
**O FEDERALISMO E O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO
FEDERAL DE 1988: LIMITES E POSSIBILIDADES AO
ESTABELECIMENTO DE UM AUTÊNTICO FEDERALISMO
SANITÁRIO COOPERATIVO NO BRASIL**

***THE FEDERALISM AND THE RIGHT TO HEALTH IN THE FEDERAL
CONSTITUTION OF 1988: LIMITS AND POSSIBILITIES TO
ESTABLISH AN AUTHENTIC COOPERATIVE SANITARY
FEDERALISM IN BRAZIL***

EDITH MARIA BARBOSA RAMOS

Pós-Doutora em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ/Brasília/DF. Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão. Mestre em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais. Graduada em Direito pela Universidade Federal do Maranhão. Professora do Departamento de Direito e do Mestrado em Direito e Instituições do Sistema de Justiça da Universidade Federal do Maranhão. Coordenadora do Núcleo de Estudos em Direito Sanitário (NEDISA/UFMA). Professora e Pesquisadora da Universidade CEUMA. Professora do IMEC. Membro Convidado da Rede Ibero-Americana de Direito Sanitário. Presidente da Comissão de Bioética e Biodireito do Conselho Seccional da OAB/MA. E-mail: edithmbramos@gmail.com

EDSON BARBOSA DE MIRANDA NETTO

Mestre em Direito e Instituições do Sistema de Justiça pela Universidade Federal do Maranhão (PPGDIR/UFMA). Especialista em Direito Constitucional pela Universidade Anhanguera Uniderp LFG. Graduado em Direito pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Membro do Núcleo de Estudos em Direito Sanitário da Universidade Federal do Maranhão (NEDISA/UFMA). E-mail: nettoedson@hotmail.com

RESUMO

O objetivo do presente trabalho consiste em analisar as ideias que fundamentam o conceito de um Federalismo Sanitário Cooperativo, bem como analisar os entraves e limites jurídicos e políticos à sua consolidação no Estado brasileiro. Com o escopo de alcançar os objetivos propostos, pretende-se também enfrentar a temática do direito fundamental à saúde e a forma de Estado Federal adotada pelo Constituinte Originário na Constituição de 1988, discutindo suas implicações e forma de configuração. Com relação à metodologia empregada, o presente artigo adotou a revisão sistemática. Concluiu-se que, apesar do Texto Constitucional brasileiro ter alçado o direito à saúde ao patamar de direito fundamental social e ter desenhado um modelo de Federalismo de Cooperação capaz teoricamente de garantir tal direito à população, o grave desequilíbrio federativo entre as regiões brasileiras e a excessiva concentração de recursos financeiros no âmbito do Governo federal dificultam o adequado e efetivo funcionamento das ações e serviços públicos de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Federalismo Sanitário Cooperativo; Direito Fundamental à Saúde; Estado Federal.

ABSTRACT

The present article aims to analyze the founding ideas of the concept of a Cooperative Sanitary Federalism and the barriers and juridical and political limitations to its consolidation in the Brazilian State. In order to achieve the purposes established, it's also analyzed the fundamental right to health and the federal state form adopted by the Constituent Power in the Constitution of 1988, discussing its implication and configuration form. The methodology adopted was the systematic review. It was concluded that, although the Brazilian Constitution raised the right to health to the level of a fundamental social right and designed a model of a Cooperative Federalism capable of theoretically guaranteeing this right to the population, the serious federative imbalance between the brazilian regions and the excessive concentration of financial resources within the federal government interfere in the proper and effective functioning of health public services.

KEYWORDS: Cooperative Sanitary Federalism; Fundamental Right to Health; Federal State.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988 possui, como um de seus traços marcantes, o extenso rol de direitos fundamentais listados logo em seus primeiros artigos. Dentre eles, o direito à saúde destaca-se por ter recebido atenção ímpar da Assembleia Constituinte de 87/88, com a garantia explícita que deve ser assegurado a todos as pessoas que estiverem em território brasileiro independentemente de qualquer contrapartida.

Compreende-se que o estabelecimento pelo Constituinte do direito à saúde como dever do Estado implica no reconhecimento de que as três esferas federativas (federal, estadual e municipal) passam a dividir a competência comum de assegurá-lo, conforme disposto no art. 23 da CF de 1988: “Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: [...] II - *cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;*” (BRASIL, 1988, não paginado, grifos nossos). Deve-se ressaltar que a CF de 1988 instituiu o SUS como o sistema responsável pela promoção das ações e serviços públicos de saúde, devendo fazê-lo diretamente ou através de terceiros, conforme previsto expressamente em seu art. 197.

Para que referidos serviços e políticas públicas de saúde possam ser prestados adequadamente nesse cenário de um Federalismo Cooperativo – pelo menos a nível teórico –, é necessário que haja uma efetiva conjugação de forças e de recursos por parte dos entes federados. Conforme Bercovici (2002), a Constituição Federal brasileira de 1988 instituiu o federalismo cooperativo no Brasil, em seu art. 23, ao estabelecer as chamadas competências comuns entre os entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), de modo que todos devem colaborar para o cumprimento do disposto na Constituição.

A cooperação, na visão do autor, partiria do pressuposto da estreita

interdependência existente entre inúmeras matérias e programas que são de interesse comum, o que dificultaria, quando não impediria, “a sua atribuição exclusiva ou preponderante a um determinado ente, diferenciando, em termos de repartição de competências, as competências comuns das competências concorrentes e exclusivas” (BERCOVICI, 2002, p. 17).

Entretanto, apesar da previsão constitucional e das diversas normas infraconstitucionais responsáveis por estabelecer o Sistema Único de Saúde (SUS), diariamente a população brasileira vivencia os problemas e das dificuldades no acesso adequado aos programas e serviços de saúde. A título de exemplificação, dentre os problemas enfrentados na prestação dos serviços públicos de saúde denunciados constantemente e de forma ampla pela mídia, os seguintes podem ser citados, conforme Teles et al. (2013), Polignano (2001), Paim (2008) e Conselho Federal de Medicina (2014):

- Filas frequentes de pacientes nos serviços de saúde e demora excessiva entre a marcação e a realização de consultas e procedimentos;
- Falta de leitos hospitalares e de profissionais da área da saúde para atender a demanda da população;
- Escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência;
- Atraso no repasse dos pagamentos do Ministério da Saúde para os serviços conveniados;
- Baixos valores pagos pelo SUS aos diversos procedimentos médicos-hospitalares;
- Aumento de incidência e o ressurgimento de diversas doenças transmissíveis;
- Submissão do SUS a interesses partidários na ocupação de cargos de confiança;
- Falta de efetividade na influência da sociedade civil e dos conselhos de saúde sobre a formulação de políticas e de estratégias do SUS;
- Denúncias de abusos cometidos pelos planos privados e pelos seguros de saúde.

