

TEXTO PARA DISCUSSÃO

2745

COORDENAÇÃO ENTRE AS
INSTÂNCIAS DE GOVERNO E O PAPEL
DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SÉRGIO FRANCISCO PIOLA



NAÇÕES UNIDAS

CEPAL



**A COORDENAÇÃO ENTRE AS
INSTÂNCIAS DE GOVERNO E O PAPEL
DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE¹**

SÉRGIO FRANCISCO PIOLA²

1. Trabalho desenvolvido no âmbito do Programa Executivo de Cooperação entre a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal) e o Ipea em políticas públicas para o desenvolvimento econômico, social e ambiental do Brasil e da América Latina, orientadas pela Agenda 2030 das Nações Unidas e pelas propostas dos desafios para a nação brasileira do Ipea.

2. Especialista em saúde pública; técnico de planejamento e pesquisa do Ipea aposentado; e consultor no âmbito do Programa Executivo de Cooperação CEPAL/Ipea. *E-mail*: <sergiofpiola@gmail.com>.

Governo Federal

Ministério da Economia

Ministro Paulo Guedes

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério da Economia, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

ERIK ALENCAR DE FIGUEIREDO

Diretor de Desenvolvimento Institucional

ANDRÉ SAMPAIO ZUVANOV

**Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das
Instituições e da Democracia**

FLÁVIO LYRIO CARNEIRO

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas
MARCO ANTÔNIO FREITAS DE HOLLANDA CAVALCANTI

**Diretor de Estudos e Políticas Regionais,
Urbanas e Ambientais**

NILO LUIZ SACCARO JUNIOR

**Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de
Inovação e Infraestrutura**

JOÃO MARIA DE OLIVEIRA

Diretor de Estudos e Políticas Sociais
HERTON ELLERY ARAÚJO

**Diretor de Estudos e Relações Econômicas e
Políticas Internacionais**

PAULO DE ANDRADE JACINTO

**Assessor-chefe de Imprensa e
Comunicação (substituto)**

JOÃO CLÁUDIO GARCIA RODRIGUES LIMA

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2022

© Nações Unidas 2022

LC/BRS/TS.2022/3

Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica
Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 1990-

ISSN 1415-4765

1. Brasil. 2. Aspectos Econômicos. 3. Aspectos Sociais.
I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 330.908

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 e da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL).

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

Os Estados-membros das Nações Unidas e suas instituições governamentais podem reproduzir este estudo sem autorização prévia. É solicitado, apenas, que mencionem a fonte e informem à CEPAL sobre essa reprodução.

Este estudo foi elaborado no âmbito do Programa Executivo de Cooperação entre a CEPAL e o Ipea.

JEL: H77; I18; H51.

DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td2745>

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	6
2 CONTORNOS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	8
3 EVOLUÇÃO SUCINTA DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	14
4 PROPOSTAS PARA O APERFEIÇOAMENTO DA COORDENAÇÃO FEDERATIVA E DO PAPEL DO GOVERNO FEDERAL NO SUS: O QUE APRENDER COM A EXPERIÊNCIA?	25
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31
ANEXO A	38
ANEXO B	42
REFERÊNCIA	48

SINOPSE

O cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade na cobertura, integralidade do atendimento e equidade do acesso, em um país federado, composto pela União, 5.570 municípios, 26 estados e um Distrito Federal, com um sistema de saúde de atribuições e responsabilidades compartilhadas entre as três esferas de governo e gestão descentralizada, em um contexto de entes federativos com grandes disparidades econômicas, sociais e administrativas, constitui um imenso desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS). Como forma de preservar os princípios constitucionais do sistema, foram utilizados diversos instrumentos de reforço à coordenação entre as esferas de governo, entre os quais merecem destaque as transferências de recursos federais para os estados, o Distrito Federal e os municípios, os órgãos de gestão colegiada e a implementação de diversas iniciativas e experiências para melhorar a condução e a coordenação sistêmica em suas diferentes dimensões. Nesse contexto, este trabalho, a partir de uma revisão narrativa da literatura técnico-científica e de documentos legais, faz uma análise da experiência do SUS a partir das seguintes perspectivas: i) fundamentos constitucionais e legais que organizam o sistema; ii) experiência de implantação do SUS, procurando identificar os principais avanços, problemas e desafios; iii) identificação da relevância da coordenação federativa para o SUS, destacando, nesse sentido, a importância que tem sobretudo em países com as características do Brasil, bem como o papel do governo federal para dar o efetivo suporte ao alcance dos princípios constitucionalmente definidos para a área de saúde.

Palavras-chave: saúde pública; Sistema Único de Saúde (SUS); relações intergovernamentais; federalismo; descentralização; coordenação federativa.

ABSTRACT

Brazil is a federation composed by the Federal Government, twenty-six states and the Federal District and 5,570 municipalities. The organization of the national health system is a shared responsibility of this three spheres of government and must comply to the constitutional principles of universal coverage, comprehensiveness and equity, and also with the decentralized management of the the Unified Health System (SUS). This constitutes an immense challenge. To preserve the constitutional principles of the system, several instruments were used to reinforce coordination between the levels of government, among which the transfers of federal resources to states, the Federal District and municipalities. Collegiate management bodies were also organized. Various initiatives and experiences were implemented to improve and conduct a systemic coordination in of the different dimensions of the health system. In this context, this work, based on a narrative review of technical-scientific literature and legal documents, analyzes the experience of the SUS from the following perspectives: i) constitutional and legal foundations that organize the health system; ii) SUS implementation experience, seeking to identify the main advances, problems and challenges; iii) identification of the relevance of federative coordination for the SUS, highlighting, in this sense, the importance of the role of the Federal Government in providing effective support for the achievement of the constitutionally defined principles for the health area, especially in countries with the characteristics of Brazil.

Keywords: public health; unified health system; intergovernmental relations; federalism; decentralization; federative coordination.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil é uma república federativa de grande extensão territorial, composta pela União, por 26 estados, pelo Distrito Federal e por 5.570 municípios. A organização federativa do país apresenta características muito singulares. São três instâncias de governo com autonomia – econômica, política e administrativa – sendo que estados e municípios apresentam grandes desigualdades de capacidade econômica, porte populacional e extensão territorial. A maior parte dos municípios são pequenos, em torno de 68% (cerca de 3.800) têm menos de 20 mil habitantes. Estes municípios abrigam um total de quase 32 milhões de habitantes, apenas 15% da população total do país. Desses 3.800 municípios da faixa populacional de até 20 mil habitantes, cerca de 33% têm até 5 mil habitantes, abrigoando 2% da população do país.

A distribuição da receita disponível entre os três entes da Federação é bastante desigual. A carga tributária do Brasil foi estimada em 35% do produto interno bruto (PIB) para 2018. A maior parcela da receita tributária é arrecadada pela União (65,66%). Os tributos estaduais são responsáveis por 27,16% da arrecadação e os municipais por 7,18%. A distribuição da receita disponível, no entanto, favorece, com mais intensidade, os municípios. Depois de feitas as transferências constitucionais, com a União, ficam 54,8% das receitas tributárias; com os estados, 25,2%; e os municípios têm sua participação na receita mais do que duplicada: ficam com 20% do total (Afonso e Castro, 2019).

As atribuições básicas na área da saúde são compartilhadas entre as três esferas de governo, embora o desempenho efetivo dessas atribuições possa apresentar especificidades e complementariedades. A regra quase geral, de acordo com a legislação, é o compartilhamento de atribuições e competências. Assim, ainda que a saúde seja competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (Brasil, 1988, art. 23), a competência do município fica mais claramente explicitada, principalmente em relação à atribuição “de prestar serviços de atendimento à saúde da população”, contando, para tanto, com o apoio técnico e financeiro da União e do estado no desempenho dessas funções (*op. cit.*, art. 30, item VII). Por sua vez, seja pela exigência em questões específicas, seja por definições constitucionais e legais ou ainda pelas assimetrias históricas da Federação brasileira, a presença ativa do governo federal na condução ou coordenação do sistema é imprescindível para o alcance de seus objetivos constitucionais.

Os mecanismos mais utilizados, com diferentes ênfases ao longo do tempo para o compartilhamento das decisões, têm sido o Conselho Nacional de Saúde (CNS), os órgãos intergestores,¹ os órgãos de representação dos Secretários Estaduais de Saúde (Conselho Nacional de Secretários

1. No âmbito federal, a comissão intergestores tripartite (CIT); no âmbito dos estados, a comissão intergestores bipartite (CIB); e no âmbito de municípios que conformam regiões de saúde, a comissão intergestores regional (CIR).

de Saúde – Conass) e das Secretarias Municipais de Saúde (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems) e os conselhos estaduais e municipais de saúde.

Diversos autores têm salientado a importância dos instrumentos ou mecanismos financeiros existentes no SUS, especialmente as transferências federais, para sua condução mais coordenada e alinhada às prioridades nacionais (Arretche, 2004; Jaccoud e Vieira, 2020; Paiva, Gonzalez e Benevides, 2020). As transferências federais, modalidade fundo a fundo, não somente favoreceram a descentralização da gestão, mas também induziram o acolhimento de prioridades importantes, como a atenção básica de saúde, por parte dos estados e, principalmente, dos municípios. Também merece destaque a utilização, a partir de 2011, de repasses vinculados à conformação de redes de atenção, o que permitiu a organização de atendimento mais oportuno e integral a diversas situações, como parto, urgências e emergências, e neoplasias, entre outras.

A dinâmica utilizada nas transferências federais para estados, Distrito Federal e municípios, apesar de ter tido inegáveis efeitos positivos como estratégia de descentralização da gestão (Arretche, 2002), trouxe também efeitos colaterais pouco desejáveis. Mendes e Pestana (2004) chamaram esses efeitos de municipalização autárquica.² Essa dinâmica, apesar da criação de iniciativas como a do Pacto pela Saúde, em 2006, e o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap), em 2011, trouxeram dificuldades à organização mais integral de redes regionalizadas de atenção à saúde com o objetivo de prover a continuidade e a integralidade da atenção, diminuir desigualdades de acesso, aumentar a qualidade dos cuidados e contribuir para esvaziar as infindáveis filas por atendimento.

A quebra no ritmo de crescimento dos recursos destinados ao setor, provocada pela implantação do Novo Regime Fiscal (NRF), a partir de 2016, prenunciava o aumento de conflitos nas relações federativas, mal-estar que se aguçou com a chegada da pandemia de covid-19, tornando ainda mais visíveis os conflitos federativos na área da saúde. Essa nova situação aumentou a importância da necessidade de rediscussão do papel do governo federal na área da saúde.

