



UNISANTA

UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA

UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE:
DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS

LAILA SOARES CAVALCANTE

O FEDERALISMO COOPERATIVO BRASILEIRO E OS OBSTÁCULOS
PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE
SAÚDE PELOS MUNICÍPIOS

SANTOS / SP

2018

LAILA SOARES CAVALCANTE

**O FEDERALISMO COOPERATIVO BRASILEIRO E OS OBSTÁCULOS
PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE
SAÚDE PELOS MUNICÍPIOS**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. Renato Braz Mehanna Khamis.

SANTOS / SP

2018

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos.

CAVALCANTE, Laila Soares.

O federalismo cooperativo brasileiro e os obstáculos para a implementação das políticas públicas de saúde pelos municípios. Laila Soares Cavalcante. – 2018.
159 f.

Orientador: Renato Braz Mehanna Khamis.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Santa Cecília, Programa de Pós-Graduação em Direito à saúde, Santos, SP, 2018.

1. Federalismo. 2. Políticas públicas. 3. Execução. Centralismo. União.
I. KHAMIS, Renato Braz Mehanna. II. Título.

LAILA SOARES CAVALCANTE

**O FEDERALISMO COOPERATIVO BRASILEIRO E OS OBSTÁCULOS
PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE
SAÚDE PELOS MUNICÍPIOS**

Dissertação submetida ao corpo docente
do Programa de Pós-Graduação em
Direito da Saúde da Universidade Santa
Cecília.

Data de aprovação:
17/12/2018.

BANCA EXAMINADORA:

Professor Dr. Renato Braz Mehanna Khamis (Orientador) – UNISANTA

Profa. Dra. Amélia Cohn – UNISANTA

Profa. Dra. Renata Salgado Leme – UNISANTA

Prof. Dr. Marcelo de Oliveira Fausto Figueiredo Santos – PUC/SP

SANTOS / SP

2018

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação de mestrado não poderia ter sido concluída sem o inestimável apoio das seguintes pessoas:

Em primeiro lugar, agradeço ao meu orientador, Professor Doutor Renato Braz Mehanna Khamis, pela orientação, atenção e momentos de trocas de experiência que muito concorreram para a conclusão desta dissertação.

Não posso deixar de mencionar as Professoras Doutoras Amélia Cohn e Renata Salgado Leme, que enriqueceram o trabalho com suas contribuições no momento da banca de qualificação. Igualmente, agradeço ao Professor Doutor Marcelo de Oliveira Fausto Figueiredo Santos, por ter aceitado o convite para participar da banca de defesa.

Ao meu marido, Rodrigo, que, com tanto amor, soube compreender os momentos em que tive que me ausentar para me dedicar à pesquisa.

Aos colegas e amigos da minha turma, que cooperaram com indicações relevantes na produção deste trabalho, como no decorrer do curso. Em especial, Tássia dos Anjos, pela companhia e amizade ao longo do mestrado.

Ao amigo Plínio Baima, que sempre contribuiu para o meu amadurecimento acadêmico com conselhos e farto material de estudo; ao amigo Guilherme Lanzillotti, pela convivência profissional e troca sempre despreziosa de conhecimentos; à amiga Carolina Cavalcante, pelas valiosas sugestões de temas atinentes à pesquisa; e aos amigos Daniel Borba e Janaína Helena, pelas palavras de apoio e incentivo.

Por fim, quero agradecer a Deus, à minha família e aos amigos pelo apoio incondicional que me deram, em especial aos meus pais, pelos comentários e estímulo ao longo da elaboração deste trabalho. Reitero, também, meus agradecimentos a todos e a todas que, de forma direta e/ou indireta, contribuíram para a realização desse momento. O meu muito obrigada!

CAVALCANTE, Laila Soares. **O federalismo cooperativo brasileiro e os obstáculos para a implementação das políticas públicas de saúde pelos municípios**. 2018. 159 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde. Universidade Santa Cecília: Santos/SP, 2018.

RESUMO

A presente dissertação, apoiada no método dedutivo, traz em seu bojo o estudo sobre o arranjo federativo adotado e as problemáticas enfrentadas para a execução das ações de saúde. A partir desta análise, foi traçado como objetivo da pesquisa a definição da relação existente entre o modelo de federalismo cooperativo e as políticas sociais no Brasil, identificando os obstáculos para eficaz implementação do sistema de política pública da saúde e observando se a existência do descompasso federativo é capaz de criar barreiras para implementação das políticas públicas que competem aos municípios. Para tanto, parte-se do estudo da ampla doutrina brasileira da área jurídica e da ciência política, a fim de construir um referencial teórico que analisa a evolução do federalismo no Brasil e no mundo, estabelecendo a interação entre o desenho institucional produzido pela Constituição de 1988 e as diretrizes de universalização de políticas sociais de saúde implementadas por meio de ações federais. Diante do liame estabelecido entre os institutos, foi analisada se a falha correspondente a implementação das políticas tem ligação com o arranjo federativo adotado no Brasil e com o formato de repartição de competências constitucionalmente estabelecida. Portanto, ao final da pesquisa, constatou-se a flagrante dificuldade dos municípios brasileiros para executar as políticas públicas de saúde, o que, de certa forma, foi gerado a partir do papel centralizador assumido pela união, o que deu ensejo ao questionamento acerca da compatibilidade da formatação descentralizadora adotada no federalismo cooperativo com o arranjo de federalismo sanitário.

Palavras-chave: Federalismo. Políticas Públicas. Execução. Centralismo. União

CAVALCANTE, Laila Soares. **O federalismo cooperativo brasileiro e os obstáculos para a implementação das políticas públicas de saúde pelos municípios**. 2018. 159 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde. Universidade Santa Cecília: Santos/SP, 2018.

ABSTRACT

The present dissertation, based on the deductive method, brings the study about the federative arrangement adopted and the problems faced for the execution of health actions. From this analysis, was designed as a goal of study the definition of the relationship between the model of cooperative federalism and social policies in Brazil, identifying the perspectives for the implementation of the federative health system and observing the existence of federative discomfort it is capable of creating barriers for the implementation of the public policy that competes to the municipalities. In order to do so, is based on the study of the broad Brazilian doctrine of the legal area and political science to build a theoretical framework that analyzes the evolution of federalism in Brazil and in the world, building the established interaction between the institutional design produced by the 1988 Constitution and the guidelines for the universalization of social health policies implemented through federal actions. In order to establish relationship between the institutes, an analysis was made on the implementation of the policies of liaison with the federal arrangement adopted in Brazil and with the distribution format of constitutional competencies established. Therefore, at the end of the research, the striking flagrant difficulty of Brazilian municipalities to execute the public health policies, which, in a way, was generated from the centralizing role assumed by the federal union, which gave rise to the questioning about the compatibility of decentralized formatting adoptive in cooperative federalism with the arrangement of sanitary federalism.

Keywords: Federalism. Public policy. Execution. Centralism. Federal union.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AB	Atenção Básica
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIT	Comissões Intergestores Tripartite
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPC	Código de Processo Civil
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
CSS	Contribuição Social para a Saúde
CTC	Comitês Técnico-Científicos
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
EC	Emenda Constitucional
ESP-MG	Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
EUA	Estados Unidos da América
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FTN	Formulário Terapêutico Nacional
ICMS	Imposto sobre operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre prestações de Serviços de transporte interestadual, intermunicipal e de comunicação
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPS	Instituições Prestadoras de Saúde
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MAC	Média e Alta Complexidade
MC	Média Complexidade
MS	Ministério da Saúde

NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OS	Organização Social
PAB	Piso da Atenção Básica
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PIB	Produto interno bruto
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PL	Projeto de Lei
PNAB	Plano Nacional de Atenção Básica
PNUD	<i>Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento</i>
RE	Recurso Extraordinário
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
STA	Suspensão de Tutela Antecipada
STF	Supremo Tribunal Federal
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	12
1	A FORMAÇÃO DO ESTADO FEDERALISTA E A REPARTIÇÃO DE COMPETÊNCIAS SANITÁRIAS NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	17
1.1	AS ORIGENS NORTE-AMERICANAS DO FEDERALISMO.....	17
1.2	FEDERALISMO COOPERATIVO ALEMÃO.....	22
1.3	ABORDAGENS TEÓRICAS DO FEDERALISMO.....	27
1.3.1	Federalismo como Pacto.....	27
1.4	EVOLUÇÃO DO FEDERALISMO NO BRASIL.....	30
1.5	FEDERALISMO COOPERATIVO E A CONSTITUIÇÃO DE 1988.....	39
1.6	REPARTIÇÃO DE COMPETÊNCIA DOS ENTES FEDERADOS.....	45
1.6.1	O Município na Constituição Federal de 1988.....	49
2	FEDERALISMO E A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAUDE.....	55
2.1	DEFINIÇÃO E OBJETIVOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	55
2.2	CLASSIFICAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	59
2.3	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE EFETIVAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	62
2.3.1	Histórico do direito à saúde no Brasil e a Constituição de 1988.....	62
2.3.2	Sistema Único de Saúde (SUS).....	68
2.4	DESCENTRALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM UM FEDERALISMO CENTRALIZADO.....	74
3	O PROBLEMA DA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS.....	90
3.1	A RELAÇÃO DE RECIPROCIDADE ENTRE FEDERALISMO E POLÍTICAS SOCIAIS.....	90
3.2	DESCONSIDERAÇÃO DAS PECULIARIDADES REGIONAIS NO ARRANJO FEDERATIVO.....	94
3.3	JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E O AGRAVAMENTO DO PREJUÍZO AOS COFRES PÚBLICOS.....	103
3.4	SOLIDARIEDADE DOS ENTES FEDERATIVOS NA PRESTAÇÃO DO	

	SERVIÇO E CENÁRIO ATUAL.....	111
3.5	OS OBSTÁCULOS APRESENTADOS PELO FEDERALISMO COOPERATIVO BRASILEIRO PARA EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE PELOS MUNICÍPIOS.....	119
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	140
	REFERÊNCIAS.....	145

INTRODUÇÃO

A implementação do direito à saúde nos remete inicialmente a uma imprescindível reflexão sobre o formato de repartição de competências adotado pela Constituição Federal. Igualmente, nos encaminha aos obstáculos existentes para a eficaz implantação das políticas sociais fixadas – o que detém um íntimo liame com o modelo de federalismo adotado. O formato e a operacionalização da repartição de competências constitucionais fixadas aos entes na federação brasileira são questionadas sob o aspecto de ser este efetivamente um meio eficaz para a disponibilização dos direitos, em especial o direito à saúde, reflexão esta que leva ao estudo de outros institutos como forma de incentivar a meditação acerca do desfecho do tema em análise.

Considerando os termos da exposição, vale destacar que a saúde é direito social fundamental descrito no art. 6º da Constituição Federal. Nos artigos 196 e 197, a Carta Magna garante que o direito fundamental à saúde é de todos e dever do Estado, assegurado 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. Sendo assim, cabe 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).

Visando atender aos direitos sociais fundamentais, em especial o direito à saúde, e aos princípios da dignidade da pessoa humana, a Constituição Federal de 1988 procura solucionar o problema realizando a repartição de competência administrativa para cada ente federativo, sendo ela privativa, comum ou concorrente. O modelo de cooperação estabelecido no Estado federativo brasileiro, de modo que a União atua como órgão central de poder e os Estados e Municípios como entes satélites politicamente autônomos, poderia ser um modelo de excelência caso houvesse a gestão e a efetivação de políticas públicas estratégicas adotadas pelos governos locais, bem como a elaboração de um planejamento auxiliar pela União.

Ocorre que, no plano fático, o referido direito social fundamental vem sendo violado rotineiramente pelas autoridades públicas da federação que se mostram indiferentes ao colapso que vive a saúde pública atualmente. Situação esta agravada pela postura adotada pelos entes que não se planejam para disponibilizar

um serviço adequado. Somado ao planejamento insuficiente, verifica-se ainda a existência das desigualdades estruturais das mais diversas naturezas e a forma como essas peculiaridades existentes em cada Estado e Município influenciam na descentralização, inviabilizando a execução das políticas públicas das quais são competentes por falha de gestão e planejamento anterior pela União, o que só agrava a flagrante disparidade regional vivenciada.

Ratificando a ineficiência da prestação basta atentar para a pesquisa realizada pelo Datafolha encomendada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que verificou que seis em cada dez brasileiros considera a saúde do país como ruim ou péssima, enquanto que este qualificador foi de 54% dos entrevistados ao avaliar o Sistema Único de Saúde (SUS). O instituto avaliou ainda a porcentagem dos entrevistados que deram nota zero e cinco para a saúde no país em uma escala de zero a dez, obtendo os seguintes resultados: 24% pontuaram zero para a saúde em geral e 20% deram cinco, enquanto que 18% consideraram zero para o SUS e 19% deram cinco (DATAFOLHA, 2015).

Devido à inércia e falhas estruturais das entidades responsáveis pelo acesso às ações e serviços públicos de saúde, ocorre uma corrida ao Judiciário para reivindicação do direito, que se atesta por meio do estudo formalizado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Na pesquisa, concluiu-se que, no período entre 2011 e 2016, houve um aumento correspondente a cinco vezes do número de demandas em saúde, existindo atualmente 1.346.931 de processos pendentes de julgamento no ano de 2016 (CNJ, 2017). Consequentemente, houve um incentivo à competição entre os entes na medida em que ocorre a extensão interpretativa do conceito de responsabilidade solidária, circunstância que onera sobremaneira os entes municipais.

Observado o aumento significativo das demandas de saúde, se tornou premente a análise da judicialização, sob a perspectiva da ingerência do Poder Judiciário no que concerne às políticas desenvolvidas pelo Poder Executivo. Tal fato expõe que, ao tempo em que são concedidas decisões judiciais concessivas de insumos de saúde, há uma desorganização orçamentária somada a um incentivo à competição instituída entre os entes, o que decorre da imposição indiscriminada da responsabilidade solidária, ignorando as competências constitucionais estabelecidas aos entes e fixadas na lei do SUS.

Como tema correlato à judicialização, foi analisada a problemática atinente à responsabilidade solidária, expondo como a criação de um precedente

jurisprudencial pelo Supremo Tribunal Federal foi capaz de ampliar a interpretação acerca do conceito de responsabilidade. Para tanto, foram estudados os artigos 196 e 197 da Constituição Federal sob a perspectiva de sua eficácia e aplicabilidade, de acordo com a teoria da norma jurídica constitucional, comprovando a impossibilidade de aplicação irrestrita semelhante a que vem sendo imposta.

Assim, foi diante desse contexto de violação da dignidade humana da população brasileira, devido às históricas e corriqueiras falhas na prestação do serviço público de saúde em todo país, que foi traçado como objetivo geral desta pesquisa a identificação de quais seriam os obstáculos que se impõe à regular e efetiva implementação das políticas de saúde, considerando o modelo de federalismo adotado. Por sua vez, de modo mais específico, objetiva-se também revelar se a existência do descompasso federativo é capaz de criar barreiras para implementação das políticas públicas que competem aos municípios.

Desse modo, o presente estudo, enquanto questão de pesquisa, busca identificar a origem da deficiência prestacional dos municípios brasileiros para executar as políticas públicas de saúde, analisando se esta falha tem ligação com o arranjo federativo adotado no Brasil e com o formato de repartição de competências constitucionalmente estabelecida. Para tanto, percorre os caminhos da trajetória do SUS e do federalismo no Brasil.

Diante de tal análise, defende-se que é possível identificar os paradoxos existentes no sistema de saúde que merecem ser reavaliados no sentido de realizar uma verdadeira reformulação da política pública, a partir de um olhar atento à causa do problema, partindo das premissas relativas ao modelo de federalismo e da deficiência dos municípios na implementação das ações de saúde. Para tanto, foi utilizado nesta dissertação o método dedutivo, ocasião em que se buscará a validade da hipótese a partir de uma pesquisa crítica-descritiva revelando as características e o funcionamento dos sistemas de saúde brasileiro, sob o aspecto do modelo de federalismo adotado e de como o descompasso com o federalismo sanitário influencia diretamente a implementação do direito à saúde, pretendendo-se não a busca por soluções, mas sim exposição dos obstáculos identificados.

Dessa forma, o problema abordado partiu da constatação da deficiência prestacional dos municípios brasileiros para executar as políticas públicas de saúde, analisando a relação desta falha com o arranjo federativo adotado no Brasil e com o formato de repartição de competências constitucionalmente estabelecida. No intuito

de atender às propostas aqui delineadas, este estudo está dividido em três capítulos e a seção das Considerações finais. A presente Introdução, na qual busca-se apresentar, de modo sucinto, as principais diretrizes que norteiam este estudo, bem como registra-se a estrutura que compõem o presente texto dissertativo.

Com vistas a investigar o problema apresentado, foi exposto no primeiro capítulo o processo de formação do federalismo no Brasil, percorrendo as influências estrangeiras e examinando a origem do instituto do federalismo, ocasião em que será estudada a importância que o modelo de federalismo americano exerceu sobre o surgimento dos demais arranjos, em especial no Brasil, em que pese as diferenças históricas e estruturais dos citados países.

Ainda neste capítulo, foi demonstrada a evolução histórica do federalismo cooperativo alemão e a influência que este exerceu no arranjo federativo adotado pelo Brasil, em especial quanto à repartição de competências. Logo em seguida, entretanto, foi trazido à baila o formato que a Constituição Federal adotou para dividir as competências constitucionais entre os entes federativos, sendo destacadas aquelas atribuições imputadas aos municípios e o processamento de inclusão de tais entes na Constituição Federal de 1988, bem como a situação de inviabilidade vivenciada por alguns entes locais.

Assim, em conjunto com a evolução do modelo federativo adotado no Brasil, foram examinados os fatores determinantes da descentralização e das medidas para implementação das políticas sociais. Haja vista que, apesar da fixação de competências para cada ente federativo, a forma de execução das referidas medidas vem ocorrendo em dissonância com o modelo de federalismo cooperativo consolidado na Constituição Federal.

Por ora, merece destaque a observação de que a repartição de competências e a situação vivenciada pelos municípios foi tratada de forma detida quanto a estes entes, não ocorrendo a análise de tais circunstâncias sob o aspecto do estado ou da União. Para tanto, considerou-se, sobretudo, que a presente dissertação visa o estudo do federalismo cooperativo sob a perspectiva dos municípios, avaliando como a adoção deste arranjo é capaz de influenciar na execução das políticas públicas.

Exposta a formação e o modelo federativo adotado no Brasil, no segundo capítulo iniciou-se o estudo das políticas públicas, a partir da demonstração dos conceitos, objetivos e classificação, para, no momento seguinte, analisar o sistema único de saúde como linha precursora das ações de saúde, sendo revelada a

estrutura do sistema e as considerações quanto à descentralização e à hierarquização do SUS em um federalismo com traços de centralização.

Seguindo a exposição, no segundo capítulo foi estabelecida a relação existente entre o federalismo e as políticas públicas, no que se refere à ingerência que um instituto exerce sobre o outro, demonstrando ao longo do capítulo a forma como as desigualdades regionais no arranjo federativo impactam na prestação das ações de saúde. Analisou-se ainda como a ineficiência na prestação das políticas públicas aumenta o número de judicializações em busca de insumos de saúde e acarreta na interpretação extensiva do conceito de solidariedade dos entes federativos, de modo a imputar ao município a responsabilidade por ações de saúde que exorbitam o rol de competências municipais, desestabilizando o orçamento público.

Destacou-se ainda, portanto, os aspectos que revelam a existência de um descompasso entre o pacto federativo adotado e a execução de uma política pública de saúde municipal eficiente. Por fim, nas Considerações finais, foi possível observar a identificação dos obstáculos ao longo do trabalho que contribuem para que ocorra a execução deficitária de políticas públicas pelos municípios brasileiros, confirmando que a relação existente entre o modelo de federalismo cooperativo adotado e as políticas sociais no Brasil revela a existência do descompasso federativo, a partir da identificação do centralismo exercido pela União.

1 A FORMAÇÃO DO ESTADO FEDERALISTA E A REPARTIÇÃO DE COMPETÊNCIAS SANITÁRIAS NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

1.1 AS ORIGENS NORTE-AMERICANAS DO FEDERALISMO

O Estado Federal surgiu no direito norte-americano com a ruptura das Treze Colônias Americanas com a Grã Bretanha e a consequente instauração de uma Confederação no ano de 1777. Assim, declarada a independência no ano de 1776, todas as colônias se intitularam como Estados Soberanos, elaborando cada uma a sua própria carta constitucional – o que visava garantir a independência, a soberania e a liberdade dos países.

Em que pese a existência da tão almejada soberania, foi instituído o Congresso Continental que seria o único órgão de poder central, inexistindo qualquer outro no poder executivo ou judiciário, de modo que era vedado ao órgão a imposição de tributos ou quaisquer outro meio de custeio da sua estrutura. Somada a tal característica, outro fator que contribuiu para a instituição do federalismo foi o forte temor da população de uma retaliação das forças inimigas e de eventual invasão do território e cerceamento da liberdade.

Foi neste contexto histórico que surgiu, com a Constituição em 1787, o primeiro Estado federal moderno nos Estados Unidos. Nessa ocasião, foi estabelecida a unidade e a garantia de segurança nacional, fixando um poder central mais fortalecido do que o até então existente à época da Confederação (ZIMMERMANN, 2005, p. 242).

Na Confederação, o Congresso representava o órgão político central, sendo, porém, subordinado aos Estados que, após deliberar determinada matéria, poderiam exercer o poder de veto. A questão seria considerada aprovada se houvesse a unanimidade dos treze estados. As decisões tomadas na Confederação eram tidas apenas como recomendações, não detendo força normativa, passando cada estado a fixar a forma da sua execução (BERCOVICI, 2004, p. 12).

A partir da Guerra de Independência, verificou-se que o modelo adotado na Confederação não era eficaz para solucionar as questões internas dos Estados. Além da existência de legislações conflitantes e rivalidade interestatais, como bem relata Dallari (2005, p. 257), a experiência demonstrou que os laços estabelecidos

pela confederação eram excessivamente frágeis e que a união dela decorrente não tivera muitos êxitos.

Explica Bercovici (2004, p. 15), que, com a adoção do novo modelo, denominado Federação, foi reconhecida a autonomia dos treze estados, ocorrendo a desconcentração de poder político a partir do surgimento da esfera federal e estadual (federalismo dualista). Esta, em virtude da repartição, detinha competências complementares, e não hierarquicamente sobrepostas, centralizando na união grande parte das atribuições com uma repartição rígida de poderes.

Sendo assim, os Estados Unidos inicialmente optaram pelo federalismo dualista ou competitivo, no qual o governo federal dispunha de poderes enumerados, limitados pelas disposições constitucionais, dotando os estados dos poderes residuais. O traço dualista do federalismo norte-americano foi a saída para aglutinar todos os estados em um só, dividindo-se competências entre eles e o governo federal (REVERBEL, 2012).

Neste ponto, vale destacar que o federalismo competitivo tem fundamental respaldo no modelo federalista dual norte americano, no qual há uma clara divisão entre o poder central (governo central) e o poder local (governos estaduais). Com a referida divisão, houve a delimitação de poderes e atribuições de cada esfera, de modo que o governo central tinha o rol de competências expressamente previsto na Constituição, garantindo que este não iria se sobrepor de maneira abusiva sobre os governos estaduais, eliminando a sua autonomia. Nestes termos, destaca Reverbel (2012, p.188, grifos do autor):

Assim os americanos, hoje sabemos, queriam assegurar que o Governo federal não se tornasse forte o suficiente a ponto de eliminar a autonomia dos Estados-membros. Protegeram-se de duas formas: primeiro *limitando* a extensão do poder central ao *expressamente* concedido; segundo *liberando* o poder local para exercer competência plena, ressalvadas as hipóteses de *vedação* expressa.

Assim, considerando o arranjo do federalismo dual competitivo, em que se vê o governo central em oposição aos governos estaduais, modelo este que exerceu grande influência quando da elaboração da Constituição brasileira de 1891, como se nota a partir da instituição da repartição de competências entre os entes, é possível extrair as características marcantes deste modelo. Enquanto exemplos, é possível citar a união que foi estabelecida entre os estados autônomos, a divisão de

competências e atribuições atinentes ao poder executivo e legislativo entre o governo central e local, bem como a atuação destes governos ser restrita aos seus limites territoriais.

Elemento complementar se refere ao formato adotado pelos governos para garantir a execução das leis, seguido pela supremacia do poder central, de modo que, em que pese coexistirem duas ordens de poder decorrentes do poder central e estadual, caso ocorram conflitos, estes deverão ser submetidos à Suprema Corte. Haja vista que o federalismo dual impede que ocorra a ingerência de um poder sobre o outro, tendo ambos os poderes atribuições bem definidas.

No que tange a este traço que destaca a atuação com a devida limitação territorial, fixou-se que, cada governo, seja ele federal ou estadual, atuará dentro de sua esfera de competência, passando, a partir da instituição do federalismo dual, os governos estaduais a abdicar da sua soberania em detrimento do poder central. Nessa perspectiva, está o povo submetido a duas ordens, uma central e outra subnacional (REVERBEL, 2012, p. 192).

Considerando o formato adotado, com o decorrer do tempo, foi verificada que a centralização excessiva na esfera federal se tornou negativa, tornando evidente a necessidade de maior participação e colaboração dos Estados para efetivação de políticas sociais por meio de esferas complementares (BERCOVICI, 2004, p. 21). A partir da cisão de atribuições no sentido de fixar que cada poder estadual é responsável pelo planejamento e pela execução das políticas públicas, bem como pela arrecadação de recursos que sejam capazes de viabilizar o financiamento das políticas igualmente, foram constatadas uma série de lacunas.

Dessa forma, com vistas a garantir a autonomia dos governos estaduais, a Constituição limitou as atribuições do governo federal a um diminuto número de áreas atinentes à implementação de políticas públicas, estabelecendo que o maior rol de competências caberia aos estados. Isso, de certa forma, cria um obstáculo para o exercício de iniciativas federais de promoção de políticas nacionais (FRANZESE, 2010, p. 65).

A partir de tal circunstância, surge uma série de problemáticas, a exemplo da dependência do governo central quanto às políticas desenvolvidas e executadas pelos governos subnacionais, acrescido ao possível desequilíbrio entre os estados, já que uns podem investir e obter maior sucesso em áreas como a saúde e educação em detrimento de outros. Pode ainda ocasionar uma omissão estatal

proposital com a conseqüente corrida da população ao estado que detém uma política eficaz, onerando-o sobremaneira, motivos pelos quais são tecidas uma série de incongruências neste modelo que fixa a execução de políticas públicas nos governos subnacionais partindo de uma premissa de competição entre os entes.

