desenvolver a gestão financeira, de recursos humanos, o planejamento e a regulação dos serviços e dos sistemas descentralizados. O próprio Ministério da Saúde vivia um momento de mudança no seu papel, tendo incorporado o Inamps (extinto em 1993) e assumido a responsabilidade pela integralidade da atenção à saúde.

Essa conjuntura atua como condicionante da trajetória da descentralização e da regionalização, enquanto processos políticos no contexto de redemocratização e reforma do Estado e da saúde. Entre as principais características do desenvolvimento e implementação desses processos estão a ênfase na descentralização para os municípios ao longo dos anos 1990 e o desenvolvimento de capacidade institucional nessa esfera para a gestão do SUS; e o destaque para a regionalização a partir dos anos 2000, acompanhado da valorização do papel do gestor estadual na condução desse processo. Além disso, tal trajetória se caracteriza pela transferência progressiva de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para os níveis municipais e estaduais; e pela instituição das Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Regionais (CIR) visando efetivar a articulação federativa na saúde e promover a gestão compartilhada e cooperativa<sup>71</sup>.

A regulação do processo de descentralização se deu por meio da promulgação de portarias ministeriais ao longo dos anos 1990 e 2000, e mais recentemente, em 2011, de um Decreto presidencial. Como bem afirmam Levcovitz *et al* (2001), em importante estudo sobre a política de saúde nos anos 1990 e o papel das Normas Operacionais Básicas (NOB), há de se analisar tais normativas dentro de uma perspectiva evolutiva diante do contexto em que foram formuladas e como um instrumento de caráter transitório, que pode ser reeditado e substituído com o avanço do processo, sendo seu objetivo contribuir para a operacionalização das relações entre as esferas de governo. Dessa maneira, as NOB editadas em 1991, 1992, 1993 e 1996, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002, o Pacto pela Saúde de 2006 e o Decreto 7.508 de 2011 podem ser considerados marcos importantes do processo de descentralização e regionalização da saúde, cada qual em seu momento.

---

71 Cabe destacar que o modelo de federalismo cooperativo proposto constitucionalmente ainda hoje enfrenta desafios para se consolidar, com repercussões sobre a organização do sistema de saúde.

A análise da trajetória da descentralização da saúde evidencia a sequência, ainda que não linear, das dimensões administrativa, política e fiscal/financeira<sup>72</sup>. A dimensão administrativa diz respeito ao poder dos governos subnacionais para exercer a gestão das unidades, equipamentos e força de trabalho, bem como para realizar a coordenação da rede de serviços; a dimensão política se refere ao poder de formulação, planejamento e regulação da política sanitária pelos governos subnacionais; e a dimensão fiscal/financeira abrange questões relativas ao poder fiscal e de gasto (gestão do orçamento) dos estados e municípios no âmbito da saúde. Paralelamente, o poder do governo central será analisado em cada uma dessas dimensões, como contraponto à descentralização.

A dimensão administrativa tem como marco a descentralização promovida no âmbito das AIS entre 1985 e 1986, continuada por meio do SUDS a partir de 1987, estendendo-se até meados dos anos 1990, quando a maioria dos serviços já haviam sido transferidos para estados e/ou municípios.

Conforme Noronha e Levcovitz (1994), entre 1985 e 1986, as AIS ganharam expressão nacional, de maneira que ao final de 1985, 644 municípios haviam aderido a elas e, ao final de 1986, já eram 2.500. Escorel (2008) corrobora tal afirmação, argumentando que as AIS foram ratificadas como estratégia de reorientação setorial, ampliando-se a adesão das prefeituras aos convênios trilaterais. Cabe lembrar que em 1985 foram realizadas eleições municipais, momento no qual os executivos das capitais e de outros municípios considerados estratégicos pelo regime militar (até então sob o governo de interventores) puderam ser eleitos diretamente – a vitória de partidos progressistas nesses municípios também colaborou para o avanço das AIS.

O SUDS, criado em 1987, vigorou até 1990. Apesar dos desafios impostos pela conjuntura político-institucional, na vigência do SUDS, desenvolveu-se uma etapa relevante do processo de descentralização da saúde no que diz respeito a sua dimensão administrativa: uma importante transferência da gestão das unidades assistenciais do Inamps para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), envolvendo a cessão de bens móveis, a gestão de contratos e convênios, a responsabilidade pelos credenciamentos e o incentivo à transferência de funcionários para as administrações estaduais (Noronha; Levcovitz, 1994; Lucchese, 1996; Levcovitz, 1997; Cordeiro, 2001). Lucchese (1996, p. 87) afirma que “foram celebrados convênios com quase todos os estados (à exceção de um) e dos territórios”. Para Fagnani

---

72 Essa análise está sintetizada no quadro 3.10 e figura 3.3, ao final dessa seção.

(2005, p. 313), “o desenvolvimento do SUDS a partir de 1987 tornou praticamente irreversível o caminho de volta, e nesse sentido, pavimentou o caminho do SUS”.

Costa *et al* (1999, p. 37), a partir dos dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária publicada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1993, mostram a evolução do número de estabelecimentos do setor público de saúde por esfera administrativa entre 1988 e 1992 (tabela 3.1).

**Tabela 3.1: Número de estabelecimentos do setor público de saúde por esfera administrativa. Brasil. 1988 e 1992.**

| Número de estabelecimentos públicos de saúde |                |                 |                  |        |
|--|----------------|-----------------|------------------|--------|
| Ano  | Gestão federal | Gestão estadual | Gestão municipal | Total  |
| 1988   | 1.978          | 10.643          | 8.851            | 21.472 |
| 1992   | 1.387          | 7.043           | 18.662           | 27.092 |

Fonte: Costa *et al* (1999), a partir de IBGE/AMS (1993).

A partir da tabela 3.1 é possível identificar uma redução de 29,9% no total de estabelecimentos sob gestão federal entre 1988 e 1992; uma diminuição de 33,8% no total de estabelecimentos sob gestão estadual; e um aumento de cerca de 110% no total de estabelecimentos sob gestão municipal no mesmo período. Cabe ressaltar que o aumento no número de estabelecimentos municipais não é decorrente apenas da transferência da gestão dos estabelecimentos para essa esfera de governo (42,7%), mas da criação de novos estabelecimentos públicos no nível local (57,3%).

Tomando como base o total de estabelecimentos públicos em 1992, Costa *et al* (1999) demonstram que 94,9% deles estava sob gestão descentralizada: 26% sob a esfera estadual; e 68,9% sob a gestão municipal. Essa distribuição percentual varia entre as regiões do Brasil, sugerindo que diferenças regionais podem ter condicionado o ritmo da descentralização administrativa. Ainda assim, verifica-se uma redução no total de estabelecimentos sob gestão federal, que varia de 2,2% na região sul e 11,5% na região norte. A tabela 3.2 apresenta tal distribuição.

**Tabela 3.2: Distribuição percentual dos estabelecimentos do setor público de saúde por grandes regiões. Brasil. 1992.**

| Percentual de estabelecimentos públicos de saúde |                |                 |                  |       |
|--|----------------|-----------------|------------------|-------|
| Brasil e grandes regiões                         | Gestão federal | Gestão estadual | Gestão municipal | Total |
| Norte  | 11,5           | 35,5            | 53,0             | 100   |
| Nordeste   | 7,4            | 41,5            | 51,1             | 100   |
| Sudeste  | 2,5            | 12,7            | 84,8             | 100   |
| Sul  | 2,2            | 15,1            | 82,7             | 100   |
| Centro-Oeste                                     | 4,8            | 32,2            | 63,0             | 100   |
| Brasil   | 5,1            | 26,0            | 68,9             | 100   |

Fonte: Costa *et al* (1999), a partir de IBGE/AMS (1993).

A descentralização da gestão dos serviços foi acompanhada pela transferência da responsabilidade pelos trabalhadores da saúde. Costa *et al* (1999, p. 38) apontam que, em 1992, 44% dos empregos no setor público de saúde estavam nos municípios e 41% nos estados, contra 15% na esfera federal. Os autores afirmam que, em 1988, o quadro era de 16% dos empregos no nível municipal, 41% no estadual e 43% no federal.

Lucchese (1996, p. 96) destaca que a gestão da rede de serviços de atendimento ambulatorial já se encontrava 98% descentralizada em 1996: 15% sob gestão estadual e 83% sob gestão municipal. Refere que tal rede era predominantemente pública em 1995, com 74% dos procedimentos ambulatoriais realizados em unidades públicas de saúde. Para Lucchese (1996), a distribuição dos leitos cadastrados no SUS entre 1991 e 1995, por natureza do prestador, segue a tendência descentralizadora. A autora afirma que:

“No período 1991/1995, verifica-se uma expansão de 9,5% no número de leitos existentes no SUS, que corresponde basicamente à expansão da oferta de leitos sob administração municipal (112%) e no âmbito dos hospitais universitários (74%). Os leitos sob gerência estadual registram um incremento de 5%, em função do comportamento observado em 1992 (incremento de 15% em relação a 1991), que não se repete no período 1993/1995, quando há redução de 9% em relação a 1992. O setor privado (contratado e filantrópicas) tem um incremento de apenas 2% e, ressalte-se, o número de leitos sob gerência federal apresenta uma redução de 31%” (Lucchese, 1996, p. 97).

A tabela 3.3 apresenta a distribuição dos leitos cadastrados no SUS segundo a natureza do prestador entre 1991 e 1995.

**Tabela 3.3: Distribuição dos leitos cadastrados no SUS, segundo a natureza do prestador de serviços. Brasil. 1991 a 1995.**

| Natureza do prestador | Quantidade de leitos (mil) |              |              |              |              | Variação (%) 1991/1995 |
|-----------------------|----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------------|
|                       | 1991                       | 1992         | 1993         | 1994         | 1995         |                        |
| Federal               | 15,7                       | 15,7         | 12,0         | 10,9         | 10,8         | -31                    |
| Estadual              | 56,2                       | 65,1         | 64,4         | 59,3         | 58,9         | 5                      |
| Municipal             | 17,8                       | 28,8         | 33,9         | 35,7         | 37,7         | 112                    |
| Contratados*          | 346,5                      | 355,1        | 355,7        | 357,0        | 353,7        | 2                      |
| Universitários        | 24,3                       | 26,2         | 39,3         | 44,8         | 42,3         | 74                     |
| Sindicatos            | -                          | 0,04         | 0,02         | 0,02         | 0,78         | -                      |
| <b>Total</b>          | <b>460,6</b>               | <b>491,0</b> | <b>507,4</b> | <b>507,9</b> | <b>504,2</b> | <b>9</b>               |

Fonte: Lucchese (1996), a partir de DataSUS/FNS/MS.

\*Nota: Leitos filantrópicos e privados contratados.

Além do que foi demonstrado na citação acima, cabe destacar o predomínio de leitos privados contratados (filantrópicos ou não) no âmbito do SUS, o que parece coerente ao processo histórico de privilegiamento do privado promovido a partir da década de 1960 no âmbito da assistência médica da Previdência Social. Sabe-se que a gestão de tais contratos e convênios foi transferida gradativamente do nível central aos subnacionais, num processo marcado pela estratégia do governo federal em recentralizar os recursos financeiros (Levcovitz, 1997). Esse pode ser um fator explicativo para a interrelação temporal entre as dimensões administrativa, política e fiscal, já que a conquista de maior poder pelos governos subnacionais na gestão dos serviços e na coordenação da rede parece se dar quando se efetiva a transferência de recursos financeiros do fundo nacional para os fundos estaduais e municipais de saúde, a partir do instrumento da habilitação dos estados e municípios em variadas condições de gestão pela NOB 93.

A dimensão administrativa se caracteriza pela ampla transferência de poder aos estados e municípios para realizar a gestão dos equipamentos, trabalhadores e rede de serviços, em um processo no qual o nível central se ausentou dessa competência (salvo em alguns hospitais federais que permanecem sob gestão federal). Os estados e municípios organizaram (e reorganizaram ao longo dos anos) o serviço de saúde a sua maneira, havendo diferentes formas de gestão implementadas (algumas pautadas pela Administração Direta, outras por Organizações Sociais e outras por convênios com o setor privado). A descentralização administrativa pouco colidia com os interesses liberais de redução do

tamanho do Estado presentes nos executivos nacionais nos anos 1990, fator que atuou como condicionante para sua evolução.

A análise da dimensão política põe em evidência o período de 1990 a 2012, sendo possível destacar ao menos quatro momentos: o primeiro, seguido à promulgação da Lei Orgânica da Saúde (1990), marco para transferência da autoridade sanitária aos estados e municípios; o segundo, com a publicação da NOB 93, seguida pela NOB 96, e a habilitação de grande número de municípios às diferentes condições de gestão instituídas; o terceiro, com a edição das NOAS (2001 e 2002) e a habilitação da totalidade dos estados na condição de gestão plena (que lhes conferiu maior poder sob a gestão dos recursos); e o quarto com o advento do Pacto pela Saúde (2006), que buscou promover um novo pacto federativo na saúde e ampliar as responsabilidades dos entes subnacionais.

Ainda que a promulgação da Lei Orgânica (1990) tenha se dado em um contexto político (crise do governo Collor, seguida do seu impeachment em 1992) e econômico (recessão e descontrole inflacionário) desfavorável, cabe destacar que ela estabeleceu a base legal para que estados e municípios organizassem (ou reorganizassem) o sistema de saúde em seus territórios e conformassem as secretarias de saúde, bem como as diferentes áreas necessárias para desenvolver suas atribuições. A partir desse momento, teve início a elaboração dos planos de saúde, a constituição dos conselhos e a instituição dos fundos destinados a receber transferências financeiras de modo regular e automático, ainda que em um processo lento e assimétrico.

Os anos 1991 e 1992 foram marcados pelo mesmo contexto. Nesse período, foram publicadas as NOB 91 e 92, que se apresentaram como instrumentos de apoio à descentralização para os municípios. Foram tecidas críticas ao caráter centralizador dessas normas, que mantiveram os convênios como mecanismo para transferência de recursos a partir da produção (Levcovitz *et al*, 2001; Carvalho, 2001), limitando o poder de decisão dos estados e municípios.

Para Carvalho *et al* (1993), os critérios de financiamento propostos trouxeram repercussões para o modelo de assistência à saúde adotado, podendo haver privilegiamento das ações de assistência médica em detrimento daquelas de caráter coletivo; a tendência de se desconsiderar as necessidades em saúde de cada população-território em favor do histórico de produção; o estímulo à produção, sem a preocupação com a qualidade da assistência prestada; e o favorecimento dos estados e municípios com maior capacidade instalada (em geral, aqueles que possuem melhores condições socioeconômicas). Os únicos recursos para

investimento previstos pela NOB 91 destinavam-se ao reequipamento e ampliação das unidades já existentes.

Segundo Cordeiro (2001), 1.074 municípios aderiram aos convênios no âmbito das NOB 91 e 92, até o final de 1993. Para Levcovitz (1997), a aceitação e adesão dos municípios sob tais condições está relacionada à insatisfação dos mesmos com o padrão de relacionamento estabelecido entre os estados e o Inamps no âmbito do SUDS, além de ser a maneira possível para a consecução da descentralização naquele momento. Em sua avaliação sobre as NOB 91 e 92, Carvalho (2001, p. 439) tece duras críticas e relata que: “A NOB 92 apenas deu continuidade à NOB 91. [...] Os óbices e ilegalidades maiores continuariam como continuaram intocáveis. Municipalistas chamados, como eu, a contribuir usávamos a expressão: ‘Estamos enfeitando a corda de enforcados’. [...] A resultante das várias forças envolvidas na época era no sentido de conter a descentralização”.

As NOB 91 e 92 alteraram as relações federativas na saúde, incentivando a relação direta entre municípios e União, diferente do que havia ocorrido durante o SUDS. Há impactos negativos para a relação entre municípios e estado (que perde espaço para desempenhar a função de coordenação) e para a constituição das regiões de saúde. Sobre esse aspecto, Levcovitz *et al* (2001, p. 275) afirmam:

“Os convênios de municipalização foram estabelecidos diretamente entre o MS/Inamps e as prefeituras, sem a interferência estadual. A ausência de participação estadual para a elaboração dos convênios, associada ao intenso movimento de descentralização de unidades assistenciais do Inamps, principalmente para as SMS, promovido pela SNAS/MS/Inamps, acabou induzindo a lógica de formação de sistemas municipais isolados, sem a articulação e a integração necessárias para a criação dos fluxos de referência regionais e estaduais e para a harmonização dos sistemas municipais ainda em gestação”.

Contudo, Levcovitz *et al* (2001) também argumentam que os estados não foram capazes de se organizar política e tecnicamente para propor outro padrão de relacionamento e de financiamento. Ressaltam, como a principal contribuição das NOB 91 e 92 ao processo de descentralização, o desenvolvimento de capacidade institucional no âmbito local, inclusive em municípios que até então não haviam tratado diretamente de questões técnico-operacionais do SUS. Passados dois anos da promulgação da Lei Orgânica, na vigência das NOB 91 e 92, era corrente o balanço de que pouco se havia avançado na descentralização da gestão do sistema de saúde (Lucchese, 1996; Levcovitz, 1997), apesar das conquistas na dimensão administrativa da descentralização.

Em agosto de 1992, ainda na gestão Jatene no Ministério da Saúde, foi realizada a IX Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho”. Tal Conferência, marcada pela ampla participação dos gestores municipais, foi o palco de um importante debate sobre as dificuldades e limites para a consecução da descentralização até o momento (Carvalho, 2001), no qual se embasou o diagnóstico de que a municipalização da saúde ainda era incipiente, tanto no que diz respeito ao financiamento quanto à capacidade gestora dos municípios (Levcovitz *et al*, 2001).

O contexto político-institucional era de mudanças no executivo nacional, com alteração do quadro dirigente do Ministério da Saúde<sup>73</sup>, no qual foi criado um grupo de composição tripartite (chamado Grupo Especial de Descentralização – GED) cujo objetivo era elaborar uma proposta de descentralização para a saúde coerente às discussões da IX Conferência. O resultado foi o documento “Descentralização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, a partir do qual foi construída a NOB 93.

Considera-se a NOB 93 como um marco da dimensão política da descentralização da saúde por ela reconhecer a necessidade e buscar viabilizar estratégias para o alcance de maior poder e autonomia pelos entes subnacionais na gestão descentralizada do SUS. Ela definiu três condições de gestão para os municípios (incipiente, parcial e semiplena) e duas para os estados (parcial e semiplena), estabelecendo os requisitos necessários para o acesso a cada uma delas.

As modalidades de gestão incipiente, parcial e semiplena caracterizam-se pela ampliação progressiva das funções e responsabilidades a serem assumidas pelos municípios no que tange à execução de ações e serviços; programação, controle e avaliação; contratação e cadastramento de prestadores. São igualmente importantes os requisitos a serem cumpridos em cada condição de gestão, incluindo o funcionamento do Conselho e do Fundo Municipal de Saúde, por exemplo. O quadro 3.3 sintetiza essas funções e responsabilidades, bem como as modalidades de transferência de recursos que as acompanhariam (implementados ou não) e os requisitos a serem cumpridos para tal.

---

73 Com o *impeachment* do presidente Collor ao final de 1992, assumiu o vice-presidente Itamar Franco. Na avaliação de Carvalho (2001, p. 439): “Com a renúncia de Collor, assumiu Itamar que entregou a Jamil Haddad o Ministério da Saúde. Os ditos ‘municipalistas do CONASEMS’ foram convidados a ajudar na nova administração do Ministério da Saúde. Mosconi assumiu a SAS e a presidência do Inamps”. Sobre tal contexto, Goulart (2001, p. 295) afirma que: “A sensação de se ter alcançado o fundo do poço teve, sem dúvida, um papel importante na tessitura da ação dos novos gestores federais, que chegaram imbuídos da necessidade e da imperiosidade de uma ação transformadora”.

**Quadro 3.3: Condições de gestão previstas pela NOB 93 para os municípios.**

| Condições de Gestão | Funções e responsabilidades   | Requisitos   | Modalidades de transferência dos recursos federais  |
|---------------------|---|--|---|
| <b>Incipiente</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsabilidade gradativa sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores;</li> <li>- Programação e autorização da utilização dos quantitativos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade de saúde;</li> <li>- Controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares;</li> <li>- Disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades públicas ambulatoriais existentes no município;</li> <li>- Conjunto de serviços e ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária;</li> <li>- Ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manifestar à CIB o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição e as condições técnicas e materiais para assumi-las;</li> <li>- Conselho Municipal de Saúde (CMS);</li> <li>- Fundo Municipal de Saúde (FMS) ou conta especial;</li> <li>- Proposta de incorporação das unidades ambulatoriais públicas estaduais ou federais ainda não cedidas ao município, para assumir o seu gerenciamento;</li> <li>- Médico responsável pela emissão das AIH;</li> <li>- Condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços;</li> <li>- Registro e remessa mensal de dados para a manutenção e atualização dos bancos de dados nacionais definidos pelas esferas federal e estadual.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fator de Apoio à Municipalização (FAM) (NI);</li> <li>- Remuneração de serviços ambulatoriais e hospitalares prestados por unidades assistenciais municipais, através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (I).</li> </ul> |
| <b>Parcial</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assumir na íntegra as responsabilidades e prerrogativas da gestão incipiente.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem;</li> <li>- Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão atualizados, contrapartida de recursos próprios do Tesouro Municipal para a saúde, comprovante de existência de comissão para a elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) para o município, ou o plano já elaborado.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem;</li> <li>- Saldo apurado entre o teto financeiro global do município e o valor pago pelo Ministério da Saúde através do SIA e SIH (NI).</li> </ul>   |
| <b>Semiplena</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestão completa de todo o sistema municipal de saúde.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem;</li> <li>- Apresentar à CIB Termo de Compromisso, aprovado pelo CMS, que contemple as metas que o gestor se propõe a cumprir.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teto financeiro global do município (I).</li> </ul>  |

Fonte: Lima (1999, p. 53).

Nota: I = Implementado; NI = Não Implementado.

Cabe destacar que, diante da conjuntura econômica da época, apenas os municípios habilitados em gestão semiplena tiveram as transferências financeiras efetivadas “fundo a fundo”<sup>74</sup>: foram 24 municípios até dezembro de 1994; 56 até dezembro de 1995; 137 até dezembro de 1996; e 144 até dezembro de 1997 (quando se encerrou a vigência da NOB 93), de um total de cerca de cinco mil municípios (Levcovitz, 1997; Levcovitz *et al*, 2001).

<sup>74</sup> As transferências fundo a fundo só puderam ser implementadas a partir de 30 agosto de 1994, data em que foram regulamentadas pelo Decreto n. 1232.

Ainda que as transferências referentes aos saldos financeiros (para municípios em gestão parcial) e ao Fator de Apoio à Municipalização (FAM)<sup>75</sup> (para municípios em gestão incipiente e parcial) não tenham se efetivado, é possível identificar uma progressão no número de habilitações também nessas condições de gestão: em dezembro de 1994, eram 1.836 municípios habilitados em gestão incipiente e 537 em parcial, somando 47,8% dos municípios brasileiros; em dezembro de 1995, eram 2.131 em gestão incipiente e 612 em parcial, somando cerca de 55%; e em dezembro de 1996, eram 2.323 em gestão incipiente e 618 em parcial, totalizando 59,2% (Levcovitz, 1997).

Em um balanço geral, ao final de 1994, 48,3% dos municípios estavam habilitados em alguma condição de gestão; ao final de 1995, eram 55,5% deles (como mostra o quadro 3.9, apresentando a distribuição de habilitações por estados); e ao final de 1996, eram 62% (Levcovitz, 1997).

No que diz respeito aos estados, as condições de gestão parcial e semiplena definiram funções e responsabilidades gradativas quanto à programação, controle e avaliação dos serviços; coordenação de ações e redes específicas; e formulação, controle e execução de ações na área de vigilância. Também relacionou requisitos a serem cumpridos como caminho de acesso a cada modalidade, entre eles, o Conselho Estadual de Saúde (CES), o Fundo Estadual de Saúde (FES) e a CIB em funcionamento. O quadro 3.4 resume as funções e responsabilidades a serem desempenhadas pelos estados, bem como as modalidades de transferência de recursos que as acompanhariam (implementados ou não) e os requisitos a serem cumpridos para tal.

---

75 Foi realizado um único depósito do FAM em abril de 1994, segundo Lucchese (1996).

**Quadro 3.4: Condições de gestão previstas pela NOB 93 para os estados.**

| Condições de Gestão | Funções e responsabilidades  | Requisitos   | Modalidades de transferência dos recursos federais  |
|---------------------|--|--|---|
| <b>Parcial</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programação integrada com seus municípios, abrangendo a manutenção de serviços e investimentos;</li> <li>- Cadastramento, programação, distribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares, controle e avaliação do conjunto de serviços públicos e privados;</li> <li>- Coordenação da rede de referência estadual e gerência dos sistemas de alta complexidade;</li> <li>- Formulação e coordenação das políticas relativas ao tratamento fora de domicílio, órteses e próteses ambulatoriais e medicamentos especiais;</li> <li>- Coordenação, no seu âmbito, das ações de vigilância epidemiológica, dos hemocentros e da rede de laboratórios de saúde pública;</li> <li>- Formulação, execução e controle das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manifestar à CIT o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição e as condições técnicas e materiais para assumi-las;</li> <li>- Conselho Estadual de Saúde (CES);</li> <li>- Fundo Estadual de Saúde (FES);</li> <li>- Dispor e comprovar o funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB);</li> <li>- Plano Estadual de Saúde e Relatório de Gestão atualizados, contrapartida de recursos próprios do Tesouro Estadual para a saúde, Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) de saúde para o estado, programação integrada, aprovada pela CIB e pelo CES;</li> <li>- Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Hospitalares (SIH) atualizados;</li> <li>- Registro e remessa mensal de dados para a manutenção e atualização dos bancos de dados nacionais.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saldo apurado entre o teto financeiro do estado e os valores pagos pelo Ministério da Saúde através do SIA e SIH (NI);</li> <li>- Fração Assistencial Especializada (FAE);</li> <li>- Remuneração de serviços ambulatoriais e hospitalares prestados por unidades assistenciais estaduais, através do SIA e do SIH (I).</li> </ul> |
| <b>Semiplena</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem.</li> <li>- Completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços sob sua responsabilidade.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem;</li> <li>- Apresentar à CIT Termo de Compromisso, aprovado pelo CES, que contemple as metas que o gestor se propõe a cumprir.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teto global do estado deduzidas as transferências e “repasses” efetuados para os municípios em condição de gestão incipiente, parcial e semiplena (NI);</li> <li>- FAE (NI).</li> </ul>  |

Fonte: Lima (1999, p. 52).

Nota: I = Implementado; NI = Não Implementado.

Verifica-se que a evolução das habilitações foi mais lenta no caso dos estados. Como demonstra o quadro 3.9, em 1994, nenhum estado se habilitou; em 1995, cinco se habilitaram em gestão parcial e quatro em semiplena; e ao final de 1996, haviam nove estados habilitados em gestão parcial e sete em semiplena, totalizando 16, dos 26 estados da federação (Lucchese, 1996). As transferências “fundo a fundo” para os estados não se efetivaram (Lucchese, 1996; Levcovitz *et al*, 2001), fator que pode ter influenciado o ritmo das habilitações. Além disso, é importante ressaltar que os estados, por meio da atuação do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), estavam envolvidos com o debate da revisão dos seus tetos

financeiros no âmbito da CIT nesse período, sendo possível que tal processo também tenha atuado como condicionante.

O processo de revisão dos tetos financeiros, iniciado em 1994, teve continuidade com a nova gestão ministerial<sup>76</sup>, de maneira que, em março de 1995, foi apresentada à CIT o seguinte método, descrito por Lucchese (1996, p. 124-125):

“Foi realizado estudo sobre o comportamento do gasto ambulatorial e hospitalar de cada estado no segundo semestre de 1994, analisando-o em função da capacidade de controle e avaliação da Secretaria Estadual de Saúde e do perfil da produção de serviços. Daí foi estabelecido um valor aproximado dos recursos necessários à continuidade do atendimento existente em cada estado. A partir desse valor, congelou-se o volume de recursos correspondentes ao gasto ambulatorial histórico e redefiniu-se o teto hospitalar, fixando em 9% da população o limite quantitativo máximo anual de internações, o qual, multiplicado pelo valor médio da internação no estado, constituiria o montante de recursos federais alocados para assistência hospitalar. Os tetos ambulatorial e hospitalar assim definidos comporiam o teto global para a assistência à saúde com que o estado poderia contar para organizar sua assistência, embora, vale lembrar, esses recursos não fossem repassados direta e automaticamente para os fundos de saúde, pois esse repasse era condicionado ao cumprimento dos requisitos das diferentes condições de gestão previstos e à disponibilidade de recursos para implantar a sistemática. Estabelecidos esses valores, uma última revisão foi feita. Definiu-se um valor *per capita* anual de, no mínimo, 25 reais para todos os estados, e determinou-se que esses valores não apresentassem uma redução superior a 4% em relação ao teto estabelecido (em novembro de 1994), nem superior a 8%, em relação ao gasto realizado no 2º semestre de 1994”.

Ao longo de 1995, 19 estados pleitearam a revisão dos seus tetos, tendo sido realizadas 14 delas (seguindo o método anteriormente apresentado à CIT), conforme Lucchese (1996). De acordo com a autora, 11 estados tiveram seus pleitos atendidos parcialmente, em função da disponibilidade de recursos.

Por último, cabe destacar que as habilitações de estados e municípios (com exceção daqueles em gestão semiplena), segundo as condições previstas pela NOB 93, não se efetivaram integralmente, uma vez que não se pôde levar a cabo as transferências financeiras (FAM, FAE e saldos financeiros) que favoreceriam o desenvolvimento das funções e responsabilidades propostas. Um aspecto positivo foi a instituição da CIB como espaço de gestão negociada, já que ao final de 1995, elas não apenas estavam constituídas em todos os estados, mas em pleno funcionamento em 23 deles (Lucchese, 1996; Lima, 1999).

---

76 Adib Jatene como ministro da saúde, de janeiro de 1995 a outubro de 1996, sendo presidente Fernando Henrique Cardoso. Segundo Lucchese (1996, p. 24): “A Comissão de Revisão dos Tetos Financeiros produziu um relatório parcial, apresentado à Comissão Intergestores Tripartite em sua reunião de janeiro de 1995, já no contexto de uma nova direção ministerial, a qual assumiu a conclusão da proposta”.

Ao final de 1995, começou a ser construída a NOB 96, cuja discussão e elaboração envolveu cerca de 12 meses e diversas instâncias (Conselho Nacional de Saúde, CIT e oficinas do CONASS e CONASEMS), buscando dar prosseguimento a debates e encaminhamentos resultantes dos encontros macrorregionais do Ministério da Saúde com as CIB naquele ano (Levcovitz *et al*, 2001). Ela foi publicada em novembro de 1996, tendo sua implementação efetiva em 1998 (após a edição de outras portarias que viabilizaram sua operacionalização, mas modificaram seu conteúdo original), com vigência até o ano 2000<sup>77</sup>.

Por meio da NOB 96, foram estabelecidas duas condições de gestão para os estados (avançada e plena do sistema estadual) e duas para os municípios (plena da atenção básica e plena do sistema municipal), às quais estavam vinculadas diferentes modalidades de transferência de recursos e variados requisitos.

As modalidades de gestão plena da atenção básica e plena do sistema municipal caracterizaram-se por uma progressiva expansão das funções e responsabilidades relativas à gestão e prestação de ações e serviços de saúde; controle e avaliação; e planejamento e programação das referências intermunicipais, com destaque para essa última. A habilitação em cada uma delas dependia do cumprimento de determinados requisitos, alguns já previstos pela NOB 93 e outros não, como os aspectos referentes ao sistema de auditoria, às questões da Programação Pactuada e Integrada (PPI) ou da definição do elenco de procedimentos a ser ofertado no âmbito da atenção básica. O quadro 3.5 traz a síntese dessas funções, responsabilidades, requisitos e modalidades de transferência por condição de gestão.

---

<sup>77</sup> O contexto político-institucional foi marcado por mudanças na gestão do Ministério da Saúde nesse período (1º governo Fernando Henrique Cardoso no executivo nacional, de 1995 a 1998): Ministro Adib Jatene, de jan. 1995 a out. 1996; Ministro interino José Carlos Seixas, de nov. 1996 a dez. 1996; Ministro Carlos César de Albuquerque, de dez. 1996 a mar. 1998; e Ministro José Serra, de mar. 1998 a fev. 2002.

**Quadro 3.5: Condições de gestão previstas pela NOB 96 para os municípios.**

| Condições de Gestão               | Funções e responsabilidades  | Requisitos   | Modalidades de transferência dos recursos federais   |
|-----------------------------------|--|--|--|
| <b>Plena da atenção básica</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestão e execução da assistência ambulatorial básica (procedimentos incluídos no PAB), das ações básicas de vigilância sanitária incluídas no Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) e ações básicas de epidemiologia e controle de doenças;</li> <li>- Subordinam-se à gestão municipal todas as unidades básicas de saúde;</li> <li>- Elaboração da PPI contendo a referência intermunicipal;</li> <li>- Garantia da referência da assistência básica (relação gestor/gestor);</li> <li>- Implementação de mecanismos de garantia da referência, em articulação com o estado;</li> <li>- Autorização da AIH e procedimento ambulatorial especializado (salvo definição contrária da CIB);</li> <li>- Operação do SIA-SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB e alimentação junto à SES dos bancos de dados de interesse nacional;</li> <li>- Controle e avaliação da assistência básica.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manifestar à CIB o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição e as condições técnicas e materiais para assumi-las;</li> <li>- Conselho Municipal de Saúde (CMS);</li> <li>- Fundo Municipal de Saúde (FMS);</li> <li>- Plano Municipal de Saúde comprometendo-se a participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem como da alocação dos recursos expressos na programação;</li> <li>- Médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos realizados e serviços oferecidos;</li> <li>- Condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços;</li> <li>- Capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária e epidemiológica;</li> <li>- Disponibilidade de recursos humanos para a supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados;</li> <li>- Dotação orçamentária do ano e dispêndio no ano anterior;</li> <li>- Elaboração do Relatório de Gestão e aprovação pelo CMS.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Piso da Atenção Básica (PAB) (I);</li> <li>- Piso Básico de Vigilância Sanitária (<i>per capita</i>) (I como parte fixa do PAB);</li> <li>- Teto financeiro de epidemiologia e controle de doenças (NI);</li> <li>- Incentivos financeiros do PACS/PSF nos municípios com PACS/PSF implantados (I);</li> <li>- Incentivo de combate às carências nutricionais (<i>per capita</i> nos municípios habilitados situados abaixo da linha da pobreza) (I);</li> <li>- Incentivo para a Farmácia Básica nos municípios habilitados com população inferior a 21 mil habitantes (NI);</li> <li>- Remuneração de serviços ambulatoriais não-PAB através do SIA-SUS (I);</li> <li>- Remuneração de serviços hospitalares através do SIH-SUS (I).</li> </ul> |
| <b>Plena do sistema municipal</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestão de todas as ações e serviços de saúde nos municípios;</li> <li>- Subordinam-se à gestão municipal todas as unidades e serviços de saúde;</li> <li>- Elaboração de toda a programação municipal, contendo a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual;</li> <li>- Execução das ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de controle de doenças;</li> <li>- Controle, avaliação e auditoria dos serviços no município;</li> <li>- Operação do SIA e SIH-SUS e alimentação junto à SES dos bancos de dados de interesse nacional;</li> <li>- Elaboração da PPI contendo a referência intermunicipal;</li> <li>- Implementação de garantia da referência (relação gestor/gestor) em articulação com o estado;</li> <li>- Administração da oferta de procedimentos de alto custo/ alta complexidade conforme a PPI.</li> </ul>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem;</li> <li>- Participação da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem como da alocação dos recursos expressos na programação;</li> <li>- Plano municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, contendo as metas estabelecidas, a integração e a articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação das ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante os quais será efetuado o acompanhamento;</li> <li>- Estruturação do componente municipal do SNA;</li> <li>- Oferta em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PAB e, adicionalmente, de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- TFAM (composto pelas parcelas PAB e média e alta complexidade) (I);</li> <li>- Piso Básico de Vigilância Sanitária (<i>per capita</i>) (I como parte fixa do PAB);</li> <li>- Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (NI);</li> <li>- Incentivos financeiros do PACS/PSF nos municípios com PACS/PSF implantados (I);</li> <li>- Incentivo de Combate às Carências Nutricionais (<i>per capita</i> nos municípios habilitados situados abaixo da linha de pobreza) (I);</li> <li>- Incentivo para a Farmácia Básica nos municípios habilitados com população inferior a 21 mil habitantes (NI).</li> </ul>  |

Fonte: Lima (1999, p. 94-95).

Nota: I = Implementado; NI = Não Implementado.

Foi no âmbito da NOB 96 que se ampliou consideravelmente a habilitação dos municípios em alguma condição de gestão. Em dezembro de 1998, 83% dos municípios estavam habilitados em gestão plena da atenção básica e 8,2% em gestão plena do sistema municipal; ao final de 2000, cerca de 99% dos municípios já estavam habilitados, em torno de 89% plenos da atenção básica e por volta de 10% plenos do sistema municipal (Viana *et al*, 2002b).

O quadro 3.9 mostra o percentual de municípios habilitados por estado, em cada uma dessas condições de gestão. Levcovitz *et al* (2001, p. 280) afirmam que “em geral, há uma tendência de os municípios com maior porte e com maior capacidade de oferta assumirem a condição de gestão plena do sistema municipal”, contudo, destacam que em alguns estados, como no caso do Espírito Santo, municípios de pequeno ou médio porte se habilitaram nessa modalidade. Como se pode observar no quadro 3.9, geralmente, o percentual de municípios habilitados em gestão plena do sistema municipal em cada estado está abaixo ou em torno a 15%, com exceção do Espírito Santo, Pará, São Paulo, Rio de Janeiro, Rondônia e Maranhão.

A NOB 96 pode ser considerada um marco da dimensão política da descentralização sanitária, pois durante sua vigência se alcançou a habilitação de quase totalidade dos municípios, em um processo acompanhado pela efetivação das transferências financeiras “fundo a fundo”<sup>78</sup>. É preciso destacar que parte dessas transferências foi vinculada a programas específicos, como estratégia do governo federal para induzir a política de saúde (Levcovitz *et al*, 2001; Viana *et al*, 2002b), fator que reduz o poder do município, tanto no que diz respeito à gestão orçamentária quanto à decisão sobre prioridades em saúde.

Quanto aos estados, as modalidades de gestão avançada e plena do sistema estadual foram marcadas por uma ampliação progressiva das funções e responsabilidades a serem desempenhadas no que diz respeito ao planejamento e definição das referências intermunicipais, por meio da PPI; à cooperação técnica e financeira aos municípios; à formulação, coordenação e execução de políticas específicas; e ao controle, avaliação e auditoria no âmbito estadual. A habilitação em cada uma delas estava vinculada ao cumprimento de determinados requisitos, incluindo aspectos referentes ao sistema de auditoria, às questões que envolviam a PPI ou ao percentual de municípios habilitados em alguma condição de gestão prevista na NOB. O quadro 3.6 traz resume essas funções, responsabilidades, requisitos e modalidades de transferência por condição de gestão.

---

78 Nas palavras de Levcovitz *et al* (2001, p. 287): “No final de 2000, quase a totalidade dos municípios brasileiros já recebia de forma automática, no mínimo, os recursos para a atenção básica e, mais de 60% do total dos recursos assistenciais federais nessa época são transferidos diretamente aos fundos municipais”.

**Quadro 3.6: Condições de gestão previstas pela NOB 96 para os estados.**

| Condições de Gestão                        | Funções e responsabilidades  | Requisitos   | Modalidades de transferência dos recursos federais   |
|--|--|--|--|
| <p><b>Avançada do sistema estadual</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração da PPI contendo referência intermunicipal;</li> <li>- Detalhamento da programação da Fração Assistencial Especializada (FAE);</li> <li>- Elaboração e execução do Plano Estadual de Investimentos negociado na CIB e aprovado no Conselho Estadual de Saúde (CES);</li> <li>- Coordenação da política de alto custo/alta complexidade, órteses e próteses, medicamentos excepcionais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD);</li> <li>- Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia;</li> <li>- Organização do sistema de referência, normatização e operação da Câmara de Compensação de AIH, procedimentos especializados e de alto custo/complexidade;</li> <li>- Formulação da política estadual de assistência farmacêutica;</li> <li>- Cooperação técnica e financeira aos municípios;</li> <li>- Coordenação da política de vigilância sanitária;</li> <li>- Coordenação da política de vigilância epidemiológica e controle de doenças;</li> <li>- Operação do SIA e SIH, conforme normas do Ministério da Saúde e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional;</li> <li>- Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual, incluindo o FAE, o Piso da Atenção Básica (PAB) dos municípios não habilitados.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manifestar à CIT o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição e as condições técnicas e materiais para assumi-las;</li> <li>- Conselho Estadual de Saúde (CES);</li> <li>- Fundo Estadual de Saúde (FES);</li> <li>- Dispor e comprovar o funcionamento da CIB;</li> <li>- Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, contendo: as metas pactuadas; a programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças, de saneamento, de pesquisa e de desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas as ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas; as estratégias de descentralização das ações de saúde para os municípios; as estratégias de reorganização do modelo de atenção; os critérios utilizados e os indicadores por meio dos quais será efetuado o acompanhamento das ações;</li> <li>- Relatório de Gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito;</li> <li>- Comprovação da transferência de unidades aos municípios habilitados;</li> <li>- Estruturação do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria (SNA);</li> <li>- Dotação orçamentária do ano e dispêndio no ano anterior;</li> <li>- Comitê Interinstitucional de Epidemiologia;</li> <li>- Serviço de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância Sanitária.</li> <li>- Apresentação da PPI ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração;</li> <li>- 60% dos municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas na NOB, ou 40% dos municípios habilitados desde que nestes residam 60% da população;</li> <li>- 30% do teto financeiro assistencial (TFA) comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Piso de Atenção Básica (PAB) dos municípios não habilitados acrescido da Fração Assistencial Especializada (valor programado para a atenção ambulatorial de média complexidade), não transferido aos municípios habilitados (NI);</li> <li>- Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (NI).</li> <li>- Piso Básico de Vigilância Sanitária (<i>per capita</i>) de municípios não habilitados (NI);</li> <li>- Teto financeiro de epidemiologia e controle de doenças (NI);</li> <li>- Incentivo para a Farmácia Básica (NI);</li> <li>- Remuneração de serviços ambulatoriais “não- PAB” através do SIA-SUS (I);</li> <li>- Remuneração de serviços hospitalares através do SIH-SUS (I).</li> </ul> |

| Condições de Gestão                     | Funções  | Requisitos  | Modalidades de transferência dos recursos federais  |
|---|--|---|---|
| <p><b>Plena do sistema estadual</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem;</li> <li>- Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual, conforme definição da CIB.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem;</li> <li>- Implementação da PPI das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração.</li> <li>- Operacionalização de mecanismos de controle da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, tais como: centrais de controle de leitos e internações, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alto custo e/ou alta complexidade e de marcação de consultas;</li> <li>- 80% dos municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas na NOB ou 50% dos municípios, desde que nestes residam 80% da população;</li> <li>- 50% do valor do Teto Financeiro Assistencial comprometido com transferências regulares e automáticas.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- TFAE, deduzidas as transferências e “repasses” efetuados para os municípios (I);</li> <li>- Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (NI);</li> <li>- Piso Básico de Vigilância Sanitária (<i>per capita</i>) de municípios não habilitados (NI);</li> <li>- Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (NI);</li> <li>- Incentivo para a Farmácia Básica (NI).</li> </ul> |

Fonte: Lima (1999, p. 92-93).

Nota: I = Implementado; NI = Não Implementado.

Mais uma vez, a habilitação dos estados seguiu um processo mais lento e gradual. De acordo com o quadro 3.9, até dezembro de 1998, apenas um estado estava habilitado em gestão plena do sistema estadual; em 1999, quatro se habilitaram em gestão avançada e dois em plena; e em 2001, um estado em gestão avançada e três em plena. Ao final desse período, apenas 11 dos 26 estados estavam habilitados em alguma condição de gestão, sendo seis em gestão plena. Esse balanço é importante pois apenas os que se encontravam habilitados poderiam receber os recursos referentes ao seu teto financeiro (deduzidas as transferências para os municípios) na modalidade “fundo a fundo” (Levcovitz *et al*, 2001).

Ainda que a NOB 96 tenha estimulado a articulação entre estados e municípios para a organização do sistema de saúde, por meio da PPI e da definição das referências intermunicipais (Cordeiro, 2001), ao final de uma década de implantação do SUS, pode-se considerar que o poder político dos estados na descentralização da saúde ainda estava limitado, com o predomínio da relação direta entre União e municípios.

Ao final, é importante lembrar que a NOB 96 propôs a mudança do modelo assistencial, por meio dos incentivos à implementação dos Programas de Agente Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF), contribuindo para a expansão da oferta da atenção básica no país. Ao final do ano 2000, tais programas já atingiam, respectivamente, 51,5% e 22,5% da população (Levcovitz *et al*, 2001). Por outro lado, o Ministério da Saúde ampliou seu poder no que diz respeito à coordenação, regulação e indução da política nacional; ainda que a CIT e a CIB tenham se fortalecido como espaços de negociação da gestão descentralizada.

Os anos 2000 foram inaugurados pela publicação das NOAS (2001 e 2002)<sup>79</sup>. Elas podem ser tomadas como outro marco importante da dimensão política da descentralização da saúde, pois representam o momento em que mais se avançou na habilitação dos estados. Além disso, elas trouxeram maior destaque para a regionalização e para o papel dos estados na coordenação desse processo (Souza, 2001).

A NOAS previu duas condições de habilitação para os municípios (gestão plena da atenção básica ampliada e gestão plena do sistema municipal) e duas para os estados (avançada e plena do sistema estadual), estabelecendo responsabilidades e prerrogativas (que envolvem a transferência de recursos financeiros), bem como os requisitos para o acesso a cada uma dessas modalidades. O resumo dessas condições se encontra nos quadros a seguir.

---

79 As NOAS foram publicadas durante o 2º governo de Fernando Henrique Cardoso na presidência da república, ainda na gestão de José Serra no Ministério da Saúde (que havia tido início no mandato anterior, em mar. 1998, e se estendeu até fev. 2002, quando assumiu a pasta, Barjas Negri, até o final daquele ano).