Com esse objetivo, este texto está organizado da seguinte forma. A seção 2, que segue esta introdução, resume os contornos constitucionais e legais do Sistema Único de Saúde (SUS) no tocante a princípios, diretrizes, responsabilidades e competências. A seção 3 apresenta uma

2. Segundo Mendes e Pestana (2004), a chamada “municipalização autárquica significou um incentivo para a expansão dos serviços municipais de saúde, dado que o enfoque de gestão da oferta, implicitamente, passou a mensagem de que, para alcançar uma forma superior de gestão municipal se deveria instituir, no território municipal, o maior número de serviços de saúde possível”, não incentivando a busca por parcerias regionais.

evolução sucinta da organização do sistema, destacando os principais instrumentos ou mecanismos utilizados para a coordenação sistêmica: principais estratégias desenvolvidas, seus avanços e problemas. A seção 4 discute algumas propostas para o aperfeiçoamento da coordenação federativa do SUS, com destaque para o papel do Ministério da Saúde (MS), e, por fim, na seção 5, são feitas as considerações finais.

2 CONTORNOS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2.1 Principais regras constitucionais

Na Constituição Federal de 1988 (CF/1988), a saúde, junto com a previdência e a assistência social, fazem parte da seguridade social que compreende: “um conjunto integrado de ações dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988, art. 194). A seção da saúde é composta por quatro artigos, do 196 ao 200. Eles definem as bases do sistema então criado. O art. 196 trata mais especificamente da saúde como direito da cidadania e tem a seguinte redação: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). Como se verifica, essa formulação acolheu tanto a concepção de saúde como um direito humano e sua determinação social, quanto a necessidade da garantia de políticas públicas específicas e está baseada nos princípios de direito de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Ipea, 2009).

O art. 197 confere o *status* de relevância pública³ às ações e serviços de saúde e do direito à sua execução: “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (Brasil, 1988). Essa qualidade, relevância pública, justifica a sua regulamentação e fiscalização pelo poder público, no caso, esta é realizada pelo Ministério Público (Ipea, 2009).

3. Segundo Ferraz e Benjamin (2004), a expressão “qualifica os serviços que, embora não prestados diretamente pelo Estado (isto é, embora não sejam propriamente serviços públicos), são marcados pela importância, necessidade e essencialidade para o poder público e para a sociedade”.

TEXTO para DISCUSSÃO

O art. 198 estabelece a forma de organização das ações e serviços públicos de saúde (ASPS), integrados em rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, de acordo com as diretrizes de: i) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; ii) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e iii) participação da comunidade. Os parágrafos desse artigo definem também a forma de financiamento do sistema público de saúde.⁴

O art. 199 estabelece que a assistência à saúde “é livre à iniciativa privada” e trata das condições da participação de instituições privada em regime complementar no sistema único de saúde “segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferências as entidades filantrópicas e as sem fim lucrativos” (Brasil, 1988). Nota-se, desta forma, que mesmo com a criação, em 1988, do SUS, de caráter público e de cobertura universal, a existência de serviços privados, ligados ou não a ele, foi garantida pela Constituição.

O art. 200 trata de outras atribuições do SUS, basicamente aquelas relacionadas às atividades de vigilância em saúde (sanitária, epidemiológica, bem como saúde do trabalhador), à ordenação da formação de recursos humanos na saúde, à participação na formulação da política e de ações na área de saneamento, colaboração na proteção do meio ambiente, entre outras.

Como exposto anteriormente, a forma de organização do SUS está definida no art. 198 da CF/1988 como rede única, regionalizada e hierarquizada, tendo como diretrizes a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade. Pela importância para a coordenação federativa, convém chamar a atenção para a diretriz I do artigo referido: “I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo.” Essa diretriz nos remete ao Título III da CF/1988, que trata da organização do Estado, principalmente aos artigos que versam sobre as competências dos entes da Federação (União, estados, Distrito Federal e municípios). Entre os três entes da Federação, o município é o único a merecer menção clara e específica quanto à sua competência setorial na área da saúde (Brasil, 1988, art. 30, inciso VII): “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do estado, serviços de atendimento à saúde da população”. A competência comum aos três entes federativos – “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências” (Brasil, 1988, art. 23, inciso II) é genérica e concorrente. Ademais, quando a atribuição de legislar for concorrente, como ocorre no campo da proteção e defesa da saúde e da previdência social (*op. cit.*, art. 24, inciso XII), a União deve se restringir a estabelecer normas gerais (*op. cit.*, art. 24, § 1º),

4. Na versão original da CF/1988, a saúde, como componente da seguridade social, tinha seu financiamento, no âmbito da União, baseado em uma subvinculação de percentual do orçamento da Seguridade Social.

não excluindo a competência suplementar dos estados (*op. cit.*, art. 24, § 2º). Embora não se tenha nada que ressalte de maneira mais direta, cuidar da saúde da população também é atribuição dos estados. Nesse caso, seguindo o princípio da subsidiariedade, uma vez que conforme o art. 25 da CF, § 1º, “são reservados aos estados as competências que não lhes sejam vedadas por esta Constituição”. Desta forma, como se pode constatar, a CF/1988 tem, no campo da saúde, uma postura fortemente descentralizadora para as municipalidades, no tocante às responsabilidades pela prestação de serviços de assistência à saúde.

Nas primeiras versões do projeto de Constituição, pretendia-se delegar ao município a responsabilidade pela prestação de serviços básicos de saúde. Essa competência, no entanto, na última versão do substitutivo da Comissão de Sistematização da Assembleia Constituinte, foi ampliada para prestar “serviços de atendimento à saúde” e não somente serviços básicos de saúde ou atenção primária de saúde, como aparecera nas versões anteriores (Vianna e Piola, 1991). No entanto, os mesmos autores alegam que o termo cooperação técnica, que consta do art. 30, § VII da CF/1988, não tem alcance bem delimitado, podendo gerar diferentes interpretações. Por exemplo, a cooperação técnica poderia ser prestada como simples assessoramento na organização dos sistemas locais, se e quando solicitada pelos municípios, ou como prestação de serviços de maior densidade tecnológica e cuja área de influência transcenda as fronteiras municipais.

A diretriz de “integralidade no atendimento” (Brasil, 1988, art. 198, inciso II), por sua vez, foi também motivo de muitas discussões, tanto em relação ao seu entendimento, quanto, principalmente, à sua repercussão sobre a organização do sistema *vis-à-vis* a competência definida para os municípios.⁵ O art. 7º, inciso II, da Lei nº 8.080/1990, traz a seguinte definição para a questão: “integralidade de assistência, entendida como o 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”. Essa definição teve, de início, interpretações distintas. Para alguns, a palavra integralidade chamaria a atenção para a provisão do conjunto de serviços promocionais, preventivos e curativos, a chamada “integralidade horizontal”.⁶ Outros enfatizavam a garantia de acesso a todos os serviços necessários exigidos em cada caso nos diferentes níveis da assistência, ou seja, a “integralidade vertical”. De qualquer forma, a diretriz de integralidade no atendimento, em qualquer dos entendimentos, cria a necessidade de organização do sistema em níveis de complexidade e sugere também a exigência de ação articulada entre os entes federados, na organização

5. Pelo motivo óbvio que a quase totalidade das municipalidades não poderia prestar todos os tipos de serviços necessários à atenção integral à saúde.

6. Superação da dicotomia de serviços “individual *versus* coletivos” ou “preventivos *versus* curativos” muito presentes na concepção de serviços de saúde anterior ao SUS.

de redes regionalizadas e hierarquizadas, seja por uma questão de escala de atendimento, seja porque a maioria dos municípios não tem condições de prestar todos os serviços necessários ao atendimento dos diferentes problemas de saúde.

2.2 O que diz a Lei nº 8.080/1990 sobre as competências da União, dos estados e dos municípios na saúde, com destaque para o papel do governo federal

Com a CF/1988, as competências constitucionais e legais do poder público na área da saúde, como visto anteriormente, são compartilhadas pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios. Como decorrência, a expressão “gestor” do SUS passou a ser normalmente empregada tanto para o ministro da saúde quanto para os secretários de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal. Desta forma, o assim chamado gestor do SUS corresponde à “autoridade de saúde” em cada esfera de governo (Lima, 2013).

A Lei nº 8.080/1990, tendo como suporte o que está na CF/1988, procurou especificar, detalhar e dar mais operacionalidade às normas constitucionais. Desta forma, esta lei, no Título I – Das disposições gerais – art. 2º; reconhece a saúde como direito fundamental, sendo responsabilidade do Estado a sua garantia, mediante a execução de políticas diversas, não exclusivamente de saúde, não excluindo, contudo, a participação das pessoas, da família, das empresas e da sociedade e, no art. 3º, reforça o conceito da saúde como condição socialmente determinada.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (Brasil, 2013).

O art. 5º da seção objetivos e atribuições do sistema – Título II, Capítulo I, combinado aos arts. 2º e 3º da Lei nº 8.080/1990, definem como objetivos do SUS: a identificação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação e execução de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos, em condições que assegurem o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, levando em conta o reconhecimento da saúde como direito fundamental do ser humano, garantindo às pessoas, no caso da assistência, a cobertura com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (art. 5º, incisos I, II e III e arts. 2º e 3º, anexo A).

Também estão incluídos entre os objetivos do SUS, mais precisamente no que poderia ser chamado como “campos de atuação do SUS” a execução de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, de saúde do trabalhador, de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, a participação na formulação da política de outros setores, como o de saneamento básico, o de educação, a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho, o incremento de ações de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, entre outras atribuições (anexo A).

Dado o desenho organizativo do sistema público de saúde brasileiro, que segue o modelo federativo do país, muitas das atribuições e competências do SUS são, como vimos antes, compartilhadas entre as três esferas de gestão do sistema. E, nesses casos, na determinação da responsabilidade de execução destas, deve-se considerar a abrangência espacial e política das atribuições e competências.

No capítulo IV da CF/1988, que trata da competência e das atribuições, o art. 15 traz as atribuições comuns às três esferas, em seus respectivos âmbitos administrativos. A competência, tanto da direção nacional do SUS quanto da direção estadual e municipal, está discriminada nos arts. 16, 17 e 18 da Lei nº 8.080, respectivamente (anexo B).

Ainda que a maioria das atribuições/responsabilidades ou competências sejam compartilhadas ou comuns e, portanto, se repitam no rol de papéis de cada membro da Federação (União, estados e municípios), existem algumas que são, caracterizadamente, mais vocacionadas a fazer parte do rol de responsabilidades do governo federal; e outras, necessariamente, devem ser como aquelas que garantem as características básicas do sistema. Por exemplo, para que se possa garantir que o acesso e o atendimento sejam igualitários, bem como haja uma redução, ainda que progressiva, das desigualdades regionais; e sejam tomadas definições uniformes acerca da vigilância sanitária e epidemiológica e, assim por diante, é necessário que a autoridade federal tome a iniciativa para a construção de um marco regulatório a fim de que essa característica de unicidade ou uniformidade seja, efetivamente, atendida.