Com base em tal constatação, foi instituída a coordenação e a cooperação entre os entes federados, apesar de não haver uma mudança formal do sistema federal na Constituição, e sim a mutação constitucional realizada pela Suprema Corte. Esta passou a aplicar os preceitos do federalismo cooperativo ao modelo até então adotado, que consistia no federalismo dual. Conforme se observa:

Os exemplos demonstram que, não obstante o 'efeito catraca' gerado pelo federalismo, as políticas sociais acabaram sendo nacionalizadas e os Estados de Bem-Estar Social instituídos (mesmo que de forma menos abrangente no caso norte-americano). O resultado dessa dinâmica foi, no âmbito das políticas públicas, a ampliação das políticas sociais ao longo do território nacional, com relevante participação federal no processo. Sob o prisma federativo, constata-se a introdução de mecanismos de cooperação, mesmo nas federações predominantemente competitivas. (FRANZESE, 2010, p. 70).

Sendo assim, é possível notar que o federalismo competitivo se mostrou deficiente na articulação e execução de políticas públicas, o que levou ao aumento da participação do governo federal no planejamento e na realização das referidas políticas, trazendo traços cooperativos ao arranjo que até então era unicamente competitivo. Nessa perspectiva:

Tradicionalmente o modelo norte-americano colocava a sustentação do federalismo na autonomia, na independência e na igualdade dos Estados. A partir da década de trinta, a política do *New Deal* forçou o desenvolvimento de mecanismos cooperativos, mormente no período presidencial de Franklin Roosevelt, onde se vê claramente a penetração do governo federal no domínio da saúde, socorro e bem-estar (REVERBEL, 2012, p. 223).

A partir da exposição do federalismo dualista adotado nos Estados Unidos, bem como a evolução e mutação de sua aplicação para o federalismo cooperativo, que será explorado sob o enfoque do federalismo brasileiro, vale destacar a existência de modelos federalistas existentes em outros países.

No que tange à classificação do modelo americano, este pode ser tido como uma forma de federalismo por agregação, haja vista que, assim como a Suíça e a Alemanha, as federações representaram a sucessão da Confederação havendo a

reunião de Estados até então soberanos. Este modelo foi também denominado como federalismo simétrico, haja vista a existência de homogeneidade social e política estatal (ZIMMERMANN, 2005, p. 54).

Já o Brasil representa o federalismo por desagregação, uma vez que houve a descentralização política de Estados que eram unitários no passado e se desvincularam em prol da União, circunstância esta que foi consolidada a partir da Constituição de 1891 (ZIMMERMANN, 2005, p. 55), sendo, ao menos a princípio¹, assimétrico. Haja vista ter considerado a mais diversa gama de desigualdade social existente ao longo do território e objetivar a erradicação da pobreza e a supressão das desigualdades².

De forma complementar, Augusto Zimmermann (2005, p. 65) explora o federalismo orgânico, aduzindo que a sua ocorrência se dá, em geral, nos Estados federais autoritários, existindo no Brasil até o ano de 1985, e tem como característica marcante o fato de as Constituições compelirem os Estados a replicar os mandamentos da União. Foram criados, então, entes totalmente subordinados, imposição esta que descaracteriza o federalismo, uma vez que tal instituto traz em seu cerne a unidade, liberdade e atuação conjunta dos entes.

Temos ainda o federalismo centrípeto e centrífugo, que trata acerca de determinações centralizadoras e descentralizadoras de acordo com o momento histórico em que se apresenta. No primeiro, vê-se o fortalecimento do poder central em detrimento dos estados e dos municípios, haja vista que há uma concentração de poderes e competências na figura da União, afastando os poderes locais de suas atribuições. Quanto ao segundo, ocorre o movimento em sentido contrário, havendo a preservação do poder local em face do poder central.

Superando a questão atinente à classificação dos tipos de federalismo, vale destacar que, no que se refere à origem do federalismo, apesar da maioria dos doutrinadores apontar que os Estados Unidos da América seria o berço deste modelo, alguns estudiosos, a exemplo de Cezar Saldanha Souza Junior (2007, p.

1 Será exposto no tópico 4.2 a desconsideração das peculiaridades regionais no arranjo federativo, demonstração esta que ratifica os ensinamentos de Celina Souza (2005, p. 111), que expõe que, em que pese o federalismo brasileiro ser tido como assimétrico, em verdade se trata de um modelo simétrico implementado em um país repleto de assimetrias.

2 Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

[...] III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

23), ressaltam que o federalismo teve origem nos povos germânicos, sob o formato de federalismo cooperativo. Para o autor:

Os doutrinadores em geral nos dizem que o primeiro modelo de federalismo foi o liberal, o federalismo clássico. Só depois, com o Estado Social, teria surgido um federalismo mais plural em valores, o federalismo cooperativo. Se a visão que aqui propomos está certa, há que superar essa cronologia. Primeiro tivemos um federalismo mais amplo, mais natural e mais aberto a uma constelação de valores. O federalismo liberal veio depois. Um federalismo cooperativo e solidário, na verdade, já estava presente no federalismo germânico. Apenas ficou mais explícito, mais declarado, nos novos tempos do social. (SOUZA JUNIOR, 2007, p. 23).

Considerando o ponto de vista exposto por Souza Junior (2007), vê-se que a Alemanha passou por uma evolução do federalismo que tinha como característica a agregação. Contudo, este tema será melhor explorado no tópico seguinte sob o prisma do federalismo cooperativo alemão, ocasião em que se destacará o histórico e a importância do modelo que estabelece a cooperação entre os entes.

Apesar do desenvolvimento e da contribuição na formação e no desenvolvimento do instituto ocorrido na Europa e nos Estados Unidos da América, vale destacar que a ampla doutrina, da qual se avoca as lições de Paulo Bonavides (2008, p. 183), ensina que o federalismo norte-americano foi o precursor do Estado Federal moderno. O que torna essencial o seu estudo detalhado para, só assim, compreender o desdobramento e a influência que o modelo federalista americano impôs em todo o mundo, não podendo, porém, se olvidar que o modelo alemão se tornou referência para os países que adotaram o federalismo cooperativo, ante a coesão na atuação dos estados federados.

1.2 FEDERALISMO COOPERATIVO ALEMÃO³

O modelo cooperativo fixou suas bases na Alemanha, estabelecendo o princípio democrático, social e federal como pilar de sustentação. Tal arranjo cooperativo fixou a relação das instâncias de poder conjuntamente com a

³ Por oportuno, destacamos que a proposta do presente trabalho não é fazer uma longa digressão histórica acerca de cada um dos arranjos federativos, mas apenas indicar os modelos e as suas características, estabelecendo, a partir de tal construção, as similaridades existentes com o modelo brasileiro. Assim, o desenvolvimento de uma longa cronologia acarretaria no afastamento do ponto central do trabalho.

cooperação e com o auxílio mútuo entre os governos, demonstrando a contribuição do federalismo germânico para construção de um modelo de federalismo cooperativo.

O modelo de federalismo imperial se tratou de um processo de aglutinação dos reinos que teve seu início na Idade Média com o Sacro Império Romano-Germânico, passando, com o advento da República de Weimar de 1919, a restar substituído o princípio monárquico do II Reich através de uma soberania popular fundada em um princípio democrático. É bem verdade que a instituição deste princípio repercutiu na organização territorial do Estado alemão, já que houve um significativo crescimento do poder federal em contraposição ao enfraquecimento dos *Länder* (Estados), de modo que à época até se pensou que o regime democrático estabelecido pela República de Weimar, em verdade, negava o caráter federal.

Como dito, a República de Weimar foi antecedida pelo Império Alemão de 1871, o qual visava a proteção do território federal e a manutenção do *status quo* dos *Länder*, sendo a sua Constituição nada mais do que uma adaptação das normas que regiam a Confederação Germânica vigente durante o período de 1815 a 1871. Nestes moldes, fundado no princípio monárquico, a Constituição do Império de 1871 concedia ao *Bundesrath* (órgão federal de representação governamental dos *Länder*) os poderes de direção administrativa e judicial enfraquecendo sobremaneira os poderes do *Reichstag* (órgão parlamentar federal de representação popular direta).

Após a Primeira Guerra Mundial, a Alemanha teve instituído o princípio democrático a partir da República de Weimar de 1919. Nessa ocasião, efetuou-se a centralização do poder nas instâncias centrais de legitimação democrática direta em clara reação ao formato de federalismo adotado durante o Império do II Reich, o qual reprimia os valores democráticos e nacionais.

Neste ponto, vale destacar que as origens da centralização instituída tiveram como agentes causadores a representação e a soberania popular em nível federal garantida pela Constituição de Weimar, haja vista a essencialidade da legitimação democrática das instituições federais. Somado a este fator, viu-se o crescimento do nacionalismo, em especial em decorrência da derrota da Alemanha na I Guerra Mundial, e a ampliação das funções do Estado na esfera federal.

Ao contrário do formato adotado pelo Império do II Reich, Reverbel (2012, p. 208) ensina que, na República de Weimar, o *Reichstag* (órgão parlamentar federal de representação popular direta) assume uma posição de superioridade sobre o

Reichsrat (órgão federal de representação dos *Länder*), que no império alemão era intitulado de *Bundesrath*. Neste novel formato adotado, o povo expressa sua vontade por meio do órgão parlamentar federal que a interpreta e a representa sem que haja interferência do órgão de representação dos *Länder* (*Reichsrat*).

Com a concentração no governo central efetuada pela nova República apenas foi concedido ao *Reichsrat* o poder de veto suspensivo em processo legislativo federal, sendo este o seu único poder. Haja vista que, nas demais esferas, seu poder era praticamente inexistente, a exemplo do que se via na esfera jurídica, cuja intervenção nos conflitos federais cedeu lugar a um incipiente de jurisdição constitucional, perdendo também o poder de disposição sobre a Constituição Federal, o que flexibilizava a Carta com a diminuição da participação direta dos *Länder*.

Assim, é possível notar que na nova República foi mantido o bicameralismo outrora vigente no II Reich, entretanto, naquele regime jurídico foram invertidos os pesos que cada órgão detinha, concedendo maior relevância ao *Reichstag*. Para compreender o diminuto papel que os Estados alemães exerciam à época, destaca-se a lição de Reverbel (2012, p. 210-211):

Cabe mencionar ainda que os *Länder* não possuem a garantia de seus direitos, uma vez que os direitos do *Reichsrat* podem ser modificados sem o seu consentimento. Não há garantia na Constituição (WV) nem sobre a sua existência individual ou mesmo no atinente a sua integridade territorial, possibilitando a reorganização territorial pelo já descrito processo de revisão constitucional (artigo 18 WV), que suprime a participação *Reichsrat*.
[...]

A inversão dos termos não é feita somente nos poderes e competências, mas também na execução das tarefas. No sistema do II Reich os conflitos federais eram resolvidos, via negociação, dentro do órgão federal de representação do *Länder*. Já no sistema vigente da Constituição de Weimer (juntamente ao sistema de judicialização dos conflitos) os conflitos são resolvidos pela natureza unitária do sistema, que no presente caso foi entregue ao '*Kaiser*' do princípio democrático: o Presidente Federal.

Em que pese a ampliação do poder central em contraposição à atuação dos poderes dos Estados, é possível notar que o formato adotado na República de Weimar fortaleceu a instituição alemã a partir do alargamento das competências legislativas, executivas e administrativas do Reich. Tal robustecimento se sucedeu ante a atuação do poder central em questões econômicas, financeiras, políticas e

sociais, a exemplo do significativo crescimento na área da educação, e com a alocação de recursos que eram divididos entre as instâncias territoriais.

Portanto, as mudanças implementadas pela República democrática de Weimar foram essenciais para a formação e consolidação do modelo de federalismo alemão que desmoronou rapidamente com a ascensão do nacional-socialismo ao poder em 1933. Após a segunda grande guerra mundial, com a nova derrota alemã, sucumbe o nacional-socialismo e surge a República de Bonn, em 23 de maio de 1949, que foi instituída sob o princípio democrático, social, federal e de Estado de Direito. A Lei Fundamental de 1949 optou pela forma federativa atribuindo-lhe o *status* de cláusula pétrea. Atualmente, o país é dividido em quinze estados e a repartição de competências entre governo federal e estados prevê atribuições privativas e concorrentes, modelo que veio a influenciar o constituinte brasileiro de 1988.

Dando seguimento ao princípio social do federalismo alemão outrora disposto na República de Weimar, a Constituição de Bonn o ratificou, ampliando o enfoque no aspecto econômico e social que foi tão veementemente defendido e incentivado, o que traduz que o Estado Alemão nunca foi tão voltado ao desenvolvimento social quanto ao que foi visto na Carta vigente, de modo que a mesma não se limita a prever e garantir uma igualdade formal. Ao revés, ela vai além, estabelecendo e buscando meios capazes de garantir a igualdade material e o desenvolvimento social, “impondo obrigações aos *Länder* e ao *Bund*, na execução e promoção do bem social e do bem econômico do país” (REVERBEL, 2012, p. 216).

O federalismo social posto como objetivo pela Constituição de Bonn trás uma série de implicações, a exemplo da necessidade de atuação conjunta dos estados e do órgão central para planejar e executar as políticas públicas protetivas dos direitos fundamentais à dignidade de pessoa humana. Neste modelo, se estabeleceu um sistema de repartição de competências que se baseava muito mais na cooperação entre a instância federal (*Bund*⁴) e as instâncias estaduais (*Länder*), do que na separação, independência e autonomia típicos do modelo dual estadunidense.

Reverbel (2012, p. 218) informa que o federalismo cooperativo alemão passou a ser considerado como a forma mais evoluída de repartição de

⁴ Acerca da fixação do número de membros do Bundesrat, Konrad Hesse relata que o referido órgão é composto por membros dos governos estaduais, que são por estes designados, abrindo-se a possibilidade de, em virtude da população de cada ente, esse número pode ser aumentado. Assim, “cada Estado tem, pelo menos, três votos; estados com mais de 2 milhões de habitantes tem quatro, estados com mais de 6 milhões de habitantes têm cinco, estados com mais de 7 milhões de habitantes têm seis votos (artigo 52, alínea 2)”. (HESSE, 1998, p. 456-457).

competências constitucionais, baseado nos princípios da socialdemocracia, do Estado de Direito, da solidariedade e na execução e promoção do bem social e econômico do país. Devido a estas características do federalismo alemão, entende-se que, no âmbito legislativo, houve fortalecimento do poder central, sem ser excessivamente centralizador.

Sendo assim, a Alemanha é o país que melhor representa o modelo de federalismo cooperativo, como bem destaca Cibele Franzese (2010, p. 68):

A Alemanha é o caso que mais se enquadra neste modelo, com a previsão de competência federal de formulação e subnacional de implementação, além de um sólido sistema de compensações financeiras, com o objetivo de garantir a cooperação entre os estados mais ricos e mais pobres. A aprovação da legislação no âmbito federal também depende da concordância dos estados, uma vez que deve passar pelo Conselho Federal (Bundesrat), composto por membros indicados pelos seus governadores. Por fim, nas poucas áreas que permaneceram de competência dos estados (como polícia, educação e cultura) há uma série de comitês formais e informais, com o objetivo de coordenar os diferentes estados e garantir um mínimo de uniformidade no âmbito nacional.

A inter-relação existente entre a instância federal e as instâncias estaduais foi marcada pela cooperação recíproca entre as esferas, o que não desconfigurou a coexistência de dois centros de poder que são independentes, autônomos e livres para o exercício de suas atribuições, sem que, no entanto, seja desconstituída a característica da unidade do Estado. Instituída a cooperação entre o *Bund* e os *Länder*, esta pode se dar de maneira obrigatória com a atuação conjunta fixada na Constituição, ou voluntária, a partir do acordo entre as partes, a qual se subdivide em facultativa, quando permitida de forma explícita pela Lei Fundamental; ou livre, quando não há previsão constitucional (REVERBEL, 2012, p. 226).

A previsão para a cooperação livre ocorreu quando da promulgação da Carta de Bonn e se deveu à grande insatisfação outrora existente quanto à repartição de receitas entre os estados. Isso levou à criação de um fundo financeiro que o poder central administrava, exercendo também uma atuação conjunta com os *Länder*.

Este formato de cooperação somente é possível ao ponto em que a Carta fixa especificamente as competências de cada ente, não implicando a cooperação em transferência de atribuições, mas sim em atuação conjunta dos entes em prol da implementação de uma política social determinada. Atuação esta que ainda

pode se dar no âmbito dos estados e municípios, não se restringindo ao auxílio da esfera federal.

O modelo de cooperação adotado pelo federalismo alemão foi responsável por fazer com que o Estado de Bem-Estar Social encontrasse terreno fértil para sua criação e expansão, apresentando o gasto social um crescimento rápido. Tal circunstância foi observada uma vez que nesse tipo de arranjo as políticas sociais já contavam com iniciativas federais e com a atuação dessa esfera de governo, facilitando a execução das políticas pelos estados e municípios.

Ante o exposto, a partir da análise da evolução do federalismo alemão vê-se que as técnicas associativas surgiram já no Sacro Império Romano Germânico com a aglutinação dos reinos, com uma transformação progressiva no Império alemão do II Reich onde se constitucionalizou este modelo. Estas técnicas foram aprimoradas na Constituição de Weimar, de 1919, e refinadas na Lei Fundamental de Bonn, de 1949 trazendo modalidades de cooperação que foram capazes de alavancar o desenvolvimento social do país.

1.3 ABORDAGENS TEÓRICAS DO FEDERALISMO

Momentos antes de adentrar no estudo do federalismo brasileiro, expondo a sua evolução histórica que embasou todo o modelo federal adotado e o sistema de repartição de competências entre os entes federados, em especial quanto à peculiaridade vivenciada pelos municípios brasileiros para o planejamento e execução de políticas públicas de saúde, neste momento se expõe, apoiado nos trabalhos de Franzese (2010) e Souza (2008), a teoria do federalismo como pacto. Sendo o principal representante desse viés teórico Daniel Elazar, esclarece-se também como esta teoria deu origem a uma nova, desta vez criada por Grodzins (1966) e Elazar (1987), denominada teoria do federalismo cooperativo, modelo aplicado no Brasil.

1.3.1 Federalismo como Pacto

A teoria desenvolvida por Daniel Elazar (1987) é denominada federalismo como pacto. Nesta abordagem, o federalismo é considerado como a união harmônica, onde é estabelecida uma relação de confiança, de reciprocidade e

respeito entre os entes, ocasião em que é firmado um pacto que estabelece um vínculo de parceria entre os poderes (FRANZESE, 2010, p. 33).

A utilização da palavra pacto, em verdade, procura demonstrar que a relação firmada entre os entes não é fruto de uma imposição de um ente sobre o outro, mas sim a consequência de uma escolha, um acordo institucional entre os entes em cujos termos são estabelecidos vários centros de poder criados por uma Constituição vigente. No formato adotado por esta teoria, é visível que não há um único centro de onde emana todo o poder, o que significaria uma centralização de competências, mas sim a criação de vários atores atuantes no cenário de competências.

Assim, o federalismo como pacto constrói a ideia de que a relação entre os entes federativos não se estabelece em torno da descentralização, ocasião em que de um centro são atribuídos poderes para as partes. De acordo com Elazar (1987 apud FRANZESE, 2010), a premissa do federalismo não é a descentralização, mas sim a não-centralização, de forma que coexistem e se relacionam harmoniosa e mutuamente os vários centros de poder, não havendo hierarquia entre eles e sim diferentes abrangências de atuação.

A não-centralização instituída por meio de um pacto tem como fundamento jurídico a Constituição, que permite uma clara distinção da adoção da descentralização, uma vez que neste regime jurídico ao centro seria facultada a descentralização. Igualmente, poderia ocorrer a recentralização do poder sem que houvesse observância dos pleitos e necessidades dos governos locais, em uma clara relação hierárquica, diversa da não-centralização.

Ao contrário da hierarquia vista na descentralização, no pacto apresentado pela não-centralização há na realidade uma relação jurídica dinâmica entre normas constitucionais e infraconstitucionais que visam garantir não apenas a integridade dos entes pactuantes, mas também, estabelecer formas de compartilhamento entre eles.

Analisando a concepção dada ao federalismo nos moldes da teoria de Elazar, Souza (2008, p. 32) critica tal arranjo sob a justificativa de que o êxito do federalismo com fundamento nesta teoria estaria condicionado a um constante equilíbrio entre autonomia e interdependência. Para a autora:

Por fim, ao tratar a opção complexa do federalismo como um pacto e não como uma barganha em constante evolução [...] essa linha teórica encobre o caráter altamente conflituoso e instável que marca esse sistema de divisão territorial de autoridade e de governo e apresenta o federalismo como uma situação de equilíbrio entre forças opostas —

união versus autonomia, centralização versus descentralização e regra da maioria para preservar a unidade versus direitos das minorias para preservar a diversidade. (SOUZA, 2008, p. 32)

A ideia de federalismo como pacto deu origem a uma teoria, criada por Grodzins (1966) e Elazar (1987) na área de ciências políticas, denominada como teoria do federalismo cooperativo. Tal teoria tinha como finalidade descrever, em contraposição ao federalismo dual, o sistema governamental adotado pelos Estados Unidos da América após o *New Deal*, ocasião em que se tornou cada vez mais difícil distinguir as atribuições das três esferas de governo, já que todas elas atuavam de uma forma bastante interligada.

Para elucidar a atuação conjunta dos poderes, Franzese (2010) nos remete à metáfora criada por Grodzins (1966 apud FRANZESE, 2010, p. 37), da figura de um bolo de mármore (*Marble Cake*). O exemplo figurativo demonstra que as cores se misturam de uma maneira tal que se tornavam inseparáveis sendo impossível precisar em que momento uma cor começa e outra termina. A alusão refere-se à atuação conjunta dos entes, de modo que era deveras custoso para o observador distinguir exatamente a função de cada esfera de governo, embora formalmente o arranjo federativo americano fosse estruturado em três planos (nível federal, estadual e local) como um bolo em camadas (*Layer cake*).

A existência desse tipo de interação entre as esferas de governo decorre diretamente da teoria que entende o federalismo como pacto e da relação de não-centralização entre as diferentes esferas de governo, representada na figura da matriz. (FRANZESE, 2010, p. 37).

Krell (2017, p. 207), por sua vez, destaca que, para o autor da teoria do federalismo como pacto “[...] só o fortalecimento central do Poder Público seria capaz de criar um contrapoder aos agentes econômicos privados”. Assim, observa-se que a teoria elaborada fornece elementos importantes para compreender como se mantêm a matriz, ou seja, as condições de não-centralização no exercício efetivo do governo.

Nestes moldes, a matriz tem como premissa a atuação conjunta e integrada de todas as esferas de governo, de forma que há regras compartilhadas entre os entes, uma verdadeira interação que resulta na combinação de autonomia com interdependência, o que resultou no federalismo cooperativo.

Em que se pese a fixação desta estrutura matricial, Franzese (2010, p. 38) afirma que, ao contrário do que se pressupõe, “[...] o adjetivo cooperativo não implica uma interação tranquila e amigável entre as esferas de governo, como poderia sugerir o nome”. Mas sim que “[...] os diferentes governos devem funcionar e trabalhar juntos – não por opção, mas pela própria dinâmica estabelecida pelo desenho constitucional federativo” (FRANZESE, 2010, p. 38), não havendo, porém, o isolamento dos entes como se viu no federalismo dual.

Dessa forma, os entes encontram na Constituição o fundamento de cooperação que é reforçado pelas esferas infraconstitucionais resultando na negociação e na continuidade das relações compartilhadas, que pode vir a ter diversos resultados práticos. Um exemplo é a possibilidade de que ocorra um predomínio da esfera federal em detrimento das estaduais ou até mesmo que um ente use dos recursos que lhe são disponibilizados para, se aproveitando deste compartilhamento, obter melhores resultados para si.

Assim, a partir da exposição introdutória acerca do federalismo cooperativo é possível constatar que durante muito tempo este arranjo foi visto como o modelo ideal para os estados e para aos cidadãos, em que seria possível a partir dele obter uma crescente unificação econômica, jurídica e social. Porém, em que pese os aspectos positivos, a doutrina expõe pontos negativos que serão estudados ao longo deste trabalho, induzindo o estudioso a refletir acerca das nuances do modelo, em especial quanto ao formato de cooperação adotado no Brasil, levando em conta seus aspectos históricos e políticos.

1.4 EVOLUÇÃO DO FEDERALISMO NO BRASIL

A digressão histórica acerca da origem e dos modelos de Federação se torna essencial já que o modelo estadunidense influenciou diretamente o modelo federativo adotado no Brasil, em que pese a origem do federalismo ser diversa nestes países. De início, o federalismo se caracterizou por ser resultado da agregação de dois ou mais estados soberanos que cederam parte de sua autonomia para integrar o todo unitário que era dotado de poderes centrais, a exemplo do que ocorreu na Alemanha, a Suíça e nos Estados Unidos da América.

Nestes países, como exposto no item antecedente, os estados americanos eram soberanos e detinham poder e autonomia, porém abdicaram de uma parcela

de poder em prol do governo central. Este, ao tempo em que centralizou algumas competências, também manteve, de certo modo, a autonomia dos entes federados, em uma verdadeira agregação de estados. O Brasil, ao contrário, teve na desagregação a origem do seu federalismo, ocasião em que a unidade central de poder abre espaço para o surgimento de uma gama de estados soberanos, haja vista a dimensão territorial e a diversidade cultural existente.

No que se refere ao momento histórico em que ocorreu a aplicação do modelo federativo, é possível notar que, apesar da ampla divulgação de que o federalismo foi inserido com o advento da Constituição de 1891, analisando historicamente o movimento do federalismo no Brasil é possível observar que, conforme ensina Fernando Whitaker Cunha (1985, p. 97), o federalismo surgiu ainda que de forma embrionária com a criação das 12 (doze) Capitânicas Hereditárias por D. João III, que posteriormente seriam transformadas em províncias a partir em 1815.

Seguindo a transformação das Capitânicas Hereditárias em províncias, reforçando o movimento federalista, foi editado o Ato Adicional de 1834, que ocorreu durante a Regência, sendo este, para alguns autores como Ricardo Oliveira (2012, p. 147) e Paulo Bonavides (2004, p. 508), o marco institutivo do federalismo. O referido ato visava aumentar os poderes das províncias, já que a competência do governo central e das províncias foi constitucionalmente separada, acarretando numa significativa descentralização política-administrativa da competência e das prerrogativas das províncias.

