

Título do capítulo	CAPÍTULO 2 – AUTONOMIA, INTEGRALIDADE E DESAFIOS DE COORDENAÇÃO NO SUS
Autores(as)	Luciana Jaccoud Fabiola Sulpino Vieira
DOI	http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-005-9/cap2

Título do livro	COORDENAÇÃO E RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NAS POLÍTICAS SOCIAIS BRASILEIRAS
Organizadores(as)	Luciana Jaccoud
Volume	-
Série	-
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2020
Edição	-
ISBN	978-65-5635-005-9
DOI	http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-005-9

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2020

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

AUTONOMIA, INTEGRALIDADE E DESAFIOS DE COORDENAÇÃO NO SUS¹

Luciana Jaccoud
Fabiola Sulpino Vieira

1 INTRODUÇÃO

A política nacional de saúde que emergiu da Constituição Federal de 1988 (CF/1988) vinculou a garantia de direitos à execução descentralizada de serviços. A expansão das ofertas na forma de uma estrutura hierarquizada e regionalizada de ações e serviços de saúde associou ao Sistema Único de Saúde (SUS) a demanda por cooperação intergovernamental, impondo desafios institucionais expressivos ao processo de formulação e implementação da política pública de saúde. Assentado nos princípios da universalidade e da integralidade de acesso, a trajetória de descentralização foi acompanhada pela adoção de novos arranjos institucionais visando favorecer: *i*) a uniformidade nas ofertas e na coerência entre atores e estratégias; *ii*) a cooperação entre as três esferas de governo; e *iii*) a integração e a colaboração entre os municípios organizados regionalmente em redes de serviços.

Como vem enfatizando a literatura sobre o tema, os avanços em expansão das ofertas, uniformidade, cooperação e regionalização em saúde foram reflexo da capacidade de coordenação exercida pelo governo federal. Concentrando autoridade política e mobilizando recursos financeiros, o nível central de governo ampliou sua influência sobre a agenda dos entes subnacionais (Arretche, 2004; Arretche, Fuzaro e Gomes, 2012; Vazquez, 2014), sendo capaz de impulsionar o compromisso dos municípios com o adensamento das ofertas em ações e serviços de saúde. Outros recursos institucionais têm sido mobilizados, tais como pactuações nacionais, contratos de gestão, sistemas de monitoramento e planejamento regional, com o intuito de fomentar a adesão a estratégias nacionais e a execução de resultados comuns, reduzir a desigualdade territorial e efetivar a integralidade (Lima, 2013; Menicucci, Costa e Machado, 2018).

1. Este capítulo é versão resumida e atualizada do Texto para Discussão nº 2399 *Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação*, disponível em: <<https://bit.ly/2BoI0tW>>.

A descentralização, assim, tem sido abordada não como um movimento monotonal de transferência de autoridade entre níveis de governo, mas, ao contrário, a partir da diferenciação entre esferas fiscal, administrativa e política, tem modulado distintos arranjos de distribuição de poder entre os entes federados (Rodden, 2005; Falleti, 2006). Acolhendo a distinção conceitual entre a autoridade decisória e a autoridade sobre a execução das políticas, Arretche (2004) amplia a possibilidade de melhor diferenciar o tipo de poder mobilizado pelos entes federados, bem como a variação nas relações intergovernamentais nas políticas públicas no que se refere à formulação e à implementação.

No caso do SUS, a autoridade da União para regular a execução da política descentralizada de saúde pode se afirmar mobilizando dois recursos institucionais: poder decisório e recursos financeiros. Três décadas de aprendizados institucionais no SUS permitiram constatar que os esforços de coordenação realizados pelo nível central de governo tiveram impactos positivos em institucionalidade da política, provisão de serviços e realização dos objetivos nacionais. Observou-se ampla adesão à estratégia para a atenção básica, assim como melhoria nos indicadores de cobertura e atendimento de média e alta complexidade (MAC), regionalização de serviços e redução das disparidades regionais e sociais. As chamadas transferências condicionadas favoreceram ou promoveram a organização e a implementação de políticas nacionais bem-sucedidas, a exemplo da Estratégia Saúde da Família, do Programa Nacional de Imunizações e do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids (Andrade *et al.*, 2018). Contudo, ao longo do período, os mecanismos mobilizados em favor da melhoria da gestão de responsabilidades compartilhadas em MAC e ampliação das capacidades regionais de oferta mostraram-se menos efetivos do que no caso da atenção básica. Os esforços em prol da regionalização e da cooperação para organização de redes de serviços capazes de garantir o alcance de objetivos fixados nacionalmente esbarraram em dificuldades para ampliar os patamares de integração (Menicucci e Marques, 2016; Ribeiro e Moreira, 2016; Ribeiro *et al.*, 2017).

Entretanto, as mais significativas críticas sofridas pelos instrumentos de coordenação intergovernamental em saúde foram dirigidas ao modelo de incentivos financeiros utilizado pelo governo federal. Constrangidos em sua autonomia decisória, mas participando em patamares progressivamente maiores no financiamento da política pública de saúde, os entes subnacionais, e mais especificamente os municípios, ampliaram suas demandas por desvinculação dos repasses federais a aplicações específicas, sejam políticas, programas e serviços de saúde (Junqueira, 2016). Em busca por maior autonomia na condução da política de saúde e na decisão alocativa de seus recursos, os entes subnacionais argumentam em defesa da eficiência do sistema com o fim da tutela da União na política da saúde. Por sua vez, se a concentração da autoridade política no nível nacional ainda impera, sua capacidade financiadora se vê comprometida desde a primeira metade dos anos

2010, agravada pelo quadro recessivo e pela política de austeridade adotada pelo governo em 2016, sinalizando a redução progressiva do gasto social para mais duas décadas (Vieira e Benevides, 2016).

Com o objetivo de analisar as tensões que vêm acompanhando os esforços de coordenação do SUS por parte da União, este texto está organizado em seis seções, além desta introdução. Ele pretende, na seção 2, analisar os instrumentos mobilizados em favor da descentralização e da regionalização dos serviços e das ações de saúde nas últimas três décadas. Em seguida, na seção 3, serão sistematizadas as críticas ao processo de indução e coordenação no sistema, exercido pelo governo federal por meio, sobretudo, dos mecanismos de repasse financeiro. A seção 4 fará um rápido balanço da literatura sobre descentralização e coordenação intergovernamental na política de saúde. A seção 5 analisa a proposta que mobilizou os gestores de saúde dos três níveis de governo em favor da desvinculação total dos recursos repassados pela União para estados e municípios. Iniciativa esta que, embalada pela política de austeridade fiscal em vigor desde 2015, propõe a retirada do governo federal do papel de coordenador do pacto da integralidade do SUS. Por fim, a seção 6 apresenta algumas conclusões.

2 DA MUNICIPALIZAÇÃO À REGIONALIZAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

No Brasil, a CF/1988 apontou para a autonomia político-administrativa dos entes da Federação, mas estabeleceu simultaneamente a atuação conjunta, em lógica sistêmica, para a implementação da política de saúde. A exigência de colaboração decorre da inexistência, na maioria dos municípios, de serviços que garantissem o atendimento de sua população nos diversos níveis de complexidade, mesmo que mobilizada a oferta disponível no setor privado de saúde. Tampouco seria eficiente e factível investir recursos públicos a fim de que a oferta desses serviços fosse assegurada em cada município. O desenho do SUS assume, assim, a forma de uma rede de serviços organizados regionalmente, pressupondo a articulação entre os municípios, e entre estes e os estados e a União. Este arranjo, previsto na CF/1988, inclui o cuidado com a saúde no rol de competências comuns das três esferas de governo (Brasil, 1988, art. 23), com a prestação dos serviços sob responsabilidade dos municípios, com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados (Brasil, 1988, art. 30). A competência comum não implica deveres e atribuições iguais. A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) confere à União a competência de coordenação nacional do SUS, e reafirma que, em matéria de saúde, inexistente autonomia irrestrita dos entes. Reconhecendo os princípios da universalidade e da integralidade da atenção, o texto constitucional também apontou para a necessidade de integração e cooperação entre os três níveis de governo sob a égide do SUS. Portanto, o pacto do SUS é pela universalização e integralidade, pressupondo a regionalização, a articulação e a coordenação de ações entre os três níveis de governo.