TEXTO para DISCUSSÃO

Em texto que analisa o papel do nível federal no sistema de saúde brasileiro, Machado (2013) discorre sobre as finalidades da atuação do governo federal na saúde à luz das especificidades da Federação brasileira e do seu sistema de saúde. Entre as finalidades de atuação federal na saúde, no caso brasileiro, são destacadas as seguintes:

- inserção da saúde em um novo modelo de desenvolvimento econômico e social, em linha com a necessidade de garantir o bem-estar do conjunto da população como condição necessária para concretizar o direito universal à saúde;
- garantia de condições favoráveis para a saúde da população em todo o território nacional, o que requer considerar os determinantes sociais da saúde, por meio de políticas sociais e econômicas articuladas;
- busca de redução das desigualdades da saúde em suas diferentes dimensões – acesso, uso, qualidade, situação de saúde – situação muito delicada em países federativos com desigualdades marcantes, como é o caso do Brasil, o que confere ao financiamento de origem federal um papel bastante proeminente; e
- coordenação federativa da política de saúde, com o objetivo de garantir políticas coerentes com os princípios do SUS.

Essas finalidades do governo federal na saúde, conforme colocado por Machado (2013) são derivadas dos arts. 2º e 3º da Lei nº 8.080/1998, Título 1 – Das disposições gerais – e estão, de certa forma, relacionadas ao entendimento de saúde como direito humano fundamental e condição socialmente determinada, como visto anteriormente.

Ainda no texto de Machado (2013), a participação da esfera federal na saúde é analisada com base em quatro macrofunções essenciais na organização dos sistemas de saúde:

- planejamento:⁷ pode-se acrescentar a formulação de políticas, considerada macrofunção fundamental para o direcionamento do sistema de saúde e ganha relevância ainda maior nos países federativos na definição de prioridades e estratégias nacionais;
- financiamento: importante para a consecução geral dos objetivos do sistema e, principalmente, para o financiamento redistributivo, a fim de diminuir as desigualdades territoriais;

7. A macrofunção planejamento recebe em alguns textos o significado de condução geral do sistema e de reitoria (nas publicações em espanhol).

- regulação nos seus diferentes campos: regulação de prestadores de serviços, de operadoras de planos privados; ou ainda, regulação sanitária, assistencial, do trabalho, de recursos e insumos para a saúde e a coordenação dos sistemas nacionais de informações em saúde. Enfim, a regulação das condições de convívio das diferentes esferas de governo; e
- prestação direta de serviços.

Visto sobre outra ótica, essas macrofunções poderiam também ser consideradas instrumentos ou mecanismos⁸ que possibilitam o governo federal a cumprir as suas responsabilidades constitucional e/ou legalmente determinadas no campo da saúde.

3 EVOLUÇÃO SUCINTA DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

3.1 Aspectos gerais

A implantação do SUS, a partir de 1988, apresentou grandes desafios. Um dos mais importantes foi migrar de um sistema bastante centralizado e segmentado, com predominância da assistência médica previdenciária, no tocante aos serviços de assistência médica, para um sistema único, de execução descentralizada e âmbito local (estados e municípios).⁹

Para a implantação do novo sistema, enfrentando os desafios de unificar as ações da assistência médica da Previdência e do MS e descentralizar para as instâncias subnacionais, observando as novas orientações legais, foram utilizados diversos instrumentos e/ou estratégias, como: i) o poder indutor decorrente da capacidade de alocar recursos financeiros; ii) formação e utilização de órgãos de deliberação colegiada, tanto de caráter técnico/administrativo quanto de participação da sociedade, representados, respectivamente, pelas comissões intergestores e pelos conselhos de saúde, em diversos níveis de deliberação do sistema, como políticos, representados pelo Conass

8. Segundo Jaccoud (2020), "instrumentos podem ser definidos como dispositivos e técnicas que organizam a ação do Estado junto a organizações e agentes públicos, bem como a atores sociais, tendo em vista os objetivos específicos e a operacionalização da política pública".

9. Essa migração, conforme especificam diversos autores, como Escorel (2012), não se deu de forma abrupta. A partir de meados dos anos 1970, verificaram-se diversas iniciativas de mais coordenação das ações realizadas pelo MS e pela assistência médica previdenciária, e de descentralização de ações para estados e municípios, principalmente para os primeiros, como as ações integradas de saúde (AIS) em 1983 e o Programa de Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) em 1987.

e Conasems; e iii) utilização de processos de programação integrada, que já tinham sido testados em iniciativas anteriores, como as AIS¹⁰ e o Suds.¹¹

Com relação aos recursos financeiros, em meados de 1988, ano de criação do SUS, a maior parte dos recursos públicos destinados à saúde, cerca de 75% do montante, eram provenientes da esfera federal (Medici, 2002). Desta forma, uma questão essencial para a implantação de um sistema descentralizado, como previsto na CF/1988, estava nas condições de repartição e transferência dos recursos federais para a saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Esse processo envolvia, no mínimo, três importantes questões: i) critérios para distribuição dos recursos; ii) forma de repasse; e iii) condições de uso dos recursos transferidos. Com relação à primeira questão, ela já era tratada na Lei nº 8.080, no art. 35. Este artigo estabelecia os critérios a serem utilizados para a distribuição dos recursos federais.

A segunda questão, forma de repasse, artigos vetados na Lei nº 8.080/1990 e reinseridos na Lei nº 8.142/1990¹² estabeleciam que as transferências deveriam ser regulares e automáticas, superando o antigo processo de transferências mediante convênios que não transmitiam segurança às esferas recipientes dos recursos, por não garantir automaticidade e regularidade nos repasses. A terceira questão era a liberdade que teriam as instâncias subnacionais na aplicação dos recursos transferidos. O próprio art. 35 já dava uma primeira pista sobre esse problema ao estabelecer, em seu § 1º, que, 50% dos recursos federais destinados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios seriam distribuídos pelo critério populacional simples (de acordo com o número da população) e os outros 50% mediante a análise de programas e projetos. Ou seja, os 50% distribuídos pelo critério populacional teriam uma alocação mais livre, enquanto os outros 50% poderiam ter sua alocação definida em programação previamente aprovada.

10. Programa de Ações Integradas de Saúde, em 1983, transformado em AIS em 1984, visava à integração interinstitucional e a descentralização. Em 1987, cerca de 2.500 municípios estavam integrados às AIS (Escorel, 2012).

11. O Suds, de 1987, aprovado por decreto e originário da Presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) tinha como proposta a transferência dos serviços de saúde da Previdência Social para estados e municípios, o estabelecimento do secretário de Saúde como gestor único do sistema em cada esfera de governo, entre outras medidas. Foi, de certa forma, uma proposta de preparação para o SUS (Escorel, 2012).

12. A respeito dessa questão, ver Piola (2017). Na Lei nº 8.142/1990, a forma regular e automática que deveriam ter as transferências federais no SUS está explicitada no art. 3º.

Como a discussão a respeito dos critérios de distribuição não progredia, apesar dos estudos realizados à época,¹³ a iniciativa mais urgente passou a ser a implementação do dispositivo que estabelecia como que deveriam ser transferidos os recursos federais, ou seja, a transferência regular e automática, superando o modelo anterior de transferência por meio de convênio e a remuneração por serviços produzidos, esta a forma então predominante de execução orçamentária dos recursos da assistência médica previdenciária. O repasse regular e automático, que daria mais segurança às instâncias receptoras dos recursos federais, foi legalmente estabelecido por meio do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, que dispôs sobre as condições e a forma de repasse regular e automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. A distribuição das transferências, na ausência de regulamentação do art. 35 da Lei nº 8.080/1990, teve de obedecer, de início, o critério da capacidade instalada para a produção de serviços – ou seja – a distribuição pré-existente. Posteriormente, a distribuição passou a ser norteadada por portarias ministeriais e critérios definidos nas chamadas normas operacionais básicas (NOBs). A experiência inicial de repasse em bloco, ou seja, recursos para assistência hospitalar e assistência ambulatorial, implementada pela NOB 1/1993, teve pouca duração. A partir de 1996, com a NOB 1/1996 e a criação do programa de atenção básica, foi iniciada uma maior “especialização” das transferências, com recursos destinados a novas iniciativas, geralmente condicionados à adesão a programas nacionais. Essa estratégia se, por um lado, permitiu a expansão mais rápida de prioridades nacionais, também gerou uma progressiva e excessiva compartimentalização das transferências, chegando a mais de 65 itens de transferências fundo a fundo em 2001 (Barros, 2003). A partir de 2006, procurou-se dar mais racionalidade a esse processo por meio do Pacto pela Saúde, quando, entre outras medidas, foram criados seis grandes blocos de transferências¹⁴ para reunir os grupos de destinações, com o uso de contas bancárias específicas. Apesar de representar um avanço em relação à situação anterior, a criação de contas por bloco não resolveu as reclamações de falta de autonomia da gestão local na aplicação de recursos, o que levou a novas mudanças em 2016, como será discutido mais adiante.

Por seu turno, junto com o Pacto pela Saúde de 2006,¹⁵ começou a se esboçar um movimento com objetivo de aumentar a participação federal no financiamento do SUS, por meio de iniciativas de parlamentares. Com a frustração da tentativa de inserir mudança na regra de vinculação de

13. Entre os primeiros estudos sobre a operacionalização do art. 35, encontram-se os seguintes: Vianna *et al.* (1990), Castro (1991) e Porto *et al.* (2001).

14. São eles: atenção básica, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e investimentos na rede de serviços de saúde (Brasil, 2007).

15. O Pacto pela Saúde era constituído por três dimensões: i) o Pacto pela Vida, conformado por um conjunto de compromissos sanitários; ii) o Pacto em Defesa do SUS, que envolvia ações no sentido de reforçar o SUS como política de Estado; e iii) o Pacto de Gestão, que tratava das responsabilidades da gestão compartilhada do SUS.

recursos federais no financiamento do SUS, ainda na Lei Complementar (LC) nº 141/2011, foi organizado um movimento nacional, que se consolidou em proposta de emenda popular.¹⁶ Essa emenda propunha mudar a participação da União no financiamento do SUS para o equivalente a 10% da receita corrente bruta (RCB).¹⁷ No Legislativo, entretanto, essa proposta foi substituída pela Emenda Constitucional (EC) nº 86/2015, que estipulou, como piso do financiamento federal do SUS, o equivalente a 15% da receita corrente líquida (RCL), percentual a ser alcançado no período de quatro anos. A proposta aprovada na EC nº 86/2015 foi bastante inferior ao pleito inicial de 10% da RCB.¹⁸ A nova vinculação, considerada insatisfatória por vários motivos (Piola, 2015; Pinto e Sarlet, 2015), começou a ser implementada em 2016 e logo foi atropelada pela aprovação da EC nº 95/2016, a emenda do NRF, que congelou as despesas primárias do governo federal pelo período de vinte anos.¹⁹ Diversos estudos demonstraram as consequências do congelamento das despesas primárias, que apenas seriam corrigidas pelo índice de inflação, entre estas, os efeitos negativos gerados aos programas sociais do governo e, em particular, à saúde (Vieira e Benevides, 2016; Funcia, 2015). Logicamente, a redução dos recursos federais na manutenção do sistema público de saúde diminui a força de condução sistêmica por parte do MS.