Nesse ponto, cumpre destacar que o surgimento dos traços federalistas em decorrência do ato adicional foi motivado na inobservância de aspectos históricos e sociais, haja vista que à época era pensado que uma nação para existir:

[...] não precisa ser rigorosamente homogênea, deve antes – sobretudo na ocasião de sua construção – obter êxito na arquitetura de uma unidade política harmoniosa em relação às condicionantes de ordem econômica e social (OLIVEIRA, 2012, p. 148).

Assim, em verdade, com as reformas liberais foi engendrado o arranjo federativo com o Ato Adicional de 1834 que ignorava as particularidades de cada região e a diversidade cultural existente no país para conceder importância a uma unidade política, ainda que frágil. Foi diante deste momento histórico que Miriam Dolhnikoff (2007, p. 16) esclarece o objetivo que se pretendia com a adoção do federalismo que consistia na combinação de uma “[...] unidade nacional dirigida por

um centro com instrumentos para se impor a todo território, com províncias munidas de autonomia para gerir seus negócios”.

Finalidade esta que foi concretizada por meio do exercício da autonomia provincial que dispunha sobre tributação, polícia, obras públicas e a forma como gerir o orçamento, no tocante à aplicação dos recursos em setores de maior relevância para a administração. Já no que tange à inspiração do modelo federalista brasileiro se referir diretamente ao modelo estadunidense, Celina Souza (2005) destaca a particularidades do formato brasileiro:

A opção pelo federalismo, apesar de ser inspirada na experiência dos EUA, não foi uma simples cópia daquele sistema porque sua adoção foi precedida de debates e porque as elites regionais eram favoráveis à descentralização, vista como sendo alcançável por um sistema federal e não por um sistema unitário (SOUZA, 2005, p. 107).

Ocorre que, em que pese a sinalização da adoção do modelo federalista por desagregação, ocorrida à época do Ato Adicional de 1834, ainda era amplamente vivenciado o unitarismo, que sobreviveu enquanto havia uma ligação próxima entre economia e política. Para Dolhnikoff (2007, p. 16):

[...] ao contrário dos Estados Unidos, o federalismo no Brasil fortalecia os governos regionais em detrimento do poder central. Na trajetória brasileira, em consequência, o grau de autonomia dos governos regionais se distinguiu do exemplo norte-americano. Nestes, os estados eram e são titulares de um feixe de atribuições bem maior do que aquelas que se queria para as províncias brasileiras.

Apesar do unitarismo vivenciado à época, com o passar dos anos deu-se início a um desequilíbrio econômico e político que se viu com o deslocamento do centro econômico para o centro-sul, afastando-se cada vez mais do nordeste, o que ensejou surgimento de conflitos e fortalecimento do ideário federalista, sendo defendido com veemência que a descentralização era medida necessária para manter a unidade do país.

O momento determinante da mudança ocorreu na transição entre o Império e a República, a partir da diversificação da base econômica do país com o crescimento da cafeicultura. Entretanto, o que tornou a proposta do federalismo mais atraente foi a possibilidade de cada ente federado dispor acerca das possibilidades para substituição do trabalho servil.

Ocorre que, apesar do ideário do federalismo se fundar basicamente em minimizar as desigualdades regionais, não foi o que se viu à época da República Velha. Nela, as oligarquias regionais dominavam e buscavam cada vez mais poder político e econômico, fragilizando o restante do país e configurando um verdadeiro federalismo dual, circunstância esta que persistiu por um longo tempo.

Em 1889, as províncias foram abruptamente transformadas em Estados, sem que, contudo, fossem sanadas as desigualdades regionais, passando o Decreto de nº 1, de 15 de novembro de 1889 a efetuar uma mudança de nomenclatura que em nada era capaz de mudar o estado das coisas. Assim, permaneceu a enorme discrepância entre os estados, apesar da tentativa do texto constitucional em saná-las. A alteração da nomenclatura se deu apenas no plano jurídico, não sendo vivenciada no aspecto fático, como destaca Ricardo Oliveira (2012, p. 156):

Os múltiplos e tendenciosos acordos políticos realizados pelas elites regionais no alvorecer da República determinaram o aparecimento de outra consequência inquietante e prejudicial ao desenvolvimento do Estado federal brasileiro: a perpetuação da desigualdade territorial entre as diferentes regiões. Tal fato encontra ressonância na circunstância de que, nos primeiros anos de aplicação da Constituição elaborada, a eficiência governamental foi alçada a condição de diretriz cardinal da implantação do federalismo, e isso acabou abrindo caminho para que as oligarquias enxergassem na alardeada autonomia política o elemento garantidor do exercício livre e desimpedido de suas atividades e pretensões econômicas e localistas.

Como dito, o federalismo foi consagrado formalmente no artigo 1º da Constituição de 1891, inspirado no modelo americano. Este se resumiu inicialmente a um federalismo dual, sendo omisso e relapso quanto a adequação do modelo federativo à realidade brasileira, que sempre foi repleta de desigualdades entre os estados federados, mostrando-se falho e passível de alterações.

Art 1º - A Nação brasileira adota como forma de Governo, sob o regime representativo, a República Federativa, proclamada a 15 de novembro de 1889, e constitui-se, por união perpétua e indissolúvel das suas antigas Províncias, em Estados Unidos do Brasil. (BRASIL, 1981, *on-line*).

Além de instituir expressamente o federalismo no Brasil, a Constituição de 1891 ainda implementou a divisão de competências entre os estados-membros e a união, disciplinando sobre a divisão de rendas destinadas aos estados e atribuindo-

lhes uma gama de poderes. Ocorre que a atribuição de competências e a autonomia que agora detinham os estados federados resultaram na crescente disparidade regional, uma vez que os estados que detinham grandes representantes oligárquicos praticavam o poder do coronelismo e atuavam apenas visando a proteção dos seus interesses, o que ocorria muitas vezes em afronta aos demais estados e até à própria federação, como destaca Souza (2005, p. 107):

A Constituição de 1891, promulgada após a República, seguiu a promessa descentralizadora do mote republicano: centralização, secessão; descentralização, unidade. Por essa Constituição, recursos públicos foram canalizados para alguns poucos estados, mostrando que a federação brasileira nasceu sob a égide da concentração de recursos em poucos estados e escassas relações existiam entre os entes constitutivos da federação, caracterizando esse período como o de uma federação isolada.

Sendo assim, a Carta de 1891, ao estabelecer ao mesmo grau de autonomia entre todos os entes federados não considerou, como já dito, as desigualdades econômicas e sociais existentes no país. Ao revés, o formato adotado, levando em consideração o histórico da segregação e a diferença econômica do Brasil, só acarretou no aumento das desconformidades existentes entre a região do centro-sul e norte-nordeste, como atestou Ricardo Oliveira (2012, p. 164):

Uma repartição de competências estabelecida de forma inflexivelmente padronizada, conjugada com uma divisão de rendas também insensível as particularidades regionais, será apenas uma distribuição de prerrogativas e de benefícios, jamais um compromisso razoável de governabilidade.

Tais discrepâncias foram também majoradas ainda pelo fato de que os estados de São Paulo e Minas Gerais se revezavam na indicação do Chefe do Executivo Federal, atuação esta que fortalecia ainda mais tais estados e os afastava da realidade econômica dos demais entes federados. Uma vez que a indicação claramente tinha o condão de beneficiar tais estados a partir das decisões e da política adotada pelo poder central exercido pela União.

Crítica semelhante que expõe a manutenção do desequilíbrio regional e a centralização de poderes na União Federal é feita por Paulo Bonavides (2004). O autor destaca que a adoção de um aparente federalismo não teve o condão de alterar a natureza fática da política unitarista adotada:

A descentralização foi a bandeira que os políticos liberais do Império desfraldaram, mas não souberam ou não puderam manter de pé hasteada nas ameias do poder, e assim executar as reformas constitucionais de sua iniciativa quando subiram as escadas de governo.

Consentiram os liberais e federalistas, assim no Império como na República, que políticas unitaristas opostas ao sentimento nacional prevalecessem, acentuando o caráter rigidamente centralizador da organização do País.

Disso resultaram políticas adversas à Constituição formal no período republicano, as quais patenteavam, com freqüência, a vocação do Poder Central para se converter num Leviatã absolutista, de vestes federativas.

Assim como o hábito não faz o monge, o substantivo não faz a federação; não faz, portanto, a autonomia dos entes federados como cuidava Rui Barbosa com a ingenuidade de seu projeto de criar instituições por decreto, consoante fez com a república e o presidencialismo.

[...]

Na República a descentralização se torna aparentemente triunfante com o advento da Federação.

Mas tão somente na aparência, na forma, nos contornos superficiais, na letra da Constituição, sem baixar à realidade, sem considerar os fatos, sem ponderar a verdade social. (BONAVIDES, 2004, p. 508).

A crise de 1929 e o período após a primeira guerra mundial impulsionaram a queda do regime que vigorava desde 1891, sendo instaurada em 1933 a Assembléia Constituinte que discutiu a implantação de um novo federalismo, que não o clássico e dual, mas que agora cedia lugar para o denominado federalismo cooperativo. Assim, foi diante das problemáticas na adoção de um modelo de federalismo dual, que na Constituição de 1934 foi sinalizada a intenção em adotar o modelo de Federalismo Cooperativo.

Isto se deu a partir do enfoque nas desigualdades regionais e na necessidade de planejamento para efetivação de políticas capazes de minimizar as disparidades econômicas e sociais existentes entre os estados da federação. Como se nota da disposição do artigo 9º da Constituição que estabelecia ser “[...] facultado à União e aos Estados celebrar acordos para a melhor coordenação e desenvolvimento dos respectivos serviços [...]” (BRASIL, 1934, *on-line*), sendo igualmente fixada a cooperação entre os entes nos artigos 140⁵ e 177⁶.

⁵ “Art 140. A União organizará o serviço nacional de combate às grandes endemias do paiz, cabendo-lhe o custeio, a direcção technica e administrativa nas zonas onde a execução do mesmo exceder as possibilidades dos governos locais” (BRASIL, 1934, *on-line*).

⁶ “Art 177. A defesa contra os efeitos das seccas nos Estados do norte obedecerá a um plano systematico e será permanente, ficando a cargo da União, que despenderá, com as obras e os

Em que pese a considerável evolução jungida pela Constituição de 1934, é certo, porém, que a Carta Constitucional centralizava a maior parte dos poderes na União. O que resultou no seu fortalecimento e no conseqüente enfraquecimento dos Estados membros (KHAMIS, 2017, p. 154), apesar da “[...] tendência à constitucionalização de questões sócio-econômicas” (SOUZA, 2005, p. 108) e demonstração na vontade de expandir as relações intergovernamentais.

Além da robustez que à época adquiriu a União, era possível notar que a referida Carta encontrava-se eivada de um propósito que ia além da mera organização federativa e, como era de se esperar, o objetivo se concretizou com a ditadura getulista de 1937. A partir da nova redação constitucional de 1937, foram efetivadas uma série de alterações que tinham como objetivo precípua o fortalecimento da União, transformando a federação brasileira em um grande estado unitário.

Tal condição se concretizou com a extinção da autonomia municipal, com a designação de vereadores e prefeitos que era realizada por interventores de cada Estado e, em especial, com a delegação para o executivo federal para editar normas que disciplinariam sobre as relações extrafiscais e entre os estados, negando, em suma, a relevância de maior parte dos estados no cenário nacional, ao tempo em que conferia super poderes à União (SOUZA, 2005, p. 108). Ainda neste panorama, houve a designação da estrutura de super-representação dos estados menores no Congresso Nacional, fortalecendo o poder político de estados com menor possibilidade de interferência nas políticas nacionais.

A Constituição de 1946 não passou de praticamente uma replicação da Constituição de 1934, visando, porém, minimizar as desigualdades até então existentes; tratou acerca da possibilidade das transferências intergovernamentais, excluindo os estados desta repartição que somente teria os municípios como entes favorecidos; em que pese a situação financeira de tais entes ser diversa ao longo do Brasil, a repartição era feita de forma equânime, ignorando as diferenças vivenciadas (SOUZA, 2005).

Pretendendo sanar o formato de distribuição igualitária aplicada aos municípios com realidades tão distintas, foi instituído o repasse federal de verbas direcionado às

serviços de assistência, quantia nunca inferior a quatro por cento da sua receita tributária sem aplicação especial” (BRASIL, 1934, *on-line*).

regiões economicamente mais pobres. Porém, tal transferência teve efeito minimizado ante o aumento das atribuições, o aumento do número de novos municípios e a não quitação das quotas federais aos municípios (SOUZA, 2005, p. 108).

Assim como em 1937, as Constituições de 1967 e 1969, com grande influência militar, efetuaram um forte abalo no modelo de federalismo adotado, mantendo um Estado que detinha uma característica de estado unitário, desconfigurando o formato federal. Haja vista a centralização de competências que antes pertenciam aos Estados e Municípios na União, a partir do esvaziamento das atribuições de tais entes, dando super poderes ao governo federal a pretexto de que era “[...] necessário unir num só corpo os interesses da União e dos Estados-membros em prol do desenvolvimento nacional, o sistema federativo viu-se destruído.” (BONAVIDES, 1985, p. 390).

Apesar da contribuição negativa da Constituição de 1967, vale destacar que foi nesta Carta instituído o primeiro sistema de transferência intergovernamental de recursos da esfera federal para as subnacionais, por meio dos fundos de participação Fundo de Participação dos Estados (FPE) e Fundo de Participação dos Municípios (FPM). O critério de distribuição de rendas passou a não mais se ater ao número de entes existentes, e sim a considerar os níveis populacionais e o inverso da renda per capita.

É certo que o planejamento central e as transferências de recursos a governos subnacionais que se organizassem segundo as orientações do governo central tiveram o objetivo de uniformizar a gestão no país, se concretizando a partir da edição do Decreto-lei 200, de 25 de fevereiro de 1967, que estabelecia a atuação direta do governo federal nos estados e municípios.

A partir da influência direta efetivada pela União, observava-se que a obediência às diretrizes federais traçadas era obtida por meio da celebração de convênios cujas disposições faziam com que os governos subnacionais seguissem as diretrizes administrativas federais, sob a imagem da “cooperação intergovernamental”. Nesse sentido:

[...] Destinado a oferecer assistência técnica e, sobretudo, a transferir recursos financeiros, o mecanismo do convênio era um dos pilares do que a tecnoburocracia militar chamava de ‘federalismo cooperativo’. Por meio do convênio, os estados e municípios se comprometiam a seguir à risca as diretrizes federais em determinada política pública. Entretanto, de cooperativo o convênio não tinha

nada. Primeiro, porque a iniciativa sempre cabia à União e às unidades subnacionais restava apenas aceitar ou não os termos do convênio – e não aceitar significava perder recursos valiosos, em tempos de ‘vacas magras’ para os municípios e especialmente para os estados. Segundo, para que o convênio fosse verdadeiramente um mecanismo cooperativo, no sentido que o federalismo republicano dá a essa palavra, os participantes deveriam seguir a lógica da parceria (ABRUCIO, 1998, p.72).

Apesar, porém, da suposta adoção do federalismo cooperativo, era possível notar que a relação estabelecida entre os entes estava muito distante da atuação conjunta que remonta ao conceito de parceria e atuação mútua. Parecia, muito mais, isto sim, uma relação negocial de imposição de vontade de um ente sobre o outro, a exemplo das relações firmadas entre os entes mediante convênios de cooperação que assumiam a postura de cooperação intergovernamental. Dessa forma:

[...] a relação estabelecida por meio desses convênios não se parece com o conceito de federalismo cooperativo, tal qual definido por Elazar. A lógica da parceria característica do federalismo norte-americano dá lugar a uma coerção, minando a condição essencial do modelo matricial criado pelo autor: a negociação. (FRANZESE, 2010, p. 48)

Assim, de acordo com Zimmermann (2005), a origem histórica do federalismo no Brasil demonstra a ineficiência na aplicação do federalismo dual, sendo constatada a necessidade de alterar a organização federativa adotando o federalismo cooperativo o que, nas palavras do referido autor, “tornou o nosso Estado federal muito mais orgânico e de poderes superpostos” (ZIMMERMANN, 2005, p. 60).

A pretexto de unificar e fortalecer o estado, as constituições com traços ditatoriais denominavam o federalismo centralizador como federalismo cooperativo, sob o argumento de que a concentração de poderes auxiliaria no desenvolvimento econômico análogo em todas as regiões e na diminuição das desigualdades, o que não ocorreu efetivamente. Passado o período ditatorial, houve a redemocratização com a promulgação da Constituição de 1988, marcada pelo propósito de redução de desigualdades regionais e a redução da pobreza, trazendo em seu bojo uma mudança de paradigma das competências que até então eram atribuídas aos entes federativos.

A Constituição Federal de 1988 apresenta no caput do artigo 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 [...]” (BRASIL, 1988).

Adiante, nos artigos 23 e 24, a Carta Magna estabelece a repartição de competências, incluindo os Municípios, operacionalizando expressamente o Federalismo Cooperativo.

A Constituição de 1988 redesenhou a estrutura do Estado, dando-lhe as feições de uma federação descentralizada. Uma das dimensões importantes desse processo foi a redefinição de competências e atribuições das esferas de governo no âmbito da proteção social. Eis por que os estudos sobre mudanças nessa área de atuação governamental tiveram de se haver necessariamente com o tema da descentralização (ALMEIDA, 2001, p. 25).

Os direitos sociais fundamentais estão transcritos no art. 6º da Constituição Federal e um assunto deveras relevante acerca dos direitos fundamentais é a sua eficácia no ordenamento jurídico brasileiro. Os referidos direitos são defensivos e prestacionais (SARLET, 2012, p. 141). A grande dificuldade de concretização encontra-se na esfera prestacional.

Visando atender aos direitos fundamentais e aos princípios da dignidade da pessoa humana, a Constituição Federal de 1988 procura solucionar este problema realizando a repartição de competência administrativa para cada ente federativo, sendo ela comum e concorrente, o que nos leva a refletir se a ampla descentralização de atribuições imputadas a cada ente, considerando a adoção do modelo federalista cooperativo, é efetiva e capaz de alcançar seus objetivos, ou apresenta incongruências que são responsáveis pela implementação ineficiente⁷ das políticas públicas, em especial das ações de saúde.

1.5 FEDERALISMO COOPERATIVO E A CONSTITUIÇÃO DE 1988

Considerando as acepções e o embasamento teórico em que é calcada a teoria do federalismo cooperativo, é possível notar, quando se parte para o estudo

⁷ Ilustrando a ineficiência do sistema vide: BARONI, Larissa Leiros. A cada 5 minutos, 3 brasileiros morrem em hospitais por falhas. UOL, São Paulo, 22 nov. 2017. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2017/11/22/a-cada-5-minutos-3-brasileiros-morrem-em-hospitais-por-falhas.htm>>. Acesso em: 19 out. 2018.

EDITORIAL. Saúde pública do país sofre de má gestão. O Globo, 28 mar. 2014. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/opinia0/saude-publica-do-pais-sofre-de-ma-gestao-12010246>>. Acesso em: 19 out. 2018.

GOMES, Victor. Brasil possui o sistema de saúde mais ineficiente do mundo. Economia de serviços, 25 fev. 2016. Disponível em: <<https://economiadeservicos.com/2016/02/25/brasil-possui-o-sistema-de-saude-mais-ineficiente-do-mundo/>>. Acesso em: 19 out. 2018

detido da doutrina brasileira, que a literatura nacional não produziu uma nova teoria sobre federalismo, tendo trabalhado a partir da teoria do federalismo cooperativo outrora exposta, com a ressalva de que a aplicação do arranjo teve que se adaptar a certas dinâmicas do sistema político brasileiro⁸.

Sabe-se que a etimologia de federação é extraída da palavra *foedus*, representando pacto ou aliança, verdadeira cooperação. Cada ente federativo é dotado, de acordo com a clara dicção constitucional, de autonomia, sendo vista como autodeterminação limitada pelo poder soberano, quer dizer, “[...] governo próprio dentro do círculo de competências traçadas pela Constituição Federal” (SILVA, 2004, p. 100).

A cooperação é um mecanismo existente no Estado Federal que favorece o desenvolvimento das relações intergovernamentais, abrangendo as formas e os meios de aproximação dos governos central e locais. De acordo com o mencionado, o próprio conceito de federalismo requer um mínimo de colaboração, de cooperação, de modo que em qualquer Estado organizado como federação existem instâncias de poder que trabalham juntas, podendo esta atuação ser de maior ou menor grau.

Na Constituição de 1988, instituiu-se expressamente a cooperação por meio do artigo 23, que fixa a competência comum entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Estabeleceu-se, entretanto, no parágrafo único do citado artigo que Leis complementares serão editadas para fixar as normas de cooperação, o que somente foi feito quanto à matéria ambiental por meio da Lei Complementar nº. 140, de 08 de dezembro de 2011.

A cooperação teve sequência com a repartição tributária de impostos federais e estaduais beneficiando os Estados e Municípios a partir da destinação de um percentual da arrecadação dos impostos, técnica de repartição que surgiu ainda que de forma inicial na Constituição de 1946. Como medida conjunta, a descentralização fiscal foi instituída a repartição das competências que se dividiram em concorrente, comum e privativa e que objetivavam o efetivo exercício das atribuições previstas constitucionalmente e a consequente redução das desigualdades regionais que culminam nas disparidades econômicas e sociais vivenciadas em todo o Brasil.

⁸ O presente trabalho não foi construído sob a perspectiva de poder – como seria próprio de um trabalho de ciência política –, mas sim sob um ponto de vista jurídico-normativo, o que sob o enfoque dogmático justifica a ausência do contexto histórico em que surgiram os primeiros questionamentos acerca do pacto federativo, sendo desnecessária, portanto, a delimitação temporal do estudo. Afinal, a mesma consistiria em um corte que acarretaria no afastamento do ponto central da presente dissertação.

Assim, podemos notar que a Constituição de 1988 optou por um federalismo, ao menos em tese, cooperativo, estruturado através de uma repartição de competências horizontal e vertical:

O federalismo cooperativo possui instituições que incentivam os atores territoriais a colaborarem, dividindo os poderes entre eles funcionalmente e prevendo tarefas a serem executadas conjuntamente. Com isso, o governo central fica, normalmente, com a função de formulador em grande parte das políticas públicas e os governos subnacionais concentram a competência de implementação. Ao contrário da competição tributária, tem-se um sistema de taxaçaõ conjunta e equalizaçaõ fiscal vertical e horizontal. (FRANZESE, 2010, p.68).

Mediante a repartição horizontal, foram distribuídas competências privativas, materiais e legislativas entre a União, os estados e os municípios. Utilizou-se a técnica de enumerar expressamente as competências da União e dos municípios, reservando aos estados a competência residual, assim como no federalismo norte-americano. Paralelamente, foram verticalmente atribuídas competências materiais comuns a todos os entes, e legislativas concorrentes para a União e os estados.

A Carta Magna traz um rol de competências materiais comuns no art. 23, composto por matérias de grande impacto social, a exemplo da saúde, educação, meio ambiente e assistência social, em face da necessidade de soma de esforços de todos os entes para a superação do quadro de carência desses bens e direitos no cenário nacional. Porém, em que pese o intuito do constituinte de instalar um Estado federal brasileiro cooperativo, nosso federalismo é bastante centralizado, como afirma Eduardo Cambi (1998, p. 249):

Ainda que se possa dizer que essa Constituição tenha privilegiado a mais moderna técnica de repartição de competências, elencando um rol extenso de competências comuns e concorrentes com, a finalidade de privilegiar o equilíbrio e a eficiência do federalismo cooperativo, nos moldes alemães, não se pode deixar de criticar o constituinte de 1988, por não ter rompido com a tradição centralizadora do federalismo brasileiro.

Ao se analisar o formato de divisão de competências, porém, vê-se que no Brasil há um significativo desequilíbrio entre as responsabilidades dos estados e municípios na esfera administrativa e na geração de receitas, já que de um lado há uma excessiva centralização reguladora e arrecadatória por parte do governo federal, e de outro uma excessiva descentralização político-administrativa diluída

com os demais entes federativos. Reverbel (2012, p. 133) aduz que nosso federalismo, na prática, engessa tanto os mecanismos de competição quanto de cooperação entre os estados, deixando-se de federalizar o país para unitarizá-lo.

Na mesma linha, Souza (1996, p. 104) destaca que o modelo de federalismo adotado no Brasil resulta em graus variados de cooperação política e financeira entre o governo federal e os entes locais, haja vista que poucas competências constitucionais exclusivas foram destinadas aos estados e municípios. Consequência deste fato é que o federalismo brasileiro tem sido marcado atualmente por políticas públicas federais que se impõem às instâncias subnacionais (SOUZA, 2005, p. 111).

Celina Souza (2005), em sua análise sobre o formato de federalismo adotado no Brasil, ainda observa que:

[...] Dado que a teoria do federalismo não incorpora a situação de espaços territoriais que possuem garantias constitucionais próprias, inclusive tributárias, como é o caso dos municípios brasileiros, os conceitos de relações intergovernamentais e descentralização-centralização seriam os mais apropriados para analisar situações como a brasileira, tornando-se de crucial importância para o melhor entendimento de como o federalismo atua na prática. O uso desses dois conceitos pode iluminar a análise sobre a distribuição de poder territorial em países como o Brasil, onde os municípios assumem papel de destaque, não apenas pela existência de políticas descentralizadas, mas pelo seu relativo descolamento da jurisdição dos estados. (SOUZA, 2005, p. 113)

No aspecto relativo à adoção do federalismo cooperativo, Bercovici (2004) ensina que a implantação deste arranjo encontra fundamento na política intervencionista do Estado e no objetivo de implementar políticas públicas, como trazido pela Constituição de 1988. Para o autor, “[...] as esferas subnacionais não tem mais como analisar e decidir, originalmente, sobre inúmeros setores da atuação estatal, que necessitam de um tratamento uniforme em escala nacional” (BERCOVICI, 2004, p. 56).

O que, segundo o autor supramencionado, exige uma unidade de atuação dos entes em busca de uma finalidade comum. Porém, a Constituição de 1988 assegurou à União “[...] o maior e mais importante leque de competências exclusivas” (SOUZA, 2005, p. 111). As políticas sociais, de modo geral, foram estabelecidas como competências comuns à União, estados e municípios, sendo definidas no campo legislativo como concorrentes a estas três esferas de governo.