**Quadro 3.7: Condições de gestão previstas pela NOAS para os municípios.**

| Condições de gestão                            | Responsabilidades   | Requisitos  | Prerrogativas   |
|--|---|---|---|
| <p><b>Plena da atenção básica ampliada</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde.</li> <li>- Integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal.</li> <li>- Gerência de unidades ambulatoriais próprias.</li> <li>- Gerência de unidades ambulatoriais transferidas pelo estado ou pela União.</li> <li>- Organização da rede de atenção básica, incluída a gestão de prestadores privados.</li> <li>- Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS (Cartão Nacional de Saúde).</li> <li>- Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB-Ampliado e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediada pela SES.</li> <li>- Realizar cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB-A, localizados em seu território e vinculados ao SUS.</li> <li>- Operação do SIA/SUS e o SIAB, quando aplicável, e alimentação junto à Secretaria Estadual de Saúde, dos bancos de dados nacionais.</li> <li>- Autorização, desde que não haja definição contrária por parte da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.</li> <li>- Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, seguindo normas do MS.</li> <li>- Realização de avaliação permanente do impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente, incluindo o cumprimento do pacto de indicadores da atenção básica.</li> <li>- Execução das ações básicas de vigilância sanitária, epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas.</li> <li>- Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde/CMS.</li> <li>- Firmar o Pacto de Indicadores da Atenção Básica com o estado.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.</li> <li>- Comprovar o funcionamento do CMS.</li> <li>- Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS.</li> <li>- Comprovar capacidade técnica e administrativa para o desempenho das atividades de controle, e avaliação, através da definição de estrutura física e administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação.</li> <li>- Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, de acordo com a Emenda Constitucional 29/2000.</li> <li>- Estabelecimento do Pacto da Atenção Básica para o ano em curso.</li> <li>- Formalizar junto a CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transferência regular e automática dos recursos referentes ao Piso de Atenção Básica Ampliado (PAB-A), correspondente ao financiamento do Elenco de Procedimentos Básicos e do incentivo de vigilância sanitária (I).</li> <li>- Transferência regular e automática dos recursos referentes ao PAB variável, desde que qualificado conforme as normas vigentes (I).</li> <li>- Gestão de todas as unidades básicas de saúde, públicas ou privadas (lucrativas e filantrópicas) integrantes do SUS, localizadas no território municipal.</li> </ul> |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <p><b>Plena do sistema municipal</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem.</li> <li>- Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares.</li> <li>- Gerência de unidades assistenciais transferidas pelo estado e pela União.</li> <li>- Gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o comando único, ressaltando as unidades públicas e privadas de hemonúcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública.</li> <li>- Garantia do atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI, e transformado em Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, assim como a organização do encaminhamento das referências para garantir o acesso de sua população a serviços não disponíveis em seu território.</li> <li>- Integração dos serviços existentes no município aos mecanismos de regulação ambulatoriais e hospitalares.</li> <li>- Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, pactuadas na CIB.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem</li> <li>- Comprovar disponibilidade orçamentária suficiente, bem como mecanismos para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde.</li> <li>- Firmar Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a Secretaria Estadual de Saúde.</li> <li>- Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).</li> <li>h) Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem como da alocação de recursos expressa na programação.</li> <li>- Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).</li> <li>- Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses, de acordo com a pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde (FNS).</li> <li>- Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.</li> <li>- Comprovar o comando único sobre a totalidade dos prestadores de serviços ao SUS localizados no território municipal.</li> <li>- Comprovar oferta das ações do primeiro nível de média complexidade (M1) e de leitos hospitalares.</li> <li>- Comprovar Adesão ao Cadastro Nacional dos usuários do SUS Cartão SUS.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao valor <i>per capita</i> definido para o financiamento dos procedimentos do M1, após qualificação da microrregião na qual está inserido, para sua própria população e, caso seja sede de módulo assistencial, para a sua própria população e população dos municípios abrangidos (I)</li> <li>- Receber, diretamente no Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para o município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e aquela destinada ao atendimento à população referenciada, condicionado ao cumprimento efetivo do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado (I).</li> <li>- Gestão do conjunto das unidades prestadoras de serviços ao SUS ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais e privadas, estabelecidas no território municipal.</li> </ul> |
|--|--|---|---|

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2001a; 2002).

Nota: I = Implementado; NI = Não Implementado.

**Quadro 3.8: Condições de gestão previstas pela NOAS para os estados.**

| Condições de gestão                        | Responsabilidades  | Requisitos  | Prerrogativas   |
|--|--|---|---|
| <p><b>Avançada do sistema estadual</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração do Plano Estadual de Saúde, do Plano Diretor de Regionalização (PDR), do Plano Diretor de Investimentos (PDI) e da Programação Pactuada e Integrada (PPI).</li> <li>- Coordenação da PPI do estado, contendo a referência intermunicipal e pactos de negociação na CIB para alocação dos recursos.</li> <li>- Gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública.</li> <li>- Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia, de acordo com a política nacional.</li> <li>- Coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, viabilizando com os municípios-sede de módulos assistenciais e pólos os Termos de Compromisso para a Garantia de Acesso.</li> <li>- Gestão dos sistemas municipais nos municípios não habilitados em nenhuma das condições de gestão vigentes no SUS</li> <li>- Gestão das atividades referentes a: Tratamento Fora de Domicílio para Referência Interestadual, Medicamentos Excepcionais, Central de Transplantes. O estado poderá delegar essas funções aos municípios em GPSM.</li> <li>- Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, de acordo com a política nacional.</li> <li>- Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais.</li> <li>- Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão e coordenação do cadastro estadual de prestadores.</li> <li>- Organização e gestão do sistema estadual de Controle, Avaliação e Regulação.</li> <li>- Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios.</li> <li>- Estruturação e operação do Componente Estadual do SNA.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, contendo o Quadro de Metas (por meio do qual a execução do Plano será acompanhada anualmente nos Relatórios de Gestão); as definições da PPI; das estratégias de descentralização; e de reorganização do modelo de atenção.</li> <li>- Apresentar o Plano Diretor de Regionalização (PDR).</li> <li>- Comprovar a implementação da Programação Pactuada e Integrada (PPI) das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração, bem como proposição de estratégias de monitoramento e garantia de referências intermunicipais e critérios de revisão periódica dos limites financeiros dos municípios.</li> <li>- Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, de acordo com a Emenda Constitucional 29/2000.</li> <li>- Comprovar o funcionamento da CIB.</li> <li>- Comprovar o funcionamento do CES.</li> <li>- Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde e disponibilidade orçamentária suficiente, bem como mecanismos para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde.</li> <li>- Apresentar Relatório de Gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito.</li> <li>- Comprovar descentralização para os municípios habilitados da rede de Unidades Assistenciais Básicas.</li> <li>- Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados em GPSM.</li> <li>- Comprovar a estruturação do componente estadual do SNA.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Piso de Atenção Básica (PAB) relativos aos municípios não habilitados, nos termos da NOB 96 (I).</li> <li>- Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento <i>per capita</i> do M1 em regiões qualificadas, nos casos em que o município-sede estiver habilitado somente em Gestão Plena da Atenção Básica-Ampliada (I).</li> </ul> |

|                                  |  |  |   |
|----------------------------------|--|--|---|
|                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às ações de saúde.</li> <li>- Coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde.</li> <li>- Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala.</li> <li>- Coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme a legislação em vigor e pactuação estabelecida com a ANVISA.</li> <li>- Execução das ações de vigilância sanitária, sempre que necessário.</li> <li>- Apoio logístico e estratégico às atividades de atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT.</li> <li>- Operação dos Sistemas Nacionais de Informação, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.</li> <li>- Coordenação do processo de pactuação dos indicadores da Atenção Básica com os municípios, informação das metas pactuadas ao Ministério da Saúde e acompanhamento da evolução dos indicadores pactuados.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprovar, formalmente, capacidade técnica, administrativa e operacional para o desempenho das atividades de controle, regulação, e avaliação através da definição de estrutura física, administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação (linha telefônica e acesso a internet).</li> <li>- Comprovar também, a estruturação e operacionalização de mecanismos e instrumentos de regulação de serviços ambulatoriais e hospitalares.</li> <li>- Comprovar a Certificação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças.</li> <li>- Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.</li> <li>- Estabelecimento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica.</li> <li>- Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pela CIB e pelo CES, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.</li> </ul> |   |
| <b>Plena do sistema estadual</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem.</li> <li>- Cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem.</li> <li>- Dispor de 50% do valor do Limite Financeiro da Assistência do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem.</li> <li>- Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do Limite Financeiro da Assistência, deduzidas as transferências “fundo a fundo” realizadas a municípios habilitados (I).</li> </ul> |

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2001a; 2002).

Nota: I = Implementado; NI = Não Implementado.

As condições de gestão previstas pela NOAS para os municípios (quadro 3.7) visavam à ampliação progressiva das responsabilidades no que diz respeito à gestão das unidades (públicas e privadas contratadas) presentes no seu território; ao planejamento regional da oferta de serviços, objetivando garantir o acesso a todos os níveis de complexidade, por meio da definição dos municípios de referência no âmbito da PPI e do Plano Diretor de Regionalização (PDR), proposto por essa norma; à organização do sistema, conjuntamente com o gestor estadual, incluindo o desenvolvimento do cadastro nacional dos usuários do SUS (chamado Cartão SUS); e ao fortalecimento do modelo de atenção previsto pela NOB 96, definindo um elenco de procedimentos da atenção básica ampliada, com manutenção das transferências “fundo a fundo”.

No caso dos estados, as condições de gestão previstas pela NOAS (quadro 3.8) representaram o momento em que suas responsabilidades receberam maior ênfase (em comparação com as normativas anteriores) (Pereira, 2009). Além das funções relacionadas à coordenação, formulação e execução de políticas específicas, incluindo a área das vigilâncias; cadastramento, controle, avaliação e auditoria; e gestão de unidades; as NOAS fortaleceram o papel do gestor estadual na coordenação do sistema de saúde, cabendo a ele a condução da PPI e do PDR (assim como do Plano Diretor de Investimentos – PDI, que se efetivou em poucos estados dada à conjuntura econômica desfavorável até meados da década).

Diante disso, como indica o quadro 3.9, ao final de 2002, haviam 13 estados habilitados em gestão plena do sistema estadual; em 2003, outros cinco se habilitaram; e em 2004, os sete estados restantes. De maneira que, ao final desse período, todos os 26 estados estavam habilitados na condição de gestão que conferia maior autonomia e poder, segundo a NOAS.

No que toca aos municípios, tem-se uma inversão no ritmo das habilitações. Em setembro de 2004, apenas 27,3% dos municípios se encontravam em gestão plena da atenção básica ampliada; e 4,8% em gestão plena do sistema municipal (quadro 3.9).

É possível identificar, por meio do quadro 3.9, uma grande variação entre o percentual de municípios habilitados nos diferentes estados. No caso das habilitações em gestão plena da atenção básica ampliada, há estados cujo percentual de municípios habilitados está acima de 90% (Espírito Santo, Sergipe e Rio Grande do Sul); há outros com este percentual acima de 50% (São Paulo e Santa Catarina); há aqueles cujo percentual está entre 20% e 30% (Bahia, Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Norte); outros em que o percentual está abaixo de 15% (em 13 estados); e em cinco estados não havia nenhum município habilitado até 2004.

Quanto às habilitações em gestão plena do sistema municipal, em geral e seguindo o comportamento das NOB anteriores, o percentual de habilitações é mais baixo. Há três estados com percentual de municípios habilitados acima de 15% (Ceará, Mato Grosso do Sul e Pará); quatro estados onde este percentual está entre 10% e 15% (Alagoas, Paraíba, Amazonas e Amapá); 14 estados nos quais está abaixo de 10%; e cinco estados sem nenhum município habilitado nesta condição de gestão até 2004. Cabe destacar que Acre e Roraima são os estados nos quais não havia município habilitado em nenhuma das condições de gestão previstas pela NOAS (ao passo que ambos estavam habilitados em gestão plena do sistema estadual desde 2003).

Entre as contribuições da NOAS, cabe destacar a presença de uma racionalidade sistêmica forte<sup>80</sup>, com valorização da regionalização e da garantia do acesso, e da criação de um instrumento para apoiar tal processo (o PDR); o estabelecimento da transferência “fundo a fundo” dos valores *per capita* referentes aos serviços prestados pelos municípios-pólo em cada região (conforme definições da PPI); e a redefinição das responsabilidades e procedimentos da atenção básica, média e alta complexidade, além da proposição de protocolos para a assistência médica (Viana *et al*, 2002b). Entretanto, a normatividade excessiva e rigidez dos critérios definidos pela norma para a conformação das microrregiões e regiões de saúde afetaram sua implementação (Viana *et al*, 2008), ainda que ela tenha logrado estimular o planejamento regional e a formulação do PDR no âmbito dos estados (Viana *et al*, 2010).

A partir do diagnóstico de que eram necessárias mudanças nas formas de relacionamento entre as esferas de governo na política de saúde, a equipe que assumiu o Ministério em 2003<sup>81</sup> deu início à elaboração do Pacto pela Saúde, publicado em 2006. Lima *et al* (2012, p. 1905) caracterizam esse momento: “Assim, durante a primeira gestão ministerial da saúde no governo Lula (2003 a meados de 2005), a discussão sobre a descentralização teve como foco a necessidade de substituição dos processos e instrumentos adotados para a habilitação de estados e municípios por novas práticas, que induzissem a ação coordenada e cooperativa entre os gestores do SUS”.

O Pacto pela Saúde visava fortalecer a gestão descentralizada do SUS, mantendo a regionalização como uma estratégia importante para isso, redefinindo as responsabilidades de

---

80 Segundo Viana *et al* (2002b), a racionalidade sistêmica forte está “vinculada às definições do conjunto de ações e serviços a ser abrangidos nos módulos assistenciais pela esfera federal e às iniciativas e discussões intermunicipais sob coordenação da instância estadual (PPI, PDR e PDI)”.

81 Em 2003, o presidente Luís Inácio Lula da Silva (PT) assumiu o executivo nacional. Seu primeiro mandato foi até 2006, quando foi reeleito e prosseguiu até 2010.

cada esfera gestora e estabelecendo a pactuação de objetivos e metas a serem alcançados. Para tanto, foi constituído por três componentes: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS; e Pacto de Gestão, assim definidos no âmbito da Portaria n. 399, de fevereiro de 2006:

“O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. [...]

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. [...]

O Pacto de Gestão do SUS 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” (Brasil, 2006, p. 2-3).

Pautado na lógica do federalismo cooperativo, o Pacto pela Saúde buscou definir a responsabilidade de cada gestor do SUS, possivelmente, visando ao fortalecimento da gestão cooperativa (por meio da instituição do Colegiado de Gestão Regional – CGR) e à redução do “jogo de empurra” presente em contextos federativos competitivos. Dessa maneira, o Pacto de Gestão do SUS estabeleceu a responsabilidade sanitária<sup>82</sup> de municípios, estados, União e Distrito Federal em sete eixos: 1) Responsabilidades gerais da gestão do SUS; 2) Responsabilidades na regionalização; 3) Responsabilidades no Planejamento e Programação; 4) Responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria; 5) Responsabilidades na gestão do trabalho; 6) Responsabilidades na educação na saúde; e 7) Responsabilidades na participação e controle social (Brasil, 2006).

A adesão ao Pacto pela Saúde envolveu a assinatura de Termos de Compromisso de Gestão (TCG) Federal, Estadual, Municipal e do Distrito Federal, que substituíram a habilitação nos termos da NOB 96 e da NOAS. Tais Termos deveriam compreender as atribuições e responsabilidades a serem assumidas pelo gestor, bem como as metas e objetivos a serem alcançadas no âmbito do Pacto pela Vida e de Gestão, além dos indicadores de

---

82 Sobre a responsabilidade sanitária, consta do Pacto pela Saúde que: “Algumas responsabilidades atribuídas aos municípios devem ser assumidas por todos os municípios. As outras responsabilidades serão atribuídas de acordo com o pactuado e /ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal. No que se refere às responsabilidades atribuídas aos estados devem ser assumidas por todos eles. Com relação à gestão dos prestadores de serviço fica mantida a normatização estabelecida na NOAS SUS 01/2002. As referências na NOAS SUS 01/2002 às condições de gestão de estados e municípios ficam substituídas pelas situações pactuadas no respectivo Termo de Compromisso de Gestão” (Brasil, 2006, p. 16).

monitoramento. Foi prevista a aprovação do Termo pelo respectivo Conselho de Saúde, e sua revisão anual a partir das metas, objetivos e indicadores definidos (Brasil, 2006).

O movimento de adesão dos estados ao Pacto pela Saúde esteve, em sua maior parte, concentrado nos anos 2007, quando 14 aderiram, e 2008, marcado pela adesão de nove estados. Dos três estados restantes, Tocantins foi o primeiro a aderir, em 2006; Piauí aderiu em 2009; e Amazonas em 2010. Tais dados estão apresentados no quadro 3.9.

A adesão dos municípios ao Pacto pela Saúde também pode ser considerada expressiva, já que alcançou 82,5% até setembro de 2012. Como mostra o quadro 3.9, há uma variação entre o percentual de municípios que aderiram ao Pacto pela Saúde entre os estados, de maneira que em 57,5% dos estados (15 estados), o percentual de adesão dos municípios foi superior a 90% (sendo de 100% em 10 desses estados); em outros dois, estava acima de 80%; em cinco deles, estava entre 50% e 70%; em outros três estados, encontrava-se entre 20% e 30%; e em um estado (Amazonas), o percentual de adesão dos municípios estava abaixo de 10%.

Em estudo recente acerca da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil, Lima *et al* (2012) chamam atenção para os condicionantes históricos, institucionais e conjunturais dos processos de descentralização e regionalização, relacionando-os aos impactos promovidos por tal normativa. Nas suas palavras:

“Em síntese, a implementação do Pacto pela Saúde se associou, em cada estado, aos processos de descentralização e regionalização anteriores, ao desenvolvimento das capacidades de negociação loco-regionais e ao grau de articulação existente entre os representantes do Conselho de Representação das Secretarias Municipais de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, no sentido de gerar consensos sobre a divisão de responsabilidades gestoras e os desenhos regionais adotados em cada estado” (Lima *et al*, 2012, p. 1911).

O Pacto pela Saúde marcou a trajetória da descentralização e da regionalização sanitária, abrindo a possibilidade de ampliação da autonomia e poder de estados e municípios na gestão do SUS. Tal possibilidade pode ser viabilizada por meio do fortalecimento do CGR, enquanto espaço de articulação regional e tomada de decisão; a partir das mudanças no padrão de relacionamento entre as esferas gestoras; e através das alterações nos mecanismos de transferência de recursos.

Em junho de 2011, a regulação do processo de descentralização da saúde recebeu um novo direcionamento com a publicação do Decreto 7.508, assinado pela presidenta Dilma

Rousseff<sup>83</sup> em 28 de junho. Tal decreto regulamentou a Lei 8.080/90, tratando da organização do sistema com destaque para as funções de planejamento, assistência à saúde e articulação interfederativa. Insere-se em um contexto de preocupação com a garantia do acesso e a integralidade no SUS, compreendendo a via legal e contratual como a estratégia mais adequada para o alcance desses objetivos.

A fim de operacionalizar tais objetivos, o Decreto 7.508/11 propôs o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), definido como:

“Acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde” (Brasil, 2011, p. 1).

Nos termos do Decreto, o COAP substitui os Termos de Compromisso de Gestão assinados no âmbito do Pacto pela Saúde, visando constituir-se como o instrumento que consolida as responsabilidades de cada esfera de governo na gestão do SUS, estabelecendo as metas a serem cumpridas e os indicadores de monitoramento. Uma diferença importante entre o COAP e seu antecessor é a definição da base regional para a assinatura do contrato, o que pode fortalecer o pacto federativo na lógica da regionalização da saúde (dependendo de como o processo de planejamento e pactuação regional for construído). Dessa maneira, cada COAP deve ser assinado pelos representantes da União, estado e municípios que conformam a região, havendo um único pacto assinado entre os gestores a partir dessa base territorial<sup>84</sup>. Cabe lembrar que tal Decreto institucionalizou o Colegiado de Gestão Regional (CGR) definido pelo Pacto pela Saúde como Comissão Intergestores Regional (CIR).

Como mostra o quadro 3.9, até 2013, apenas dois estados haviam assinado o COAP: Ceará e Mato Grosso do Sul. O Ceará conta com 22 regiões de saúde, tendo sido o COAP assinado em quatro delas, representando 18% das mesmas e envolvendo 24,5% dos municípios. O Mato Grosso do Sul, segundo estado a assinar o COAP, possui quatro regiões e

---

83 O mandato de Dilma Rousseff (PT) na presidência da república teve início em 2011, com vigência até 2014. Assumiu o Ministério da Saúde Alexandre Padilha, que deverá se afastar em fevereiro do ano corrente para concorrer às eleições estaduais, sendo substituído por Arthur Chioro.

84 Os Termos de Compromisso de Gestão estavam direcionados a cada ente (havia termos específicos para cada um deles). Embora visassem fortalecer a regionalização, os Termos foram, na maior parte das vezes, assinados individualmente (relação direta entre municípios e União), descolados da base regional definida.

assinou o contrato em todas elas (ou seja, 100% das regiões e 100% dos municípios). Há pleitos em análise no âmbito do Ministério da Saúde.

O processo de implementação do Decreto 7.508/11 e dos COAP assinados a partir dele ainda é muito recente, o que dificulta a análise do impacto sobre a redistribuição de poder entre as esferas de governo. Estudos futuros poderão aferir em que grau eles favoreceram a regionalização da saúde e a gestão cooperativa do SUS.

A descentralização política se caracteriza pelo poder parcial das esferas subnacionais quanto à formulação, planejamento e regulação da política de saúde, como também do fórum de negociação interterritorial (CIB). Percebe-se uma centralização do poder de decisão no Ministério da Saúde, que coordena a política nacional. O balanço entre os poderes (central e subnacionais) indica ampla capacidade do governo federal para formular e induzir as políticas nacionais, bem como poder parcial para conduzir o fórum de negociação interterritorial (CIT).

As comissões intergestores (CIB e CIT) caracterizam-se por uma condução colegiada e decisões por consenso, de modo que o poder e autonomia de um ente em sua condução são limitados pelo poder e autonomia do outro, dado o contexto federativo. A CIT é marcada pela atuação das representações dos estados (CONASS) e municípios (CONASEMS), que defendem pautas e interesses subnacionais (Ribeiro; Sophia, 2008). Estudo recente que avaliou as CIB no âmbito nacional, identificou que o peso das pautas regionais varia entre as regiões, mostrando-se elevada em 41,7% dos estados (Machado *et al*, 2011), ainda que tal percentual seja importante, sugere a presença predominante de questões direcionadas pelo Ministério da Saúde no bojo desse fórum de negociação territorial.

O processo de descentralização política, via habilitação dos estados e municípios nas diferentes condições de gestão definidas pelas normativas publicadas nos anos 1990 e 2000, foi sintetizado no quadro 3.9. Tal quadro traz o ano e o total de habilitações dos estados a cada norma, assim como o percentual de municípios habilitados (por estado) segundo cada condição de gestão.

**Quadro 3.9: Dimensão política da descentralização da saúde: habilitação de estados e municípios segundo as condições de gestão propostas pelas normativas ministeriais. Brasil. 1994 a 2012.**

| Condição de gestão     | NOB 93        |                  |                                     | NOB 96               |                   |                 |                 | NOAS 2001/02      |                 |                 | Pacto pela Saúde/2006 |            | Decreto 7508/2011         |            |
|------------------------|---------------|------------------|-------------------------------------|----------------------|-------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------------|------------|---------------------------|------------|
|                        | Estados       |                  | Municípios                          | Estados              |                   | Municípios      |                 | Estados           | Municípios      |                 | Estados               | Municípios | Estados                   | Municípios |
|                        | Parcial (ano) | Semi-plena (ano) | Incipiente, Parcial e Semiplena (%) | Avançada do SE (ano) | Plena do SE (ano) | Plena da AB (%) | Plena do SM (%) | Plena do SE (ano) | Plena da AB (%) | Plena do SM (%) | Adesão (ano)          | Adesão (%) | COAP (ano e % de regiões) | COAP (%)   |
| <b>Região Norte</b>    |               |                  |                                     |                      |                   |                 |                 |                   |                 |                 |                       |            |                           |            |
| Acre                   | -             | -                | 18,2%                               | -                    | -                 | 77,3%           | 4,5%            | 2003              | 0,0%            | 0,0%            | 2008                  | 50,0%      | -                         | -          |
| Amapá                  | -             | -                | 0,0%                                | -                    | -                 | 81,2%           | 6,2%            | 2004              | 0,0%            | 12,5%           | 2007                  | 37,5%      | -                         | -          |
| Amazonas               | 1996          | -                | 0,0%                                | -                    | -                 | 83,9%           | 11,3%           | 2004              | 11,3%           | 12,9%           | 2010                  | 6,5%       | -                         | -          |
| Pará                   | 1995          | -                | 13,3%                               | -                    | 2001              | 68,5%           | 30,7%           | 2002              | 14,7%           | 16,1%           | 2008                  | 93,7%      | -                         | -          |
| Rondônia               | -             | -                | 27,5%                               | -                    | -                 | 78,8%           | 21,1%           | 2003              | 7,7%            | 5,8%            | 2008                  | 100%       | -                         | -          |
| Roraima                | -             | -                | 0,0%                                | -                    | -                 | 93,3%           | 6,7%            | 2003              | 0,0%            | 0,0%            | 2007                  | 60,0%      | -                         | -          |
| Tocantins              | -             | -                | 4,9%                                | -                    | -                 | 93,5%           | 6,5%            | 2004              | 0,7%            | 0,0%            | 2006                  | 60,4%      | -                         | -          |
| <b>Região Nordeste</b> |               |                  |                                     |                      |                   |                 |                 |                   |                 |                 |                       |            |                           |            |
| Alagoas                | -             | -                | 58,0%                               | -                    | 1998              | 85,3%           | 14,7%           | 2002              | 3,9%            | 14,7%           | 2007                  | 100%       | -                         | -          |
| Bahia                  | 1995          | -                | 32,1%                               | 1999                 | -                 | 94,5%           | 4,6%            | 2003              | 29,0%           | 4,3%            | 2007                  | 69,1%      | -                         | -          |
| Ceará                  | -             | 1995             | 75,5%                               | -                    | 2001              | 84,2%           | 15,8%           | 2002              | 14,7%           | 23,4%           | 2007                  | 100%       | 2012 (18%)                | 24,5%      |
| Maranhão               | -             | -                | 21,3%                               | -                    | -                 | 78,8%           | 20,3%           | 2004              | 8,8%            | 3,2%            | 2007                  | 98,6%      | -                         | -          |
| Paraíba                | -             | -                | 54,4%                               | 2001                 | -                 | 96,4%           | 3,6%            | 2002              | 9,4%            | 13,5%           | 2008                  | 83,4%      | -                         | -          |
| Pernambuco             | -             | 1996             | 55,4%                               | -                    | -                 | 89,7%           | 10,3%           | 2004              | 14,1%           | 3,3%            | 2008                  | 84,9%      | -                         | -          |
| Piauí                  | -             | -                | 64,2%                               | -                    | -                 | 99,5%           | 0,4%            | 2004              | 0,0%            | 3,6%            | 2009                  | 26,3%      | -                         | -          |
| Rio Grande do Norte    | 1996          | -                | 84,3%                               | -                    | -                 | 94,0%           | 6,0%            | 2003              | 22,8%           | 0,6%            | 2007                  | 100%       | -                         | -          |
| Sergipe                | -             | -                | 21,3%                               | -                    | -                 | 97,3%           | 2,7%            | 2002              | 92,0%           | 4,0%            | 2008                  | 100%       | -                         | -          |

| Condição de gestão         | NOB 93        |                  |                                     | NOB 96               |                   |                 |                 | NOAS 2001/02      |                 |                 | Pacto pela Saúde/2006 |            | Decreto 7508/2011         |          |
|----------------------------|---------------|------------------|-------------------------------------|----------------------|-------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------------|------------|---------------------------|----------|
|                            | Estados       |                  | Municípios                          | Estados              |                   | Municípios      |                 | Estados           | Municípios      |                 | Estados               | Municípios | Estados                   | Regiões  |
|                            | Parcial (ano) | Semi-plena (ano) | Incipiente, Parcial e Semiplena (%) | Avançada do SE (ano) | Plena do SE (ano) | Plena da AB (%) | Plena do SM (%) | Plena do SE (ano) | Plena da AB (%) | Plena do SM (%) | Adesão (ano)          | Adesão (%) | COAP (ano e % de regiões) | COAP (%) |
| <b>Região Centro-Oeste</b> |               |                  |                                     |                      |                   |                 |                 |                   |                 |                 |                       |            |                           |          |
| Goiás                      | 1995          | -                | 48,7%                               | -                    | 2001              | 93,9            | 6,1%            | 2002              | 4,9%            | 6,1%            | 2007                  | 100%       | -                         | -        |
| Mato Grosso                | 1995          | -                | 49,2%                               | -                    | -                 | 89,9            | 0,7%            | 2002              | 5,0%            | 5,7%            | 2007                  | 95,7%      | -                         | -        |
| Mato Grosso do Sul         | -             | 1995             | 46,8%                               | -                    | -                 | 87,0            | 11,7%           | 2002              | 24,4%           | 16,7%           | 2007                  | 100%       | 2012 (100%)               | 100%     |
| <b>Região Sudeste</b>      |               |                  |                                     |                      |                   |                 |                 |                   |                 |                 |                       |            |                           |          |
| Espírito Santo             | -             | 1996             | 76,1%                               | -                    | -                 | 55,1            | 44,9%           | 2004              | 100,0%          | 0,0%            | 2008                  | 91,0%      | -                         | -        |
| Minas Gerais               | -             | 1996             | 90,6%                               | 1999                 | -                 | 91,9            | 6,7%            | 2002              | 4,5%            | 1,2%            | 2008                  | 98,6%      | -                         | -        |
| Rio de Janeiro             | 1996          | -                | 28,4%                               | -                    | -                 | 77,2            | 22,8%           | 2002              | 0,0%            | 7,6%            | 2007                  | 58,7%      | -                         | -        |
| São Paulo                  | -             | 1995             | 49,9%                               | 1999                 | -                 | 74,7            | 25,0%           | 2003              | 58,4%           | 1,4%            | 2007                  | 100%       | -                         | -        |
| <b>Região Sul</b>          |               |                  |                                     |                      |                   |                 |                 |                   |                 |                 |                       |            |                           |          |
| Paraná                     | 1996          | -                | 86,5%                               | -                    | 1999              | 96,7            | 3,3%            | 2002              | 7,5%            | 3,0%            | 2007                  | 100%       | -                         | -        |
| Rio Grande do Sul          | 1995          | -                | 34,4%                               | 1999                 | -                 | 97,8            | 2,2%            | 2002              | 90,3%           | 3,0%            | 2007                  | 32,2%      | -                         | -        |
| Santa Catarina             | -             | 1995             | 70,4%                               | -                    | 1999              | 93,1            | 6,8%            | 2002              | 51,5%           | 0,0%            | 2008                  | 100%       | -                         | -        |
| Brasil                     | 16 estados    |                  | 55,5%                               | 11 estados           |                   | 89,1%           | 10,1%           | 26 estados        | 27,3%           | 4,8%            | 26 estados            | 82,5%      | 2 estados                 | 2,2%     |

Fontes: A partir de:

Sobre a NOB 93: Lucchese, 1996. (Estados – posição em dez. 1996; Municípios – posição em dez. 1995).

Sobre a NOB 96: Dados referentes aos estados (posição em abr. 2001): Brasil, 2001b; Dados referentes aos municípios (posição em maio 2001): Brasil, 2001c.

Sobre a NOAS: Dados referentes aos estados (posição em nov. 2004): Brasil, 2004; Dados referentes aos municípios (posição em set. 2004): Brasil, 2014a.

Sobre o Pacto pela Saúde: Dados referentes aos estados (posição em set. 2010): Lima *et al*, 2012; Dados referentes aos municípios (posição em set. 2012): Brasil, 2014b.

Sobre o Decreto 7508/2011: Brasil, 2014c. (Posição em dez. 2013).

A dimensão fiscal/financeira da descentralização sanitária se confunde temporalmente com a dimensão política, estendendo-se de 1994 a 2010. Nesse período, destacam-se quatro momentos-chave: 1994 a 1996, marcado, por um lado, pela crise no financiamento da saúde e por outro, pela regulamentação da transferência “fundo a fundo” por meio do Decreto 1.232/94 e instituição da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 1996; 1996 a 1998, tendo como marco a publicação da NOB 96 e de portarias adicionais nos anos seguintes, para que em 1998 se efetivassem as transferências *per capita* no âmbito da atenção básica (Piso da Atenção Básica – PAB) e se ampliasse o número de municípios recebendo recursos “fundo a fundo”; em 2000, a aprovação da Emenda Constitucional 29, como estratégia para garantir maior estabilidade ao financiamento da saúde, e sua regulamentação pela Lei Complementar 141, de janeiro de 2012; e, por último, 2006 a 2010, que se caracteriza pela edição e implementação do Pacto pela Saúde e a proposta de mudança na lógica de financiamento.

A Constituição (1988), ao definir a seguridade social como um conjunto integrado de ações destinado a assegurar os direitos referentes à saúde, previdência e assistência social (art. 194), estabeleceu que seu financiamento se daria mediante recursos fiscais provenientes dos orçamentos de cada um dos entes federativos, bem como das contribuições sociais (art. 195). Além disso, o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), em seu art. 55, estabeleceu que até a edição da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) fossem destinados para a saúde.

Dain (2007, p. 1852) afirma que: “O OSS representava a precedência da cobertura dos direitos sociais sobre a disponibilidade de recursos, tornando impositiva a busca de novas fontes e a ampliação das receitas vinculadas aos programas que o integravam”. Argumenta que, na disputa por recursos entre o MPAS e o Ministério da Saúde, cada vez mais o art. 55 do ADCT deixou de ser observado, até que, em 1993, o MPAS alegou dificuldades financeiras e definiu que os recursos derivados da contribuição sobre a folha de salários seriam exclusivos da Previdência Social. Sobre este período, Levcovitz (1997, p. 135) afirma:

“O desfinanciamento do SUS tem seu ponto culminante de redução do aporte federal de recursos em 1992, mas tem seu momento simbolicamente mais expressivo em 1993, quando em meio a uma das reiteradas crises de receita, o Ministro da Previdência Social suspende, de forma unilateral e abrupta, a transferência dos 15,5% previstos no OSS dos recursos da Contribuição sobre a Folha de Salários, até então responsáveis por nunca menos de 50% dos recursos aplicados em saúde pelo governo federal forçando a um complexo rearranjo nas fontes federais de financiamento e quebrando as possibilidades de implementação real da Seguridade Social. Agrava-se a crise financeira e os atrasos no pagamento dos serviços tornam-se sistemáticos e cada vez maiores”.

O Ministério da Saúde passou a recorrer a empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) até que, na segunda metade da década de 1990, assumiu a defesa pela criação de uma fonte específica de financiamento para a saúde: a CPMF, aprovada em 1996 e implantada em 1997 (Piola; Biasoto, 2001). Na análise de Dain (2007, p. 1853), “a CPMF não gerou o aumento de recursos esperado, por ter sido acompanhada pela substituição de fontes, decrescendo a importância da CSLL (Contribuição sobre o Lucro Líquido) e da Cofins (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social) no orçamento do Ministério da Saúde”. Além disso, a partir de 1999, os recursos da CPMF deixaram de ser destinados exclusivamente para a saúde, financiando também a Previdência, e desde 2001, o Fundo de Combate à Pobreza (Dain, 2007).

A conjuntura de crise econômica e do financiamento da saúde merece ser considerada como condicionante da descentralização da saúde. Mesmo após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (1990), os primeiros anos da descentralização sanitária (1991-1993) se caracterizaram pela manutenção do modelo convencional<sup>85</sup> como instrumento desse processo, com restrição do poder dos gestores subnacionais em função da forte centralização normativa e financeira promovida pelo governo federal, em um processo chamado de “municipalização tutelada” por Cordeiro (2001). O autor destaca alguns aspectos que caracterizaram esse período: “as transferências eram negociadas caso a caso, de acordo com a produção de serviços e mediante convênios para prestação de serviços; cria-se a unidade de cobertura ambulatorial (UCA) para pagamento deste tipo de atendimento; e persiste o pagamento direto do gestor federal a hospitais e ambulatórios privados” (Cordeiro, 2001, p. 322).

Para Levcovitz *et al* (2001), a estratégia de “transferência negociada”, proposta pela NOB 91 e mantida pelas demais portarias publicadas nesse ano e no seguinte, tinha como objetivo promover a recentralização fiscal, já que a Lei Orgânica havia definido que 50% dos recursos a serem transferidos aos estados e municípios deveriam ser repassados segundo o quociente populacional, independente de qualquer outro critério (Lei 8.080/90, art. 35), de

---

85 Se por um lado, a manutenção do modelo convencional representa a continuidade do processo iniciado, por outro, evidencia limites para a implementação de um novo arcabouço institucional na saúde. Nas palavras de Levcovitz (1997, p. 127): “Apesar da incorporação do Inamps ao Ministério da Saúde, as demais características administrativas do SUDS seguem presentes, sendo o Convênio-padrão SUS 01/90 uma transcrição quase literal do Convênio-padrão SUDS 01/89”.

forma automática e regular por meio do fundo de saúde desde que atendidos os requisitos definidos no art. 4 da Lei 8.142/90<sup>86</sup>.

A NOB 93 foi a primeira normativa a prever o mecanismo de transferência “fundo a fundo”, vinculado à habilitação de estados e municípios nas diferentes modalidades previstas. Contudo, as condições para a transferência automática de recursos federais só foram regulamentadas por meio do Decreto 1.232, assinado pelo presidente em 30 de agosto de 1994. Dado o contexto de crise, apenas os municípios habilitados em gestão simplificada receberam-na entre 1994 e 1997 (Levcovitz *et al*, 2001).

A NOB 96 previu novas condições de gestão e incentivos financeiros, estimulando a habilitação de municípios, como já observado anteriormente (quadro 3.9). Ela propôs um mecanismo de financiamento desvinculado da lógica de produção de serviços (transferência “fundo a fundo” do PAB<sup>87</sup>, partindo da base populacional e outros condicionantes), que após as regulamentações necessárias, entrou em vigência em 1998 (Lima, 2007). As transferências do PAB fixo e variável lograram promover a redistribuição dos recursos no âmbito nacional, já que as regiões norte e nordeste foram as mais favorecidas, justamente as que, historicamente, apresentam pior situação socioeconômica e maiores dificuldades na condução da política de saúde, como bem demonstra Lima (2007).

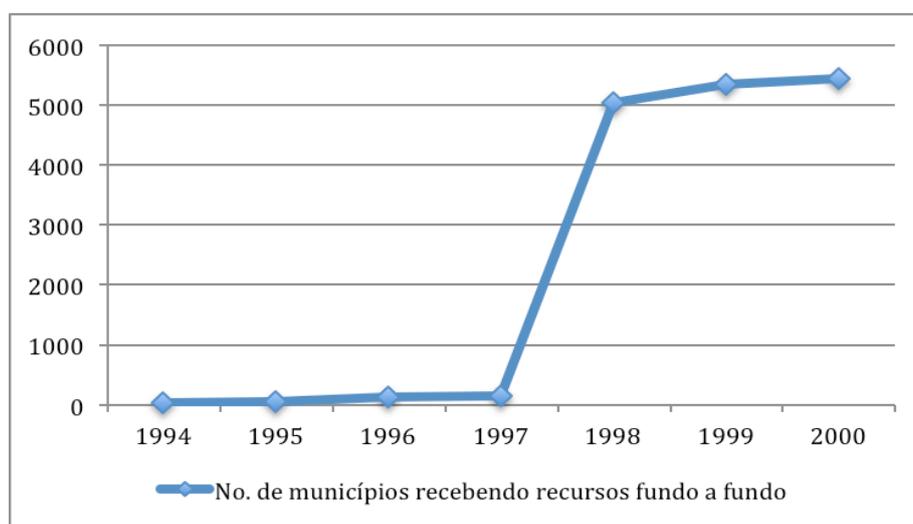
O gráfico 3.2 apresenta a evolução do número de municípios recebendo recursos “fundo a fundo” entre 1994 e 2000. Nota-se um grande crescimento em 1998, quando entraram em vigor as transferências do PAB, conformando um cenário no qual a quase totalidade dos municípios recebiam algum recurso “fundo a fundo”. Na análise de Piola e Biasoto (2001, p. 223): “A criação do PAB possibilitou que um grande número de municípios se habilitasse à condição de gestores da atenção básica e, assim, passassem a receber repasses regulares e automáticos. Como consequência, os recursos federais colocados sob gestão municipal aumentaram de cerca de R\$2,5 bilhões em 1997 para R\$4,2 bilhões em 1998”.

---

86 Segundo a Lei 8.142/90 (art. 4), estados e municípios devem cumprir cinco requisitos para receber os recursos de maneira automática e regular: “I – Fundo de Saúde; II – Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n. 99.438, de 7 de agosto de 1990; III – Plano de Saúde; IV – Relatórios de Gestão, que permitam o controle de que trata o parágrafo 4º. do art. 33 da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990; V – Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; VI – Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), prevista para o prazo de dois anos para sua implementação” (Brasil, 1990b).

87 O Piso da Atenção Básica (PAB) possui uma parte fixa e outra variável. Na vigência da NOB 96 e NOAS (2001/2002), o PAB fixo correspondia ao valor de R\$10,00 a R\$18,00 *per capita*/ano, transferido aos municípios em parcelas mensais. O PAB variável estava condicionado ao cumprimento de requisitos específicos (adesão a programas definidos pelo Ministério da Saúde), avaliados pelas CIB (Lima, 2007).

**Gráfico 3.2: Evolução do mecanismo de transferência “fundo a fundo” para os municípios. Brasil. 1994 a 2000.**



Fonte: Elaboração própria a partir de Levcovitz *et al* (2001).

Há que se reconhecer a importância da evolução das transferências “fundo a fundo” em função do PAB, mas sem desconsiderar que a fração do PAB variável estava vinculada à adesão a programas específicos (Programa de Saúde da Família – PSF, de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, de Carências Nutricionais e Assistência Farmacêutica Básica). Se por um lado, estudos reconhecem que tal estratégia incentivou a mudança no modelo assistencial (diante da expansão do PACS e PSF no país), por outro, faz parte do modelo de atuação federal na indução da política sanitária, que impõe limites ao poder de gasto do município.

Desde a crise do financiamento da saúde em 1993, surgiram propostas no Legislativo nacional visando dar maior estabilidade ao financiamento setorial. Segundo Piola e Biasoto (2001, p. 220), “o ponto comum dessas propostas era a vinculação dos recursos orçamentários dos três níveis de governo, que no caso dos governos subnacionais variam de 10 a 15% da receita disponível”. De acordo com os autores, ainda em 1993, foi elaborada a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 169 A, de autoria de Eduardo Jorge e Waldir Pires; em 1999, foi aprovada na Câmara a PEC Aglutinativa 86 A, que após aprovação no Senado, transformou-se na Emenda Constitucional (EC) 29, em agosto de 2000.

A EC 29/2000 estabeleceu que estados e municípios destinariam à saúde, respectivamente, 12% e 15% da sua receita própria e de transferências (gradativamente, até 2004); no caso da União, definiu que seria aplicado em saúde o montante correspondente ao

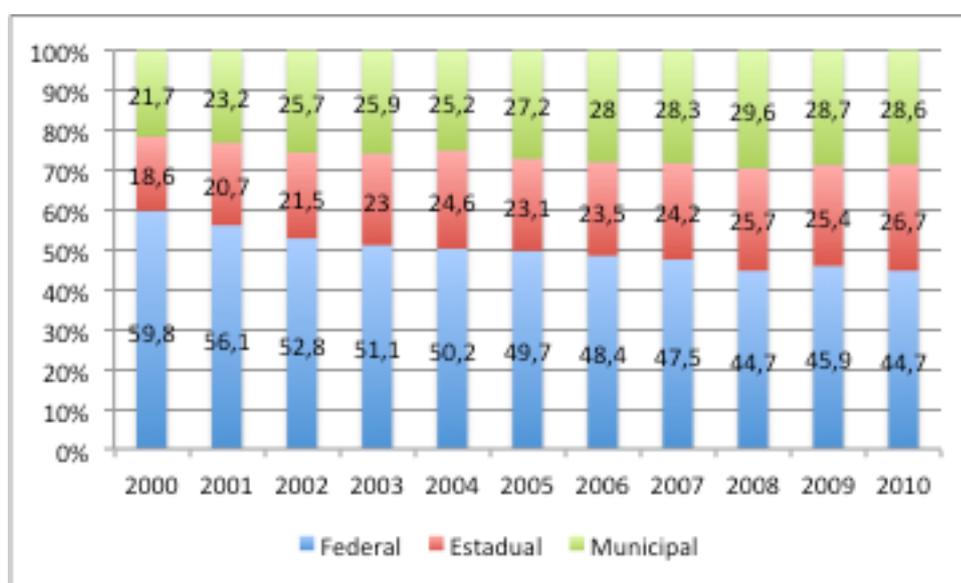
ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) (Brasil, 2000a). Dain (2007) aponta avanços e limites da EC 29/2000, e afirma que:

“Se bem seja verdade que a EC 29 teve o inegável mérito de comprometer efetivamente as três esferas de governo com a universalização da saúde, é bom lembrar que, no plano federal, procedeu-se à desvinculação da Saúde do Orçamento da Seguridade Social. A EC 29 não define as fontes que devem financiar a Saúde e sim a variação de seu gasto pelo crescimento do PIB nominal” (Dain, 2007, p. 1854).

Dain (2007) destaca que a EC 29/2000 não logrou promover um aumento substantivo do gasto federal em saúde, estando o crescimento do gasto relacionado à participação dos estados e municípios. Diante disso, acrescenta que, no plano subnacional, a EC 29/2000 contribuiu para a solidificação do SUS.

Sobre a distribuição do gasto público em saúde por esfera de governo, Servo *et al* (2011) também destacam o papel da EC29/2000 para a ampliação da participação de estados e municípios no financiamento setorial. Segundo os mesmos, em 2000 (início da vigência da EC 29), a União era responsável por aproximadamente 60% do recurso público total aplicado em saúde, percentual que decresceu para cerca de 45% em 2010; paralelo ao crescimento da participação dos estados (de 18,5% em 2000 para 26,7% em 2010) e dos municípios (de 21,7% para 28,6% no mesmo período). Tal evolução pode ser observada no gráfico a seguir.

**Gráfico 3.3: Distribuição do gasto público em saúde por esfera de governo. Brasil. 2000 a 2010.**



Fonte: Elaboração própria a partir de Servo *et al* (2011, p. 93).

Servo *et al* (2011) argumentam que, na vigência da EC29/2000, o aumento da participação de estados e municípios na distribuição do gasto público em saúde promoveu incremento real de recursos para o setor. Nas suas palavras:

“Esse aumento da participação de estados e municípios implicou, na prática, num incremento real de recursos para a saúde desses entes de 195% (ou R\$ 50,7 bilhões), passando de R\$ 26 bilhões em 2000 para R\$ 76,7 bilhões em 2010. Como resultado desse aporte de recursos, juntamente com o aumento de R\$ 23,3 bilhões de recursos da União no mesmo período, o gasto público com saúde saiu de R\$ 64,8 bilhões em 2000 para R\$ 138,7 bilhões em 2010, em termos reais. Ou seja, a EC 29/2000, com o aumento da participação de estados e municípios, possibilitou o incremento real de 114% de recursos públicos para a saúde” (Servo *et al*, 2011, p. 92).