Duas outras medidas mais recentes reforçam a hipótese de fragilização da participação do governo federal no financiamento do SUS e, conseqüentemente, do seu papel indutor/coordenador (Jaccoud e Vieira, 2018). A primeira diz respeito à proposta de transferência global dos recursos federais, deixando a sua destinação final a critério das esferas recipientes. Esta proposta, em conjunto com outras, recebeu o nome de SUS-Legal,²⁰ em referência a uma volta, segundo argumen-

16. Movimento denominado Saúde +10 por se referir ao pleito de vinculação de 10% da RCB.

17. À época, a vinculação do piso da participação federal era o valor aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB. O ponto inicial foi o valor aplicado em 1999, acrescido de 5%, para o ano 2000. Essa regra, que evitava retrocessos na participação federal, passou a ser utilizada como teto e não como piso. A esse respeito ver: Piola *et al.* (2013).

18. Na época, 10% da RCB era equivalente a 18,5% da RCL, mas a proposta aprovada foi de 15% da RCL a ser alcançada progressivamente ao fim de quatro anos. A RCL corresponde à RCB menos as transferências constitucionais para estados, Distrito Federal e municípios.

19. Na aprovação da EC nº 95/2016, o piso da saúde foi estabelecido em 20% da RCL já para o ano de 2017, uma vez que, se fosse atendida a gradação prevista na EC nº 86/2015, o piso desse ano seria inferior ao valor que vinha sendo gasto pelo governo federal com ações e serviços públicos de saúde (ASPS).

20. O conjunto de propostas do chamado SUS Legal incluíam medidas na área do planejamento no SUS, dos sistemas de informações, do sistema de repasse de acordo com a LC nº 141 de 2012, instituição de caixa único, definição mais clara de competências e responsabilidades, entre outras. De todo esse conjunto de proposta, a que mais avançou foi a de flexibilização financeira na utilização dos recursos repassados. O argumento principal para a medida era de que, à época, existiam mais de R\$ 5 bilhões, sem utilização nos estados e municípios em função da rigidez das regras de aplicação das transferências (Conasems, 2017).

tavam os defensores da proposta, prevista na legislação básica do SUS. A proposta de agregação dos repasses federais em apenas dois blocos – custeio e investimento – buscou se legitimar com a alegação, justa, de excesso de segmentação nos repasses federais para as esferas subnacionais (Santos, 2016; Junqueira, 2016). Ainda que possa ter bastante racionalidade para os gestores locais, mudança de tal natureza eliminaria o poder de indução das transferências federais, como ocorreu até o momento (Paiva, Gonzalez e Benevides, 2020). Além dessa questão, estudos também criticam a proposta por entender que tal mudança “aliviaria a pressão sobre o MS por mais recursos, pois estes poderiam ser alocados segundo as necessidades e prioridades” dos gestores locais (Jaccoud e Vieira, 2018). Um terceiro motivo de preocupação a provocar uma fragilização cada vez maior na coordenação exercida pelo MS, diz respeito ao aumento dos recursos do MS destinados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios por meio de emendas parlamentares impositivas.²¹ São cada vez maiores os valores transferidos por meio desse dispositivo.²² Note-se que a distribuição desses recursos, seja para investimento seja custeio, se faz de acordo com a divisão da representação política (deputados e senadores) de cada estado, critério que passa distante da utilização de critérios setoriais técnicos de prioridade (Piola e Vieira, 2019), representando, na prática, mais um enfraquecimento do papel indutor das transferências federais.

3.2 Importância dos recursos federais aplicados no SUS para a coordenação federativa

No SUS, a coordenação federativa é imprescindível para o alcance de alguns de seus princípios mais importantes, como o acesso universal, a integralidade da atenção e a igualdade no atendimento, que só são alcançáveis se forem atendidos requisitos de coordenação entre as diferentes instâncias da Federação. Os recursos financeiros, a depender da forma de sua utilização, podem se constituir em instrumento de indução de políticas e fortalecimento da coordenação federativa (Jaccoud e Vieira, 2020; Paiva, Gonzalez e Benevides, 2020; Arretche, 2004).

21. Junto com a EC nº 85 de 2016 foi aprovada a inclusão de emendas parlamentares de execução obrigatória no Orçamento Geral da União, até o valor correspondente a 1,2% da RCL, sendo a metade desse percentual destinada a ASPS. Na mesma EC, aprovou-se que as emendas parlamentares para a saúde fariam parte do piso de aplicações do governo federal no SUS. Antes da EC nº 85, as emendas parlamentares não eram consideradas para efeito de cumprimento do piso.

22. O valor das emendas parlamentares no orçamento do MS vem crescendo desde 2015. Em 2018, somente as emendas individuais impositivas representaram 3,8% do gasto do MS com ASPS, mas quando se leva em conta todas as emendas, não somente as impositivas, o valor sobe para 7,5% do total aplicado no ano. Sobre este assunto ver: Piola e Vieira (2019).

TEXTO para DISCUSSÃO

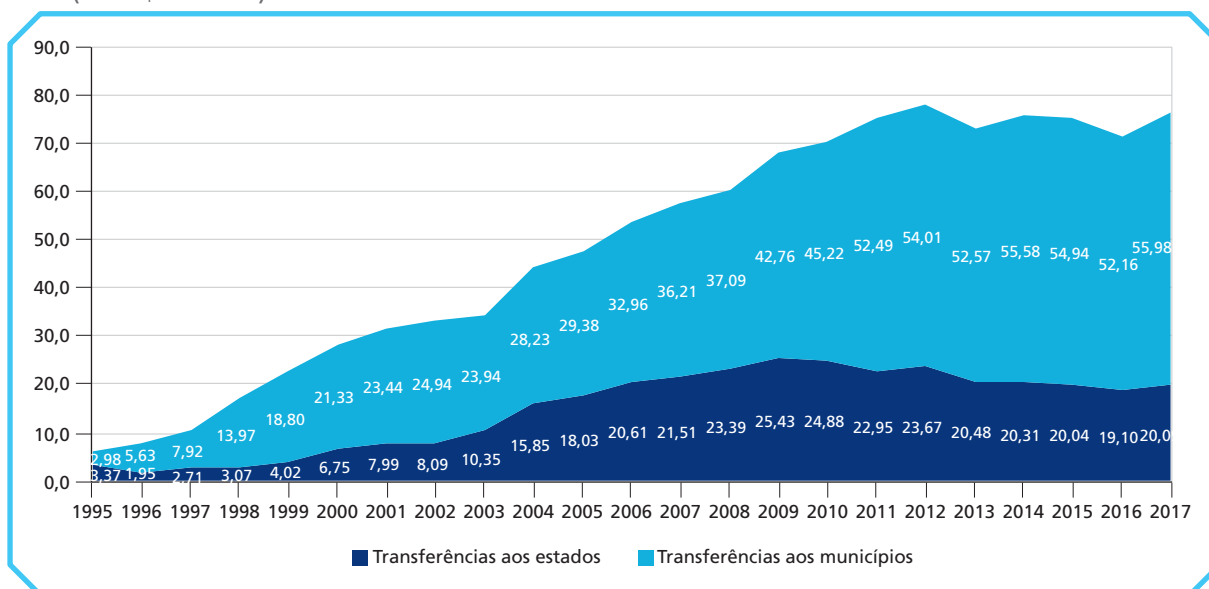
Essa necessidade de articulação/coordenação federativa fica evidente, por exemplo, na consecução da integralidade do atendimento, uma vez que, na maioria dos casos, o atendimento integral não pode se concretizar nas fronteiras de cada municipalidade, o que exige a conformação de redes hierarquizadas, não só para alcançar esse propósito, mas também para dar mais eficiência ao sistema como um todo. Em outras situações, como é o caso da igualdade na atenção, somente a uniformidade de protocolos de atenção e a distribuição de recursos federais e estaduais, obedecendo a critérios de equidade, podem dar condições à diminuição das desigualdades de atendimento.

No SUS, Paiva, Gonzalez e Benevides (2020) analisaram dois mecanismos financeiros que contribuem para a coordenação federativa: as transferências regulares e automáticas (transferências fundo a fundo) e a obrigatoriedade das esferas subnacionais em aplicar percentual da receita própria mais transferências constitucionais e legais em ASPS, a partir da EC nº 20/2000, e o estabelecimento de piso para as aplicações da União, também a partir da emenda referida.

GRÁFICO 1

Evolução das transferências federais para os estados, o Distrito Federal e os municípios (1995-2017)

(Em R\$ milhões)¹



Fonte: Paiva, Gonzalez e Benevides (2020).

Elaboração do autor.

Nota: ¹ A preços de 2018.

Com relação à utilização desses dois instrumentos, os resultados positivos foram inegáveis, seja quando avaliados em termos do avanço na descentralização de recursos, seja no aumento da participação das três instâncias federativas no financiamento do SUS ou ainda na implementação

de prioridades nacionais.²³ No caso da descentralização de recursos, as transferências do MS para estados e municípios passaram de R\$ 6,35 bilhões em 1995 para R\$ 76,07 bilhões em 2017, a preços de 2018 (gráfico 1).

A partir de 2007, as transferências começaram a ser agrupadas em grandes blocos. Conforme mostra a tabela 1, em 2020, foram transferidos, incluídas as transferências para o enfrentamento da covid-19, cerca de R\$ 115,2 bilhões. Os três maiores blocos de transferências foram o de média e alta complexidade (MAC), com um montante de R\$ 52,7 bilhões (45,7%); o controle da covid-19 com R\$ 30,8 bilhões (26,7%); e o bloco de atenção básica de saúde com o valor de R\$ 24,0 bilhões (20,8%).

TABELA 1

Transferências do Ministério da Saúde para estados¹ e municípios, por bloco de financiamento (2020)

Bloco de financiamento	Total		Estados		Municípios		Transferido aos municípios (%)	Bloco (%)
	R\$ milhões	Por habitante (R\$)	R\$ milhões	Por habitante (R\$)	R\$ milhões	Por habitante (R\$)		
Total	115.190	544	29.822	141	85.367	403	74,1	100,0
Atenção básica total	24.059	114	240	1	23.819	112	99,0	20,9
MAC total	52.744	249	18.862	89	33.882	160	64,2	45,8
Assistência farmacêutica	1.777	8	601	3	1.177	6	66,2	1,5
Vigilância em saúde	2.722	13	524	2	2.198	10	80,8	2,4
Gestão	59	0	19	0	40	0	67,8	0,1
Investimento	2.954	14	1.192	6	1.762	8	59,7	2,6
Controle/coronavírus	30.875	146	8.385	40	22.490	106	72,8	26,8

Fonte: MS/SGEP.