Neste ponto, há que se distinguir cooperação de coordenação. A coordenação encontra sua fonte no artigo 24 da Constituição Federal que trata acerca das competências concorrentes, sendo um formato em que cada ente possui um certo grau de participação a partir do exercício conjunto de competências, atuação esta que pode ocorrer de forma conjunta ou separada, mas sempre em busca de um resultado comum e do interesse de todos os poderes. Já cooperação, conforme visto, é fruto direto do artigo 23 da Carta Constitucional e busca “[...] resultados unitários e uniformizadores sem esvaziar os poderes e competências dos entes federados em relação a União, mas ressaltando a sua complementaridade” (BERCOVICI, 2004, p. 58).

Retornando ao ponto relativo ao centralismo de competências atribuídas à União vemos que este pode ser verificado nas discussões das implementações das políticas sociais, através das comissões intergovernamentais. O desenho institucional das comissões inclui elementos congruentes com o federalismo cooperativo, como a composição paritária e a regra do consenso para tomada de decisão, na presunção de relações simétricas entre entes autônomos.

Na Comissão Intergestores Tripartite, composta por representantes das três esferas de governo, há uma equivalência entre representantes dos governos federal, estadual e municipal. Entretanto, em que pese a composição paritária, nota-se uma preponderância dos interesses da União na tomada de decisões no seio destas comissões, corroborando a tese defendida de existência de um federalismo centralizado no Brasil. Machado e Palotti (2015, p. 73) acreditam que o poder de agenda assimétrico, com nítido predomínio do executivo federal, pode ser interpretado como sintoma de problemas de ação coletiva de estados e municípios, mais numerosos e heterogêneos.

Em tese, poder-se-ia afirmar que não há problema algum no fato de a União traçar as diretrizes gerais, e os estados e municípios, através da sua competência complementar, elaborarem normas específicas de acordo com as suas necessidades regionais e locais concernentes ao referido direito social e as suas ações e serviços públicos. Até porque, conforme leciona Bercovici (2004, p. 57), é necessária a unidade de atuação, presente no federalismo cooperativo, a qual necessita de tratamento uniforme em escala nacional, principalmente nas políticas públicas sociais.

Ressalta o autor, entretanto, que a unidade de atuação não significa centralização. Com a centralização há a concentração de poderes na esfera federal, debilitando os entes federados em favor do ente central; já a homogeneização é baseada na cooperação, caracterizada pelo processo de redução das desigualdades regionais em favor de uma progressiva igualação das condições sociais de vida em território nacional.

O que se vê, contudo, é a manutenção de tratamento igualitário a despeito das disparidades regionais existentes entre os entes, o que, somado a outros fatores referentes à divisão de competência, inviabilizam a correta implementação dos direitos sociais. Nesse sentido, para Krell (2017, p. 210):

A falta de efetividade social das políticas sempre foi causada também pela falta de clareza sobre as competências de cada nível de governo, que levou à superposição de comandos e de recursos e à falta de responsabilização das entidades governamentais. A Carta de 1988 não delimitou precisamente essas tarefas, estabelecendo, no art. 23, mais do que trinta funções concorrentes entre os diferentes níveis de governo, intituladas de competências comuns. Porém, não definiu uma hierarquia no exercício desta cooperação, o que causa, até hoje, esforços duplicados (ou até triplicados) do Poder Público, aumentando sobremaneira os custos dos respectivos serviços públicos, sem que houvesse um aumento de sua eficiência.

Analisando o arranjo de federalismo cooperativo, ao tempo em que destaca aspectos positivos, Krell (2017) relata que são alvos de crítica pela doutrina a existência de algumas deficiências funcionais, assim como a interligação excessiva entre Política e Administração no sistema federativo. Tais obstáculos levam aos problemas, como a:

[...] exagerada demora de processos de decisão conjunta; crescente dependência em relação a planejamentos e financiamentos centrais; camuflagem das responsabilidades financeiras pelos encargos e serviços públicos; restrição dos espaços para soluções inovadoras de problemas; e, finalmente, o fortalecimento de tendências unitárias mediante o avanço dos governos em detrimento dos parlamentos, especialmente dos estaduais. Em geral, as tarefas estaduais e municipais são reduzidas a atividades 'dependentes' (implementação e administração), enquanto as funções estatais 'criativas' (legislação, planejamento e programação de políticas) são exercidas quase exclusivamente pelo governo central. (KRELL, 2017, p. 207)

Este autor ainda destaca que o ponto negativo do incentivo exacerbado para que ocorra a cooperação intergovernamental acarreta o “[...] perigo de que sejam

asfixiadas a autonomia, a liberdade de atuação e de iniciativa dos entes federativos, fenômeno que foi chamado de ‘armadilha de entrelaçamento político’” (KRELL, 2017, p. 207). Após as críticas sofridas, teria o modelo passado por uma reformulação no sentido de viabilizar uma relação de maior proximidade entre os entes e facilitar a prestação dos serviços públicos, em especial nos entes de menor porte, a exemplo dos municípios?

Apesar do questionamento, que será oportunamente exposto adiante, é certo que o arranjo federativo nos moldes como fora adotado proporciona diversas incoerências, em especial em um país fortemente marcado pela assimetria, como é o Brasil, o que exige o respeito ao princípio da solidariedade entre as esferas⁹. Ademais, conduz também à reflexão acerca das deficiências do modelo, o que inclui o formato de repartição de competências, e do meio para superá-las.

No ponto atinente à atuação de cada ente, merece ser destacada a fixação de competências atribuídas ao poder central e aos poderes locais, sendo observadas no presente trabalho as competências dos municípios e os obstáculos enfrentados por este ente para implementação das suas atribuições relativas às políticas públicas.

1.6 REPARTIÇÃO DE COMPETÊNCIA DOS ENTES FEDERADOS

A partir da adoção do federalismo foi fixado um rol de competências aos entes, de acordo com a sua área de atuação e região de alcance, sendo o federalismo cooperativo instituído a partir do artigo 23 da Constituição de 1988 que dispõe sobre a competência comum. A atribuição de competências visa estabelecer assimetria e assim corrigir os desníveis existentes entre os entes, colocando-os em paridade substancial.

O que se viu, contudo, foi a mera replicação de um modelo alienígena de divisão de competências que tem na assimetria uma característica que respeita as heterogeneidades fáticas dos estados estrangeiros, circunstância esta que não ocorre no Brasil. Isto torna necessária a adaptação jurídica da Constituição Federal, com vistas a viabilizar a instituição do modelo federativo com as suas devidas

⁹ De acordo com Ricardo Oliveira (2012, p. 142) tal princípio consiste na “solidariedade da União com as partes periféricas (Estados e Municípios); a solidariedade inter-regional (que se desenvolve entre os Estados-membros); e a solidariedade intrarregional (manifestada por meio da colaboração entre órgãos e unidades governamentais situados em diferentes localidades de um mesmo território)”.

adaptações e faz da assimetria, que poderia ser de fato a fonte minimizadora das desigualdades, um ponto problemático que desconsidera as flagrantes distinções entre os entes da federação.

Em crítica ao formato adotado para efetivar a distribuição de competências na Federação Brasileira, Ricardo Oliveira (2012) aduz que, por um longo período, a fixação das atribuições não levou em conta a desigualdades regionais, havendo, ao revés, um crescente distanciamento dos entes, tudo realizado com o aval constitucional. Conforme o autor:

Não é costumeiro ter, entre as disposições constitucionais, institutos jurídicos que tratem essencialmente da correção das disparidades regionais que prejudicam a máxima eficiência governamental e ainda impedem a consolidação de um pacto federativo mais coeso e habilitado a permitir a superação dessas desigualdades. A não ser que sejam implementados ajustes cooperativos que coloquem os entes autônomos em forte sintonia em relação a proposta de atuação conjunta e integrada para diminuir os desníveis regionais e, com isso, fortalecer a Federação em sua integralidade, certamente será impossível alcançar tal objetivo apenas por meio da ação fragmentada das unidades federativas. Sem a soma dos esforços do conjunto federativo, não há, em absoluto, como vencer o terrível quadro de desigualdades formado ao longo de nossa experiência de Federação, mormente porque, como é sabido, geralmente houve, no âmbito do governo federal, predomínio de interesses de algumas regiões em detrimento de outras. (OLIVEIRA, 2012, p. 186-187)

Neste panorama, vale destacar que não se aborda o formato assimétrico do federalismo, que, ao menos em tese, é capaz de viabilizar a diminuição das disparidades sobressalentes. Mas sim a adaptação do mesmo à realidade brasileira e não apenas a simples reprodução de um modelo aplicado no exterior que não se assemelha a situação que é vivenciada em nosso país.

Foi vislumbrando a melhora advinda da aplicação do federalismo assimétrico que a Constituição Federal de 1988, com as devidas adaptações, instituiu a repartição de competências e os instrumentos de cooperação financeira e tributária entre os entes federativos. Com o objetivo de reduzir as desigualdades regionais e erradicar a pobreza (artigo 3º, III, da Constituição Federal de 1988), podendo, inclusive, ser considerado mais amplo do que a própria atribuição de competências, haja vista que trata também das relações intergovernamentais praticadas pelos entes.

Ocorre que, a repartição de competências entre os entes da federação sofre diversas críticas da doutrina que entende que o objetivo principal de sua instituição,

que consiste na redução da desigualdade, não foi alcançado e está bem distante de se concretizar. Nesse sentido:

O resultado é que o legado da transição política brasileira cria uma aparente federação inovadora com a agregação de um modelo cooperativo de repartição de competências e a consagração da autonomia dos municípios que alcançaram a categoria de entes federativos, mas que acolhe e reúne todos os vícios das práticas políticas anteriores, as clientelista da República Velha e as centralistas dos regimes autoritários (MORAIS; BAGGIO, 2017, p. 172).

Paulo Bonavides (2004, p. 518) censura o formato de ampla proteção constitucional com o objetivo de redução das desigualdades regionais por meio das atribuições de competências e da descentralização financeira e orçamentária, que cede lugar ao descaso com que são tratadas as regiões, em especial as mais pobres, que foram regulamentadas apenas no plano econômico e administrativo, mas não no plano político, não detendo autonomia e ficando às sombras da União.

Reforça ainda Bonavides (2004) que enquanto o problema regional continuar a ser enxergado como problema da Região e não como problema nacional, restarão prejudicados o crescimento e a efetividade da federação, que vem ruindo ante à inércia constitucional em executar a integração nacional, de modo que “[...] o país ficará condenado a ser um Estado e não uma nação.” (Bonavides, 2004, p. 524).

Sendo assim, sob a perspectiva de Paulo Bonavides (2004, p. 521), para que haja o efetivo desenvolvimento com a redução das desigualdades regionais se faz premente que as regiões adquiram o devido status de importância que a Constituição Federal lhes atribuiu. Do contrário, o modelo federativo nunca assumirá o seu caráter desenvolvimentista.

Em que pesem as críticas esposadas acerca da deficiência do formato de repartição de competências, haja vista que a autoridade sobre a definição das diretrizes gerais das políticas sociais é centralizada no governo federal, mas a sua implementação é descentralizada e atribuída aos estados e municípios que detém uma série de deficiências estruturais e financeiras, é necessário demonstrar, ainda que de forma abreviada, a técnica de repartição de competências que a Constituição Federal utiliza. Ressalta-se, nesta oportunidade, que as competências da União e dos Estados serão expostas de maneira geral, haja vista que o presente trabalho se propõe a estudar a fundo os obstáculos vivenciados pelos municípios na

implementação de políticas públicas de saúde em detrimento da adoção do federalismo cooperativo.

Nesse ponto, cumpre registrar que a possibilidade de instituir um modelo de federalismo cooperativo encontrou apoio na realização da repartição de competências. Haja vista que esta divisão define o grau de descentralização, de direitos e deveres de cada ente na federação, sendo, portanto, o ponto referencial de toda federação. Para tanto, a Constituição Federal contempla um formato de divisão de competências entre os entes, sendo a primeira delas correspondente ao modelo clássico norte americano que é disposta no artigo 21 da Constituição que trata da competência administrativa da União (MORAIS; BAGGIO, 2017, p. 172).

Seguindo esta divisão, Moraes e Baggio (2017, p. 172) expõem a competência delegativa prevista no artigo 22 da Constituição, em que a União possui a prerrogativa de delegar aos Estados membros, por meio de lei complementar, as suas competências privativas. E, por fim, a competência comum, delineada no artigo 23 que viabiliza a cooperação entre os entes e a competência concorrente prevista no artigo 24 da Constituição.

Pois bem, a Carta Magna enumera os poderes da União, artigos 21 e 22, deixando para os Estados a competência remanescente, artigos 25, §1º, e aos Municípios os poderes definidos de forma indicativa nos artigos 29 e 30. No artigo 23, a Constituição estabelece áreas de atuação comum dos entes federados que o fazem de forma paralela, e, ainda, competências concorrentes, ocasião em que cabe à União a edição de normas gerais e aos Estados, Distrito Federal e Municípios a elaboração de leis suplementares, de acordo com o que dispõe os artigos 24 e 30.

As competências materiais podem ser exclusivas (União, art. 21; Estados, art. 25, §1º; Municípios, art. 30, III e VIII) e comuns, em que todos os entes atuam paralelamente (art. 23). Já as competências legislativas podem ser classificadas como privativas (União, art. 22; Estados, art. 25 §§1º 1 e 2º; e Municípios, art. 30, I) e concorrentes, como mencionado acima (arts. 24 e 30).

Explica Moreira Neto (1991, p. 126) que:

Os critérios de partilha do poder estatal em manifestações de competência ou, abreviadamente, partilha de competência, ora podem dizer respeito ao conteúdo material da competência, ora dizer respeito aos aspectos formais da competência. No primeiro caso, se é o conteúdo da competência que se investiga, procura-se saber o que se partilha e, a partir disso, identificar-se-ão critérios

substantivos. No segundo caso, se é a forma, o aspecto extrínseco da competência como fundamento classificatório, indaga-se o como se partilha e, a partir daí, identificam-se os critérios formais. (MOREIRA NETO, 1991, p. 126).

A supremacia da legislação federal sobre as subnacionais também é notória na análise das normas constitucionais. A obrigação de legislar para proteger a saúde foi prevista pela Constituição Federal como sendo de competência legislativa concorrente, conforme o art. 24, XII. Entretanto, a Lei Maior é clara ao definir que a legislação estadual, no que se refere às denominadas normas gerais, não pode contrariar a legislação federal, sob pena de perda de eficácia.

O mesmo raciocínio se aplica aos municípios, já que se vê no art. 30, II, da Constituição Federal, que as câmaras municipais podem participar da produção de normas jurídicas sobre saúde de forma suplementar, preenchendo eventuais lacunas normativas necessárias para atender às peculiaridades existentes em cada município brasileiro. Porém, devem estar subordinados às normas gerais estabelecidas pelos respectivos estados e pela União.

Assim, em que pese a repartição de competências abranger todos os entes da federação, é bem verdade que a União centraliza a maior parte das atribuições, além de deter os recursos financeiros para implementação das políticas públicas. Isto faz do poder central o mais capaz para o planejamento, promoção e efetivação dos serviços públicos, gerando a incongruência da repartição de competências sem que haja a devida capacidade financeira do ente.

Ante o exposto, vê-se que a repartição de competências em nosso sistema traz uma série de dúvidas, incertezas e instabilidades, de modo que, a partir da leitura das competências constitucionalmente fixadas, é possível notar que não há clareza quanto ao formato de cooperação que será aplicado entre os entes. Ausência esta que é reforçada por uma desorganização estrutural e discrepâncias financeiras existentes entre os entes, o que de certa forma impossibilita a exigência que todos os entes da federação tenham uma atuação alinhada e eficaz.

1.6.1 O Município na Constituição Federal de 1988

Sob o panorama histórico-constitucional, é bem verdade que os Municípios até a Constituição Federal de 1946 apenas detinham autonomia emblemática, já que não tinham um amplo poder de auto-organização, sob o aspecto político e

econômico. Foi com a Carta de 1988 que estes entes foram efetivamente integrados à estrutura federativa, tornando-se verdadeiras unidades federadas com autonomia política, administrativa e financeira, atribuindo um rol de competências privativas, concorrentes e comuns, bem como uma significativa ampliação do poder de tributar e do recebimento das transferências orçamentárias.

Ocorre que, embora a expressa previsão constitucional inclua os municípios como entes que compõem a federação, há autores, a exemplo de Alcino Pinto Falcão (1975, p. 24), que afirmam que o federalismo é em sua essência bidimensional. Nesse caso, portanto, seria composto apenas pela União e os Estados, sendo que o tridimensionalismo poderia ser classificado como uma nova forma de Estado, mas não de um federalismo passível de incluir os municípios.

Ainda repudiando a previsão constitucional que conferiu *status* federativo aos municípios, José Afonso da Silva (2004, p. 640) afirma que a Constituição de 1988 apenas garantiu autonomia aos referidos entes, não havendo previsão de que aos municípios teria sido garantido o *status* de unidade federada. Porém, apesar da divergência ventilada por autores de significativa relevância no cenário constitucional, vale destacar que grande parte da doutrina destaca que os municípios preenchem, ao menos em sua maioria, os requisitos formais e materiais necessários para se enquadrar como uma unidade federada.

Os Municípios ocupam posição diferenciada no sistema constitucional brasileiro. A partir de 1988, passaram a integrar a Federação, não sendo por acaso a inclusão dos artigos 1º e 18 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988:

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. (BRASIL, 1988, *on-line*).

Ou seja, “o Município Brasileiro sempre fez parte da Federação. E a Constituição de 1988 assim o declarou em seus arts. 1º e 18, corrigindo essa falha” (MEIRELLES, 2008, p. 47). Enquanto membro da Federação, a municipalidade precisa de autonomia política, financeira e administrativa. Com este intuito, o artigo

30 da Lei Maior assegurou a possibilidade de cobrança e arrecadação de tributos aos Municípios:

Art. 30. Compete aos Municípios:
I - legislar sobre assuntos de interesse local;
II - suplementar a legislação federal e a estadual no que couber;
III - instituir e arrecadar os tributos de sua competência, bem como aplicar suas rendas, sem prejuízo da obrigatoriedade de prestar contas e publicar balancetes nos prazos fixados em lei; (BRASIL, 1988, *on-line*).

Reprisando-se, exaustivamente, o dispositivo em comento trata de garantir autonomia financeira aos Municípios que são partes inequivocamente integrantes do sistema federativo brasileiro, como se nota da leitura dos artigos 1º e 18 da Constituição Federal de 1988.

Assim, partindo da premissa que os municípios são entes federativos, vê-se que são atributos essenciais para que seja efetivada tal classificação a auto-organização e a autonomia, composta pela descentralização de competências constitucional e pela obtenção de orçamento suficiente para arcar com as atribuições que lhes são fixadas.

Ocorre que, em que pese ser requisito essencial, é certo que a atribuição da capacidade de auto-organização teve o condão de aumentar o abismo econômico e organizacional existente entre muitos municípios, dando ensejo ao acirramento das assimetrias existentes no Brasil (OLIVEIRA, 2012, p.174). Nesse ponto, destaca-se a afirmação de Celina Souza (2005, p. 111) que entende que o Brasil adotou um federalismo simétrico, apesar de ser uma federação assimétrica, o que, de certa forma, justifica as dissonâncias existentes.

No que se refere ao exercício das competências e à obtenção de renda suficiente a manter e garantir uma eficaz prestação do serviço público, parece óbvio que a Constituição Federal, ao fixar um federalismo fiscal, objetivou que cada município fosse capaz de manter a sua correspondente estrutura de poder. O que se deu tanto em âmbito legislativo e executivo, como também administrativo, jurídico, com a arrecadação de dívida ativa, e de prestação de serviço público.

Não é isso, porém, que se enxerga no cenário atual. O que se vê é uma ampla gama de municípios econômica e socialmente deficitários, a qual detém uma autonomia fictícia, gerando uma crescente onda de discrepâncias existentes entre os

entes municipais pertencentes à mesma região ou até mesmo quanto os municípios de regiões diversas cresceram significativamente, fragilizando o pacto federativo.

No que tange à existência das desigualdades intrarregionais, o autor Ricardo Oliveira (2012, pg. 174) faz as seguintes considerações:

O municipalismo admitido pela Constituição de 1988 desencadeou a intensificação das desigualdades, as quais agora não mais estão circunscritas apenas entre regiões ou entre Estados-membros. No âmbito interno de cada uma dessas regiões, passaram a ocorrer atuações políticas em diferentes velocidades, cada qual atendendo a propósitos variados, defendidos pelo vasto número de Municípios brasileiros. [...] Ao menos no que se refere à formulação de ações governamentais conjuntas, os contrastes territoriais no seio do nosso Estado federal foram elevados drasticamente, o que ainda exige da engenharia constitucional soluções cada vez mais desafiadoras.

Sendo assim, a disparidade deu ensejo a uma multiplicação de municípios frágeis que dependem, para a garantia de uma manutenção mínima, dos repasses do Fundo de Participação Municipal. Dependência esta que ensejou a edição da Emenda Constitucional n.º 15, de 12 de setembro de 1996, freando a criação de novos municípios que, possivelmente, seriam igualmente dependentes de repasse, o que agravaria o desequilíbrio federativo.

É certo que a ampliação dos municípios inviáveis é resultado de um grave distúrbio do federalismo cooperativo resultante em grande parte dos interesses eleitoreiros. O que acarretou na fragilidade das relações internas e na necessidade urgente da aplicação da assimetria com vistas a unir os pontos em desconformidade, o que não ocorre com a simples previsão constitucional de autonomia municipal.

É bem verdade que os municípios tidos como inviáveis sobrevivem basicamente dos repasses da União e dos Estados, fragilizando o pacto federativo. Haja vista que, no momento em que são fixados tais repasses, os municípios que são efetivamente viáveis a prestar um serviço eficaz e de manter suas estruturas organizacionais são severamente prejudicados, já que recebem um repasse a menor em detrimento dos entes municipais que não deveriam ter proteção federativa-constitucional.

Neste sentido, Khamis (2017, p. 163) analisa:

[...] um ente que não possui condição de autossustentar-se não atende às incumbências constitucionalmente atribuídas para a

caracterização de uma unidade federativa da espécie Município e, portanto, não preenche os requisitos para a obtenção da proteção federativo-constitucional.

Pelo contrário, um ente que se limita a 'sugar' verbas da União e do Estado para viabilizar a sua própria existência afigura-se muito mais como um 'câncer federativo', na medida em que retira dos Municípios viáveis verbas que lhes poderiam ser repassadas e aplicadas na prestação de serviços públicos.

Assim, em que pese a inclusão dos municípios como entes federativos, é assente na doutrina que a autonomia municipal como mecanismo de descentralização e consolidação democrática sem que houvessem sido instituídas as devidas ferramentas para o efetivo exercício da autonomia gerou uma crise que acarretou na criação de novos municípios totalmente dependentes do poder central. Estes, por sua vez, são resumidos a:

[...] uma estrutura de descentralização do poder central para realização de algumas políticas públicas por meio de convênios, sem que isso representasse uma efetiva participação dos municípios e dos municípios nessas decisões. (MORAES; BAGGIO, 2017, p. 178).

No mesmo sentido:

Ao mesmo tempo, há quem critique a concentração da autoridade decisória sobre as políticas públicas (*policy decision making*) na esfera da União, que teria deixado aos governos subnacionais apenas a tarefa de realizar o que foi decidido (*policy making*) e reduzido bastante a sua autonomia para a elaboração de políticas públicas. Da mesma forma, a regulação federal afeta decisivamente o modo como as políticas descentralizadas são executadas, com os ministérios federais regulamentando e supervisionando os respectivos atos dos municípios e Estados. (KRELL, 2017, p. 2016, grifos do autor).

Sob este aspecto, é possível notar que os municípios com fragilidade financeira e orçamentária possuem dificuldades flagrantes no efetivo exercício das atribuições constitucionais. Porém, é bem verdade que as dificuldades para implementação das políticas públicas não se limitam aos municípios denominados como inviáveis, se aplicando aos entes locais sediados em capitais de estados que enfrentam igualmente uma série de dificuldades para planejar e executar as políticas, em especial de saúde.

Tais dificuldades consistem, particularmente, na fixação na desconsideração das peculiaridades regionais, na judicialização e no conseqüente agravamento do prejuízo aos cofres públicos, na ampliação do conceito jurídico de responsabilidade solidária. A

estas, somam-se a inércia e incompetência da gestão governamental, fatores estes que serão trazidos de forma detalhada no capítulo terceiro do presente trabalho.

Sendo assim, apesar dos municípios terem sido incluídos pela Constituição de 1988 como entes federativos, é necessário repensar o papel dos municípios inviáveis na federação e, quanto aos municípios economicamente viáveis, que seja superada a assimetria. Assim, será possível ajustar as disparidades e confirmar os compromissos federativos de efetivar a descentralização política e a implementação de políticas públicas a partir da análise do arranjo federativo.

2 FEDERALISMO E A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

2.1 DEFINIÇÃO E OBJETIVOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Ao contrário da recente aproximação entre o direito e o estudo das políticas públicas ocorrida no Brasil, nos Estados Unidos da América a ciência política está ao lado do campo dos estudos jurídicos passando as políticas públicas a ter uma introdução mais remota no direito público. Tal contexto revela, então, a maior facilidade do direito americano em lidar com as estruturas de decisões delas advindas, bem como chegar a uma definição sobre a matéria.

Nesse aspecto, as políticas públicas são vistas como um ramo da ciência política capaz de possibilitar a compreensão do porque os governos optam por determinadas ações. Para Celina Souza (2006, p.22), “[...] a introdução da política pública como ferramenta das decisões do governo é produto da Guerra Fria e da valorização da tecnocracia como forma de enfrentar suas consequências”. A autora expõe ainda que o estudo das políticas públicas enquanto matéria intimamente ligada à ciência política surgiu nos Estados Unidos da América e contou com quatro grandes fundadores: H. Laswell (1936), H. Simon (1957), C. Lindblom (1959) e D. Easton (1965).

No Brasil, por sua vez, a temática referente à política pública não é originalmente objeto de estudo no plano jurídico, havendo uma aproximação somente em momento posterior, o que deu ensejo ao estudo de qual regime jurídico se aplicaria às políticas públicas. Igualmente, originou questionamento, causado pelo longo período de afastamento, de qual seria a definição conceitual mais adequada ao instituto, indefinição esta que não afasta a importância e o caráter dinâmico e funcional das políticas para o direito.