Visando atender aos desafios da integralidade e da regionalização, as relações intergovernamentais sofreram progressiva transformação. A descentralização implicou a municipalização das ações e dos serviços de saúde, mas conjugada à diretriz de integralidade em uma rede regionalizada e hierarquizada. Isso leva à conclusão de que: *i*) os municípios são os principais atores na execução de ações e serviços de saúde; *ii*) municípios menores devem contar com a cooperação dos municípios com maior capacidade de oferta; *iii*) a articulação entre municípios pressupõe o planejamento regional, cabendo aos estados coordenar a conformação dessas redes, em parceria com a União, ambos cooperando técnica e financeiramente com os municípios; e *iv*) essa cooperação é imprescindível à garantia da integralidade e da igualdade no acesso às ações e aos serviços, sendo, por conseguinte, essencial para que esse componente do direito à saúde seja assegurado no território nacional.

Em que pese a descentralização e a regionalização constarem como diretrizes do SUS, a serem operadas simultaneamente para a efetividade do sistema de saúde, a atuação do movimento municipalista na CF/1988 e nos anos que se seguiram à promulgação da Constituição fez com que maior foco fosse dado à descentralização da União em direção aos municípios, em detrimento do processo de regionalização da atenção à saúde (Abrucio, 2005). Segundo Arretche (2002 e 2004), a opção constitucional pela descentralização fiscal, em conjunto com a determinação de competências concorrentes (em que os entes federados nos três níveis de governo têm a competência, mas não a obrigação de implementar as ofertas em políticas sociais), não teria consequências automáticas na ampliação das responsabilidades ou das ofertas sociais por parte dos municípios. O crescimento das ofertas de serviços pelos municípios respondeu aos incentivos do Ministério da Saúde (MS) em prol da descentralização e, “deste ponto de vista, a reforma na área da saúde foi um sucesso. Em 2000, 99% dos municípios estavam habilitados junto ao SUS, aceitando, assim, as normas da política de descentralização do governo federal” (Arretche, 2002, p. 446).

O sucesso do processo de municipalização da execução de ações e serviços de saúde, ocorrido a partir da dinâmica de indução federal, bem como os avanços observados no processo de regionalização da oferta de ações e serviços, vêm sendo associados, pela literatura, às estratégias de indução utilizadas pelo MS. O uso de instrumentos normativos e o estabelecimento de transferências condicionadas de recursos às esferas subnacionais são apontados como importantes mecanismos adotados pelo governo federal para lidar seja com a ausência de imposições constitucionais sobre as competências de cada ente para gestão e execução de serviços de saúde, seja com a autonomia política de estados e municípios e com o seu poder de veto à implementação de políticas nacionais (Arretche, 2002). De fato, desde a aprovação da Norma Operacional Básica (NOB) nº 1/1993, o financiamento federal da política de saúde passou a se dar principalmente por meio do mecanismo de repasse fundo a fundo, articulando transferências não condicionadas com uma estrutura

de incentivos em que repasses dependiam de adesão dos municípios a programas e linhas de ação previamente definidos, e do cumprimento de condições estabelecidas para cada um desses programas e linhas de repasse.²

A tendência municipalista, aprofundada pela NOB nº 1/1993 foi, contudo, refreada com a NOB de 1996, cujo diagnóstico apontava a necessidade de enfrentar o risco à “atomização desordenada” dos sistemas municipais (Brasil, 1997, p. 8). Visando incentivar a pactuação intermunicipal, foram criados instrumentos novos, como a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e o planejamento ascendente, previsto na Lei nº 8.080/1990, e reforçado no discurso dos gestores. Mas o SUS continuava ancorado nas decisões locais (Machado, 2007, p. 51-52). Pouco se reverteu a experiência de descentralização da década de 1990 que, se ampliou a autonomia dos governos municipais possivelmente produzindo “melhor adaptação a necessidades locais”, teve efeitos sobre “a elevação generalizada do gasto acompanhada de superposição e de dispersão das ações” (Arretche, 2004, p. 20). O planejamento regional não foi articulado aos processos de regionalização e as propostas nesse sentido só tiveram início após vários ciclos de descentralização com prioridade nos municípios (Lima e Viana, 2011). Machado (2007, p. 26) caracteriza o período como de fragmentação da gestão setorial com “comportamentos predatórios e não cooperativos entre entes municipais”. O ciclo não favoreceu a cooperação, mas, ao contrário, resvalou em ineficiências econômicas, superposição de ações, perdas de qualidade sistêmicas e desigualdades territoriais (Mendes, 2001; Machado, 2007).³

Ao final dos anos 1990, início dos anos 2000, ficou claro que, em face do objetivo da integralidade, a municipalização não poderia ser o caminho. As pactuações federativas estabeleceram prioridade ao processo de regionalização, entendido como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. A publicação, em 2002, da Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) e, em 2006, do Pacto pela Saúde, avançaram na definição da responsabilidade sanitária de cada ente da Federação e no estabelecimento de diretrizes para a criação de redes de ações e serviços de saúde hierarquizadas e regionalizadas. Os mecanismos não financeiros de coordenação ganharam destaque. Instituiu-se a chamada região de saúde, recorte territorial que tem por base o agrupamento de municípios vizinhos. Ampliaram-se os instrumentos de gestão regional com a criação dos planos diretores de regionalização e dos colegiados de gestão regional, que incrementaram rapidamente.

2. Ver capítulo 5, de Paiva, Gonzalez e Benevides, neste volume.

3. Entre as evidências empíricas desse processo, destaca-se a expansão de hospitais públicos de pequeno porte com baixa taxa de ocupação, enquanto se aprofundava a carência de serviços de alta complexidade. A ociosidade de certos serviços, de um lado, e o “fechamento de fronteiras” e o cerceamento do acesso ao ingresso de pacientes de outros municípios, de outro, exemplificam o quadro de fragmentação e o comportamento predatório observado no período. Ver Mendes (2001), Campos (2001) e Machado (2007).

Enfatizando a necessidade de cooperação e articulação intergovernamental e ampliando as funções dos entes subnacionais, esse movimento buscou uma inflexão das relações federativas do SUS (Lima *et al.*, 2012a, p. 1906). A demanda pela recuperação da capacidade regulatória, pelo aprofundamento e aperfeiçoamento dos mecanismos de coordenação do sistema público se ampliaram. Em 2011, com o objetivo de melhor explicitar as responsabilidades dos entes da Federação na oferta das ações e dos serviços de saúde, foi proposta a celebração do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap). Estabeleceu-se que as regiões de saúde precisam garantir minimamente ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde. Além disso, ficou definido também que as redes de atenção à saúde (RAS), “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescentes, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (Brasil, 2011), devem ser constituídas em uma ou mais regiões de saúde, em consonância com diretrizes pactuadas pelos gestores do SUS (Brasil, 2011). Buscou-se, por meio da regionalização, aprimorar a institucionalidade do SUS, visando novos patamares de colaboração e de coordenação no sistema.

Como resultado, observaram-se melhoras na distribuição regional de serviços de média e alta complexidade e ampliação dos serviços de atenção básica no período 2000-2016 (Albuquerque *et al.*, 2017). Contudo, são expressivas as dificuldades no processo de regionalização, e persistem desafios para a garantia da integralidade no SUS. O Coap teve alcance muito limitado: apenas dois estados e seus respectivos municípios aderiram ao processo de assinatura desse contrato (Ipea, 2016). Dificuldades de acesso continuaram a ser identificadas. No caso dos serviços especializados, por exemplo, em 2014, de um total de 439 regiões de saúde, não houve registro de realização de sessões de hemodiálise ou encaminhamento de usuários para outras regiões em 142 delas (32%), correspondendo a uma população superior a 20 milhões de habitantes, o que sinaliza para a existência de importante barreira de acesso no sistema público aos portadores de insuficiência renal crônica (Ribeiro *et al.*, 2017).

A garantia de acesso seria ainda mais frágil se, para assegurá-la, fosse considerada apenas a estrutura existente e disponível para o SUS em cada município. Como se pode ver na tabela 1, os municípios brasileiros, agrupados quanto à estrutura de média e alta complexidade disponível no setor público,⁴ dividiam-se na seguinte

4. Essa categorização é do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) e leva em consideração O Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM) e o Índice de Condições de Saúde (ICS). O IESSM contempla indicadores que avaliam a disponibilidade de médicos na atenção básica e de profissionais de vigilância em saúde, assim como a realização de procedimentos de média e alta complexidade, além de internações, efetuados pelo município para residentes e não residentes. Já o ICS considera a taxa de mortalidade infantil. Em ambos os casos, são definidos parâmetros e pesos para cálculo do índice correspondente a partir dos indicadores simples. Ver Brasil (I.s.d.).

proporção, em 2011: 97,8% dos municípios, com população correspondente de mais de 114 milhões de habitantes, ou seja, 59,3% da população brasileira daquele ano, possuíam pouca ou nenhuma estrutura, e apenas 2,2% dos municípios, agrupando 40,7% da população, detinham uma estrutura classificada como média ou alta.