Elaboração: Rodrigo de Sá Benevides.

Nota: ¹ Inclui o Distrito Federal.

No tocante às distribuições entre os entes federativos, em 2020, do total transferido para os estados, o Distrito Federal e os municípios (R\$ 115,19 bilhões), cerca de 26% (R\$ 29,8 bilhões) foram transferidos aos estados e ao Distrito Federal; e cerca de R\$ 85,4 bilhões (74%) aos municípios (tabela 1).

23. A atenção básica de saúde, por exemplo, e seu componente principal, que é a estratégia de saúde da família, está presente na quase totalidade dos municípios do país.

As transferências federais, modalidade fundo a fundo, não somente favoreceram a descentralização da gestão, mas também induziram o acolhimento de prioridades importantes por parte dos estados e, principalmente, dos municípios. Entre elas poderíamos citar a atenção básica de saúde que, a partir da NOB 1/1996, foi expandida para todo o território nacional (Arretche, 2004; Paiva, Gonzalez e Benevides, 2020). Apesar disso, a estratégia utilizada nesse processo também trouxe resultados indesejados, tanto que autores, como Mendes e Pestana (2004), a denominaram de municipalização autárquica.²⁴ Neste ponto, pode-se cogitar, por exemplo, que o processo de descentralização ocorrido nos anos 1990, mesmo tendo como foco os municípios, poderia ter sido mais eficiente para a organização de redes intermunicipais, se tivessem sido negociadas condicionalidades associadas à implantação de uma regionalização assistencial de forma mais concreta. Movimentos feitos nessa direção, como o Pacto pela Saúde, em 2006, e o Coap, em 2011, por motivos distintos, não deram o resultado esperado.

Em um primeiro momento, a associação entre municípios para alcançar maior nível de integralidade na atenção, por meio da organização de redes intermunicipais, ficou delegada ao voluntarismo das municipalidades em se agregarem em consórcios de livre adesão (Ribeiro e Costa, 2000; Machado e Andrade, 2014). Na verdade, as tentativas de organizar melhor o processo de regionalização, como a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) de 2001 a 2002, o Pacto pela Saúde em 2006, o Decreto nº 7.508 em 2011, e o Coap, encontraram sempre na falta de recursos financeiros o argumento mais forte para a sua não implementação mais completa (Ouverney, Ribeiro e Moreira, 2017). Por sua vez, nos raros momentos que existiram recursos adicionais para investimentos, não se deu continuidade necessária ao esforço.²⁵ Ademais, a estratégia utilizada nos repasses federais, como discutido anteriormente, levou a uma excessiva segmentação nos repasses, o que foi e continua sendo motivo de reclamações de outras esferas de governo, principalmente dos municípios, por meio do Conasems (Junqueira, 2016).

24. Segundo Mendes e Pestana (2004), a chamada “municipalização autárquica significou um incentivo para a expansão dos serviços municipais de saúde, dado que o enfoque de gestão da oferta, implicitamente, passou a mensagem de que, para alcançar uma forma superior de gestão municipal se deveria instituir, no território municipal, o maior número de serviços de saúde possível”, não incentivando a busca de parcerias regionais.

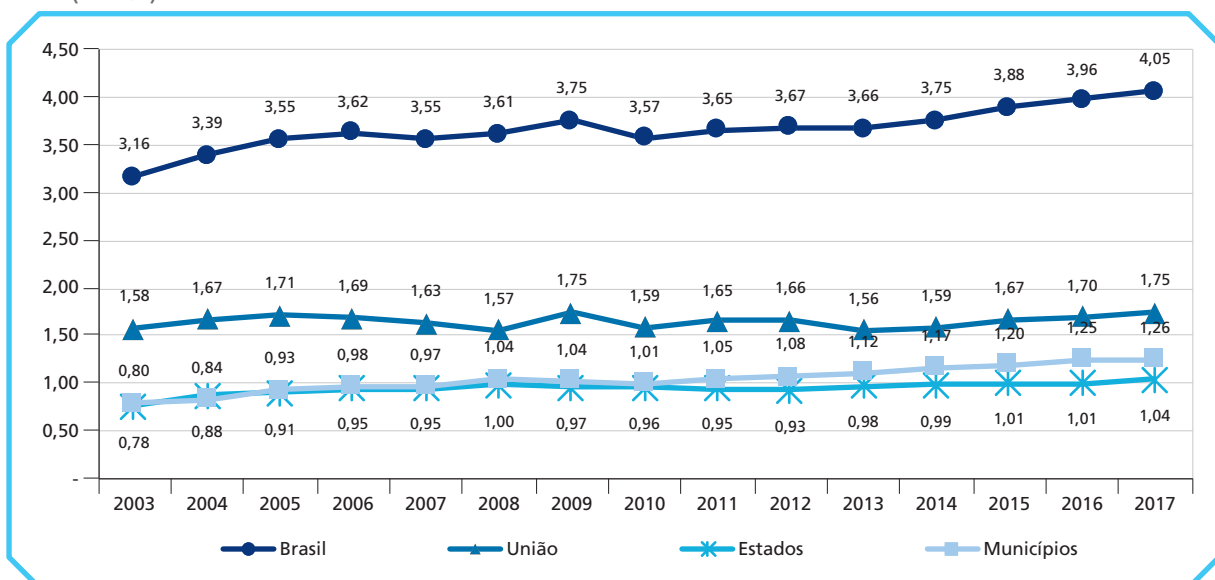
25. Um dos raros momentos foi entre 1995 e 2000 com o Projeto de Reforço à Reorganização do SUS, contrato de empréstimo junto ao Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), que destinaram cerca de R\$ 365 milhões na readequação física e tecnológica da rede hospitalar e mais de R\$ 100 milhões para o Programa Saúde da Família (PSF), a rede de sangue e os laboratórios centrais de saúde pública – Licens (Rizotto, 2000).

Por seu turno, a vinculação de recursos ao desenvolvimento de ASPS, por parte das três esferas de governo, a partir da EC nº 29/2000, também foi positiva no sentido de dar mais respaldo ao processo de implantação do SUS e ao de descentralização dos serviços. Com todos os problemas de acompanhamento do cumprimento da emenda (Servo *et al.*, 2011), os recursos do sistema, oriundos das três esferas de governo, tiveram crescimento quase constante entre 2003 e 2017 (Piola, Benevides e Vieira, 2018; Vieira, Piola e Benevides, 2019).

O gasto total das três esferas de governo com ASPS (gráfico 2) passou de 3,16% do PIB em 2003 para 4,05% em 2017. A maior variação nos gastos foi apresentada pelos municípios, cujos gastos cresceram de 0,8% do PIB em 2003 para 1,26% do PIB em 2017. Nesse ano, a participação da União nos gastos com ASPS foi de 43,2% do gasto total, enquanto a dos estados e do Distrito Federal foi de 25,7% e a dos municípios de 31,1% do gasto total (Piola, Benevides e Vieira, 2018).

GRÁFICO 2

Participação do gasto com ASPS no PIB, segundo esferas de governo (2003-2017)
(Em %)



Fontes: Para dados da União, Siga Brasil; para dados dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops); e para o PIB, informações fornecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Elaboração do autor.

Apesar dessa evolução, o nível do gasto público com saúde ainda é considerado insuficiente para o financiamento do sistema com as obrigações constitucionais de acesso universal e atendimento integral, o que é facilmente demonstrado quando se compara o gasto público como proporção do PIB, comparativamente a países que têm sistema com vocação similar ao brasileiro (Piola *et al.*, 2013; Vieira, Piola e Benevides, 2019).

Ademais, os benefícios gerados pela EC nº 29/2000, a partir da EC nº 95/2016, deixaram de existir, uma vez que o teto de gastos inviabiliza qualquer crescimento mais significativo dos gastos federais com saúde nos próximos anos.

3.3 Importância dos instrumentos de governança utilizados pelo SUS para a coordenação federativa

Em sentido genérico, governança diz respeito à forma como são tomadas as decisões. Em relação ao SUS, o conceito tem sido utilizado para denotar a gestão compartilhada por meio dos órgãos colegiados e de outros instrumentos utilizados nas relações federativas (Brasil e Fiocruz, 2016). Na mesma linha, Arretche (2003) destaca o papel das comissões intergestores entre os órgãos e/ou instrumentos que viabilizam a dimensão federativa da governança.²⁶

As comissões intergestores não chegam a ser propriamente uma inovação trazida pelo SUS. Desde as AIS e o Suds, em meados dos anos 1980, já se tinha tido experiência com esse tipo de instrumento naquelas iniciativas. A Lei nº 8.080/1990 abriu a possibilidade de criação de comissões interinstitucionais, mas, curiosamente, não propunha comissão que tivesse como objeto a coordenação federativa na sua versão inicial.²⁷ Esses mecanismos de articulação/coordenação técnico/política federativa só foram propostos formalmente na primeira reunião do CNS, realizada em 25 e 26 de abril de 1991. Nessa reunião, o representante do Conasems sugeriu a criação de comissão permanente com a participação do MS, Conass e Conasems com o objetivo de fazer a “articulação interinstitucional dos gestores para a implantação, gerenciamento e operacionalização do SUS, inclusive em seus aspectos financeiros” (Conasems, 2018). A CIT foi oficializada pela NOB 1/1993,²⁸ juntamente com a CIB. A CIT é formada por dezoito membros distribuídos paritariamente por: seis representantes do MS; seis representantes dos secretários estaduais, indicados pelo Conass; e seis representantes dos secretários municipais de saúde, indicados pelo Conasems. A CIT desempenhou e desempenha um papel muito relevante na implementação do SUS, pois sua forma de atuação permite a pactuação técnico-política da maioria das iniciativas do governo federal com vistas ao estabelecimento das prioridades nacionais do sistema, bem como da sistemática adotada no processo de descentralização e distribuição das transferências federais. Ademais, pela sua composição, representa *lócus* privilegiado de recepção e tratamento das demandas das instâncias gestoras do SUS.

26. Outros geralmente mencionados são os conselhos de saúde, que viabilizam a participação societária e o planejamento na forma como tem sido exercitado no SUS.