A necessidade de ampliação de estudo sobre o tema é constatada ao tempo em que se buscam formas eficientes de garantir os direitos humanos, já que o fundamento imediato das políticas públicas é a existência dos direitos sociais. Direitos estes, cumpre registrar, que necessitam de uma prestação positiva do Estado, o que é feito mediante a formulação e execução de programas governamentais, a exemplo do que se vê na saúde, direito social objeto de fundo do presente trabalho.

Diante da aproximação recente com o direito, viu-se uma diversidade de conceitos e definições atribuídos à política pública. Em tal abordagem, Celina de Souza (2006, p. 24) aponta os conceitos usuais formulados pela literatura:

Mead (1995) define política pública como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas. Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como ‘o que o governo escolhe fazer ou não fazer’. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê, e que diferença faz.

A estudiosa sobre o assunto, Maria Paula Dallari Bucci (2006, p. 39) propõe um conceito jurídico de política pública:

Política Pública é o programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados – processo eleitoral, processo de planejamento, processo de governo, processo orçamentário, processo legislativo, processo administrativo, processo judicial --- visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados.

Já Andreas Krell (2017, p. 203, grifos do autor), também descreve o que entende ser adequado a uma correta conceituação do tema:

Política pública, neste contexto, deve ser entendida como programa de ação governamental, um conjunto de medidas articuladas cujo escopo é dar impulso à realização de algum objetivo de ordem pública ou à concretização de direitos, valendo-se precipuamente de normas jurídicas para plasmar as diretrizes e os meios da atividade estatal dirigida, bem como para moldar a própria execução dos fins estabelecidos.

Assim, as políticas públicas funcionam como instrumentos de aglutinação de interesses em torno de objetivos comuns, que passam a estruturar uma coletividade de interesses. Nesta perspectiva, Krell (2012, p. 143) define as políticas públicas como um “[...] conjunto articulado de ações, decisões e incentivos que buscam alterar uma realidade em resposta a demandas e interesses envolvidos”.

Em que pese não haver consenso na doutrina acerca da conceituação de políticas públicas, é certo que as definições elaboradas convergem para a realização

de uma atividade política composta por diversos atores sendo dirigida e efetivada em benefício da população. A finalidade, portanto, nesse caso, deve ser a consolidação da democracia e da justiça social, a partir da implementação dos direitos sociais: “[...] As políticas públicas são resultantes de atividade política, requerendo várias ações estratégicas destinadas a implementar objetivos desejados e, por isso, envolvem mais de uma decisão política” (RODRIGUES, 2015, p. 44).

Nesse aspecto, vale destacar que os estudiosos do assunto divergem não só quanto ao conceito conferido às políticas públicas, mas também quanto aos atores competentes e atuantes para a sua efetivação. Dessa forma, há autores que reconhecem a presença de organizações sociais, entes privados e movimentos sociais no planejamento e implementação das políticas públicas, garantindo, porém, que o Estado é o protagonista neste cenário, não tendo a sua atuação e importância diminuída ante a existência de outros atores que auxiliam na efetivação das políticas:

Apesar do reconhecimento de que os outros segmentos que não os governos se envolvem na formulação de políticas públicas, tais como os grupos de interesse e os movimentos sociais, cada qual com maior ou menor influência a depender do tipo de política formulada e das coalizões que integram o governo, e apesar de uma certa literatura argumentar que o papel dos governos tem sido encolhido por fenômenos como a globalização, a diminuição da capacidade dos governos de intervir, formular políticas públicas e de governar não está empiricamente comprovada (SOUZA, 2006, p. 27).

Nesse viés, nota-se a participação deliberativa e permanente da sociedade civil no Sistema Único de Saúde (SUS), o qual promove a elaboração das políticas públicas de saúde. Usualmente, isto ocorre por meio dos Conselhos de Saúde, a exemplo do que fora disposto na Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, estando tais entidades mais próximas dos interesses da comunidade.

Em consonância com o exposto por Celina Souza (2006), é possível notar que apesar da existência de organizações privadas interessadas e atuantes, é bem verdade que o Estado é a figura mais imponente e que detém um rol de atribuições e competências capazes de efetivar os direitos. Dessa forma, entende-se que:

Não há dúvida que o Estado moderno se destaca em relação a outros atores no estabelecimento de políticas públicas, uma vez que a elaboração destas é uma das razões centrais do seu nascimento, sendo ele ainda o detentor do monopólio da força legítima, bem como o grande controlador dos recursos materiais necessários para realização de uma política pública idealizada e planejada. Essa

posição de destaque do Estado não exclui a notória influência dos atores privados na formatação das políticas públicas, que ganham importância cada vez maior nos processos decisórios dos sistemas político-administrativos nas democracias modernas. (RODRIGUES, 2015, p. 47)

Assim, levando em consideração que as políticas públicas, como já afirmado, visam à efetivação dos direitos, em especial dos direitos sociais, Bucci e colaboradores (2001, p. 13) afirmam que “[...] toda política pública é um instrumento de planejamento, racionalização e participação popular”, de forma que, para eles, os “[...] elementos das políticas públicas são o fim da ação governamental, as metas nas quais se desdobra esse fim, os meios alocados para a realização das metas e, finalmente, os processos para a sua realização”.

Deve-se conceber, entretanto, a prevalência dos interesses coletivos sobre os individuais, como forma de garantir ideais fundamentalizados, regulados pelas leis e pelos atos administrativos capazes de definir, executar ou implementar as chamadas políticas públicas de interesse coletivo (KRELL, 2002, p. 19). Nessa abordagem, as políticas públicas têm como fundamento:

[...] a necessidade de concretização de direitos por meio de prestações positivas do Estado, sendo o desenvolvimento nacional a principal política pública, conformando e harmonizando todas as demais. (BERVOCIVI, 2006, p. 144).

A eficácia dos direitos fundamentais sociais a prestações materiais depende naturalmente dos recursos públicos disponíveis, existindo delegação constitucional para que o legislador concretize o conteúdo desses direitos (KRELL, 1999, p. 241). Assim, é através do orçamento público que o Estado irá veicular as políticas públicas e concretizar os direitos sociais esculpido na Constituição Federal, assumindo ele um instrumento de programa de governo, pelo qual há de se demonstrar não apenas a elaboração financeira, mas também definir a orientação do governo, razão porque adquire caráter político.

Sendo assim, é certo que os direitos sociais que serão implementados por meio de políticas públicas requerem estabelecimento de uma agenda (*agenda setting*), ocasião que exige a formulação de alternativas, a decisão, a implementação da política, a execução até a fase final, bem como a avaliação das políticas públicas, passando, por ora, a análise da classificação aplicável às políticas públicas.

2.2 CLASSIFICAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Ao considerar-se a conceituação preambular atinente às políticas públicas, é certo que ela tem fundamento imediato na existência dos direitos sociais e exige a atuação do Estado para garantir a efetivação dos objetivos sociais – o que se faz por meio das políticas governamentais. Diante da competência dos governos para planejamento e execução das políticas públicas, bem como das outras fases expostas adiante, deu-se início a uma discussão no sentido de qual seria o regime jurídico atribuído às políticas públicas e, conseqüentemente, qual poder seria competente para formulação dos planos de governo, se a atuação seria de incumbência do Poder Legislativo ou do Executivo.

Para Maria Paula Dallari Bucci (1997, p. 91), as políticas públicas representam uma atividade estatal e privada¹⁰, mas que almejam a efetivação de “[...] objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados”, tornando-os “[...] um problema de direito público, em sentido lato”. Neste aspecto, se questiona se as políticas públicas devem ser estudadas sob a ótica do direito administrativo ou do direito constitucional, para assim definir se as políticas são frutos do exercício do poder do Estado ou se se referem à atuação do Estado para implementar escolhas políticas que são feitas pelo Poder Legislativo.

O direito administrativo, em linhas gerais, “[...] veio a lume com a instituição do Estado de Direito” (CARVALHO FILHO, 2007, p. 6), sendo conceituado por Celso Antônio Bandeira de Mello (2009, p. 37) como “[...] o ramo do direito público que disciplina a função administrativa, bem como pessoas e órgãos que a exercem”. Sendo assim, existe, em seu entorno, princípios que lhe são próprios e caracterizam o regime jurídico administrativo.

Pois bem, toda a sistemática do direito administrativo se sustenta nos princípios da supremacia do interesse público sobre o interesse privado e na indisponibilidade do interesse público pela administração, denominados por Celso Antônio Bandeira de Mello (2009, p. 55) como “[...] as pedras de toque do regime jurídico administrativo”. Embora haja a presença marcante dos princípios administrativos e a forte ligação destes com o objetivo social perseguido com as políticas públicas, Bucci (1997) destaca que a conceituação, não unânime, ressalte-

¹⁰ Em sentido oposto, vide COHN (2006, p. 223).

se, de serviços públicos incentivou a dificuldade de enquadrar as políticas públicas no direito administrativo.

Seguindo esta linha pode-se tentar classificar as políticas públicas como pertencente ao direito constitucional, já que elas se referem à atuação do Estado para implementar escolhas políticas, que são feitas pelo Poder Legislativo. Porém, as políticas públicas resultam de uma ação complexa dos governos, que a partir da identificação do problema e da necessidade social buscam planejar e executar as ações governamentais por meio de atividades eficazes, que muitas vezes se concretizam através do serviço público, o que revela o viés executivo do poder estatal e designa que as políticas públicas sejam objeto de estudo do Direito Administrativo.

Esse fenômeno de procedimentalização, no qual sobressai o poder de iniciativa do governo – e que diz respeito aos meios, ao pessoal, às informações, aos métodos e ao processo de formação e implementação das políticas –, é o ângulo sob o qual se justifica e se faz necessário o estudo das políticas públicas dentro do direito administrativo. (BUCCI, 1997, p. 96)

Nestes moldes, em que pese o questionamento acerca do enquadramento das políticas públicas no Direito Administrativo, nas palavras de Maria Paula Dallari Bucci (1997, p. 96), parece seguro afirmar que:

[...] as grandes linhas das políticas públicas, as diretrizes, os objetivos são opções políticas que cabem aos representantes do povo e, portanto, ao Poder Legislativo, que as organiza em forma de leis de caráter geral e abstrato, para execução pelo Poder Executivo, segundo a clássica separação de poderes de Montesquieu. Entretanto, a realização concreta das políticas públicas demonstra que o próprio caráter diretivo do plano ou do programa implica a permanência de uma parcela da atividade 'formadora' do direito nas mãos do governo, Poder Executivo, perdendo-se a nitidez da separação entre os dois centros de atribuições.

Considerando a atuação conjunta dos Poderes para formulação e execução das políticas, o que se vê é a elaboração de diretrizes normativas para as políticas de longo prazo pelo Poder Legislativo, já que ultrapassam a duração de uma gestão, havendo a concentração das atribuições no Poder Executivo para implementar os planos traçados e alcançar as metas fixadas. Divisão esta criticada por Bucci (1997, p. 97), por não entender viável um Poder impor obrigações a outro, sendo mais lógico que o próprio Poder Executivo discipline normativamente as políticas que irá executar.

No sentido exposto por Bucci (1997), Marília Lourido dos Santos (2006) ensina que, apesar de não ser possível realizar uma classificação topográfica taxativa acerca do tema, a matéria atinente às políticas públicas iniciou sua análise e estudo no Direito Administrativo, haja vista a atuação estatal reiterada. Para a autora:

Ainda hoje, não se encontra sedimentado doutrinariamente – ou mesmo pela jurisprudência – o modo como o direito racionaliza o tema, não se podendo falar com propriedade sobre a existência de um regime jurídico das políticas públicas. Entretanto, como é o Direito Administrativo que cuida da racionalização formal do poder pelas funções do governo, mediante as atividades da Administração Pública, foi em seu âmbito que surgiram as primeiras reflexões jurídicas acerca do tema. (SANTOS, 2006, p. 77)

Neste ponto, vale destacar que independentemente das políticas públicas se encontrarem aos cuidados do Direito Administrativo, as suas linhas gerais estão indubitavelmente na Constituição Federal, de modo que o Poder Legislativo pode organizá-las na forma das leis, para que então o Poder Executivo possa realizá-las da maneira mais adequada e que melhor atenda os interesses da população.

O Poder Legislativo não se limita a tratar de temas que estão na pauta do dia, indo além, disciplinando acerca de políticas públicas de longo prazo, com vistas ao desenvolvimento econômico e social. Considera-se que nestes casos, ante a importância e complexidade da política, esta não pode se limitar à duração de um governo, ocasião em que é prolongada a sua execução em outras gestões governamentais.

Indo além da classificação e analisando a questão das políticas públicas frente ao formato estatal e a discussão sobre a finalidade que este teria, já que muito se fala que ao Estado seria atribuída a finalidade precípua de planejar e executar as políticas, Gilberto Bercovici (2005) pondera que não se pode reestruturar o Direito Público apenas em torno da noção de política pública. Para ele, tais políticas formam um dos instrumentos de alcance das finalidades postas ao Estado, mas não o seu objetivo. Conforme o autor:

Essa rearticulação deve ser dar um torno de uma renovada Teoria do Estado, com visão de totalidade, capaz de compreender as relações entre a política, a democracia, a soberania, a Constituição e o Estado [...]. (BERCOVICI, 2005, p. 63).

Bercovici (2005, p. 62) aduz que o que ocorreu com a imputação das políticas ao Estado foi o deslocamento de suas funções com a consequente “[...] discussão

setorial de determinadas políticas”, havendo a mudança do papel do Estado. Assim, apesar de benéfica, a revisão do caráter individualista do Direito Administrativo não é razoável enxergar o Estado apenas como ente governamental atuante no desenvolvimento de políticas, apesar da indiscutível importância delas. Para o autor, “[...] o desenvolvimento por meio de políticas públicas só faz sentido se considerarmos o desenvolvimento nacional a principal política pública, conformando e harmonizando todas as demais.” (BERCOVICI, 2005, p. 63).

É a partir dos conceitos e dos preceitos expostos, considerando ainda a ampla adequação das políticas públicas no direito, que será exposta a sistematização da política preponderante na área da saúde coletiva, a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, analisando a sua previsão legal e o impacto da descentralização para a efetivação da saúde.

2.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE EFETIVAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

2.3.1 Histórico do direito à saúde no Brasil¹¹ e a Constituição de 1988

Em 1910 se iniciou um movimento no país por parte das elites médicas, políticas e intelectuais, a partir do diagnóstico de uma série de problemas sanitários recorrentes no Brasil, gravames estes capazes de prejudicar diretamente o desenvolvimento da nação, e que se prolongaram até o ano de 1930. Neste panorama, foram identificadas uma gama de doenças que tinham como principais vítimas a população rural, o que ensejou:

[...] na reivindicação de maior responsabilidade, alcance e capacidade de ação dos serviços sanitários federais e da criação de um Ministério da Saúde Pública, retirando o setor do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. (HOCHMAN, 2013, p. 307).

No caminho dos pleitos formulados, em 1919 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, sendo posteriormente promulgado um Código Sanitário Nacional em 1920, dando início a uma crescente participação do poder público no

¹¹ Por oportuno, destacamos que a proposta do trabalho neste ponto consiste em fazer uma digressão histórica acerca dos acontecimentos e de como eles se sucederam e possibilitaram a estruturação do sistema único de saúde. Assim, foi realizado o desenvolvimento sob o um panorama geral, sendo as normas relacionadas ao pacto federativo apresentadas ao longo de todo o trabalho.

âmbito da saúde. O que se viu por meio da celebração de convênios entre estados e o governo federal, ocasião em que os estados cederam parte de sua responsabilidade na provisão de bens e serviços públicos, e, conseqüentemente, da possibilidade de administrar dimensões importantes do seu território, em troca de benefícios federais. Isso, inclusive, foi aumentando com o passar dos anos, como destaca Hochman (2013, p. 311):

O engenho (a regra) que possibilitou a reforma sanitária na Primeira República era simples e vinha sendo utilizado em várias iniciativas em saúde e saneamento ao longo da década de 1910: a celebração de convênios entre estados e o governo federal. De modo efetivo, a criação do Serviço de Profilaxia Rural em 1918 (depois incorporado ao DNSP em 1920) trouxe os convênios para o centro das práticas e relações intergovernamentais em saúde. Esses convênios viabilizavam a ação do poder central nos estados, que negociavam suas respectivas autonomias garantidas pela constituição em troca dos benefícios da ação federal. O mecanismo de convênios, que apareceria em toda a legislação posterior, tornava a ação dos serviços sanitários federais fora de seus limites tradicionais resultado de um ato voluntário de um estado que, por incapacidade técnica, financeira e política, solicitava formalmente o auxílio federal para lidar com seus problemas sanitários.

Com a celebração dos citados convênios, os estados se viam cada vez mais envoltos pelos interesses da união, já que muitas vezes eram fixados depósitos ou indenizações em benefício do governo federal, o que aumentou o abismo entre os estados que não detinham significativo poder político e financeiro e aquele que o possuía elevado orçamento e influência política, a exemplo do estado de São Paulo:

Portanto, a engenhosidade dos convênios voluntários e do financiamento federal e a adesão da maioria dos estados revelavam que a autonomia, na prática, seria possível para poucos. Essa solução dizia respeito a uma dinâmica mais horizontal. Composto por iguais perante a Constituição, mas desiguais na realidade, o 'condomínio oligárquico' decidiu por uma fórmula que atenderia às necessidades de uma ação centralizadora no campo da saúde e do saneamento, desejada por quase todos. (HOCHMAN, 2013, p. 312).

Foi diante da discrepância orçamentária, financeira e do desenvolvimento vertiginoso enxergado que o estado de São Paulo idealizou que a reforma sanitária “[...] corresponderia a um arranjo cooperativo no qual cada um cuidaria de si – e o poder central, da defesa sanitária nacional” (HOCHMAN, 2013, p. 317). Tal circunstância foi alterada com a adesão de todos os estados a um plano sanitário nacional, iniciando um movimento de “[...] expansão, lenta porém permanente, do

governo federal em matéria de saúde e saneamento, restringindo autonomias que, no momento inicial, pareciam preservadas.”(HOCHMAN, 2013, p. 324), em uma clara trajetória de centralização no âmbito federal.

A partir da associação dos entes ocorreu a estruturação básica do sistema público de saúde a contar da década de 30, ocasião em que foram criados o Ministério da Educação e Saúde Pública e os institutos de previdência que ofereciam serviços de saúde de caráter curativo. Alguns desses institutos previdenciários possuíam hospitais próprios e tais serviços estavam limitados à categoria profissional ligada ao respectivo instituto. A saúde pública não era universalizada em sua dimensão curativa, restringindo-se a beneficiar os trabalhadores que contribuía para os institutos de previdência.

Após o movimento de unificação do sistema, durante o regime militar, os antigos institutos de previdência foram unificados, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), sendo vinculado e posteriormente criado o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. De acordo com os ditames do serviço criado, apenas o trabalhador urbano com carteira assinada, por ser contribuinte e beneficiário do novo sistema, teria direito ao atendimento na rede pública de saúde, ao contrário da parcela remanescente da população que, por não pertencer ao mercado formal, continuava excluída do acesso ao sistema, e, portanto, de ver efetivado o seu direito à saúde.

O movimento de reforma sanitária teve seu início antes da promulgação da Constituição Federal, ainda em 1970, sendo um processo contínuo de evolução e de transformação constante, ocasião em que podemos citar como exemplo a novel denominação feita à Medicina Social. Esta foi responsável pelo estudo da reforma sanitária, que, a partir dos anos 70, foi descrita como Saúde coletiva, acrescida das sucessivas medidas para “[...] constituição do Sistema único de Saúde, objetivo último da Reforma Sanitária” (COHN, 1989, p. 128).

Nos anos 1980, o projeto de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) tem início, achando-se expresso no Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, o conceito de saúde, definida no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (SILVA, 2014, p. 162). De acordo com este documento, verificou-se que as reformas da saúde ultrapassam transformações

administrativas e financeiras, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde.

O projeto de RSB da década de 1980 foi formulado com base nos princípios da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado; acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, com ênfase na descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e com a participação da comunidade (SILVA, 2014, p. 161).

No que se refere à reforma sanitária, Sônia Teixeira (1989) a descreve como:

Um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado. (TEIXEIRA, 1989, p. 39).

Considerando a conceituação trazida à baila, é certo que no Brasil a reforma sanitária envolveu a transição democrática e recrutou um efetivo suporte técnico, se configurando como um “[...] fenômeno intrínsecamente político” (COHN, 1989, p. 129). Nesse viés, o processo de transformação visa “a construção de uma nova engenharia institucional para a saúde, em detrimento da efetiva participação e representação políticas, traz à tona a dimensão da reforma sanitária” (COHN, 1989, p. 138).

Ainda de acordo com Amélia Cohn (1989), a reforma inicial deve ser analisada e construída sob a perspectiva política e técnica, sem, contudo, que haja exclusão entre os termos. Ao contrário, os termos retratam dimensões complementares que são essenciais para a concretização de democratização da saúde.

Com o passar dos anos a reforma sanitária assume nova roupagem revelando um movimento alternado de avanços e retrocessos, o que leva ao questionamento do porquê da ocorrência de tais efeitos. Nesse contexto, é bem verdade que após 30 anos de instituição, o SUS possibilitou significativas melhoras no sistema de saúde ofertado no Brasil¹², embora ainda haja a desigualdade social vivenciada em nosso país.

¹² É inegável que o SUS supriu uma grande lacuna referente à prestação do serviço de saúde, mas em se tratando de um trabalho científico não há como negar os problemas existentes que o sistema

Discorrendo acerca dos avanços e retrocessos, Cohn (2018) destaca que o contexto econômico de subfinanciamento, a existência de um estado patrimonialista, seguido de uma deficiência estrutural criam severos desafios para a descentralização da saúde. Nesse sentido:

Dada a premência de construção e de institucionalização do SUS, num contexto crescentemente desfavorável tanto em termos de políticas econômicas (o subfinanciamento do SUS é algo crônico em virtude das políticas de ajuste fiscal sucessivamente adotadas) quanto em termos das dificuldades impostas por um Estado patrimonialista e uma sociedade conservadora, ambos avessos a quaisquer medidas de distribuição mais equitativa dos recursos sociais, mesmo que modestas, a sua implantação vem sendo marcada por avanços e recuos. (COHN, 2018, p. 228).

Assim, agora revisitando os caminhos traçados para a reforma sanitária, a autora revela a existência de sucessivas restrições orçamentárias impostas ao SUS, seja por meio da fragmentação de repasses federais aos entes subnacionais, seja através da edição da EC 95/2016, denominada como PEC do teto de gastos, que prevê o congelamento de investimentos nas áreas da saúde e educação durante os próximos 20 anos, que deterioram paulatinamente o sistema que vem “[...] sofrendo um processo de privatização” (COHN, 2018, p. 229) contínua, o que se vê na defesa de interesses privados no mercado de saúde. Para a autora:

Desde então investidas mortais contra o projeto da reforma sanitária e o SUS vêm sendo desferidas, a começar pelo congelamento dos recursos para o setor por 20 anos (EC 95/2016), seguido da proposta de criação dos planos de saúde acessíveis e da revisão do Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB), para não mencionar a extinção do programa da Farmácia Popular e, atualmente, a proposta de um novo sistema de saúde, apresentada por representantes de segmentos do setor de planos de saúde (abril de 2018). Registre-se que nessa proposta, que vem no rastro de inúmeras outras, o setor privado não visa pôr fim ao SUS, mas tão somente tornar ainda mais favorável a articulação perversa já existente entre os segmentos público e privado da saúde, em prol da sua lucratividade, e avançar no terreno da disputa da hegemonia na definição dos rumos do sistema. (COHN, 2018, p. 230).

Em que pese as dificuldades vivenciadas, é verdade que a Constituição Federal de 1988, ao reconhecer formalmente a saúde como direito fundamental em seu art. 6º, estabeleceu como obrigação do Estado garantir a integridade física e

vem enfrentando, de modo que a presente pesquisa não tem o intuito de ab-rogar o sistema, já que claramente a ele é possível atribuir o significativo avanço da saúde no Brasil, mas sim contribuir com a sua contínua construção e aperfeiçoamento.

também psíquica do sujeito. A rigor, pelo texto, isso se dá não somente no acesso, mas em todas as etapas do tratamento de saúde do paciente, visando a uma proteção integral, pautada no Princípio da Dignidade da Pessoa Humana.

O conceito empregado pelo constituinte no art. 196 da Carta, em alinhamento com o conceito de saúde abrangente da Organização Mundial de Saúde (OMS), definido como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a simples ausência de doenças e outros danos, revela o avanço na concepção do direito à saúde na sociedade brasileira. Tal acepção, nesse sentido, direciona justamente à proteção integral, desde o cuidado à saúde mental ao conceito de qualidade de vida em consonância a um meio ambiente equilibrado (BRASIL, 1988).

A previsão constitucional do direito à saúde foi uma expressiva conquista da Reforma Sanitária, dado que anteriormente este direito era apenas conferido à determinada parcela da sociedade ligada ao mundo do trabalho, deixando de lado também apenas seu aspecto curativo. Inclusive, cumpre registrar que o movimento da Reforma Sanitária também auxiliou para a formação do movimento anti-manicomial e da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o que ampliou a construção de políticas públicas humanizadas no que tange à saúde pública, considerando-se também a saúde mental e outras formas de lidar com a prevenção e o tratamento às drogas.

Ao tratar de acesso universal e igualitário, buscou o constituinte atender um grave reclamo social existente no antigo regime, pois o sistema anteriormente estabelecia que a previdência social fosse prestada exclusivamente em favor daqueles indivíduos que estivessem inseridos no sistema previdenciário. Em oposição a este atendimento restritivo, buscou-se garantir o acesso universal e igualitário como forma de assegurar a todos os indivíduos o tratamento preventivo e a assistência curativa das enfermidades.

Hodiernamente, a saúde pública é considerada por Fernando Aith como:

A ciência e a arte de prevenir as doenças, de prolongar a vida e de promover a saúde e a integridade física através de esforços coordenados da comunidade para a preservação do meio ambiente, o controle das infecções que podem atingir a população, a educação do indivíduo sobre os princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de saúde para o diagnóstico precoce o tratamento preventivo de patologias, o desenvolvimento de dispositivos sociais que assegurem cada nível de vida adequado para a manutenção da saúde. (AITH, 2007, p. 50).