TABELA 1
Estrutura MAC dos municípios disponível para o SUS

Estrutura MAC ¹	Municípios		População	
	Nº	%	Nº	%
Muita estrutura	29	0,5	48.333.976	25,1
Média estrutura	94	1,7	29.961.240	15,6
Pouca estrutura	1.219	21,9	70.103.846	36,4
Sem estrutura	4.223	75,9	43.979.360	22,9
Total	5.565	100,0	192.378.422	100,0

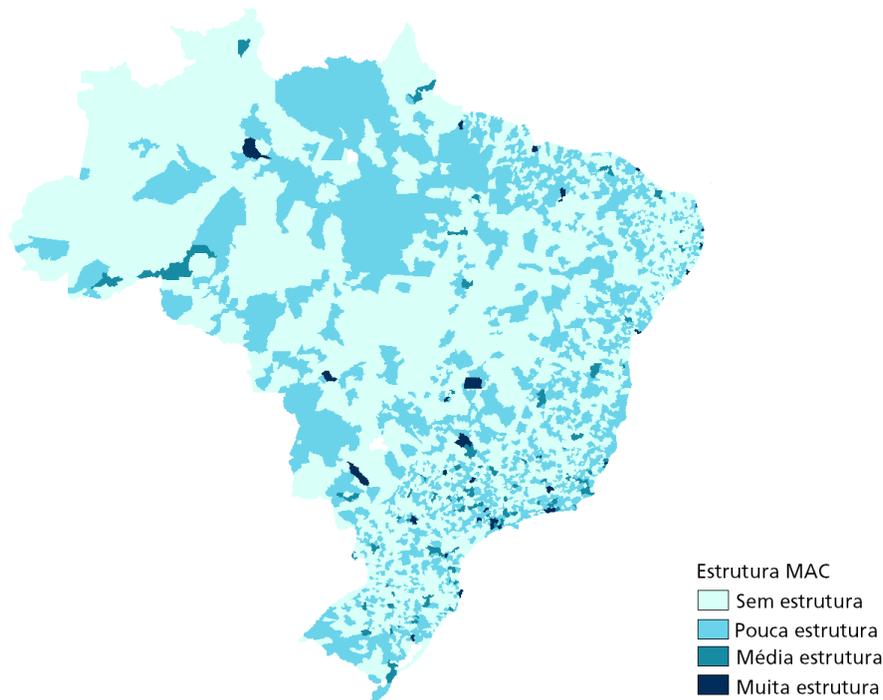
Fonte: IDSUS 2011/MS (<<http://idsus.saude.gov.br/gruposhtml>>) e População estimada 2011/IBGE (<<https://bit.ly/36pFLDm>>).
Elaboração das autoras.

Nota: ¹ Estrutura de alta e média complexidade ou de atenção especializada, ambulatorial e hospitalar, urgência/emergência.

A distribuição espacial dos municípios com pouca ou nenhuma estrutura MAC em 2011 pode ser visualizada na figura 1. Ao analisá-la, fica claro que a garantia de acesso a ações e serviços de média e alta complexidade no Brasil ainda é uma questão importante a ser enfrentada. A maior parcela da população brasileira habita municípios com pouca ou nenhuma estrutura MAC. Muitos deles de grande dimensão são classificados como portadores dessa estrutura, mas há que se considerar as enormes distâncias que se percorre dentro do seu território. Há ainda que se levar em consideração as grandes distâncias entre os municípios sem estrutura e aqueles que as têm. Portanto, a integralidade do acesso não está garantida para uma parcela significativa da população brasileira. É neste sentido que o debate sobre a descentralização e a regionalização ganhou sentido estratégico no sistema, mobilizando um conjunto maior de instrumentos e mecanismos de indução,⁵ e fortalecendo as críticas ao excesso de autoridade decisória do governo federal.

5. Ver, a respeito, capítulo 7, de Jaccoud e Meneses, neste volume.

FIGURA 1
Brasil: estrutura MAC dos municípios (2011)



Fonte: IDUS/MS.
Elaboração das autoras.

3 CRÍTICAS AO PROCESSO DE INDUÇÃO E COORDENAÇÃO NO SUS

Os anos de 2000 a 2015 assistiram a alterações quanto ao financiamento da política de saúde. A implementação da Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000, estabeleceu percentuais mínimos para as três esferas de governo e, em que pesem as dificuldades em sua regulamentação, nos estados e municípios o volume de recursos próprios destinados à saúde triplicou, enquanto os de origem federal foram ampliados em 75% (Piola *et al.*, 2013). O aumento dos recursos transferidos da União para os entes subnacionais ocorreu tanto em decorrência de maiores quantias alocadas por aquele ente como pela redução da porcentagem do gasto federal executado diretamente. A aplicação direta do MS passou de 86,6%, em 1995, para 34%, em 2013, enquanto o gasto com transferências aos estados e ao Distrito Federal saiu de um patamar de 13% para 63% nos mesmos anos.⁶

6. Ver capítulo 5, de Paiva, Gonzalez e Benevides, neste volume.

A ampliação das transferências financeiras federais fortaleceu os mecanismos financeiros como “ferramentas centrais na definição dos padrões das relações intergovernamentais, estando fortemente relacionadas também às tensões entre coordenação e autonomia nos processos relacionados à implementação da política de saúde no país” (Paiva, Gonzalez e Leandro, 2017, p. 56). O chamado Pacto pela Saúde simplificou os mecanismos de repasse financeiro, com a redução dos repasses federais a cinco grandes blocos,⁷ mas manteve os componentes internos a cada bloco de financiamento, com regulamentações específicas relacionadas aos critérios de utilização dos recursos recebidos. Com isso, de fato, o poder regulatório do governo federal manteve-se alto. O fortalecimento do repasse fundo a fundo para as demais esferas de governo não foi acompanhado por mais autonomia de estados e municípios no gasto dos recursos federais.

Analisando o processo de regionalização e o Pacto pela Saúde no período 2007-2010, Lima *et al.* (2012b) destacam os ganhos seja em institucionalidade, seja em governança. Mas a regionalização, enquanto ação cooperada entre os municípios, e as ofertas nas regiões de saúde, não avançaram como esperado.⁸ Ao mesmo tempo, cresceram as críticas aos incentivos financeiros que favoreceriam a centralização do sistema, dotando a autoridade do governo federal de excessivo peso na configuração das políticas de saúde. Daquela perspectiva, a forma de financiamento estaria ainda promovendo fragmentação e burocratização, com ampliação de demandas administrativas e engessamento da gestão, pressionando os municípios a expandir as atividades-meio em prejuízo das atividades finalísticas do sistema (Santos, 2016). As formas de repasse dos recursos federais estariam impedindo o planejamento municipal e a plena condução da política de saúde pelos gestores que estão próximos da realidade local. Os mecanismos de adesão dos entes subnacionais a desenhos e estratégias nacionais e as contrapartidas para o recebimento dos recursos referentes ao financiamento federal da política estariam, assim, constringendo a autonomia decisória do município e a construção de uma política em nível local. Para esses críticos, com essa modalidade de transferência, o município teria sido transformado mais em “um despachante do ministério, para fazer a política que o ministério induz, do que efetivamente alguém para fazer uma política colada nas necessidades de saúde locais” (Mendes, 2017, p. 2).

O argumento tem como cerne a necessidade de fortalecer o município. Em influente texto publicado ainda em 1993 pelo MS, já se reivindicava a valorização dos governos locais na provisão dos serviços sociais, advogando que

7. São eles: atenção básica; atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; e gestão do SUS. Um sexto bloco, de investimentos, foi criado posteriormente.

8. A literatura também vem identificando dificuldades nesse processo, como está tratado no capítulo 7, de Jaccoud e Meneses, referente ao Pacto pela Saúde.