27. Na versão inicial da Lei nº 8.080 de 1990, havia apenas menção à criação de comissões permanentes entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

28. Ver Brasil (1993).

As CIBs também foram criadas pela NOB 1/1991. Em cada estado, elas são compostas, paritariamente, por representantes do governo estadual, indicados pelo secretário estadual de saúde; e representantes dos secretários de saúde dos municípios, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) de cada estado. Esta comissão, ao tratar das relações entre os estados e seus municípios, aborda primordialmente aspectos operacionais da implementação da descentralização e da organização das ações de atenção à saúde. Os representantes dos municípios na CIB são escolhidos de acordo com as definições e os processos capitaneados pelos Cosems. Como na CIT, o processo decisório na CIB se dá por consenso. Tanto a CIT quanto a CIB podem contar com câmaras técnicas ou grupos de trabalhos (GTs) para a análise e o encaminhamento das matérias a serem debatidas nas referidas comissões. No âmbito das regiões de saúde, foram criadas, a partir de 2006, as comissões intergestores regionais (CIR). Compostas por representantes da secretaria de saúde do estado e das secretarias municipais da região. A implementação dessas comissões iniciou-se em 2006, com o Pacto pela Saúde. A atuação destas comissões está focada nas questões de articulação federativa nos espaços das regiões de saúde. Nessas comissões, são discutidas questões operacionais de interesse da região.

O papel das CIRs foi reforçado no Pacto pela Saúde, de 2006, e, posteriormente, pelo Decreto nº 7.508/2011. Nesse mesmo ano, por meio da Lei nº 12.466, de 24 de maio, as CITs e CIBs foram finalmente inseridas na Lei nº 8.080 como órgãos intergestores de negociação e pactuação. O Conass e o Conasems tiveram referendado o papel de entidades representativas dos gestores estaduais e municipais, respectivamente, conforme disposto nos arts. 14-A e 14-B da Lei nº 8.080/1990. Apesar de existir certo consenso a respeito do papel exercido pelas comissões intergestores – como espaços de negociação e pactuação –, viabilizando assim a coordenação vertical e horizontal de forma mais cooperativa e de *locus* preferencial para o estabelecimento de normatização infralegal necessária a fim de garantir a efetividade das determinações legais (Leão e Dallari, 2016), essas comissões têm seu papel questionado por autores, pelo fato de não exercerem funções coercitivas em termos de responsabilização das instituições pelos pactos firmados (Ribeiro e Moreira, 2016).

Os órgãos de representação dos gestores subnacionais, Conass e Conasems, por sua vez, foram criados antes de 1988. O primeiro, criado em 1982, com o objetivo de conjugar os esforços e reforçar o papel das secretarias estaduais no processo de abertura política e redemocratização do país (Noronha, Lima e Machado, 2012). Por sua vez, o Conasems tem origem em encontros realizados pelos secretários de saúde dos municípios, desde o início dos anos 1980. Sua primeira diretoria foi, no entanto, empossada somente em 1988. Tanto o Conass quanto o Conasems, ao lado do seu papel de representação dos secretários estaduais e municipais de saúde e junto ao gestor federal do SUS e o CNS, têm desenvolvido o importante papel de disseminar informações, produzir conhecimento e incentivar a troca de experiências entre as Unidades da Federação (UFs).

4 PROPOSTAS PARA O APERFEIÇOAMENTO DA COORDENAÇÃO FEDERATIVA E DO PAPEL DO GOVERNO FEDERAL NO SUS: O QUE APRENDER COM A EXPERIÊNCIA?

Apesar de estabelecidas as responsabilidades e competências na legislação estruturante,²⁹ passadas mais de três décadas desde sua criação, no SUS, ainda persistem problemas de coordenação entre as esferas de governo, grande parte decorrente da falta de melhor entendimento da função de coordenação sistêmica a ser exercida pelo governo federal. Esses problemas se agravaram, ou ficaram mais evidentes, com a pandemia de covid-19. A situação em curso, iniciada em março de 2020, provocou um aguçamento de problemas estruturais e organizacionais do sistema, tais como a distribuição muito desigual da oferta de serviços, relações federativas desgastadas, baixo protagonismo das secretarias estaduais, insuficiência dos recursos setoriais em função de anos de baixo crescimento econômico e de restrições mais recentes no aporte federal em função da política de austeridade fiscal, implantada desde 2016 e, sobretudo, pela inapetência e até mesmo recuo do governo federal na coordenação das ações de combate à pandemia.³⁰ Apesar da crise provocada pela pandemia ter “estressado” as relações de coordenação do SUS, que são bastante participativas em alguns aspectos e bastante impositivas em outros, o momento tem propiciado um aprendizado sobre diversos problemas e, particularmente, sobre o papel do governo federal.

Por sua vez, apesar de não existir uma “receita” genérica que possa ser universalmente prescrita, a experiência de outros países federativos a respeito da descentralização e da coordenação federativa, no campo da saúde, pode trazer elementos para a reflexão. Em estudo que analisa a descentralização da saúde em oito países federados,³¹ utilizando a abordagem de “espaço de decisão”,³² Marchildon e Bossert (2018) avaliam quão descentralizados são os sistemas de saúde dos países estudados e qual é o papel desempenhado pelo governo federal local. Mesmo nessa amostra restrita, observou-se que definições relacionadas às responsabilidades federativas na saúde, que podem ou não estar inseridas nas respectivas Constituições, na seção relativa à saúde, são importantes, e que a capacidade fiscal das Unidades Federativas (UFs) também é fator relevante, assim como a forma como são feitas as transferências do governo central para

29. Basicamente CF/1988, Leis nºs 8.080 e 8.142/1990 e Lei Complementar nº 141/2012.

30. Sobre essa questão ver: Ipea (2021).

31. África do Sul, Alemanha, Brasil, Canadá, México, Nigéria, Paquistão e Suíça.

32. Essa abordagem procura avaliar o poder de decisão dos entes subnacionais em relação a algumas funções-chave nos estados federados. O estudo de Marchildon e Bossert (2018) avaliou cinco funções relacionadas à saúde (financiamento, organização e prestação de serviços, recursos humanos, regras de acesso e governança) em razão do poder de escolha (limitado, moderado, grande) dos entes subnacionais.

as instâncias subnacionais.³³ Em todos os países estudados, as constituições ou as legislações infraconstitucionais, com mais ou menos detalhamento, definem o papel do governo federal³⁴ e das instâncias subnacionais de governo. Ter o “direito à saúde” inscrito formalmente na Constituição, como acontece nos casos do Brasil e do México, justificam um maior envolvimento do nível federal, mas a explicação da situação pode envolver elementos históricos, culturais e políticos. A participação federal no financiamento, na maioria dos países, e a competência para estabelecer parâmetros de cobertura e de provisão de serviços, como acontece no Canada Health Act,³⁵ se por um lado limitam o espaço de decisão das instâncias subnacionais, conforme reportam Marchildon e Bossert (2018), por outro, pode-se concluir, agem no sentido de conferir tratamento igualitário, o que é também muito valorizado em termos federativos. Na Alemanha, por exemplo, apesar de a Constituição Federal não fazer menção explícita ao direito à saúde, o compromisso constitucional de “condições de vida uniforme aos cidadãos” age no sentido de promover uma igualdade de atenção à saúde nos diferentes estados. Por seu turno, no tocante às estratégias de descentralização de funções, não foram encontradas diferenças claras entre países que adotam o sistema presidencialista (Brasil, México e Nigéria), parlamentarista (Alemanha, Canadá e Paquistão) ou misto (Suíça e África do Sul). No que concerne à participação do nível federal, o estudo identifica funções geralmente reservadas ao governo federal, mesmo nos países mais descentralizados. Essas funções, citando as mais comuns, incluem o controle de qualidade dos produtos farmacêuticos, a condução geral de programas de imunização e o controle de epidemias, o controle de qualidade e a acreditação de prestadores de serviço e a interlocução com agências externas.

Interessantes também são as recomendações de políticas apresentadas na análise final das experiências feitas no estudo de Bossert e Marchildon (2018), ainda com o cuidado expressado pelos autores, de se levar em conta que a análise se refere a um número limitado de países e que se trata de tema reconhecidamente complexo, influenciado pelas trajetórias sociais e políticas distintas de cada país. Em resumo, a primeira constatação diz respeito ao fato de que, aparentemente, a noção de “direito à saúde” estar especificada nas respectivas constituições, como dito anteriormente, tem um papel significativo na definição do espaço de decisão de cada instância de governo. Segundo, nos sistemas descentralizados, a política de estabelecer todo um conjunto

33. Em relação à flexibilidade delegada às instâncias subnacionais na alocação dos recursos transferidos. As transferências livres ou incondicionadas têm como exemplos, no Brasil, as transferências relativas ao Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal (FPE) e ao Fundo de Participação dos Municípios (FPM). As vinculadas ou condicionadas são aquelas cujo repasse tem destinação especificada.

34. Também denominado governo central ou nacional.

35. Lei federal aprovada em 1984 que estabelece os princípios a serem observados no Sistema de Saúde do Canadá.

de instituições e processos intergovernamentais é uma estratégia que pode levar ao estabelecimento de mais simetria entre as unidades federadas, sem que muitas funções sejam absorvidas pelo governo federal. Terceiro, nos processos de distribuição de funções, deve-se considerar as capacidades políticas e econômicas dos entes da Federação. Quarto, não estão claras as vantagens quanto ao uso de procedimentos de mercado,³⁶ quando da implementação de processos de descentralização. Quinto, sistemas segmentados, com coexistência de subsistemas de seguro social, exigem cuidados especiais no desenho de seus mecanismos de articulação e financiamento. Sexto, em geral, para algumas funções, a retenção da responsabilidade no nível federal é a estratégia mais adequada. Tais funções dizem respeito, entre outras, ao controle da qualidade de medicamentos e outros insumos, coordenação de campanhas de imunização, coordenação do controle de surtos epidêmicos, diplomacia internacional do setor, controle de qualidade e acreditação de provedores de serviços. No caso do financiamento, a alocação de um espaço de decisão maior para as instâncias subnacionais requer que estas tenham mais capacidade administrativa e de mobilização de recursos adicionais pela tributação local. Por sua vez, transferências não condicionadas requerem uma capacidade administrativa local forte para que sejam resguardados os seus objetivos finais. Por fim, devido à heterogeneidade dos achados, o estudo, de acordo com os autores, não fornece elementos definitivos de quais políticas são mais adequadas, de forma genérica, em relação à melhor distribuição de espaço de decisão das funções de prestação de serviços, recursos humanos, regras de acesso e governança.

Na mesma linha, discutindo o papel de experiências nacionais de descentralização de serviços, Vaughan (1990), citado por Vianna e Piola (1991), apresenta as funções a serem atribuídas ao MS ou à agência central equivalente, como instância de elaboração de políticas nacionais e de coordenação federativa. Tais funções seriam:

- formulação de políticas de saúde, incluídas aquelas sobre atividades intra e intersetoriais;
- estabelecimento de políticas nacionais;
- elaboração dos planos nacionais de saúde e pautas de planejamento regional e local;
- alocação de recursos, especialmente para as despesas de capital (investimentos);
- acompanhamento e avaliação da eficácia e eficiência do sistema de saúde;
- assistência técnica de alto nível para programas concretos;

36. Nos casos em que a descentralização significou a transferência da execução de ações para instituições privadas.

- controle de qualidade e concessão de licenças para produtos farmacêuticos;
- regulamentação do desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, inclusive quanto à formação;
- regulamentação das instituições privadas com e sem fins lucrativos;
- controle e coordenação das organizações sanitárias e institutos de pesquisa de nível nacional; e
- articulação com organizações sanitárias e organismos de ajuda internacional.