Ademais, insta salientar que o constituinte de 1988 democratizou o debate da saúde, criando mecanismos de participação direta na Administração Pública, instituindo órgãos populares com funções de direção administrativa, como é o caso da participação popular no sistema de saúde (art. 198, III, da Constituição Federal) ou da subordinação de todo o planejamento da atuação estatal no município à cooperação das associações (art. 29, X, da Constituição Federal).

Ocorre que a constatação da existência de avanços e retrocessos leva à reflexão acerca do necessário resgate dos valores originais da Constituição Federal de 1988 quanto a mobilização em prol do direito à saúde, surgida em meio a um forte movimento político a favor de um direito social de cunho essencial, com a efetuação do resgate e valorização do papel dos gestores estaduais e municipais. Por fim, relatada a evolução conceitual do direito à saúde, passa-se a analisar efetivamente as características e princípios que regem o Sistema Único de Saúde.

2.3.2 Sistema Único de Saúde (SUS)

A saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo elaborar políticas públicas para a prevenção e assistência, de modo a prestar atendimento integral através da participação da sociedade e do fomento à constituição de uma rede regionalizada e descentralizada. Tal direito deve ser prestado diretamente pelo Poder Público ou indiretamente por terceiros, que podem ser pessoas físicas ou jurídicas de direito privado, objetivando a universalidade e o acesso integral.

A partir da disposição constitucional sobre o tema, as ações e serviços públicos de saúde passaram a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, que tem entre suas diretrizes o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, de acordo com o que lemos no art. 198, caput, II, da Constituição Federal, sendo também descentralizada. A carta federal, visando estruturar e viabilizar o sistema, trata ainda acerca das fontes de custeio da saúde pública nas esferas federal, estadual e municipal, passando o art. 200, da Constituição Federal¹³, de forma não exaustiva, a traçar as competências do Sistema Único de Saúde (SUS).

¹³ “Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

Visando garantir a execução do direito à saúde, os artigos 21, XXIII, art. 23, II, art. 24, XII e art. 30, VII, da Constituição Federal tratam sobre a repartição de competências dos entes federados, destacando que a preservação da saúde é tarefa cuja execução compete a todos, como vemos no artigo 23, que trata da competência material comum de todos os entes públicos. São estes os artigos que tratam da saúde pública na Constituição Federal e em torno deles orbitam as questões que envolvem diversos serviços públicos de saúde.

A princípio vale destacar que, da leitura do artigo 198 da Constituição Federal, depreende-se que todos os entes integrarão o Sistema Único de Saúde, sendo vedado “[...] a qualquer ente público constituir um plano ou programa de saúde à parte” (WEICHERT, 2000, p. 10). Isto leva a crer que cada ente deve fixar diretrizes capazes de garantir a efetividade do sistema, sendo vedada a criação de sistema diverso e conflitante ao disposto na constituição.

Em virtude da descentralização prevista no artigo sobredito, ocorreu a atribuição da execução das ações e serviços públicos de saúde a todos os entes federativos de acordo com a sua capacidade financeira e extensão territorial. A partir daí, compete aos municípios, diante da proximidade existente com a população, o diagnóstico das necessidades de saúde, bem como a adoção de medidas adequadas de prevenção e tratamento.

Por sua vez, a hierarquização prevista no texto constitucional se refere à organização da rede de assistência. Esta será regionalizada e estruturada de acordo com a complexidade do atendimento ofertado, evitando a sobreposição de estruturas de atendimento, o que demonstra a participação de todos os entes no sistema de saúde, cada qual desenvolvendo as suas atribuições, porém todos igualmente regidos pela gestão federal.

Sob este aspecto, Weichert (2000, p. 13) afirma que “[...] o Sistema Único de Saúde, portanto, se pauta pela descentralização executiva, acompanhada de uma

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;
(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015);

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”. (BRASIL, 1988, *online*).

coordenação centralizada”. Assim, é certo que o SUS apoia-se na integralidade das ações e serviços de saúde, com base em três postulados: a descentralização das ações e diretivas em saúde como parte de uma rede regionalizada e hierarquizada; o fomento da participação social; e a integração entre as atividades preventivas e os serviços assistenciais.

Conjuntamente à universalidade e à integralidade no acesso às ações e aos serviços de saúde, há a equidade, que tem por finalidade minimizar as desigualdades, garantindo ao cidadão condições iguais de acesso ao serviço público de saúde. Saliente-se ainda que a regionalização e a hierarquização compõem a rede. Asensi (2016, p. 152) enuncia que a primeira valoriza a consideração dos aspectos regionais e locais na prestação dos serviços de saúde, inclusive no que concerne a carências, costumes, valores, crenças e hábitos específicos de cada lugar. Com relação à hierarquização, o autor entende que esta característica traz a necessidade de que o conjunto de unidades, serviços e ações de saúde seja articulado, responsabilizando-se pela atenção integral de uma determinada região a partir de diversos recortes territoriais.

Pondo adiante a temática atinente ao papel de protagonista assumido pela União no Sistema Único de Saúde, bem como as suas consequências, vale destacar que, atendendo ao imperativo de regulamentar, fiscalizar, controlar e executar ações e serviços de saúde previsto no art. 197 da Constituição, foi promulgada a Lei nº. 8.080/90, que instituiu o citado sistema de saúde.

A citada lei, em seu art. 3º, confirmou a amplitude do conceito de saúde previsto na Constituição, prevendo que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País. Para tanto, a saúde tem 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.

Ainda em consonância aos dispositivos constitucionais, a mencionada lei trata a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Dever este que 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 (art. 2º, caput e § 1º da Lei nº. 8.080/90), dever

este que não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (art. 2º, § 2º da Lei nº. 8.080/90).

Acolhendo as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, o art. 7º da Lei nº. 8.080/90 elenca, entre os princípios orientadores das ações e serviços públicos de saúde que consistem na universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência: a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; a alocação de recursos; e a orientação programática.

São objetivos do SUS a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º da sobredita lei, 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 em atenção ao artigo 5º, I, II e III, da Lei nº. 8.080/90.

É, ainda, atribuição do SUS a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, e a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção, sem excluir de seu campo de atuação a execução de ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de saúde do trabalhador.

A partir do art. 19-M, a Lei nº. 8.080/90 (incluído pela Lei nº. 12.401/11) trata da assistência terapêutica integral destacando a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P da mesma lei. O referido artigo também trata da oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Como se vê, a finalidade do direito à saúde expressa no art. 196 da Constituição é a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, para sua promoção, proteção e recuperação. Partindo dessa finalidade constitucional, é possível afirmar que o Poder Legislativo desempenhou o seu dever constitucional de estabelecer um

sistema de saúde pública que atenda às finalidades traçadas pela Constituição, e o fez através da Lei nº. 8.080/90.

Tal lei impôs aos entes federativos o dever de formular e executar políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Isto deve ocorrer sem descuidar de que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade, destacando que a atuação do Poder Legislativo se deu ante a política de saúde se configurar como de longa duração.

O Decreto nº. 7.508/2011, regulamentando a Lei nº. 8.080/90, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. No que se refere à organização do SUS, o artigo 3º do citado Decreto estabelece que a organização do sistema será feita de forma regionalizada e hierarquizada, prevendo no artigo 4º a criação das regiões de saúde que “[...] serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite – CIT” (BRASIL, 2011).

No que se refere ao planejamento, o decreto estabelece que a organização atingirá as esferas federais e locais, de modo ascendente e integrado. Ademais, sendo assim, visa estabelecer e compatibilizar as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade orçamentária. No que se refere aos medicamentos, a Seção II do Capítulo IV do referido Decreto aborda a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

A RENAME, por sua vez, será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional (FTN) que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos (art. 25, caput e parágrafo único). A RENAME, o respectivo FTN e os Protocolos Clínicos e as Diretrizes Terapêuticas são atualizados a cada dois anos pelo Ministério da Saúde (art. 26, parágrafo único).

É por meio da RENAME que o Poder Executivo – através do Ministério da Saúde e dos órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais que compõem o SUS – estruturou a política econômica e social de saúde para a rede pública, visando dar cumprimento à legislação que estabelece a assistência

terapêutica integral, em especial quanto à dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde.

A RENAME estabelece uma política pública de medicamentos que garante o tratamento integral, baseada em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Esta política pública é acompanhada por comissões responsáveis pela incorporação de novos tratamentos e atualização da lista de medicamentos a cada dois anos, o que permite concluir que não há omissão administrativa em termos de execução dos comandos constitucionais e legais, e que, além disso, há comissões permanentes encarregadas de incorporar novos tratamentos evitando a obsolescência da saúde pública no Brasil.

E, por fim, o decreto trata ainda sobre a articulação interfederativa que consiste na fixação de Comissões de Intergestores que atuarão no âmbito da União, dos Estados e dos Municípios efetivando a “[...] organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde”, conforme dispõe o artigo 30 (BRASIL, 2011). Assim, a finalidade do direito à saúde é, nos termos da Constituição, garantida mediante políticas sociais e econômicas, ou seja, são necessários meios adequados ao fim traçado na Constituição e estruturado pela lei ordinária, atuação esta que compete ao Poder Executivo.

Se em termos legislativos o direito à saúde pública foi estabelecido com a criação de um Sistema Único de Saúde, é importante analisar se o Poder Executivo, em todas as suas esferas, dispôs de meios adequados à concretização de sua finalidade. Isto tanto no que se refere à redução do risco de doença quanto ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

Sendo assim, com a edição da Lei nº 8080, de 19/09/1990, houve a regulamentação do Sistema Único de Saúde, o que foi feito de acordo com os termos propostos pelos artigos 196 e seguintes da Constituição Federal, ratificando os termos da Carta Magna de que a saúde é dever da União, dos Estados e dos Municípios. Estes, por sua vez, conforme o texto constitucional, atuarão em conjunto para organizar e estruturar o sistema.

Ocorre que, em que pesem a previsão legal acerca da descentralização e a hierarquização do sistema de saúde, este vem apresentando diversas inconsistências quanto à execução desta política pública. Tal contexto onera, em especial, os entes que detêm menor poder financeiro, bem como a capacidade de estruturação e planejamento reduzidos.

2.4 DESCENTRALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM UM FEDERALISMO CENTRALIZADO

A política pública de saúde é hierarquizada e descentralizada, como descrito linhas atrás, sendo este modelo de sistematização o responsável por atribuir a parcela da execução das ações e serviços públicos de saúde a todos os entes federativos. Para tanto, organiza a rede de acordo com a complexidade do atendimento ofertado, evitando a sobreposição de estruturas de atendimento, o que demonstra a participação de todos os entes no sistema de saúde, cada qual desenvolvendo as suas atribuições e todos regidos pela gestão federal.

Considerando a sistematização do SUS, a Lei nº 8.080, de 1990, buscou definir a atribuição de cada um dos entes federativos na matéria, de forma a racionalizar a distribuição das ações e serviços públicos de saúde para o atendimento dos princípios da equidade e da regionalização. Igualmente, busca contemplar as diretrizes de integralidade, participação da comunidade e descentralização (AITH, 2010, p. 89).

No art. 15, definiu as competências comuns às três entidades federativas. Logo em seguida, estabeleceu que à direção nacional do SUS atribui-se a obrigação de “[...] prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional” (BRASIL, 1990, *on-line*), conforme o art. 16, XIII, devendo “promover a descentralização, para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal” (BRASIL, 1990, *on-line*), conforme o art. 16, XV.

À direção estadual do SUS, a Lei nº 8.080/90, em seu art. 17, atribuiu as competências de promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde, de lhes prestar apoio técnico e financeiro, e de executar supletivamente ações e serviços de saúde. Por fim, à direção municipal do SUS, incumbiu de planejar, organizar, controlar, gerir e executar os serviços públicos de saúde, consoante reza o art. 18, I e III.

Diante da disciplina legal, os entes federativos editaram normas jurídicas infralegais pactuadas entre eles e editadas pelo Ministério da Saúde, entre as quais estão as Normas Operacionais Básicas do SUS de 1996 (NOB/SUS-1996), as

Normas Operacionais de Assistência à Saúde de 2001 (NOAS/2001) e o Pacto pela Saúde, de 2006.

O citado Pacto trata acerca das responsabilidades atribuídas a cada ente, objetivando evitar superposições de esforços e promover uma atuação mais coerente entre eles. Referido ajuste, além de definir as diretrizes gerais, avança na descentralização do SUS, respeitando as diversidades locais e regionais. Asensi (2016, p. 153) observa que o pacto ainda explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite, ao procurar critérios de alocação equitativa dos recursos, reforçar os mecanismos de transferência deles, integrar o financiamento e estabelecer relações contratuais entre os entes federativos.

Seguindo esta diretriz, cada ente deteria competência para determinadas ações, de modo que aos estados são atribuídas as atividades de: i) exercer o papel de Gestor estadual do SUS; ii) promover as condições e incentivar os municípios para que assumam a gestão da atenção à saúde de seus municípios, sempre na perspectiva da atenção integral; iii) assumir, em caráter transitório, a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si essa responsabilidade; e iv) exercer o seu papel mais importante, que é o de promover a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUS estadual.

Quanto à União, de acordo com a NOB/SUS-1996, são atribuídos quatro papéis básicos, tais como: i) exercer a gestão do SUS no âmbito nacional; ii) promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS Estadual; iii) fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais, compondo, assim, o SUS Nacional; e iv) exercer as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS. A divisão de competências materiais entre os diversos entes federativos, detalhada pela NOB/SUS-1996, foi aprofundada por diversas normas infralegais posteriores, a exemplo da NOAS/20016 e do Pacto pela Saúde.

A partir da divisão de papéis fixada pelas normas jurídicas infralegais, Barroso (2007, p. 16) afirma que os estados e a União somente devem executar diretamente políticas sanitárias de modo supletivo, suprimindo eventuais ausências dos municípios. O que decorre do princípio da descentralização administrativa, já que a distribuição

de competências promovida pela Constituição e pela Lei nº 8.080/90 orienta-se pelas noções de subsidiariedade e de municipalização.

Ou seja, a lógica da descentralização política e administrativa transfere aos municípios o relevante papel de realizar e prestar diretamente, ou por terceiros, de forma indireta, grande parte das ações e os serviços públicos de saúde para a população de seu território, em que pese ser a entidade que detém menos recursos financeiros para aplicar nos serviços, em comparação com os estados e a União. O vertiginoso crescimento do papel dos municípios na rede de saúde tem como um dos fundamentos a proximidade com a população, o que foi visto como meio facilitador para o diagnóstico local das necessidades de saúde, bem como a adoção de medidas adequadas de prevenção e tratamento.

Esse modelo de organização de competências faz com que o SUS seja formado, em verdade, pela soma dos subsistemas de saúde federal, estaduais, municipais e do Distrito Federal. Pois, em realidade, cada ente federativo possui o seu sistema de saúde com direção única em cada esfera de governo, o que exige a adesão dos entes à política nacional de saúde (ARRETCHE, 2000).

Visando empreender racionalidade ao Sistema, no que se refere ao fornecimento de medicamentos, o Ministério da Saúde, no exercício de sua competência constitucional de orientar a execução da legislação definiu, através da Portaria n. 2981/09, posteriormente alterada pela Portaria GM/MS nº 343, de 22 de fevereiro de 2010, uma verdadeira divisão entre as responsabilidades na espécie, ratificando e compatibilizando a divisão de papéis trazidas nas normas sobreditas.

Nestes termos, cabe à União a promoção do tratamento de alta complexidade, aos estados os tratamentos de média complexidade e aos Municípios, a dos tratamentos de baixa complexidade, o que se depreende como atenção básica, que foi conceituada pela Portaria GM n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprovou e alterou a Política Nacional de Atenção Básica, como:

[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017, *on-line*).

Sendo assim, a atenção básica pode ser entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, sendo o “[...] primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde” (BRASIL, 2017). A política de atenção básica aplicável aos municípios igualmente incide quando as prestações se referem a ações de média e alta complexidade, de forma que algumas políticas de alta complexidade¹⁴ sujeitam-se à gestão dos Estados, contudo, serão as mesmas financiadas pela União.

Portanto, a legislação, com vistas à melhor concreção das políticas públicas de saúde, parametrizou que o serviço será prestado de acordo com o grau de complexidade da ação a ser efetivada, adequando cada atividade ao ente correspondente. Assim, as ações de baixa complexidade ficaram afetas aos Municípios, as de média complexidade sob a responsabilidade dos Estados e Distrito Federal, e, por fim, as ações de alta complexidade a cargo da União.

Ocorre que o formato de atenção básica que observa a complexidade do serviço prestado corriqueiramente não é observado, sendo o ente local compelido judicialmente a fornecer medicamentos de alto custo, a exemplo dos medicamentos de câncer, ou que disponibilize um tratamento complexo e custoso, como cirurgias complexas ou até mesmo a instalação e manutenção de uma unidade de tratamento intensivo na residência do usuário.

A flagrante oneração dos municípios frente às ações de saúde que lhes são imputadas exorbitando a sua competência nos remete à estrutura da descentralização e ao formato do federalismo adotado pelo Brasil, o federalismo cooperativo, como descrito linhas atrás. Neste aspecto, é certo que no início dos anos 80 a reforma política e administrativa acarretou na reformulação das bases federativas, ensejando na descentralização fiscal, que ocorreu com o advento da Constituição Federal de 1988, havendo também a definição dos municípios como entes autônomos, e assim a formação de relações adequadas a um estado federativo.

Da estruturação e atribuição de competências dos entes federativos decorreu a fixação de relações intergovernamentais, relações estas essenciais para a efetivação das políticas públicas sociais. A partir da fixação do vínculo entre os entes percebeu-se uma flagrante necessidade de realizar uma descentralização política,

¹⁴ O assunto foi originalmente previsto na Portaria SAS/MS n. 968, de 11 de dezembro de 2002, sendo sucessivamente alterada para atualizar os procedimentos incluídos nesta classificação.

que viabilizaria a atuação e execução dos estados e municípios na implementação de ações sociais, circunstância que traz a lume a conceituação, ainda que de forma genérica, da descentralização que consiste na “[...] institucionalização no plano local de condições técnicas para a implementação de tarefas de gestão de políticas sociais”. (ARRETCHE, 2000, p. 16).

Neste arranjo institucional que constatou que a União não mais desenvolveria as funções de gestão e implementação das políticas públicas, possibilitou-se a descentralização que, por sua vez, tomou a forma de estadualização, no caso das políticas habitacionais, e de municipalização, nas políticas de saúde e educação. Conseqüentemente, houve a transferência de atribuições e recursos para sua execução.

Ainda no que se refere à descentralização, Dourado, Dallari e Elias (2012) destacam que, apesar da instituição da descentralização e da regionalização, aquela ocorreu por meio da atribuição de serviços aos municípios e se deu de forma mais célere, o que foi constatado através da edição de Normas Operacionais que muitas vezes visavam financiar tais ações. Dessa forma:

Não obstante terem sido previstas em conjunto na Lei Orgânica da Saúde, essas duas dimensões da descentralização político-administrativa não foram efetivadas concomitantemente na implantação do SUS. No seu primeiro decênio, a ‘ênfase na descentralização dos serviços para os municípios’ – que se convencionou denominar municipalização – foi priorizada enquanto a ‘regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde’ foi praticamente desconsiderada.

Com efeito, a primeira década do SUS foi marcada por um processo de intensa transferência de competências e recursos em direção aos municípios, orientado pelos instrumentos normativos emanados pelo Ministério da Saúde: as Normas Operacionais Básicas (NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96). Mediante a definição de critérios de habilitação e de incentivos operados pelo financiamento, as sucessivas NOBs conduziram os municípios à assunção progressiva da gestão das ações e serviços de saúde em seus territórios. (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012, p. 24).

Os autores relatam também as deficiências da descentralização, atribuindo competências aos municípios ante a sua fragilidade estrutural, administrativa e financeira:

Efetivada essa etapa da descentralização, ficou evidente que a estrutura municipalizada não era capaz de oferecer as condições para a plena realização dos objetivos do SUS no ambiente de extrema heterogeneidade que caracteriza a Federação brasileira. Em que pese

o estabelecimento da regionalização como princípio organizativo do SUS desde sua concepção, foi a identificação da necessidade incontornável de racionalização do sistema, para equacionar a fragmentação na provisão dos serviços e as disparidades de escala e capacidade produtiva existentes entre os municípios, que ensejou a formulação de definições operacionais para concretizar essa diretriz no início da década de 2000, com o advento da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002). (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012, p. 24).

Quanto a esta temática, foi exposto no primeiro capítulo que, embora haja o intuito do constituinte em instalar um Estado federal brasileiro cooperativo, nosso federalismo se mostrou bastante centralizado, considerando que, no formato de divisão de competências, é possível enxergar que no Brasil há um significativo desequilíbrio entre as responsabilidades da união, dos estados e municípios na esfera administrativa e de geração de receitas. Observa-se, assim, que, de um lado há uma excessiva centralização reguladora e arrecadatória por parte do governo federal, e de outro uma excessiva descentralização político-administrativa diluída com os demais entes federativos.

Na mesma linha, Souza (1996, p. 104) destaca que o modelo de federalismo adotado no Brasil resulta em graus variados de cooperação política e financeira entre o governo federal e os entes locais, haja vista que poucas competências constitucionais exclusivas foram destinadas aos estados e municípios. Consequência deste fato é que o federalismo brasileiro tem sido marcado atualmente por políticas públicas federais que se impõem às instâncias subnacionais (SOUZA, 2005, p. 111).

Neste aspecto, Bercovici (2004) ensina que a implantação deste arranjo encontra fundamento na política intervencionista do Estado e no objetivo de implementar políticas públicas, como trazido pela Constituição de 1988. Dessa forma, “[...] as esferas subnacionais não tem mais como analisar e decidir, originalmente, sobre inúmeros setores da atuação estatal, que necessitam de um tratamento uniforme em escala nacional” (BERCOVICI, 2004, p. 56), o que exige uma unidade de atuação dos entes em busca de uma finalidade comum.

A Constituição de 1988, porém, assegurou à União “[...] o maior e mais importante leque de competências exclusivas” (SOUZA, 2005, p. 111). As políticas sociais, em especial a de saúde, foram estabelecidas como competências comuns à

União, estados e municípios, sendo definidas no campo legislativo como concorrentes a estas três esferas de governo.

É a partir das atribuições fixadas, entretanto, que se questiona o papel assumido pela união, como destaca Arretche (2000):

[...] o sucesso da descentralização estaria associado ao sucesso das estratégias de indução implementadas pela União? Ou, ao contrário, dado que este se encontra fiscalmente debilitado e, até 1995, não adotou nenhuma iniciativa importante de reforma na área social – à exceção da área da saúde-, as unidades subnacionais de governo, uma vez libertas das ‘correntes’ do governo central, passaram a produzir inovações institucionais capazes de prestar serviços sociais de modo qualitativamente mais eficientes. (ARRETICHE, 2000, p. 27).

No setor da saúde não há, em geral, salvo algumas exceções definidas na Lei nº 8.080/1990, exclusividade ou jurisdição própria de alguma esfera de governo sobre determinada área de atuação ou nível de atenção à saúde. As especificidades da atuação de cada esfera de governo são, claramente, mais funcionais que jurisdicionais, competindo à União a coordenação, a normatização e a definição de padrões nacionais para a ação governamental no setor da saúde.

Aos estados foram reservadas funções de coordenação e normatização complementar na sua esfera, além de acompanhamento, avaliação e controle das redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como apoio técnico e financeiro. Já para os municípios foram reservadas as funções de “[...] planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde” (BRASIL, 1990, *on-line*).

Diante deste panorama, o governo federal se tornou o agente provido de autoridade para executar as decisões mais importantes da política pública de saúde (ARRETICHE, 2004, p. 22), em que pese existir a sujeição da cooperação de governos subnacionais para a sua materialização, uma vez que são eles os responsáveis diretos pela gestão das unidades e dos serviços de saúde. Nestes termos é possível notar que os governos locais são desde então os principais provedores dos serviços de saúde no Brasil, devido à municipalização imposta pela política nacional de saúde com estrutura definida na Lei nº 8.080/90.

Em suma, eis o primeiro contrassenso: enquanto a autoridade sobre a definição das diretrizes gerais das políticas sociais é centralizada, sua implementação é descentralizada. A supremacia da legislação federal sobre as

subnacionais também é notória na análise das normas constitucionais. A obrigação de “legislar para proteger e defender a saúde” foi prevista pela Constituição Federal como sendo de competência legislativa concorrente, conforme o art. 24, XII.

A Constituição Federal, entretanto, é clara ao definir que a legislação estadual, no que se refere às denominadas normas gerais, não pode contrariar a legislação federal, sob pena de perda de eficácia. Em paralelo, Aith (2010, p. 83) utiliza o mesmo entendimento com relação aos municípios, já que conforme o art. 30, II, da Constituição Federal, as câmaras municipais podem participar da produção de normas jurídicas sobre saúde de forma suplementar, preenchendo eventuais lacunas normativas necessárias para atender às peculiaridades existentes em cada município brasileiro, porém subordinando-se às normas gerais estabelecidas pelos respectivos estados e pela União.

Este é o ponto central da concepção do SUS: a obrigatória participação de todos os entes em um sistema coordenado no plano federal, mas executado, localmente, pelos entes subnacionais, principalmente os municípios. Do contrário, o próprio conceito de unidade ruiria, pois o ente coordenador e gestor nacional nenhum poder de interferência teria quanto à aplicação das normas e diretrizes gerais por ele traçadas.

O centralismo da União pode ser verificado nas discussões das implementações das políticas sociais, através das comissões intergovernamentais. O desenho institucional das comissões inclui elementos congruentes com o federalismo cooperativo, como a composição paritária e a regra do consenso para a tomada de decisão, na presunção de relações simétricas entre entes autônomos. Na Comissão Intergestores Tripartite, composta por representantes das três esferas de governo, há uma equivalência entre representantes dos governos federal, estadual e municipal.

Embora haja a composição paritária, nota-se uma preponderância dos interesses da União na tomada de decisões no seio destas comissões, corroborando a tese defendida de existência de um federalismo centralizado no Brasil. Palotti e Machado (2015, p. 73) acreditam que o poder de agenda assimétrico, com nítido predomínio do executivo federal, pode ser interpretado como sintoma de problemas de ação coletiva de estados e municípios, mais numerosos e heterogêneos.