No entanto, permaneciam em aberto questões importantes, como a definição constitucional do que seriam ações e serviços públicos de saúde; e o estabelecimento da base de cálculo para o orçamento da saúde no governo federal. Esperava-se que a resposta para as mesmas viesse com a regulamentação da EC 29/2000, em tramitação no Congresso Nacional desde o início dos anos 2000<sup>88</sup>. Tal regulamentação se deu em janeiro de 2012, quando a Lei Complementar 141 foi sancionada. Em seu art. 1º, estão expostos os conteúdos a que se refere:

“Esta Lei Complementar institui, nos termos do § 3º do art. 198 da Constituição Federal:

I - o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;

II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;

III - critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;

IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal” (Brasil, 2012, art. 1).

As ações e serviços públicos de saúde foram definidas, pelo art. 2º da Lei Complementar 141/2012, como aquelas que tratam da promoção, proteção e recuperação da saúde, respeitando as seguintes diretrizes:

---

88 O Projeto de Lei Parlamentar (PLP) 306/08 originou-se do Projeto de Lei do Senado (PLS) 121/07, de autoria do senador Tião Viana. O PLS 121/07 foi aprovado pelo Senado em 06 de maio de 2008, sendo remetido à apreciação da Câmara dos Deputados, na qual tramitou sob a inscrição PLP 306/08. O PLP 306/08 dispôs sobre os valores mínimos a serem aplicados em saúde pelas três esferas de governo e definiu o que devem ser consideradas despesas com ações e serviços de saúde, entre outras proposições. O PLP 306/08 propôs que a União aplicasse 10% das suas receitas correntes brutas em saúde até 2011, e que os estados que não estivessem cumprindo a Emenda o fizessem, gradativamente, até este mesmo ano (Congresso Nacional, 2008).

“I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;  
II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e  
III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população” (Brasil, 2012, art. 2).

Além disso, a Lei 141/2012 estabeleceu o que pode ser considerado despesa em saúde (art. 3º) e o que não pode se constituir como tal (art. 4º), e reafirmou que os recursos devem ser movimentados por meio dos fundos de saúde (art. 2º, parágrafo único). Entre os itens que poderão ser incluídos como despesa em saúde está o saneamento básico de domicílios ou pequenas comunidades, desde que aprovado pelo Conselho de Saúde, assim como de distritos indígenas ou quilombolas (Brasil, 2012).

Como ponto desfavorável, está o fato de que a Lei 141/2012 não logrou estabelecer que a União destinasse 10% das suas receitas correntes brutas para saúde, como propunham os projetos de lei que a antecederam. A Lei 142/2012 definiu que a União aplicasse o montante correspondente ao valor emprenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos dessa lei, acrescido, no mínimo, do percentual correspondente à variação do PIB no ano anterior (art. 5º), com destaque para a manutenção do orçamento caso haja variação negativa do PIB (Brasil, 2012). No caso dos estados e municípios, foi mantida a vinculação de 12% e 15% da receita própria, respectivamente, com a diferença de que a definição legal das ações e serviços de saúde pode gerar maior aporte de recursos.

Por último, cabe considerar, como um marco da dimensão fiscal/financeira da descentralização sanitária, a publicação do Pacto pela Saúde em 2006 e sua implementação até 2010, com ampla adesão de estados e municípios. O Pacto pela Saúde propôs alterações no financiamento a partir da unificação das transferências em cinco grandes blocos: atenção básica; atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; vigilância em saúde, assistência farmacêutica; e gestão do SUS (Brasil, 2006).

Sobre as mudanças propostas pelo Pacto pela Saúde, Dain (2007, p. 1859) pondera que: “Cabe discutir ainda se a diversidade de critérios consolidados em cada bloco garante à União as condições necessárias para a equalização fiscal das esferas subnacionais no campo do SUS e para a ampliação de sua capacidade de gasto em saúde”. Essa é uma preocupação extremamente relevante para que a regionalização se efetive, os vazios assistenciais sejam reduzidos e possa haver ganhos no que diz respeito à melhoria do acesso e da integralidade no SUS.

Em estudo recente, Machado *et al* (2014) demonstram que houve um aumento progressivo no volume de recursos transferidos do governo central para os subnacionais. De acordo com as autoras, a participação das transferências na execução orçamentária do Ministério da Saúde passou de 51% em 2002 para cerca de 70% em 2010. Elas associam tal movimento à implementação do Pacto pela Saúde, destacando que nesse período a modalidade de pagamento federal direto a prestadores quase se extinguiu.

Apesar de ressaltarem uma redução da fragmentação das transferências financeiras do Ministério da Saúde para estados e municípios no âmbito do Pacto pela Saúde, Lima *et al* (2012) afirmam que tais blocos agregaram antigos e novos incentivos, acompanhados de condicionalidades para a execução. Tal fato sugere a manutenção da estratégia federal de induzir a política de saúde por meio de incentivos financeiros.

Machado *et al* (2014) também analisam a função redistributiva do Ministério da Saúde, considerando o papel estratégico dessa esfera de governo no que diz respeito à redução de desigualdades regionais na implementação do SUS. As autoras identificam “esforços quanto à desconcentração do gasto federal em saúde para regiões mais carentes, por meio de transferências ou da execução direta do orçamento, associados a políticas específicas (principalmente na atenção básica e na vigilância epidemiológica)” (Machado *et al*, 2014, p. 196 – tradução das autoras). Contudo, ponderam que a análise de tais esforços exige cautela, uma vez que, entre outros fatores<sup>89</sup>, a redução das desigualdades depende da ampliação dos investimentos federais no sentido de reduzir a heterogeneidade da oferta de serviços no território nacional, que se mantiveram em patamares baixos ao longo do período estudado.

O quadro 3.10 e a figura 3.3 sintetizam a discussão realizada nessa seção. O quadro 3.10 caracteriza cada uma das dimensões da descentralização da saúde, valorando as variáveis que as compõem quanto ao grau de poder do governo central e dos subnacionais. A escala de valoração vai de (0) a (2), sendo (0) para ausência de poder e (2) para amplo poder. O escore final em cada dimensão é o resultado da média simples dos escores das variáveis, sendo (2) o escore máximo em cada dimensão.

A análise do quadro 3.10 sugere que o balanço da descentralização sanitária no Brasil resultou em moderada ampliação do poder dos governos subnacionais nas dimensões política

---

89 Nas palavras de Machado *et al* (2014, p. 197 – tradução das autoras): “Entretanto, tais avanços devem ser analisados com cautela, pois, tal como enfatizado pela literatura, a discussão do papel redistributivo do governo federal e da equidade no financiamento da saúde exige a consideração de outros aspectos: a distribuição da totalidade dos recursos federais e as variações nas necessidades de saúde; os efeitos do federalismo fiscal, das regras de vinculação setorial e da diversidade interna às macrorregiões, estados, regiões metropolitanas e municípios; as relações público-privadas no financiamento da saúde; os graus de progressividade dos tributos que financiam a saúde; a distribuição dos recursos entre grupos sociais”.

e fiscal/financeira, nas quais o poder do governo central mostra-se mais amplo. A exceção está na dimensão administrativa que, em função das características que assumiu ao longo da trajetória da descentralização, evidencia-se ampla nos estados e municípios, ao contrário do que se passa no governo central.

**Quadro 3.10: Descentralização política, administrativa e fiscal no contexto do sistema de saúde brasileiro.**

| <b>Dimensões da descentralização</b> | <b>Grau de poder do governo central</b>  | <b>Escore</b> | <b>Grau de poder dos governos subnacionais</b>   | <b>Escore</b>       |
|--------------------------------------|--|---------------|--|---------------------|
| <b>Dimensão política</b>             | - Amplo poder na coordenação geral da política de saúde  | <b>2</b>      | - Poder parcial para tomar decisões quanto à formulação, planejamento e regulação da política de saúde (competência compartilhada)<br>- Poder parcial na condução dos fóruns regionais de negociação (CIB e CIR) | <b>1</b>            |
|                                      | - Poder parcial na condução do fórum nacional de negociação interterritorial (CIT)   | <b>1</b>      |  | <b>1</b>            |
|                                      | <b>Escore final</b>  | <b>1,5</b>    |  | <b>Escore final</b> |
| <b>Dimensão administrativa</b>       | - Ausência de competência quanto à prestação ou gestão direta de serviços. Salvo exceção em algumas unidades hospitalares de referência. | <b>0</b>      | - Amplo poder sobre a gestão e prestação de serviços (estrutura, equipamento e trabalhadores)  | <b>2</b>            |
|                                      | <b>Escore final</b>  | <b>0</b>      | <b>Escore final</b>  | <b>2</b>            |
| <b>Dimensão fiscal/financeira</b>    | - Poder parcial no que tange à redistribuição territorial dos recursos para saúde  | <b>1</b>      | - Poder parcial para manejar o orçamento e decidir sobre gastos em saúde (restrições impostas pela legislação federal e presença de recursos vinculados)   | <b>1</b>            |
|                                      | - Amplo poder para promover a indução da política por meio de incentivos financeiros   | <b>2</b>      |  |                     |
|                                      | <b>Escore final</b>  | <b>1,5</b>    |  |                     |

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Valoração das variáveis: 0 – sem poder; 1 – poder parcial (sujeito ao veto do governo central); 2 – amplo poder. O escore final em cada dimensão é o resultado da soma dos escores de cada variável dividido pelo número de variáveis. O escore máximo em cada dimensão é 2.

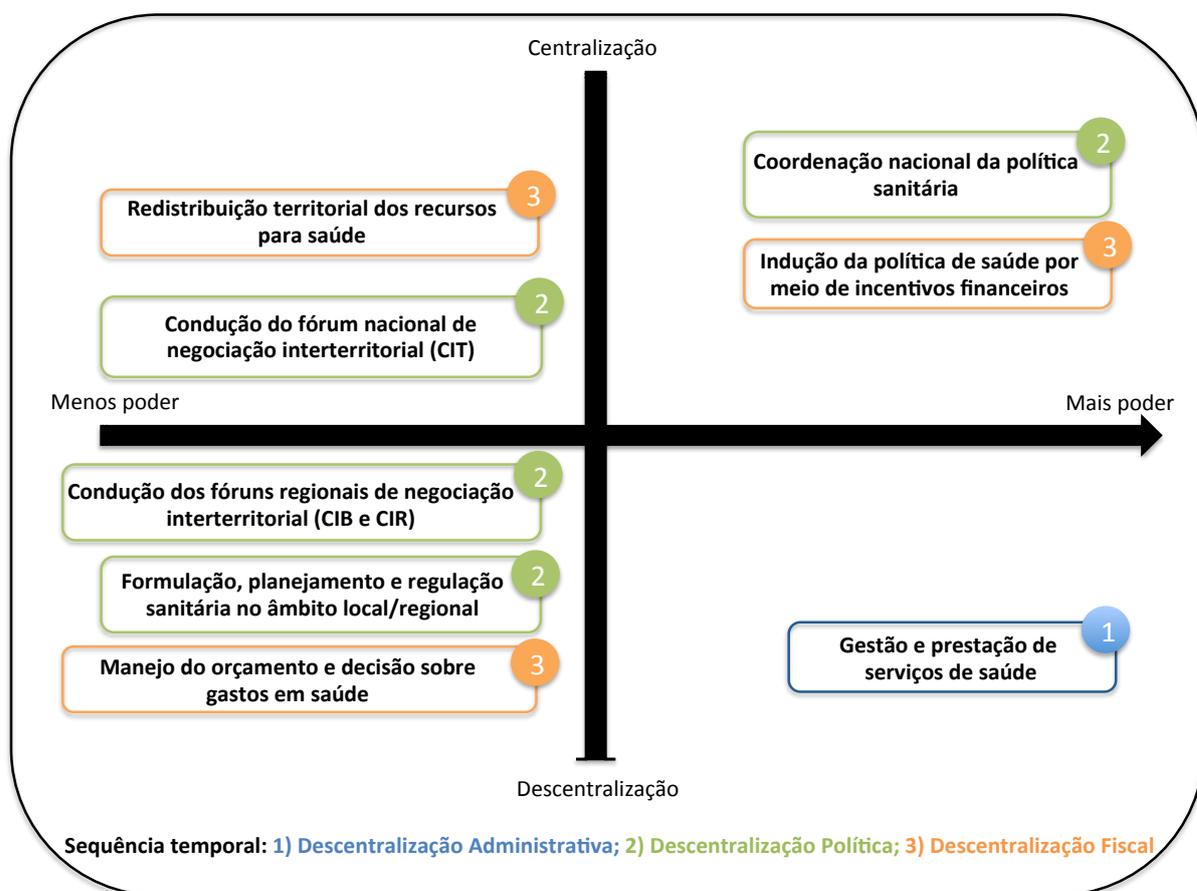
Com base no quadro 3.10, a figura 3.3 representa as principais características da descentralização da saúde em relação à distribuição de competências e responsabilidades entre as esferas central e subnacionais em cada uma das dimensões estudadas. Mostra também a sequência temporal na qual se desenvolveram tais dimensões: primeiro a administrativa; depois a política; seguida pela fiscal/financeira, havendo interfaces temporais entre elas.

A análise da figura 3.3 indica que os governos subnacionais possuem amplas responsabilidades na gestão e prestação de serviços de saúde, no que tange à rede de prestadores, equipamentos e trabalhadores, dimensão na qual a participação do governo central é reduzida. Cabe ressaltar que o peso dos municípios nessa dimensão é maior que o dos estados, como discutido ao longo dessa seção. No que diz respeito às dimensões política e

fiscal/financeira, o balanço de poder entre as esferas de governo sugere menor poder relativo dos governos subnacionais para formular, planejar e regular a política de saúde em seus territórios, assim como para gerir seu orçamento (dada a presença de regras e condicionalidades federais). É possível que a intensidade do poder dos governos subnacionais na dimensão administrativa, no contexto mais geral do Estado, tenha favorecido o amplo poder dos mesmos nessa dimensão no âmbito da descentralização sanitária.

Destaca-se o amplo poder do Ministério da Saúde na coordenação e indução da política setorial, fato que sugere relação com as características da descentralização política e fiscal mais geral do Estado, nas quais o peso do governo central é predominante. Ainda assim, identifica-se que o poder do Ministério na redistribuição territorial dos recursos da saúde é parcial, como abordado anteriormente. A condução dos fóruns de negociação interterritorial possui caráter colegiado, com o objetivo de favorecer a gestão negociada e cooperativa.

**Figura 3.3: Dimensões da descentralização da saúde no Brasil: características e sequência temporal.**



Fonte: Elaboração própria.

### 3.3.2.2 Características formais da descentralização e da regionalização da saúde

O arcabouço legal no qual se ancoram os princípios e diretrizes organizativos do SUS está conformado pela Constituição Federal (1988) e Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080/90 e 8142/90)<sup>90</sup>. Elas representam legalmente um novo pacto social, no qual a saúde foi reconhecida como direito, estabelecendo a universalidade, a integralidade e a igualdade como princípios do sistema sanitário. Por meio delas, foram definidas mudanças quanto ao desenho político-institucional desse sistema, ancoradas na proposição de uma descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, e participação comunitária. Também estabeleceram que o financiamento da saúde seria tripartite, mediante recursos fiscais e contribuições sociais.

Quanto às características formais da descentralização e da regionalização da saúde, o texto constitucional diz: “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; II) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III) participação da comunidade” (Brasil, 1988, art. 198). Tal trecho sugere uma interrelação entre tais diretrizes visando à constituição de um sistema de saúde, de cobertura nacional, cuja organização dos serviços seria regionalizada e cuja direção estaria descentralizada no território, segundo o desenho federativo brasileiro.

Tal compreensão parece estar presente também na Lei Orgânica (Lei 8080/90), quando afirma que:

“As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: (...)

II) integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; (...)

IX) descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; e b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde” (Brasil, 1990a, art. 7, incisos II e IX).

---

90 A Carta Constitucional (1988), expressão do pacto federativo, estabeleceu competências e responsabilidades comuns (art. 23) e concorrentes (art. 24) entre as esferas de governo, entre elas, a saúde. A legislação setorial (Lei Orgânica da Saúde) e infra-constitucional, editada ao longo dos anos 1990 e 2000, determinou a configuração político-institucional do SUS, estabelecendo as competências e responsabilidades de cada esfera de governo na gestão desse sistema, como será discutido nessa seção.

Cabe destacar que a relação entre descentralização e regionalização no arcabouço institucional do SUS guarda coerência com o movimento de reforma sanitária dos anos 1970 e 1980, que influenciou a configuração política e técnica do sistema de saúde no Brasil, como já discutido anteriormente<sup>91</sup>. O movimento sanitário atuou como liderança do processo de reformulação do setor saúde ainda durante a ditadura, fato possível devido à estratégia de ocupação dos espaços institucionais e de criação de projetos para a consecução da reforma (Cohn, 1989). Como exemplos, têm-se o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), de 1976; o Plano Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PrevSaúde), de 1980; o Plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), em 1982, contendo o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), de 1983; as AIS, assumidas enquanto estratégia de reorganização setorial em 1984/1985; e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987.

O PIASS tinha como principais diretrizes a “universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a ampla participação comunitária na assistência à saúde” (Escorel *et al*, 2005, p. 71). O PrevSaúde, ainda que não tenha sido implementado, representou a tentativa de um projeto de reformulação da política de saúde, em um movimento pela redemocratização, defendendo um serviço integrado de saúde, pautado na atenção primária e em bases regionais e hierarquizadas (Oliveira; Teixeira, 1986). Segundo Oliveira e Teixeira (1986), o PrevSaúde se inspirou na experiência do PIASS, como também do Projeto Monte Claros, que o antecedeu. Sobre tais programas, os autores destacam como pressupostos a integração de serviços existentes em cada um dos níveis de complexidade e a regionalização do atendimento por áreas e populações definidas (Oliveira; Teixeira, 1986).

O Plano Conasp, do ponto de vista formal, previu a regionalização da saúde, a hierarquização dos serviços segundo sua complexidade com definição de mecanismos de referência e contra-referência, como também a descentralização do planejamento e da execução (naquele momento, para os estados, com participação do MPAS e Ministério da Saúde) (Oliveira; Teixeira, 1986). Não obstante às críticas a sua implementação, dele derivou o PAIS/AIS, considerado uma importante estratégia para a articulação interinstitucional (MPAS, Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais), a descentralização e a democratização da saúde (Noronha; Levcovitz, 1994; Escorel, 2008). Nas AIS, encontram-se raízes do SUDS, propostas que tinham como princípios a descentralização das ações e

---

91 Ver seção 3.3.1 – Antecedentes.

serviços e a regionalização e integração dos mesmos em distritos sanitários (Noronha; Levcovitz, 1994). Todas essas iniciativas previam, de alguma forma, a interrelação entre as diretrizes de descentralização e regionalização da saúde.

Contudo, ao longo da década de 1990, em um contexto caracterizado por restrições políticas e econômicas importantes, nota-se um afastamento entre tais diretrizes, em um processo no qual a descentralização esteve dirigida fundamentalmente para os municípios, desarticulada da constituição de regiões. Entende-se que, apesar da importância da integração entre tais diretrizes no âmbito do movimento reformista dos anos 1980 e no marco legal do SUS, outra ideia tinha muita força nesse período, o municipalismo. Como dito anteriormente, a Constituição de 1988 (art. 18) instituiu os municípios como entes federativos com *status* jurídico-constitucional tal qual a União e os estados, e vinculou a descentralização (para esse ente) ao processo federalista. Como ente autônomo, nos termos da Carta Constitucional, os municípios assumiram responsabilidades legislativas, tributárias e na prestação de serviços públicos, tais quais saúde e educação (Constituição de 1988, art. 30).

Pode-se afirmar que a descentralização da saúde no Brasil redistribuiu funções e competências entre os níveis de governo, privilegiando os municípios. Eles passaram progressivamente a ter capacidade decisória, competências e recursos para a prestação dos serviços básicos de saúde. No entanto, as características dos sistemas descentralizados que se formavam eram bastante heterogêneas, pois os municípios possuíam diferentes capacidades administrativas e financeiras, bem como, posições políticas diversas (Arretche, 1997). Os sistemas descentralizados de saúde apresentavam os traços da influência de questões inerentes ao federalismo brasileiro, entre as quais pode-se citar: pulverização e fragmentação do poder e interesses no âmbito local; limitações dos mecanismos de negociação intergovernamental; número elevado de municípios brasileiros com limitações institucionais e políticas; e pouco enfrentamento das desigualdades territoriais com estratégias regionais (Pereira, 2009).

Defendendo a relevância das articulações de caráter regional na saúde, Daniel (2001) argumenta que o municipalismo autárquico constituiu-se em um entrave ao desenvolvimento de relações horizontais de cooperação, além disso, impediu que problemas territoriais mais amplos recebessem atenção, já que o foco se restringia às questões locais inerentes a cada município. Pestana e Mendes (2004, p. 7) ressaltam que: “Se a municipalização levou a avanços indiscutíveis, ela, também, gerou problemas sérios que não podem mais continuar. É preciso reconhecer que a forma de descentralização pela municipalização, engendrada pelo SUS, através de paradigma da municipalização autárquica, esgotou-se e necessita de ser repensada”.

Portanto, em que pese os resultados positivos da estratégia de descentralização da saúde nos anos 1990, em virtude da incorporação, pelos municípios, da responsabilidade pela provisão de serviços em seus territórios e pela organização de sistemas municipais, permanecem, nos anos 2000, problemas relativos à iniquidade na oferta e no acesso (Costa *et al*, 1999; Lucchese, 2003), à intensa fragmentação e à desorganização dos serviços do SUS (Mendes, 2001; Levcovitz *et al*, 2001; Guimarães; Giovanella, 2004). A permanência desses problemas se deve, entre outros fatores, ao fato de extrapolarem os limites administrativos e a governabilidade das instâncias municipais, e requererem a construção de sistemas regionais de saúde. Sistemas regionais que, em geral, ultrapassam as fronteiras dos municípios e, por isso, necessitam da implantação de estratégias voltadas para a coordenação das ações e serviços de saúde nos territórios supra e intermunicipais. O movimento pela regionalização no SUS, portanto, traduz-se na necessidade de se formar redes de ações e serviços de saúde no território, envolvendo relações interserviços, intergovernamentais e entre governo e sociedade civil. A fragmentação do sistema, marcada pela ausência de mecanismos de cooperação entre os entes federativos, recolocou em evidência a importância da regionalização do SUS nos anos 2000.

Para Viana *et al* (2008), na década de 1980, a descentralização foi proposta como um mecanismo de aceleração da redemocratização do país no contexto de um ambiente governamental cooperativo, isto é, em que estados e municípios se uniram para elaboração da nova Constituição e organização do poder democrático. Tal perspectiva sofreu inflexões importantes ao longo da década de 1990. Na primeira metade dela, o processo de descentralização baseou-se fundamentalmente no repasse da gestão e prestação de serviços aos governos subnacionais (principalmente para os municípios), pautado em transferências fiscais e setoriais (do SUS) não redistributivas, pois eram fortemente dependentes da capacidade de produção e faturamento dos serviços de saúde (pagamento por prestação de serviços e transferência segundo série histórica de produção e faturamento) (Viana *et al*, 2008).

Nesse período, foi promulgada a Norma Operacional Básica (NOB) 91, que refletiu os traços inamplianos: mostrou-se eminentemente técnica, manteve o mecanismo convencional como instrumento para a descentralização e pouco abordou sobre estratégias que viabilizassem a regionalização (Brasil, 1991). A ênfase dessa normativa estava na descentralização da gestão dos serviços de saúde para os municípios, entretanto, cabe destacar que ela apontou a possibilidade de que consórcios intermunicipais de saúde fossem criados, no entanto, sem estabelecer critérios para a constituição ou coordenação dessas regiões.

A normativa que a sucedeu, NOB 92, enfatizou a constituição de um sistema único, de execução municipalista em termos operacionais e gerenciais (Brasil, 1992). Também mencionou a reorganização da rede de serviços (com a estruturação de distritos sanitários) e ressaltou a necessidade da cogestão do SUS, por meio de diálogo permanente entre os gestores, de encontros frequentes entre o Ministério da Saúde e os Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais (CONASS) e Municipais (CONASEMS), da cooperação técnica e da participação da comunidade. Contudo, não realizou grandes progressos no tocante à regionalização. Embora previsse que o sistema de saúde devesse ser organizado por meio de distritos sanitários, não logrou estabelecer mecanismos e estratégias para a conformação de desenhos regionais efetivos. Similarmente à norma anterior, enfatizou a descentralização municipalista e não definiu mecanismos de coordenação ou cooperação entre os níveis de governo.

A descentralização municipalista se expressa de maneira mais significativa no âmbito da NOB 93, comprometida com os encaminhamentos da IX Conferência Nacional de Saúde que havia ocorrido em 1992, com o tema “Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho” (Levcovitz *et al*, 2001). Como abordado na seção anterior, essa norma buscou promover a descentralização, estabelecendo diferentes níveis de responsabilidades entre as esferas de governo mediante a habilitação em variadas condições de gestão (três para os municípios: incipiente, parcial e semiplena; e duas para os estados: parcial e semiplena) (Brasil, 1993). No contexto da NOB 93, a regionalização se daria mediante a vontade política dos municípios em se consorciarem ou agirem cooperativamente. Se por um lado este fato pode ser considerado positivo, pois estimula a autonomia dos municípios; por outro, é desfavorável ao desenvolvimento da regionalização e da lógica sistêmica, já que a construção dos espaços regionais de saúde se torna muito vulnerável a interesses e disposições político-partidárias. Contudo, cabe destacar que a NOB 93 formalizou a atuação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em funcionamento desde 1991, e instituiu as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), como importantes fóruns de articulação e pactuação intergestores<sup>92</sup> (Brasil, 1993). Diante das características do federalismo brasileiro, a

---

92 Segundo a NOB 93, cabe à CIT “assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde” (Brasil, 1993). Essa norma define a CIB como “instância privilegiada para negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS” (Brasil, 1993). CIT e CIB são espaços de discussão técnica e política sobre os mais variados temas relacionados à implementação descentralizada do SUS – definição de diretrizes nacionais do sistema; mecanismos de alocação de recursos financeiros federais e estaduais; desdobramentos de políticas nacionais nos sistemas estaduais de saúde; e agendas e políticas específicas de cada estado e/ou municípios – bem como de expressão de relações cooperativas e conflitivas no âmbito das negociações intergestores.

instituição da CIT e das CIB representou um avanço para o desenvolvimento de mecanismos de coordenação federativa que sirvam à implementação descentralizada do SUS e à constituição de sistemas regionais.

A segunda metade dos anos 1990 se caracterizou pelo início dos questionamentos acerca dos efeitos do processo de descentralização, tal qual se desenvolvia. A NOB 96 apontou os riscos de uma atomização do sistema de saúde, destacando a importância da coordenação supramunicipal para a organização das redes de atenção (Brasil, 1997). Nesse cenário, começou a se destacar o papel do nível estadual no planejamento regional, até então, pouco abordado. Essa norma representou o início da mudança acerca dos entendimentos sobre descentralização e regionalização na saúde, propondo como instrumento a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Sobre a PPI, Levcovitz *et al* (2001, p. 289) afirmam: “A PPI, na qualidade de um instrumento formal de pactuação de recursos para a garantia da assistência integral nos municípios, induziu a formação de novos acordos intergestores, estimulando a regionalização e a hierarquização do sistema de serviços de saúde estadual, sob coordenação do estado”. Na vigência da NOB 96, iniciou-se um processo redistributivo por meio das transferências *per capita* vinculadas ao Piso da Atenção Básica (PAB fixo e variável) (Lima, 2007) que, entre outros, incentivaram a ampliação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF) como modelos de atenção (Levcovitz *et al*, 2001).

O balanço da primeira década de implementação do SUS aponta uma certa indefinição no papel do gestor estadual, seja na formulação e planejamento de políticas públicas, no financiamento, na regulação ou na prestação de serviços (Lima *et al*, 2010). Tal fato pode estar relacionado à ênfase dada à descentralização para os municípios nesse momento, associada à crise financeira vivida pelos estados em função da guerra fiscal e das consequências impostas pelo Programa de Reestruturação Fiscal e Financeira (Pereira, 2009). Situação que se alterou nos anos 2000, quando os estados foram evocados, por meio das normativas do SUS, a assumirem responsabilidades importantes no que tange à consecução da regionalização e apresentaram, sobretudo a partir de 2005, recuperação financeira e maior capacidade de investimento em saúde (Viana; Lima, 2011).

O avanço das discussões acerca da necessidade de fortalecimento do sistema de saúde, bem como sobre as desvantagens do municipalismo autárquico para o estabelecimento de relações cooperativas entre os entes federativos e a garantia da integralidade da atenção, marcaram a trajetória da descentralização e da regionalização da saúde nos anos 2000. A análise das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 2001 e 2002), do Pacto pela

Saúde (2006) e do Decreto 7.508/2011 sugere que, sob perspectivas diferentes e complementares, a interface entre tais diretrizes foi recolocada no plano político.

As NOAS trouxeram atribuições claras e detalhadas quanto à atuação do gestor estadual no SUS (Brasil, 2001a; 2002). Quanto à formulação de políticas e planejamento, enfatizaram a relevância de que o estado assumisse o papel de coordenador do sistema estadual de saúde, abrangendo o planejamento e organização das redes assistenciais; integração dos sistemas municipais; e programação e garantia da referência intermunicipal. Além dessas funções, destacaram a elaboração da PPI e organização do sistema de referências; e elaboração do Plano Estadual de Saúde, Planos Diretores de Regionalização e Investimentos (PDR e PDI). Além da participação do estado no financiamento, já mencionada em normativas anteriores, estas normas falaram da definição de prioridades de investimento na macrogestão da política de alta complexidade/custo; e da alocação de recursos segundo necessidades de saúde e não, pela oferta de serviços, por meio da PPI (Brasil, 2001a; 2002).

As NOAS definiram a regionalização como uma macroestratégia para o avanço do processo de descentralização em saúde, propondo o planejamento de redes articuladas e cooperativas de atenção, com base em territórios delimitados e populações definidas, propondo como instrumentos o PDR e o PDI (Brasil, 2001a; 2002). A regionalização estava relacionada à ideia da garantia do acesso e integralidade da atenção, dando ênfase às questões operativas no campo da assistência à saúde. Embora trouxessem uma concepção inovadora (se comparada ao sentido dado à regionalização nas normas anteriores), a rigidez dos critérios estabelecidos para a definição das regiões de saúde, desconsiderando-se as diferenças entre os vários estados e municípios brasileiros, fez com que elas não promovessem mudanças expressivas, sendo sucedidas pelo Pacto pela Saúde (2006).

O Pacto pela Saúde (2006) manteve a ênfase na regionalização e o destaque ao papel do gestor estadual. Compreendeu a regionalização como a construção de desenhos regionais que respeitam as realidades locais e se fazem mediante a pactuação entre os gestores das diferentes esferas de governo para o estabelecimento do sistema de referência intermunicipal e interestadual, considerando inclusive, as regiões fronteiriças (Brasil, 2006). Previu que a regionalização orientasse a descentralização das ações e serviços, potencializando os processos de planejamento, pactuação e negociação entre os gestores, de modo que o direito da população à saúde fosse garantido (Brasil, 2006). Para isso, propôs como instrumentos os Colegiados de Gestão Regional (CGR) e os Termos de Compromisso de Gestão para cada nível de governo. Os CGR constituíram uma importante inovação dessa normativa, embora alguns estados já possuíssem estruturas semelhantes, pois representaram a institucionalização

de espaços regionais de gestão compartilhada, capazes de alterar a dinâmica de poder e decisão no território. Os Termos de Compromisso de Gestão também foram um instrumento interessante, contudo tiveram seu potencial de impacto reduzido nos casos em que sua assinatura não foi realizada regionalmente, nem acompanhada pela identificação de necessidades locais ou antecedida por um real planejamento para o desenvolvimento de novas capacidades institucionais. A regionalização, no âmbito do Pacto pela Saúde, esteve relacionada à ideia de fortalecimento da gestão compartilhada e cooperativa, como dimensão importante para promover o comprometimento dos gestores e a construção de regiões capazes de garantir o direito à saúde.

Recentemente, uma nova direção foi colocada para organização do sistema de ações e serviços de saúde no Brasil, por meio do Decreto 7.508, assinado pela presidenta Dilma Rousseff e publicado em 29 de junho de 2011. Tal Decreto regulamentou a Lei 8080/90 dispondo sobre o planejamento, a assistência e as relações interfederativas no SUS (Brasil, 2011). A regionalização permaneceu em pauta no bojo do Decreto, cujo artigo 3º afirmou que a oferta regional de ações e serviços de saúde é uma atribuição dos entes federados a fim de se garantir a universalidade e equidade no acesso ao SUS (Brasil, 2011). Além disso, dispôs que: o SUS deve ser organizado de forma regionalizada e hierarquizada, trazendo critérios a serem observados pelos estados e municípios para construção das regiões e hierarquização dos serviços; definiu os conceitos de mapa, região e rede de saúde, denotando a importância dos mesmos para a organização do SUS, alvo primeiro das suas disposições; e enfatizou o planejamento como função de Estado, a ser realizado de forma ascendente, a partir do mapa da saúde, e regionalmente no âmbito do estado (Brasil, 2011).

O Decreto 7.508/2011 apresentou como instrumento o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), o qual previu, como disposições essenciais, a identificação de necessidades, a oferta de serviços e as responsabilidades dos entes federados no que tange à regionalização (Brasil, 2011, art. 36). O COAP deve ser assinado regionalmente, por representantes da União, estado e todos os municípios envolvidos, com o objetivo de organizar e integrar as ações e serviços de saúde numa dada região, a partir das responsabilidades de cada ente federativo, característica que o diferencia dos Termos de Compromisso de Gestão, propostos no âmbito do Pacto pela Saúde.

Além disso, o Decreto 7.508/2011 trouxe como instrumentos a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), propondo que elas sirvam de referência para a definição de responsabilidades entre os níveis de governo em termos de provisão de serviços e medicamentos, visando à

garantia da integralidade da assistência (Brasil, 2011). A publicação dessas listas é de competência do Ministério da Saúde, que deve atualizá-las a cada dois anos. Por último, propôs a instituição das Comissões Intergestores Regionais (CIR, antigos CGR), reafirmando também o papel das Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB) como espaços importantes de articulação federativa (Brasil, 2011). Apesar de definir competências gerais para tais comissões, não definiu responsabilidades específicas para cada uma delas (a exceção de algumas competências exclusivas da CIT). A regionalização, no âmbito do Decreto 7.508/2011, está relacionada à proposta de formalização contratual como motor para o fortalecimento das relações interfederativas e da organização do SUS.

Não cabe nesse momento analisar impactos da implementação desse Decreto, mas tecer algumas considerações sobre seu potencial de indução de mudanças. Nesse sentido, há que se considerar dois riscos: 1) Que o direito à saúde, assegurado constitucionalmente a todo cidadão, seja reduzido aos escopos possíveis em cada unidade da federação, gerando padrões diferenciados de integralidade e equidade; 2) Que o processo de judicialização da saúde se intensifique mediante dissonâncias entre os contratos assinados e as capacidades reais de execução dos mesmos pelos entes federados. Para evitar tais riscos e promover avanços significativos no tocante à organização do SUS e às relações federativas na saúde, é importante que o COAP seja antecedido por um processo de planejamento consistente, que preveja a realização de investimentos em regiões com carências na produção de serviços e o fortalecimento dos fóruns de negociação e pactuação regional. Além disso, é importante que as penalidades, em casos de não cumprimento das metas contratuais, sejam avaliadas e definidas com cautela para que o cidadão não seja prejudicado.

A trajetória de implementação do SUS, à luz da análise do seu marco normativo, evidencia o afastamento e a reaproximação entre as diretrizes de descentralização e regionalização ao longo do tempo. Identificam-se tensões entre tais diretrizes nos anos 1990 (momento de ênfase à descentralização municipalista), bem como a convergência entre elas nos anos 2000 (quando se destaca a regionalização e um papel importante dos estados nesse processo). O quadro 3.11 apresenta as concepções em torno da regionalização ao longo dessas normativas e os principais instrumentos definidos para operacionalização da política de saúde.

**Quadro 3.11: Concepções (ideias/sentidos) acerca da regionalização da saúde e instrumentos para operacionalização da política ao longo da implementação do SUS, segundo seu marco normativo.**

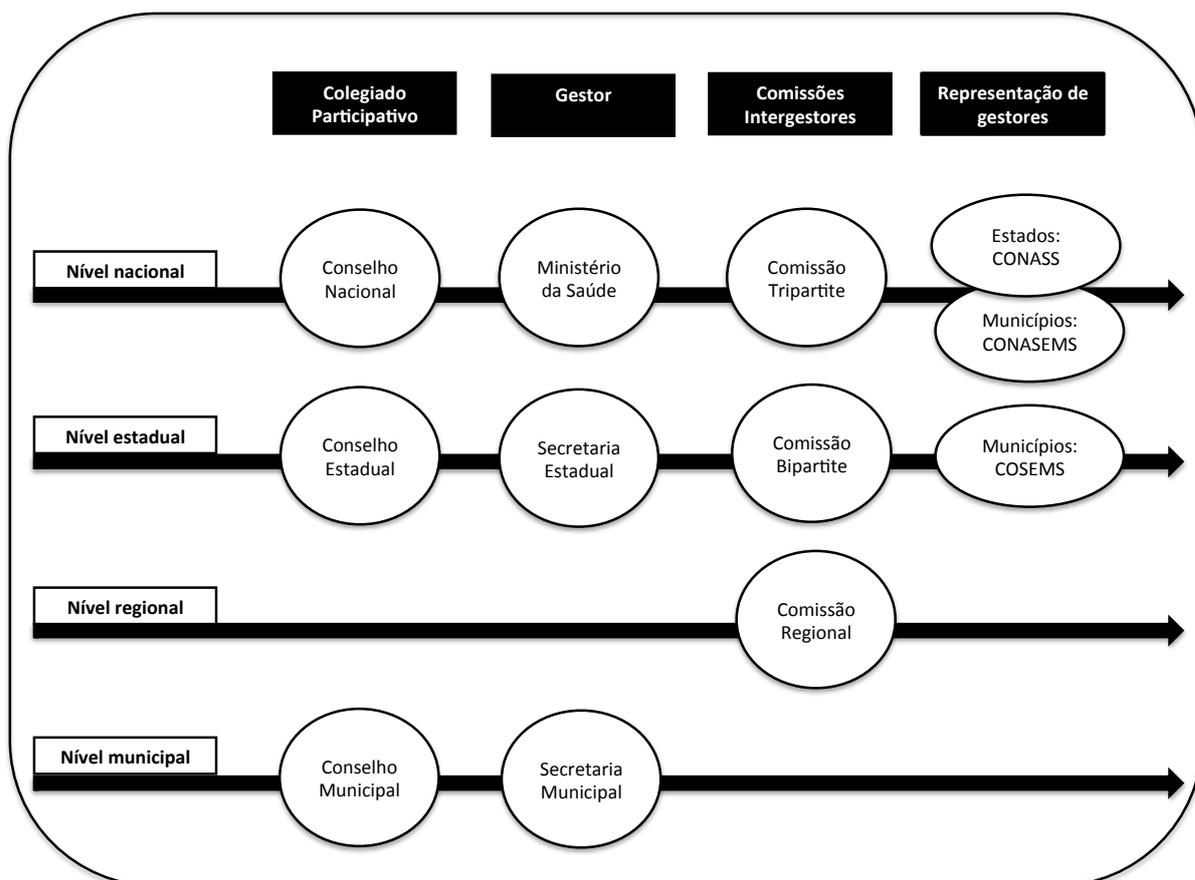
| Normativas analisadas   | Concepções acerca da regionalização da saúde   | Principais instrumentos propostos   |
|-------------------------|--|---|
| NOB 91, NOB 92 e NOB 93 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A regionalização é compreendida como um processo de articulação e mobilização municipal, num contexto de grande força da ideia da municipalização.</li> <li>- O processo de regionalização deve considerar as características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política dos municípios para se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.</li> <li>- O planejamento integrado é destacado, tendo a CIT, a CIB e os Conselhos como foros de negociação.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comissão Intergestores Tripartite (CIT).</li> <li>- Comissão Intergestores Bipartite (CIB).</li> <li>- Consórcios Intermunicipais de Saúde.</li> </ul> |
| NOB 96                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A compreensão acerca da regionalização está relacionada à organização dos serviços em rede regionalizada e hierarquizada, disciplinados segundo subsistemas municipais.</li> <li>- Há um entendimento de que a organização desordenada desses subsistemas municipais geraria atomização e fragmentação do SUS, ressaltando a importância do estado para mediar a relação entre eles.</li> <li>- Destaca-se a CIT, CIB e Conselhos de Saúde como espaços importantes para negociação e gestão compartilhada.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programação Pactuada e Integrada (PPI).</li> </ul>   |
| NOAS (2001 e 2002)      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A regionalização é considerada fundamental para a consolidação dos princípios de universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção, além do alcance da equidade alocativa.</li> <li>- O processo de regionalização deve envolver a definição de regiões de saúde, módulos assistenciais, municípios-sede dos módulos, municípios-pólo e unidades territoriais de qualificação, por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR).</li> <li>- Aponta inovações em três aspectos:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Acesso: ao definir diretrizes para a organização do primeiro nível de referência, segundo os principais problemas da população;</li> <li>2) Gestão: ao estimular o planejamento integrado entre gestores municipais, introduzir mecanismos para a garantia da referência e responsabilizar o estado pelo apoio aos municípios na organização dessas redes e pela coordenação do sistema de referência;</li> <li>3) Financeiro: ao aumentar o aporte de recursos diretamente aos municípios, por meio de uma base <i>per capita</i> nacional.</li> </ol> </li> <li>- Também há destaque para CIT, CIB e Conselhos como instâncias de debate e negociação.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plano Diretor de Regionalização (PDR).</li> <li>- Plano Diretor de Investimentos (PDI).</li> </ul>   |

| Normativas analisadas   | Concepções acerca da regionalização da saúde  | Principais instrumentos propostos   |
|-------------------------|---|---|
| Pacto pela Saúde (2006) | <p>- A regionalização é entendida como uma estratégia eficaz para a formação de sistemas de saúde eficientes e de relações intergovernamentais mais cooperativas. Compreende a construção de desenhos que respeitem as realidades locais e que promovam a pactuação entre os gestores no âmbito dos Colegiados de Gestão Regional (CGR).</p> <p>- O processo de regionalização seria norteado por sete pressupostos: territorialização, flexibilidade, cooperação, cogestão, financiamento solidário, subsidiariedade, participação e controle social.</p> <p>- A regionalização se pautaria por alguns objetivos gerais:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde a toda a população brasileira, independente do porte populacional do seu município de residência;</li> <li>2) Garantir a integralidade na atenção à saúde, por meio do acesso a todos os níveis de complexidade;</li> <li>3) Potencializar a descentralização do sistema, fortalecendo o papel dos estados e dos municípios, para que exerçam amplamente suas funções gestoras; e</li> <li>4) Racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos, possibilitando ganhos de escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.</li> </ol> <p>- A regionalização é assumida como eixo estruturante dessa normativa em suas três dimensões: Pacto pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colegiados de Gestão Regional (CGR).</li> <li>- Termos de Compromisso de Gestão.</li> </ul>  |
| Decreto 7.508/2011      | <p>- A regionalização é compreendida como eixo importante para a organização do SUS, associada à ideia de hierarquização dos serviços e construção de regiões a partir de critérios a serem observados pelos estados e municípios.</p> <p>- O processo de regionalização envolveria o levantamento da capacidade instalada para prestação de serviços de saúde (mapa da saúde), a definição de regiões de saúde e a construção de redes de serviços. Para isso, define:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mapa da saúde: constitui a etapa diagnóstica do planejamento, na qual deve ser realizada a identificação dos recursos humanos, capacidade de produção de serviços e investimentos presentes no território.</li> <li>2) Região de saúde: corresponde ao espaço geográfico delimitado para garantir integração, planejamento e execução de ações e serviços.</li> <li>3) Rede de atenção à saúde: diz respeito ao conjunto de ações e serviços organizados em níveis crescentes de complexidade, em uma dada região de saúde, a fim de garantir a integralidade da assistência.</li> </ol> <p>- Reafirma o papel das Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Regionais (CIR, antigos CGR) como fóruns importantes de articulação federativa.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comissões Intergestores Regionais (CIR).</li> <li>- Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).</li> <li>- Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES).</li> <li>- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).</li> </ul> |

Fonte: A partir de: Brasil, 1991; 1992; 1993; 1997; 2001a; 2002; 2006; 2011.

O marco legal e infraconstitucional apresentado definiu o modelo institucional do SUS, que está intimamente vinculado ao modelo federativo brasileiro, tendo como base a interrelação entre as diferentes esferas gestoras e o fortalecimento da participação da comunidade. Nas palavras de Noronha *et al* (2008, p. 435), o SUS “parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde”. O modelo institucional do SUS depende de uma articulação estreita entre Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais; as instâncias de negociação intergestores (CIT, CIB e CIR); os Conselhos de Secretários de Saúde Estaduais (CONASS) e Municipais (CONASEMS); e os Conselhos de Saúde nacional, estadual e municipal. A figura 3.4 mostra o arcabouço institucional e decisório do SUS.

**Figura 3.4: Arcabouço institucional e decisório do SUS.**



Fonte: A partir de Noronha *et al* (2008) e Brasil (2011).

Do modelo institucional do SUS deriva a necessidade de um acordo federativo, ou seja, da pactuação acerca das responsabilidades de cada esfera de governo, bem como daquelas que serão compartilhadas. De acordo com Noronha *et al* (2008), o papel dos gestores

envolve ações políticas, dado que é fundamental a articulação entre os mesmos e com outros atores sociais no âmbito dos diferentes espaços de negociação e decisão existentes no SUS; e técnicas, relacionadas ao cumprimento de funções em quatro grandes áreas: formulação de políticas e planejamento; financiamento; regulação, e prestação de ações e serviços de saúde. Os autores resumem o papel e responsabilidades de cada gestor da seguinte maneira:

“As principais responsabilidades do Ministério da Saúde são a normalização e a coordenação geral do sistema no âmbito nacional, o que deve ser desenvolvido com a participação dos estados e dos municípios, para os quais o Ministério da Saúde deve oferecer cooperação técnica e financeira.

As principais responsabilidades dos gestores estaduais são o planejamento do sistema estadual regionalizado (envolvendo mais de um município) e o desenvolvimento da cooperação técnica e financeira com os municípios.