Quando se analisa a situação do Brasil, mais especificamente o esforço diagnóstico e propositivo sobre o que deve ser ajustado ou revisado, é preciso ter o cuidado de diferenciar medidas que estão no domínio das autoridades do setor e aquelas que extrapolam esses limites. Este seria o caso, por exemplo, da recuperação fiscal dos estados, o que lhes permitiria exercer papel mais ativo na equalização das desigualdades entre suas microrregiões e de, com mais recursos, coordenar o enfrentamento de questões que requerem uma resposta intermunicipal.

Também extrapola o campo das ações setoriais a necessária revisão do teto de gastos (EC nº 95/2016). A emenda do NRF, como visto anteriormente, congelou as despesas primárias do governo federal pelo período de vinte anos.³⁷ Diversos estudos demonstraram as consequências desse congelamento, que passaram a ser corrigidas apenas pelo índice de inflação, sem nenhum aumento real, trazendo prejuízos aos programas sociais do governo e, em particular, à área da saúde, seja por diminuir os recursos federais para o sistema, seja, como consequência, por diminuir a capacidade de coordenação sistêmica da parte do MS (Vieira e Benevides, 2016). Sem alteração desse dispositivo, é praticamente impossível a alocação de mais recursos federais para a saúde.

No domínio específico do setor, podem ser feitos ajustes no papel das transferências federais, reforçando seu papel na redução das desigualdades regionais e como indutor na organização de redes regionalizadas, conforme cogitado em alguns momentos.

Ainda com relação às transferências federais, além da finalidade primordial de contribuir para a redução das desigualdades, segundo estabelece o inciso II do § 3º do art. 198 da CF/1988, duas outras são também relevantes: o seu papel na indução da adesão às prioridades nacionais

37. Na aprovação da EC nº 95/2016, o piso da saúde foi estabelecido em 20% da RCL já para o ano de 2017, uma vez que, se fosse atendida a gradação prevista na EC nº 86/2016, o piso nesse ano já seria inferior ao valor que vinha sendo gasto pelo governo federal com ASPS e ficou congelado a partir dessa data, apenas sendo corrigido pela inflação.

TEXTO para DISCUSSÃO

e à organização das redes regionalizadas de atenção. Estas questões devem estar presentes em qualquer nova discussão a respeito da estratégia de distribuição das transferências federais, permitindo sair da discussão no “varejo” em que se envolveu, criando centenas de linhas de repasse, e se concentrar no que está legalmente definido.

No desenho de estratégias para a implementação dos critérios de distribuição dos recursos federais, talvez se pudesse aplicá-los não de forma uniforme sobre o total dos recursos a serem repassados, mas discriminando alguns poucos blocos, segundo a finalidade da transferência, especialmente no caso das transferências para investimentos e para a atenção básica. Ademais, nas simulações, dever-se-ia levar em conta a capacidade fiscal da instância recipiente, de forma a incrementar os efeitos redistributivos.

Por sua vez, na recomposição do orçamento federal para o setor, até mesmo para demonstrar a urgência da revisão do teto de gastos, devem ser desenvolvidos estudos que privilegiem o dimensionamento das necessidades de recursos, como parâmetros para orientar propostas de busca de espaço fiscal. Tudo isso acoplado a um programa plurianual de investimentos que dê prioridade à conformação das redes regionais. Ainda no âmbito do orçamento federal, promover a realização de estudos e o debate a respeito das emendas parlamentares para que estas tenham sua destinação, por alguma maneira, mais identificada com as necessidades de organização e funcionamento das redes de atendimento regional.

No tocante mais específico da política de saúde, é também necessário buscar estratégias para encontrar um espaço de atuação mais consistente para as secretarias estaduais de saúde (SES) em determinadas questões. Uma delas poderia ser um papel mais ativo das SES no processo de reforço das redes regionais de saúde por meio de política de investimentos da União e dos estados, de acordo com as necessidades e peculiaridades locais, além de definir critérios mais transparentes e equitativos na partilha das transferências estaduais para os municípios.

Para garantir um atendimento mais sustentado às prioridades do sistema, ter-se-ia de avaliar as possibilidades de elaboração de plano decenal, referendado pelo Congresso Nacional, nos moldes do existente na área de educação, por exemplo. Um plano desse tipo indicaria as necessidades de investimentos, no médio e longo prazos, nos estados e nas regiões de saúde para se buscar uma melhor adequação da oferta.

Ainda em relação à experiência de coordenação federativa, diversos estudos enfatizam a importância de fatores que estão fora do domínio das ações do setor, como a assimetria político-administrativa e econômica das diferentes UFs e o esvaziamento do papel dos estados, por exemplo. Outros estudos, sem deixar de reconhecer a importância dos pontos alinhados anteriormente, enfatizam, como

fatores relevantes, a estrutura organizacional e o desempenho dos próprios instrumentos de coordenação setorial. Esse é o caso, por exemplo, do caráter preponderantemente comum ou compartilhado da maioria das competências no setor, que, muitas vezes, levam a mais fluidez na responsabilização ou a quase um “pacto” de não responsabilização (Ribeiro *et al.*, 2017). Uma vez que se estabeleceu todo um sistema de vetos cruzados, que podem, em algumas circunstâncias, levar a uma paralisação do processo decisório em um ambiente no qual ações pactuadas nos órgãos de decisão colegiada não têm elementos coercitivos que inibam o seu não cumprimento (*op. cit.*, 2017). Essas críticas, a maior parte delas bem fundamentada, não devem, contudo, inviabilizar a utilização desses instrumentos de pactuação, importantes tanto na experiência nacional quanto na de outras federações.

A necessidade de dar mais respaldo legal às pactuações já foi reconhecida no SUS, como demonstra a criação e a experiência do Pacto pela Saúde e, mais recentemente, do Coap. Essas duas iniciativas proporcionaram momentos de inflexão importantes nas relações federativas na área saúde. O Pacto pela Saúde é reconhecido como um período importante de valorização da coordenação federativa, criação de novas instâncias colegiadas regionais, definição mais clara de algumas responsabilidades, mas que se mostrou insuficiente para conduzir uma regionalização mais consistente. Um dos motivos disso, segundo alguns autores, foi não vincular de maneira mais precisa a adesão ao pacto com a consequente assinatura dos termos de compromisso de gestão, bem como com o compromisso de regionalização da rede de serviços. Ademais, não houve alinhamento mais adequado dos instrumentos de planejamento, regulação e financiamento para apoiar a conformação de redes regionalizadas (Lima *et al.*, 2012). O Coap, por sua vez, também não teve o desenvolvimento esperado (Ouverney, Ribeiro e Moreira, 2017). Os consórcios públicos também têm se mostrado um arranjo interessante para diversas situações (Machado e Palotti, 2015; Rocha, 2016; Julião e Olivieri, 2020). Revisitar essas iniciativas, assim como discutir suas virtudes e fragilidades, é um bom começo para retomar a busca de soluções mais adequadas, que considerem as especificidades das instâncias subnacionais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As crises política e econômica que levaram à implantação do NRF em 2016, com a criação do teto de gastos no governo federal, aliada a uma agenda nitidamente liberal no período subsequente de governo, com clara propensão à diminuição do papel do governo federal na área social e correspondente redução de sua participação no financiamento de diversas áreas, criou condições propícias ao aguçamento do conflito federativo, gerando comportamentos menos solidários no desenvolvimento de políticas públicas, em especial na saúde.

A pandemia de covid-19, a partir de 2020, paradoxalmente, mesmo provocando novos atritos nas relações federativas, sobretudo entre União, estados e municípios, também criou um espaço político de reflexão e discussão no âmbito de diversos setores e atores societários sobre o papel do governo federal no tocante à coordenação federativa, à diminuição das desigualdades e do acesso à proteção social, em especial da proteção à saúde.

No campo específico da saúde, apesar de todos os problemas enfrentados pelo SUS no combate à pandemia, amplamente divulgados pela imprensa, a crise sanitária trouxe uma oportunidade ímpar de reflexão e reconhecimento da importância da existência de um sistema público de saúde de acesso universal e grande capilaridade. O enfrentamento da pandemia também tornou bem visível a imperiosidade de se alcançar mais coordenação entre as unidades federadas para uma ação mais eficiente no campo da saúde. Ficou evidente também a necessidade de pontos de comunicação/articulação mais definidos entre o setor público (SUS) e o setor privado de saúde não articulado com o SUS.

Ademais, a pandemia desvendou outros aspectos da participação do Estado na saúde que precisam ser repensados. A pandemia evidenciou que, até por uma questão de segurança nacional, o Estado não pode se ausentar da promoção de políticas de estímulo ao desenvolvimento tecnológico na área de saúde e de produção local de equipamentos básicos e insumos farmacêuticos essenciais. Ou seja, o figurino de livre alocação mercadológica da indústria produtora de insumos básicos da saúde, não se ajusta mais à nova realidade mundial pós-covid-19.

Por fim, as discussões que envolveram questões relacionadas à proteção social e às políticas de saúde, provocadas pela pandemia, podem representar a inclusão, de forma mais clara e visível, de propostas para essas áreas na agenda dos partidos políticos e das possíveis coalizões no debate político futuro. Essas questões, diga-se de passagem, têm sido pouco valorizada no debate político nacional, que tem dado prioridade, quase absoluta, às questões econômicas. Talvez agora se tenha chegado a um ponto de inflexão.

REFERÊNCIAS

AFONSO, J. R.; CASTRO, K. P. Consolidação da Carga Tributária Bruta de 2018. **Portal de Economia do José Roberto Afonso**, 30 jul. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3pQ27sW>>.

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.

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

_____. Federalismos e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, abr.-jun. 2004.

BARROS, M. E. D. **Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil**: marco legal e comportamento do gato. Brasília, 2003. (Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas de Saúde, n. 4).

BOSSERT, T. J.; MARCHILDON, G. P. Chapter ten conclusion: na overview of eight Federal Country case studies of health system decentralization. In: MARCHILDON, G.; P.; BOSSERT, T. J. (Ed.). **Federalism and decentralization in health care**: a decision space approach. Toronto Buffalo; London: University of Toronto Press, 2018. 257 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<https://bit.ly/1dFiRrW>>. Acesso em: 2 jan. 2020.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, 1990. Disponível em: <<https://bit.ly/3I7KFai>>.

_____. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/1993. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o *caput* do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. **Diário Oficial**, Brasília, 25 set. 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/3zZTTT9>>.