Em tese, poder-se-ia afirmar que não há problema algum no fato de a União traçar as diretrizes gerais, e os estados e municípios, através da sua competência complementar, elaborarem normas específicas de acordo com as suas

necessidades regionais e locais concernentes ao referido direito social e as suas ações e serviços públicos. Até porque, conforme leciona Bercovici (2004, p. 57), é necessária a unidade de atuação, presente no federalismo cooperativo, a qual necessita de tratamento uniforme em escala nacional, principalmente nas políticas públicas sociais.

Ressalta o autor, contudo, que a unidade de atuação não significa centralização. Com a centralização há a concentração de poderes na esfera federal, debilitando os entes federados em favor do ente central; já a homogeneização é baseada na cooperação, caracterizada pelo processo de redução das desigualdades regionais em favor de uma progressiva igualação das condições sociais de vida em território nacional.

De acordo com a visão ventilada, Krell (2017) destaca que:

[...] em vez de uma verdadeira descentralização, que consiste na transferência intergovernamental de poder decisório financeiro, administrativo e programático, pode-se constatar uma crescente delegação de políticas públicas federais, isto é, um repasse negociado e voluntário de encargos e tarefas para órgãos administrativos ou políticos subnacionais (KRELL, 2017, p. 219).

Neste viés, os preceitos do federalismo cooperativo são confirmados por meio do Pacto pela Saúde, ao tempo em que são fixadas atribuições para cada ente federativo, no qual todos atuam no sentido de efetivar a promoção, proteção e recuperação da saúde. Os municípios, nesse contexto, detêm as funções executivas diretas e que representam a instância inequivocamente responsável pela garantia do direito à saúde, sem prejuízo das funções de coordenação desempenhadas pelos estados, no âmbito regional, e pela esfera federal, que confere a unicidade ao sistema nacional.

Todavia, a saúde, como um autêntico direito social, necessita de recursos para ser implementada, mesmo sendo direito fundamental de aplicabilidade imediata. É neste ponto que persiste o problema e a incongruência constitucional entre a centralização de receitas na União e a descentralização dos gastos com o setor pelos demais entes subnacionais, o que redundava na afirmação de que “[...] o governo federal transferiu recursos, mas não transferiu atribuições.” (ARRETCHE, 2000, p. 26).

Quanto ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil, este deve ser analisado sob dois aspectos: das fontes de receitas e da forma como

se estruturam os gastos. O SUS é financiado por toda a sociedade de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, e das contribuições sociais previstas no art. 195 da Carta Magna e nos artigos 149 e 198, parágrafo único da Lei Maior, além dos impostos constitucionalmente previstos.

Neste ponto, Arretche e Marques (2002) esclarecem que o sistema é financiado basicamente com recursos orçamentários que correspondem diretamente com o nível de riqueza de cada região brasileira. Somados a este aspecto, com o advento da constituição de 1988 as transferências federais automáticas foram usadas para financiar a atenção básica dos municípios, sendo calculadas em termos per capita. Ocorre que, como bem ressaltam os autores, tal mecanismo de transferência reiterou as “[...] desigualdades existentes na medida em que premiava as esferas melhor equipadas.” (ARRETCHÉ; MARQUES, 2002, p. 7).

Considerando os termos do repasse federal, vale destacar a portaria do Ministério da Saúde nº 204/2007, que regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, no formato de blocos de financiamento. Sendo assim, a citada portaria organizou as transferências de recursos dividindo-as em seis blocos de financiamento, que são a atenção básica, média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e investimentos (OLIVEIRA JÚNIOR et al., 2017, p. 11). Sendo tais recursos transferidos aos estados, distrito federal e municípios em conta única e específica para cada bloco de financiamento¹⁵.

Dessa forma, eram destinados valores específicos para cada bloco de atuação na área da saúde pública, visando garantir que cada um dos blocos detenha orçamento suficiente para executar as políticas de sua competência. Alterando o regime de repasse, em 2017 a Comissão Intergestores Tripartite aprovou proposta que alterou as modalidades de repasse do governo federal para os entes subnacionais, deixando de ser fundo a fundo, para se tornar relativa ao capital e ao custeio (COHN, 2018, p. 237).

¹⁵ Com exceção do bloco de assistência farmacêutica que tem conta específica para cada componente e o bloco de investimentos que tem conta específica para cada objeto pactuado.

Levando em conta o repasse¹⁶, Nelson Rodrigues Santos (2012) destaca a vertiginosa queda dos recursos repassados em especial para a atenção básica (AB), de modo que “[...] os valores (corrigidos pelo IGPM) dos repasses federais para a AB (PAB¹⁷ fixo e variável) e para o SAMU entre 1998 e 2010 tiveram queda que variou de 30% a 50%” (SANTOS, 2012, p. 14). Reforça ainda o autor que a atenção básica foi o bloco que mais sofreu com o subfinanciamento, demonstrando que:

[...] em 1995 o MS [Ministério da Saúde] gastou com a MAC [Média e Alta Complexidade] 5,4 vezes mais do que gastou com a AB [Atenção Básica], e em 2012 está gastando 7,7 vezes mais. É imperioso o aporte de recursos novos e crescentes para a AB e a MC [Média Complexidade] simultaneamente, ao contrário de penalizar os dois, e mais a AB do que a MAC (SANTOS, 2012, p. 14).

Diante desse contexto de diminuição substancial de repasse para a atenção básica, serviço de competência dos municípios, Nelson Rodrigues Santos (2012) ressalta, sob um panorama geral, o subfinanciamento federal, de modo que foi constatada ao longo dos anos uma vertiginosa queda nos repasses federais aos estados e municípios para o financiamento do SUS. Tal queda de repasses acarretou no aumento de alocação de verbas para estas finalidades pelos entes subnacionais, sobrecarregando-os. Conforme se observa:

Em 1980, o governo federal participava com 75% do financiamento público na saúde, e os estados e municípios, com 25%. Desde então, e especialmente após novo pacto federativo constitucional de 1988, os municípios e estados vêm assumindo suas novas e maiores responsabilidades, e somados, elevaram sua participação de 25% para 54% do total do financiamento público da saúde, o mesmo não ocorrendo com a União, cuja participação porcentual caiu de 75% para 46%.

[...]

Em 1999, o governo federal, com taxas de juros estratosféricas, obriga os estados e municípios a limitarem gastos na área social, reservando pelo menos 13% dos orçamentos dos estados e municípios de maior porte para a renegociação de dívidas, e, a

¹⁶ O presente trabalho foi elaborado sob a perspectiva dogmática jurídica e, portanto, conforma pontuado anteriormente, eventual corte temporal se torna desnecessário, haja vista que a pesquisa dogmática trabalha sob o enfoque das normas jurídicas existentes, válidas e eficazes, o que, de certo, não seria o caso se a presente pesquisa se desenvolvesse sob a perspectiva sociológica.

¹⁷ O Piso da Atenção Básica (PAB) foi originalmente previsto na Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, posteriormente revogada pela Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e consiste em um montante de recursos financeiros federais destinados a possibilitar a implementação de ações de Atenção Básica à saúde, sendo composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em um montante de recursos destinados a reorganização do modelo de atenção à saúde.

seguir, com a Lei de Responsabilidade Fiscal, compelir os municípios a limitar gastos com pessoal, substituindo-os por ‘terceiros’: cooperativas, ONGS [Organização Não-Governamental], OSs [Organização Social] etc. (SANTOS, 2012, p. 11-12)

Reforçando os dados dos anos anteriores, Nelson Rodrigues dos Santos (2017), segue relatando a flagrante diminuição de repasse de recursos federais aos estados e municípios:

A contrapartida federal na saúde caiu de 75% nos anos 80 para 46% em 2012 enquanto os municípios e estados somados elevaram de 25% para 54%. (SANTOS, 2017).

Dessa forma, além da drástica redução de repasses para os entes locais, estes ainda são “[...] fragmentados por programa e projeto federal, e não globais segundo as metas do planejamento municipal, regional e estadual, o que mantém o modelo convenial e não das relações constitucionais” (SANTOS, 2012, p. 14). A consequência imediata da diminuição dos repasses reforça a ideia de dependência orçamentária dos entes locais aos recursos federais, ocasionando na cobrança dos gestores estaduais e municipais pela oferta de um melhor serviço, o que certamente fica comprometido com a absoluta insuficiência de recursos.

Agravando a histórica e crescente queda dos repasses, configurando um verdadeiro subfinanciamento, adveio no ano de 2016 o Projeto de Emenda Constitucional nº 241, denominado como a PEC do teto de gastos, que deu ensejo à edição da Emenda Constitucional 95/2016¹⁸.

Sobre o financiamento efetuado pela União em favor dos governos subnacionais, Vianna (2007) reitera as considerações dos demais autores expondo que a reação do governo central ao perder recursos foi promover a descentralização de encargos, aumentando as obrigações e atribuições de serviços dos estados e municípios. Dessa forma, os municípios ganharam atribuições, mas sua arrecadação de impostos não cresceu na mesma proporção, em um verdadeiro descompasso entre a atribuição de maior responsabilidade e a concentração arrecadatória da união.

¹⁸ A Emenda Constitucional 95/2016 foi editada sob a justificativa de reverter, a médio e longo prazo, o desequilíbrio fiscal do Governo Federal, o que será efetuado a partir da limitação, durante 20 anos, das despesas públicas, incluindo os restos a pagar de anos anteriores, e incide sobre as despesas com a saúde e a educação. Ocorre que, a referida emenda tem o condão de limitar ainda mais os recursos que são destinados à saúde, prejudicando em especial os municípios, obrigando-os a empregar uma maior fração de recursos para conseguir obter êxito nas políticas que devem executar.

Este contexto de subfinanciamento federal crescente ao longo dos anos é reforçado pelos números trazidos por Nelson Rodrigues (2007), que demonstra a queda da participação da união e o aumento na aplicação de recursos pelos estados e municípios na área da saúde:

Enquanto a participação das receitas correntes da União no PIB [Produto Interno Bruto] cresceu de 19,7%, em 1995, para 26,7% em 2004, neste mesmo período, a participação de gastos do Ministério da Saúde nessas receitas decresceu de 9,6% para 7,5%. Enquanto a contrapartida da União no financiamento público da saúde caiu, entre os anos 80 e 2004, de 75%, para 50%, neste mesmo período a soma das contrapartidas estaduais e municipais cresceu de 25% para 50%. Enquanto a contrapartida da União, entre 1995 e 2004, caiu de US\$ 87,7 para US\$ 62,3 *per capita*, entre 2000 e 2004, a soma das contrapartidas estaduais e municipais cresceu de US\$ 44,1 para US\$ 64,9 *per capita*. (SANTOS, 2007, p. 432, grifos do autor).

Diante dos números trazidos à baila, a crítica que se faz relativa à má gestão dos recursos públicos como sendo a maior responsável pela baixa qualidade dos serviços não procede, haja vista que, além de uma gestão mais eficiente para resolver os problemas de acesso e qualidade dos serviços de Saúde, é necessário o aporte adicional de recursos financeiros. Cumpre registrar que isso promoveria, inclusive, a redução da desigualdade regional.

De acordo com o exposto, os autores como Dourado, Dallari e Elias (2012) destacam que a concentração do orçamento destinado à saúde na União não foi exitosa. Uma vez que, além de pulverizar as atribuições para os municípios, ensejou na disputa por recursos, além de uma ineficiente cooperação entre os entes. Para os autores:

A proposta engendrada não foi bem-sucedida justamente por ter se deparado com a estrutura política previamente instituída, que decorreu da relegação da atividade do nível estadual e da pouca assimilação de mecanismos de fomento para empreendimento conjunto das esferas federadas. Em vez de cooperação, viram-se disputas por recursos e pelo comando de serviços entre os governos estaduais e municipais. Além do mais, a ação indutora do governo federal não foi suficiente para criar espaços de cooperação e coordenação federativa nos níveis subnacionais. Nessas circunstâncias, ganhou força a ideia de que a efetiva responsabilização dos gestores deveria surgir de um acordo de vontades a partir do qual os gestores sanitários das três esferas de governo assumiriam compromissos negociados e definiriam metas a serem atingidas de forma cooperativa e solidária, fixando um Pacto de Gestão. Essa proposta foi ratificada no instrumento normativo

infralegal denominado Pacto pela Saúde 2006. (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012, p. 25).

Diante da problemática apresentada, no estudo empírico desenvolvido por Arretche e Marques (2002) acerca das nuances da descentralização, ocasião em que os estudiosos examinaram a extensão de um sistema descentralizado, cujo arranjo institucional concentra autoridade no governo central, foi concluído que os “[...] sistemas nacionais de provisão de serviços públicos caracterizados pela concentração de autoridade no governo central e pela orientação redistributiva das transferências interregionais” (ARRETCH E MARQUES, 2002, p. 26). Observa-se, assim, que não são capazes de proporcionar a redução das desigualdades no fornecimento do serviço.

No Brasil, este sistema permitiu a generalização da transferência das funções de oferta de serviços básicos de saúde para os municípios, mas não produziu nem equalização nos padrões de oferta destes serviços nem tendências visíveis nesta direção.

Esta constatação, entretanto, não é suficiente para negar a hipótese do potencial impacto redistributivo de sistema deste tipo. Se acrescentarmos à análise a variável “regras que orientam as transferências federais”, observamos que no Brasil, estas estiveram mais orientadas a promover a descentralização do que a promover a redução de desigualdades. (ARRETCH E MARQUES, 2002, p. 26).

Em que pese os resultados da pesquisa formulada por Arretche e Marques (2002), ocasião em que foram estudados o arranjo institucional para o fornecimento de serviço hospitalar e de atenção básica pelos municípios, os autores destacam que há pesquisa no sentido de demonstrar que os países federativos que conseguiram alcançar e minimizar significativamente as desigualdades regionais quanto ao acesso aos serviços de saúde são aqueles que concentram a autoridade no governo federal. Isso acarreta na maior abrangência dos sistemas de transferências interregionais e na diminuição dos custos.

Com ressalva, porém, dos resultados que apontam a descentralização como meio auxiliar de crescimento social e redução da desigualdade, Melo (1996, p. 19) destaca que, apesar da euforia inicial, este arranjo institucional começou a ser visto com mais cautela. Tal postura se deu “em virtude da visibilidade que vem ganhando alguns efeitos perversos observados a partir de processos de descentralização”. Neste mesmo sentido, destaca Arretche (2000, p. 48):

É devido à dimensão de barganha federativa que o processo de descentralização das políticas sociais do Brasil só pode ser efetivo

na medida em que as administrações locais avaliem positivamente os ganhos a serem obtidos a partir da assunção de atribuições de gestão; ou, pelo menos, que considerem que os custos com os quais deveriam arcar poderiam ser minimizados pela ação dos demais níveis de governo. Dito de outro modo, a adesão dos governos locais à transferência de atribuições depende diretamente de um cálculo no qual são consideradas, de um lado, os custos e benefícios derivados da decisão de assumir a gestão de uma dada política e, de outro, os próprios recursos fiscais e administrativos com os quais cada administração conta para desempenhar tal tarefa. (ARRETCHE, 2000, p. 48).

Sendo assim, a descentralização de políticas públicas para os estados e municípios se tornou controversa do ponto de vista relativo aos aspectos negativos carreados. Uma vez que, por ser o Brasil um país eivado de desigualdades regionais e com forte competição eleitoral, a atribuição de tais atividades iniciou uma conduta de transferência de responsabilidades, ocasião em que “[...] cada nível de governo pretende transferir a uma outra administração a maior parte dos custos políticos e financeiros da gestão das políticas e reservar para si a maior parte dos benefícios” (ARRETCHE, 2000, p. 47), configurando um verdadeiro sistema de barganhas federativas.

Quanto ao centralismo federativo como obstáculo para a eficaz implementação das políticas públicas de saúde, Khamis e Sartori (2017) destacam que, apesar do modelo federativo brasileiro disposto na Constituição Federal mencionar o federalismo cooperativo, vemos, a partir da concentração de competências na esfera federal e do rol de fartos tributos que detém a União, a configuração de uma verdadeira “[...] federação centrípeta ultracentralizadora” (KHAMIS; SARTORI, 2017, p. 307). Isto se dá, ao revés, em uma clara contradição com o federalismo cooperativo supostamente adotado.

Seguem os autores expondo que a dita contradição entre os arranjos federalistas adotados, somado ao fato de que o ente que estrutura o sistema de saúde está distante da execução, cria uma enorme descompasso para o federalismo sanitário. Assim, concluem que:

[...] o desalinhamento entre a forma federativa adotada oficialmente pelo Brasil e a estrutura do federalismo sanitário constitucional é causa da desfuncionalidade das políticas públicas de saúde no Brasil, impactando na baixa efetividade do direito a saúde no país (KHAMIS; SARTORI, 2017, p. 311)

Sendo assim, para que o federalismo sanitário tenha êxito, é preciso compatibilizá-lo com os preceitos do federalismo cooperativo oficialmente adotado, ponto que será explorado no capítulo subsequente. Somado a este fator, é possível notar que, para que o processo de descentralização obtenha êxito, será preciso uma mudança lenta e gradual que seja capaz de reestruturar o formato centralizado prévio de prestação de políticas sociais.

A tarefa exige, entretanto, uma atuação dos níveis mais abrangentes de governo que, visando a reforma, estejam dispostos a implantar um programa de descentralização de atribuições, reformular os programas sociais que deverão ser compatíveis com o arranjo burocrático de cada ente, bem como disponibilizar recursos financeiros e administrativos, de forma a tornar atraente a adesão dos municípios aos novos programas sociais (ARRETCHE, 2000, p. 248). Essa perspectiva diminuiu a oneração dos entes locais que se viram compelidos a empregar maior percentual de seus recursos na política pública de saúde, circunstância que onerou sobremaneira os entes e agravou ainda mais as desigualdades regionais a partir do subfinanciamento.

Diante de toda a exposição e das controvérsias acerca da qualidade do serviço, do formato da descentralização e da concentração de orçamento, poderes e atuação legiferante na União, além do descompasso existente entre o arranjo federalista sanitário e o federalismo cooperativo, é certo que a regionalização é a base primordial do SUS. Para tanto, encontra apoio na esfera normativa que instituiu o federalismo sanitário e no próprio sistema nacional de saúde, porém, é necessária a formulação de uma ação estimuladora por parte dos governos federais e estaduais no sentido de viabilizar a municipalização dos serviços e criar condições de cooperação, possibilitando a redução da desigualdade regional, e a compatibilização, a partir daí com o modelo federal, para que ele seja integralmente único, seja ele centralizado ou cooperativo.

3 O PROBLEMA DA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS

3.1 A relação de reciprocidade entre federalismo e políticas sociais

Apesar da instituição de uma nova ordem constitucional em 1988 e do amplo rol de ações sociais nela assegurados, o momento em que houve uma transição para o Estado social ocorreu apenas a partir de 1995. A ocasião marcou o momento em que a descentralização e a conseqüente adoção de medidas de execução de políticas públicas de saúde começaram a tomar forma.

Até então, a união centralizava as atribuições, pouco restando para os estados e municípios, à semelhança, com as devidas proporções, com o que ocorria à época dos ciclos autoritários de Vargas, nos anos de 1930 a 1945, e do regime militar no período de 1964 a 1984. Foram tempos em que as atividades exercidas pela esfera federal exibiram marcas de concepções autoritárias, que só foram vistas sob outra perspectiva com a redefinição de competências que impactaram diretamente nas políticas e programas da área social.

A relação entre federalismo, descentralização e políticas públicas não é simples e, apesar de ter sido exposta nos capítulos antecedentes, merece ser revista na presente oportunidade. Segundo Almeida (1995), o federalismo em sua forma originária e definição normativa se caracteriza pela não-centralização, ou seja, “pela difusão dos poderes de governo entre muitos centros, nos quais a autoridade não resulta da delegação de um poder central, mas é conferida por sufrágio popular” (ALMEIDA, 1995, p. 88), destacando a autora que a fixação de competências comuns é a demonstração mais clara da natureza não centralizada do federalismo.

Em que pese o uso por alguns autores da expressão não-centralização em substituição do termo descentralização por entenderem descabida ou de conceituação diversa, é bem verdade que este segundo termo vem sendo amplamente empregado na doutrina para se referir aos processos de atribuições de competências e recursos às instâncias subnacionais, bem como na ocasião em que os entes regionais e locais utilizam os recursos financeiros repassados pelo ente central para financiar as funções descentralizadas. Ou, ainda, nos casos em que os entes não usam a totalidade dos recursos ou não implementam a política que lhes foi atribuída.

Apesar da previsão constitucional acerca da descentralização, a doutrina que trata do assunto expõe os obstáculos e os meios para que sejam obtidos o sucesso da medida (ARRETCHE, 2000), ao tempo em que destaca que o arranjo institucional não foi devidamente estruturado. Isso porque não houve uma:

[...] verdadeira política de descentralização que orientasse a reforma das diferentes políticas sociais. Ao contrário, lógicas particulares presidiram a redistribuição de competências e atribuições - ou a ausência dela e a manutenção do status quo - nas diferentes áreas. (ALMEIDA, 1995, p. 92).

Apesar das críticas acertadamente impingidas pelos autores em relação à maneira em que se deu a descentralização, é certo que a reforma do sistema de saúde foi um caso exemplar de descentralização, ocasião em que houve a realocação da capacidade decisória, dos recursos e das funções que antes eram exclusivamente federais para os municípios, ao menos de um modo geral. Não obstante as críticas, a maneira em que foi realizada tal transferência leva a crer que, a partir do movimento de descentralização, fixou-se uma clara conexão entre o arranjo federativo adotado e as políticas públicas, revelando os gargalos para uma eficiente execução das ações de saúde nos municípios brasileiros.

Sendo assim, no que se refere à relação ente federalismo e políticas públicas, a discussão recai na caracterização dos movimentos de centralização e descentralização pelos quais teria passado a federação, levando ao questionamento sobre as consequências da repartição de competências, da solidariedade imputada aos entes, do dever de planejamento, gestão e execução das medidas, que serão analisadas ao longo deste capítulo. Entretanto, ressalta-se que estas são cruciais no estudo da implementação das políticas sanitárias.

No que se refere à descentralização, como dito, a medida de retirar da união parte da competência de implementação das políticas sociais, em especial da saúde, tem trazido consequências aos entes subnacionais quando da consolidação das políticas públicas. A situação leva a crer que a estrutura institucional adotada nas federações impacta diretamente nos resultados das políticas públicas.

Portanto, é preciso analisar como o federalismo, enquanto arranjo institucional, influencia no resultado das políticas públicas, seja em um momento de expansão e nacionalização, seja no momento de sua redução. Considera-se, para

tanto, que há uma relação de causa e consequência entre os institutos, como bem destaca Franzese (2010, p. 22):

[...] não apenas o modelo de federalismo interfere nas políticas sociais, como também as políticas sociais podem transformar o modelo federativo, ou seja, trata-se de uma relação de reciprocidade que se desenvolve ao longo do tempo.

Ainda de acordo com a autora supracitada, o diálogo estabelecido entre o federalismo e as políticas públicas pode ser observado sob dois aspectos. O primeiro, com relação ao êxito da implementação das ações sociais em contextos federativos; e o segundo quanto à análise dos obstáculos impostos pela cooperação para a correta e eficaz execução das políticas.

No que se refere à execução das políticas públicas, Franzese (2010) observa que o arranjo cooperativo da federação é capaz de trazer à tona uma gama de dilemas e expor a uma certa complexidade do sistema. Isso porque a produção de políticas se origina de mais de um centro de poder, que compreende o governo central e os governos subnacionais.

Neste panorama, deve-se questionar não só qual o ente que teria competência para executar a política, mas também qual ação social seria implementada, de forma que, sob este aspecto, subsistiria uma inquietação que vai além da eficiência da ação social adotada e passa a se ocupar com a preservação do federalismo cooperativo.

Em segundo lugar, o tema pode ser analisado sob o viés de como o desenvolvimento das políticas sociais podem afetar a desenvoltura da dinâmica federativa e desenvolver uma eventual ameaça à cooperação. Haja vista promover a diversidade, apesar das dificuldades em firmar um padrão nacional.

Em que pese a exposição acerca da íntima relação entre políticas públicas e federalismo, vale destacar que no Brasil esta ligação deve ser analisada em dois momentos: o primeiro, a partir da Constituição Federal de 1988, em que foram instados novas regras de competências, atribuindo aos municípios a maior parcela de tarefas a serem executadas; e o segundo, após o ano de 1995, ocasião em que se deu a ampliação das políticas sociais, somadas à diminuição das transferências federais e à ampliação das atribuições dos entes subnacionais.

Pois bem, apesar da divisão de competências constitucionais, sendo conferido um rol de competências comuns a todos os entes, ao traçar um panorama

que induz o federalismo brasileiro para o viés da cooperação, Franzese (2010) destaca que o arranjo federativo teve claras nuances de competitividade com a descentralização, redistribuição de recursos e concessão aos municípios do status de ente federativo.

A competição é confirmada ao tempo em que a instituição dos municípios como entes federados acarretou em uma verdadeira corrida para angariar percentuais do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Dessa forma, os municípios que possuem baixa capacidade financeira, administrativa e organizacional se beneficiaram em detrimento dos entes melhor equipados, como descrito no capítulo antecedente.

Competição semelhante se deflagrou entre os estados que passaram a instituir uma verdadeira guerra fiscal ao reduzir a alíquota do Imposto sobre operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre prestações de Serviços de transporte interestadual, intermunicipal e de comunicação (ICMS), com o objetivo de atrair novas empresas para seus territórios. Acreditava-se que, desse modo, ocorreria um aumento na arrecadação tributária.

Diante deste cenário flagrantemente competitivo que se instalou entre os estados e municípios, não era improvável que as políticas sociais constitucionalmente previstas também fossem alcançadas negativamente. Desenho este que foi sendo revisto com a execução das competências comuns e a consequente aproximação com a essência do federalismo cooperativo.

A partir da Constituição Federal de 1988, no que antecede ao ano de 1995, a soma da descentralização e atribuição de competências comuns aos entes para execução das políticas sociais acarretou em um verdadeiro “jogo de empurra” (FRANZESE, 2010, p. 71), que teve como consequência a municipalização de uma grande parte das políticas sociais e uma tentativa corriqueira dos entes em se esquivar das atribuições que lhes foram atribuídas. Tal situação acarretou na oneração dos demais entes e na ausência da prestação de uma política eficiente. Conforme se observa:

Essa situação que, por um lado, produziu uma dinâmica de inovações em políticas públicas, por outro lado, criou um cenário de fragmentação e desigualdade na provisão social, considerando as diferentes condições socioeconômicas e financeiras dos municípios brasileiros. (FRANZESE, 2010, p. 99).