Em razão dessas dificuldades, em especial, de acesso enfrentadas pelos usuários do SUS, será analisado o modelo de Federalismo de cunho Cooperativo previsto na Constituição brasileira, bem como os entraves ao seu estabelecimento que comprometem, dentre outros aspectos, uma adequação prestação dos serviços e das políticas públicas de saúde, de modo a contribuir na construção de um autêntico Federalismo Sanitário Cooperativo.

Como referenciais teóricos a dar suporte ao presente trabalho, será utilizada a ideia de federalismo sanitário presente em Dourado, Dallari e Elias (2012) e a ideia de federalismo cooperativo presente em Bercovici (2002), de modo a ser possível compreender as bases do atual Sistema Único de Saúde e do processo de regionalização em curso desde 2006 através do Pacto pela Saúde.

O presente artigo consiste em uma revisão sistemática, enquanto espécie de revisão de literatura, sendo analisados estudos e pesquisas anteriores acerca do Federalismo Cooperativo e do Direito Sanitário no contexto brasileiro, com o objetivo de responder aos questionamentos propostos em torno da possibilidade e dos entraves à implementação de um Federalismo Sanitário Cooperativo no Brasil. Para tanto, ele encontra-se estruturado da seguinte maneira: a) análise dos aspectos gerais em torno do Federalismo brasileiro pós-1988; b) abordagem da transição democrática e da previsão do direito fundamental à saúde na CF de 1988; c) análise do SUS e o objetivo da regionalização dos serviços de saúde; d) exame dos limites e das possibilidades para a construção de um federalismo sanitário cooperativo no Brasil; e) por fim, as considerações finais sobre os resultados encontrados.

2 ASPECTOS GERAIS ACERCA DO FEDERALISMO BRASILEIRO

No regime constitucional em vigor no Brasil, estabeleceu-se a forma federativa de Estado composta por três esferas de poder. Nos termos dos arts. 1º e 18 da Constituição Federal de 1988, essas esferas são representadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, todas autônomas e ligadas por um laço constitucional indissolúvel – tanto é que o art. 60, §4º, da CF de 1988 lista a Forma Federativa de Estado como cláusula pétrea. Os seguintes dispositivos

constitucionais elucidam tais assertivas:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela *união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal*, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos [...].

Art. 18. A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil *compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos*, nos termos desta Constituição. [...]

Art. 60. A Constituição poderá ser emendada mediante proposta: [...]

§ 4º Não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir: I - *a forma federativa de Estado* [...] (BRASIL, 1988, não paginado, grifos nossos).

Dentre os elementos essenciais e caracterizadores do Federalismo, pode-se apontar a repartição de competências. A partir do momento em que não há hierarquia entre os entes federados e de modo a possibilitar que estes possam realizar as funções que lhes foram constitucionalmente atribuídas, cumpre à Constituição elaborar um sistema de divisão de competências administrativas e legislativas (TAVARES, 2013).

Conforme Tavares (2013), o sistema estruturado na CF de 1988 para a essa repartição compreende competências de natureza administrativa e competências de natureza legislativa. As primeiras podem ser divididas em: a) competências administrativas exclusivas, nas quais cada entidade federada tem seu campo de atuação próprio, excludente dos demais (a exemplo do art. 21 da CF em relação à União); b) competências administrativas comuns, nas quais todos os entes federativos detêm, concomitantemente, idêntica competência, o que resulta em uma atuação não exclusiva, estando tais competências arroladas expressamente no art. 23 da CF.

Quanto às segundas, prossegue o autor, a CF brasileira de 1988 procedeu a um minucioso e complexo sistema de partilha de poderes legislativos entre os entes da Federação, resultando numa combinação da técnica clássica, com a previsão de poderes legislativos enumerados, e da técnica adotada pela Alemanha, com a existência de competências concorrentes.

Em termos gerais, pode-se apontar as seguintes competências legislativas, conforme Tavares (2013): a) competência enumerada, da União (art. 22), passível de delegação aos Estados (parágrafo único do art. 22); b) competência residual ou remanescente, para os Estados-membros (art. 25, § 1º, da CF); c) competência

municipal para os assuntos de interesse local (art. 30, I); d) competência concorrente entre União, Estados e Municípios (arts. 24 e 30, II, da CF); e) competência do DF, englobando a dos Estados e Municípios (art. 32, § 1º, da CF).

A autonomia das entidades federativas, portanto, pressupõe que haja uma repartição de competências para o exercício e para o adequado desenvolvimento de suas atividades administrativas e normativas. Esta distribuição constitucional de poderes é o ponto nuclear e central de toda a ideia por trás de um Estado Federal (SILVA, 2016).

Silva (2016), no mesmo sentido, assevera que a nossa Constituição adota esse sistema complexo de divisão com o objetivo de buscar um equilíbrio federativo, por meio de uma repartição de competências que se embasa na técnica de enumerar os poderes da União (arts. 21 e 22), havendo poderes remanescentes para os Estados-membros (art. 25, § 1º) e poderes definidos para os Municípios (art. 30), mas combinando isso com uma reserva de áreas específicas (que não são exclusivas, mas sim privativas), possibilidades de delegação (art. 22, parágrafo único), áreas comuns em que deve haver a atuação paralela de todos os membros da Federação (art. 23) e setores concorrentes entre a União e os Estados-membros, sendo a competência para constituir políticas, diretrizes ou normas gerais responsabilidade da União, enquanto que aos Estados e aos Municípios caberia uma competência suplementar.

A partir desse conjunto de técnicas de repartição de competências, o Constituinte Originário almejava o estabelecimento de um Federalismo de Cooperação, no qual os entes federais deveriam combinar esforços para fomentar certos interesses e para alcançar os objetivos atribuídos pela Constituição ao Estado como um todo. Bercovici (2002, p. 16 e 17) elucida os contornos dessa cooperação:

Na cooperação, nem a União nem qualquer ente federado pode atuar isoladamente, mas todos devem exercer sua competência conjuntamente com os demais. Na repartição de competências, a cooperação se revela nas chamadas competências comuns, consagradas no art. 23 da Constituição de 1988. Nas competências comuns, todos os entes da Federação devem colaborar para a execução das tarefas determinadas pela Constituição. E mais: não existindo supremacia de nenhuma das esferas na execução dessas tarefas, as responsabilidades também são comuns, não podendo nenhum dos entes da Federação se eximir de implementá-las, pois o custo político recai sobre todas as esferas de governo.