à esfera municipal cabem a provisão das ações e os serviços de saúde, envolvendo a formulação de políticas de âmbito local, o planejamento, execução, avaliação e controle de ações e serviços de saúde, quer sejam voltadas aos indivíduos, ao coletivo ou ao ambiente, inclusive educação para a saúde e processos de produção, distribuição e consumo de produtos de interesse para a saúde (Brasil, 1993, p. 18).⁹

O contexto do início dos anos 1990 era de forte crítica à centralização de recursos e poder na esfera federal, o que estaria provocando ações desordenadas e ineficácia do sistema, por exemplo, a ausência de prioridades em prevenção e o modelo centrado na internação (modelo hospitalocêntrico). A alternativa seria a da regionalização, mas sem ser fruto de criação de uma instância de gestão específica, em nível regional, e sim de vontade política, mobilização e cooperação dos municípios. Mais de vinte anos após a sua publicação, o documento de 1993 ainda influencia o debate sobre o desenho federativo do SUS, servindo de apoio ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) em defesa do “caixa único” do sistema. Em nota pública de 31 de janeiro de 2017, o referido conselho defende a volta do repasse global dos recursos do governo federal para os municípios, que teria vigorado entre 1994 e 1997 na forma estabelecida pela NOB de 1993.¹⁰ O modelo teria sido substituído pela fragmentação de repasses, a partir da implementação da NOB de 1996. Segundo o Conasems (2017a, p. 1),

tal forma de repasse acabou por transformar o SUS em um grande convênio, prevalecendo o papel da União de repassar recursos para os entes federados desenvolverem as políticas do Ministério da Saúde, como se estas fossem de um SUS federal e não nacional, porém de responsabilidade tripartite.

Se as críticas às transferências via adesão a programas e estratégias específicas têm apontado para a fragmentação nos recursos, a magnitude desse fracionamento, contudo, tem sido frequentemente ampliada. Segundo o Conasems (2017a, p. 2), “desde janeiro de 1998, foram criadas inúmeras caixinhas alcançando em 2017 um total de 882 formas de alocação de recursos federais destinadas a estados e municípios”. Esse número também é citado por Santos (2016) e Bessa (2017), enquanto Mendes (2017) afirma que “chegamos a ter cerca de 300 formas de repasse”. Estudo realizado por Benevides (2018), com base nas transferências regulares e automáticas do

9. Segundo o documento, ao governo federal caberia sobretudo a formulação e normatização do sistema, enquanto à esfera estadual caberia a coordenação e a cooperação técnica e financeira, e, supletivamente, a execução de “alguns serviços” (Brasil, 1993, p. 17).

10. A NOB de 1993 implantou o mecanismo de transferência fundo a fundo no SUS nos municípios em condição de gestão semiplena, contudo, os valores transferidos ainda estavam limitados à produção apresentada pelos gestores por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Dessa forma, avalia-se que a instituição da modalidade fundo a fundo não mudou completamente a lógica do *pós-pagamento* das transferências federais. Portanto, o repasse global não existiu em sua plenitude, mesmo para os municípios habilitados em gestão semiplena. Em dezembro de 1997, apenas 144 municípios recebiam recursos na modalidade fundo a fundo (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

Fundo Nacional de Saúde (FNS), entretanto, contabiliza que, para os governos municipais, o número máximo de linhas de repasse foi de 75 em 2016, como pode ser visto na tabela 2.

TABELA 2

Mediana, mínimo e máximo do número de linhas de repasse de custeio do FNS para os municípios por bloco de financiamento (2016)
(Por faixa de população)

Faixa de população (habitantes)	Nº de municípios	Medida	Total	AB	MAC	AF	VS	Gestão
Total	5.569	Mínimo	2	0	0	0	2	0
		Mediana	22	10	1	1	9	0
		Máximo	75	20	43	4	13	5
Acima de 1 milhão	16	Mínimo	43	13	10	1	7	1
		Mediana	62	16	31	2	12	2
		Máximo	75	20	42	2	12	3
De 500 mil a 1 milhão	24	Mínimo	38	7	11	1	7	1
		Mediana	52	15	24	2	12	1
		Máximo	73	19	43	2	12	3
De 200 mil a 500 mil	107	Mínimo	24	6	1	0	6	1
		Mediana	40	12	14	2	11	1
		Máximo	65	18	35	3	13	5
De 100 mil a 200 mil	161	Mínimo	15	2	1	0	6	0
		Mediana	33	12	10	2	11	0
		Máximo	51	16	24	3	12	3
De 50 mil a 100 mil	350	Mínimo	11	1	0	0	5	0
		Mediana	29	11	6	1	10	0
		Máximo	52	20	26	4	12	2
De 20 mil a 50 mil	1.101	Mínimo	8	1	0	0	3	0
		Mediana	24	11	3	1	10	0
		Máximo	44	17	18	3	12	2
De 10 mil a 20 mil	1.365	Mínimo	9	1	0	0	3	0
		Mediana	21	10	1	1	9	0
		Máximo	35	16	12	3	11	2
De 5 mil a 10 mil	1.208	Mínimo	6	1	0	0	2	0
		Mediana	20	10	1	1	9	0
		Máximo	29	16	6	3	11	1
Até 5 mil	1.237	Mínimo	2	0	0	0	2	0
		Mediana	19	9	1	1	9	0
		Máximo	28	15	5	2	11	1

Fonte: Benevides (2018).

Obs.: AB = atenção básica; MAC = média e alta complexidade; AF = assistência farmacêutica; e VS = vigilância em saúde.

De qualquer forma, a unificação dos repasses tem sido defendida pelos representantes dos gestores estaduais e municipais como uma estratégia para fortalecer a autonomia municipal, permitindo “valorizar a utilização global dos recursos de acordo com o planejamento local, visando ao cumprimento de metas e alcance de resultados” (Conasems, 2017a, p. 2). O pressuposto que uma nova engenharia de transferência dos recursos federais seria benéfica ao SUS e a seus compromissos programáticos é que o sistema único deve ser construído de *baixo para cima*. Nessa perspectiva, o papel de formulador e regulador dos níveis federais e estaduais deveria favorecer a articulação intergovernamental, mas mantendo-se limitado ao processo de planejamento.

De fato, a ênfase no planejamento regional e nas pactuações intermunicipais encontra vasta referência na literatura sobre a gestão do SUS: “Os planos e as metas estaduais serão a base para a formulação do plano e das metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual” (Santos, 2016, p. 33). A questão, contudo, não parece resolvida. A ênfase na autonomia municipal e a centralidade no processo de planejamento local podem favorecer a fragmentação, dificultando um planejamento regional capaz de estabelecer bases cooperativas de atuação. Exatamente buscando evitar o retorno a essa experiência já vivenciada no contexto de construção do sistema único, alguns autores insistiram na alternativa da contratualização. Fortalecendo as regiões de saúde e garantindo a integralidade, o contrato entre os entes da Federação possibilitaria o “estabelecimento das responsabilidades individuais e solidárias na rede de atenção à saúde” (Santos, 2012, p. 77), respeitando a autonomia e a interdependência, promovendo a integração dos serviços municipais e ampliando a densidade do processo de regionalização.

Se esse debate suscita reflexões relevantes sobre as possibilidades de arranjos institucionais de cooperação entre esferas de governo, seria preciso avançar nas avaliações da recente experiência do Coap, de modo a conhecer melhor suas potencialidades e seus limites. Até o momento, o limitado processo de adesão à proposta da contratualização parece estar influenciando e premindo o debate sobre novos instrumentos voltados a regular o fluxo de atendimento e de recursos dentro das regiões, bem como sobre mecanismos que imponham sanção ou coerção nos casos de não-cooperação (Menicucci e Marques, 2016). Neste contexto, os argumentos em defesa de maior autonomia municipal vêm se ampliando, acompanhados da expectativa de que o planejamento regional, assentado na colaboração voluntária dos municípios, seria capaz de dotar de impulso o processo de afirmação das regiões de saúde e consolidação da rede hierarquizada de serviços.

4 DESCENTRALIZAÇÃO, FEDERALISMO E DIREITO À SAÚDE: EVIDÊNCIAS DA LITERATURA

O tema da descentralização e do volume do gasto social vem mobilizando estudos, com referência tanto à experiência brasileira quanto internacional, e trazendo novas perspectivas e evidências ao debate sobre a eficiência e a efetividade da política pública. Análises privilegiando a temática institucional vêm superando aquelas centradas no volume de gasto público que inauguraram comparações de regimes de proteção social. Progressivamente, afirmou-se a hipótese de que o patamar do gasto social importa, mas não determina a qualidade das ofertas públicas ou parte de seus resultados. De fato, a partir de certos patamares de gasto, os níveis de despesa em saúde passam a não explicar a variância dos indicadores de saúde. Comparando países desenvolvidos, com renda média *per capita* acima de US\$ 11 mil, Hall e Lamont (2013) destacam que a saúde da população não está diretamente associada ao nível de desenvolvimento econômico, medido pelo produto interno bruto (PIB) ou pelo patamar de gasto em saúde. Comparando países pobres, Evans (2009) também destaca discrepâncias entre *rankings* de renda e indicadores de saúde. Cada vez de maneira mais convergente, a literatura enfatiza que é limitada a correlação entre os indicadores de renda e crescimento econômico com os indicadores sociais em saúde. Reconhece-se que tais indicadores são dependentes tanto da existência de provisão de bens coletivos e de sua qualidade, como do arranjo institucional que o garante.