O papel principal do gestor municipal é a gestão do sistema de saúde no âmbito do seu território, com o gerenciamento e a execução dos serviços públicos de saúde e a regulamentação dos prestadores privados do sistema. Os estados e o Ministério da Saúde limitam-se a executar serviços públicos de saúde em caráter temporário e/ou em circunstâncias específicas e justificadas” (Noronha *et al*, 2008, p. 447).

É possível identificar interfaces entre o papel de cada esfera de governo e as características dos processos de descentralização e regionalização da saúde, até aqui discutidos. Diante de tais características e do modelo federativo definido constitucionalmente na saúde, assume especial relevância o fortalecimento da gestão compartilhada e dos instrumentos que podem favorecê-la, entre eles: a CIT; a CIB; e a CIR.

A CIT, em funcionamento desde 1991, é formada por 25 membros, sendo paritariamente representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS. É considerada um importante fórum de negociação interterritorial, contribuindo para a participação de estados e municípios na formulação da política nacional e estimulando a interação entre gestores de diversas esferas de governo e unidades da federação (Noronha *et al*, 2008). A CIB, instituída pela NOB 93, foi criada em cada um dos estados, sendo formada paritariamente por representantes das Secretarias Estadual e Municipais. Tal norma a definiu como “instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS” (Brasil, 1993). A CIR, assim instituída pelo Decreto 7.508/2001 em substituição aos Colegiados de Gestão Regional (CGR) propostos pelo Pacto pela Saúde, visa promover a articulação entre os gestores estadual e municipais no âmbito de cada região de saúde, podendo representar um espaço de ampliação do poder dos governos subnacionais no âmbito do planejamento e regulação regional, à medida que se fortaleça institucionalmente para tal.

Outro componente importante do arcabouço decisório do SUS são os Conselhos de Saúde, colegiados de caráter permanente e deliberativo, formados por representantes dos usuários (50% dos membros), dos gestores, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços (paritários entre si), em resposta à Lei 8.142/1990. Segundo análise de Noronha *et al* (2008), entre os avanços conquistados no âmbito da participação da comunidade, está a constituição dos Conselhos de Saúde no âmbito nacional, em todos os estados e na maioria dos municípios; entre os desafios, destacam o funcionamento variável desses conselhos entre os estados e municípios, bem como o predomínio do caráter consultivo em vários temas da política.

A seção a seguir trata dos condicionantes da descentralização e da regionalização da saúde.

### *3.3.2.3 Condicionantes da descentralização e da regionalização da saúde*

O sistema partidário brasileiro contemporâneo, que se caracteriza pelo pluripartidarismo, possui suas raízes no período pós-1945, segundo Fleischer (2007). Para o autor, nos últimos 60 anos, ele passou por alguns momentos-chave para a compreensão da sua estrutura: sofreu dois “realinhamentos” impostos pelo regime ditatorial (em 1965-1966 e 1979-1980); com a redemocratização, expandiu-se de 1985 a 1993, quando viveu uma redução; e no final dos anos 1990, fragmentou-se novamente.

De acordo com Fleischer (2007), o retorno aos governos civis, em 1985, favoreceu alterações na legislação partidária, permitindo a criação e registro de novas legendas. Nas suas palavras: “Como consequência, em 1991, mais de 40 partidos estavam registrados no Tribunal Superior Eleitoral (TSE), vinte dos quais representados no Congresso” (Fleischer, 2007, p. 309). Nesse contexto, são muito comuns as coligações entre os partidos, que apesar da proposta de “verticalização”<sup>93</sup>, nem sempre são coincidentes nos níveis nacional e subnacionais (Fleischer, 2007).

Ainda que a filiação dos presidentes eleitos mostre certo protagonismo de três partidos (Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB; Partido da Social Democracia

---

93 Segundo Fleischer (2007, p. 336): “A verticalização obrigava partidos coligados na eleição presidencial a replicarem essas coligações no nível estadual, para evitar coligações ‘esdrúxulas’ (na justificativa do TSE em 5 de março de 2002).”.

Brasileira – PSDB; e Partido dos Trabalhadores – PT)<sup>94</sup>, cabe reconhecer que, em geral, as posturas político-ideológicas dos executivos nacionais (incluindo a direção dos Ministérios) são resultado das coligações realizadas. Logo após a ditadura, entre 1985 e 1990, assumiu a presidência da república José Sarney, filiado ao PMDB; foi sucedido por Fernando Collor e Itamar Franco, do Partido da Renovação Nacional (PRN); com o *impeachment* de Collor em 1992, tornou-se presidente seu vice, Itamar Franco, transferindo-se para o PMDB; entre 1995 e 2002, foi presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), do PSDB (por dois mandatos); de 2003 a 2010, Luís Inácio Lula da Silva foi presidente (também por dois mandatos), filiado ao PT; e de 2011 até o presente, está no governo a presidenta Dilma Rousseff, do PT. Além da dinâmica político-partidária, é importante reconhecer a influência das reformas neoliberais e do ajuste macroeconômico, no contexto de globalização, sobre a atuação dos governos (Andreazzi; Kornis, 2003).

Nos processos de descentralização e regionalização da saúde, podem ser destacados os seguintes atores e instituições: Governo central e Ministério da Saúde; Governo estadual, SES e CONASS; Governos Municipais, SMS, CONASEMS e COSEMS; CIT, CIB e CIR. Nesse cenário, o nível central assumiu o papel de coordenador nacional da política e do sistema de saúde, sendo o principal formulador e tendo uma atuação importante na regulação e financiamento. O nível estadual possui o papel de coordenador do sistema no seu território, condutor do processo de regionalização e partícipe do financiamento do SUS; também lhe cabem funções no âmbito da regulação regional. É papel do nível municipal assumir a gestão e direção do sistema de saúde no seu âmbito, responsabilizando-se pela gestão das unidades próprias (estrutura, equipamentos e trabalhadores) e pela realização de contratos com o setor privado; também é responsável pelo financiamento e regulação no seu território. O CONASS e CONASEMS representam, respectivamente, as SES e SMS junto à CIT; enquanto o COSEMS representa as SMS no âmbito da CIB. CIT, CIB e CIR se colocam como espaços de fortalecimento da gestão compartilhada no âmbito do SUS, nos planos nacional, estadual e regional.

Puderam ser identificadas as seguintes estratégias de atuação dessas instituições e atores: o governo central busca manter seu poder no âmbito da formulação e regulação da política de saúde, fazendo uso de incentivos financeiros e da normatização; os governos central e estaduais buscam transferir para os municípios as funções de prestação de serviços,

---

94 A tarefa de definir os espectros políticos no sistema pluripartidário brasileiro não é trivial. De maneira geral, ainda que haja controvérsias, pode-se dizer que PMDB e PRN possuem posições de centro-direita; PSDB, de direita; e PT, de esquerda.

gestão das unidades e responsabilidade pelos trabalhadores; os governos estaduais e municipais buscam estratégias para recuperar e/ou desenvolver competências no que tange ao planejamento, formulação, financiamento e regulação, com apoio dos seus órgãos de representação. CIT, CIB e CIR configuram-se como espaços políticos de atuação dessas instituições e atores, colocando-se como arenas de negociação de tais estratégias.

Entre os fatores político-institucionais que atuaram/atua como condicionantes da descentralização e da regionalização da saúde no Brasil, situam-se a redemocratização e o anseio pela ampliação do poder e da autonomia dos entes subnacionais; o protagonismo do municipalismo, do qual derivou certa tensão entre a visão local *versus* a regional no âmbito da política de saúde; e a descentralização do Estado, com redistribuição do poder territorial nas dimensões administrativa, política e fiscal, ainda que o governo central tenha permanecido como detentor do maior poder.

Outros fatores político-institucionais referem-se à participação limitada dos estados na gestão da saúde nos anos 1990 (tendo como contexto sua situação de endividamento e as restrições impostas pelo Programa de Reestruturação Fiscal e Financeira para a renegociação dessas dívidas), bem como a recuperação da sua capacidade financeira e institucional nos anos 2000 (quando seu papel também ganhou destaque na política nacional de saúde); ao perfil populacional da maioria dos municípios do país e seus limites institucionais e financeiros para assumirem suas atribuições; e ao privilegiamento das relações diretas entre União e municípios, sem a participação dos estados, com consequências para as relações federativas na saúde.

Por fim, atuaram/atua, em interface, como condicionantes dos processos estudados, a publicação da Lei de Responsabilidade Fiscal (2000) e a aprovação da Emenda Constitucional 29/2000 (Faveret, 2002) e sua regulamentação pela Lei Complementar 141/2012, disciplinando a atuação dos governos e comprometendo seus orçamentos com os gastos em saúde, ainda que a EC29/2000 não tenha favorecido o aumento de aportes para a saúde como se esperava (Dain, 2007).

Os fatores econômicos não são menos importantes, sendo possível identificar dois períodos de destaque, com repercussões para o financiamento da saúde ao longo dos anos 1990 – fatores que impuseram limites, ao lado de fatores político-institucionais, à expansão dos gastos em saúde. São eles:

- 1990 a 1994: caracterizado por forte período de recessão econômica, com descontrole inflacionário e ajustes fiscais do Estado, e pela instauração de um novo modelo econômico caracterizado pela liberalização do mercado interno e privatizações de empresas produtivas;

- 1995 a 2001: período de estabilização da inflação por meio do Plano Real, porém com baixo crescimento do PIB no seu início, e recessão ao final. Caracteriza-se pela manutenção do modelo econômico aplicado no período anterior (Andreazzi; Kornis, 2003).

Tratando do ajuste macroeconômico e do SUS, Ugá e Marques (2005, p. 200) afirmam que:

“O ajuste macroeconômico afetou o SUS drasticamente através da contenção de recursos para a política de saúde, implementada ao longo da década de 1990, agravada pelos recorrentes contingenciamentos dos recursos alocados ao setor, geraram uma crise de financiamento do SUS, que foi motivada não por fatores intrínsecos ao modelo de sistema de saúde, mas por fatores externos vinculados ao ajuste fiscal adotado pelos governos desde então (modelo esse que, infelizmente, perdura até hoje)”.

Em análise da execução orçamentária do Ministério da Saúde como proporção do PIB em relação à variação percentual anual do mesmo, entre 1995 e 2009, Machado (2012, p. 128) identifica, na maior parte do período, um caráter cíclico do gasto em saúde, no qual “movimentos de redução da participação da saúde no PIB muitas vezes estão associados a baixo crescimento econômico”. A autora destaca dois momentos que se comportam como exceções: o início dos anos 2000, no qual sugere que a aprovação da EC29/2000 tenha colaborado para a manutenção do orçamento setorial diante das oscilações no PIB; e o ano 2009, no qual evidencia um caráter anticíclico.

A taxa de crescimento do PIB mostrou recuperação a partir de meados da década de 2000, o que permitiu que o país reagisse melhor à crise econômica mundial de 2009<sup>95</sup> (World Bank, 2013). Contudo, Machado (2012, p. 126) pondera: “Em que pese à melhoria de alguns indicadores entre 2000 e 2007, o Brasil apresenta baixo gasto público *per capita* em saúde e baixo comprometimento do gasto público com a saúde, mesmo comparado a outros países da América Latina”. Com relação à composição do gasto em saúde, a presença de gastos privados superiores aos públicos indica problemas estruturais do *mix* público-privado e sugere iniquidades no financiamento do setor (Bahia, 2009).

---

95 Destaca-se o crescimento do PIB entre 2006 e 2008. Em 2010, o PIB apresentou crescimento de 7,5%; em 2011, de 2,7%; e em 2012, de 0,9% (World Bank, 2013).

**Quadro 3.12: Análise histórica, institucional e política da descentralização e regionalização na política de saúde brasileira.**

| DIMENSÕES DE ANÁLISE   | DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA  |
|--|--|
| <p><b>TRAJETÓRIA DA DESCENTRALIZAÇÃO E DA REGIONALIZAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA</b></p> | <p>- <i>Marcos Institucionais</i>: Ações Integradas de Saúde (AIS, em 1985/86) e Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS, em 1987); Constituição Federal (1988); Lei Orgânica da Saúde (1990); Normas infraconstitucionais do SUS (anos 1990 e 2000); Emenda Constitucional 29/2000 (regulamentada pela Lei Complementar 141/2012).</p> <p>- <i>Características</i>: Descentralização gradual, marcada pela sequência das dimensões administrativa (com início anterior à implementação do SUS); política e fiscal/financeira (transferência progressiva de responsabilidades e recursos do nível federal para os níveis municipais e estaduais, regulada nacionalmente). Ênfase na descentralização para os municípios ao longo dos anos 1990 e o desenvolvimento de capacidade institucional nessa esfera para a gestão do SUS; e destaque para a regionalização a partir dos anos 2000, acompanhado da valorização do papel do gestor estadual na condução desse processo. Instituição e funcionamento regular dos fóruns de negociação interterritorial (Comissões Intergestores Tripartite, Bipartite e Regional - CIT, CIB e CIR), visando efetivar a articulação federativa na saúde.</p> <p>- <i>Ruptura</i> de um modelo centralizado (Inamps) para um descentralizado (SUS), no qual as três esferas de governo se constituem como autoridades sanitárias, ainda que com graus diferentes de autonomia e poder. A redemocratização e a descentralização mais geral do Estado atuam como condicionantes da descentralização sanitária.</p> <p>- <i>Traços de continuidade</i>: presença importante do nível central na coordenação da política de saúde, ainda que os entes subnacionais tenham conquistado maior poder, sobretudo na dimensão administrativa.</p>   |
| <p><b>INSTITUCIONALIDADE DA DESCENTRALIZAÇÃO E DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE</b></p>                | <p>- <i>Ideia/sentido (formal)</i>: Descentralização político-administrativa e financeira, com decisões compartilhadas entre as esferas gestoras.</p> <p>- <i>Ideia/sentido (formal)</i>: Regionalização associada à ideia de organização de redes assistenciais e sua hierarquização no território. As concepções acerca da regionalização mostraram variações ao longo do tempo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* NOB 91, 92 e 93: associação com a ideia de conformação de consórcios, mediante a vontade política dos municípios;</li> <li>* NOB 96: relação com a ideia de integração assistencial, por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI);</li> <li>* NOAS 2001/02: relacionada à ideia de garantia do acesso e integralidade da atenção, com ênfase em questões operativas a serem definidas no Plano Diretor de Regionalização (PDR);</li> <li>* Pacto pela Saúde (2006): relação com a ideia de gestão compartilhada e cooperativa, como dimensão importante para promover o comprometimento dos gestores, tendo como instrumentos os Termos de Compromisso de Gestão e os Colegiados de Gestão Regional (CGR);</li> <li>* Decreto 7.508/2011: associada à ideia de formalização contratual das regiões e das responsabilidades dos gestores, visando ao fortalecimento das relações interfederativas e da organização do SUS, por meio da CIR e do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP).</li> </ul> <p>- <i>Objetivos/desenho (formal)</i>: integralidade da atenção; coordenação assistencial; serviços mais próximos dos usuários; gestão descentralizada e participativa.</p> <p>- <i>Instituições e atores envolvidos no processo de formulação e implementação</i>: Ministério da Saúde; Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); Secretarias Municipais de Saúde (SMS), Conselho de Secretários Municipais de Saúde no âmbito nacional (CONASEMS) e estadual (COSEMS).</p> |

|   |   |
|---|---|
|   | <p>- <i>Arranjos institucionais definidos formalmente:</i></p> <p>* Órgãos de decisão e gestão compartilhada: CIT, CIB e CIR: atuam como espaços de negociação entre os gestores das três esferas de governo, buscando favorecer a construção de consensos no processo de formulação e implementação da política.</p> <p>* Órgãos de participação da comunidade: Conselhos de Saúde (formados por 50% de usuários) foram constituídos em todo o território nacional (União, estados e quase todos os municípios), formalmente com caráter deliberativo (mas, na prática, com atuação variada e caráter consultivo).</p>   |
| <p><b>CONDICIONANTES DA<br/>DESCENTRALIZAÇÃO E<br/>DA REGIONALIZAÇÃO<br/>DA SAÚDE</b></p> | <p>- <i>Períodos de governo:</i> 1985-1990: Sarney (PMDB); 1990-1992: Collor (PRN); 1992-1994: Itamar Franco (PRN/PMDB); 1995-1998: FHC (PSDB); 1999-2002: FHC (PSDB); 2003-2006: Lula (PT); 2007-2010: Lula (PT); e 2011-presente: Dilma Rousseff (PT).</p> <p>- <i>Papel das instituições e atores:</i> O nível central assumiu o papel de coordenador nacional da política e do sistema de saúde, sendo o principal formulador e tendo uma atuação importante na regulação e financiamento. O nível estadual possui o papel de condutor do processo de regionalização, com funções no financiamento e regulação no seu território. O município assumiu a gestão e direção do sistema de saúde no seu âmbito, responsabilizando-se pela gestão das unidades próprias (estrutura, equipamentos e trabalhadores) e de contratos com o setor privado; também é responsável pelo financiamento e regulação. Os órgãos de representação dos estados (CONASS) e municípios (CONASEMS e COSEMS) atuam junto à CIT ou CIB, posicionando-se a favor dos interesses subnacionais.</p> <p>- <i>Estratégias de atuação das instituições e atores:</i> O governo central faz uso de incentivos financeiros e da normatização como estratégias para a manutenção do seu poder no âmbito da formulação e regulação da política de saúde; os governos central e estaduais buscam transferir para os municípios as funções de prestação e gestão de serviços; os governos estaduais e municipais buscam estratégias para ampliar seu poder e autonomia (no que tange ao planejamento, formulação, financiamento e regulação), com apoio dos seus órgãos de representação. CIT, CIB e CIR configuram-se como arenas de negociação de tais estratégias.</p> <p>- <i>Fatores político-institucionais:</i> redemocratização e anseio pela ampliação do poder e autonomia dos entes subnacionais, com protagonismo do municipalismo; descentralização do Estado, com redistribuição do poder territorial nas dimensões administrativa, política e fiscal; participação limitada dos estados na gestão da saúde nos anos 1990, bem como a recuperação da sua capacidade financeira e institucional nos anos 2000; perfil populacional da maioria dos municípios do país e seus limites institucionais e financeiros para assumirem suas atribuições; privilegiamento das relações diretas entre União e municípios; Lei de Responsabilidade Fiscal (2000) e Emenda Constitucional 29/2000 (e sua regulamentação pela Lei Complementar 141/2012).</p> <p>- <i>Fatores econômicos:</i> crise econômica (1990 a 1994) e instauração de um modelo liberal na economia; estabilização da inflação, baixo crescimento econômico e manutenção do modelo liberal (1995 a 2001); crise do financiamento da saúde (nos anos 1990, como consequência, entre outros fatores, da política de ajuste macroeconômico); recuperação econômica a partir de meados da década de 2000; composição do gasto em saúde com grande peso da participação do privado.</p> |

Fonte: Elaboração própria.

## 4 ESPANHA: O ESTADO DAS AUTONOMIAS

### 4.1 Descentralização na Espanha: aspectos históricos, institucionais e políticos

A Espanha é membro da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) desde 1961 e da União Europeia desde 1986. É o segundo maior país da União Europeia em extensão territorial (505.987 Km<sup>2</sup>, depois da França) e o quinto maior em população (cerca de 46 milhões de habitantes, estando depois da Alemanha, França, Reino Unido e Itália) (INE, 2010). Em 2010, ocupou a 12<sup>a</sup> posição no ranking de países segundo Produto Interno Bruto nominal (PIB) do Banco Mundial (World Bank, 2010), registrando um PIB nominal de 1,4 trilhões de dólares.

A crise econômica tem sido sentida pela Espanha desde 2007, com reflexos sobre o poder de compra e a taxa de desemprego. Ainda em 2010, o PIB *per capita* em paridade de poder de compra (PPC) da Espanha esteve na média da União Europeia, estando o Consumo Individual Real *per capita* expresso em PPC 5% abaixo da média (Eurostat, 2011). Atualmente, a Espanha registra uma taxa de desemprego de cerca 20% (INE, 2013), que já variou entre 30,9% na província de Las Palmas e 8,1% em Guipúzcoa em 2009 (INE, 2010).

Em 2009, a expectativa de vida ao nascer aumentou três décimos em relação a 2008, chegando a 81,6 anos (84,6 para as mulheres e 78,5 para os homens) (INE, 2013). Ainda em 2009, a taxa de natalidade foi de 10,7 nascidos vivos por 1000 habitantes e a taxa de fertilidade foi de 1,4 filhos por mulher (INE, 2013). A taxa de mortalidade infantil alcançou os 3,19 por cada 1.000 nascidos vivos em 2009, sendo a mais baixa dos últimos anos e uma das mais baixas da União Europeia (INE, 2013). A taxa de mortalidade geral é de 8,3 por 1000 óbitos, sendo as doenças cardiovasculares as principais causas de morte e internações hospitalares (INE, 2013).

A Espanha é considerada um dos países mais descentralizados da Europa, sendo chamada de “Estado das Autonomias” (Requejo, 2006; García; Sotelo, 1999). Isto porque apesar de ser um país unitário, cujo regime político é uma Monarquia Parlamentarista, funciona de maneira semelhante a uma federação. Há posições diversas sobre o tema, havendo quem afirme que a Espanha conforma um modelo federal (Elazar, 1998), quem diga que se configura como uma quase-federação (Camargo, 2001) ou que representa uma tendência geral ao federalismo com certas especificidades (Agranoff, 1993; Colomer, 1998). Alguns grupos políticos defendem que lhe faltam requisitos importantes para constituir-se como uma federação, o que pode estar vinculado a certa instrumentalização ideológica do

tema e a um argumento para a reivindicação de maior autonomia (Rocha, 2013). Este estudo se filia ao grupo daqueles que destacam as características federativas da Espanha, aqui analisadas desde a perspectiva da descentralização política, fiscal e administrativa do Estado.

A Constituição Espanhola, aprovada pelo Parlamento e votada por 87% dos cidadãos em um referendo celebrado em 6 de dezembro de 1978, marcou o retorno do período democrático e instituiu um complexo desenho para a descentralização do Estado, tanto em seus aspectos políticos quanto administrativos, inovando ao criar as Comunidades Autônomas (CCAA) como um nível intermediário de governo. Desde então, a organização político-territorial espanhola baseia-se em quatro níveis: Governo central; 17 governos autônomos; 50 governos provinciais e cerca de 8.000 governos locais. Além das 17 CCAA, a Constituição (1978) instituiu duas cidades autônomas (Ceuta e Mellila). As CCAA podem ser uni ou multiprovinciais, como mostram a figura 4.1 e o quadro 4.1.

**Figura 4.1: Divisão política e administrativa da Espanha.**



Fonte: Socialesweb (2013).

**Quadro 4.1: Divisão política e administrativa da Espanha: 17 CCAA e 50 províncias.**

| CCAA                        | População* | Capital da CCAA        | Número de províncias | Províncias   |
|-----------------------------|------------|------------------------|----------------------|--|
| <b>Andalucía</b>            | 8.371.270  | Sevilla                | 8                    | Almería<br>Granada<br>Córdoba<br>Jaén<br>Sevilla<br>Málaga<br>Cádiz<br>Huelva                |
| <b>Cataluña</b>             | 7.519.843  | Barcelona              | 4                    | Barcelona<br>Tarragona<br>Lérida<br>Gerona   |
| <b>Madrid</b>               | 6.421.874  | Madrid                 | 1                    | Madrid   |
| <b>Comunidad Valenciana</b> | 5.009.931  | Valencia               | 3                    | Castellón<br>Valencia<br>Alicante  |
| <b>Galicia</b>              | 2.772.928  | Santiago de Compostela | 4                    | La Coruña<br>Lugo<br>Orense<br>Pontevedra  |
| <b>Castilla-León</b>        | 2.540.188  | Valladolid             | 9                    | Ávila<br>Burgos<br>León<br>Palencia<br>Salamanca<br>Zamora<br>Segovia<br>Soria<br>Valladolid |
| <b>País Vasco</b>           | 2.185.393  | *1                     | 3                    | Álava (capital Vitoria)<br>Guipúzcoa (capital San Sebastián)<br>Vizcaya (capital Bilbao)     |
| <b>Islas Canarias</b>       | 2.082.655  | *2                     | 2                    | Santa Cruz de Tenerife<br>Las Palmas de Gran Canaria   |
| <b>Castilla La Mancha</b>   | 2.106.331  | Toledo                 | 5                    | Toledo<br>Ciudad Real<br>Cuenca<br>Guadalajara<br>Albacete                                   |
| <b>Región de Murcia</b>     | 1.462.128  | Murcia                 | 1                    | Murcia   |
| <b>Aragón</b>               | 1.344.509  | Zaragoza               | 3                    | Huesca<br>Teruel<br>Zaragoza   |
| <b>Extremadura</b>          | 1.104.499  | Mérida                 | 2                    | Badajoz<br>Cáceres   |

| CCAA           | População*        | Capital da CCAA   | Número de províncias | Províncias    |
|----------------|-------------------|-------------------|----------------------|---------------|
| Asturias       | 1.075.183         | Oviedo            | 1                    | Asturias      |
| Islas Baleares | 1.100.503         | Palma de Mallorca | 1                    | Baleares (*3) |
| Navarra        | 640.129           | Pamplona          | 1                    | Navarra       |
| Cantabria      | 592.542           | Santander         | 1                    | Santander     |
| La Rioja       | 321.173           | Logroño           | 1                    | La Rioja      |
| <b>Total</b>   | <b>46.815.916</b> | <b>Total</b>      |                      | <b>50</b>     |

\* População segundo Censo de 2011.

\*1 País Vasco: Vitoria é a sede das instituições comuns da CCAA, mas a capital não está oficializada por lei.

\*2 Ilhas Canárias: constituem um arquipélago formado por sete ilhas no Atlântico, quatro situadas na província de Santa Cruz de Tenerife e três na província Las Palmas de Gran Canaria. Em 1927, o Decreto Real de 21 de setembro definiu que a cada legislatura, a sede do governo se alternaria entre as capitais das duas províncias.

\*3 Ilhas Baleares: arquipélago formado por cinco ilhas (Menorca, Mallorca, Ibiza, Formentera e Cabrera) situadas no Mediterrâneo constituindo uma única província.

Fonte: La Moncloa (2012); INE (2013).

Após cerca de 40 anos da ditadura franquista<sup>96</sup>, com fortes restrições às especificidades étnicas e linguísticas regionais<sup>97</sup>, o modelo de organização político-territorial que emanou da Constituição de 1978 precisava dar respostas aos nacionalismos e impulsos separatistas presentes. Assim, tal modelo se comprometeu com a democracia e o respeito às diferenças, associando-se fortemente à perspectiva de divisão do poder territorial. De tal maneira, que García e Sotelo (1999, p. 15) afirmam: *“El modelo actual y la democratización del país se han producido tan a la par, que es difícil determinar de manera fraccionada qué aspectos o procesos geográficos de nuestro territorio son consecuencia de una u otra realidad”*.

Embora a Constituição Espanhola (1978, art. 137) tenha definido que municípios, províncias e CCAA têm autonomia para a gestão de seus respectivos interesses, o que se nota é que a distribuição efetiva do poder se dá entre governo central e CCAA, restando às

96 O General Francisco Franco, após golpe militar em 1936, que deu início a Guerra Civil Espanhola entre 1936 e 1939, governou a Espanha em regime ditatorial até sua morte em 1975. Entre 1975 (fim do regime ditatorial e proclamação do Rei Juan Carlos I) e 1978 (início do regime constitucional, com a aprovação da Constituição), a Espanha viveu o período conhecido como Transição Democrática.

97 García e Sotelo (1999) mostram que a Iberia (ou Espanha pré-romana) esteve formada por cerca de trinta etnias (entre os quais lusitanos, vettones, astures, cántabros, vascones, carpetanos, vaceos, arevacos, turdetanos e oretanos), sendo o território atualmente conhecido consequência da unificação de reinos que já gozavam de grande liberdade dentro de seus limites. Cabe destacar os casos de Cataluña, País Vasco e Galícia, atuais CCAA, que possuem línguas próprias e fortes identidades regionais. Além disso, País Vasco e Navarra se constituíram como CCAA foraes, mantendo alguns benefícios frente às demais CCAA, entre eles, a arrecadação própria de tributos.

províncias e aos municípios um papel marginal e de responsabilidades restritas (García; Sotelo, 1999; Agranoff; Ramos, 1998; Rocha, 2013). O grau de poder e autonomia das províncias e municípios é variável entre as CCAA, pois depende do que foi estabelecido nos Estatutos de Autonomia de cada uma delas. Assim, nota-se, por exemplo, que os governos provinciais têm mais poder no País Vasco e menos, na Cataluña.

A arena de poder na qual se deu à conformação das CCAA foi marcada pelo jogo de forças centrífugas e centrípetas (Rocha, 2013). De um lado, movimentos políticos e partidos regionais reivindicavam autonomia para suas regiões; de outro, partidos nacionais, burocracia central e Exército desejavam manter um grau importante de poder no nível central de governo, temendo a fragmentação do território em função do processo de descentralização (Rocha, 2013). Assim, a constituição das CCAA – parte importante do processo de descentralização política do Estado Espanhol – constituiu um processo paulatino (de 1979 a 1983), que variou de acordo com os movimentos políticos realizados pelas regiões, bem como diante das suas condições institucionais em assumirem seus governos (Jordana, 2006; Ramió; Salvador, 2006).

O desenho das CCAA evidencia diferenças importantes em extensão territorial, porte populacional, aspectos culturais e variações linguísticas, associadas à história de conformação desses territórios. Tais limites guardam relação com, ao menos, dois caminhos: a presença de uma identidade regional e características históricas que justifiquem a configuração de uma determinada CCAA; ou a vontade das províncias em se unirem ou não, enquanto uma CCAA. A análise do processo não sugere a relevância de critérios de eficiência administrativa.

Neste sentido, a Constituição (1978) institucionalizou duas vias para a conformação das CCAA: a via rápida, pela qual se formariam as comunidades consideradas históricas (segundo o art. 151); e a via lenta, pela qual se constituiriam as demais comunidades (conforme o artigo 143)<sup>98</sup>. As CCAA teriam competência para administrar seus interesses, instituições e orçamentos com grande liberdade, desde que elaborassem e aprovassem seus Estatutos de Autonomia, dentro do previsto no artigo 147 da Constituição (1978).

A aprovação desses Estatutos não se deu de maneira automática após a aprovação da Constituição em 1978, pelo contrário, seguiu um processo assimétrico pautado pela negociação de cada caso entre o governo central e o governo regional. País Vasco e Cataluña foram os primeiros a aprovarem seus Estatutos em dezembro de 1979, seguidos pelas demais

---

98 As CCAA que se instituíram pela via rápida foram Cataluña, País Vasco, Galicia e Andalucía (destaca-se que essa última não era considerada histórica, mas se formou por este caminho devido aos movimentos políticos que realizou). Outras CCAA tidas como históricas acabaram por seguir a via lenta.

CCAA em 1981, 1982 e 1983 (nesse último ano, se aprovaram os Estatutos de Extremadura, Baleares, Castilla-León e Madrid); os Estatutos das cidades autônomas de Ceuta e Mellila só foram aprovados em 1995 (Jordana, 2006; Ramió; Salvador, 2006).

É importante destacar que o processo gradual de descentralização que levou à instituição das CCAA foi marcado por diferenças significativas no que toca aos conteúdos das políticas transferidas e velocidade de devolução de competências e responsabilidades, sobretudo nos anos iniciais. Havia diferentes possibilidades de distribuição formal do poder, que variavam desde a exclusividade normativa e executiva para os órgãos centrais do Estado até a mesma exclusividade para as CCAA. Nas palavras de Jordana (2006, p. 220), as cinco possibilidades poderiam ser assim compreendidas:

“1) Inexistência de competências executivas e legislativas para a CCAA (exclusividade para os órgãos centrais do Estado); 2) Somente competências de execução para a CCAA (exclusividade de legislação para os órgãos centrais do Estado); 3) Competência de execução e desenvolvimento legislativo para a CCAA, a partir da aplicação da legislação básica estabelecida pelos órgãos centrais do Estado; 4) Competência exclusiva de execução e legislativa para a CCAA, observadas as restrições constitucionais; e 5) Competência exclusiva de legislação e execução para as CCAA”.

Tais diferenças impulsionaram reivindicações que, mais tarde, lograram a conquista de maior poder e autonomia por todo o conjunto de CCAA. A Constituição (1978) definiu as competências das CCAA (art. 148) e do governo central (art. 149), adicionando que a cada cinco anos poderia haver um processo de revisão e ampliação das mesmas por parte das CCAA. Alguns analistas consideram essa divisão de responsabilidades pouco precisa, contudo, a trajetória do processo evidencia que essa não foi uma barreira ao alargamento do poder político e administrativo das CCAA. Evidência disso é que, até 1983, algumas CCAA constituídas pela via lenta já haviam ampliado suas competências, como exemplos, têm-se os casos da Comunidade Valenciana e de Canarias, cujas Leis Orgânicas de Transferências garantiram um status semelhante ao das CCAA formadas pela via rápida (Agranoff, 1993).

Presentes nessa arena de negociação estavam o governo central, representado pelos partidos nacionais (sobretudo a *Unión Centro Democrática* – UCD, que esteve no executivo nacional de 1976 a 1982; e o *Partido Socialista Obrero Español* – PSOE, que esteve de 1982 a 1996)<sup>99</sup>, os partidos regionais (com destaque para os nacionalistas vascos e catalães) e o

---

<sup>99</sup> O executivo nacional foi governado pelo Partido Popular (PP) de 1996 a 2003, com José María Aznar Lopes. O PSOE volta ao governo de 2004 a 2011, com José Luis Rodríguez Zapatero. De 2012 até hoje, segue o PP no governo, com Mariano Rajoy.

Tribunal Constitucional, um ator que ocupou um papel central na resolução de conflitos sobre a natureza exclusiva ou compartilhada das competências transferidas. Até 1982, o governo central foi o principal protagonista das ações junto ao Tribunal Constitucional, no esforço de manter poder e responsabilidades; a partir de 1982, a situação se inverteu, e as CCAA passaram a impetrar o maior número de ações (Bañon; Carrillo, 1994). Cabe destacar a decisão do Tribunal Constitucional frente à Lei Orgânica de Harmonização do Processo Autonômico em 1983, pois ao invalidá-la parcialmente (14 artigos foram julgados inconstitucionais) deu-se mais força às reivindicações das CCAA pelo reconhecimento de suas autonomias.

A disputa com relação à divisão de poderes e atribuições torna tenso o campo das relações intergovernamentais na Espanha. De uma maneira geral, a polarização entre governo central e regionais se mantém ao longo das décadas, com variações de intensidade. Tal disputa também assume os contornos da luta política e ideológica entre os partidos de esquerda e direita que ocupam o executivo e legislativo nacional e regionais, e se manifesta nos fóruns de negociação compartilhada com prejuízos para seu funcionamento – pode-se citar como exemplo o caso do Conselho Interterritorial, no qual se discute o setor saúde. O pêndulo dessa balança se mostra mais favorável às CCAA, que ampliaram progressivamente suas competências ao longo dos anos 1980 e 1990, concretizando a descentralização política e administrativa, como se verá a seguir.

#### ***4.2 As dimensões da descentralização no Estado Espanhol***

A análise do processo de descentralização do Estado espanhol revela um sequenciamento, ainda que não linear, das dimensões política, administrativa e fiscal. A partir das variáveis definidas na seção metodológica, identificou-se o grau de poder dos governos regionais em cada uma dessas dimensões, bem como o poder e capacidade de coordenação do nível central. A seguir, apresentam-se os principais marcos institucionais e características que conformam a trajetória da descentralização.

Quanto à descentralização política, pode-se definir como período-chave aquele compreendido entre os anos 1979 a 1984, marcado institucionalmente pela definição do mapa político-territorial do Estado espanhol, seguido das eleições para as Assembleias Regionais e conformação dos governos autônomos.

A Constituição (1978) determinou a separação entre executivo, legislativo e judiciário<sup>100</sup>, e respaldou institucionalmente o rei (Rei Juan Carlos I, desde 1975) a exercer a função de Chefe do Estado e Chefe Supremo das Forças Armadas, em uma monarquia hereditária constitucional. As CCAA, em geral, construíram uma estrutura institucional e administrativa semelhante a do nível central, reproduzindo, de certa forma, a divisão de poderes ali existente. Como tal estrutura não estava formalmente regulamentada pela Constituição, as CCAA tinham liberdade para defini-la. Contudo, na maior parte das vezes, optaram por manter o modelo organizacional já conhecido, pois ele favorecia a transferência de responsabilidades do nível central para as regiões (Jordana, 2006).

O poder legislativo possui diferentes graus de autonomia entre as CCAA. Subirats (1998) mostrou que 60% das leis aprovadas até 1993 se concentravam em sete CCAA (Andalucía, Cataluña, País Vasco, Galícia, Navarra, Comunidad Valenciana e Canárias). Neste grupo, destaca-se a atividade legislativa de Cataluña e Navarra (com uma média de 18 leis por ano), seguidas pelo País Vasco (com média superior a 11 leis anuais) e Andalucía (com média de sete leis anuais). Entre as CCAA que exerceram menos seu direito de legislar sobre competências próprias, encontram-se Castilla La Mancha, Extremadura e La Rioja (com uma média de 3 a 5 leis por ano no período). De qualquer maneira, a atividade legislativa regional mostra-se relevante no quadro nacional, uma vez que, nos anos 1990, 85% do conjunto de leis elaboradas no país foram produzidas nos parlamentos regionais (Rocha, 2013). A Assembleia Legislativa é eleita por sufrágio universal e voto em sistema de lista fechada.

Ao lado da Constituição, o Tribunal Constitucional é responsável por proteger a divisão de responsabilidades entre os entes governamentais, justificativa para que sua atuação seja nacional. Contudo, o poder judiciário está presente nos territórios autônomos por meio

---

100 O poder executivo (Governo) é conformado pelo presidente (Chefe do Governo) e um Conselho de Ministros, indicados por ele com prévia aprovação do rei. Cabe ao presidente, dirigir a Defesa do Estado, a Administração Civil e Militar e a Política Interior e Exterior. O período de presidência é de quatro anos. Desde novembro de 2011, o cargo de Presidente do Governo é ocupado por Mariano Rajoy<sup>100</sup> (La Moncloa, 2012). O poder legislativo se constitui por um Parlamento Bicameral, denominado Cortes Gerais, constituído pelo Congresso de Deputados e pelo Senado. O Congresso de Deputados possui 350 integrantes eleitos por voto universal para um período de quatro anos. O Senado possui 259 membros, que também exercem um mandato de quatro anos, mas são eleitos regionalmente, já que essa é a câmara de representação territorial: 208 senadores são eleitos de acordo com as circunscrições provinciais por voto direto em um sistema de maioria e 51 são designados pelas CCAA. Às Cortes Gerais cabe, entre outras funções, aprovar o orçamento do Estado e supervisionar a ação do Governo (Congreso, 2012; Senado, 2012). O poder judiciário é formado por um conjunto de tribunais. O Conselho Geral é o órgão governamental do poder judiciário, cuja função é garantir independência à atuação dos juizes e magistrados em todo o território nacional. O Tribunal Superior de Justiça é o corpo jurídico máximo do Estado em todas as ordens (civil, penal, administrativa e social, salvo às questões constitucionais) com jurisdição nacional. Há um Tribunal Superior Territorial em cada CCAA e outros Tribunais Provinciais em cada província. O Tribunal Constitucional é o intérprete supremo da Constituição, único em sua matéria e com jurisdição nacional (Poder Judicial, 2012).

dos Tribunais Superiores de Justiça e dos Tribunais Provinciais, que têm competência para tratar os assuntos de jurisdição da CCAA ou da província.

A descentralização política criou condições para uma descentralização administrativa efetiva. O chefe do executivo regional<sup>101</sup> (presidente da CCAA), bem como os conselheiros que nomeia para coordenar os diversos setores e departamentos da administração, tem amplo poder para tomar decisões quanto às políticas públicas, incluindo a formulação e regulação dessas políticas, tais como saúde e educação. Desde a constituição das CCAA, os governos regionais têm buscado legitimar e dar visibilidade a essa nova organização política por meio do exercício de coordenação e execução de políticas regionais. Por esse motivo não é incomum encontrar a afirmação de que a Espanha possui 17 sistemas de saúde ou 17 sistemas educacionais diferentes, embora haja um esforço de manter algumas características comuns.

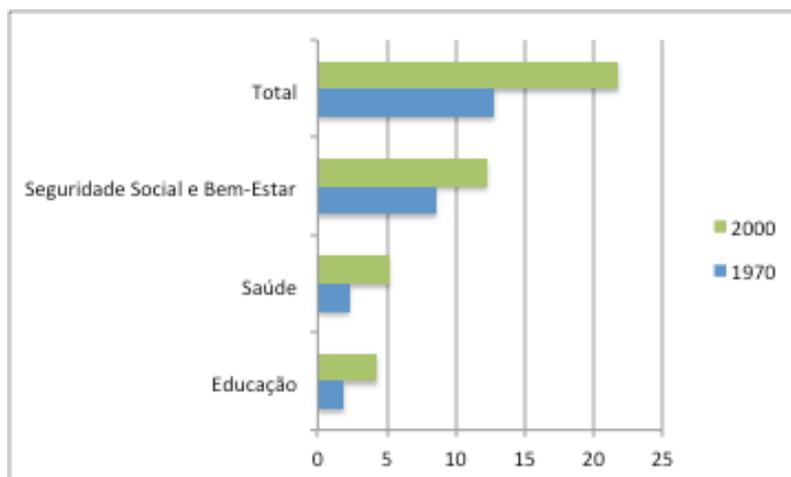
Embora o processo de transferência de competências em algumas matérias tenha se estendido até os anos 2000, é possível destacar o período de 1980 a 1994 como um momento fundamental para a descentralização administrativa do Estado espanhol. Isto porque se caracteriza pelo intenso debate entre os diversos atores acerca da divisão de tarefas e responsabilidades entre os níveis de governo, bem como pela transferência da maior parte das competências na prestação de serviços às CCAA (Jordana, 2006). Ao assumirem a responsabilidade pela gestão das políticas públicas, nota-se que as CCAA promoveram um aumento do gasto público, incluindo o aumento do gasto com pessoal e a ampliação do gasto social (Carrillo, 1998). Gomá e Subirats (1998) demonstram que entre 1973 e 1993, o nível de gasto público na Espanha passou de 22% do PIB para cerca de 47% (em 1973, o gasto público médio na comunidade europeia era de 44%; e em 1950, a média de gasto público na União Europeia era de 50%). Também cabe ressaltar a influência do ingresso da Espanha na União Europeia em 1986, tanto pelo estabelecimento de parâmetros a serem alcançados na área social quanto pelos empréstimos para investimentos com esse fim.

O gráfico 4.1 apresenta o gasto social público (como percentual do PIB) com educação, saúde e seguridade e bem-estar em 1970 e 2000. Enquanto em 1970, o gasto social total correspondia a 12,8% do PIB, em 2000, alcançou os 21,8% dele. Os gastos com seguridade social e bem-estar mantiveram-se responsáveis pela maior parte do gasto social no ano 2000 (12,3%), mas cabe destacar o aumento do gasto em saúde e educação, que passaram, respectivamente, de 2,3% e 1,9% do PIB em 1970, para 5,2% e 4,3% dele em 2000.

---

101 O chefe do executivo regional será o deputado que ocupa o primeiro lugar na lista (cabeça de lista) do partido que reúne o maior número de assentos no legislativo.

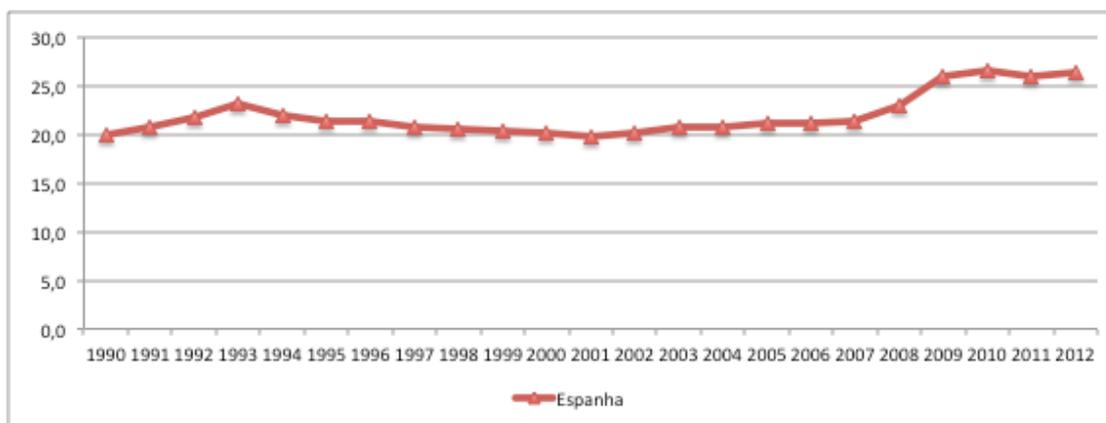
**Gráfico 4.1: Gasto social público por setor (% do PIB). Espanha. 1970 e 2000.**



Fonte: Elaboração própria a partir de Huber e Stephens (2012).

O gráfico 4.2 apresenta a evolução do gasto social público (como percentual do PIB) entre 1990 e 2012. Nota-se que, em 1990, o gasto social público total correspondia a 19,9% do PIB, seguindo uma tendência de crescimento até 1993 (quando alcançou 23,1% do PIB). A partir de então, sofreu um leve declínio até 2001 (momento em que estava em 19,8% do PIB), para retomar uma trajetória ascendente, com oscilações entre 2010 e 2012. Cabe registrar que a Espanha tem sofrido as consequências da crise econômica internacional, com recessão da economia entre 2009 e 2012, fato que traz consequências para a análise do indicador em questão<sup>102</sup>.

**Gráfico 4.2: Gasto social público total (% do PIB). Espanha. 1990 a 2012.**



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da OCDE/Base de dados de gasto social via CEPAL (2014).

<sup>102</sup> Segundo World Bank (2013), o PIB espanhol registrou variação negativa nos anos de 2009, 2010 e 2012, e crescimento inferior a 0,5% em 2011. Tal variação se reflete no cálculo do indicador “gasto social público como percentual do PIB”, já que, estatisticamente, a redução do denominador (PIB) pode promover aumento do resultado, ainda que tenha havido manutenção do nível de gasto já aplicado.

Na ausência de mecanismos de coordenação intergovernamental efetivos, evidenciada pela fragilidade dos sistemas de informação e fóruns de negociação interterritoriais, a descentralização política e administrativa espanhola impõe constrangimentos à atuação do governo central. É comum que ele enfrente dificuldades (e resistências) para formular e/ou induzir políticas mais gerais, bem como coordená-las nacionalmente, dado o alto grau de poder das CCAA nestas matérias. Não raro, tais iniciativas são consideradas como desrespeito às autonomias regionais, cabendo destacar que o contexto das relações intergovernamentais está permeado pela lógica da maximização do poder autônomo.