Na cooperação, ainda de acordo com Bercovici (2002), há dois momentos de tomada de decisão por parte das esferas federativas: um primeiro, em nível federal (com a participação de todos os componentes da Federação), quando há a determinação das medidas a serem adotadas, uniformizando a ação de todos; um segundo que se dá em nível estadual ou municipal, procedendo o ente federado à adaptação da decisão tomada em conjunto à sua realidade regional ou local.

Daí a previsão de competências materiais comuns para União, Estados, Distrito Federal e Municípios no art. 23 da CF de 1988, podendo o Congresso ditar lei complementar para disciplinar essa cooperação e para “evitar choques e dispersão de recursos e esforços, coordenando-se as ações das pessoas políticas, com vistas à obtenção de resultados mais satisfatórios”, de acordo com Mendes, Coelho e Branco (2009, p. 870).

Entretanto, com relação à sua própria arquitetura constitucional, levantam-se críticas à estrutura federativa brasileira, sobretudo por Mendes, Coelho e Branco (2009). Estes afirmam não serem os Municípios entidades federadas ao lado da União, dos Estados e do Distrito Federal. Tais entes possuiriam certa autonomia político-constitucional, mas só isso não seria o suficiente para torná-los essenciais ao conceito de Federação – do contrário, chegar-se-ia à conclusão de serem os Municípios uma espécie de Estados-membros de segundo grau dentro de outros Estados-membros. No mesmo sentido, os autores destacam os seguintes aspectos:

Embora seja essa a corrente predominante [de serem os Municípios autênticos entes da Federação], há ponderosas razões em contrário. Veja-se que é típico do Estado Federal a participação das entidades federadas na formação da vontade federal, do que resulta a criação do Senado Federal, que, entre nós, não tem, na sua composição, representantes de Municípios. Os Municípios tampouco mantêm um Poder Judiciário, como ocorre com os Estados e com a União. Além disso, a intervenção nos Municípios situados em Estado-membro está a cargo deste. Afinal, a competência originária do STF para resolver pendências entre entidades componentes da Federação não inclui as hipóteses em que o Município compõe um dos polos da lide (MENDES, COELHO E BRANCO, 2009, p. 865).

Por certo que, apesar das supracitadas críticas voltadas à arquitetura institucional presente na CF de 1988, não se pode pensar em um único modelo de Estado Federal. A realidade de Estado produzirá uma Federação com características próprias e que se adequam às condições locais. Essa é a posição de Ramos (2012).

Entretanto, o citado autor ainda afirma que a Federação brasileira enfrenta um grave quadro de desigualdades regionais, o que gera, por conseguinte, uma excessiva dependência por parte da maioria de Estados e Municípios dos recursos provenientes da União. Isso tudo desnatura a ideia central por trás da Forma Federativa de Estado, que envolve a junção de entes autônomos e capazes de gerir as atividades a eles atribuídas (RAMOS, 2012, p. 60).

Tais desigualdades perpetuam-se principalmente pela arrecadação tributária extremamente desigual no plano horizontal ou seja, entre os Estados e entre os Municípios. Como forma de amenizar tal cenário, a Constituição prevê um sistema de transferências obrigatórias de parte das receitas arrecadadas pela União para Estados e Municípios e de parte das arrecadadas pelos Estados para os seus respectivos Municípios. Entretanto, ao tentar sanar as desigualdades existentes, esse sistema acaba por criar outras, uma vez que Estados e Municípios contam com recursos garantidos, independentemente de lealdade política, de adesão e de comprometimento com políticas federais e de esforço tributário próprio. Isso tudo impede o alcance de uma cooperação federativa almejada entre os membros da Federação (ARRETCHE, 2004).

Com relação ao direito à saúde, conforme mencionado anteriormente, a Constituição Federal de 1988 prescreve – pelo menos teoricamente –, em seu art. 23, que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios possuem a competência material comum de assegurá-lo a todos em caráter universal e com integralidade no atendimento. Por conseguinte, o próximo tópico abordará como se deu a transição da Ditadura Militar para o atual período democrático no que se refere ao regime jurídico de garantia da saúde pública.

3 A TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA E O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

O atual reconhecimento constitucional do direito à saúde enquanto um direito social de todos e dever do Estado é algo recente no Brasil, contrapondo-se ao modelo predominante no período da Ditadura Militar, em que se privilegiaram não as ações

do setor público e o tratamento da questão da saúde como uma questão coletiva, mas sim a atenção privatizante (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Durante o período da ditadura militar, a sociedade se deparou com um modelo de proteção social por parte Poder Público que excluía a população de qualquer tipo participação política na gestão do sistema, tornando os trabalhadores meros financiadores do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), após a centralização da previdência social em 1966, e alargando o poder de controle do Governo autoritário sobre a sociedade (RAMOS; MADUREIRA; SENA, 2013).

Para tanto, como dito acima, houve a unificação de diversas entidades de previdência até então existentes no Brasil, dando origem ao chamado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Posteriormente, em razão da crescente complexidade desse sistema de saúde previdenciário e da necessidade de celebração de contratos com clínicas e hospitais para a prestação de serviços – gerando o dever de fiscalização de todo essa estrutura burocrática –, surgiria, a partir do INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) enquanto estrutura administrativa própria (POLIGNANO, 2001, p. 15).

Nesse sentido, Ramos, Madureira e Sena (2013, p. 55) afirmam que:

O processo de unificação previsto em 1960, como demonstrado, se consolidou em 1967 com a implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que reuniu as diferentes entidades de previdência social, quais sejam: os seis Institutos de

Aposentadoria e Pensão (IAP's), o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social.

Duas particularidades fundamentais que impuseram a unificação da Previdência Social (com a junção dos IAPs em 1966) podem ser expressas no aumento da interferência do Estado na sociedade e no afastamento dos trabalhadores da cena política. Nesta perspectiva, observa-se a exclusão popular da gestão da previdência (os trabalhadores tornaram-se meros financiadores da previdência).

Diferentemente dos princípios da universalidade e da integralidade do atendimento previstos na Constituição Democrática de 1988, de maneira que o direito à saúde foi elevado à categoria de direito de todos e dever do Estado, o Governo Militar restringia sua atuação na área sanitária apenas a medidas de ordem preventiva e a atividades epidemiológicas e de vigilância sanitária. Somente a parcela da população que estivesse vinculada à Previdência Social – de caráter contributivo –

estaria abarcada pelos serviços privados de saúde, que eram custeados e fiscalizados pelo INAMPS. As atividades de cunho assistencialista permaneciam a cargo de instituições de caridade. Dourado (2010, p. 78-79) defende que:

A consolidação da saúde como um direito humano fundamental exige que o Estado se organize para garantir os meios necessários para promoção, proteção e recuperação da saúde do seu povo, disciplinando as ações e serviços públicos e privados de saúde. [...]