Analisando as experiências europeias de descentralização das políticas de saúde e seus impactos, Costa-Font e Greer (2013) concluem que, em lugar de um único modelo, observa-se um contexto heterogêneo de reformas, composto por trajetórias que podem ou não aportar ganhos de eficiência dos sistemas de saúde e da saúde. No mesmo sentido, Saltman, Bankauskaite e Vrangbaek (2007) observam que a descentralização seria motivada por objetivos distintos e implementada por desenhos institucionais e estratégias diversas de alocação de recursos e responsabilidades, impactando de forma desigual na entrega dos serviços e nas condições de saúde da população. Segundo esses autores, não haveria comprovação de que a descentralização gera mais eficiência na gestão dos sistemas de saúde, na gestão dos recursos humanos ou na equidade de acesso aos grupos mais vulneráveis.

Os efeitos da distribuição vertical de poder e recursos para a implantação e operação de serviços de saúde e para a garantia de maior eficiência na gestão e equidade no acesso também foram analisados por Polton (2004), para quem não há evidências de que a descentralização traz maior eficácia produtiva, resultado sanitário ou controle das despesas de saúde. O autor enfatiza as características organizacionais como fator estratégico para o resultado dos sistemas de saúde. Como resposta a essas questões, e visando ganhos no aprimoramento institucional da política, na década de 2000, um movimento de recentralização política e administrativa da

gestão dos sistemas de saúde foi observado em vários países europeus, tais como França, Alemanha, Suécia e Dinamarca (Saltman, Bankauskaite e Vrangbaek, 2007; Costa-Font e Greer, 2013; Polton, 2017).

O tema ultrapassa o debate no âmbito das políticas de saúde. As dificuldades dos sistemas descentralizados de reduzir as disparidades inter-regionais e interjurisdicionais em políticas públicas já haviam sido enfatizadas por Prud'homme (1995). Tratando das experiências de descentralização nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) entre 1995 e 2009, Charbit (2011) destacou que as desigualdades entre regiões, bem como questões referentes à eficiência e eficácia das despesas públicas nos níveis subnacionais, continuam como problemas relevantes. Assim, ao contrário da tendência observada até o final do século, a literatura recente sobre descentralização vem convergindo, concordando que a atuação do governo central é imperativa para superar as limitações dos entes subnacionais, na ampliação de cobertura e proteção de direitos, no financiamento de programas redistributivos, na redução da desigualdade ou na qualificação da gestão pública. Converte, ainda, ao reconhecer a importância dos arranjos de coordenação na implementação de políticas públicas:

neste contexto, e para a maioria dos países-membros e não membros da OCDE, a principal questão subjacente não é “descentralizar ou não” ou até mesmo optar por um modelo de descentralização específico, mas buscar formas de melhorar a capacidade e a coordenação entre os agentes públicos em diferentes níveis de governo para aumentar a eficiência, equidade e sustentabilidade do gasto público (Charbit, 2011, p. 5, tradução nossa).¹¹

Esse debate também ganhou espaço na literatura que avalia a evolução dos sistemas de bem-estar em contextos federalistas. Estudos sobre federalismo e políticas sociais têm explorado o tema das relações intergovernamentais, atribuição de autoridade e processo de implementação. Contestando versão de que o modelo federalista dificultaria o percurso das políticas de caráter nacional e, por conseguinte, a implantação de um sistema de proteção social de caráter universal e redistributivo, estudos mais recentes vêm enfatizando a diversidade institucional do federalismo e de seu potencial redistributivo (Obinger, Leibfried e Castles, 2005; Greer, 2009).

Discutindo o processo de descentralização em saúde, Greer e Jacobson (2010), mesmo reconhecendo as vantagens da descentralização em termos de democracia processual, consideram que o atendimento dos requisitos de garantia de universalização, promoção da equidade social e territorial e proteção às populações vulneráveis impõe a ativa participação do governo central, seja para enfrentar as

11. No original: “In this context, and for a majority of OECD member and non-member countries, the key underlying question is not whether to ‘decentralise or not’ or even opt for a specific decentralisation model, but to look at ways to improve capacity and co-ordination among public stakeholders at different levels of government to increase efficiency, equity and sustainability of public spending”.

desigualdades em financiamento, as capacidades estatais ou a disposição política para ações de cunho redistributivo. Os autores destacam que, em uma Federação, os estados tendem a inovar, competir e aprender uns com os outros, mas dentro de limites impostos por vetos e superposições que perpassam as relações federativas na política pública de saúde. Nenhum nível de governo age sozinho, sendo que a regulação e a própria estruturação de redes de serviços estão dependentes da ação dos demais níveis de governo. Nessa perspectiva, a vulnerabilidade a decisões condicionais dos outros entes federados, posicionados vertical ou horizontalmente, reforça a interdependência entre eles. Mobilizada sobretudo em torno do objetivo de reduzir desigualdades e fortalecer capacidades estatais, a ação de coordenação federal pode operar por meio da redistribuição de recursos e da indução de políticas.

O desempenho de políticas públicas descentralizadas está, assim, fortemente relacionado com a eficácia da coordenação entre diferentes níveis de governo. Em saúde, sistemas que favoreçam as relações e a coordenação intergovernamental se impõem também pelo fato de que a divisão estrita de responsabilidades não garante a integralidade ou mesmo a efetividade em uma gestão realizada em ambiente de progressiva complexidade. A coordenação dos níveis de governo afirma-se, portanto, como estratégia imprescindível à melhoria da gestão, da equidade do gasto e dos resultados da oferta dos serviços. Além disso, o compartilhamento de responsabilidades tampouco garante a adoção de um arranjo de cooperação, uma vez que tal arranjo depende de instituições favoráveis, regras de decisão e fluxos de informações, associados a instrumentos, e de compromissos credíveis (Hall e Lamont, 2013).

Entre os mais destacados instrumentos de coordenação interorganizacional, as transferências intergovernamentais são realizadas sob duas modalidades: condicionadas e não condicionadas. As primeiras, efetivadas sob regras e condições específicas, têm sido aplicadas nos casos de necessidade de produção de bens e serviços. São ainda associadas ao alcance de prioridades nacionais ou regionais estabelecidas dentro ou fora das jurisdições dos entes subnacionais. As transferências não condicionadas, por sua vez, são tipicamente associadas aos esforços de promover equalização fiscal. Dessa forma, opera-se a transferência de recursos das jurisdições relativamente mais ricas para aquelas com maiores necessidades e menor capacidade fiscal. Sob uma perspectiva macro, ambos os tipos de transferências intergovernamentais são mecanismos que visam reduzir a desigualdade fiscal entre os entes federados (Oates, 1999; Paiva, Gonzalez e Leandro, 2017, p. 59-60). Transpondo esses conceitos para o SUS, pode-se dizer que as transferências condicionadas estão associadas à implementação de políticas nacionais ou à prestação de serviços, especialmente por parte dos municípios, como no caso do Piso da Atenção Variável, enquanto as não condicionadas traduzem o esforço de alocação equitativa dos recursos, como no caso do Piso da Atenção Básica Fixo. Ambas as transferências são ditas vinculadas,

porque os recursos têm destinações específicas. Para cumprir o objetivo de dotar um sistema de coordenação em contexto federativo, buscando equidade e efetividade de políticas nacionais, assim como igualdade na oferta dos serviços e em seus resultados, não parece que se possa prescindir de algum nível de coordenação decisória em nível federal, incluindo um de seus mais tradicionais instrumentos, as transferências vinculadas. Esse é o caso do SUS, assentado, como projeto societário, nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade.

5 O DEBATE RECENTE SOBRE DESCENTRALIZAÇÃO E AUTONOMIA NO SUS

Em janeiro de 2017, os representantes dos gestores do SUS pactuaram, em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), alteração da forma vigente de repasse de recursos federais: os seis blocos de financiamento vigentes (assistência farmacêutica, atenção básica, gestão, investimentos, média e alta complexidade e vigilância em saúde) seriam substituídos por dois blocos, custeio e capital.¹² A modificação no mecanismo de transferência de recursos federais para estados e municípios foi chamada, em um primeiro momento, de SUS Legal e, posteriormente, de unificação dos blocos de financiamento e de caixa único.¹³ A proposta foi apresentada pelo MS e defendida pelos atores com representação na CIT sob o argumento da necessidade de ampliação da autonomia municipal e de agilização da gestão financeira da política. Para os representantes dos municípios na CIT, a mudança do mecanismo de financiamento federal para as unidades subnacionais permitiria a superação de um modelo inadequado, no qual os recursos federais são transferidos de forma engessada. Tanto as transferências em várias linhas de repasses automáticas, que são destinadas a todos os entes da Federação, como aquelas operadas via incentivos, sujeitos à adesão por parte do ente, dificultariam a gestão local, fazendo com que sobrassem recursos para algumas finalidades e faltassem para outras.