A descentralização fiscal se estende e sofre mudanças ao longo dos anos 1990 e 2000. Sobretudo nos anos 2000, quando se reduzem as tensões no que se refere à repartição de responsabilidades e competências, ganha força as discussões acerca do financiamento das CCAA, bem como sobre a criação de símbolos e identidades territoriais. O modelo espanhol se caracteriza por uma centralização fiscal que parece destoar da ampla descentralização política e administrativa realizada. O governo central é responsável pela arrecadação praticamente total dos tributos na Espanha, de modo que não cabe às CCAA arrecadar e definir impostos ou taxas. São exceções os casos do País Vasco e Navarra, as únicas CCAA com competência fiscal (arrecadam todos os tributos e transferem ao nível central a parcela correspondente aos serviços prestados em seus territórios). Essa diferença estimula a competição e a reivindicação pela ampliação do poder fiscal por parte das demais CCAA, com destaque para Cataluña.

As transferências financeiras realizadas pelo governo central se baseiam em critérios de população, dispersão geográfica e administrativa, bem como em critérios redistributivos, como renda *per capita* e esforço fiscal. Há que se reconhecer que o sistema fiscal espanhol logra um alto grau de cooperação e redistribuição, características viabilizadas pelo papel que ocupa o nível central nesse processo. Apesar da concentração central na arrecadação dos tributos ser considerada um fator que define o grau de poder de gasto dos governos subnacionais, o caso espanhol não reflete isto. As CCAA possuem amplo poder para manejar seu orçamento e definir suas prioridades de gasto. As transferências se dividem em condicionadas e não-condicionadas, e grande parte das condicionadas podem ser geridas livremente (estão apenas vinculadas a um setor, mas não ao desenvolvimento de programas específicos).

Há outra questão interessante que conforma uma espécie de paradoxo entre autonomia e responsabilidade fiscal no jogo de poder entre governos central e regionais (Bañon; Tamayo, 1998). Da parte das CCAA, ao mesmo tempo em que há a reivindicação pela

autonomia na arrecadação de seus tributos visando à ampliação de seus recursos, há a rejeição dos custos políticos inerentes à responsabilidade pela pressão fiscal. Da parte do nível central, seria interessante repassar a competência de arrecadação para as CCAA, porque assim poderia responsabilizá-las por seus gastos; por outro lado, ao tomar essa medida, veria reduzido seu poder sobre a política econômica, o que não deseja. É notável um desajuste entre responsabilidade fiscal e de gasto, que parece carecer de solução, sobretudo em tempos de crise econômica. Em geral, o modelo espanhol permitiu que as CCAA ampliassem seus gastos e suas dívidas, e transferissem ao nível central o ônus político pela não execução de algum serviço social. Na ausência de um sistema de controle mútuo, tem-se como consequência um desequilíbrio financeiro para todo o Estado. Tal modelo também permitiu que o nível central se desresponsabilizasse pelas políticas sociais, transferindo ônus (e bônus) às CCAA.

Se por um lado o modelo de financiamento global favorece o poder e a autonomia das CCAA, permitindo que efetivem a descentralização política e administrativa; por outro, restringe a atuação do governo central, que na ausência de incentivos financeiros vê ainda mais reduzida sua capacidade de coordenar territorialmente as políticas públicas. Atualmente, a discussão em torno do financiamento autonômico se dá no âmbito do Ministério da Fazenda, tendo como instrumento o Conselho de Política Fiscal e Financeira, no qual não tem assento o Ministério da Saúde (*Ministerio de Sanidad*) ou outro vinculado a políticas sociais. Tal Conselho possui potencial como espaço de gestão compartilhada, mas até o momento se configura como um fórum no qual se concretizam relações laterais entre cada CCAA e o Ministério da Fazenda, num processo de negociação segmentada e assimétrica.

O quadro 4.2 e a figura 4.2 representam as dimensões da descentralização no Estado espanhol. O quadro 4.2 caracteriza cada uma dessas dimensões, valorando as variáveis que as compõem no que tange ao grau de poder dos governos regionais – a escala de valoração vai de (0) a (2), sendo (0) para ausência de poder e (2) para amplo poder. A análise desse quadro sugere diferenças entre as dimensões, evidenciando maior poder dos governos regionais na dimensão administrativa, seguida pela política e, por último, a fiscal.

**Quadro 4.2: Descentralização política, administrativa e fiscal no contexto geral do Estado espanhol.**

| <b>Dimensões da descentralização</b> | <b>Grau de poder dos governos regionais</b>   | <b>Escore</b> | <b>Fontes</b>  |
|--------------------------------------|---|---------------|--|
| <b>Dimensão política</b>             | - Amplo poder do executivo para tomar decisões (ampla competência na formulação e regulação de políticas regionais)   | 2             | Constituição, Estatutos de Autonomia, Documentos oficiais emitidos por órgãos de cada poder, Literatura secundária |
|                                      | - Amplo poder para formular leis em matérias regionais, embora assimétrica entre as CCAA  | 2             |  |
|                                      | - Poder parcial para eleger seus governantes (eleição por voto direto em sistema de lista fechada para o legislativo; e indireta para o executivo)  | 1             |  |
|                                      | - Poder parcial do judiciário para tratar dos temas de compartilhamento de atribuições (competência centralizada, contudo, há representação regional dos órgãos do judiciário com competência para atuar sobre temas regionais) | 1             |  |
|                                      | <b>Escore final</b>   | <b>1,5</b>    |  |
| <b>Dimensão administrativa</b>       | - Amplo poder para realizar a gestão de recursos humanos no âmbito das políticas públicas   | 2             | Constituição, Leis Orgânicas, Literatura secundária  |
|                                      | - Amplo poder para realizar a gestão de equipamentos/serviços no âmbito das políticas públicas  | 2             |  |
|                                      | <b>Escore final</b>   | <b>2</b>      |  |
| <b>Dimensão fiscal</b>               | - Ausência de poder para instituir e arrecadar tributos da sua competência*   | 0             | Constituição, Lei 21/2001, Lei 22/2009, LOFCA, Literatura secundária   |
|                                      | - Amplo poder para manejar seu orçamento  | 2             |  |
|                                      | <b>Escore final</b>   | <b>1</b>      |  |

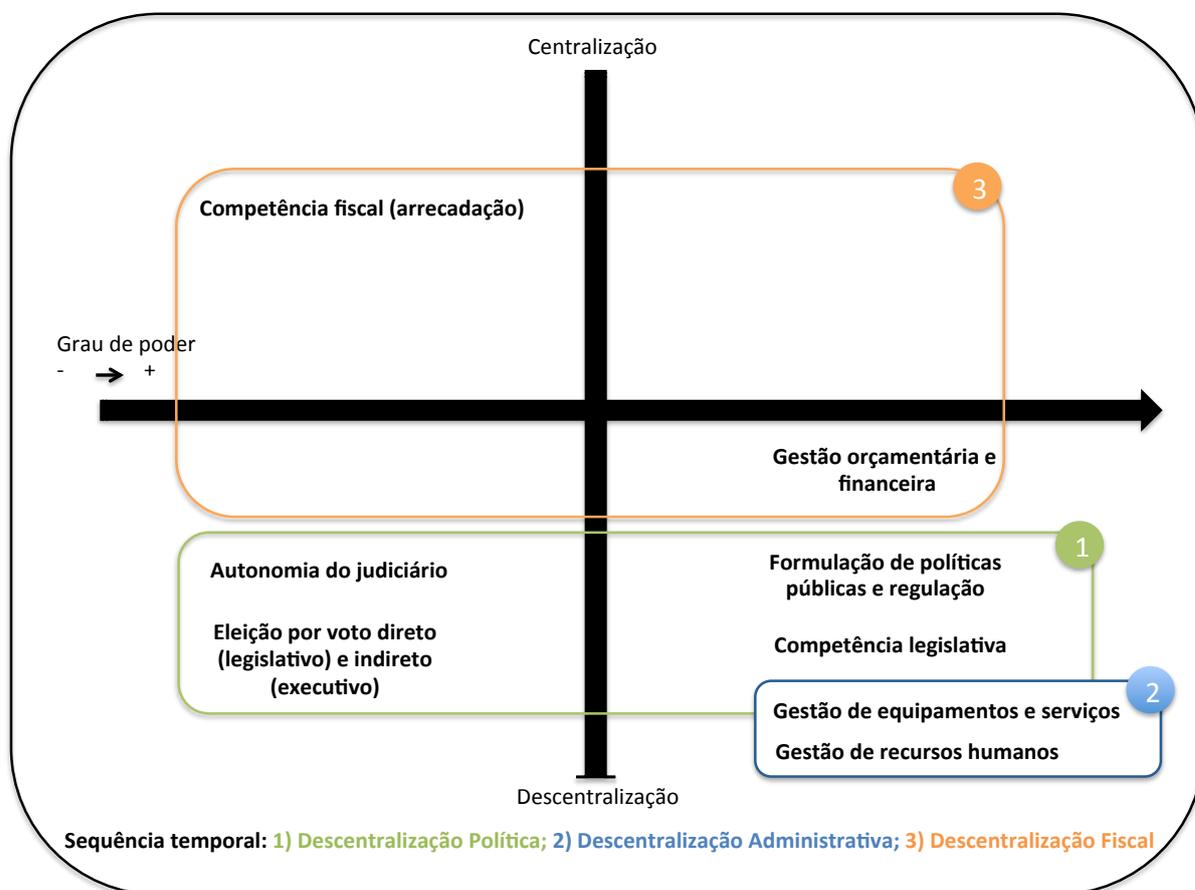
Fonte: Elaboração própria.

Nota 1: \*Exceção para as CCAA de País Vasco e Navarra.

Nota 2: Valoração das variáveis: 0 – sem poder; 1 – poder parcial (sujeito ao veto do governo central); 2 – amplo poder. O escore final em cada dimensão é o resultado da soma dos escores de cada variável dividido pelo número de variáveis. O escore máximo em cada dimensão é 2.

A figura 4.2 sintetiza as principais características da descentralização e mostra a sequência temporal na qual se desenvolveram suas dimensões: primeiro, a política; depois, a administrativa; seguida pela fiscal. Em síntese, a descentralização política, primeira dimensão a se desenvolver na trajetória espanhola, condiciona o grau de poder alcançado pelos governos regionais no que tange à dimensão administrativa – o mais alto entre o grupo de dimensões. A descentralização fiscal, última a se desenvolver, carece ainda de discussões e de uma possível reformulação da distribuição de competências e responsabilidades entre os governos central e regionais.

**Figura 4.2: Dimensões da descentralização no Estado espanhol: características e sequência temporal.**



Fonte: Elaboração própria.

O balanço atual da trajetória da descentralização revela muitos avanços, uma vez que as grandes políticas sociais (educação, pobreza, serviços sociais e saúde) estão completamente descentralizadas (Jordana, 2006). No que tange à saúde, em 2002, completou-se o processo de descentralização para todas as CCAA – o que será melhor abordado a seguir. Todo esse processo logrou o fortalecimento do poder político das CCAA, bem como o crescimento dos seus orçamentos e folhas de salários. Contudo, se há ampliação do poder e da autonomia no campo das políticas sociais, ainda há o que se avançar no que diz respeito às políticas econômicas e reguladoras (fiscal, monetária, industrial e trabalhista).

### ***4.3 Descentralização e regionalização da saúde na Espanha: análise histórica, institucional e política***

#### ***4.3.1 Antecedentes***

As origens do Estado de Bem-Estar Social espanhol se encontram em algumas iniciativas que remontam ao início do século XX. Alguns marcos importantes foram a aprovação da Lei de Acidentes de Trabalho em 1890, a criação do Instituto Nacional de Provisão (INP) em 1908 e do Ministério do Trabalho em 1920. Era o início da conformação dos seguros sociais, que nasceram fragmentados e restritivos. Em 1919 se instituiu o primeiro seguro obrigatório, voltado para os trabalhadores industriais com baixo nível salarial (*Seguro Obrero Obligatorio*) e, em 1929, o Seguro Obrigatório de Maternidade (que entrou em vigor a partir de 1931). As principais características da provisão social nesse período eram o predomínio de programas voluntários estimulados pelo Estado por meio de subsídios, já que a atuação do INP era norteadada pelo princípio da “liberdade subsidiada”, por meio do qual o instituto podia inclusive transferir suas competências administrativas para entidades privadas, gerando uma fragmentação que se aprofundou durante a ditadura de Franco (Guillén, 1996).

No entremeio da ditadura de Primo Rivera (1923-1932) e do estalido da guerra civil (1936-1939), a Espanha viveu o período conhecido como a segunda república. Nesse momento, foi construída uma proposta de um sistema unificado e obrigatório de seguro social, que ampliasse a cobertura e os serviços oferecidos. Contudo, o projeto não foi aprovado pelo Parlamento antes da guerra, mantendo-se o asseguramento obrigatório apenas para três condições: aposentadoria (1919), maternidade (1926) e acidentes de trabalho (1932) (Guillén, 1997).

A primeira fase da ditadura franquista (1936-1963) não promoveu mudanças estruturais nesse sistema, mas foi o palco de incrementos significativos a ele. Destaca-se o Seguro Obrigatório de Enfermidade (SOE) em 1942, a criação das Mútuas Laborais em 1944, a inserção dos trabalhadores autônomos nas mesmas em 1960 e a instituição do Seguro Nacional de Desemprego no ano seguinte, com ampliação da cobertura a todas as enfermidades profissionais (Guillén, 1996). Até esse momento, o sistema de seguro social ainda oferecia um conjunto restrito de serviços a uma pequena parcela da população, sendo financiado quase exclusivamente por empregados e empregadores. Convivia com as diversas Mútuas Laborais, havendo duplicidade de serviços e desperdício de recursos (Guillén, 1997).

As duas últimas décadas da ditadura de Franco foram além das mudanças incrementais, ainda que apresentassem elementos de continuidade com o modelo vigente até então (corte corporativista e baixa participação do Estado no financiamento). O principal marco institucional foi a aprovação da Lei de Bases da Seguridade Social em 1963 (posta em prática a partir de 1967), que por um lado unificou os seguros existentes e eliminou a condição de baixa renda para aceder ao sistema, e por outro manteve a fragmentação por meio da coexistência de um regime geral (para a maioria dos trabalhadores e seus dependentes) e vários regimes especiais (para algumas categorias profissionais) (Guillén, 1996).

As reformas de 1960 e 1970 lograram expandir a política social, de modo que no momento da transição democrática (1975-1978) já existia um sistema que provia benefícios e serviços à maioria da população, ainda que de qualidade variável (Guillén, 1996; Huber; Stephens, 2012). A instituição da Seguridade Social promoveu um aumento da participação do Estado no financiamento do modelo, contudo, até 1975, tais transferências ainda estavam em cerca de 0,43% do PIB (a média da OECD era de 12%) (Guillén, 1996). Pode-se afirmar que o legado do regime franquista consistia em um sistema de proteção social fragmentado, no qual se encontravam elementos públicos e privados.

Como resultado, a política social na transição democrática está marcada por um alto grau de continuidade com relação ao modelo anterior. Caracteriza-se pela manutenção do modelo de bem-estar misto ou profissional, financiado majoritariamente por contribuições sociais e dirigido aos trabalhadores e seus dependentes. O Pacto de Moncloa de 1977 visou introduzir um sistema mais progressivo e expandir a cobertura da Seguridade Social, mas a evolução só passou a ser notada significativamente após a vitória do PSOE em 1982 (Guillén, 1996; Huber; Stephens, 2012). Nas palavras de Guillén (1997, p. 172):

*“La evolución del Estado de Bienestar durante el gobierno socialista (1982-1996) puede resumirse en cuatro procesos concurrentes: extensión de cobertura, descentralización, asistencialización y contención del gasto. [...] Estos procesos no afectaron de igual manera a las tres áreas de la política social. La atención sanitaria fue profunda y desigualmente descentralizada a las Comunidades Autónomas, mientras casi se alcanzó la cobertura universal y las medidas de control de costes aplicadas fueron escasas”.*

Como afirma Guillén (1997) no trecho acima, a saúde foi uma das áreas da política social na qual se alcançou uma quase-universalização e que, comparativamente, sofreu menos cortes de recursos ao longo dos anos. Reconstruindo a trajetória da política de saúde na Espanha, identifica-se que sua origem remonta ao modelo de Seguro Social, por meio do

SOE, vigente dos anos 1940 à década de 1960 (Freire, 2005), como comentado anteriormente. O SOE logrou reestruturar as redes de atenção beneficente e de saúde pública que, todavia, mantiveram-se paralelas uma vez que sua integração não era um objetivo do sistema (Molina, 2004). No que se refere à organização territorial da assistência sanitária, o principal desafio enfrentado pelo SOE foi a estruturação dos serviços nas grandes cidades, já que a população protegida em núcleos dispersos era pequena – pois não incluía os trabalhadores rurais. Segundo Molina (2004), a estratégia usada resolver essa questão foi a criação de uma “geografia sanitária da assistência”, baseada em setores, subsetores e zonas de saúde – que, de alguma maneira, manteve-se no desenvolvimento futuro do sistema de saúde.

Entre as principais características do SOE estavam a baixa cobertura populacional (estava dirigido aos trabalhadores de baixa renda da indústria e comércio, bem como aos seus dependentes), pequeno leque de serviços (clínica geral, medicação gratuita a partir de uma lista fechada e hospitalização para cirurgia com tempo limitado de internação) (Guillén, 1996). Os serviços eram prestados diretamente pelo INP ou por entidades privadas consorciadas.

Com o advento da Lei de Bases da Seguridade Social (em 1963), a atenção especializada e a hospitalização clínica foram incorporadas aos serviços oferecidos, a lista fechada de medicamentos foi abolida e a saúde experimentou os maiores investimentos em infraestrutura de sua história (Guillén, 1997). A prestação de serviços de saúde passou a ser feita pela Assistência Sanitária da Seguridade Social (ASSS), permanecendo sob responsabilidade do Ministério do Trabalho e Seguridade Social, por meio do INP (Freire, 2005).

A assistência extra-hospitalar (medicina geral e especialidades) era prestada por médicos que tinham contratos parciais com a Seguridade Social. Cada um deles tinha que atender a um certo número de segurados e seus dependentes (que constituíam seu “cupo”). A atenção hospitalar se baseava na distribuição territorial dos recursos (hospitais comarcais, provinciais, regionais ou locais) e em uma estrutura hierarquizada de serviços (Molina, 2004). Além disso, Molina (2004) destaca que os médicos dos hospitais eram funcionários do Estado, assalariados e com dedicação exclusiva.

O início da era democrática traz mudanças estruturais para o setor saúde. Do ponto de vista organizativo, tem-se a extinção do INP em 1978, seguida da constituição de três institutos independentes: de Seguridade Social (INSS), de Serviços Sociais (INSERSO) e de Saúde (INSALUD). O INSALUD era o responsável pela assistência sanitária, estando sob responsabilidade do Ministério da Saúde e Seguridade Social até 1986, quando se deu a

criação do SNS<sup>103</sup>. Nesse período, aumentaram-se as taxas de cobertura, os gastos em proteção social de uma maneira geral (que passaram de 9,5% em 1970 para 17,7% do PIB em 1981) e os gastos em saúde (que evoluíram de 1,2% em 1960, para 3,6% em 1975 e 4,3% do PIB em 1985, embora ainda estivessem abaixo da média da OECD, que era 5,6% do PIB em 1985) (Guillén, 1996).

Contudo, o setor saúde viveu sua primeira grande reforma nos anos 1980, a partir das definições da Constituição de 1978 e da Lei Geral da Saúde (LGS) de 1986, como será discutido a seguir. Porém, ainda assim é possível identificar traços de continuidade no que tange à organização dos serviços no território (processo de regionalização interno às CCAA), condicionado pelas altas taxas de cobertura populacional e territorial alcançadas até esse momento.

O quadro 4.3 apresenta os principais marcos, a evolução da cobertura e as características da provisão da política de assistência sanitária na Espanha, de 1940 a 1980.

**Quadro 4.3: Antecedentes da política de assistência sanitária na Espanha. 1940 a 1980.**

| <b>Antecedentes da política de assistência sanitária na Espanha</b> |   |
|---|---|
| <b>Principais marcos</b>  | - 1942: SOE<br>- 1966: ASSS<br>- 1978: INSALUD<br>- 1986: SNS   |
| <b>Evolução da cobertura</b>  | - 1945: 22% da população<br>- 1950: 29% da população<br>- 1955: 32% da população<br>- 1960: 43% da população<br>- 1965: 51% da população<br>- 1975: 81% da população  |
| <b>Características da provisão</b>                                  | - 1940 a 1960: atenção ambulatorial, lista fechada de medicamentos e hospitalização para cirurgias<br>- 1960 a 1980: atenção ambulatorial, especializada e internação clínica; e lista aberta de medicamentos |

Fonte: Elaboração própria a partir de Guillén (1996) e Freire (2005).

103 Em realidade, como o processo de descentralização dos serviços de saúde do nível central para as Comunidades Autônomas foi gradual, estendendo-se de 1981 a 2002, o INSALUD permaneceu com alguma responsabilidade pela assistência à saúde até que a descentralização político-administrativa do setor se concluisse (Freire, 2005).

### **4.3.2 Descentralização e regionalização: trajetórias, características e condicionantes**

#### **4.3.2.1 Trajetória da descentralização e da regionalização da saúde**

A trajetória da descentralização e da regionalização da saúde na Espanha está diretamente relacionada ao contexto político vivido pelo Estado no final dos anos 1970 e início dos 1980. A redemocratização do país trouxe consigo a reorganização territorial, na qual a descentralização política foi um marco fundamental, uma vez que respondia aos anseios nacionalistas (fortemente reprimidos ao longo da ditadura) e mantinha a unidade nacional. Pode-se afirmar que a descentralização política do Estado espanhol viabilizou a descentralização da política de saúde, que por sua vez, colaborou para a visibilidade da nova organização político-territorial junto à população.

A Constituição Espanhola (1978) é o principal marco institucional dos processos de descentralização do Estado e da saúde. Por um lado, definiu a descentralização política, administrativa e fiscal mais geral do Estado, instituindo as CCAA por uma dupla via; e por outro, assegurou a proteção à saúde como direito fundamental dos cidadãos espanhóis e listou a “saúde e higiene” entre as competências que poderiam ser transferidas às CCAA.

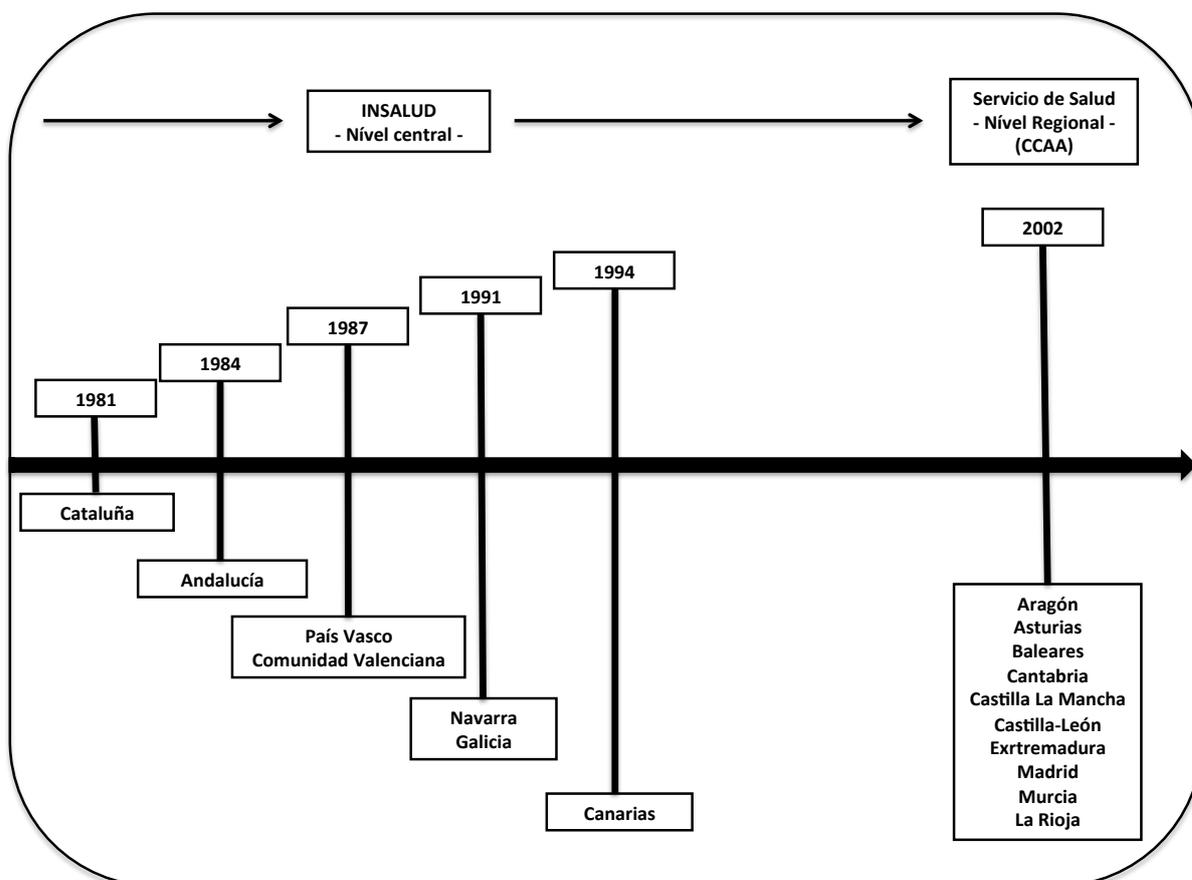
Cabe destacar que até esse momento as competências relacionadas à saúde pública e à assistência sanitária estavam separadas. Esta última fazia parte dos serviços da Seguridade Social, estando sob gestão do *Instituto Nacional de la Salud* (INSALUD), criado justamente em 1978. Este fato chama atenção para uma questão: haveria ideias e interesses diferentes acerca da conformação de um futuro sistema nacional de saúde – sobre o grau e natureza da sua descentralização? Ou a criação do INSALUD representava uma etapa de preparação para a descentralização da assistência sanitária (e não das demais competências da Seguridade Social)?

É possível que haja respostas afirmativas para ambas as perguntas, evidenciando a existência de concepções e ideias variadas acerca da centralização/descentralização da organização dos serviços sanitários no âmbito da arena de decisão da política de saúde naquele momento. De fato, o que primeiro ocorreu foi a descentralização da competência em saúde pública e autoridade sanitária, que se estendeu de 1979 (logo após a promulgação da Constituição) até 1984. A velocidade da transferência esteve vinculada à constituição das CCAA e aprovação dos seus Estatutos de Autonomia. Não raro, encontra-se como justificativa o fato de que essas atividades eram financeiramente menos custosas ou a necessidade de se transferir “algum poder” para as CCAA.

Em seguida, entre 1980 e 1986, deu-se a transferência dos centros e redes específicos (em geral, para tratamento da tuberculose) vinculados à *Administración Institucional de la Sanidad Nacional* (AISNA). Tratou-se de um momento importante, pois foram os primeiros serviços sanitários transferidos, contudo, não eram muito representativos desde uma perspectiva quantitativa ou financeira.

Por fim, a descentralização da assistência sanitária da Seguridad Social teve início em 1981 (para Cataluña, seguida por Andalucía em 1984), encerrando-se em 2002. A figura 4.3 apresenta a evolução da descentralização política e administrativa, por meio da qual a gestão e a responsabilidade pelos serviços de saúde, até então sob a gestão centralizada do INSALUD, são transferidas às CCAA (aos Serviços Regionais de Saúde constituídos em cada uma delas, como será apresentado a seguir). Tal processo se estendeu por cerca de 20 anos, pautado pelo desenvolvimento de capacidade técnica nas CCAA, bem como por sua articulação política.

**Figura 4.3: Processo progressivo de descentralização político-administrativa na Espanha: do INSALUD aos Serviços Regionais de Saúde (CCAA). 1981-2002.**



Fonte: Traduzido de Durán *et al* (2006).

O processo de transferências em matéria sanitária pode ser observado no quadro 4.4. Como se vê, parte da descentralização em matéria sanitária ocorreu antes do ordenamento nacional, a ser dado pela Lei Geral da Saúde (LGS, 1986), com algumas consequências para sua execução e efetividade.

**Quadro 4.4: Descentralização da competência sanitária às CCAA. Espanha. 1979-2002.**

|                           | 1979-80 |       |       | 1981-85 |       |       | 1986-90 |       |       | 1991-95 |       |       | 1996-2002 |       |       |
|---------------------------|---------|-------|-------|---------|-------|-------|---------|-------|-------|---------|-------|-------|-----------|-------|-------|
|                           | SP      | AISNA | INSAL | SP        | AISNA | INSAL |
| <b>Andalucía</b>          |         |       |       | 1981    | 1985  | 1984  |         |       |       |         |       |       |           |       |       |
| <b>Aragón</b>             |         |       |       | 1982    | 1982  |       |         |       |       |         |       |       |           |       | 2002  |
| <b>Asturias</b>           | 1979    |       |       |         | 1982  |       |         |       |       |         |       |       |           |       | 2002  |
| <b>Baleares</b>           | 1980    |       |       |         | 1982  |       |         |       |       |         |       |       |           |       | 2002  |
| <b>Canarias</b>           | 1979    |       |       |         |       |       |         | 1986  |       |         |       | 1994  |           |       |       |
| <b>Cantabria</b>          |         |       |       | 1982    |       |       |         | 1986  |       |         |       |       |           |       | 2002  |
| <b>Castilla La Mancha</b> |         |       |       | 1982    | 1982  |       |         |       |       |         |       |       |           |       | 2002  |
| <b>Castilla-León</b>      |         |       |       | 1981    | 1985  |       |         |       |       |         |       |       |           |       | 2002  |
| <b>Cataluña</b>           | 1979    | 1980  |       |         |       | 1981  |         |       |       |         |       |       |           |       |       |
| <b>C. Valenciana</b>      | 1980    |       |       |         | 1982  |       |         |       | 1987  |         |       |       |           |       |       |
| <b>Extremadura</b>        | 1979    |       |       |         | 1982  |       |         |       |       |         |       |       |           |       | 2002  |
| <b>Galicia</b>            | 1980    |       |       |         | 1985  |       |         |       |       |         |       | 1991  |           |       |       |
| <b>Rioja</b>              |         |       |       | 1984    |       |       |         | 1986  |       |         |       |       |           |       | 2002  |
| <b>Madrid</b>             |         |       |       | 1984    | 1985  |       |         |       |       |         |       |       |           |       | 2002  |
| <b>Murcia</b>             | 1980    |       |       |         | 1985  |       |         |       |       |         |       |       |           |       | 2002  |
| <b>Navarra</b>            |         |       |       | 1985    |       |       |         | 1986  |       |         |       | 1991  |           |       |       |
| <b>País Vasco</b>         | 1979    | 1980  |       |         |       |       |         |       | 1987  |         |       |       |           |       |       |

\*Obs.: SP: saúde pública e autoridade sanitária; AISNA: *Administración Institucional de la Sanidad Nacional*; e INSAL: *Instituto Nacional de la Salud* (INSALUD).  
 Fonte: A partir de Rey del Castillo (1998) e Durán *et al* (2006).

A LGS (Lei 14/1986 de 25 de abril) começou a ser elaborada com a vitória do PSOE para o governo nacional em 1982. A reforma da atenção sanitária pública era parte do programa do partido socialista e incluía a criação de um serviço nacional de saúde universal e igualitário, financiado por impostos (Guillén, 1997). O processo de elaboração da LGS (entre 1983 e 1984) contou com a participação de representantes dos governos regionais, porém, não estiveram presentes outros grupos de interesse (profissionais sanitários e prestadores de serviços). Quando a primeira versão da lei ganhou circulação ao final de 1984, surgiram tensões e conflitos com médicos, farmacêuticos e parlamentares do governo e de outros partidos (Guillén, 1997). Alguns socialistas se opuseram ao financiamento por impostos alegando um aumento desmedido no gasto público, outros criam na manutenção da estrutura centralizada de prestação de serviços, as minorias nacionalistas (sobretudo os vascos e catalães, que já possuíam serviços regionais de saúde em funcionamento) protestaram que a LGS interferia em competências próprias dos governos autônomos, os profissionais sanitários e o partido conservador (*Alianza Popular*) defendiam a independência do setor privado (Guillén, 1997).

Desse modo, a LGS foi aprovada em 1986 sujeita ao consenso possível. Apenas alguns dos seus artigos tiveram a característica de legislação básica (a ser seguida por todas as CCAA), a fim de permitir o desenvolvimento de serviços regionais independentes. Além disso, a LGS (1986) contemplou um incremento da cobertura gradual (e não universal) e a manutenção majoritária do financiamento com recursos da Seguridade Social (e não por impostos gerais). Apesar disso, a LGS (1986) logrou instituir o SNS e definir as bases para sua organização, incluindo os critérios para a regionalização dos serviços.

A Constituição Espanhola (1978) e a LGS (1986) formam o marco institucional da primeira grande reforma da saúde espanhola, pois lançam os pilares para a estruturação do SNS, a progressão da universalização e do financiamento por impostos. Tal fato, somado ao Decreto de Universalização da Atenção Sanitária (1989), promoveu uma “universalização de fato” (quase de 100% ao início dos anos 1990), ainda que não “de direito”, como argumenta Freire (2005). O SNS passa por outros dois momentos de reforma: 2002/2003, com a conclusão da descentralização da assistência sanitária a todas as CCAA e as mudanças nas regras de financiamento, bem como a promulgação, em 2003, da Lei de Coesão e Qualidade do Sistema Nacional de Saúde (Lei 16/2003 de 28 de maio); e 2012, marcado pela publicação do Real Decreto 16/2012 (que restringe a universalização no SNS) e as iniciativas de privatização do sistema em algumas CCAA. Cada um desses contextos de reforma

condiciona, a sua maneira, as características do sistema de saúde descentralizado, como será discutido em breve.

Cabe destacar, sobretudo diante do objeto desta tese, as características do desenvolvimento e implementação da descentralização e regionalização da saúde na Espanha. Enquanto processos políticos, no contexto da primeira reforma do SNS, foram implementadas conjuntamente. Isso significa dizer que, paralelo ao processo de descentralização sanitária do nível central para as CCAA (em última instância, grandes regiões de saúde), ocorreu o segundo movimento característico da relação entre descentralização e regionalização no SNS espanhol: a constituição de regiões de saúde no interior das CCAA, como forma de organizar territorialmente os serviços por meio de áreas e zonas de saúde (Rey del Castillo, 1998). Os critérios para definição dessa regionalização foram estabelecidos pela LGS (1986), ainda que sua aplicação tenha sido variada entre as CCAA.

As principais características da descentralização da saúde na Espanha são um desenvolvimento paulatino e assimétrico entre as regiões, marcado, em geral, pelo sequenciamento das dimensões política, administrativa e fiscal/financeira – acompanhando, não por acaso, a sequência temporal identificada no processo mais geral de descentralização do Estado. A dimensão política se refere ao poder das esferas governamentais na saúde quanto à formulação, indução e regulação da política sanitária; a administrativa diz respeito ao poder dos governos para exercer a gestão dos equipamentos e força de trabalho, bem como para realizar a coordenação da rede de serviços; e a fiscal/financeira abrange questões relativas ao poder fiscal e de gasto (gestão do orçamento).

A análise da dimensão política põe em evidência o período de 1979 a 1994, sendo possível destacar ao menos dois momentos: o primeiro, seguido à aprovação dos Estatutos de Autonomia e transferência das competências em saúde pública e autoridade sanitária; e o segundo, marcado pela organização dos serviços sanitários regionais. Nesse período, conformaram-se a maioria dos Serviços Regionais, com exceção das CCAA de Cantabria, Castilla La Mancha e Extremadura, bem como das cidades autônomas de Ceuta e Melilla. As CCAA de Cataluña, País Vasco, Navarra e Madrid já haviam dado início a organizações sanitárias autonômicas antes da promulgação da LGS (1986), submetendo-se então a um processo de adaptação das estruturas pré-existentes (Ortiz, 1998). A descentralização política se caracteriza pela transferência do poder de decisão quanto à formulação, planejamento e regulação da política de saúde, dos serviços do nível central para os níveis regionais (CCAA). Tal processo não foi acompanhado pelo desenvolvimento de condições ideais de coordenação geral do SNS pelo governo central, de modo que o balanço entre os poderes (central e

regional) indica uma limitação da atuação central para induzir políticas nacionais ou conduzir o fórum de negociação interterritorial (Conselho Interterritorial).

A dimensão administrativa se mistura com a política em função do processo assimétrico característico das CCAA espanholas. Tem início com a transferência da gestão dos serviços da AISNA em 1980 e se encerra com a finalização dos serviços do INSALUD em 2002. Caracteriza-se pela transferência de amplo poder às CCAA para realizar a gestão dos equipamentos, trabalhadores e rede de serviços, em um processo que destituiu o nível central de qualquer competência nesse sentido (salvo nas cidades autônomas de Ceuta e Melilla, embora haja uma discussão que essa atribuição deveria ser repassada para a CCAA de Andalucía em função da proximidade territorial). Cada CCAA organizou (e reorganizou ao longo dos anos) o serviço de saúde a sua maneira, havendo diferentes formas de gestão implementadas (algumas pautadas pela Administração Direta, outras por Organizações Públicas de Direito Privado e outras por convênios com o setor privado).

A dimensão fiscal/financeira da descentralização sanitária se confunde temporalmente com a segunda reforma do SNS, tendo como marco o ano de 2002. Em 1995, quando a competência sanitária já havia sido transferida para sete CCAA, o gasto da Seguridade Social em Saúde correspondia a cerca de 24% do gasto público em saúde; a partir de 2002, quando tal transferência se concluiu, esse percentual se manteve em cerca de 7% (WHO, 2014). Em 2002, ocorreram as mudanças nas regras do financiamento da saúde, que passou de um “financiamento finalista” para compor o orçamento geral das CCAA. Esse fato foi decisivo para a conclusão do processo de descentralização administrativa. Além disso, tem-se a promulgação da Lei de Coesão e Qualidade do SNS (2003), que trouxe entre seus dispositivos mais importantes o Fundo de Coesão, com o objetivo de financiar os serviços de alto custo prestado a cidadãos fora das CCAA de domicílio.

A terceira reforma (2012) do SNS foi marcada pela publicação do Real Decreto 16/2012, que promove a redução da “universalização” (com a exclusão da cobertura sanitária aos imigrantes sem papéis e a jovens de mais de 25 anos que nunca contribuíram à Seguridade Social). Tal Decreto destituiu o SNS espanhol do marco Beveridgiano, num regresso a um modelo no qual o acesso é dado pela vinculação à Previdência Social. Foi gestado em um contexto político-institucional de crise econômica e de um governo nacional de direita (PP), tendo como principal objetivo a redução dos gastos em saúde (inclusive pela incorporação de co-pagamentos mais extensivos na área de medicamentos). Tal momento vem acompanhado por processos (ou tentativas) de privatização em diferentes CCAA, com destaque para os casos de Madrid e da Comunidade Valenciana.

As CCAA possuem amplo poder para formular, planejar e regular a política de saúde em seus territórios, bem como para gerir a rede de serviços, equipamentos e trabalhadores. Ainda que não tenham amplo poder fiscal, as CCAA possuem amplo poder para gerir os recursos da saúde (os recursos não são condicionados). Além disso, o nível central possui baixa capacidade de induzir ou coordenar a política de saúde, pois as características da descentralização política, administrativa e fiscal mais geral do Estado atuam como condicionantes e contingenciam sua atuação.

O quadro 4.5 e a figura 4.4 representam as dimensões da descentralização da saúde na Espanha. O quadro 4.5 caracteriza cada uma dessas dimensões, valorando as variáveis que as compõem quanto ao grau de poder do governo central e dos regionais – a escala de valoração vai de (0) a (2), sendo (0) para ausência de poder e (2) para amplo poder, sendo o escore final de cada dimensão o resultado da média simples dos escores das variáveis.

A análise do quadro 4.5 sugere que a descentralização sanitária significou a ampliação do poder regional em todas as dimensões estudadas. O grau de poder do governo central se vê reduzido nesse contexto, com baixa capacidade de exercer a coordenação e/ou indução da política de saúde.

**Quadro 4.5: Descentralização política, administrativa e fiscal no contexto do sistema de saúde espanhol.**

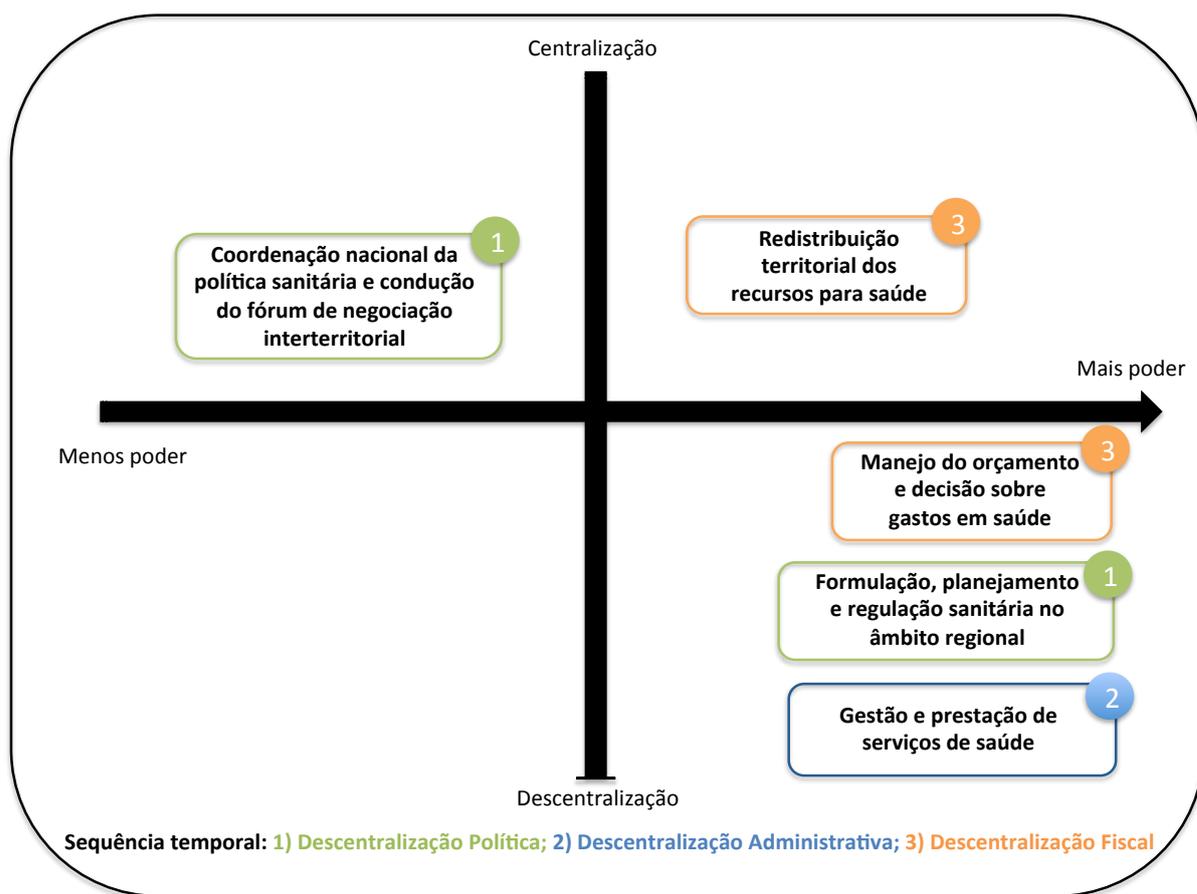
| Dimensões da descentralização     | Grau de poder do governo central   | Escore   | Grau de poder dos governos regionais   | Escore |                     |          |
|-----------------------------------|--|----------|--|--------|---------------------|----------|
| <b>Dimensão política</b>          | - Poder restrito na coordenação geral da política de saúde   | 1        | - Amplo poder para tomar decisões quanto à formulação, planejamento e regulação da política de saúde     | 2      |                     |          |
|                                   | - Poder restrito na condução do fórum de negociação interterritorial   | 1        |  |        |                     |          |
|                                   | <b>Escore final</b>  | <b>1</b> |  |        | <b>Escore final</b> | <b>2</b> |
| <b>Dimensão administrativa</b>    | - Ausência de competência quanto à prestação ou gestão direta de serviços. Salvo nos casos de Ceuta e Mellila. | 0        | - Amplo poder sobre a gestão e prestação de serviços (estrutura, equipamentos e trabalhadores)           | 2      |                     |          |
|                                   | <b>Escore final</b>  | <b>0</b> |  |        | <b>Escore final</b> | <b>2</b> |
|                                   | <b>Escore final</b>  | <b>0</b> |  |        | <b>Escore final</b> | <b>2</b> |
| <b>Dimensão fiscal/financeira</b> | - Poder amplo no que tange à redistribuição territorial dos recursos para saúde                                | 2        | - Amplo poder para manejar o orçamento e decidir sobre gastos em saúde (ausência de recursos vinculados) | 2      |                     |          |
|                                   | - Ausência de poder para promover a indução da política por meio de incentivos financeiros                     | 0        |  |        |                     |          |
|                                   | <b>Escore final</b>  | <b>1</b> |  |        | <b>Escore final</b> | <b>2</b> |

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Valoração das variáveis: 0 – sem poder; 1 – poder restrito; 2 – amplo poder. O escore final em cada dimensão é o resultado da soma dos escores de cada variável dividido pelo número de variáveis. O escore máximo em cada dimensão é 2.

A figura 4.4 mostra as principais características da descentralização da saúde em relação à distribuição de competências e responsabilidades entre os governos central e regionais em cada uma das dimensões estudadas. Mostra também a sequência temporal na qual se desenvolveram tais dimensões. É provável que tal sequência tenha sido temporalmente condicionada pela descentralização mais geral do Estado, pois se comportam da mesma maneira: primeiro, a dimensão política, seguida pela administrativa e, por último, a fiscal. Nesse sentido, a intensidade do poder regional nas dimensões administrativa e política, no contexto mais geral do Estado, pode ter favorecido o amplo poder das CCAA no que diz respeito à descentralização sanitária, em todas as suas dimensões.

**Figura 4.4: Dimensões da descentralização da saúde na Espanha: características e sequência temporal.**



Fonte: Elaboração própria.