O reconhecimento do direito à saúde no Brasil é fato recente. [...] Até então, as atividades relacionadas à saúde eram consideradas serviços públicos prestados pelo Governo Central e se restringiam a algumas ações preventivas (como campanhas de vacinação) e ao exercício do poder de polícia sanitária vinculado às ações de vigilância sanitária e epidemiológica. As atividades assistenciais, que eram tradicionalmente oferecidas pelas instituições de caridade (as “santas casas de misericórdia”) e, fora destas, funcionavam como bens econômicos de iniciativa privada – submetidos às regras de mercado –, só passaram a integrar a esfera de atuação do Estado no século XX, mas, ainda assim, apenas como benefícios disponíveis aos trabalhadores integrantes do sistema previdenciário.

Tal faceta autoritária e restritiva do acesso à saúde durante o Governo Militar culminou em graves problemas estruturais na saúde pública da sociedade brasileira, muito em razão das próprias contradições internas do sistema (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Diante do modelo de saúde previdenciário que se mostrava insuficiente e deficiente, o Ministério da Saúde passa a atuar prioritariamente na medicina curativa, de modo que “tornou-se muito mais um órgão burocrato-normativo do que um órgão executivo de política de saúde”, como lembra Polignano (2001, p. 16).

O período da ditadura militar, desse modo, representou o agravamento de sérios problemas estruturais que foram herdados de décadas anteriores – pode-se citar, a título de exemplo, o alto grau de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, sendo possível incluir a própria mortalidade da população em geral. Durante essa fase marcada por um governo brasileiro autoritário, a política de proteção social foi expandida e burocratizada pela máquina estatal com o objetivo de alargar o poder de controle, bem como amenizar as tensões e legitimar o regime de exceção frente à sociedade, que permanecia fora das instâncias decisórias (RAMOS; MADUREIRA; SENA, 2013).

O cenário acima retratado começa a mudar a partir da expansão de

movimentos de crítica a esse modelo de saúde previdenciária no início dos anos 80, que defendiam a saúde enquanto um direito público subjetivo de todos as pessoas. Com a redemocratização e a edição da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde foi elevado a tal patamar, sendo criado um sistema único para gerir e prestar os serviços públicos de saúde. Dourado (2010, p. 79) destaca que:

Foi somente na década de 1980 que se estruturou o movimento político para afirmação da saúde como direito público subjetivo no Brasil. Com raízes nas instituições acadêmicas, a chamada *Reforma Sanitária* desenvolveu-se no interior do aparelho estatal e obteve adesão de segmentos de trabalhadores do setor e de movimentos populares de saúde. [...]

A admissão da saúde como direito social foi positivada na Constituição Federal de 1988 (art. 196), atribuindo ao Estado o encargo de prover a população de ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, com garantia de acesso universal, gratuito e igualitário. Com esse intuito, o Poder Constituinte criou o Sistema

Único de Saúde (SUS), instituição que encerra os meios para a efetivação do direito à saúde no Brasil, apoiada nas diretrizes consagradas no artigo 198, *caput* [...].

Conforme já mencionado anteriormente, a Assembleia Constituinte de 1988 estabeleceu o direito à saúde como um direito de todos a ser assegurado pelo Estado brasileiro em suas três esferas federativas. É possível que os serviços de saúde sejam prestados pela iniciativa privada, mas sempre de forma complementar e sob fiscalização do poder público, que não pode se esquivar do dever de prestá-los diretamente a partir da rede hierarquizada e regionalizada que se consubstancia no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 contém a seguinte disposição literal:

Art. 196. *A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

Art. 197. 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.*

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

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

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988, não paginado, grifos nossos).

O aspecto autoritário e antidemocrático presenciado durante o período da Ditadura Militar no Brasil restava superado, sendo a estrutura constitucional do SUS um espelho dos anseios da população e dos setores até então sem influência política nas questões de saúde pública, o que se comprova a partir da previsão da participação da comunidade enquanto uma das diretrizes da serem seguidas na prestação das ações e dos serviços de saúde.

Polignano (2001) ressalta a mudança de perspectiva trazida pelo Sistema Único de Saúde e defende que o texto constitucional aponta nitidamente para uma concepção de SUS baseada na formulação de um modelo de garantia do direito à saúde voltado para as necessidades da população, de maneira a resgatar esse compromisso estatal com o bem-estar social, sobretudo no que tange à saúde coletiva. Assim, tal direito é consolidado como um direito essencial à própria cidadania.

Esta visão, finaliza o autor, refletia o momento político em que a sociedade brasileira estava inserida, recém liberta de uma longa ditadura militar onde a cidadania nunca foi um princípio constitucional a ser garantido pelo Governo. Impulsionada pelo movimento Diretas Já, toda a sociedade procurava garantir, nesse novo Texto Constitucional, os direitos e os valores da democracia e da cidadania que por muitos anos foram alijados e desrespeitados.

Passa-se a ter, então uma ampla concepção de saúde estabelecida na Constituição Federal de 1988, devendo este direito ser assegurado mediante todo um sistema de políticas sociais e econômicas que busquem reduzir o risco de doença e outros agravos e através do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, conforme disposto no seu art. 196. E Noronha, Lima e Machado (2012) lembram que esse novo tempo na forma de se compreender o direito à saúde teve como grande marco a VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986, onde foram debatidas as questões que passariam a ser enfrentadas na política sanitária nacional.

A própria ideia de regionalização positivado no Texto Constitucional de 1988, a ser detalhada a seguir, expressa o anseio por essa maior participação popular na gestão da saúde pública, em contraposição à centralização que existia nas mãos do governo federal durante a Ditadura Militar, uma vez que os cidadãos estão mais próximos e em mais condições de participar das instâncias decisórias.