Não houve publicação de um documento que justificasse a mudança e permitisse um debate mais amplo sobre a proposta. Seu detalhamento foi realizado na forma de apresentações feitas por seus idealizadores ao longo de 2017 e de artigos publicados pelo Conasems (Carvalho, 2017; Conasems, 2017b; Rinehart, Pereira e Faleiros, 2017). A intenção declarada era de modificar dinâmicas relacionadas ao planejamento e aos planos, aos critérios de rateio e, principalmente, à forma de repasse de recursos federais. O objetivo maior dessa iniciativa foi o de viabilizar a desvinculação dos recursos recebidos da União em relação às finalidades de

12. Análise detalhada da proposta foi realizada por Jaccoud e Vieira (2018).

13. O assunto foi tratado na reunião da CIT de 26 de janeiro de 2017. Proposta SUS Legal não foi apresentada no formato de documento oficial. A apresentação feita pelo MS e utilizada durante a reunião da CIT em que houve pactuação do compromisso de alterar a forma de repasse dos recursos federais está disponível em: <<https://bit.ly/2E2xaKD>>. Acesso em: 16 fev. 2018.

aplicação estabelecidas no orçamento federal. Pretendia-se realizar a unificação operacional das transferências dos recursos e, sobretudo, pôr fim à vinculação da aplicação desses recursos pelos estados e municípios, em face das finalidades estabelecidas no orçamento federal e nas linhas de repasse pactuadas. Ou seja, o propósito era instituir o repasse global por parte do MS, separando-se apenas os recursos entre os destinados ao custeio e a investimentos. Esses recursos seriam direcionados pelos gestores estaduais e municipais às ações orçamentárias de seus respectivos orçamentos, de acordo com as prioridades que definissem, ou seja, seriam alocados livremente. Posteriormente, esses gestores prestariam contas da aplicação dos recursos por meio do *Relatório Anual de Gestão* (RAG).¹⁴ Para se ter noção sobre o volume de recursos objeto desse pleito, em 2017, as transferências da Federação aos entes para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (ASPS), tanto para custeio quanto para investimento, somaram R\$ 66,8 bilhões.¹⁵

Alterações na forma de transferência dos recursos federais foram implantadas por meio da Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017 (Brasil, 2017). Porém, a desvinculação total da aplicação dos repasses não foi alcançada conforme almejado pelas representações dos gestores do SUS. As principais mudanças ocorridas estão relacionadas à flexibilização financeira do uso dos recursos, transferidos em dois blocos de financiamento, custeio e capital, que podem ser utilizados indiscriminadamente em cada bloco para qualquer política, programa ou serviço no decorrer do exercício financeiro; e quanto à redução das linhas de repasses vinculantes, as quais obrigam a alocação de recursos no montante repassado a destinações específicas e, conseqüentemente, que a prestação de contas ocorra segundo os valores transferidos em cada linha (Jaccoud e Vieira, 2018). Ou seja, os gestores conseguiram ter mais flexibilidade financeira, mas permaneceram vinculações para destinações específicas, embora em número menor que o existente antes da publicação da Portaria nº 3.992/2017.

Caso a desvinculação total da aplicação dos recursos repassados pela União para estados, Distrito Federal e municípios tivesse sido implementada, implicaria enfraquecimento do principal mecanismo de coordenação utilizado pelo governo federal para fazer convergir prioridades e estratégias dos níveis subnacionais e para ampliar a efetividade e a eficiência de esforços alocativos em saúde pública. Desta perspectiva, além dos aspectos já destacados pela literatura internacional que trata do tema da descentralização em saúde, várias características e problemas presentes no SUS demandam avaliação mais detalhada, tendo em vista a implementação de uma reforma desta magnitude no arranjo de coordenação em vigor.

14. Análise detalhada da proposta foi realizada por Jaccoud e Vieira (2018).

15. Consulta feita sobre o orçamento federal por meio do Siga Brasil. Valores pagos de empenhos do exercício.

Um primeiro aspecto a se considerar se refere ao papel que exerce o financiamento federal na sustentação da implementação da política nacional de saúde. Como reconhece a literatura sobre o federalismo brasileiro e o SUS, o sucesso na descentralização de ações e serviços de saúde, bem como na implementação das políticas e dos programas, decorre, em grande medida, da capacidade de o MS induzir esses processos por meio da alocação de recursos. Como aponta Arretche (2002; 2004), qualquer ente federado estava constitucionalmente autorizado a implementar programas na área de saúde, mas nenhum estava constitucionalmente obrigado a isso, ampliando os riscos de superposição, desigualdade de provisão ou limitação e desresponsabilização diante das ofertas. A atuação do governo federal na coordenação do sistema diminuiu alguns desses riscos. Contudo, a alteração radical nas formas de repasse dos recursos federais em saúde reduziria drasticamente a possibilidade de o órgão influir na implementação. A decisão de alocação passaria a ser integralmente dos municípios e estados, ficando o ministério sem um dos principais instrumentos de coordenação da política em âmbito nacional. Por sua vez, o planejamento ascendente, previsto na Lei nº 8.080/1990, e pensado como necessário para a consideração das necessidades e prioridades locais e a integração dos planos de saúde com os âmbitos estadual e nacional, não se consolidou. Cabe ainda considerar que se o planejamento, em suas diversas modalidades, constitui instrumento relevante de coordenação intergovernamental, ele não parece prescindir de outros mecanismos de coordenação.

Uma segunda questão se refere ao cenário de estrangimento progressivo da participação federal no financiamento do SUS em razão da aprovação da EC nº 95/2016 (Novo Regime Fiscal, mais conhecida como a emenda do teto de gastos), que institui o congelamento da aplicação mínima em ASPS pelo MS, em termos reais. Essa medida aumenta a resistência à alteração dos critérios de rateio vigentes atualmente, devido à dificuldade de ajustes que implicariam necessariamente em perda de recursos para ganhos em outras prioridades ou territórios. Ela impacta ainda reduzindo a influência do planejamento, pois os montantes permanecerão sendo definidos, *a priori*, com base no volume de recursos disponíveis, sem possibilidade de estabelecimento de critério que leve em conta as necessidades locais e regionais, a redução das desigualdades e a garantia da integralidade da atenção à saúde em todo o território nacional.

A EC nº 95/2016 traz, entre seus diversos impactos, consequências relevantes para o arranjo federativo sob o qual vêm sendo organizadas as políticas sociais brasileiras. Com repercussão direta no gasto federal em saúde, limitando por dezenove anos as garantias constitucionais que possibilitaram não apenas a estabilidade do financiamento do SUS, mas sua progressiva ampliação, cria-se um descompasso entre o gasto federal e o crescimento econômico e as mudanças demográficas e seus efeitos nas condições sanitárias e nas demandas de saúde da população. As consequências

do Novo Regime Fiscal se estendem para além do campo específico do gasto. Ao comprometer e alterar o padrão de financiamento federal aos serviços de saúde, a EC nº 95/2016 sinaliza para uma ruptura dos compromissos políticos e sociais assumidos pela esfera pública em saúde, com repercussões no que se refere à abrangência, aos princípios, à cobertura e à qualidade das políticas sociais (Vieira e Benevides, 2016).

O regime fiscal adotado em 2016 tende a repercutir nos compromissos e nas responsabilidades federativas com a saúde. Sob a vigência do teto de gastos e em face do horizonte de redução contínua dos recursos federais *per capita* para a saúde, a pressão sobre o órgão tende a aumentar em cada um daqueles compromissos. A vinculação dos repasses a algumas finalidades, políticas, programas ou serviços, permitiu a alocação dos recursos federais em grandes áreas por meio de linhas de repasse pactuadas que traduziam acordos assumidos pelo MS no financiamento de ações e serviços de atenção básica, de média e alta complexidade, de vigilância em saúde etc. Mas, se as transferências federais forem desvinculadas da aplicação dos recursos, a mudança aliviará a pressão sobre o MS por mais financiamento, pois este poderia argumentar que os recursos poderiam ser alocados livremente pelos entes conforme suas necessidades e prioridades. Com a restrição de recursos e a fragilização dos compromissos pactuados em torno dos mecanismos de repasse, parece ampliar-se o risco de progressiva desresponsabilização do governo federal no financiamento da saúde. E, ao se retirar do papel de coordenador do pacto da integralidade, o governo federal tenderia a enfraquecê-lo. A proposta do fim dos incentivos federais parece representar um forte retorno à agenda municipalista que predominou nos anos 1990, mas agora em um contexto não apenas de menor coordenação como de perspectivas desfavoráveis para o financiamento do SUS, se mantida a tendência de redução do recurso federal e de maior pressão sob a ampliação da participação dos municípios no financiamento.