#### 4.3.2.2 Características formais da descentralização e da regionalização da saúde

O arcabouço legal no qual se ancoram os princípios e diretrizes organizativos do SNS espanhol está conformado pela Constituição Espanhola (1978), Lei Geral da Saúde (LGS, 1986) e Lei de Coesão e Qualidade do Sistema Nacional de Saúde (2003). Esta última teve como objetivo promover a igualdade e a qualidade no SNS, findando o processo de descentralização. São citados como princípios do SNS espanhol, universalidade, equidade e integralidade; e como diretrizes, descentralização e regionalização, qualidade e participação social. Contudo, há que se realizar uma ressalva. Destacar que a universalidade não foi prevista pela LGS (1986), foi regulada pelo Decreto de Universalização da Atenção Sanitária de 1989, fato que permitiu que ela fosse reduzida pelo Real Decreto 16/2012. Atualmente, não estão cobertos pelo SNS os espanhóis maiores de 25 anos que nunca contribuíram para a Seguridade Social, os imigrantes sem papéis e os funcionários da alta administração pública (esses últimos, sempre pertenceram a subsistemas paralelos).

Como resultado do processo mais geral de descentralização do Estado Espanhol, visto anteriormente, e do processo específico de descentralização/regionalização da saúde, as CCAA se constituíram como o nível intermediário de governo dotado de amplo poder e responsabilidade sobre a gestão e prestação dos serviços de saúde. Em cada CCAA, constituiu-se um Serviço Sanitário Regional (*Servicio de Salud*) composto por todos os centros de saúde, serviços e estabelecimentos da própria CCAA, dos Conselhos Provinciais, Municipais e de qualquer outra administração territorial intracomunitária.

Esse pode ser um aspecto diferencial do caso espanhol, uma vez que a constituição do Serviço Sanitário Regional representou a concentração e integração da gestão dos serviços no nível político e administrativo das CCAA, desprovido as municipalidades dessa responsabilidade nos casos nos quais havia evidências de que a gestão local não seria a mais adequada, segundo a LGS (1986). Formalmente, a LGS (1986) afirmou que tal fato não se tratava de uma centralização dos serviços no nível da CCAA, prevendo a articulação entre dois modelos: a estrutura dos serviços e os órgãos encarregados pela sua gestão. Na prática, isto não se concretizou, e em geral, o que se nota é uma centralização da autoridade sanitária no nível regional. Nos termos da LGS (1986):

*“La concentración de servicios y su integración en el nivel político y administrativo de las Comunidades Autónomas, que sustituyen a las Corporaciones Locales en algunas de sus responsabilidades tradicionales, precisamente en aquellas que la experiencia ha probado que el nivel municipal, en*

*general, no es el más adecuado para su gestión, esto no significa, sin embargo, la correlativa aceptación de una fuerte centralización de servicios en ese nivel. Para evitarlo se articulan dos tipos de previsiones: La primera se refiere a la estructura de los servicios sanitarios; la segunda, a los organismos encargados de su gestión” (Lei General de Sanidad, sesión III, 1986).*

A estrutura a que se refere a LGS (1986) no trecho acima diz respeito à constituição das áreas e zonas de saúde. Segundo a lei, as áreas de saúde seriam as estruturas fundamentais do sistema sanitário espanhol, estabelecidas para garantir a integralidade da atenção (toda a prestação necessária em todos os níveis assistenciais), favorecendo que os serviços estivessem mais próximos aos usuários e fortalecendo a gestão descentralizada e participativa. A gestão descentralizada e participativa seria promovida por meio da articulação entre três órgãos de gestão estabelecidos no território das áreas de saúde. Se por um lado, a constituição das áreas e zonas de saúde foi empreendida em todas as CCAA, respeitando-se as variações regionais e as decisões dos governos autônomos, ainda hoje a ideia da participação social e seus fóruns de representação é um desafio para o SNS espanhol.

*“La Ley establece que serán las Areas de Salud las piezas básicas de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Areas organizadas conforme a la indicada concepción integral de la Sanidad, de manera que sea, posible ofrecer desde ellas todas las prestaciones propias del sistema sanitario. Las Areas se distribuyen de forma desconcentrada, en demarcaciones territoriales delimitadas, teniendo en cuenta factores de diversa índole, pero sobre todo, respondiendo a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios y de gestión descentralizada y participativa” (Ley General de Sanidad, sesión III, 1986).*

De acordo com as prerrogativas formais ditadas pela LGS (1986), como as estruturas fundamentais do sistema sanitário, as áreas de saúde seriam responsáveis pela gestão unitária dos centros e estabelecimentos do Serviço de Saúde da CCAA em sua demarcação territorial, e pelas prestações e programas sanitários desenvolvidos por eles. As zonas básicas de saúde, por sua vez, corresponderiam ao marco territorial da atenção primária, onde se desenvolveriam atividades sanitárias vinculadas aos centros de saúde, conforme afirma tal lei em seu artigo 63.

No marco da organização territorial dos serviços no interior das CCAA (regionalização), o artigo 56 da LGS (1986) propôs que as áreas de saúde desenvolvessem as seguintes atividades: a) No âmbito da atenção primária, mediante trabalho em equipe, seriam atendidos o indivíduo, a família e a comunidade, por meio de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, seja por seus meios básicos ou pelas equipes de apoio; e b) No âmbito da atenção especializada, a realizar-se nos hospitais e centros de especialidades dependentes

funcionalmente deles, seria prestada atenção de maior complexidade aos problemas de saúde e desenvolvidas as demais funções próprias dos hospitais.

A LGS, em seu artigo 65, previu que cada área de saúde estivesse vinculada ou dispusesse de um hospital geral, responsável pela internação clínica, assistência especializada e complementar ao cidadão. Propôs também o estabelecimento de medidas para garantir a integração entre os níveis de atenção. O artigo 61 ainda ressaltou a importância de que cada área de saúde mantivesse a máxima interação da informação relativa a cada usuário, por meio do princípio da História Clínico-Sanitária, ao menos, dentro dos limites de cada instituição assistencial. Desse modo, destaca-se a preocupação com a integração entre os níveis de atenção (coordenação assistencial) e a gestão da informação clínica no marco legal do SNS espanhol, expressando de algum modo as concepções e imagens acerca da descentralização/regionalização no momento da formulação dessa política e que se desenvolveram mostrando bons resultados ao largo da sua implementação.

Quanto aos limites territoriais das áreas de saúde, a LGS (1986) estabeleceu critérios gerais, entre eles os fatores geográficos, socioeconômicos, demográficos, laborais, epidemiológicos, culturais, climatológicos e de existência de vias e meios de comunicação, assim como as instalações sanitárias da área. Tais critérios não fogem aos requisitos clássicos historicamente conhecidos para organização territorial dos serviços.

A LGS (1986) também propôs em seu artigo 56 que a extensão territorial e o contingente de população de cada área de saúde pudessem variar intra e entre CCAA, desde que cada área fosse capaz de cumprir os objetivos propostos pela lei. Como regra geral, e sem prejuízo das exceções que se fizessem necessárias, atendidos os fatores expressados anteriormente, a lei afirmou que a área de saúde estenderia sua ação a uma população não inferior a 200 mil habitantes nem superior a 250 mil. Acrescentou que seriam consideradas exceções as Comunidades Autônomas de Baleares e Canárias, e as Cidades Autônomas de Ceuta e Melilla, que poderiam acomodar-se segundo suas especificidades. Destaca que, em todo caso, cada província teria ao mínimo uma área.

Visando à eficácia no funcionamento dos serviços de atenção primária, a LGS (1986) previu que as áreas de saúde se dividissem em zonas básicas de saúde. Segundo o artigo 62 da mesma lei, a delimitação das zonas de saúde considerariam: a) As distâncias máximas dos agrupamentos de população mais distantes dos serviços e o tempo gasto para acesso através de meios de transporte comuns; b) O grau de concentração ou dispersão da população; c) As características epidemiológicas da zona; e d) As instalações e recursos sanitários presentes na zona. Esta “zonificação” é razoavelmente comum a todas as CCAA, já que as estratégias de

planejamento regional estiveram presentes em todas elas no momento de organização dos Serviços Regionais de Saúde. Cabe considerar que, assim como previu a LGS (1986) – mediante o consenso possível para sua aprovação –, tais regras foram flexibilizadas e adaptadas às CCAA.

Enfim, o artigo 56 da LGS (1986) previu a articulação entre a estrutura de organização dos serviços e a gestão dos mesmos, por meio do estabelecimento de órgãos de gestão no território de cada área de saúde. Sendo assim, a lei propôs que as áreas de saúde fossem dirigidas por um órgão próprio, do qual deveriam participar as Corporações Locais nelas situadas com uma representação não inferior a 40%, o que poderia garantir uma não centralização no nível da CCAA. De acordo com o artigo 57 da LGS (1986), as áreas de saúde contariam, no mínimo, com os seguintes órgãos:

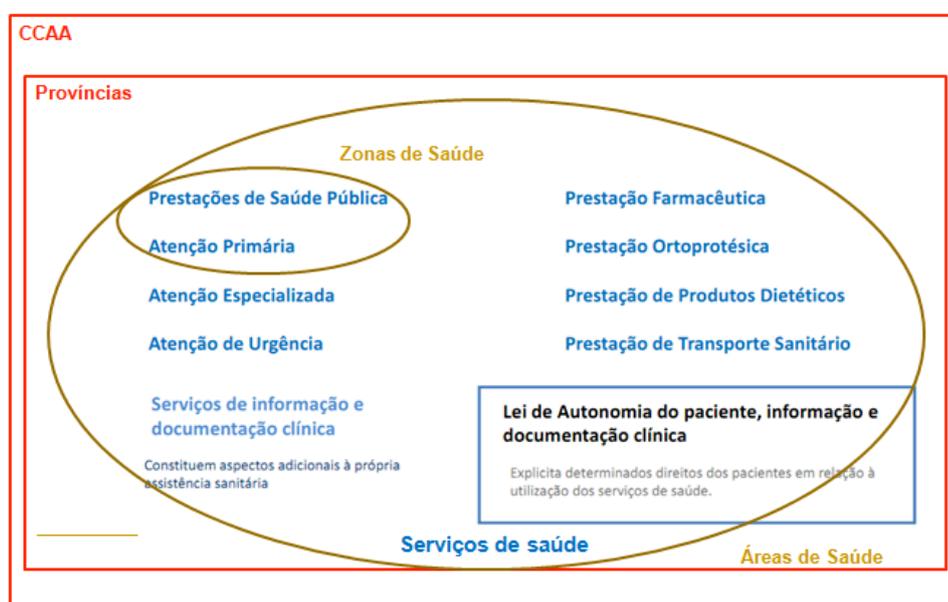
- 1) De participação: Conselho de Saúde da área: composto por cidadãos (50%), representações sindicais (25%) e Administração da CCAA (25%).
- 2) De direção: Conselho de Direção da área: composto por representantes da Administração da CCAA (60%) e das Corporações Locais (40%, eleitos a partir do Conselho de Saúde). São suas funções: aprovação do projeto do Plano de Saúde da área, de acordo com as normas, diretrizes e programas gerais estabelecidos pela CCAA; aprovação da Memória Anual (série histórica) da área de saúde; estabelecimento de critérios gerais de coordenação na área de saúde; aprovação das prioridades específicas da área de saúde; e elaboração do Regimento do Conselho de Direção e do Conselho de Saúde da Área.
- 3) De gestão: Gerente da Área: indicado pelo Conselho de Direção, mas nomeado pela Direção da CCAA. É responsável pela execução das diretrizes definidas pelo Conselho de Direção.

É verdade que os Conselhos de Saúde existem, contudo, seu nível de abrangência (CCAA, área ou zona de saúde), regularidade de funcionamento e efetividade de atuação variam consideravelmente entre os governos autônomos. Uma das possíveis explicações pode estar justamente nas motivações dos governos em fazer com que eles ganhassem concretude desde o início da sua implementação, já que coube a cada uma das CCAA desenvolver, autonomamente, a política de saúde em seu território depois da descentralização dessa competência.

Da sua parte, o governo central é responsável por garantir níveis de equidade entre os Serviços Regionais de Saúde das CCAA, de maneira que cabe ao Ministério da Saúde, Política Social e Igualdade, definir a Carteira de Serviços Básicos comuns a todas as CCAA. Essa carteira, que se refere ao conjunto de técnicas, tecnologias ou procedimentos mediante

os quais se torna efetiva à assistência à saúde, é atualizada periodicamente, sendo a última publicada pelo Real Decreto 1030 (2006). Sendo assim, a atual carteira inclui serviços de saúde pública; saúde mental; atenção primária; atenção especializada; urgência; atenção à dependência química; cuidados paliativos; atenção odontológica (extrações e urgências); assistência farmacêutica; órtese e prótese; nutrição (especial, enteral); transporte sanitário; informação e documentação sanitária (Sistema Nacional de Salud de España, 2010). A figura 4.5 representa a organização territorial dos serviços de saúde no SNS espanhol.

**Figura 4.5: Organização territorial dos serviços de saúde no SNS espanhol.**



Fonte: Elaboração própria a partir da Lei Geral da Saúde (1986) e Real Decreto 1030 (2006).

Após a discussão acerca dos princípios e diretrizes do SNS espanhol, bem como da organização territorial dos seus serviços, com destaque para a relação entre descentralização e regionalização nesse sistema, cabe abordar os aspectos formais de outros dois pontos importantes para a temática estudada: a divisão de responsabilidades entre esferas de governo e os mecanismos de gestão compartilhada.

Todo sistema descentralizado necessita de mecanismos que promovam a coesão nacional, garantindo que o direito dos cidadãos à saúde seja respeitado em todo o território. Para isso, é comum que se definam as responsabilidades de cada esfera de governo e se criem espaços de negociação e gestão compartilhada de modo a favorecer a coordenação e relação intergovernamentais. No caso espanhol, com a descentralização sanitária para as CCAA, elas passaram a assumir a grande responsabilidade pelo sistema de saúde, com poder e autonomia sobre o planejamento, a gestão e a prestação de serviços de saúde, bem como sobre as ações

de saúde pública. Ao Ministério de Saúde, Política Social e Igualdade coube responsabilizar-se pela coesão e equidade, estabelecendo bases gerais e mecanismos de coordenação do sistema, além das competências em saúde exterior, política de medicamentos e na gestão e prestação de serviços nas cidades autônomas de Ceuta e Melilla (por meio do Instituto Nacional de Gestão Sanitária – INGESA). As Corporações locais têm atribuições importantes na assistência social, contudo na saúde, elas são limitadas, cabendo-lhes atuar como prestadores em alguns casos. A figura 4.6 resume essa divisão de competências sanitárias.

**Figura 4.6: Distribuição de competências entre as esferas de governo no SNS Espanhol.**

| COMPETÊNCIAS DAS ADMINISTRAÇÕES PÚBLICAS EM MATÉRIA SANITÁRIA |  |  |
|---|--|--|
| Administração do Estado                                       | Bases e Coordenação da Saúde                     | CONSELHO INTERTERRITORIAL DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE |
|   | Saúde Exterior                                   |  |
|   | Política do Medicamento                          |  |
|   | Gestão do INGESA (Inst. Nac. de Gest. Sanitária) |  |
| 17 Comunidades Autônomas                                      | Planejamento da Saúde                            |  |
|   | Saúde Pública                                    |  |
|   | Gestão Serviços de Saúde                         |  |
| Corporações Locais  | Salubridade                                      |  |
|   | Colaboração na gestão dos serviços públicos      |  |

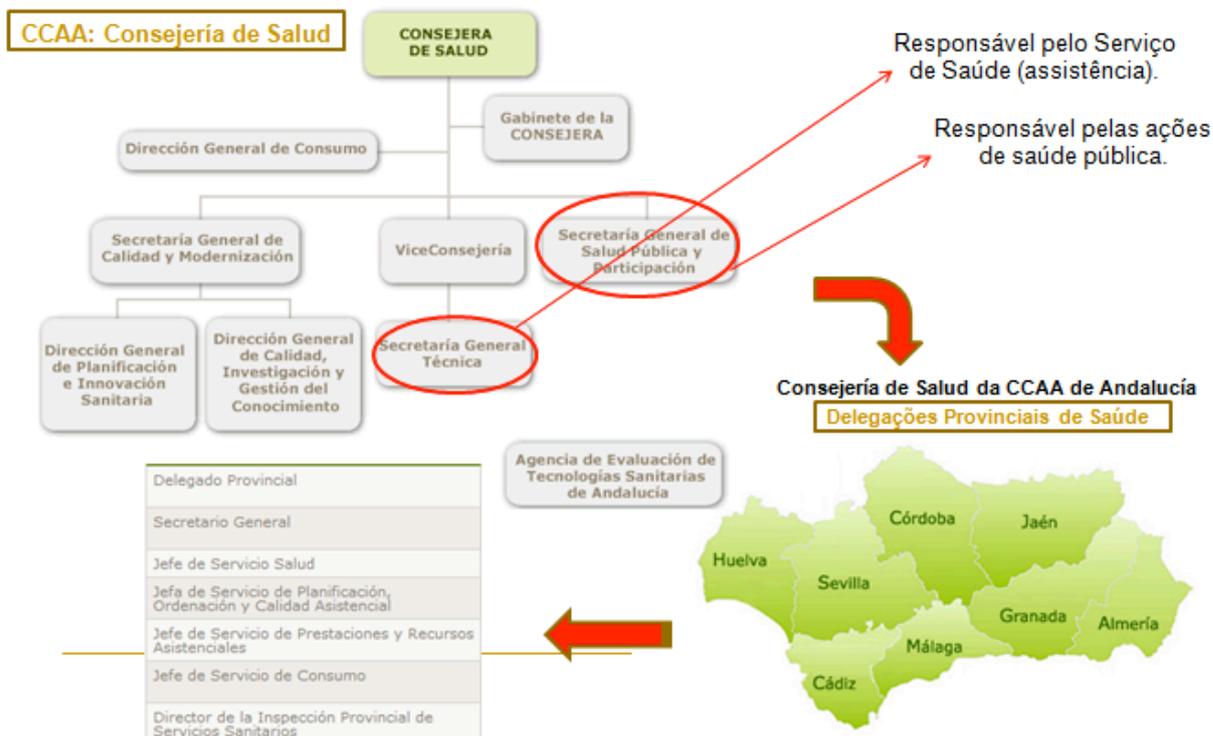
Fonte: Distribuição de competências de acordo com a Constituição Espanhola (1978), a Lei Geral de Saúde (1986) e a Lei de Coesão e Qualidade do Sistema Nacional de Saúde (2003).

Para responder às competências que lhe cabe, o Ministério da Saúde, Política Social e Igualdade se organiza em várias secretarias (segundo organograma apresentado em anexo). Destaca-se, sobretudo, a Secretaria Geral de Saúde (*Secretaria General de Sanidad*), à qual estão vinculadas as direções, agências e institutos diretamente responsáveis por desenvolver as atribuições da Administração Central em saúde.

Como visto anteriormente, as CCAA possuem, em geral, uma estrutura institucional e administrativa que se assemelha a do nível central, uma vez que isso favorecia a transferência de responsabilidades no bojo do processo de aprovação de seus Estatutos de Autonomia. Na saúde, os Conselhos ou Departamentos (*Consejerías de Salud*) responsáveis pelo Serviço Regional de Saúde da CCAA estruturam-se de maneira similar à Secretaria Geral de Saúde do Ministério da Saúde, Política Social e Igualdade. No âmbito das províncias, podem existir estruturas de gestão com estrutura similar aos Conselhos ou Departamentos no nível das CCAA, que estão vinculadas a eles, não sendo dotadas de poder ou responsabilidades

exclusivas (funcionam como órgãos desconcentrados do nível autônomo). A figura 4.7 apresenta essas estruturas tomando como exemplo a CCAA de Andalúcia.

**Figura 4.7: Estrutura administrativa da *Consejería de Salud* (Conselho de Saúde) da CCAA de Andalúcia e das Delegações Provinciais vinculadas a ele.**



Fonte: Junta de Andalúcia. Consejería de Salud (2013).

O Ministério da Saúde, Política Social e Igualdade, enquanto nível central, é responsável pela supervisão do SNS espanhol e pelo desenho de estratégias globais de equidade, qualidade e eficiência, bem como pelo favorecimento da cooperação necessária às iniciativas regionais. Os Conselhos ou Departamentos de Saúde (em cada CCAA) representam a administração pública responsável pelo desenho e desenvolvimento da política de saúde no âmbito da CCAA, bem como pela direção dos organismos encarregados da gestão e prestação dos serviços de saúde. Contudo, se as competências das CCAA estão claras e assumidas integralmente por elas, o mesmo não pode ser dito para o nível central, que encontra muitas dificuldades para exercer um papel de coordenador geral do sistema. Possíveis razões para tais dificuldades estão relacionadas à própria natureza dos processos de descentralização do Estado espanhol e da saúde, que leva ao entendimento de que a ação central fere a autonomia regional em um grande número de pautas.

Por fim, desperta atenção a proposta de um Conselho Assessor de Saúde, presente tanto no nível central (Ministério da Saúde), quanto no regional (Conselhos ou Departamentos de Saúde em cada CCAA). Segundo a LGS (1986), trata-se de um órgão colegiado de consulta e assessoramento nas questões de caráter técnico, científico, ético, profissional ou social, que possam incidir sobre a formulação da política de saúde. É formado por um presidente, um secretário e até 30 membros nomeados pelo Ministro ou Conselheiro de Saúde entre profissionais de reconhecido prestígio nas áreas de saúde, direito e economia.

A respeito dos instrumentos que poderiam favorecer a gestão compartilhada entre as esferas de governo em sistemas de saúde descentralizados, destaca-se o Conselho Interterritorial, visto também na figura 4.6. Previsto pela LGS (1986), teria a função de coordenação, cooperação, comunicação e informação, destinado a promover a integração entre os gestores sanitários da Administração Central e das CCAA no âmbito do SNS espanhol. É formado pelo Ministro da Saúde, Política Social e Igualdade, que assume sua presidência, e pelas autoridades sanitárias dos Serviços Regionais de Saúde em cada CCAA (Conselheiros de Saúde). Um desses Conselheiros é escolhido pelos demais para assumir a vice-presidência. Reúne, ao menos, quatro vezes ao ano e possui algumas estruturas que apoiam seu funcionamento: Comitê Consultivo; Comissão Delegada; e Comissões Técnicas e Grupos de Trabalho (Sistema Nacional de Salud de España, 2010). Os dois primeiros são permanentes, e os últimos, criados sempre que necessário para organizar a discussão sobre temas específicos.

O Comitê Consultivo é um órgão permanente do Conselho Interterritorial, mediante o qual se pretende efetivar a participação social e institucional (organizações sindicais e empresariais) no SNS. É responsável por informar, assessorar e formular propostas sobre matérias de especial interesse, sendo integrado pelos seguintes membros: seis representantes da Administração Geral do Estado (Ministério da Saúde); seis representantes das CCAA (Serviços Regionais); quatro representantes da administração local; oito representantes das organizações empresariais; e oito representantes das organizações sindicais mais representativas no âmbito estatal (Sistema Nacional de Salud de España, 2010).

A Comissão Delegada é um órgão de segundo nível, cuja função é atuar como apoio na preparação das reuniões do Conselho Interterritorial e exercer as funções que ele lhe delegue. É integrada pelo Secretário Geral de Saúde (cargo imediatamente abaixo do Ministro, que assume sua presidência), outro representante do Ministério da Saúde, Política Social e Igualdade e um representante de cada CCAA com cargo de vice-conselheiro (ou equivalente) (Sistema Nacional de Salud de España, 2010).

O Conselho Interterritorial foi formalmente pensado para ser um dos instrumentos mais importantes para a coordenação geral e integração do SNS espanhol. Contudo, na prática, enfrenta inúmeros desafios para efetivar seu papel. Tem sido o palco de disputas entre governo e oposição (Freire, 2008) e enfrenta a descrença dos governos regionais que buscam a maximização de suas autonomias em detrimento de uma atuação mais propositiva do governo central.

#### *4.3.2.3 Condicionantes da descentralização e da regionalização da saúde*

A democracia espanhola está marcada pela sucessão dos partidos de esquerda e direita no executivo nacional, comumente relacionada a momentos de crise institucional, política ou financeira. Logo após a ditadura, assumiu Adolfo Suarez em nome de um governo centrista (UCD), que se estendeu de 1976 a 1981. Em 1982, tomou posse o governo socialista (PSOE), sendo Gonzalez presidente de 1982 a 1996. De 1996 a 2003, a direita (PP) governou o país, com Aznar. Em 2004, retornou o PSOE, com Zapatero, até 2011. De 2012 até o presente, governa o PP com Rajoy.

A postura política-ideológica dos partidos de direita e esquerda trazem consequências para a organização e funcionamento do SNS espanhol, atuando como condicionantes da descentralização e da regionalização. Nuances variadas podem ser notadas entre as CCAA, uma vez que elas possuem amplo poder na formulação, gestão, prestação e regulação da política de saúde, bem como grande autonomia para decidir sobre seu orçamento e os gastos em saúde (amplo poder sobre a gestão orçamentária). Esse fato faz com que a presença de governos de direita ou esquerda nos governos regionais seja também um condicionante para o SNS.

Cabe ao nível central exercer a coordenação nacional e atuar no sentido de reduzir essas diferenças, papel que tem extrema dificuldade de executar diante das características e condicionantes do processo de descentralização do Estado e da saúde. Ainda cabe ao governo central responsabilizar-se pela saúde exterior e a política de medicamentos, enquanto as províncias e municípios têm um papel marginal nos rumos do sistema de saúde. Identificam-se as seguintes estratégias de atuação das instituições e dos atores: governo central busca manter algum poder no nível central; governos regionais buscam ampliar seu poder e autonomia; e o Tribunal Constitucional atua como moderador.

Em suma, entre os fatores político-institucionais que atuaram/atuam como condicionantes da descentralização e da regionalização da saúde na Espanha, situam-se o contexto de redemocratização e o ideal de manutenção da unidade, decisivos para a descentralização política do Estado; os regionalismos e tendências separatistas, que atuam como maximizadores das autonomias regionais; a descentralização do Estado espanhol e constituição das CCAA, fato inicial para a descentralização no âmbito da saúde; o ingresso da Espanha na União Europeia e o aporte financeiro que trouxe para as CCAA investirem na área social; a expansão do sistema de proteção social antes da criação do SNS, que condicionou a organização territorial interna às CCAA; e, por último, a mudança estrutural no modelo de financiamento da saúde em 2002 (financiamento finalista *versus* autônomo).

Os fatores econômicos não são menos importantes, podendo-se perceber as influências das crises dos anos 1980 (com início no final da década de 1970) e de 2009 sobre a gestão e o financiamento do SNS. A diferença é que, na crise de 1980, estando o governo socialista no executivo nacional, as medidas para redução de gastos estiveram centradas na redução de investimentos e congelamento dos salários, com repercussão sobre a fila de espera e a qualidade dos serviços prestados. No âmbito da crise de 2009, e sobretudo a partir de 2012 com um executivo nacional de direita, as medidas têm sido de abertura do sistema público ao capital privado por meio de medidas privatizadoras e de restrição do acesso (imposição de limites ao caráter universal do sistema e instituição de co-pagamentos).

O quadro 4.6 sintetiza a análise histórica, institucional e política da descentralização e da regionalização na política de saúde espanhola por meio de três dimensões: histórico-institucional, institucional-formal e contexto político. A primeira dimensão analítica traz a trajetória da descentralização e da regionalização na política de saúde espanhola; a segunda, as características formais da descentralização e da regionalização; e a terceira mostra os condicionantes desses processos.

**Quadro 4.6: Análise histórica, institucional e política da descentralização e da regionalização na política de saúde espanhola.**

| DIMENSÕES DE ANÁLISE  | DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE ESPANHOLA   |
|---|--|
| <p><b>TRAJETÓRIA DA DESCENTRALIZAÇÃO E DA REGIONALIZAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE</b></p> | <p>- <i>Marcos institucionais</i>: Constituição Espanhola (1978); Lei Geral da Saúde (1986); Lei de Coesão e Qualidade (2003).</p> <p>- <i>Características</i>: Processo de descentralização sanitário paulatino, assimétrico entre as regiões, geralmente na sequência: política, administrativa e fiscal. Resulta na conformação de 17 Serviços Regionais de Saúde (um em cada CCAA). As CCAA possuem amplo poder para formular, planejar e regular a política de saúde em seus territórios, bem como para gerir a rede de serviços, equipamentos e trabalhadores. Ainda que não tenham amplo poder fiscal, as CCAA possuem amplo poder para gerir os recursos da saúde (os recursos não são condicionados). O nível central possui baixo poder e capacidade para induzir ou coordenar a política de saúde, pois as características da descentralização política, administrativa e fiscal mais geral do Estado atuam como condicionantes e contingenciam sua atuação.</p> <p>- <i>Ruptura</i> de um modelo centralizado (INSALUD) para um descentralizado (SNS). A redemocratização, as pressões regionalistas e a descentralização político-territorial atuam como questões contingenciais do processo de descentralização da saúde.</p> <p>- <i>Traços de continuidade</i> na organização territorial dos serviços de saúde (regionalização). A extensão do modelo de proteção social logrou uma ampla cobertura sanitária (populacional e territorial) antes da implementação do SNS, condicionando a sequência da descentralização e regionalização da saúde.</p>  |
| <p><b>INSTITUCIONALIDADE DA DESCENTRALIZAÇÃO E DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE</b></p>     | <p>- <i>Ideia/sentido (formal)</i>: Descentralização como devolução da competência sanitária às CCAA (transferência de poder decisório nas dimensões política, administrativa e financeira). Característica intrínseca e condicionada pelo processo mais geral de descentralização do Estado espanhol, que se efetivaria com a aprovação dos Estatutos de Autonomia das CCAA.</p> <p>- <i>Ideia/sentido (formal)</i>: Regionalização como organização territorial dos serviços de saúde, a partir do desenho de áreas e zonas.</p> <p>* Áreas de saúde: estruturas fundamentais do sistema sanitário, estabelecidas para garantir a integralidade da atenção (primária e especializada) (LGS, sessão III, 1986). Deveria reunir entre 200 e 250 mil habitantes, salvo as exceções que se fizessem necessárias, e desenvolver as seguintes atividades: a) na atenção primária, mediante trabalho em equipe, seriam atendidos o indivíduo, a família e a comunidade, por meio de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, seja por seus meios básicos ou pelas equipes de apoio; e b) na atenção especializada, a realizar-se nos hospitais e centros de especialidades dependentes funcionalmente deles, seria prestada atenção de maior complexidade aos problemas de saúde e desenvolvidas as demais funções próprias dos hospitais (LGS, art. 56, 1986).</p> <p>* Zonas de saúde: marco territorial da atenção primária, onde se desenvolveriam atividades sanitárias vinculadas aos centros de saúde (LGS, art. 63, 1986). Segundo o artigo 62 da mesma lei, a delimitação das zonas de saúde deveria considerar: a) As distâncias máximas dos agrupamentos de população mais distantes dos serviços e o tempo gasto para acesso através de meios de transporte comuns; b) O grau de concentração ou dispersão da população; c) As características epidemiológicas da zona; e d) As instalações e recursos sanitários presentes na zona.</p> <p>- <i>Objetivos/desenho (formal)</i>: integralidade da atenção, coordenação assistencial, serviços mais próximos dos usuários, gestão descentralizada e participativa.</p> <p>- <i>Instituições envolvidas no processo de formulação e implementação</i>: Governo central e governos autonômicos; partidos políticos (destaque para PSOE e PP); e Tribunal Constitucional.</p> |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>- <i>Fragilidade dos arranjos institucionais definidos formalmente:</i></p> <p>* Conselho Interterritorial: tem dificuldades para se efetivar como fórum de negociação e gestão compartilhada, dado que é frequentemente palco de disputas políticas entre governo e oposição (presente no governo das CCAA). Além disso, também expressa a tensão nas relações intergovernamentais na Espanha, em função da lógica de maximização das autonomias e baixa capacidade do nível central em coordenar a política territorialmente. Funcionamento de quatro reuniões anuais.</p> <p>* Órgãos participativos de área: em geral, os Conselhos de Participação funcionam razoavelmente; mas os Conselhos de Direção e Gestão, não (a gestão tende a estar centralizada no nível da CCAA; cabendo às províncias alguma atividade por desconcentração desse nível – sem poder de decisão; e às municipalidades alguma função marginal, restrita à assistência social). Destaque para o fato de que províncias e municipalidades não têm assento no Conselho Interterritorial.</p>  |
| <p><b>CONDICIONANTES DA DESCENTRALIZAÇÃO E DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE</b></p> | <p>- <i>Períodos de governo de centro:</i> 1976-1981 (UCD – Adolfo Suarez)</p> <p>- <i>Períodos de governo de esquerda:</i> 1982-96 (PSOE – Gonzalez); 2004-2011 (PSOE – Zapatero)</p> <p>- <i>Períodos de governo de direita:</i> 1996-2003 (PP – Aznar); 2012-presente (PP – Rajoy).</p> <p>- <i>Papel das instituições e dos atores:</i> os governos regionais (CCAA) possuem amplas competências na formulação, gestão, prestação e regulação da política de saúde, bem como amplo poder para decidir sobre seu orçamento e os gastos em saúde. Ao nível central cabe exercer a coordenação nacional (papel difícil de executar diante das características e condicionantes do processo de descentralização do Estado e da saúde), bem como responsabilizar-se pela saúde exterior e política de medicamentos. Províncias e municípios têm um papel restrito.</p> <p>- <i>Estratégias de atuação das instituições e dos atores:</i> governo central busca manter algum poder no nível central; governos regionais buscam ampliar seu poder e autonomia; e Tribunal Constitucional atua como moderador.</p> <p>- <i>Fatores político-institucionais:</i> redemocratização; regionalismos e tendências separatistas; descentralização do Estado espanhol (constituição das CCAA); ingresso na União Europeia, em 1986; expansão do sistema de proteção social antes da criação do SNS; e modelo de financiamento da saúde, antes e depois de 2002.</p> <p>- <i>Fatores econômicos:</i> crise de 1980, com repercussões para o financiamento da saúde; crise de 2009, com impactos sobre a universalidade do sistema e tendência a privatizações.</p> |

Fonte: Elaboração própria.

## 5 BRASIL E ESPANHA: ANÁLISE COMPARADA DOS PROCESSOS DE DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

Esta seção tem como objetivo apresentar algumas considerações sobre os processos de descentralização e regionalização da política de saúde no Brasil e na Espanha, em perspectiva comparada. Para tanto, cabe retomar duas questões iniciais dessa pesquisa: Que fatores históricos, políticos e institucionais favoreceram tais processos em cada país? Como tais fatores influenciaram a configuração recente dos sistemas de saúde em cada caso? Os argumentos que respondem a tais questões foram construídos nos capítulos anteriores e servirão aqui como base para uma análise transversal aos casos (*across cases*), valorizando seus contextos específicos.

Seguindo a metodologia adotada nesse estudo, as considerações foram estruturadas a partir de dois eixos: o primeiro se refere ao contexto mais geral dos Estados, incluindo a trajetória da descentralização nesse âmbito e alguns fatores histórico-estruturais e conjunturais que parecem exercer influência sobre a descentralização e a regionalização da saúde; o segundo diz respeito ao contexto setorial, no qual se destacam fatores político-institucionais e características da trajetória dos processos estudados.

No plano mais geral, um primeiro fator a ser destacado é o contexto de redemocratização dos Estados, assim como o processo de descentralização subsequente a ele. Brasil e Espanha viveram períodos ditatoriais longos<sup>104</sup>. O processo histórico de redemocratização da Espanha antecedeu o do Brasil, com a queda da ditadura franquista em 1975 e início do regime constitucional em 1978; no Brasil, a ditadura militar se estendeu até 1985, com aprovação da nova constituição em 1988. A aprovação de novos textos constitucionais foi um marco do retorno à democracia, institucionalizando mudanças na distribuição do poder político-territorial nos dois países, com especificidades importantes no que diz respeito aos sentidos e propósitos da descentralização em cada caso.

No caso espanhol, tal processo guardou relação com a forte repressão à diversidade étnica, linguística e cultural das regiões ao longo da ditadura, procurando responder aos anseios nacionalistas e separatistas presentes. O resultado foi a criação de uma nova esfera de

---

104 A ditadura na Espanha durou cerca de 40 anos, marcada pelo golpe militar liderado pelo General Francisco Franco em 1936 (que deu início à Guerra Civil Espanhola entre 1936 e 1939), estendendo-se até sua morte em 1975. No Brasil, o período ditatorial vigorou por cerca de 20 anos (1964 a 1985), sendo posterior ao golpe militar que derrubou o presidente João Goulart. Esses processos têm características bastante específicas, não sendo objeto deste trabalho discutir os variados graus de restrição às liberdades civis e políticas impostos por cada um deles. Ressalta-se aqui, de maneira geral, as consequências desse contexto antidemocrático sobre as reformas que se seguiram em cada Estado.

governo, as Comunidades Autônomas (CCAA), para a qual o processo de descentralização esteve dirigido. No Brasil, a divisão territorial do poder já estava relativamente assentada no contexto de reforma do Estado e redemocratização (Rocha, 2013), de maneira que tal processo, influenciado pela simbiose construída entre democracia e descentralização, pretendeu redistribuir responsabilidades e funções entre níveis de governo já estabelecidos, com destaque para os municípios.

A figura 5.1 representa o grau de poder dos governos subnacionais em cada uma das dimensões da descentralização e a sequência temporal na qual se desenvolveram no Brasil e na Espanha. Em ambos os casos, e como consequência da reforma descentralizante do Estado pós-redemocratização, a dimensão política foi a primeira a ocorrer. Nota-se que o grau de poder dos governos subnacionais nessa dimensão é mais intenso no caso espanhol, estando relacionado ao amplo poder de decisão transferido às CCAA no que tange à formulação de políticas e leis em matéria regional. No Brasil, estados e municípios possuem menor poder relativo nesse aspecto, e ainda que haja amplo poder para eleição dos governantes (tanto do executivo quanto do legislativo, diferentemente do que se passa na Espanha), essa variável não é suficiente para ampliar o grau de poder político desses entes, no balanço final dessa dimensão.

Com relação às dimensões seguintes, há uma oposição na sequência em que se deram entre os casos. No Brasil, a segunda dimensão da descentralização a se destacar foi a fiscal, seguida pela administrativa; e na Espanha, deu-se o contrário. O balanço final de poder em cada uma dessas dimensões é semelhante, contudo, há especificidades. Na dimensão fiscal, ressalta-se o poder de arrecadação e tributação (dentro da sua competência) de estados e municípios, ainda que regulado pelo governo central; responsabilidade que as CCAA não possuem<sup>105</sup>. Entretanto, os governos subnacionais no Brasil possuem limitações na gestão orçamentária (dadas as condicionalidades e regras federais); ao passo que as CCAA possuem amplo poder para gerir o orçamento e decidir sobre prioridades no âmbito regional (característica que se ancora no seu amplo poder de decisão). Esse resultado corresponde aos propósitos da descentralização e ao arranjo de poder intergovernamental estabelecido em cada caso.

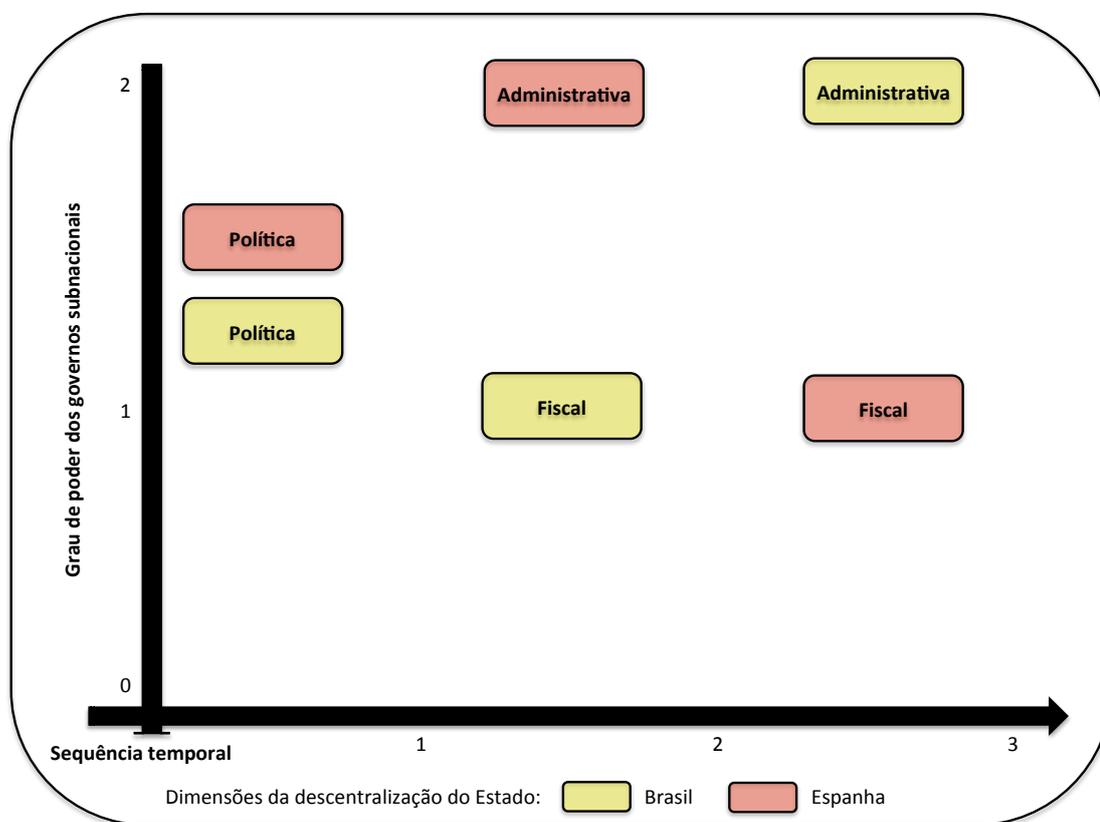
Sobre a dimensão administrativa, em geral, governos subnacionais no Brasil e na Espanha apresentam amplo poder para realizar a gestão e prestação de serviços no âmbito das políticas sociais (responsabilizando-se por estruturas físicas, equipamentos e trabalhadores).

---

105 À exceção do País Vasco e Navarra, que arrecadam seus tributos e transferem o “cupô” ao governo central. Essa diferença entre as CCAA é questionada e reivindicada pela Cataluã.

No bojo do processo de reforma do Estado, processos de descentralização dessa natureza foram frequentes, uma vez que respondiam aos interesses de redução do tamanho da máquina pública no nível central e à transferência da responsabilidade pela execução de serviços. Além disso, também estavam relacionados à diretriz de aproximação dos serviços e políticas sociais dos cidadãos, chamados a participar da gestão das mesmas. Um elemento que parece ser chave no caso Espanhol foi o peso político da transferência do poder administrativo às CCAA: como um novo nível de governo, elas buscaram reconhecimento junto à população por meio da gestão e prestação de políticas sociais, e particularmente, da política sanitária.

**Figura 5.1: Descentralização no âmbito dos Estados brasileiro e espanhol: grau de poder dos governos subnacionais e seqüência temporal.**



Fonte: Elaboração própria.

A análise comparada evidencia que, enquanto na Espanha a descentralização do Estado se propôs a gerar autonomia nas regiões historicamente consolidadas, em um quadro de pressões e tensões separatistas; no Brasil, o propósito foi redistribuir poder e acomodar interesses estaduais e municipais. O balanço final em termos de equilíbrio de poder é diferente entre os casos, sugerindo, no primeiro, maior autonomia dos governos subnacionais e, no segundo, forte interdependência governamental nas três dimensões da descentralização.

Ainda no contexto geral, cabe considerar a influência de alguns fatores econômicos sobre a reforma e descentralização sanitária. No Brasil e na Espanha, o início dos processos de reforma foi marcado por restrições financeiras impostas pela conjuntura econômica, bem como pelas pressões da retórica neoliberal. Na Espanha, a crise dos anos 1980 (com início no final dos 1970)<sup>106</sup> e, no Brasil, a crise da década de 1990<sup>107</sup>, tiveram repercussões sobre a gestão e o financiamento da saúde, com expressões variadas dada a interveniência de outros fatores estruturais e político-institucionais.

Para Almeida (2008), a agenda de reforma neoliberal<sup>108</sup>, a qual os sistemas de saúde foram submetidos nos anos 1980 e 1990 (na Europa Ocidental e América Latina), tinha como objetivo produzir uma mudança no papel e grau de intervenção do Estado na área social, e particularmente, na saúde. As principais metas difundidas foram a busca pela eficiência gerencial, a responsabilização dos profissionais e dos usuários pelos gastos, a satisfação das preferências dos usuários e o equilíbrio da alocação de recursos entre governo e mercado (Almeida, 2008). Dessa forma, o Estado não seria mais o responsável pela provisão e gestão dos serviços, mas pela regulação adequada em um contexto definido pela introdução de mecanismos de competição. Rey del Castillo (2005) destaca duas vias de reforma empregadas nesse período: a primeira se refere à separação entre provisão e financiamento, com a mediação realizada por meio de contratos, e à abertura/ampliação da participação das companhias de seguro-saúde privadas na gestão da cobertura e prestação de serviços; já a segunda, diz respeito às medidas de redução da cobertura populacional e aumento da participação privada no financiamento (incluindo a instituição de co-pagamentos).

---

106 Nos anos 1980, a Europa viveu um momento de crise econômica e do emprego (com raízes na crise do petróleo ocorrida na década anterior), que repercutiu sobre os sistemas de proteção social (Navarro, 1997). Segundo Huber e Stephens (2012), a inflação na Espanha atingiu 24% em 1977.

107 No Brasil, a década de 1990 foi marcada por um contexto de crise econômica e pela implantação de um modelo liberal na economia (em função do ajuste macroeconômico e das pressões dos organismos internacionais). De 1990 a 1994, a economia sofreu forte recessão e descontrolado inflacionário; e de 1995 a 2001, alcançou-se a estabilização da inflação por meio do Plano Real, porém com baixo crescimento do PIB no seu início, e recessão ao final (Andreazzi; Kornis, 2003).

108 Segundo Almeida (2008), pautada em argumentos políticos e econômicos, a retórica neoliberal construiu na década de 1980 um diagnóstico do setor saúde que justificasse sua reforma. Entre os critérios enfatizados, estava a necessidade de se reduzir os gastos em saúde, tanto por meio da restrição da oferta e desenvolvimento de uma consciência de custos no usuário, quanto através da descentralização dos serviços para níveis subnacionais e para o setor privado. Sobre a reforma dos sistemas sanitários empreendidas nesse período, Rey del Castillo (2005, p. 275) argumenta: *“Lo característico de estas reformas, en especial las de carácter estructural, es que se han venido desarrollando y ampliando sin una adecuada valoración de sus efectos sobre la universalidad, equidad, eficiencia y nivel de gasto de los sistemas sanitarios en que son aplicadas. En esas condiciones, su aplicación parece más bien depender de juicios previos (prejuicios) de carácter ideológico acerca de la reducción de los sistemas públicos sanitarios que a un intento real de sostener la protección sanitaria universal con las características que los convierten en un instrumento preferente de cohesión social”*.