4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REGIONALIZAÇÃO

Ao lado do modelo de Federalismo Cooperativo idealizado na Constituição Federal de 1988 e da garantia do direito à saúde através do SUS, o Constituinte estabeleceu a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, como uma das diretrizes a serem seguidas por essa rede regionalizada e hierarquizada de prestação de serviços públicos de saúde. Com isso, a divisão de tais serviços de saúde entre as três esferas da Federação tornou-se foco das principais discussões acerca da temática. Dourado (2011, p. 206), acerca da criação e estruturação do SUS, afirma que:

O SUS foi criado nesse contexto, fruto do reconhecimento do direito à saúde no Brasil, como instituição de caráter federativo orientada pela descentralização político-administrativa. A normatização constitucional e a regulamentação disposta na Lei Orgânica da Saúde [Leis Federais nº 8.080/90 e nº8.142/90] delimitam a expressão da estrutura federativa nacional na área da saúde ao determinarem o dever de todos os entes federados de atuar para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com autonomia de cada esfera de governo para a gestão do sistema nos limites do seu território. Estabelece-se, assim, uma forma de organização política que pode ser adequadamente designada federalismo sanitário brasileiro.

Acerca do direito sanitário na CF de 1988, houve o nítido objetivo de distribuição de competências entre União, Estados, DF e Municípios, tanto que a Assembleia Constituinte de 87/88, conforme lembra Barbugiani (2006), estabeleceu a competência legislativa concorrente para proteção do meio ambiente, combate à poluição (dois fatores cruciais para a saúde pública) e para previdência social, proteção e defesa da saúde no art. 24, VI e XII da Constituição.

O mesmo autor continua e lembra, ainda, que foi estabelecido no Texto

Constitucional a competência administrativa comum dos entes federados para cuidar da saúde e da assistência pública no art. 23, II, devendo todos eles prestar os serviços de atendimento à saúde da população em cooperação técnica e financeira, bem como outras competências, no mesmo dispositivo, que se relacionam à garantia da saúde da pública, a exemplo da proteção ao meio ambiente e combate à poluição (inciso VI), promoção da melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico (inciso IX) e combate às causas da pobreza e fatores de marginalização (inciso X).

Nessa mesma busca pela regionalização das políticas públicas de saúde, a própria Lei nº 8.080 estabelece, em seu art. 9º, que as esferas de governo deverão administrar a prestação desses serviços através dos seguintes órgãos: o Ministério da Saúde – no caso do Governo Federal –, e as respectivas Secretarias de Saúde ou órgão equivalente – no caso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 1990).

Ao longo dos primeiros dez anos de implantação do SUS, a opção política adotada seguiu o movimento marcado pela descentralização das políticas sociais no Brasil para os Estados e, principalmente, para os Municípios que existiu em toda a década de 1990. Ou seja, a municipalização da saúde foi priorizada, enquanto que a regionalização foi desconsiderada quase que inteiramente, passando a ganhar relevo somente na virada dos anos 2000, a partir da edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) em 2001 – e de sua reformulação em 2002 – e da publicação do Pacto pela Saúde em 2006 (LIMA et al., 2012).

Desse modo, de acordo com Dourado e Elias (2011, p. 207), “a primeira década do SUS foi marcada por um processo de intensa transferência de competências e recursos em direção aos municípios”, sendo o Ministério da Saúde o orientador desse processo a partir do seu instrumento normativo conhecido como Normas Operacionais Básicas (NOBs). Os mesmos autores prosseguem e afirmam que, a partir de uma clara definição de critérios de habilitação e de incentivos realizados por meio dessa transferência de recursos financeiros, as sucessivas NOBs levaram os municípios a adquirirem uma progressiva autonomia na gestão das ações e dos serviços de saúde em seus territórios.

Entretanto, esse movimento pela municipalização da saúde também gerou alguns efeitos colaterais na dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. A

descentralização do Sistema Único foi idealizada desde suas origens e implementada nesse período tendo por base o estabelecimento de uma relação direta entre as esferas federal e municipal. Ou seja, sem a faceta de regionalização, a descentralização se acoplou ao esquema federativo brasileiro, gerando uma desconsideração completa do papel dos governos estaduais e uma exacerbação das atribuições municipais nas prestações dos serviços de saúde, de acordo com Lima et al. (2012).

A implementação do Sistema Único de Saúde, dessa maneira, deparou-se com obstáculos estruturais que a comprometeram. Tais obstáculos, de acordo com Noronha, Lima e Machado (2012), seriam: o modelo médico-assistencial privatista sobre o qual se ergueu o SUS; a proteção social fragmentada no Brasil; e as características do próprio federalismo nacional, marcado por profundas desigualdades socioeconômicas de diferentes níveis (inter-regionais, interestaduais e intermunicipais).

A fragilidade das relações federativas firmadas entre Estados e Municípios dificultou uma clara definição de responsabilidades, gerando dúvida até mesmo sobre a questão do comando das políticas públicas de saúde quando foram apresentadas as propostas para redefinição desse quadro (DOURADO; ELIAS, 2011).

Posteriormente, Lima et al. (2012) afirmam que a definição de “região de saúde” aparece pela primeira vez na Noas publicada em 2000, demonstrando uma busca pelo fortalecimento do papel dos Estados-membros na condução política do SUS e pela equidade na alocação dos recursos e no acesso da população aos serviços e às ações de saúde.

Entretanto, isso não foi capaz de organizar redes assistenciais estruturadas com base nos preceitos da regionalização. Um dos fatores a comprometerem esse aspecto regional foi o fato de as instâncias estaduais continuarem a receber poucos incentivos financeiros por meio de transferências para assumirem essas funções (DOURADO; ELIAS, 2011).

A concentração política encontrada na busca pela descentralização almejada pelo Governo Federal foi importantíssima para o crescimento do fenômeno da municipalização da saúde. Entretanto, isso tudo “criou obstáculos para a conformação de mecanismos de coordenação federativa com incidência sobre as relações

intermunicipais, função que deveria ter sido desempenhada pelos governos estaduais” (DOURADO; ELIAS, 2011, p. 207), que não receberam os incentivos para tanto. Ou seja, em vez de cooperação, o que se viu foram disputas por recursos e pelo comando de serviços entre os governos nos Estados e nos Municípios. Ademais, a ação indutora promovida pelo Governo Federal não se mostrou eficaz o suficiente para criar espaços de cooperação e de coordenação federativa nos níveis subnacionais.

Todas essas conjunturas contribuíram para as mudanças ocorridas na condução política do SUS que seriam presenciadas na década subsequente, no sentido da regionalização, através da implementação do chamado Pacto pela Saúde já na metade dos anos 2000. Ou seja, passou a ganhar forças a ideia de que a efetiva responsabilização dos gestores sanitários deveria advir de um acordo de vontades através do qual os gestores das três esferas federativas assumiriam compromissos previamente negociados e estabeleceriam metas a serem atingidas de forma cooperativa e solidária, implementando um Pacto de Gestão. Essa proposta foi ratificada em um instrumento normativo infralegal que foi denominado, justamente, de Pacto pela Saúde (IPEA, 2007).