Uma terceira questão que se apresenta como relevante nessa discussão diz respeito à pressão dos serviços assistenciais de média e alta complexidade sobre o orçamento municipal e estadual em um contexto de não existência de vinculação da aplicação. A participação da média e alta complexidade no gasto do SUS é expressiva,¹⁶ dado o valor elevado dos bens e serviços oferecidos nesses níveis de atenção. Cabe lembrar a expressiva participação de estabelecimentos de saúde privados, sem e com fins lucrativos, na provisão de serviços de média e alta complexidade no SUS, os quais conformam coalizão política em defesa da assistência à saúde em nível mais elevado de complexidade e impõem desafios regulatórios importantes aos entes que os contratam (Menicucci, 2014). Pressionados por esta demanda, os gestores locais poderiam vir a priorizar o financiamento dos serviços

16. Ver capítulo 5, de Paiva, Gonzalez e Benevides, neste volume.

assistenciais mais complexos, mesmo que em detrimento da atenção básica e de ações de promoção e proteção à saúde (Funcia, 2017; Fiocruz, 2018).

Características da governança local, como a fragilidade técnica e a alta rotatividade de secretários nos municípios, assim como a fragilidade estrutural e técnica da secretaria estadual de saúde, têm sido apontadas como problemas frequentes no SUS. Adicionam-se ainda a esse rol de limitações à gestão efetiva e eficiente do sistema a dificuldade dos colegiados regionais em superar os interesses eleitorais e corporativos presentes na cultura e na dinâmica política municipal; a incapacidade para regular o setor privado contratado, seja para a gestão, seja para a prestação de serviço; a fragilidade dos instrumentos jurídicos para garantia das pactuações; e a dificuldade de regulação dos fluxos regionais (Mello *et al.*, 2017).

Nesse contexto, uma quarta e última questão diz respeito à regionalização da assistência à saúde. Ao lado de obstáculos como a falta de recursos novos, a ausência do poder político-partidário e do Executivo estadual nas coalizões de apoio à regionalização, além da judicialização da saúde (Moreira, Ribeiro e Ouverney, 2017), a desvinculação da aplicação dos recursos federais poderia criar condições ainda mais desfavoráveis a esse processo. A experiência pregressa do próprio SUS aporta lições importantes a esse respeito, como já apontado anteriormente. Argumentos de natureza econômica justificam a regionalização da oferta de serviços especializados. Com a agenda de reforma das formas de repasse dos recursos federais, o debate sobre a regionalização das ações e serviços ganha nova formulação, ancorando-se na iniciativa autônoma dos municípios de se articularem e cooperarem nos espaços das regiões de saúde. Contudo, com a baixa participação dos estados e a possibilidade de redução da atuação do governo federal, aumentam as incertezas sobre a capacidade dos municípios se articularem, a fim de conformarem redes regionais de atenção à saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma possível desvinculação da aplicação dos recursos repassados pela União a estados e municípios tem sido defendida em nome do respeito à autonomia dos entes, propondo-se a transferência global dos recursos federais e sua aplicação em consonância com o planejamento de cada um deles e do planejamento regional. A proposta pactuada em 2017, no âmbito da CIT, visando à mudança na forma de transferência dos recursos federais, enfatizou as vantagens do fortalecimento da autonomia municipal. Não se observaram sugestões para reforçar a institucionalidade da regionalização, nem para aperfeiçoar estratégias ou instrumentos de gestão compartilhada, apesar da frequente menção aos planos regionais como o instrumento principal – senão suficiente – para garantir a colaboração e coordenação da política e conduzir o processo de afirmação das regiões de saúde e de

consolidação da rede hierarquizada de serviços. O recente debate federativo no âmbito do SUS tem, assim, relegado questões centrais, como as chamadas “disputas predatórias” entre municípios e a centralidade da regionalização, incluindo o tema dos instrumentos e dos incentivos ao fortalecimento cooperação, visando à integralidade do atendimento.

A forma dos repasses aos entes subnacionais pelo MS tem sido alvo de críticas, especialmente quanto à pouca flexibilidade para o uso dos recursos pelos gestores locais. Mas se o estabelecimento de um conjunto excessivo de regras para aplicação dos recursos pode resultar em constrangimentos para a gestão, sua crítica pode promover o aperfeiçoamento de arranjos e instrumentos de coordenação, e não seu esvaziamento. O aprendizado acumulado nessas três décadas de implementação do SUS aponta para a necessária articulação dos municípios, configurando regiões de saúde e redes de atenção à saúde, contando com incentivos em prol de maior colaboração e coordenação. O enfraquecimento dos mecanismos de coordenação federativa fragilizará a organização do sistema e conseqüentemente o alcance da meta da integralidade da atenção à saúde.

A demanda por maior autonomia decisória tem sido fortalecida pelo movimento de desvinculação da aplicação dos recursos federais. A União, desde a promulgação da EC nº 95/2016, esboça um movimento de retirada do pacto federativo, e parece propensa a deixar principalmente nas mãos dos municípios o ônus das escolhas difíceis na alocação dos cada vez mais escassos recursos para financiamento da saúde. Essa retirada, implicando a fragilização dos instrumentos de coordenação federativa, tende a repercutir negativamente na cooperação entre os entes federados e da coordenação dos esforços entre eles. Ampliam-se expressivamente os riscos para o futuro do SUS como sistema único de saúde e para a redução das desigualdades na oferta de serviços no país.

Por fim, cabe lembrar que o subfinanciamento do SUS e a estratégia em curso na União de redução da participação federal nos gastos com saúde, afastando-se do pacto de cofinanciamento do sistema em consonância com sua maior capacidade de arrecadação, foram os principais motores da proposta de desvinculação total dos repasses federais. Assim, o congelamento da aplicação mínima em saúde decorrente da aprovação da EC nº 95/2016 parece incentivar a União a transferir maiores responsabilidades a estados e municípios. Ao contrário da descentralização feita nos anos 1990, quando o MS exerceu forte papel indutor e coordenador, o processo atual expressa o baixo compromisso da União para a garantia do acesso universal e igualitário a serviços de saúde no Brasil por meio do SUS. Por sua vez, a grande pressão dos gastos, especialmente sobre os municípios, sem o mesmo grau de esforço para o financiamento do sistema por parte da União e dos estados, gera um forte apelo para recebimento de repasses desvinculados, de forma que os gestores municipais possam manejar mais facilmente os recursos escassos disponíveis,

sem correrem riscos perante os órgãos de controle por descumprimento de regras federais quanto à sua aplicação. Nesse contexto, a consolidação do SUS como sistema único e as garantias constitucionais quanto ao acesso aos serviços de saúde de forma universal, igualitária e integral podem se tornar cada vez menos factíveis.

REFERÊNCIAS

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

ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017.

ANDRADE, M. V. *et al.* Desafios do sistema de saúde brasileiro. *In*: DE NEGRI, J. A.; ARAÚJO, B. C.; BACELETTE, R. (Orgs.). **Desafios da nação**: artigos de apoio. Brasília: Ipea, 2018. v.2. p. 357-416.

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

_____. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

ARRETCHE, M.; FUZARO, E.; GOMES, S. Democracia, políticas sociais e pobreza no Brasil. *In*: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIA POLÍTICA, 8., 2012, Gramado, Rio Grande do Sul. **Anais...** Gramado: ABCP, 2012.

BENEVIDES, R. P. S. **As transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde em 2016**. Brasília: Ipea, 2018. (Nota Técnica, n. 46).

BESSA, S. Entrevista com Mauro Junqueira. **Revista Conasems**, n. 70, p. 48-50, out./dez. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2Bt4gSd>>.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <<https://bit.ly/2rq7Dnq>>.

_____. Ministério da Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde**: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS**. Brasília: MS, jan. 1997. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/nob.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 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. **Diário Oficial**, Brasília, p. 1, 29 jun. 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2jsLz87>>. Acesso em: 3 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial**, Brasília, 28 dez. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2Q4DLuJ>>. Acesso em: 29 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)**. Brasília: MS, [s.d.]. Disponível em: <<https://bit.ly/2N4uXD2>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

CAMPOS, F. C. C. Gestão intergovernamental e financiamento do Sistema Único de Saúde: apontamentos para os gestores municipais. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 79-110.