Como dito, a expressão da crise econômica e da influência da retórica neoliberal nas reformas dos sistemas de saúde brasileiro e espanhol foi diferente, isto porque outros fatores atuaram como condicionantes desses processos. Na Espanha, a permanência de um partido de esquerda (PSOE) no executivo nacional no início do processo de reformas (1982 a 1996) e o ingresso na União Europeia (1986) são ressaltados como variáveis explicativas para o avanço e consolidação das políticas de bem-estar social e redução das desigualdades<sup>109</sup> nesse período (Huber; Stephens, 2012). O ingresso na União Europeia trouxe metas de modernização econômica e aumento do gasto social, e proporcionou a entrada de recursos financeiros nesse sentido. Ao governo central socialista couberam às ações de combate à pobreza, enquanto a responsabilidade pela assistência social foi transferida às CCAA, que entre 1989 e 1995, introduziram programas de redistribuição de renda (variados em cobertura e generosidade). Desde o final dos anos 2000, sob impacto da crise econômica internacional de 2009, a Espanha tem sofrido outra onda de reforma sobre seu sistema sanitário, na qual se identificam pressões pela abertura do sistema público ao capital privado, por meio de medidas privatizadoras e de restrição do acesso (imposição de limites ao caráter universal do sistema e instituição de co-pagamentos)<sup>110</sup>.

Ao analisar o caso brasileiro, Huber e Stephens (2012) associam as limitações das políticas de bem-estar social, na década de 1990, à menor força dos partidos de esquerda nesse período, bem como ao ajuste macroeconômico tomado como imperativo pelo executivo nacional (PRN/PMDB, de 1992 a 1994; e PSDB, de 1995 a 1998), que logrou cortes na política social<sup>111</sup> com resultados negativos para o desenvolvimento de longo prazo. Nos anos 2000, a ascensão do PT ao executivo nacional (2003 ao presente) e a retomada do crescimento econômico (sobretudo no período 2006-2008) são relacionadas à ampliação dos gastos sociais com impactos positivos sobre a redução de desigualdades<sup>112</sup>. Ressalta-se a instituição do Programa Bolsa Família em 2003, constituindo-se na “principal estratégia brasileira de

---

109 De acordo com Huber e Stephens (2012), o Índice de Gini na Espanha passou de 34,0 em 1980 para 31,6 em 1990. Os autores defendem o argumento de que a estrutura e extensão do sistema de proteção social estão diretamente relacionada aos resultados alcançados em termos de redução das desigualdades sociais.

110 A proposição e extensão de tais medidas estão em grande parte relacionada ao partido político que está no governo nacional e no âmbito das CCAA. Existem tendências variadas entre as CCAA, com maior presença de elementos restritivos na Comunidade Valenciana e menos, por exemplo, em Andalúcia ou no País Vasco. Na Comunidade de Madri, recentemente, a iniciativa de privatização de hospitais públicos foi interrompida judicialmente, mediante a mobilização de trabalhadores e usuários, bem como à atuação política de partidos de esquerda.

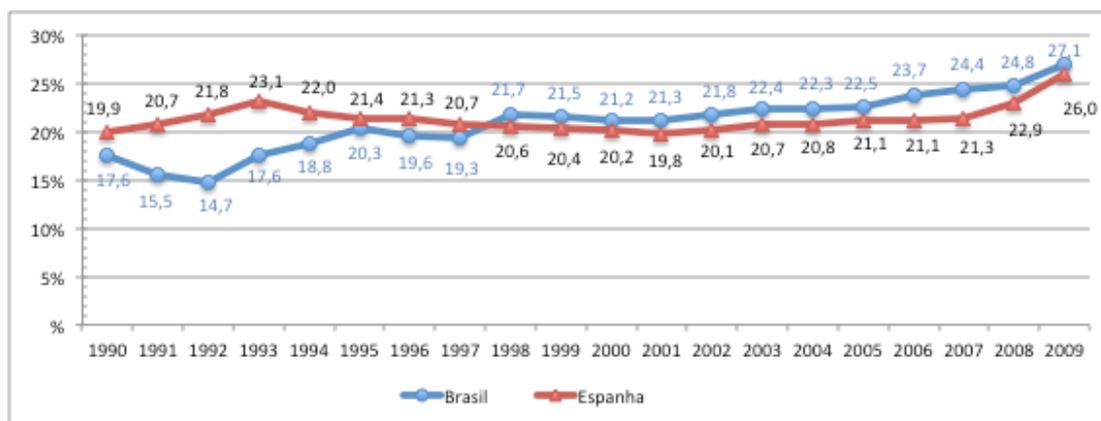
111 Vários países latino-americanos, entre os quais o Brasil, foram condicionados a seguir as prescrições do Consenso de Washington (de 1989) no contexto de crise financeira dos anos 1990. As pressões impostas pelo Fundo Monetário Internacional e pelo Banco Mundial, envolveram, em geral, cortes no gasto social e o incentivo a parcerias com prestadores privados no âmbito da política social (Mattos, 2001).

112 Conforme Huber e Stephens (2012), o Índice de Gini no Brasil passou de 56,0 em 1980 para 60,4 em 1990. Segundo World Bank (2012), em 2011, o Brasil alcançou o menor Índice de Gini dos últimos 50 anos (52,0).

combate à pobreza”<sup>113</sup> (Santos; Magalhães, 2012, p. 1216). Segundo Fonseca e Viana (2006), o Bolsa Família diferencia-se dos programas de redistribuição de renda anteriores por visar promover a articulação intersetorial, intergovernamental e entre governo e sociedade civil.

O gráfico 5.1 mostra a evolução do gasto social público, como percentual do PIB, no Brasil e na Espanha, entre 1990 e 2009. No Brasil, é possível identificar uma trajetória de oscilações (sucessivos períodos de queda e crescimento) nos anos 1990 e de maior estabilidade (com leve crescimento) nos anos 2000. Na Espanha, nota-se uma trajetória ascendente de 1990 a 1993, quando começa a decair até atingir 19,8% do PIB em 2001 (patamar semelhante ao que se encontrava em 1990), retomando o crescimento até 2009 (quando atinge o maior percentual dos últimos 20 anos, fato que também se passa no Brasil)<sup>114</sup>. Comparativamente, o gasto social público, como percentual do PIB, mantém-se próximo nos dois países a partir de 1998, com o indicador para o Brasil ligeiramente acima do espanhol.

**Gráfico 5.1: Gasto social público total (% do PIB). Brasil e Espanha. 1990 a 2009.**



Fonte: Elaboração própria a partir de CEPAL (2014).

Obs.: Dados da Espanha: OCDE/Base de dados de gasto social via CEPAL (2014).

Entre 1980 e 1994, a descentralização de grande parte dos serviços sociais para a esfera subnacional, incluindo a saúde, influenciou o aumento do gasto social e sanitário na Espanha, já que ao assumirem a gestão dos mesmos, as CCAA passaram a pressionar o

113 Nas palavras de Santos e Magalhães (2012, p. 1216), o Programa Bolsa Família “visa à articulação da transferência direta de renda ao cumprimento de condicionalidades pelas famílias beneficiárias e à oferta de programas complementares, como geração de emprego e de renda, cursos profissionalizantes, apoio às iniciativas de economia solidária, entre outros. É voltado ao público inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CADÚNICO), desde que caracterizado em situação de extrema pobreza ou de pobreza, segundo os níveis de renda familiar”.

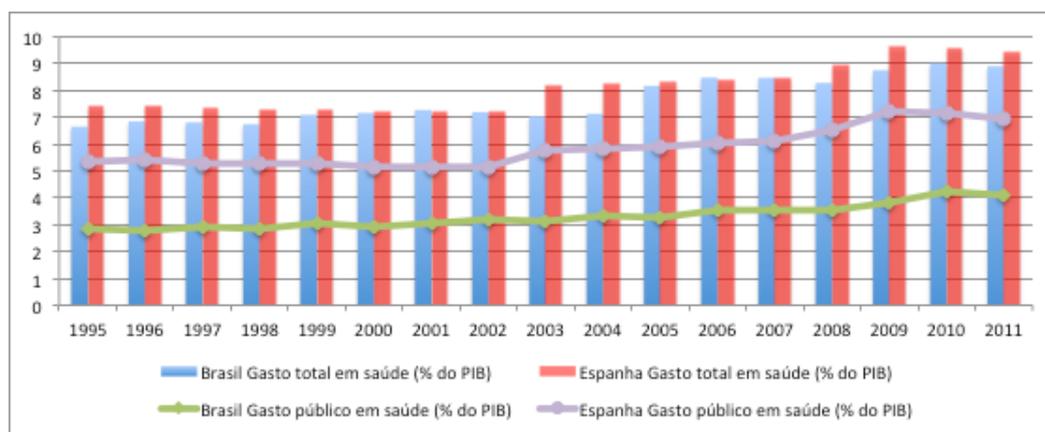
114 Segundo World Bank (2013), em 2009, o PIB brasileiro e o PIB espanhol registraram variação negativa. Tal variação pode influenciar o indicador apresentado.

governo central por mais recursos. Também é relevante lembrar que houve um aumento gradual da infraestrutura de serviços públicos (expansão da cobertura territorial, embora variável entre as regiões) e da população coberta ainda no âmbito do modelo de Seguro Social, de maneira que, em 1975, a cobertura populacional era de 81% (Freire, 2005). Esses dois fatores podem ser tomados como variáveis estruturais para a compreensão do processo de descentralização da saúde espanhol e suas repercussões sobre a configuração atual do sistema, na qual prevalece a participação pública.

No Brasil, variáveis histórico-estruturais – como os antecedentes do sistema universal, marcados pela presença dos prestadores privados; as diferenças importantes em termos de distribuição dos serviços públicos no território desde a vigência do Seguro Social; e a crise do financiamento setorial nos primeiros anos da implementação do SUS – associadas às tensões impostas pelo modelo econômico liberal, seguem influenciando a configuração atual do sistema sanitário, expressando-se, por exemplo, na composição do gasto em saúde com predomínio da participação privada.

Os gráficos a seguir apresentam a evolução do gasto em saúde, como percentual do PIB, entre 1995 e 2011, no Brasil e na Espanha. O gráfico 5.2 mostra a relação entre o gasto total e o gasto público em saúde, como percentual do PIB, em cada caso.

**Gráfico 5.2: Gasto total e público em saúde (% do PIB). Brasil e Espanha. 1995 a 2011.**



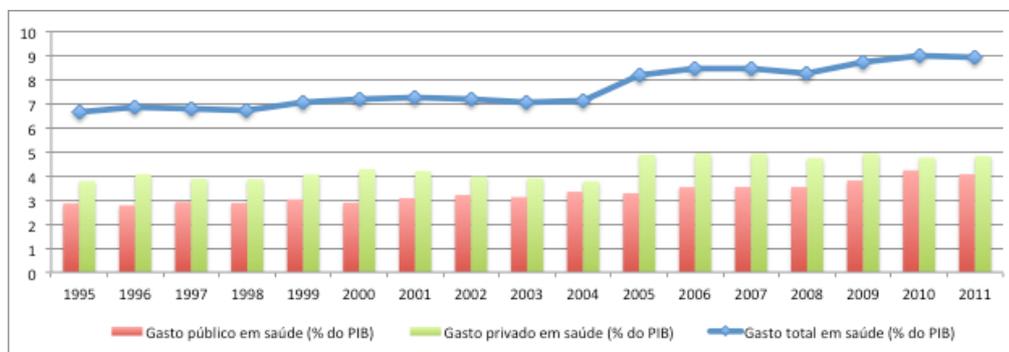
Fonte: Elaboração própria a partir de WHO (2014).

Por meio do gráfico 5.2, nota-se que a Espanha manteve um patamar de gasto total, como percentual do PIB, que superou o brasileiro em parte do período. Entre os anos 2000 a 2002 e 2005 a 2007, o percentual do gasto total em saúde em relação ao PIB foi bastante próximo nos dois países. Contudo, enquanto no Brasil a proporção do gasto público em saúde sobre o gasto total foi inferior a 50% em todo o intervalo de tempo; na Espanha, foi superior a

70%. As linhas representam a trajetória do gasto público em saúde, como percentual do PIB, evidenciando tal aspecto. O gasto público em saúde no Brasil permaneceu em torno de 3% do PIB até 2000, quando começou a crescer (com algumas oscilações), atingindo 3,5% do PIB entre 2006 e 2008, e 4,2% dele em 2010. Na Espanha, o gasto público em saúde se manteve entre 5,4% e 5,2% do PIB entre 1995 e 2002, momento a partir do qual apresentou trajetória ascendente até 2009 (quando alcançou 7,2% do PIB), apresentando leve queda nos dois anos seguintes (em 2011, correspondeu a 6,9% do PIB).

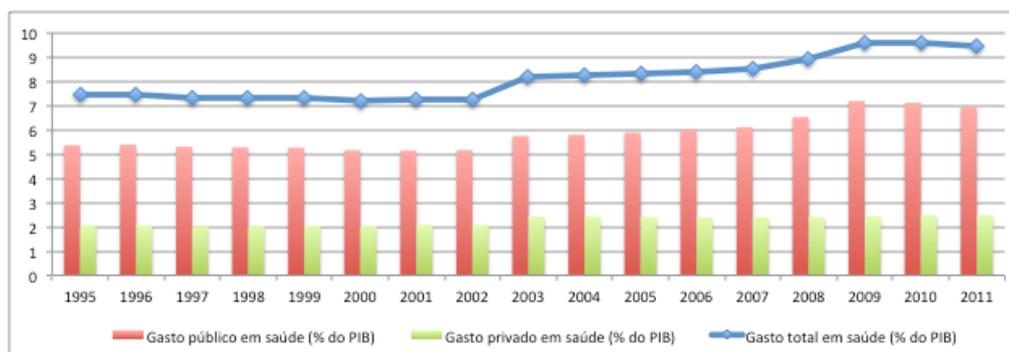
O gráfico 5.3 traz a relação entre o gasto público e privado em saúde no Brasil, como percentual do PIB, entre 1995 e 2011. É possível identificar que o gasto privado em saúde, como percentual do PIB, manteve-se acima do público em todo o período: permaneceu em torno de 4% do PIB até 2005, quando se aproximou dos 5% do PIB, mantendo-se cerca desse patamar até 2011. O gráfico 5.4 mostra tal relação no caso espanhol, evidenciando o contrário: o gasto público em saúde, como percentual do PIB, manteve-se acima do privado em todo o período; o gasto privado correspondeu a cerca de 2% do PIB até 2002, passando a representar 2,4% do PIB de 2003 a 2009, e 2,5% do PIB em 2010 e 2011.

**Gráfico 5.3: Gasto total, público e privado em saúde (% do PIB). Brasil. 1995 a 2011.**



Fonte: Elaboração própria a partir de WHO (2014).

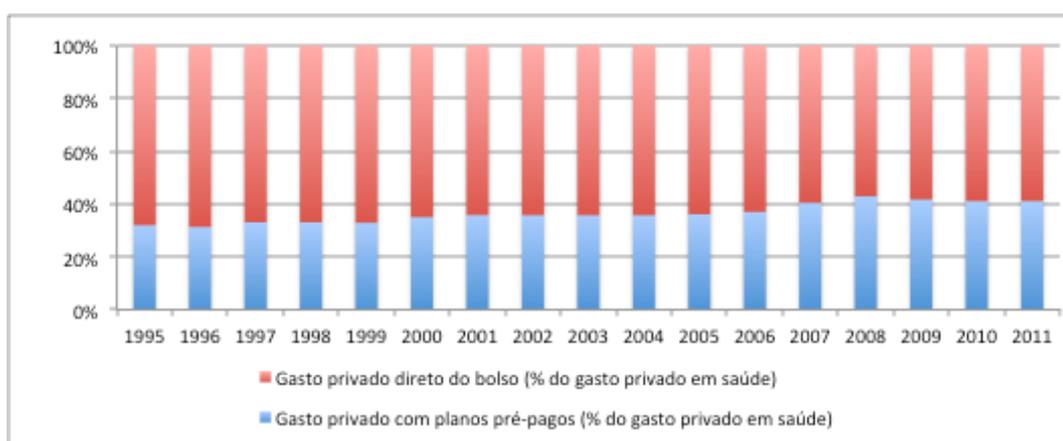
**Gráfico 5.4: Gasto total, público e privado em saúde (% do PIB). Espanha. 1995 a 2011.**



Fonte: Elaboração própria a partir de WHO (2014).

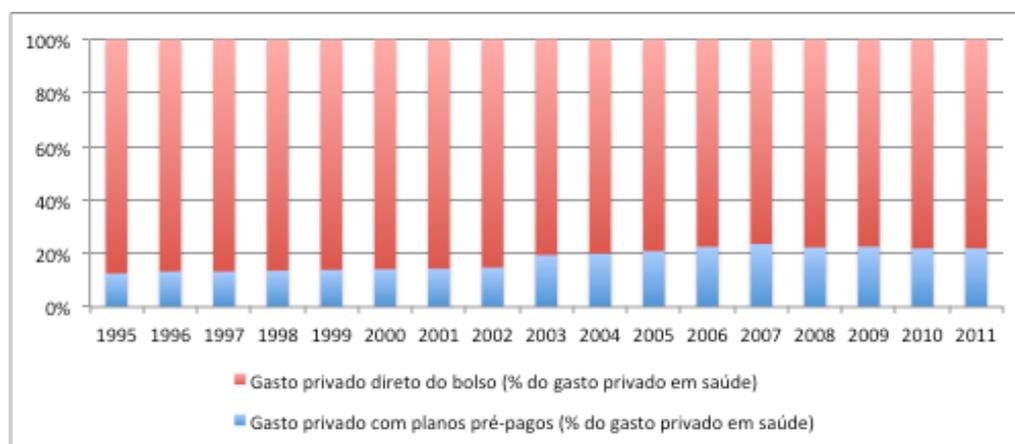
Os gráficos 5.5 e 5.6 apresentam a composição do gasto privado em saúde (gasto direto do bolso e gasto com planos pré-pagos, como percentual do gasto privado total), respectivamente, no Brasil e na Espanha. Nota-se que, em ambos os casos, o gasto direto do bolso foi superior ao gasto com planos pré-pagos, contudo, em proporções diferentes: no Brasil, o gasto direto do bolso representou cerca de 60% do gasto privado total em 2011 (gráfico 5.5); na Espanha, correspondeu a 80% do gasto privado total no mesmo ano (gráfico 5.6). O gasto com planos pré-pagos aumentou sua participação em relação ao gasto privado total, no período analisado, tanto no Brasil quanto na Espanha. No Brasil (gráfico 5.5), o gasto com planos pré-pagos passou de cerca de 30% do total do gasto privado em saúde em 1995, para 40% dele em 2011. Na Espanha (gráfico 5.6), o gasto com planos pré-pagos passou de 12% do gasto privado em saúde em 1995, para 21% dele em 2011.

**Gráfico 5.5: Composição do gasto privado em saúde. Brasil. 1995 a 2011.**



Fonte: Elaboração própria a partir de WHO (2014).

**Gráfico 5.6: Composição do gasto privado em saúde. Espanha. 1995 a 2011.**



Fonte: Elaboração própria a partir de WHO (2014).

No âmbito setorial, destacam-se outros fatores político-institucionais e características da trajetória da descentralização e da regionalização da saúde, que exerceram influências sobre tais processos. Um primeiro aspecto a ser considerado são os sentidos da descentralização e da regionalização expressos na política de saúde no contexto de redemocratização e reforma. Tais sentidos guardam relação com as características formais (institucionalidade) desses processos em cada caso, assim como com as características da descentralização mais geral dos Estados brasileiro e espanhol. Dessa maneira, no Brasil, a descentralização da saúde foi assumida como um processo de transferência de poder político, administrativo e financeiro aos governos subnacionais, no qual se definiu que a responsabilidade seria compartilhada entre as esferas gestoras – resultado de um arranjo no qual a interdependência entre os entes é um princípio federativo e no qual se destaca o peso do governo central. No caso espanhol, a descentralização da saúde foi compreendida como um processo de devolução da competência sanitária às CCAA, com transferência de poder decisório nas dimensões política, administrativa e financeira – consequência da natureza da divisão do poder territorial na Espanha, que se caracteriza pela ampla autonomia dos governos subnacionais – e por pressões a favor da sua maximização, com prejuízos para as relações intergovernamentais (Rocha, 2013).

Quanto à regionalização da saúde, a análise comparada revela semelhanças entre seus objetivos formais nos dois casos, estando presentes metas (ou intenções) relacionadas à integralidade da atenção, à coordenação assistencial, à aproximação dos serviços aos usuários e à gestão descentralizada e participativa. No Brasil, a regionalização possui um sentido associado à organização de redes assistenciais e sua hierarquização no território, contudo, as concepções atreladas a ele variaram ao longo da implementação do SUS, de maneira que a regionalização teve pouca expressão nas normativas que regularam a descentralização na década de 1990, e, somente a partir dos anos 2000, recebeu maior ênfase no plano nacional – fato que se relaciona a sua trajetória, marcada pela tensão com a descentralização municipalista nos anos 1990 e o destaque ao papel dos estados na gestão do SUS desde 2000. Em 2011, a regionalização foi associada à ideia de formalização contratual das regiões e das responsabilidades dos gestores das três esferas de governo<sup>115</sup>. Nesse momento, foram instituídas as Comissões Intergestores Regionais (CIR) (em substituição aos Colegiados de Gestão Regional – CGR, propostos em 2006), fato que evidencia um sentido político desse processo no Brasil (e não apenas organizacional, como é característico do caso espanhol). Os

---

115 Por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), proposto pelo Decreto 7.508/2011.

CIR visam fomentar e fortalecer a negociação, a gestão e a decisão compartilhada no âmbito regional.

No caso espanhol, a regionalização é compreendida como a organização territorial dos serviços de saúde, estabelecida a partir de recortes regionais definidos no marco legal do sistema sanitário e que se mantêm como sua base organizativa na atualidade, ainda que tenham sofrido adaptações ao longo do tempo e entre as CCAA. A Lei Geral da Saúde (1986) traçou com clareza o desenho de áreas e zonas de saúde<sup>116</sup>, garantindo as modificações que se fizessem necessárias no âmbito das CCAA, influenciada pelas proposições da reforma da atenção primária à saúde, publicadas em 1984 por meio do Real Decreto 137. Além disso, a regionalização da saúde foi influenciada pelo processo de expansão da cobertura populacional e territorial na vigência do modelo de Seguro Social. Tais aspectos contribuíram para que o SNS espanhol recebesse um legado de menores desigualdades em termos da distribuição territorial dos serviços de saúde, favorecendo o processo de regionalização. Foram previstos, legalmente, órgãos participativos nas áreas de saúde, tanto para interação com a sociedade civil (Conselhos de Participação) quanto para integração entre os gestores. Os Conselhos de Participação funcionam razoavelmente (com regularidade moderada e assimétrica entre as CCAA) (Aguilar, 2001); mas os Conselhos de Direção e Gestão não funcionam, estando o poder de decisão concentrado no nível da CCAA<sup>117</sup>.

A análise comparada da trajetória da descentralização da saúde entre os casos revela outras especificidades. A figura 5.2 representa o grau de poder dos governos subnacionais em cada uma das dimensões da descentralização sanitária e a sequência temporal na qual se desenvolveram no Brasil e na Espanha. Tal sequência, marcada por interfaces temporais importantes, mostra-se diferente em cada caso: no Brasil, apresenta-se como administrativa-política-fiscal; e na Espanha, como política-administrativa-fiscal.

As razões pelas quais a dimensão administrativa se destaca como a primeira, no caso brasileiro, estão relacionadas a estratégias de descentralização e regionalização da saúde anteriores à implementação do SUS, ainda no período da transição democrática: trata-se das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Por meio delas, a responsabilidade pela prestação de serviços e a gestão de unidades do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) foram

---

116 De acordo com a Lei Geral da Saúde (1986), as áreas de saúde são as estruturas fundamentais do sistema sanitário, estabelecidas para garantir a integralidade da atenção (primária e especializada); as zonas de saúde constituem o marco territorial da atenção primária.

117 Cabe às províncias alguma função por desconcentração do governo autonômico (sem que possuam poder de decisão); as municipalidades possuem funções marginais, restritas à assistência social. Ressalta-se que as províncias e municipalidades não possuem assento no Conselho Interterritorial.

transferidas para estados e municípios, mediante convênios trilaterais. Essa foi uma etapa importante da reforma sanitária no Brasil, possibilitada pela ocupação de espaços institucionais ainda durante o regime ditatorial e pela articulação do movimento sanitarista desde meados da década de 1970. A descentralização administrativa se acentuou a partir da instituição do SUS, concluindo-se até a metade dos anos 1990, com forte direcionamento para os municípios.

Na Espanha, a dimensão administrativa foi a segunda a ocorrer, posterior à dimensão política, necessária para que fossem transferidas para as CCAA a competência de gestão e prestação dos serviços de saúde. Tal transferência foi gradual, estendendo-se de 1980 (quando foram transferidos alguns centros e redes específicos vinculados à *Administración Institucional de la Sanidad Nacional* – AISNA) até 2002 (quando se encerrou a transferência dos serviços do *Instituto Nacional de la Salud* – INSALUD). Diferentemente do Brasil, o foco da descentralização administrativa foram as CCAA, que assumiram funções antes exercidas pelo Ministério da Saúde, como também responsabilidades que estavam na competência das províncias e municipalidades.

Em ambos os casos, os governos subnacionais possuem amplo poder no que diz respeito à dimensão administrativa, tendo assumido a gestão e prestação dos serviços sanitários, responsabilizando-se pela infraestrutura física, equipamentos e trabalhadores (figura 5.2). A intensidade do poder dos governos subnacionais na dimensão administrativa da descentralização da saúde foi favorecida pelo amplo grau de poder que possuem na mesma dimensão no âmbito da descentralização do Estado, aspecto esse relacionado, por um lado, às características e prescrições da reforma do Estado nos anos 1980 e 1990, e por outro, às respostas dadas pelos governos centrais aos anseios das esferas subnacionais no contexto de redemocratização. Os governos centrais assumiram funções residuais nessa dimensão, tanto no Brasil quanto na Espanha.

A dimensão política, segunda a se desenvolver no caso brasileiro e, primeira a ocorrer no espanhol, possui características bastante distintas em cada país. No Brasil, estados e municípios possuem menor poder relativo nessa dimensão, dado o peso do governo central na formulação e indução da política de saúde. Temporalmente, a dimensão foi marcada pela promulgação da Constituição (1988), da Lei Orgânica da Saúde (1990) e das várias normas infraconstitucionais que regularam/regulam o processo de descentralização da saúde (1991 a 2011). Como discutido anteriormente, ao longo desse período, tais normas estabeleceram variados requisitos (associados às condições de gestão propostas por cada uma delas) para a transferência do poder de decisão sobre a gestão do sistema de saúde (no que tange à

formulação, planejamento e regulação) no âmbito subnacional. Ao longo da década de 1990, a descentralização política favoreceu, prioritariamente, o desenvolvimento da capacidade institucional dos municípios; a partir dos anos 2000, nota-se um fortalecimento do papel dos estados, chamados, pelas normas nacionais, a conduzir o processo de regionalização e, do ponto de vista financeiro, mais recuperados para atuar politicamente na gestão sanitária.

Na Espanha, a dimensão política foi a base para o desenvolvimento das demais. Seus principais marcos institucionais foram a Constituição (1978), a Lei Geral da Saúde (1986) e a Lei de Coesão e Qualidade do SNS (2003). Caracteriza-se por dois momentos: a transferência da competência em saúde pública e autoridade sanitária para as CCAA de 1979 a 1984 (condicionada pela constituição das CCAA e aprovação dos seus Estatutos de Autonomia, marco importante da descentralização política do Estado espanhol); e a conformação da maioria dos Serviços Regionais de Saúde, no âmbito das CCAA, de 1979 a 1994. O balanço de poder nessa dimensão sugere amplo poder das CCAA para gerir o sistema de saúde no seu âmbito territorial, no que se refere à formulação, planejamento e regulação; ao passo que o governo central possui condições limitadas para exercer a coordenação nacional da política sanitária.

A dimensão fiscal/financeira foi a última a se desenvolver nos dois casos. No Brasil, estendeu-se de 1994 a 2010, destacando-se quatro momentos: de 1994 a 1996, período marcado pela crise no financiamento setorial, pela publicação do Decreto 1.232/1994 (que regulamentou as transferências “fundo a fundo”, permitindo que fossem implementadas) e a instituição da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), inicialmente, uma fonte específica para garantir o financiamento da saúde; de 1996 a 1998, no qual se ressalta a criação do Piso da Atenção Básica (PAB) e a ampliação das transferências “fundo a fundo” do governo central para estados e municípios; o ano 2000, com a promulgação da Emenda Constitucional 29, regulamentada pela Lei 141 em 2012, visando dar maior estabilidade ao financiamento do setor; e de 2006 a 2010, com a publicação e implementação do Pacto pela Saúde, no que diz respeito à proposição dos blocos de financiamento, que apesar de terem promovido a expansão das transferências “fundo a fundo”, mantiveram a exigência de condicionalidades do gasto no âmbito subnacional. O balanço de poder nessa dimensão indica menor poder relativo dos estados e municípios para manejar seus orçamentos, dadas as restrições estabelecidas pela legislação federal (entre elas, a Lei de Responsabilidade Fiscal) e pela presença de recursos vinculados. O papel do governo central é particularmente importante nessa dimensão, já que ele possui a atribuição de redistribuir os

recursos territorialmente, além de ter amplo poder para induzir a política de saúde por meio de incentivos financeiros.

Na Espanha, a dimensão fiscal/financeira da descentralização sanitária envolveu, sobretudo, o período que vai de 1981, quando se iniciaram as transferências financeiras do INSALUD para as CCAA que haviam assumido a gestão desses serviços, por meio do modelo de financiamento finalista; a 2002, momento no qual se deu a mudança do modelo finalista para o autônomico<sup>118</sup>. Tal mudança impactou diretamente a dimensão administrativa da descentralização, favorecendo sua conclusão. Recentemente, o Real Decreto 16/2012 estabeleceu medidas visando à redução do gasto público em saúde, em função da crise econômica e das prioridades do executivo nacional (vinculado ao Partido Popular, que está à direita do espectro político), dentre elas, destacam-se a instituição de co-pagamentos, a limitação ao caráter universal do SNS e as estratégias de privatização<sup>119</sup>. O balanço de poder nessa dimensão evidencia maior poder relativo das CCAA, que possuem ampla autonomia para gerir o orçamento da saúde e decidir sobre prioridades, uma vez que os recursos estão livres de condicionalidades. Esse aspecto determina a ausência de capacidade do governo central para induzir a política sanitária por meio de incentivos financeiros. Por outro lado, cabe ressaltar o amplo poder redistributivo desse nível de governo, relacionado à centralização da competência arrecadatória e às regras definidas para a divisão territorial dos recursos no plano geral do financiamento autônomico. Essa função é especialmente relevante, pois contribui para a unidade do SNS, ainda que haja 17 Serviços Regionais de Saúde geridos com grande autonomia pelas CCAA.

Nota-se que o grau de poder dos governos subnacionais nas dimensões política e fiscal/financeira da descentralização da saúde mostra-se mais intenso na Espanha, em comparação ao Brasil (figura 5.2). Tal fato guarda relação com as características da descentralização do Estado espanhol, no qual as CCAA seguiram uma trajetória de ampliação progressiva do seu poder e autonomia, apoiadas em conquistas junto ao Tribunal Constitucional. O amplo grau de poder de decisão transferido às CCAA no âmbito da dimensão política da descentralização do Estado parece ser a variável que explica o maior poder das CCAA em todas as dimensões da descentralização sanitária. No caso brasileiro, o

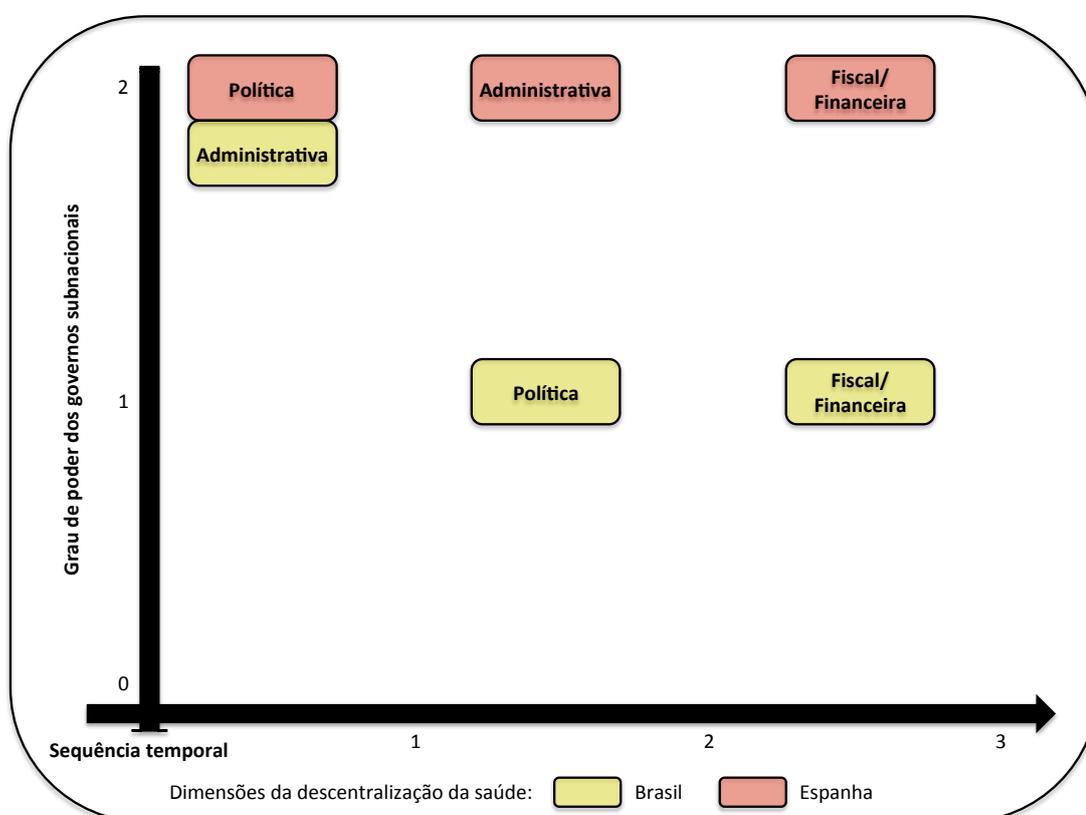
---

118 O modelo finalista tinha como base a série histórica de serviços ofertados em uma determinada CCAA, corrigido por alguns fatores pré-estabelecidos. O modelo autônomico significou a incorporação do financiamento da saúde ao financiamento geral das CCAA, sendo definida uma “cesta de impostos” cujo objetivo era garantir a estabilidade e sustentabilidade do financiamento da saúde (Sánchez; Molina, 2006).

119 A expressão de tais medidas varia entre as CCAA, com possibilidade de que sejam revertidas, já que algumas CCAA entraram com processo junto ao Tribunal Constitucional alegando inconstitucionalidade das mesmas. Tal processo ainda está em tramitação.

balanço final de poder dos governos subnacionais no bojo da descentralização da saúde também está relacionado ao arranjo intergovernamental de poder consequente à descentralização do Estado. Diferentemente do caso espanhol, no Brasil, tal arranjo está pautado em uma forte interdependência governamental e em um modelo de federalismo cooperativo no âmbito das políticas sociais, no qual a saúde é uma competência compartilhada entre os entes.

**Figura 5.2: Descentralização da saúde no Brasil e na Espanha: grau de poder dos governos subnacionais e seqüência temporal.**



Fonte: Elaboração própria.

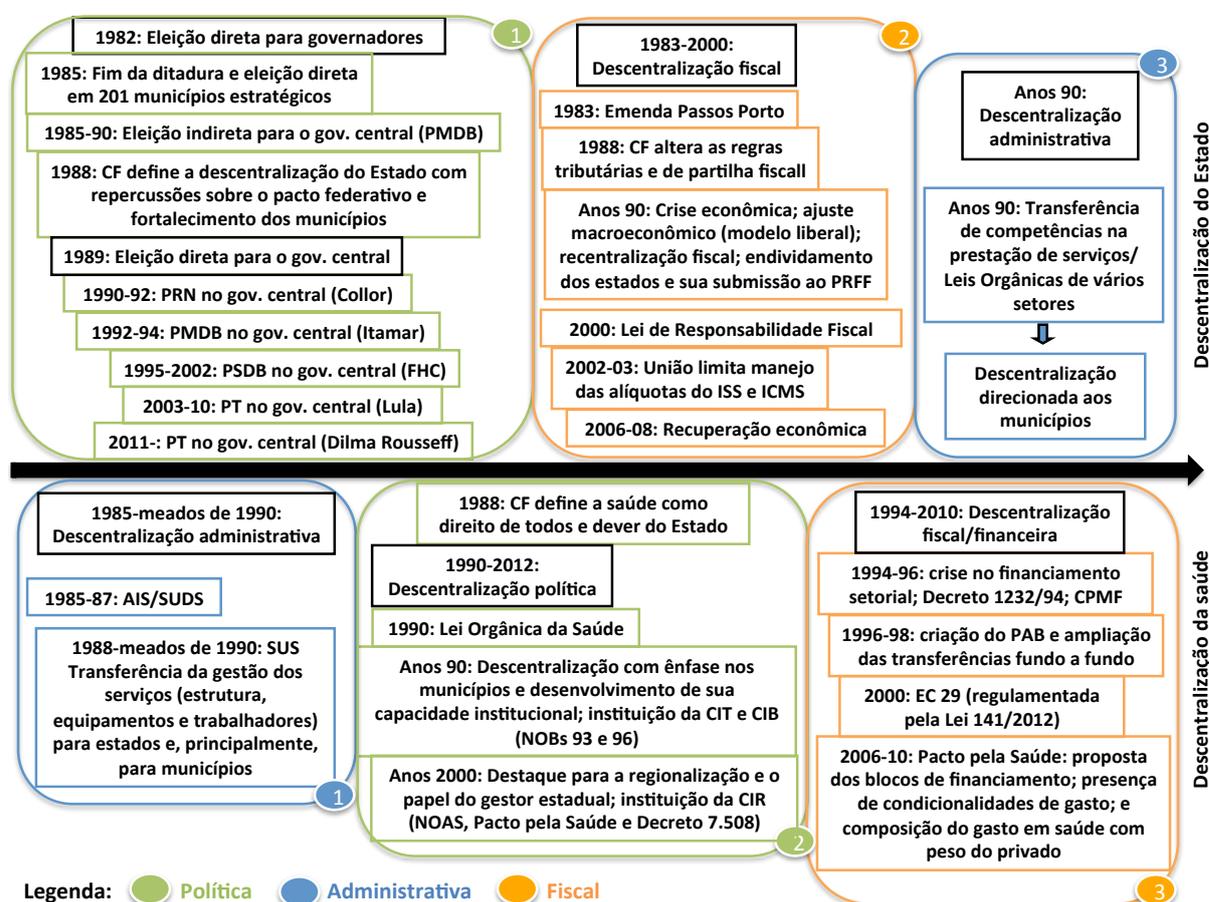
As figuras 5.3 e 5.4 resumem os principais marcos<sup>120</sup> em cada uma das dimensões da descentralização do Estado e da saúde, no Brasil e na Espanha, respectivamente. Representa uma espécie de linha do tempo, na qual os acontecimentos estão remetidos a cada uma das dimensões estudadas, segundo a seqüência na qual se desenvolveram no âmbito do Estado e da saúde. Como discutido anteriormente, é possível identificar interfaces temporais entre as

<sup>120</sup> Tais marcos foram discutidos com maior profundidade nos capítulos específicos dos casos brasileiro e espanhol, sendo alguns deles retomados nesta seção comparativa.

dimensões da descentralização do Estado e da saúde, fato que concorre para as influências desse contexto mais geral sobre o setorial.

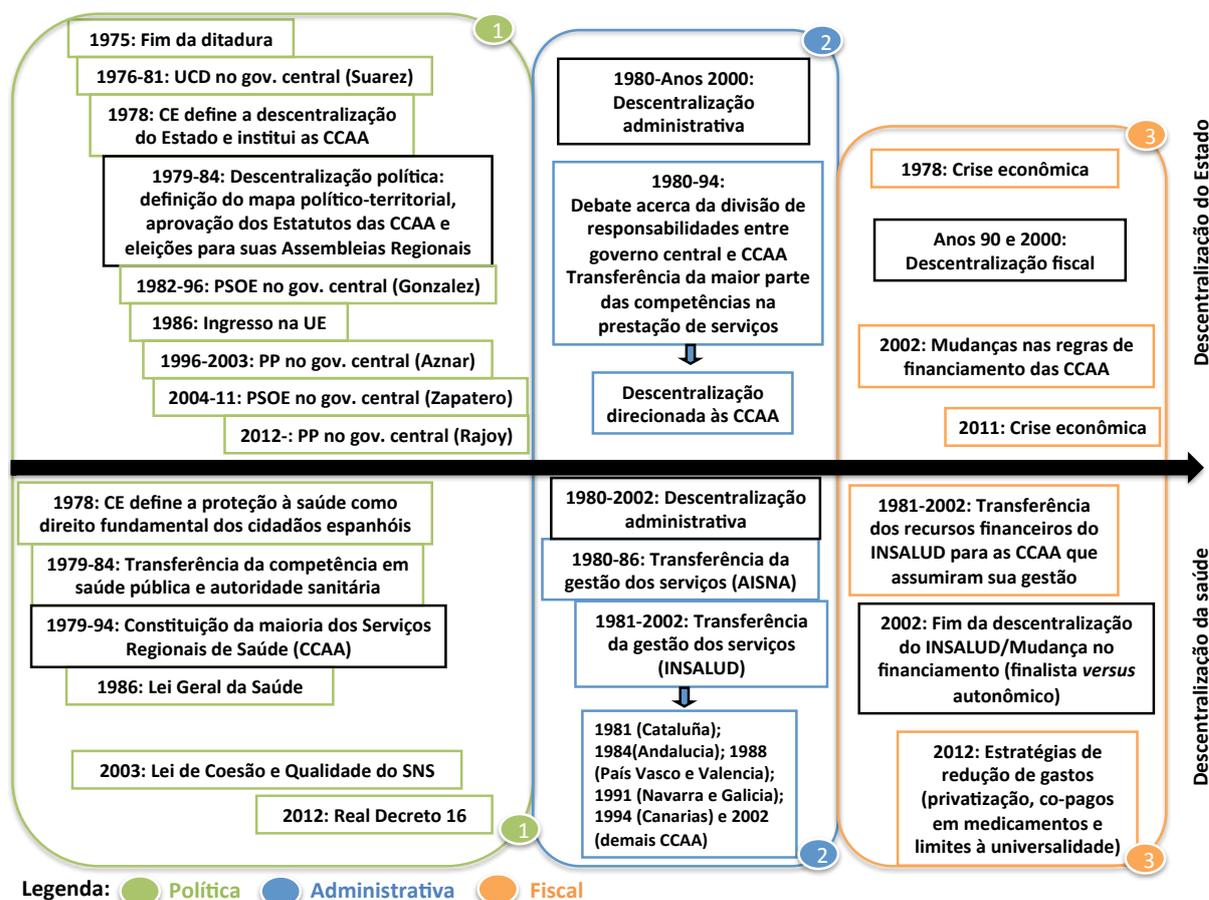
No caso espanhol, é possível identificar uma correspondência no tempo entre as dimensões da descentralização do Estado e da saúde, que se desenvolveram segundo a mesma sequência política-administrativa-fiscal (figura 5.4). Observa-se que, no Brasil, a descentralização do Estado se deu na sequência política-fiscal-administrativa; enquanto a descentralização da saúde se caracteriza pela sequência administrativa-política-fiscal/financeira (figura 5.3), ainda assim, há algumas interfaces temporais entre elas.

**Figura 5.3: Dimensões da descentralização do Estado e da saúde no Brasil: principais marcos e sequência temporal.**



Fonte: Elaboração própria.

**Figura 5.4: Dimensões da descentralização do Estado e da saúde na Espanha: principais marcos e sequência temporal.**



Fonte: Elaboração própria.

A análise da trajetória da descentralização e da regionalização da saúde, no Brasil e na Espanha, apresenta elementos de ruptura e continuidade. Pode-se destacar, em ambos os casos, a ruptura de um modelo centralizado (Inamps no Brasil; e INSALUD na Espanha) para um descentralizado (SUS no Brasil; e SNS na Espanha). A diferença reside no fato de que, no Brasil, as três esferas de governo foram constituídas como autoridades sanitárias, destacando-se o peso do Ministério da Saúde no comando da política setorial; ao passo que, na Espanha, essa competência foi transferida em maior grau para as CCAA, que exercem de fato o comando da política de saúde, limitando a capacidade do Ministério da Saúde no que tange à coordenação nacional da política e condução do fórum de negociação interterritorial.

Apesar dessa ruptura, no Brasil, traços de continuidade podem ser notados no que diz respeito à importante presença do governo central na coordenação e condução da política de saúde, ainda que os entes subnacionais tenham ampliado seu poder, sobretudo na dimensão administrativa da descentralização. Esse elemento guarda relação com a história e

complexidade do federalismo no Brasil. Na Espanha, traços de continuidade podem ser identificados no âmbito da regionalização. Isto porque a organização territorial dos serviços de saúde, definida pelo marco legal do SNS, recebeu influências da expansão da cobertura territorial e populacional dos serviços durante a vigência do modelo de Seguro Social, como também da reforma da atenção primária proposta em 1984.

Entre os fatores que condicionaram a descentralização e a regionalização da saúde estão o papel e as estratégias de atuação das instituições e dos atores envolvidos na formulação e implementação de tais processos. No Brasil, ressaltam-se os órgãos gestores (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais) e seus conselhos representativos (CONASS, CONASEMS e COSEMS). Assumindo o papel de coordenador nacional da política, com importantes funções na formulação, regulação e financiamento, o Ministério da Saúde fez uso de incentivos financeiros e do seu poder de normatização, influenciando os rumos da descentralização e da regionalização. O nível estadual, cujo papel se destacou a partir dos anos 2000, possui funções na condução do processo de regionalização, no financiamento e na regulação do sistema em seu território, por meio das quais sua atuação influenciou os processos estudados. Há diversas experiências no Brasil, de maneira que a atuação dos gestores estaduais pôde favorecer, em menor ou maior grau, o avanço da regionalização dependendo de outros fatores históricos, estruturais ou político-institucionais presentes em cada contexto (Viana; Lima, 2011). Os municípios possuem a responsabilidade pela gestão do sistema de saúde (no que se refere às unidades próprias e contratos com o setor privado), incluindo funções no financiamento e regulação no seu âmbito, por meio delas, a atuação desse ente também repercutiu sobre a descentralização e a regionalização da saúde, com destaque para sua participação política no que tange à consecução das mesmas na década de 1990. Assim como no caso dos estados, o Brasil possui municípios de perfis populacionais e capacidades institucionais muito distintas, características que condicionam realidades variadas que precisam ser analisadas mais especificamente para que sejam melhor compreendidas. Os órgãos de representação dos estados e municípios atuaram junto aos fóruns de negociação interterritorial (Comissões Intergestores Tripartite, Bipartite e Regionais – CIT, CIB e CIR), posicionando-se a favor dos interesses subnacionais.