O Pacto pela Saúde instituído em 2006 foi estruturado para atuar através de três dimensões complementares: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. O Pacto pela Vida envolveria um conjunto de compromissos em torno do direito à saúde que deveriam ser assumidos pelos administradores dos três níveis federais, de modo a serem buscados resultados que efetivamente impactassem e alterassem a realidade da saúde pública no Brasil, a exemplo da atenção à saúde dos idosos, do controle dos cânceres de mama e de colo de útero, da mortalidade infantil e maternal, das doenças epidêmicas, e da promoção da saúde e da atenção básica (DALLARI, 2009; IPEA, 2007).

Por outro lado, o Pacto em Defesa do SUS seria composto por diretrizes gerais de coordenação das ações em prol de fortalecer a condição do Sistema Único de Saúde enquanto uma política pública a ser exercida por todo o Estado brasileiro, a partir do comprometimento dos gestores sanitários e da articulação da sociedade civil (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012). Para tanto, objetivaria a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29, que dispõe sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde, e a aprovação do orçamento consolidado do SUS (DALLARI, 2009).

Posteriormente, com o Pacto de Gestão do SUS, sendo a normatização operacional do próprio Pacto pela Saúde, função que até então era exercida pela NOB 01/96 e pela NOAS 01/02, foram estabelecidas as seguintes diretrizes para a condução do Sistema: descentralização, regionalização, financiamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, planejamento, gestão do trabalho e educação na saúde (DALLARI, 2009; IPEA, 2007). Cabe ressaltar que também foram estabelecidas as responsabilidades que cada esfera de governo possuiria na operacionalização do citado Pacto de 2006, estabelecendo-se um sistema de repartição infralegal de competências sanitárias (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012).

Diante das informações apresentadas, infere-se como o Governo Federal tem buscado, nos últimos anos, a construção de um SUS embasado na diretriz da regionalização. Com a implementação adequada dessas medidas, um autêntico Federalismo Sanitário Cooperativo tornar-se-ia algo tangível. Entretanto, conforme será demonstrado a seguir, a realidade brasileira apresenta entraves que colocam em risco esse plano.

5 LIMITES E POSSIBILIDADES PARA A FORMAÇÃO DE UM AUTÊNTICO FEDERALISMO SANITÁRIO COOPERATIVO NO BRASIL

Enquanto principal limite e elemento de entrave ao estabelecimento de um real Federalismo Sanitário Cooperativo no Brasil, estão os já apontados problemas das graves desigualdades existentes entre os entes federados e a excessiva dependência em relação aos recursos transferidos pela União.

Enquanto o Governo Federal busca, sobretudo na área da saúde, o estabelecimento de uma descentralização e de uma regionalização na prestação de serviços públicos, os demais entes federados não encontram as condições financeiras e materiais para acompanhar tal modificação, que não pode ser implementada de forma abrupta, mas sim de modo gradativo, e levando-se em considerações esses aspectos mencionados (ALMEIDA, 1995).

Bercovici (2002) já desnudava esse problema desde o início dos anos 2000,

afirmando que a tese usual da descentralização de receitas, mas não a descentralização de encargos, não se sustenta. O grande problema foi justamente a falta de coordenação e cooperação entre os entes federados, culminando no caos hoje existente e desrespeitando o objetivo constitucional de reduzir as desigualdades sociais e regionais.

O debate, afirma ao autor, não deve ser entre descentralização e centralização, mas sim em torno de qual modelo de descentralização adotar e com qual finalidade implementá-lo. A descentralização das políticas públicas deve ser estabelecida de maneira gradativa, tendo o amparo de programas de assistência tanto técnica quanto financeira, sempre buscando evitar a ocorrência de rupturas e de prejuízos para a população.

Ou seja, a descentralização deve ser implementada de modo articulado, não conflitivo, como vem ocorrendo na Federação brasileira. O desequilíbrio atualmente existente deve ser solucionado através de uma política planejada de cooperação e de coordenação entre os entes federados, tendo por objetivos o desenvolvimento e a promoção da igualdade nas condições de vida, não podendo consistir em um desmonte puro e simples ou em um retrocesso da “recentralização” de receitas na esfera federal (BERCOVICI, 2002).

Uma articulação que supere o cenário conflitivo que se apresenta hoje deve ser buscada. Porém, não se pode perder de vista o equilíbrio a ser alcançado entre uma intensa centralização de poderes nas mãos da União e um ambiente de excessiva descentralização que pode culminar em conflitos federativos e desigualdades na prestação dos serviços.

Arretche (2013) bem trabalha esse dilema acerca da autoridade central em um Estado Federal dentro das peculiares características da Federação brasileira, onde, a título de exemplo, presencia-se um excessivo comportamento de cunho partidário daqueles congressistas que deveriam representar os interesses dos Estados-membros no Congresso Nacional – no caso, os Senadores. A autora prossegue e afirma que:

Um dos grandes dilemas dos Estados democráticos modernos diz respeito à extensão da autoridade do governo central. Não parece haver fórmula institucional isenta de riscos. Arranjos institucionais que concentrem

excessiva autoridade no governo central ensejam o risco da tirania da maioria. Por outro lado, arranjos que confirmam poder de veto aos governos regionais ensejam o risco de que minorias paralise reformas de interesse geral. Escolhas constitucionais que confirmam aos governos subnacionais ampla autoridade sobre as políticas públicas implicam desigualdade de acesso a serviços, embora ensejem a promessa de aproximar o governo dos cidadãos. No entanto, Estados centralizados parecem ter maior impacto na redução das desigualdades sociais do que modelos descentralizados (ARRETCHE, 2013. p. 65).

Como pedra de toque nesse questionamento acerca da possibilidade de formação de um Federalismo Sanitário Cooperativo no Brasil, tem-se a necessidade de rediscussão do financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

No início dos anos 90, diante da crise financeira e da necessidade de promoção de um ajuste fiscal, o Governo Federal criou o chamado Fundo Social de Emergência (FSE) pela Emenda Constitucional de Revisão nº 1 de 1994 – rebatizado de Fundo de Estabilização Fiscal e, posteriormente, de Desvinculação de Receitas da União (DRU) em razão de suas constantes prorrogações –, o que acabou por comprometer o regime de transferências federais previsto originalmente pela CF de 1988, bem como outras áreas, a exemplo da saúde, que deveriam vincular o total arrecadado pela União.