CARVALHO, T. Sistema único, caixa único: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Revista Conasems**, Brasília, n. 68, p. 30-37, fev./abr. 2017.

CHARBIT, C. Governance of public policies in decentralized contexts: the multi-level approach. **OECD Regional Development Working Papers**, Paris, n. 4, p. 1, 2011.

CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Manifesto Conasems em defesa do Sistema Único de Saúde**: caixa único. Brasília: CONASEMS, 2017a. Disponível em: <<https://bit.ly/2jPVWnj>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

_____. Congresso do Conasems debate unificação dos blocos de financiamento. **Revista Conasems**, Brasília, n. 69, p. 19-26, abr./jun. 2017b.

COSTA-FONT, J.; GREER, S. L. Health system federalism and decentralization: what is it, why does it happen, and what does it do? *In*: COSTA-FONT, J.; GREER, S. L. (Eds.). **Federalism and decentralization in european health and social care**. London: Palgrave Macmillan, 2013. p. 1-9.

EVANS, P. Population health and development an institutional-cultural approach to capability. *In*: HALL, P.; LAMONT, M. (Ed.). **Successful societies: how institutions and culture affect health**. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 2009.

FALLETI, T. G. Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 46-85, 2006.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Centro de Estudos Estratégicos. **Portaria do Ministério da Saúde que dá autonomia a gestores locais desestrutura o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. Disponível em: <<http://www.cee.fiocruz.br/?q=node/713>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

FUNCIA, F. R. **Nota introdutória sobre a nova portaria da CIT que trata das transferências SUS fundo a fundo**. Rio de Janeiro: Cebes, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2GtTbnk>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

GREER, S. L. **The politics of European Union health policies**. United Kingdom: McGraw-Hill, 2009.

GREER, S. L.; JACOBSON, P. D. Health care reform and federalism. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 35, n. 2, p. 203-226, 2010.

HALL, P. A.; LAMONT, M. Why social relations matter for politics and successful societies. **Annual Review of Political Science**, v. 16, p. 49-71, 2013.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**. Brasília, Ipea, n. 24, 2016.

JACCOUD, L.; VIEIRA, F. S. **Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2399).

JUNQUEIRA, M. G. Sistema Único de Saúde: caixa único. **Ensaios & Diálogos em Saúde Coletiva**, n. 3, p. 34-35, 2016.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, L. D. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. *In*: FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro – organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; ME; SAE/PR, 2013. v. 3. p. 73-139.

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. A. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. *In*: VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. (Orgs.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 39-63.

LIMA, L. D. *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012a.

_____. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012b.

MACHADO, J. A. **Políticas públicas descentralizadas e problemas de coordenação**: o caso do Sistema Único De Saúde. 2007. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

MELLO, G. A. *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, 2017.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENDES, A. As categorias de repasses do financiamento federal do SUS e os critérios de rateio: história, mudanças recentes e propostas. **Revista Conasems**, n. 70, p. 42-45, out./dez. 2017.

MENICUCCI, T. **A relação entre o público e o privado e o contexto federativo do SUS**: uma análise institucional. Santiago: Cepal, 2014.

MENICUCCI, T.; MARQUES, A. Cooperação e coordenação na implementação de políticas públicas: o caso da saúde. **Dados**, v. 59, n. 3, p. 823-865, 2016.

MENICUCCI, T.; COSTA, L.; MACHADO, J. A. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 29-40, jan. 2018.

MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. M.; OUVENEY, A. M. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1097-1108, 2017.

OATES, W. E. An eEssay on fiscal federalism. **Journal of Economic Literature**, v. 37, n. 3, p. 1120–1149, set. 1999.

OBINGER, H., LEIBFRIED, S.; CASTLES, F. G. (Eds.). **Federalism and the welfare state**: new world and European experiences. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 2005.

PAIVA, A.; GONZALEZ, R.; LEANDRO, J. G. Coordenação federativa e financiamento da política de saúde: mecanismos vigentes, mudanças sinalizadas e perspectivas para o futuro. **Novos Estudos Cebrap**, v. 36, n. 2, p. 55-81, 2017.

PIOLA, S. F. *et al.* **Financiamento público da saúde**: uma história à procura de rumo. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1846).

POLTON, D. Décentralisation des systèmes de santé: un éclairage international. **Revue Française des Affaires Sociales**, n. 4, p. 267-299, 2004.

_____. La gouvernance des systèmes de santé et d'assurance maladie, une perspective internationale. **Regards**, v. 52, n. 2, p. 175-185, 2017.

PRUD'HOMME, R. The dangers of decentralization. **The World Bank Research Observer**, v. 10, n. 2, p. 201-220, 1995.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, p. 14-24, 2016. Número especial.

RIBEIRO, J. M. *et al.* Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1031-1044, 2017.

RINEHART, D.; PEREIRA, B. L. S.; FALEIROS, D. R. Onde a lógica perversa das caixinhas silencia a participação da comunidade no SUS? **Revista Conasems**, Brasília, n. 69, p. 45-50, abr./jun. 2017.

RODDEN, J. Federalismo e descentralização em perspectiva comparada: sobre significados e medidas. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, p. 9-27, jun. 2005.

SALTMAN, R.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBAEK, K. **Decentralization in health care: strategies and outcomes**. Berkshire, United States: McGraw-Hill, 2007.

SANTOS, L. **SUS: desafios político-administrativos da gestão interfederativa da saúde: regionalizando a descentralização**. 2012. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2012.

SANTOS, N. R. O repasse federal unificado do Ministério da Saúde para estados e municípios: considerações para um posicionamento e mobilização. **Ensaio & Diálogos em Saúde Coletiva**, n. 3, p. 32-33, 2016.

VAZQUEZ, D. Mecanismos institucionais de regulação federal e seus resultados nas políticas de educação e saúde. **Dados Revista de Ciências Sociais**, v. 57, n. 4, p. 969-1005, 2014.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica, n. 28).

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

ALEXANDER, E. R. Interorganizational coordination: theory and practice. **Journal of Planning Literature**, v. 7, n. 4, p. 328-343, 1993.

ANTUNES, A. Entrevista com Áquilas Mendes: o grande problema é a falta de dinheiro para o SUS, e não a forma de repasse desses recursos. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**, 17 fev. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2kxvBfP>>. Acesso em: 26 maio 2017.

ARRETCHE, M. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? **Dados**, v. 53, n. 3, p. 587-620, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: MS, 1990. Disponível em: <<https://bit.ly/2IHPpIB>>. Acesso em: 1 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) 01/2002. **Diário Oficial**, Brasília, v. 139, n. 40, p. 52-68, fev. 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/1JKKela>>. Acesso em: 3 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial**, Brasília, p. 43-51, 23 fev. 2006. Seção 1. Disponível em: <<https://bit.ly/1Hd5xdf>>. Acesso em: 3 nov. 2017.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, p. 1, 16 jan. 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2TEdv9p>>.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Manual Técnico de Orçamento: MTO 2016**. Brasília: Secretaria de Orçamento Federal, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2E1cin2>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Caixa Único e política nacional de atenção básica. **Revista Conasems**, n. 70, out./dez. 2017.

_____. SUS Legal: Conasems, Conass e Ministério pactuam novo modelo de repasse de recursos do SUS. **CONASEMS**, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2DlnGIT>>. Acesso em: 26 maio 2017.

DALLARI, S. G. Descentralização *versus* municipalização. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 35, p. 39-42, 1992.

FERNANDES, M. A. C. *et al.* **Gasto social das três esferas de governo 1995**. Brasília: Ipea, 1998. (Texto para Discussão, n. 598).

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ; Abrasco, 2009.

MELAMED, C. Regulamentação, produção de serviços e financiamento federal do Sistema Único de Saúde: dos anos 90 aos 2000. *In*: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011.

MENICUCCI, T.; MARQUES, A.; SILVEIRA, G. O desempenho dos municípios no Pacto pela Saúde no âmbito das relações federativas do Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 348-366, 2017.

PIOLA, S. F. **Transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde para estados, Distrito Federal e municípios**: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar nº 141/2012. Brasília: Ipea, 2017. (Texto para Discussão, n. 2298).

RAMOS, M. C. A. *et al.* Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 43, 2015.

SANTOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. *In*: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417-442.

VIANA, A. L. A. *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015.

WEICHERT, M. A. **Saúde e federação na Constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.