Na Espanha, além dos órgãos gestores (Ministério da Saúde e Conselhos de Saúde<sup>121</sup> de cada CCAA), mostra-se importante a influência dos partidos políticos – em particular, a atuação do PSOE, que, estando no executivo nacional, conduziu a reforma sanitária do início

---

121 *Ministerio de Sanidad e Consejerías de Salud.*

dos anos 1980 a meados da década de 1990; e do Tribunal Constitucional, que possui o papel de moderador e cuja atuação colaborou para a conquista de maior autonomia pelas CCAA nos primeiros anos da descentralização. Tendo assumido amplas competências na formulação, gestão, prestação e regulação da política, bem como detendo poder para manejar seu orçamento e decidir sobre os gastos em saúde, os Conselhos de Saúde (CCAA) atuaram no sentido de ampliar sua autonomia, tensionando o processo de descentralização e as relações intergovernamentais. Ao Ministério da Saúde espanhol cabem responsabilidades pela saúde exterior e pela política de medicamentos, além da coordenação nacional da política, papel esse que possui limitações para executar dadas as características da descentralização do Estado e da saúde.

As dificuldades de coordenação nacional da política sanitária na Espanha se expressam no Conselho Interterritorial, fórum no qual estão representados o Ministério da Saúde e os Conselhos de Saúde das CCAA. Pensado como principal instrumento de integração do SNS, tal Conselho se vê limitado para se efetivar como tal, uma vez que é frequentemente palco de disputas político-partidárias e das tensões presentes nas relações intergovernamentais na Espanha (Freire, 2008), em função da lógica de maximização da autonomia defendida pelas CCAA (Rocha, 2013). Possui um funcionamento regular de quatro reuniões anuais, ao menos, fato que o distingue dos fóruns dessa natureza estabelecidos no Brasil.

No Brasil, CIT, CIB e CIR foram constituídas no âmbito da política de saúde para favorecer a articulação intergovernamental na gestão do SUS nos âmbitos nacional, estaduais e regionais. Visam promover a negociação e gestão compartilhada, sendo compostas por representantes das esferas gestoras envolvidas em cada âmbito. Possuem funcionamento regular, por meio de reuniões mensais, nas quais se busca a construção de consensos no processo de formulação e implementação da política sanitária, com relativo sucesso.

O conjunto de fatores históricos, políticos e institucionais discutidos nessa seção condicionaram os processos de descentralização e regionalização da saúde, influenciando a configuração recente dos sistemas sanitários no Brasil e na Espanha. Em síntese, podem ser destacados os seguintes fatores: a divisão político-territorial e as características de descentralização do Estado; a estrutura de desigualdades territoriais e sociais; os processos de democratização e reforma do Estado; as conjunturas econômicas e políticas das décadas analisadas; os antecedentes do sistema de saúde (infraestrutura pública e cobertura populacional prévias à reforma sanitária); as características da trajetória da descentralização e da regionalização da saúde; as condições e o modelo de financiamento da política de saúde; o

papel e as estratégias das instituições e atores. Em cada contexto específico, tais fatores favoreceram ou desfavoraram os processos estudados, melhor dizendo, a maneira como se interrelacionaram no tempo colaborou para que a influência de fatores desfavoráveis fosse minimizada pela ação favorável de outro fator. Um exemplo foi a atuação do PSOE, no executivo nacional, que aliada ao ingresso da Espanha na União Europeia, promoveu uma conjuntura política favorável nos primeiros anos da reforma sanitária espanhola, capaz de minimizar os efeitos desfavoráveis da conjuntura de crise econômica e de reforma do Estado.

A maneira como esses fatores estiveram em interrelação ao longo da formulação e implementação da descentralização e da regionalização da saúde colaborou para o atual desenho dos sistemas sanitários, no que diz respeito à organização territorial dos serviços; ao balanço de poder entre as esferas governamentais na gestão do sistema; ao ator que detém maior responsabilidade na coordenação da política; e às características do financiamento do setor.

No Brasil, o processo de regionalização tem avançado na última década, associado a mecanismos de pactuação das referências e contra-referências entre os municípios, de regulação do acesso e de fortalecimento da gestão compartilhada no âmbito regional. Contudo, ainda enfrenta desafios para que se constitua como a base organizativa para o funcionamento do SUS, capaz de promover a integração entre os níveis de atenção e possibilitar o acesso de qualquer cidadão a todos eles em uma dada região. Além disso, o SUS tem desafios no âmbito do financiamento setorial, no qual o peso da participação privada e a proporção do gasto com planos pré-pagos indica a presença de iniquidades relacionadas à estrutura do *mix* público-privado no Brasil. O arranjo federativo brasileiro e o modelo institucional do SUS estão apoiados na interdependência governamental, partindo do princípio de que a saúde é uma competência compartilhada. Se por um lado tal aspecto limita o grau de poder e autonomia de estados e municípios, por outro, favorece a regulação nacional e estimula o desenvolvimento de ações coordenadas entre as esferas de governo. O Ministério da Saúde possui um papel central na coordenação da política nacional e redução das desigualdades entre as regiões, bem como na indução da cooperação intergovernamental, funções que têm demonstrado ampla capacidade de desenvolver.

No caso espanhol, a regionalização constitui-se como base para a organização e funcionamento do sistema, ainda que haja variações entre as CCAA. Em geral, a população tem acesso a uma carteira de serviços definida nacionalmente e distribuída territorialmente de maneira a favorecer a integração entre a atenção primária, especializada e hospitalar. O financiamento do setor, predominantemente público, favorece a organização e funcionamento

do SNS, bem como a cobertura de 99,5% da população, contribuindo para os resultados alcançados em termos de satisfação dos usuários<sup>122</sup>. Contudo, no que tange à estrutura de coordenação e gestão interterritorial, o SNS espanhol possui desafios. Em função das pressões pela maximização da autonomia por parte das CCAA e a ampliação do seu poder no contexto de descentralização do Estado e da saúde, elas assumiram amplas responsabilidades na gestão do sistema, limitando a capacidade de atuação do governo central. O Ministério da Saúde possui grandes dificuldades para conduzir a política nacionalmente e promover relações intergovernamentais coordenadas e cooperativas, inclusive por meio do Conselho Interterritorial, o que pode trazer consequências para a manutenção da unidade do SNS e a equidade entre as regiões. No cenário atual, tal situação tem sido mediada pela capacidade do governo central em redistribuir os recursos financeiros entre as CCAA no marco do financiamento autonômico geral.

---

122 Segundo relatório publicado pela *Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*, em setembro de 2011, a satisfação dos usuários com a atenção primária, as consultas de especialidades, a urgência ou a hospitalização, por CCAA, é de cerca de 80% ou superior (FADSP, 2011).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa tese buscou compreender os processos de descentralização e regionalização em saúde no Brasil e na Espanha, destacando suas trajetórias, características e condicionantes. Ancorou-se no referencial do institucionalismo histórico, base para que a análise dos casos fosse construída em perspectiva comparada. Nesse sentido, soma-se às investigações preocupadas em olhar para o passado a partir de questões do presente (Mahoney; Rueschemeyer, 2003), tendo como objetivo valorizar as especificidades do contexto histórico, político e institucional das políticas, bem como ampliar os horizontes da análise de um caso a partir das experiências de outro (Meny; Thoenig, 1992). Como parte dos limites do desenvolvimento de estudos de caso (Yin, 2005), foge do alcance dessa pesquisa gerar generalizações, visando-se apenas contribuir para o entendimento do fenômeno e o debate acerca da análise de políticas públicas no campo da Saúde Coletiva no Brasil.

A análise dos casos brasileiro e espanhol revela que os processos de descentralização e regionalização em saúde foram condicionados por uma série de fatores, entre eles, a divisão político-territorial e as características da descentralização do Estado; a estrutura de desigualdades territoriais e sociais; os processos de democratização e reforma do Estado; as conjunturas econômicas e políticas das décadas analisadas; os antecedentes do sistema de saúde (infraestrutura pública e cobertura populacional prévias à reforma sanitária); as características da trajetória da descentralização e da regionalização da saúde; as condições e o modelo de financiamento da política de saúde; o papel e as estratégias das instituições e atores. Observou-se que, em cada contexto específico, tais fatores favoreceram ou desfavoreceram os processos estudados, sugerindo que o modo como se interrelacionaram no tempo importa para o resultado da sua atuação.

A influência desse conjunto de fatores sobre a formulação e implementação da descentralização e da regionalização da política de saúde, em cada caso, repercutiu sobre a configuração atual dos sistemas de saúde, determinando aspectos relativos à organização territorial dos serviços; ao balanço de poder entre as esferas governamentais na gestão do sistema; ao ator que detém maior responsabilidade na coordenação da política; e à repartição de responsabilidades sobre o financiamento do setor.

Na Espanha, a reforma descentralizante do Estado e as características que assumiu em termos da redistribuição do poder político-territorial constituem-se como variáveis estruturantes da trajetória da descentralização da saúde. A descentralização sanitária está marcada temporalmente pela constituição das CCAA, como novo nível de governo dotado de

significativa autonomia e considerável poder de decisão sobre a formulação, regulação e execução de políticas públicas. Tal configuração repercutiu diretamente sobre a definição da CCAA como a esfera de governo que detém o poder de autoridade sanitária e concentra a maior responsabilidade pela coordenação da política e do sistema no seu território. A análise da trajetória da descentralização da saúde mostra que as CCAA possuem amplo poder político, administrativo e fiscal/financeiro na política sanitária, características que guardam relação com o amplo poder de decisão que lhes foi transferido no contexto da descentralização do Estado. Ressaltam-se também, como condicionantes desses processos, a expansão da infraestrutura pública de serviços e da cobertura populacional antes da instituição do SNS; a atuação do PSOE nos primeiros anos da reforma sanitária e o ingresso da Espanha na União Europeia; e a estrutura do financiamento do setor, na qual predomina o gasto público. A associação desses fatores favoreceu a descentralização e a regionalização da saúde no caso espanhol, com influências sobre o desenho recente do sistema sanitário.

Contudo, percebe-se que o arranjo intergovernamental de poder na Espanha não favoreceu o estabelecimento de relações articuladas entre as esferas de governo, com prejuízos para o papel do Ministério da Saúde em sua função de coordenar nacionalmente a política e o Conselho Interterritorial. Tal fato segue como um desafio do SNS, tendo em vista as preocupações com a unidade do sistema e a equidade entre as CCAA. O caso espanhol é um exemplo de que a maximização da autonomia dos governos subnacionais repercute sobre as relações intergovernamentais, em uma lógica onde maior autonomia subnacional corresponde a menor coordenação e cooperação intergovernamental.

No Brasil, a divisão do poder político-territorial e as características da descentralização do Estado pós-redemocratização também condicionaram a descentralização da saúde. Entretanto, no caso brasileiro, a questão federativa foi decisiva, no que se refere à trajetória histórica da federação, ao redesenho das regras formais desde os anos 1980 e aos movimentos políticos pela efetivação dos princípios federativos, expressos seja na luta pela descentralização, seja nos esforços de reconfiguração do poder federal. Assim, o arranjo intergovernamental de poder pautou-se na interdependência entre os entes no âmbito das políticas sociais, estabelecendo a saúde como uma competência compartilhada. Essa configuração implicou na definição das três esferas de governo como autoridades sanitárias no SUS, ainda que o Ministério da Saúde detenha um papel central na coordenação da política, com capacidade de influenciar a decisão dos seus rumos no âmbito subnacional. A análise da trajetória da descentralização da saúde revela que os estados e municípios possuem amplo poder administrativo e moderado poder político e fiscal/financeiro no contexto

sanitário, características que guardam relação com o peso histórico do governo central na federação brasileira. Se por um lado, o balanço de poder consequente ao arranjo federativo no Brasil indica menor autonomia dos governos subnacionais; por outro, tal arranjo favorece a coordenação intergovernamental, dimensão importante para a gestão da política de saúde em uma realidade tão diversa quanto à brasileira.

Outros fatores merecem destaque no caso brasileiro: a conjuntura política, econômica e de reforma do Estado nos primeiros anos da implementação do SUS, cujos marcos foram o ajuste macroeconômico, o corte nos gastos sociais e a crise no financiamento da saúde; a estrutura de desigualdades sociais que caracteriza o país; a forte presença dos prestadores privados na vigência do Seguro Social, além das diferenças regionais na distribuição dos serviços de saúde; e a estrutura do financiamento do setor na qual predomina o gasto privado. Esse conjunto de fatores não favoreceu que a regionalização fosse associada à descentralização da saúde no Brasil, com repercussões sobre a configuração atual do SUS. Nesses aspectos, repousam desafios que o sistema público de saúde no Brasil precisa enfrentar. Além disso, o Brasil tem desafios inerentes ao processo de regionalização da saúde, que apesar dos avanços da última década, ainda não se mostra consolidado enquanto base organizativa do SUS, com consequências para a equidade no acesso e para a integralidade da atenção, diferentemente do caso espanhol. O fortalecimento da gestão compartilhada no âmbito regional, por meio do CIR, pode favorecer conquistas nesse sentido.

Na atualidade, o contexto democrático, nos dois casos estudados, está marcado por manifestações sociais que expressam o descontentamento de parcela da população com a condução dos governantes sobre diversos temas. No Brasil, a mobilização em torno da política de transportes (contra o reajuste da passagem de ônibus) desencadeou reivindicações sobre outras áreas da política pública (incluindo saúde e educação), bem como questionamentos sobre os gastos públicos em megaeventos esportivos que ocorrerão no país. Na Espanha, destaca-se o movimento que congregou profissionais da saúde, usuários do sistema sanitário e partidos políticos de esquerda em função da proposta de privatização de hospitais públicos de Madri. Trata-se de um momento histórico relevante, no qual a articulação e organização da sociedade têm assumido especial importância.

A análise dos casos permite identificar algumas tendências na gestão do sistema de saúde. A primeira delas, e comum a ambos, refere-se aos movimentos de privatização, que assumem variadas formas (terceirizações, cessões, contratos com organizações sociais, entre outros). Além disso, no Brasil, nota-se uma valorização da relação legal ou contratual na conformação das regiões de saúde e na responsabilização dos gestores das três esferas de

governo nesse âmbito (tal processo está em curso desde a publicação do Decreto 7.508/2011, sendo necessário que seu impacto seja avaliado em pesquisas posteriores). Na Espanha, é possível perceber uma tendência à gestão do território, ou seja, à unificação da gestão da rede de atenção primária e da especializada/hospitalar presentes em uma dada região de saúde em uma direção única. O objetivo dessa direção única é promover a integração entre os níveis assistenciais com vistas à melhoria da eficiência na gestão e prestação de serviços. Tal experiência está em curso em algumas CCAA, entre elas Andalucía, Cataluña e País Vasco, com especificidades relativas a cada caso. Tal processo também deverá ser alvo de avaliações posteriores.

Por fim, cabe ressaltar as limitações dessa pesquisa. Em função do seu foco, ela dedicou-se a observar a descentralização e a regionalização em saúde a partir do Estado, restringindo-se à análise dos atores e instituições governamentais. Todavia, a compreensão da política de saúde possui outras facetas relevantes, que dependem de investigações acerca do mercado e da sociedade. Como agenda de pesquisa, ressalta-se a importância de que outros estudos voltem sua atenção para tais questões, assim como para debates referentes à organização da rede de saúde e sua articulação a partir da atenção primária; à relação público-privada no âmbito das regiões de saúde; e à gestão local/regional e o estímulo à participação social.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L. *Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira*. São Paulo: HUCITEC/Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo, 1998.

ABRUCIO, F. L. Reforma política e federalismo: desafios para a democratização brasileira. In: BENEVIDES, M. V.; KERCHE, F.; VANNUCHI, P. (Orgs.). *Reforma política e cidadania*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003. p. 225-265.

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Rev. Sociol. Polít.*, n. 24, p. 41-67, jun. 2005.

ABRUCIO, F. L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 77-125.

AGRANOFF, R. Las relaciones intergubernamentales y el Estado de las Autonomías. *Política y Sociedad*, n. 13, p. 87-105, 1993.

AGRANOFF, R.; RAMOS, J. A. La evolución hacia una democracia federal en España: un examen del sistema de relaciones intergubernamentales. In: AGRANOFF, R.; BAÑON i MARTINEZ, R. (Orgs.). *El Estado de las Autonomías: hacia um nuevo federalismo?* Bilbao: Instituto Vasco de Administración Pública, 1998. p. 55-103.

AGUILAR, J. M. *La participación comunitaria en salud: mito o realidad? Evaluación de experiencias en atención primaria*. Madrid: Díaz de Santos, 2001.

ALMEIDA, C. M. Crise econômica, crise do *Welfare State* e reforma sanitária. In.: GERSCHMAN, S.; WERNECK VIANNA, M. L. T. (Orgs.). *A Miragem da Pós-modernidade: Democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 155-176.

ALMEIDA, C. M. Reformas de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In.: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 871-922.

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*, São Paulo, n. 51, p. 13-34, 2001.

ANDREAZZI, M. F. S.; KORNIS, G. M. Transformações e desafios da atenção privada em saúde no Brasil nos anos 90. *Physis: Revista Saude Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 157-191, 2003.

ARRETCHE, M. T. S. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. In: GERSCHMAN, S.; WERNECK VIANNA, M. L. T. (Orgs.). *A Miragem da Pós-modernidade: Democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 127-152.

ARRETCHE, M. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV; Editora Fiocruz, 2012. 227p.

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 753-762, 2009.

BAÑON, R.; CARRILLO, E. Gobierno y administración pública. In: DEL CAMPO, S. (Org.). *Tendencias sociales en España, 1960-1990*. Bilbao: Fundación Banco Bilbao Vizcaya, 1994.

BAÑON, R.; TAMAYO, M. Las relaciones intergubernamentales en España: el nuevo papel de la Administración Central en el modelo de relaciones intergubernamentales. In: AGRANOFF, R.; BAÑON i MARTINEZ, R. (Orgs.). *El Estado de las Autonomías: hacia um nuevo federalismo?* Bilbao: Instituto Vasco de Administración Pública, 1998. p. 105-159.

BANKAUSKAITE, V.; SALTMAN, R. B. Central issues in the decentralization. In: SALTMAN, R. B.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBÆK, K. (Orgs.). *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. England: Open University Press, 2007. p. 9-21.

BANKAUSKAITE, V.; DUBOIS, H. F. W.; SALTMAN, R. B. Patterns of decentralization across European health systems. In: SALTMAN, R. B.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBÆK, K. (Orgs.). *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. England: Open University Press, 2007. p. 22-43.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18055.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: < [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm) >. Acesso em: 10 de fevereiro de 2008.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991. *Norma Operacional Básica 01/91*. Brasília: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 234, de 07 de fevereiro de 1992. *Norma Operacional Básica 01/92*. Brasília: Ministério da Saúde/ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. *Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000*. Brasília: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2000a.

BRASIL. *Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000*. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a *Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/01*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Consolidado final de habilitações dos estados conforme a NOB SUS 01/96. Posição: abr. 2001. [mimeo]. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Consolidado final de habilitações de municípios por condição de gestão e por estado conforme a NOB SUS 01/96. Posição: maio 2001. [mimeo]. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

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 último acesso*. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite. Habilitação dos estados em gestão plena de sistema estadual conforme a NOAS. Posição: nov. 2004. [mimeo]. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. (Série A: Normas e Manuais Técnicos, 76p.). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. *Decreto 7.508 de 29 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. *Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012*. Brasília: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite. Correlação entre condições de gestão de municípios habilitados em PAB e GPSM, conforme a NOB 96, PAB-A e GPSM, conforme a NOAS, e Adesão ao Pacto pela Saúde. Atualizado em 27/04/2012. Disponível em: <<https://www.yumpu.com/pt/document/view/5403390/correlacao-entre-municipios-habilitados-nas-condicoes-de-gestao>>. Acesso em: jan. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Adesão ao Pacto pela Saúde. Posição: set. 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: jan. 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Adesão ao Contrato Organizativo da Ação Pública. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: jan. 2014c.

CAMARGO, A. Federalismo cooperativo e o princípio da subsidiaridade: notas sobre a experiência recente do Brasil e da Alemanha. In: HOFMEISTER, W.; CARNEIRO, J. M. B. (Orgs.). *Federalismo na Alemanha e no Brasil*. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer. Série Debates, n. 22, v. I, 2001.

CARRILLO, E. El gobierno y la administración local en el Estado de las Autonomías. In: AGRANOFF, R.; BAÑON i MARTINEZ, R. (Orgs.). *El Estado de las Autonomías: hacia un nuevo federalismo?* Bilbao: Instituto Vasco de Administración Pública, 1998. p. 181-203.

CARVALHO, A. I. *et al.* Os caminhos da descentralização no setor saúde brasileiro. *Revista Saúde em Debate*, Londrina, n. 38, p. 49-54, 1993.

CARVALHO, J. M. Federalismo y Centralización en el Imperio Brasileño: historia y argumento. In: CARMAGNANI, M. (Ed.). *Federalismos Latinoamericanos: México/Brasil/Argentina*. México: El Colegio de México/Fondo de Cultura Económica, 1993.

CARVALHO, J. M. de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Cepalstat. Bases de datos y publicaciones estadísticas. Estadística e indicadores. Disponível em: <[http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB\\_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idoma=e](http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idoma=e)>. Acesso em: fev. 2014.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. *Rev. Lua Nova*, v. 19, p. 123-140, 1989.

COLOMER, J. M. *La transición a la democracia: el modelo español*. Barcelona: Editorial Anagrama, 1998.

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. *et al.* (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 563-613.

CONSTITUIÇÃO ESPANHOLA. Aprovada pelas Cortes em 31 de outubro de 1978. Ratificada pelo povo espanhol em 06 de dezembro de 1978. Sacionada pelo Rei em 27 de dezembro de 1978. Disponível em: <[http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/79FF2885-8DFA-4348-8450-04610A9267F0/0/Constitucion\\_es.pdf](http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/79FF2885-8DFA-4348-8450-04610A9267F0/0/Constitucion_es.pdf)>. Acesso em: set. 2011.

CORDEIRO, H. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 175p.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 319-339, 2001.

COSTA, N. do R. *et al.* A descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, v. 50, n. 3, jul./set. 1999.

COSTA-FONT, J.; GIL, J. Exploring the pathways of inequality in health, health care access and financing in decentralized Spain. *Journal of European Social Policy*, v. 19, n. 5, p. 446-458, 2009.

CONGRESO. España. Disponível em: <<http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso>>. Acesso em: fev. 2012.

CONGRESSO NACIONAL. *Projeto de Lei Complementar nº 306/2008*. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por Estados, Distrito Federal, Municípios e União em ações e serviços públicos de saúde, os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo (texto aprovado pelo Senado Federal). Brasília, DF, 06 de maio de 2008.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12 (Sup.), p. 1851-1864, 2007.

DANIEL, C. Autonomia municipal e as relações com os estados e a União. In.: HOFMEISTER, W.; CARNEIRO, J. M. B. (Orgs.). *Federalismo na Alemanha e no Brasil*. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001.

DRAIBE, S. M. Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil: saúde e educação fundamental. *Informe Final do Projeto Estudios de Descentralización de Servicios Sociales da División de Desarrollo Económico da CEPAL*. Campinas, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/Universidade Estadual de Campinas, 1997.

DOLHNIKOFF, M. *O pacto imperial: origens do federalismo no Brasil*. São Paulo: Globo, 2005. 330p.

DURÁN, A. *et al.* Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, v. 8, n. 4, p. 1-208, 2006.

ELAZAR, D. From statism to federalism: a paradigm shift. *International Political Science Review*, v. 17, n. 4, p. 417-429, 1996.

- ELAZAR, D. Tendencias de desarrollo institucional en España y el mundo. In: AGRANOFF, R.; BAÑON i MARTINEZ, R. (Orgs.). *El Estado de las Autonomías: hacia um nuevo federalismo?* Bilbao: Instituto Vasco de Administración Pública, 1998. p. 21-30.
- ESCOREL, S. *Saúde pública: utopia de Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.
- ESCOREL, S. *et al.* As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. *et al.* (Orgs.). *Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 59-81.
- ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In.: GIOVANELLA, L. *et al.* *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 333-384.
- ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In.: GIOVANELLA, L. *et al.* *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 385-434.
- ESTEVES, R. J. F. The quest for equity in Latin America: a comparative analysis of the health care reforms in Brazil and Colombia. *International Journal for Equity in Health*, v. 11, 2012.
- EUROSTAT. Eurostat Newsrelease 186, 2011. Disponível em: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_PUBLIC/2-13122011-BP/EN/2-13122011-BP-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/2-13122011-BP/EN/2-13122011-BP-EN.PDF). Acesso em: fev. 2012.
- FADSP. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. *Los servicios sanitarios de las CCAA: informe 2011*. Madrid: FADSP, 2011.
- FAGNANI, E. Política social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade. 2005. Tese (Doutorado) – Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005. 605p.
- FALLETI, T. G. Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada. In.: SOUZA, C.; DANTAS NETO, P. F. (Orgs.). *Governo, políticas públicas e elites políticas nos estados brasileiros*. Rio de Janeiro: Revan, 2006. p. 21-54.
- FALLETI, T. G. *Decentralization and subnational politics in Latin America*. New York: Cambridge University Press, 2010.
- FAVERET, A. C. S. C. *Federalismo fiscal e descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000*. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- FIORI, J. L.; KORNIS, G. E. M. Além da queda: economia e política numa década enviesada. In.: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. A. W. (Orgs.). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p. 1-42.

- FIORI, J. L. O federalismo diante do desafio da globalização. In.: AFFONSO, R. B. A.; SILVA, P. L. B. (Orgs.). *A federação em perspectiva*. São Paulo: FUNDAP, 1995. p. 19-38.
- FLEISCHER, D. Os partidos políticos. In.: AVELAR, L.; CINTRA, A. O. *Sistema político brasileiro: uma introdução*. 2. ed. Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer-Stiftung; São Paulo: Editora Unesp, 2007. p. 303-348.
- FLEURY, S. Democracia, descentralização e desenvolvimento. In.: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 23-75.
- FLEURY, S.; OUVÉRNEY, A. M. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007. 204p.
- FONSECA, A.; VIANA, A. L. D. Tensões e avanços na descentralização das políticas sociais: o caso do Bolsa-Família. In.: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 443-480.
- FREIRE, J. M. *La atención primaria de la salud y los hospitales en el Sistema Nacional de Salud*. Seminario Estado de Bienestar em Espana. Programa em Políticas Públicas y Sociales. Barcelona: Universidad Pompeu-Fabra; 2003.
- FREIRE, J. M. La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. In: REPULLO, J. R.; OTEO, L. A. (Orgs). *Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible*. Barcelona: Editora Ariel, 2005. p. 61-99.
- FREIRE, J. M. *El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones*. Texto de trabajo. Madrid: 2008. 18p.
- GARCÍA, J. M.; SOTELO, J. A. España en los comienzos del siglo XXI: los contextos regionales. In: GARCÍA, J. M.; SOTELO, J. A. (Orgs.). *La España de las Autonomías*. Madrid: Editorial Síntesis, 1999. p. 14-28.
- GOMÁ, R.; SUBIRATS, J. La dimensión sustantiva: los contenidos de las políticas públicas en España. In: GOMÁ, R.; SUBIRATS, J. (Orgs.). *Políticas públicas en España: contenidos, redes de actores y niveles de gobierno*. Barcelona: Editorial Ariel, 1998.
- GOULART, F. A. de A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... – considerações sobre o processo de formulação das NOB. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 292-298, 2001.
- GREMAUD, A. P. *et al. Economia brasileira contemporânea*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- GUILLÉN, A. *Políticas de reforma sanitaria en España: de la restauración a la democracia*. 1996. Thesis (Doctoral) – Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones, Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales, Universidad de Oviedo, Madrid, 1996.
- GUILLÉN, A. Un siglo de previsión social en España. *Ayer*, n. 25, p. 151-178, 1997.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. *Rev. Panam Salud Publica*, v. 16, n. 4, p. 283-288, 2004.

HALL, P.; TAYLOR, R. As três versões do neoinstitucionalismo. *Lua Nova*, n. 58, p. 193-224, 2003.

HOCHMAN, G. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Hucitec; ANPOCS, 1998.

HUBER, E.; STEPHENS, J. D. Iberia and the advanced Latin American Social Policy Regimes: explaining the different trajectories. In.: HUBER, E.; STEPHENS, J. D. *Democracy and the Left: social policy and inequality in Latin America*. Chicago: The University of Chicago Press, 2012. p. 208-239.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/brasil\\_em\\_sintese/tabelas/populacao\\_tabela02.htm](http://www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese/tabelas/populacao_tabela02.htm)>. Acesso em: fev. 2012.

IBGE. Área territorial oficial. <[http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default\\_territ\\_area.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_territ_area.shtm)>. Acesso em: fev. 2013a.

IBGE. Censo Demográfico 2010. <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: fev. 2013b.

IBGE. Diretoria de Geociências. Coordenação de Cartografia. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/atlasescolar/mapas\\_pdf/brasil\\_politico.pdf](http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/atlasescolar/mapas_pdf/brasil_politico.pdf)>. Acesso em: fev. 2013c.

INFORME Dawson: Sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920. [Publicación científica no 93]. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964.

IMMERGUT, E. *Health Politics: Interest and institutions in Western Europe*. New York: Cambridge University Press, 1992.

IMMERGUT, E. The theoretical core of the new institutionalism. *Politics and Society*, v. 26, n. 1, p. 5-34, mar. 1998.

INE. Sistema Estadístico Nacional. España em cifras 2010. Disponível em: <<http://www.ine.es/prodyser/pubweb/espcif/espcif10.pdf>>. Acesso em: fev. 2012.

INE. Sistema Estadístico Nacional. España. Disponível em: <[http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_salud.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm)>. Acesso em: abr. 2013.

INTERLAKEN. *Decentralization, federal systems in forestry and national forest programs*. Report of a workshop co-organized by the governments of Indonesia and Switzerland. Switzerland: Interlaken, 2004.

JIMENEZ-RUBIO, D. *et al.* Equity in health and health care in a decentralised context: evidence from Canada. *Health Economics*, v. 17, n. 3, p. 377-392, 2008.

JORDANA, J. As comunidades autônomas e a política de descentralização na Espanha democrática. In: Fleury, S. (org). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 213-238.

JUNTA DE ANDALUCIA. Consejería de Salud, 2013. Disponível em: <[http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas\\_es/\\_\\_\\_QUIENES\\_SOMOS/C\\_2\\_Diretorio/diretorio2\\_nuevo?idioma=es&perfil=ciud&tema=/temas\\_es/\\_\\_\\_QUIENES\\_SOMOS/C\\_2\\_Diretorio/&contenido=/channels/temas/temas\\_es/\\_\\_\\_QUIENES\\_SOMOS/C\\_2\\_Diretorio/diretorio2\\_nuevo&desplegar=/temas\\_es/\\_\\_\\_QUIENES\\_SOMOS/](http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_2_Diretorio/diretorio2_nuevo?idioma=es&perfil=ciud&tema=/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_2_Diretorio/&contenido=/channels/temas/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_2_Diretorio/diretorio2_nuevo&desplegar=/temas_es/___QUIENES_SOMOS/)>. Acesso em: mar. 2013.

KUGELMAS, E.; SOLA, L. Recentralização/Descentralização: dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. *Tempo Soc.*, v. 11, n. 2, p. 63-81, out. 1999.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LA MONCLOA. Gobierno de España. Disponível em: <<http://www.lamoncloa.gob.es/home.htm>>. Acesso em: fev. 2012.

LEI GERAL DA SAÚDE. Lei 14/1986 de 25 de abril. Disponível em: <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/>>. Acesso em: set. 2011.

LEI DE COESÃO E QUALIDADE DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE. Lei 16/2003 de 28 de maio. Disponível em: <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/>>. Acesso em: set. 2011.

LEVCOVITZ, E. *Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da Política Nacional de Saúde - 1974/1996*. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

LEVCOVITZ, E. *et al.* Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, L. D. *O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: um estudo das relações intergovernamentais na CIB/RJ*. 1999. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Panamericana de Saúde: uma história em três dimensões. In.: FINKELMAN, J. (Org.). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: OPAS/Fiocruz, 2002.

LIMA, N. T. *et al.* A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. *et al.* (Orgs.). *Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 27-58.

LIMA, L. D. *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

LIMA, L. D. *et al.* O pacto federativo brasileiro e o papel do gestor estadual do SUS. In.: UGÁ, M. A. *et al.* (Orgs.). *Política de saúde no estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 27-58.

LIMA, L. D. *et al.* Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implementação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

LOBO, T. Descentralização: uma alternativa de mudança. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 14-24, 1988.

LÓPEZ-CASASNOVAS, G.; RICO, A. La descentralización, ¿parte del problema sanitario o de su solución? *Gac Sanit*, v. 17, n. 4, p. 319-326, 2003.

LÓPEZ-CASASNOVAS, G. Organizational innovations and health care decentralization: a perspective from Spain. *Health Economics Policy and Law*, v. 2, n. 2, p. 223-232, 2007.

LOPREATO, F. L. C. O endividamento dos governos estaduais nos anos 90. *Revista Economia e Sociedade*, Campinas, v. 15, p. 117-158, dez. 2000.

LUCCHESE, P. T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995. *Rev. Planejamento e Políticas Públicas*, n. 14, p. 75-156, 1996.

LUCCHESE, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

MACHADO, C. V. *et al.* O papel das Comissões Intergestores Bipartite na regionalização em saúde. In.: VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. de (Orgs.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 173-196.

MACHADO, C. V. O modelo de intervenção do Estado na saúde: notas sobre a atuação federal. In.: MACHADO, C. V. *et al.* *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 117-147.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de; ANDRADE, C. L. T. de. O financiamento federal da política de saúde no Brasil: tendências e desafios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 187-200, 2014.

MAHONEY, J.; RUESCHEMEYER, D. Comparative Historical Analysis: achievements and agendas. In.: MAHONEY, J.; RUESCHEMEYER, D. (Orgs.). *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

MAINO *et al.* Effects of decentralization and recentralization on political dimensions of health systems. In: SALTMAN, R. B.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBÆK, K. (Orgs.).

*Decentralization in health care: strategies and outcomes*. England: Open University Press, 2007. p. 120-140.

MARQUES, E. Notas Críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*, n. 43, p. 67-102, 1997.

MARQUES, R. S. *O financiamento do sistema público de saúde brasileiro*. Santiago de Chile: CEPAL, 1999.

MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 377-389, 2001.

MELO, M. A. Municipalismo, *Nation Building* e a modernização do Estado no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n. 21-23, p. 85-101, 1993.

MELO, M. A. Crise federativa, guerra fiscal e “hobbesianismo municipal”: efeitos perversos da descentralização? *São Paulo em Perspectiva*, v. 10, n. 3, 1996.

MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*. Tomo I. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 167p.

MENY, I.; THOENIG, J. C. La dimensión comparativa de las políticas públicas. In: MENY, I.; THOENIG, J. C. *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel Ciencia Política; 1992. p. 223-244.

MOLINA, M. del C. *Análisis del proceso de descentralización de la asistencia sanitaria a las Comunidades Autónomas de régimen común: implicaciones del nuevo modelo de financiación autonómica*. Thesis (Doctoral) – Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Málaga, Málaga, 2004.

MORAES, M. R. *As relações intergovernamentais na República Federativa da Alemanha: uma análise econômico-institucional*. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001.

MOSCA, I. Decentralization as a determinant of health care expenditure: empirical analysis for OECD countries. *Applied Economics Letters*, v. 14, n. 7-9, p. 511-515, 2007.

NASCIMENTO, E. R. A Lei de Responsabilidade Fiscal. In.: NASCIMENTO, E. R. *Finanças públicas para concursos*. Rio de Janeiro: Editora Ferreira, 2006. p. 27-68.

NAVARRO, V. *Neoliberalismo y Estado del Bienestar*. Barcelona: Editora Ariel, 1997.

NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. In.: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. A. W. (Orgs.). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p. 73-111.

NORONHA, J. C. de; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

NORONHA, J. C. de. *et al.* O Sistema Único de Saúde – SUS. In.: GIOVANELLA, L. *et al.* *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 435-472.

OECD. Total expenditure on health. Health: Key Tables from OECD, n. 1, 2011a. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1787/hlthxp-total-table-2011-1-en>>. Acesso em: fev. 2012.

OECD. Public expenditure on health. Health: Key Tables from OECD, n. 3, 2011b. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1787/hlthxp-pub-table-2011-1-en>>. Acesso em: fev. 2012.

OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S. F. *(Im)Previdência Social: 60 anos da história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1986.

ORTIZ, J. La territorialización: los servicios de salud de las Comunidades Autónomas. In.: ORTEGA, F.; LAMATA, F. *La década de la reforma sanitaria*. Madrid: Exlibris Ediciones, 1998. p. 107-114.

PAIM, J. S. Ações Integradas de Saúde (AIS): porque não dois passos atrás. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 167-183, 1986.

PAIVA, M. G. *et al.* Acesso e regionalização em saúde: análise de um serviço ambulatorial de média complexidade. *Revista de APS*, v. 13 (Supl.), p. 3-14, 2010.

PAVOLINI, E.; VICARELLI, G. Is decentralization good for your health? Transformations in the Italian NHS. *Current Sociology*, v. 60, n. 4, p. 472-488, 2012.

PEREIRA, A. M. M. *Dilemas Federativos e Regionalização na Saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais*. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. 133p.

PEREZ, A. G. A. *et al.* La regionalización de los servicios de salud como una estrategia de reorganización sanitaria. *Rev. Cubana Hig. Epidemiol.*, v. 46, n. 1, [on line], 2008.

PESTANA, M.; MENDES, E. V. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2004. 80p.

PIANCASTELLI, M.; PEROBELLI, F. *ICMS: evolução recente e guerra fiscal*. Texto para discussão n. 402. Brasília: Ipea, fev. 1996.

PIANCASTELLI, M.; MIRANDA, R. B.; VASCONCELOS, J. R. *Esforço fiscal dos estados brasileiros*. Texto para discussão n. 1045. Brasília: Ipea, set. 2004.

PIERSON, P. Positive feedback and path dependence. In: PIERSON, P. *Politics in time: history, institutions, and social analysis*. Princeton: Princeton University Press, 2004. p. 11-53.

PINTO, A. M. S.; PINHEIRO, R. J. Utilização de cirurgias cardíacas de alta complexidade no Estado do Rio de Janeiro numa perspectiva regionalizada: SIH-SUS – 1999 a 2007. *Cad. Saúde Coletiva*, v. 18, n. 3, [on line], 2010.

PIOLA, S. F.; BIASOTO JUNIOR, G. Financiamento do SUS nos anos 90. In.: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. di. *Brasil: Radiografia da Saúde*. Campinas: Unicamp/NEPP, 2001. p. 219-32.

PODER JUDICIAL. España. Disponível em: <<http://www.poderjudicial.es/cgpj/>>. Acesso em: fev. 2012.

QUADRADO, L. *et al.* Regional inequality in the provision of health care in Spain. *Environment and Planning*, v. 33, n. 5, p. 783-798, 2001.

RAMIÓ, C.; SALVADOR, M. O processo de descentralização regional na Espanha e as dificuldades para inovação institucional das novas administrações públicas. In: FLEURY, S. (Org). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 239-266.

REAL DECRETO 1030/2006. 15 de setembro de 2006. Estabelece a carteira de serviços comuns do Sistema Nacional de Saúde e o procedimento para sua utilização. Disponível em: [http://www.segsocial.es/Internet\\_1/Normativa/index.htm?dDocName=097419&C1=1001&C2=2010&C3=3027&C4=4002#documentoPDF](http://www.segsocial.es/Internet_1/Normativa/index.htm?dDocName=097419&C1=1001&C2=2010&C3=3027&C4=4002#documentoPDF)>. Acesso em: set. 2011.

REAL DECRETO-LEY 16/2012. 20 de abril de 2012. Medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. España: *Boletín Oficial del Estado (BOE)*, n. 58, p. 31278, 2012.

REICH, O. *et al.* Exploring the disparities of regional health care expenditures in Switzerland: some empirical evidence. *European Journal of Health Economics*, v. 13, n. 2, p. 193-202, 2012.

REQUEJO, F. Democracia, descentralização e pluralismo cultural: o caso do “Estado das autonomias” espanholas. In: FLEURY, S. (org). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 267-302.

REY DEL CASTILLO, J. Análisis del origen, situación y perspectivas de futuro del proceso de descentralización sanitario español. *Rev. Esp. de Salud Pública*, v. 72, n. 1, p. 13-24, 1998.

REY DEL CASTILLO, J. Arquitectura e instrumentos de cohesión en el Sistema Nacional de Salud. In.: REPULLO, J. R.; OTEO, L. A. (Orgs.). *Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible*. Barcelona: Editora Ariel, 2005. p. 267-289.

REZENDE, F. Modernização tributária e federalismo fiscal. In: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F. A. (Orgs.). *Descentralização e federalismo fiscal no Brasil: desafios da reforma tributária*. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer, 2003. p. 25-38.

RIBEIRO, A. C. T. Regionalização: fato e ferramenta. In: LIMONAD, E.; HAESBAERT, R.; MOREIRA, R. (Orgs.). *Brasil, século XXI – por uma nova regionalização?: Agentes, processos e escalas*. São Paulo: Max Limonad, 2004. p. 194-212.

RIBEIRO, P. T.; SOPHIA, D. *A política de saúde na Comissão Intergestores Tripartite*. [mimeo] Rio de Janeiro: Projeto Descentralização On Line, 2008.

- RIBEIRO, P. T. A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 819-828, 2009.
- ROCHA, C. V. *Significados e tendências do federalismo e das relações intergovernamentais no Brasil e na Espanha*. In.: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. de. *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 29-64.
- RODDEN, J. Federalismo e descentralização em perspectiva comparada: sobre significados e medidas. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 24, p. 9-27, 2005.
- RONDINELLI, D. A. *Decentralization in developing countries*. Staff Working Paper 581. Washington, DC, World Bank, 1983.
- ROSA, T. E. da C. *et al.* Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 12, n. 2, p. 158-171, 2009.
- RUESCHEMEYER, D. Can one or a few cases yield theoretical gains? In.: MAHONEY, J.; RUESCHEMEYER, D. (Orgs.). *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
- SALM, C. Introdução. In.: BAHIA, L. *et al.* *Planos de Saúde no Brasil: origens e trajetórias*. Rio de Janeiro: LEPS/UFRJ; ANS/Ministério da Saúde, 2005.
- SALTMAN, R. B.; BANKAUSKAITE, V. Conceptualizing decentralization in European health systems: a functional perspective. *Health Economics, Policy and Law*, v. 1, n. 2, p. 127-147, 2006.
- SALTMAN, R. B.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBÆK, K. (Orgs.). *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. England: Open University Press, 2007.
- SÁNCHEZ, J.; MOLINA, C. Las propuestas actuales de reforma en la asistencia sanitaria. In.: CABASÉS, J. M. (Org.). *La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada*. Bilbao: Fundación BBVA, 2006. p. 379-417.
- SANTOS, C. R. B.; MAGALHÃES, R. Pobreza e política social: a implementação de programas complementares do Programa Bolsa Família. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 5, p. 1215-1224, 2012.
- SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. 12. ed. Rio de Janeiro: Record, 2008. 507p.
- SENADO. Espanha. Disponível em: <<http://www.senado.es/>>. Acesso em: fev. 2012.
- SERVO, L. *et al.* Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In.: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Orgs.). *Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: IPEA, 2011. p. 85-108.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA 2010 [monografía en Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Disponível em: <<http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>>. Acesso em: set. 2011.

SOCIALESWEB. Ciencias Sociales. Disponível em: <<https://docs.google.com/file/d/0B4g77fWM-BgYMWQxMTY3NTUtNmU0MS00NTU4LWExOGItZWJkZDZmNDg0/edit?pli=1>>. Acesso em: fev. 2013.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdade e de descentralização. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 431-441, 2002.

SOUZA, C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. *Rev. Sociol. Polit.*, Curitiba, n. 24, p. 105-121, 2005.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: Hochman, Gilberto; Arretche, Marta; Marques, Eduardo (orgs.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p. 65-86.

SOUZA, C. Os municípios foram os grandes vencedores da cadeia federativa a partir da Constituição de 1988. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 62, n. 4, p. 473-479, 2011.

SOUZA, R. R. de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.

STEPHAN-SOUZA, A. *et al.* Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética. *Revista de APS*, v. 13 (Supl.), p. 35-45, 2010.

SUBIRATS, J. El papel de las Comunidades Autónomas en el sistema español de relaciones intergubernamentales. Quince años de Estado de las Autonomías: luces y sombras de una realidad aún en discusión. In: AGRANOFF, R.; BAÑON i MARTINEZ, R. (Orgs.). *El Estado de las Autonomías: hacia um nuevo federalismo?* Bilbao: Instituto Vasco de Administración Pública, 1998. p. 161-180.

TEDIOSI, F. *et al.* Governing decentralization in health care under tough budget constraint: what can we learn from the Italian experience? *Health Policy*, v. 90, n. 2-3, p. 303-312, 2009.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad. Saúde Pública*, v. 18 (Supl.), p. 153-162, 2002.

THELEN, K.; STEINMO, S. Historical institutionalism in comparative politics. In: THELEN, K.; STEINMO, S.; LONGSTRETH, F. (orgs.). *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

TORRI, M. C. Multicultural social policy and community participation in health: new opportunities and challenges for indigenous people. *International Journal of Health Planning and Management*, v. 27, n.1, p. 18-40, 2012.

UGÁ, M. A.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T. *et al.* (Orgs.). *Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 193-233.

VIANNA, M. L. W. *A americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Revan-Iuperj, 1998.

VIANA, A. L. D. *et al.* Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002a.

VIANA, A. L. D. *et al.* Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 18 (Supl.), p. 139-151, 2002b.

VIANA, A. L. D. *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

VIANA, A. L. D. *et al.* Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. de (Orgs). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. 216p.

WERNECK VIANNA, L. *et al.* Dezessete anos de judicialização da política. *Tempo Social, Rev. de Sociologia da USP*, v. 19, n. 2, p. 39-85, 2007.

WHO. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. Disponível em: <<http://apps.who.int/ghodata/>>. Acesso em: fev. 2014.

WORLD BANK. Gross domestic product 2010. Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GDP.pdf>>. Acesso em: fev. 2012.

WORLD BANK. Overview: Brazil. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/en/country/brazil/overview>>. Acesso em: fev. 2012.

WORLD BANK. Data. GDP growth (annual). Disponível em: <<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG/countries/BR-XJ-ES-EU?display=graph>>. Acesso em: out. 2013.

WYSS, K; LORENZ, N. Decentralization and central and regional coordination of health services: the case of Switzerland. *International Journal of Health Planning and Management*, v. 15, n. 2, p. 103-114, 2000.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.