A partir desse mecanismo da DRU, o Governo Federal obteve a autorização constitucional para não aplicar 20% (vinte por cento) dos recursos que deveriam ser destinados à seguridade social e à descentralização almejado com o FPE e com o FPM (PIOLA et al., 2013). Citado percentual acabou servindo para compensar as perdas fiscais ocorridas desde a promulgação da CF de 1988, sendo destinado, por exemplo, para o pagamento de juros da dívida pública (DOURADO, 2010). Entretanto, como consequência das constantes prorrogações desse regime de desvinculações, comprometeu-se a prestação dos serviços públicos por parte de Estados e Municípios dependentes das transferências federais.

Como forma de contornar as dificuldades surgidas a partir da DRU, houve a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 1996, foi originalmente estabelecida, apenas pelo período de um ano – o que foi prorrogado posteriormente –, cujo produto da arrecadação deveria ser destinado ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), para financiamento de ações e serviços de saúde (PIOLA et al., 2013).

Entretanto, referido tributo teve sua finalidade deturpada, uma vez que o setor econômico do Governo Federal passou a reduzir os recursos de seu orçamento voltados para a saúde na mesma proporção em que entravam os valores arrecadados com a CPMF (POLIGNANO, 2001). Piola et al. (2013), em pesquisa do IPEA, confirma que essa contribuição provisória garantiu a estabilidade do financiamento das ações e serviços públicos de saúde no seu período de existência, mas não resultou em um aumento significativo das receitas graças à diminuição e ao redirecionamento de outras fontes de financiamento da saúde.

Posteriormente, no ano 2000, de modo a garantir o mandamento constitucional da descentralização do financiamento da saúde, aumentando o nível de participação de Estados e Municípios frente à União, houve a edição da mencionada Emenda Constitucional nº 29, que definiu montantes mínimos a serem aplicados por todos os entes federados em ações e serviços públicos de saúde. Pesquisa do IPEA de 2013 aponta para um relativo sucesso dessa EC nº 29/2000 nessa tentativa de diminuir a dependência do SUS em relação aos recursos federais, tanto que, de 2000 a 2011, a participação federal no financiamento caiu de 60% para 44% (PIOLA et al., 2013).

No mesmo período, ainda conforme a mesma pesquisa, mais que triplicou o volume de recursos destinados para as ações e serviços de saúde por parte dos Estados e Municípios. Entretanto, apesar do relativo sucesso dessa tentativa de descentralização no financiamento das ações e serviços públicos de saúde, as graves disparidades econômicas persistem entre os Estados-membros da federação. Em razão dessas desigualdades, diversos Estados-membros da Federação brasileira ainda necessitam dos repasses constitucionais do Governo Central para o exercício suas funções constitucionais obrigatórias – dentre elas, a prestação de serviços de saúde (RAMOS, 2012).

Da mesma forma, pode-se encontrar um grande número de Municípios brasileiros econômica e financeiramente inviáveis, o que os torna ente federados que sobrevivem apenas em função dos repasses constitucionalmente estabelecidos do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Isso se intensificou graças ao excessivo número de municípios criados nas décadas anteriores, passando de 1.574 em 1940 para 5.565 em 2010, e, ainda de acordo com o Censo 2010 do IBGE, os Municípios

com até 50 mil habitantes são aqueles com as piores condições de infraestrutura urbanística básica (IBGE, 2010).

Cabe ainda citar o Atlas da Extrema Pobreza no Norte e no Nordeste do Brasil, produzido pelo IPEA em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), onde fica caracterizado que o Norte e o Nordeste concentram o maior número de pessoas em situação de pobreza extrema de todas as regiões brasileiras, havendo, inclusive, a concentração de áreas pobres no nordeste dessas duas regiões (IPEA, 2015).

Tais repasses constitucionais para Estados e Municípios deveriam atuar de forma a contornar essas desigualdades regionais e o déficit de autonomia dos demais entes federados frente à União, mas, conforme lembra Arretche (2004), a descentralização almejada por essa e por outras medidas nas áreas sociais resultou simplesmente do uso da autoridade de financiamento e de normatização do governo federal como forma de obter a adesão dos municípios e dos Estados a um dado objetivo de política, ao mesmo tempo em que a constitucionalização de encargos ou níveis de gastos é uma estratégia que ainda encontra barreiras nas desigualdades entre os Estados da Federação brasileira.

No que tange à arrecadação tributária, o fenômeno da centralização fiscal em torno do Governo Federal apresenta-se novamente com força a partir da utilização das chamadas contribuições sociais. Tais tributos, de competência federal exclusiva, deveriam servir para o financiamento da Seguridade Social como um todo, mas passaram a ser implementados apenas para aumentar a arrecadação e recompor o orçamento da União. Dourado afirma que:

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

As contribuições sociais, cuja instituição é de competência exclusiva da União (C.F., art. 149), foram responsáveis pela maior parte do aumento da arrecadação – e da carga tributária – logrado pelo governo federal durante os anos 90 e, conseqüentemente, tiveram importante papel na recomposição orçamentária da União – desviando-se de sua destinação original (DOURADO, 2010, p. 56).

Ou seja, partindo-se da análise das instituições federativas e do modelo de prestação de serviços públicos – sobretudo aqueles voltados ao direito à saúde – estabelecidos no Brasil a partir de 1988, são encontrados os elementos que estabelecem e retroalimentam o fenômeno de centralização em torno da União. O seguinte trecho de Arretche descreve algumas dessas características.

Por fim, não é o fato que, no Brasil, a aprovação de matérias de interesse federativo exija o apoio de supermaiorias em uma multiplicidade de arenas. Esta exigência é assumida – sem a devida demonstração empírica – como inerente ao federalismo em parte expressiva dos estudos comparados. O fato é que, no Brasil, matérias de interesse federativo não têm tramitação especial; adotamos a fórmula menos exigente de emendamento constitucional no leque de escolhas possíveis. Além disso, matérias de interesse federativo podem ser aprovadas na forma de legislação complementar ou mesmo lei ordinária. Essas escolhas reduzem os custos de formação de maiorias necessárias para aprovação de matérias no Congresso, ao mesmo tempo que dificultam as estratégias de veto. Assim, combinada às características institucionais do federalismo brasileiro – o potencial poder de veto do Senado, o amplo campo de competências legislativas da União, o comportamento partidário dos senadores e a inexistência da exigência de supermaiorias –, a fórmula da desproporção na representação das unidades constituintes não implica constrangimentos à maioria. Na verdade, aproxima o Brasil das fórmulas que favorecem a autoridade do governo central (ARRETCHE, 2013, p. 88).