_____. Ministério da Saúde; FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Manual de Planejamento no SUS**. 1. ed. Brasília, 2016.

CASTRO, J. D. Análise da distribuição dos recursos financeiros para assistência à saúde no Brasil e no Rio Grande do Sul, uma proposta de operacionalização dos critérios para sua distribuição. **Saúde em Debate**, v. 32, n. 1, p. 10-16, 1991.

CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. SUS Legal: Conasems, Conass e Ministério da Saúde pactuam um novo modelo de repasse de recursos do SUS. **Portal Conasems**, 26 jan. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/3vSmn12>>.

_____. 26 de abril de 1991: Conasems sugere criação da CIT. **Portal Conasems**, 26 abr. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/3Cwa4bR>>.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1994 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

FERRAZ, A. A. M. R; BENJAMIN, A. H. V. O conceito de “relevância pública” na Constituição Federal. **Revista de Direito Sanitário**, v. 5, n. 2, p. 77-89, jul. 2004.

FUNCIA, F. R. Ajuste Fiscal e os impactos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde em 2015 e 2016. **Domingueira da Saúde**, n. 9, 31 maio 2015.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Vinte anos da Constituição Federal. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, v. 1, n. 17, 2009.

_____. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, Ipea, n. 28, 2021.

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

_____. Autonomia, integralidade e desafios de coordenação do SUS. In: JACCOUD, L. (Org.). **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília: Ipea, p. 53-80, 2020. 479 p.

JULIÃO, K. S.; OLIVIERI, R. Cooperação intergovernamental na política de saúde: a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, 2020.

JUNQUEIRA, M. Sistema Único – Caixa Único. **Ensaios e Diálogos em Saúde Coletiva**, n. 3, nov. 2016.

LEÃO, T. M.; DALLARI, S. G. O poder normativo das comissões intergestores bipartite e a efetividade de suas normas. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 17, n. 1, 2016.

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. Rio de Janeiro: MS; SAE-PR; Fiocruz; Ipea, v. 3, p. 71-140, 2013. 272 p.

LIMA, L. D. *et al.* Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes do Pacto pela Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

MACHADO, C. V. O papel federal no sistema de saúde brasileiro. *In*: FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: MS; SAE-PR; Fiocruz; Ipea, 2013. 272 p.

MACHADO, J. A.; ANDRADE, M. L. C. Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de custos e benefícios. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 695-720, 2014.

MACHADO, J. A.; PALOTTI, P. L. M. Entre cooperação e centralização – Federalismo e Políticas Sociais no Brasil pós 1988. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 30, n. 88, jul. 2015.

MARCHILDON, G. P.; BOSSERT, T. J. **Federalism and decentralization in health care**: a decision space approach. Toronto Buffalo; London: University of Toronto Press, 2018. 257 p.

MEDICI, A. **El desafío de la descentralización**: financiamiento público de la salud en Brasil. Washington: BID, 2002.

MENDES, E. V.; PESTANA, M. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2004.

NORONHA, J. C.; LIMA, D. L.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

OUVERNEY, A. M.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. O Coap e a regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1193-1207, abr. 2017.

PAIVA, A. B.; GONZALES, R.; BENEVIDES, R. Instrumentos financeiros de coordenação do SUS. *In*: JACCOUD, L. (Org.). **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília: Ipea, 2020. p. 183-2014.

PINTO, E. G.; SARLET, I. W. Gasto mínimo em saúde da União e EC nº 86/2015: a vedação constitucional da estagnação tendente a retirar a possibilidade fática de o direito à saúde progredir. **Domingueira da Saúde**, n. 2, 2 mar. 2015

PIOLA, S. F. Impacto de PEC 358 no financiamento federal da saúde: será que valeu a pena? **Portal CFM**, 20 mar. 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/3J1wHHQ>>. Acesso em: 4 mar. 2022.

_____. **Transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde para estados, Distrito Federal e municípios:** os desafios para implementação dos critérios da LC nº 141 de 2012. Brasília: Ipea, abr. 2017. (Texto para Discussão, n. 2298).

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

PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S.; VIEIRA, F. S. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde:** trajetória e percalços no período de 2003-2017. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2439).

PIOLA, S. F.; VIEIRA, F. S. **Emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no SUS.** Rio de Janeiro: Ipea, jul. 2019. (Texto para Discussão, n. 2457).

PORTO, S. M. *et al.* **Metodologia de alocação equitativa de recursos.** Rio de Janeiro: ENSP; Fiocruz, 2001.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 22, p. 173-230, 2000.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. A crise do federalismo cooperativo e a política de saúde no Brasil. **Saúde Debate**, v. 40, 2016.

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

RIZOTTO, M. E. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde nos anos 1990:** um projeto de desmonte do SUS. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

ROCHA, C. V. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos consórcios intermunicipais de saúde no estado do Paraná. **Cadernos Metrópole**, São Paulo, v. 18, n. 36, jul. 2016.

SANTOS, N. R. O repasse federal unificado para estados e municípios – considerações para um posicionamento e mobilização. **Ensaio e Diálogos em Saúde Coletiva**, n. 3, nov. 2016.

SERVO, L. M. *et al.* Financiamento e gasto público em saúde: histórico e tendências. *In*: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Org.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ipea, 2011. 356 p.

VAUGHAN, J. P. Lecciones aprendidas de la experiencia. *In*: MILSS, A. *et al.* **Descentralización de los Sistemas de Salud:** conceptos, aspectos e Y experiencias nacionales. Ginebra: OMS, 1990.

VIANNA, S. M.; PIOLA, S. F. Descentralização e repartição de encargos no Sistema Único de Saúde – SUS. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 1, n. 5, jun. 1991.

VIANNA, S. M. *et al.* **O financiamento da descentralização dos serviços de saúde**: critérios para transferências de recursos federais para estados e municípios. Brasília: OPS (Escritório Regional da OMS – Representação no Brasil), 1990.

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

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil**: resultados e argumentos a seu favor. Brasília: Ipea, 2019. (Texto para Discussão, n. 2516).

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Lei nº 8.141, de 28 de dezembro de 1990. 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. **Diário Oficial**, Brasília, 1990. Disponível em: <<https://bit.ly/3npTvYM>>.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial**, Brasília, 2000. Disponível em: <<http://bit.ly/36kSJSx>>. Acesso em: 2 jan. 2020.

_____. 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, DF e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, 2012. Disponível em: <<http://bit.ly/2tuAmf2>>. Acesso em: 2 jan. 2020.

_____. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, 2016. Disponível em: <<http://bit.ly/2FeNXKs>>. Acesso em: 2 jan. 2020.

VIEGAS, M. A. *et al.* **Metodologia de alocação equitativa de recursos**: uma proposta para Minas Gerais. Belo Horizonte, 2004.

UGA, M. A. *et al.* Decentralization and resource allocation in the Brazilian National Health System (Sistema Único de Saúde – SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

ANEXO A

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

TÍTULO I

Das disposições gerais

Art. 2º – A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º – O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º – O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º – A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II

Do Sistema Único de Saúde

Disposição preliminar

Art. 4º – O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS.

TEXTO para DISCUSSÃO

§ 1º – Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde.

§ 2º – A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde – SUS, em caráter complementar.

CAPÍTULO I**Dos objetivos e atribuições**

Art. 5º – Dos objetivos do Sistema Único de Saúde – SUS:

- I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II – a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do artigo 2º desta lei;
- III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS:

- I – a execução de ações:
 - a) de vigilância sanitária;
 - b) de vigilância epidemiológica;
 - c) de saúde do trabalhador; e
 - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.
- II – a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III – a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV – a vigilância nutricional e orientação alimentar;
- V – a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI – a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII – o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII – a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas, para consumo humano;

IX – participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X – o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI – a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º – Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º – Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º – Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I – assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II – participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde – SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

TEXTO para DISCUSSÃO

III – participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde – SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;

IV – avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V – informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e a empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI – participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII – revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração, a colaboração das entidades sindicais; e

VIII – a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

ANEXO B

CAPÍTULO IV

Da competência e das atribuições

Seção I

Das atribuições comuns

Art. 15. A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I – definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II – administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III – acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV – organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V – elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI – elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII – participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII – elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX – participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X – elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

TEXTO para DISCUSSÃO

XI – elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII – realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII – para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV – implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV – propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI – elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII – promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII – promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX – realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX – definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI – fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II

Da competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

I – formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II – participar na formulação e na implementação das políticas:

- a) de controle das agressões ao meio ambiente;
- b) de saneamento básico; e
- c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III – definir e coordenar os sistemas:

- a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
- b) de rede de laboratórios de saúde pública;
- c) de vigilância epidemiológica; e
- d) vigilância sanitária;

IV – participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V – participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI – coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII – estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos estados, Distrito Federal e municípios;

VIII – estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX – promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X – formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI – identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

TEXTO para DISCUSSÃO

- XII – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- XIII – prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
- XIV – elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- XV – promover a descentralização para as unidades federadas e para os municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
- XVI – normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XVII – acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
- XVIII – elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os estados, municípios e Distrito Federal;
- XIX – estabelecer o sistema nacional de auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional em cooperação técnica com os estados, municípios e Distrito Federal.³⁸

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS), compete:

- I – promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II – acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

³⁸. Brasil (1995).

III – prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV – coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V – participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI – participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII – participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII – em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX – identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X – coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI – estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII – formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII – colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV – o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

TEXTO para DISCUSSÃO

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS), compete:

I – planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II – participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III – participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV – executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V – dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI – colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII – formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII – gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX – colaborar com a União e os estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X – observado o disposto no art. 26 desta lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI – controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII – normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal, competem as atribuições reservadas aos estados e aos municípios.

REFERÊNCIA

BRASIL. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial**, Brasília, 29 set. 1995. Disponível em: <<https://bit.ly/3Gvq1jF>>.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Chefe do Editorial

Aeromilson Trajano de Mesquita

Assistentes da Chefia

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Samuel Elias de Souza

Supervisão

Camilla de Miranda Mariath Gomes

Everson da Silva Moura

Revisão

Alice Souza Lopes

Amanda Ramos Marques

Ana Clara Escórcio Xavier

Clícia Silveira Rodrigues

Idalina Barbara de Castro

Olavo Mesquita de Carvalho

Regina Marta de Aguiar

Reginaldo da Silva Domingos

Brena Rolim Peixoto da Silva (estagiária)

Nayane Santos Rodrigues (estagiária)

Editoração

Anderson Silva Reis

Cristiano Ferreira de Araújo

Danielle de Oliveira Ayres

Danilo Leite de Macedo Tavares

Leonardo Hideki Higa

Capa

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Projeto Gráfico

Aline Cristine Torres da Silva Martins

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Missão do Ipea

Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.



NAÇÕES UNIDAS

CEPAL

ipea

Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