Portanto, sem uma real autonomia por parte dos Estados-membros e dos Municípios do Estado brasileiro, resta completamente comprometido o objetivo da regionalização do Sistema Único de Saúde buscado pelo Governo Federal, afastando-se ainda mais o Brasil da formação de um Federalismo Sanitário Cooperativo.

CONCLUSÃO

A partir da democratização vivenciada pelo Brasil após o período da Ditadura Militar, o direito à saúde foi alçado ao patamar de direito fundamental social pelo Texto Constitucional de 1988, devendo ser garantido a todos em território brasileiro através de ações e de serviços públicos de saúde a serem prestadas pelo Estado de modo universal e com integralidade no atendimento.

Nesse cenário, o modelo de Federalismo de Cooperação forjado no regime constitucional de repartição de competências mostrar-se-ia, pelo menos teoricamente,

capaz de gerir as relações institucionais entre as três esferas federativas, que deveriam se articular para garantir o funcionamento do Sistema Único de Saúde, uma vez que a própria Constituição elenca a questão de saúde como sendo de competência administrativa comum e de competência legislativa concorrente entre os entes federados e estabelece que o SUS deve ser um sistema de caráter regionalizado e descentralizado.

Entretanto, em decorrência das mencionadas desigualdades regionais – com diversos Estados-membros e Municípios dependentes de repasses constitucionais para prestarem os mais básicos serviços públicos – e da grande concentração de competências tributárias nas mãos da União, o princípio da autonomia dos entes federados resta comprometido, o que põe em xeque a adequada garantia do direito à saúde por meio de ações e serviços públicos.

Mesmo com os mecanismos constitucionais de repartição de receitas – através das transferências constitucionais obrigatórias para os Estados e para os Municípios – e com as alterações promovidas pela EC n. 29 no intuito de garantir percentuais mínimos de aplicação da receita tributária em ações e serviços públicos de saúde, o que promoveu relativo aumento da participação dos Estados e dos Municípios no financiamento da saúde, permanece havendo um desequilíbrio federativo que impede a concretização dos ditames constitucionais previstos para o SUS.

De uma excessiva descentralização ou municipalização verificado nos anos 90, passou-se a buscar a efetiva implementação do conceito de regionalização somente nos anos 2000, ou seja, após mais de uma década de vigência da CF de 1988. E além desse atraso, certas decisões do Governo Federal põem em dúvida essa preocupação com a garantia do financiamento do SUS, a exemplo do redirecionamento de recursos para outras áreas após a criação da CPMF, da contínua utilização da DRU que afeta o percentual constitucional mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde, e da criação de contribuições sociais enquanto tributos que não são alvos de transferências constitucionais obrigatórias.

Somente com o debate em torno dessas problemáticas e com a proposição de medidas de superação desses entraves, garantindo uma real autonomia financeira a todos os entes federados – pedra de toque para a existência de Federalismo

material, e não apenas formal –, de modo a não se limitar o combate às desigualdades regionais através de simples repasses obrigatórios que não exigem contrapartidas ou comprometimentos fiscal e tributário, será possível o estabelecimento das bases para um verdadeiro Federalismo Cooperativo Sanitário no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Herminia Tavares de. Federalismo e Políticas Sociais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, n. 28, ANPOCS, jun., 1995.

ARRETCHE, Marte. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em perspectiva** [online], v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

_____. Quando as instituições federativas fortalecem o Governo Central? In: HOCHMAN, Gilberto; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (Org.). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

BARBUGIANI, Luiz Henrique Sormani. O direito sanitário no federalismo brasileiro: da legalidade da edição de normas sanitárias pelas diversas esferas de poder e a inexistência de conflito entre elas. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 7, n. 1/2/3, p. 88-110, 2006.

BERCOVICI, Gilberto. A descentralização de políticas sociais e o federalismo cooperativo brasileiro. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 13-28, mar.2002.

BERTOLOZZI, Maria Rita e GRECO, Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380-398, dez., 1996.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 5 de outubro de 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 02.jun.2015.

_____. **Lei nº 8.080**. 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 10.dez.2015.

_____. **Lei nº 8.142**. 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 10.dez.2015.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil**. 2008. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2163/livros>>. Acesso em: 11.dez.2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Pesquisa revela que 92% da população está insatisfeita com a saúde no Brasil**. 2014. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24984:data_folha-revela-93-da-populacao-esta-insatisfeita-com-a-saude-no-brasil&catid=3>. Acesso em: 16.ago.2016.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 9-34, nov. 2008/fev. 2009.

DANIELS, Norman. **Health care needs and distributive justice**. 1981. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/pdf/2264976.pdf>>. Acesso em: 10.nov.2015.

DANIELS, Norman. **Just health care: studies in philosophy and health policy**. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

DOURADO, Daniel de Araujo. **Regionalização e federalismo sanitário no Brasil**. 2010. 183 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

DOURADO, Daniel de Araújo; DALLARI, Sueli Gandolfi; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização no Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 10-34, nov.2011/fev.2012, 2012.

DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociais Municipais 2010: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010**. 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000006475711142011571416899473.pdf>>. Acesso em: 01.set.2016.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, n. 14, 2007. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps14_completo.pdf>. Acesso em: 01.set.2016.

_____. **População residente em domicílios agrícolas, pluriativos, rurais não agrícolas e urbanos não agrícolas: Atlas da extrema pobreza no Norte e Nordeste do Brasil em 2010**. 2015. Disponível em: <http://www.ipc-undp.org/pub/port/Atlas_da_extrema_pobreza_no_Norte_e_Nordeste_do_Brasil_PT.pdf>. Acesso em: 01.set.2016.

LIMA, Luciana Dias de et al. Regionalização da saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 823-852.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 365-393.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PIOLA, Sérgio F. et al. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo**. Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

POLIGNANO, Marcos Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. 2001. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-%5B16-030112-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2015.

RAMOS, Edith Maria Barbosa; MADUREIRA, Amanda Silva; SENA, Jaqueline Prazeres de. O processo de redemocratização e o novo padrão de proteção do direito à saúde no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 51-67, jul./dez., 2013.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. **Federalismo e descentralização territorial em perspectiva comparada: os sistemas do Brasil e da Espanha**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Ed., 2012.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 39. ed. São Paulo: Malheiros, 2016.

TAVARES, André Ramos. **Curso de direito constitucional**. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

TELES, Giovana et al. **Falta de médicos em hospitais públicos prejudica atendimento**. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2013/01/falta-de-medicos-em-hospitais-publicos-prejudica-atendimento.html>>. Acesso em: 15 de agosto de 2016.