A partir de 1995, com o sucesso do Plano Real em 1994, o governo central adotou um novo padrão para as políticas públicas, possibilitando a sua ampliação com uma crescente universalização e participação dos entes subnacionais, em observância dos ditames do federalismo cooperativo, o que se deu no âmbito da saúde a partir da nacionalização do e da instituição das Normas Operacionais Básicas (NOBs). Sendo assim, a ampliação das políticas ofertadas e a mudança de postura dos entes envolvidos teria tornado o federalismo brasileiro, ao menos em tese, mais cooperativo.

A cooperação instituída pela Constituição de 1988 foi se aprimorando ao longo dos anos, de modo que o tema correspondente à implementação das políticas públicas frente ao modelo de federalismo adotado não pode se ater a polarização de descentralização versus centralização. Deve-se ir além para analisar os dilemas impostos pela adoção deste modelo no formato de execução e escolha das ações sociais de saúde pelos municípios, a partir da exposição da solidariedade imposta aos entes, dos efeitos das desigualdades regionais nas políticas de saúde, para ao fim discutir se há uma predominância do Executivo nas relações intergovernamentais e se, com o aumento da atuação federal, a cooperação se mantém, ou se partimos para um modelo coercitivo de federalismo.

3.2 DESCONSIDERAÇÃO DAS PECULIARIDADES REGIONAIS NO ARRANJO FEDERATIVO

No preâmbulo de nossa Constituição de 1988, promete-se assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, mediante a promulgação do Estado federal.

Assim, é evidente que a organização do Estado brasileiro, destina-se ao desenvolvimento sócio-econômico e, nesse contexto:

[...] deve-se dar ênfase, no entanto, à dimensão política do que se costuma ser apresentado como um problema exclusivamente econômico, entendendo a superação do subdesenvolvimento como um projeto político. Afinal, em última análise, são as estruturas de poder e a política que explicam a direção, efetividade e intensidade

do desenvolvimento. Além do mais, a idéia de bem-estar contida no conceito de desenvolvimento traz à tona os aspectos ideológicos das políticas desenvolvimentistas. (BERCOVICI, 2003a, p. 36)

Segue o autor relatando o papel do federalismo na busca pela igualdade entre os cidadãos e os entes:

O princípio da igualação das condições sociais de vida significa que os cidadãos das regiões menos desenvolvidas têm direito de que o Estado providencie para eles a mesma qualidade de serviços públicos essenciais que usufruem os cidadãos das regiões mais desenvolvidas. O que se quer evitar é que a população que penalizada por habitar em um outro ente da Federação. Para tanto, a União e entes federativos devem atuar conjuntamente para assegurarem a igualdade na prestação de serviços públicos essenciais a todos os brasileiros. A igualdade que se busca é tanto a igualdade dos cidadãos em relação a prestação de serviços públicos, quanto a igualdade da capacidade de todos os membros da Federação na prestação destes mesmos serviços. (BERCOVICI, 2003a, p. 241-242).

É certo que o grau de heterogeneidade entre as unidades federativas brasileiras exerce um impacto relevante sobre a herança da descentralização e a consequente gestão administrativa dos governos locais, como também sobre a nacionalização das políticas sociais. Em decorrência, são constatadas uma série de discrepâncias nas ações de saúde prestadas pelos entes subnacionais ante os aspectos relativos a existência de estados e municípios com diferentes capacidades financeiras e administrativas, além das mais diversas demandas de política pública em cada ente.

Nestes moldes, o modelo centralizado, ao menos em tese, foi superado, ao tempo em que houve previsão constitucional de que os municípios devem assumir a gestão e a execução dos programas de saúde pública e de atenção básica à saúde. Ademais, devem também regular a rede hospitalar instalada neste ente, em uma clara medida de descentralização.

Ocorre que, em que pese a descentralização de atribuições dispostas a partir das competências comuns, nota-se que usualmente são os entes central e subnacionais responsabilizados solidariamente para implementar dada política, sem considerar, no entanto, as peculiaridades regionais e capacidade administrativa e financeira de cada um deles. É sob este panorama que passamos analisar o impacto da descentralização das políticas públicas considerando as desigualdades regionais vivenciadas no Brasil.

Por muito tempo, o foco central das políticas públicas fornecidas se restringia ao caráter econômico, com incentivos à instalação de empresas nas regiões menos desenvolvidas, pensando que aos poucos as desigualdades iam se esvaír. Somado a este formato de auxílio, foram adotadas políticas assistencialistas que, em verdade, perpetuavam as injustiças sociais e fortaleciam a elite regional (LAMY, 2013, p. 182).

Desde o início da história republicana, o Brasil é marcado por uma profunda desigualdade regional no interior da Federação, circunstância que é agravada pelo formato de federalismo adotado, mesmo que tenham ocorrido reiteradas tentativas adotadas a partir deste modelo para minimizar as disparidades existentes.

A fragilidade regional foi verificada já na devastadora seca de 1877 que assolou o Nordeste e obrigou a coroa a tomar providências na região, como a construção de açudes e outras obras de combate à seca. Porém, nova tragédia atingiu o Nordeste ao longo dos anos e em 1932, depois da revolução de 30 e da queda da Primeira República, a seca obrigou o governo central a tomar providências, que rotineiramente eram passageiras. Contudo,

[...] nas esferas do Poder e da Sociedade começava já a se formar a consciência de que havia no Nordeste um problema de profunda disparidade em relação ao eixo Centro-Sul do País. Para este se deslocara desde muito o centro de gravidade da economia nacional, uma verdade que se fazia acompanhar da percepção de que, por distintas razões, algumas até então ignoradas ou impalpáveis, o hiato entre o Brasil meridional e o Brasil setentrional mais e mais se acentuava. (BONAVIDES, 2004, p. 511).

A partir da situação vivenciada no Nordeste, foi constatado um verdadeiro declínio nesta região, sobressaindo ainda mais as desigualdades existentes entre esta e as demais regiões do país. A situação revela “[...] a exclusão social do desenvolvimento brasileiro”, conforme analisa Bercovici (2003a, p. 63).

Ratificando tal informação e expondo a linearidade da desigualdade ao longo dos anos, foram analisados os relatórios do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) nos anos de 1996 e 2016. No relatório IPEA/PNUD (1996), foi exposta a existência de três tipos de países, todos eles localizados no mesmo Brasil, sendo verificado que os sete estados mais ao sul do país, juntamente com o Distrito Federal, apresentam um elevado nível de desenvolvimento humano. Já em direção noroeste, a partir de Minas Gerais, observou-se que índice de desenvolvimento humano médio, seguido, como

esperado, pelos estados do Nordeste, além dos estados do Pará e do Acre, os quais mostram níveis reduzidos de desenvolvimento humano.

Passados dez anos deste relatório para o novo levantamento do IPEA/PNUD, agora realizado no ano de 2016, é possível observar uma sutil melhora nos índices de cada região, de modo que no Norte do país os estados estão na faixa de Médio Desenvolvimento Humano, sendo Tocantins e Roraima posicionados na faixa de Alto Desenvolvimento Humano. No Nordeste, todos os estados estão na faixa de Médio Desenvolvimento Humano e, portanto, abaixo da média nacional. Por sua vez, como era de se esperar, os estados do Centro oeste têm Alto Desenvolvimento Humano, com exceção do Distrito Federal que está na faixa de Muito Alto Desenvolvimento Humano, e os estados do Sul e Sudeste estão na faixa de Alto Desenvolvimento Humano.

Esses resultados configuram uma nítida diferenciação regional, reforçada pela ausência de estados classificados com detentores de nível Alto em Educação, apesar de esta ser a dimensão que mais cresceu no período de 1991 a 2010 em todas as macrorregiões, como aponta o estudo (IPEA/PNUD, 2016). Sendo assim, vemos que, apesar da redução das disparidades regionais nos últimos anos, muito ainda é necessário para que o Brasil supere o passivo histórico de desigualdades, o que leva a reflexão acerca da influência exercida pela descentralização e do modelo de federalismo para configuração do quadro atual.

Neste aspecto, em que pesem os relatos de que a descentralização conferiu um caráter mais democrático à federação, concedendo maiores poderes aos governadores e prefeitos, a experiência brasileira tem mostrado que a descentralização dificulta na redução das desigualdades regionais. A este fator, somam-se ainda o enfraquecimento político do governo federal, um planejamento deficiente, subfinanciamento do governo central e ausência de coordenação na atuação da União e dos estados e municípios (BERCOVICI, 2004).

Sob este panorama, Souza (2002) busca na teoria relacionada à federação e ao federalismo uma explicação que se refira à existência das desigualdades do país. Segundo a autora, essa caracterização é constitutiva da federação brasileira:

A força motriz do federalismo brasileiro sempre teve a necessidade de lidar com grandes desigualdades regionais. Em cada período histórico da federação brasileira, as desigualdades regionais foram acomodadas de diferentes maneiras. Além disso, essas diferenças

foram expressas em diferentes modelos constitucionais e em arranjos fiscais (SOUZA, 2002, p. 03, tradução nossa)¹⁹.

A desigualdade do federalismo no Brasil promoveu a instituição de uma igualdade formal entre os entes, garantindo a todos os estados o mesmo grau de autonomia e de representação política nas casas legislativas. Segundo Almeida (2001) e Souza (1998), deve ser reavaliado para a correta compreensão da relação entre federalismo, democracia, governabilidade, políticas públicas e desigualdades inter-regionais.

Celso Furtado, por sua vez, relata que o processo de desenvolvimento ocorrido no Brasil tem a desigualdade como marca, sendo agravada pela forma como ocorreu a nossa evolução histórica:

A medula dessa questão é a seguinte: o Brasil é um extenso território ocupado de modo irregular, apresentando combinações diversas de fatores e recursos, em sistemas econômicos com distintas potencialidades; desenvolver simultaneamente esses sistemas significa dividir em demasia os recursos e reduzir a intensidade média de crescimento do conjunto. Verifica-se, assim, que é necessário concentrar os recursos escassos nas regiões de maiores potencialidades, a fim de criar um núcleo suficientemente poderoso que sirva de base do desenvolvimento das outras regiões. Mesmo reconhecendo alguma verdade nessa idéia, a formulação geral do problema me parece incorreta. Abandonar regiões de escassos recursos e com rápido crescimento da população é permitir que se criem graves problemas para o futuro do país. Em um plano de desenvolvimento é necessário considerar em conjunto toda a economia nacional. (FURTADO, 2002, p. 39).

No que tange à representação política na esfera nacional, por meio da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, é certo que no Senado prevalece a alusão de igualdade entre os estados, sendo cada um dos estados, incluindo o Distrito Federal, representados pelo mesmo número de senadores. Já na Câmara dos Deputados há uma distinção entre o número de representantes por estado, considerando o critério populacional. Porém, apesar das unidades mais populosas contarem com um maior número de deputados, deve ser respeitado um número mínimo e máximo de representantes por estado.

Considerando este modelo de representatividade política, é de clara constatação que os critérios eleitorais do Poder Executivo e Legislativo são

¹⁹ Texto-fonte: "The driving force of the Brazilian federalism has always been the need to cope with great regional inequalities. At each historical period in the Brazilian federation, regional inequalities have been accommodated in different ways. Moreover, these differences have been expressed in varying constitutional designs and in fiscal arrangements" (SOUZA, 2002, p. 03).

diametralmente distintos. De modo que, para ocupar um cargo no Congresso Nacional, privilegia-se a representação dos estados, em contrapartida do requisito populacional, e, em sentido contrário, a eleição para ocupar os cargos de chefe do Poder Executivo são majoritárias. O fato “[...] acaba trazendo dificuldades para o Executivo implementar a própria agenda, aumentando os custos da formação de coalizões e, conseqüentemente, tendo impacto direto na governabilidade do país” (FRANZESE, 2010, p. 44).

Quanto à representação dos Estados efetivada pelo Senado Federal, Gilberto Bercovici (2003a) argumenta que:

No Brasil, a única forma de agregação dos Estados entre si tem sido o discurso regionalista, sobretudo no Nordeste e Norte. Como o Senado não tem se revelado um fórum federativo efetivo, a questão das desigualdades regionais não encontra uma arena federativa adequada para ser debatida. [...] O Senado brasileiro cumpre apenas parcialmente, e de maneira insatisfatória, a tarefa de zelar pelos interesses de preservação e equilíbrio da Federação. (BERCOVICI, 2003a, p. 254–255)

As alegações quanto ao papel do Senado Federal, no que tange à efetiva representatividade dos interesses dos estados e da população que nela habita, em muito eleva a discussão acerca do cumprimento do seu papel constitucional. Igualmente, possibilita discutir, por um lado, se a postura por ele adotada não seria responsável pela contribuição das desigualdades entre os entes.

Por outro lado, Souza (1998) aduz que o formato de representação dos entes, em especial dos estados e municípios menores frente ao governo federal, incentiva a incorporação da agenda política quanto à discussão dos problemas advindos das desigualdades regionais. O contexto, então, amplia o debate e possibilita a definição de meios de resolução do problema, objetivo este pretendido, segundo a autora, pela redistribuição de receitas fixadas pelo Sistema Tributário.

Além da questão atinente à representação, é possível notar que a estrutura federativa tem sido debatida como um complicador da governabilidade, o que reforça que a adoção de um federalismo robusto é capaz de dispersar “[...] ainda mais o poder em um sistema já fragmentado” (FRANZESE, 2010, p. 44). Apesar de alguns esforços para minimizar as discrepâncias existentes entre as regiões do Brasil, é certo que o federalismo brasileiro e as relações firmadas entre o governo federal e os estados não se distinguem das características socioeconômicas

notadas no país, já que são evidenciadas uma série de desigualdades que, somada ao alto grau de complexidade, resulta na constatação que:

[...] o país paga também um custo relativamente alto para manter a unidade nacional e registra um sistema federativo, de relações intergovernamentais e de formulação e implementação de políticas públicas, complexo e ainda desarticulado. (SOUZA, 1998, p. 08).

Somado aos fatores que emergem frente às desigualdades regionais, é possível atribuir um elevado grau de contribuição à discussão que induz a redução do federalismo a uma questão apenas econômica e fiscal (AFFONSO, 2003). O que se deu na ocasião em que foi discutida a criação e o repasse de receita sem que, no entanto, houvesse uma relação intergovernamental robusta o suficiente para traçar um planejamento eficaz de uso de tal recurso público.

Em clara referência à linha tênue existente entre a descentralização e as desigualdades regionais, Rezende (1999) afirma:

O cerne da questão está na dificuldade em conciliar a descentralização fiscal com as desigualdades regionais. Num contexto como o brasileiro, de acentuadas desigualdades na repartição espacial da renda e da riqueza, o equilíbrio entre competências impositivas próprias e transferências compensatórias é muito difícil de ser alcançado. Uma maior descentralização de competências favorece estados e municípios de forte base econômica ao mesmo tempo em que reduz o espaço para ampliação das transferências da União em proveito das unidades economicamente mais fracas da federação. (REZENDE, 1999, p. 87)

Nesse ponto, vale destacar que o nível de descentralização não é requisito determinante para o êxito de uma federação, no que se refere ao êxito de desenvolvimento regional, mas sim a capacidade dos entes federados de agir de maneira conjunta, em clara observância à cooperação instituída. Porém, as discrepâncias regionais são agravadas diante da discriminação de rendas e da centralização do poder financeiro na União.

Esse contexto contribui para ocorrência do desequilíbrio na repartição de competências e leva a crer que “[...] a estrutura federativa tradicional brasileira, no entanto, é insuficiente para solucionar os problemas gerados pelos desequilíbrios regionais” (BERCOVICI, 2003a, p. 245). Ademais, impulsiona no autor o sentimento de que o federalismo regional seria medida capaz de conceder autonomia as regiões e por fim as desigualdades, pensamento compartilhado por Bonavides (2004).

Seguindo os termos da exposição, Bercovici (2004) destaca:

No Brasil, a decisão de descentralizar está, irremediavelmente, ligada a questão histórica das desigualdades regionais, que nunca foram encaradas como prioridade nacional máxima. Desta forma, sem uma real preocupação com as desigualdades regionais, os efeitos da própria descentralização se tornam limitados. E na questão das disparidades regionais, o papel da União é fundamental: os entes federados não podem suprir o planejamento e decisões que exigem visões supra-regionais, nem têm como obter, isoladamente, grandes recursos. (BERCOVICI, 2004, p. 71)

Em consonância, Gilberto Bercovici (2006) alerta que a estrutura heterogênea do País se configura um verdadeiro obstáculo na implantação e funcionamento adequado do federalismo cooperativo:

O Estado brasileiro constituído após a Revolução de 1930 é, portanto, um Estado estruturalmente heterogêneo e contraditório. É um Estado Social sem nunca ter conseguido instaurar uma sociedade de bem-estar: moderno e avançado em determinados setores da economia, mas tradicional e repressor em boa parte das questões sociais. (BERCOVICI, 2006. p. 160)

Sendo assim, são as desigualdades regionais que devem delimitar os parâmetros da descentralização adotados no Brasil, para que então seja observada a coordenação e cooperação da União com os entes subnacionais e que seja alcançado o objetivo constitucional de erradicação da pobreza e da superação das disparidades locais.

Neste ponto, Bercovici (2013) relata que as questões regionais não podem ser vistas de forma separada das questões nacionais. Haja vista que aquelas devem ser encaradas de acordo com as peculiaridades de cada região, na tentativa de superar os obstáculos enfrentados, combatendo as heterogeneidades existentes:

A integração econômica nacional eliminou as 'economias regionais', mas não promoveu homogeneização social. As desigualdades regionais se expressam de maneira mais marcante nos indicadores sociais. A proposta de pensar a região tem por objetivo entender as diferenças econômicas e sociais, no sentido de buscar sua superação, e não endossar o discurso regionalista. (BERCOVICI, 2013, p. 191)

E, com a finalidade de suprimir as desigualdades existentes, deve ser instituída uma política capitaneada pela União com forte participação dos estados, na qual serão construídas políticas sociais e econômicas que dispensarão mais atenção e igualdade as localidades carentes. Estejam estas situadas no Norte/Nordeste do país ou no Sul, onde, apesar de ser em menores proporções, também se verifica a

deficiência na prestação da política pública, em um verdadeiro planejamento nacional que tem como finalidade precípua o desenvolvimento de todas as regiões do país. Conforme se analisa:

E na questão das disparidades regionais, o papel da União é fundamental: os entes federados não podem suprir o planejamento e decisões que exigem visões supra-regionais, nem têm como obter, isoladamente, grandes recursos. Os efeitos da repartição de rendas e encargos foram diferentes nas várias regiões, dado totalmente ignorado pelo Governo Federal, que não pode ser subsidiário (como querem alguns), patrocinando o desmonte de políticas públicas. É a problemática das desigualdades regionais que deve determinar os limites da descentralização no Brasil, questão esta que, no processo descoordenado de descentralização que vem ocorrendo no Brasil, foi deixada de lado. (BERCOVICI, 2002, p. 24)

No mesmo sentido, Marcelo Lamy (2013) ensina que:

O foco do federalismo não deve ser a descentralização, pois esse deveria ser um pré-requisito instituinte do mesmo; o foco teria de ser a integração, a unidade nacional, especialmente a solidariedade: o atuar conjuntamente para resolver os problemas comuns, sem desconsiderar a capacidade de resolver as questões peculiares de maneira separada. (LAMY, 2013, p. 188)

Destaca Lamy (2013) que o modelo de federalismo adotado concentra na União as receitas e as condições de repasse para os estados e municípios, o que induz pensar que o nosso arranjo federativo flerta com o federalismo por subordinação. Isso porque não planeja o desenvolvimento econômico e a busca da redução das desigualdades, mas sim torna os entes subnacionais dependentes do governo central. Dessa forma:

[...] é preciso que as Regiões adquiram estatalidade, com capacidade política, precisam ser sujeitos, e não meros objetos. Os cidadãos precisam conservar o poder de governar, não meramente de administrar os seus problemas locais. (LAMY, 2013, p. 189)

Assim, resta claro que a Constituição Federal de 1988 teve o objetivo louvável de reduzir a pobreza e as desigualdades regionais. Porém, o centralismo de poder no governo central afeta diretamente o crescimento dos entes subnacionais, o que leva a crer que seria prudente a transformação do centralismo planejador para a atribuição de autonomia política às regiões (LAMY, 2013, p. 190). Em consonância, Bercovici analisa:

[...] A questão regional é uma questão diretamente ligada ao Estado Brasileiro. Além de envolver aspectos concernentes à própria forma de Estado (o federalismo), sua resolução passa pelo poder político e pelas políticas públicas que afetam a distribuição territorial da renda no Brasil. As desigualdades regionais devem ser entendidas como fator da política e produto político, pois são consequência de ações políticas e impõem decisões políticas, influenciando na necessária elaboração de um projeto nacional de desenvolvimento. (BERCOVICI, 2003a, p. 67).

Ademais, vale destacar que, além do fator da desigualdade regional, o modelo de descentralização na prestação de políticas públicas influenciou diretamente, a partir da adoção de competências comuns, na expedição de uma série de decisões judiciais que compelem os entes a executar e implementar ações de saúde. Geralmente, frente a essa situação, a jurisdição tem se apoiado no fundamento na solidariedade, apesar das visíveis distinções de toda a sorte existente entre os entes, pontos estes que serão abordados em seguida.

3.3 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E O AGRAVAMENTO DO PREJUÍZO AOS COFRES PÚBLICOS

A questão da judicialização é uma crescente e abrange o mais largo rol de direitos sociais, que passam pela educação, assistência social, saúde e outras diversas áreas, e todos eles utilizam como fundamento o direito à vida e dignidade da pessoa humana para possibilitar o seu fornecimento. Tal fato gera uma judicialização massiva, o que acaba por alargar as competências estabelecidas e superestimar o orçamento público estabelecido para determinadas políticas públicas.

É certo que a ampliação e a previsão dos direitos sociais da carta constitucional somados aos obstáculos de implementação das políticas de saúde foram responsáveis pela judicialização da saúde. Isso porque o cidadão se viu impotente diante de um poder público inerte que não era capaz de lhes assegurar os direitos constitucionalmente garantidos, enxergando o Poder Judiciário como subterfúgio para alcançar seus pleitos.

No tocante ao aumento da judicialização da saúde no Brasil, Fernando Aith (2010) afirmou:

O reconhecimento da saúde como direito em 1988 provocou um aumento consistente e acelerado no número de demandas por saúde junto ao Poder Judiciário. Ações judiciais pedindo providências do

Estado para assegurar o direito de acesso a medicamentos, cirurgias, próteses, ações de vigilância sanitária, dentre outros serviços de saúde, vêm se tornando comuns nas diversas comarcas do país. Juízes que antes nunca tinham ouvido falar em direito sanitário começam agora a deparar-se com questões de alta complexidade relacionadas com demandas judiciais que pedem acesso à serviços de saúde estatais. A pesquisa organizada pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), que acompanha as ações que tramitam no Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG) é apenas um exemplo de como o papel do Poder Judiciário para a efetivação do direito à saúde tornou-se rotina no Estado Democrático de Direito brasileiro. Esse movimento é salutar e representa importante avanço na consolidação das instituições democráticas no Brasil. (AITH, 2010, p. 100).

Pode-se indagar se a atuação judicial no controle das políticas públicas não afrontaria a cláusula pétrea da separação dos poderes pelo fato do Judiciário invadir a competência do Executivo e do Legislativo para tratar sobre a matéria, o que desequilibraria o sistema de freios e contrapesos dos poderes republicanos. Contudo, afigura-se prudente uma revisão do dogma da “separação dos poderes” em relação ao controle dos gastos públicos e da prestação dos serviços sociais básicos no Estado Social e Democrático de Direito, visto que os Poderes Legislativo e Executivo no Brasil se mostraram incapazes de garantir um cumprimento racional dos respectivos preceitos constitucionais.

Assim, observa-se que o fato da:

[...] legitimidade dos tribunais para tomar decisões politicamente sensíveis não pode ser negada com o argumento de que os juízes não são escolhidos pelo voto popular, já que não se pretende substituir a esfera político-representativa por aquela de ordem funcional. (KRELL, 2012, p. 172-173).

Krell (2012, p. 152), por sua vez, entende que o ativismo na ordem jurídica brasileira deve ser moderado, não havendo nenhum tipo de dificuldade contramajoritária, já que a obrigação de agir foi assentada nas normas jurídicas constitucionais e ordinárias. O ativismo moderado concede ao Judiciário uma interpretação mais expansiva da Constituição e um papel mais proativo e racional na concretização dos direitos fundamentais esculpidos na Carta (KRELL, 2012, p. 151).

Já Barroso (2012, p. 23-32) chama a atenção para os efeitos da atuação dos juízes e afirma que eles nem sempre dispõem de tempo, informações e conhecimento para avaliar o impacto das suas decisões sobre a realidade social. Neste ponto a discussão em torno do direito à saúde tem sido considerada um

exemplo emblemático, considerando-se que tem ocorrido uma verdadeira enxurrada de decisões com cunho mais emocional do que técnico, concedendo uma série de medicamentos e terapias, que põem em risco a própria continuidade das políticas públicas de saúde, desorganizando a atividade administrativa e comprometendo a alocação dos escassos recursos públicos.

Krell (2012, p. 140) informa que os altos gastos de verbas públicas provocados pela judicialização da saúde têm dificultado e até inviabilizado a realização de benfeitorias ou de outros melhoramentos dos serviços de saúde nos estados e municípios. A exemplo, cita-se o estudo realizado pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde junto às Secretarias Estaduais de Saúde (BRASIL, 2013, p. 21) analisou gastos judiciais dos anos de 2009 e 2010 que foram informados por algumas Secretarias ao Ministério da Saúde.

Foi verificada que só no ano de 2010 foi despendida a quantia de R\$ 949.230.598,54 (novecentos e quarenta e nove milhões, duzentos e trinta e mil, quinhentos e noventa e oito reais e cinquenta e quatro centavos), ou seja, quase um bilhão de reais, considerados os dados colhidos com a União e os Estados de Goiás, Santa Catarina, São Paulo, Pará, Paraná, Pernambuco, Minas Gérias, Tocantins e Alagoas. Assim, é possível constatar que, atualmente, as ordens judiciais em todo o Brasil acabam escoando anualmente bilhões de reais que deveriam ser investidos no atendimento coletivo.

Evidentemente que este desvirtuamento orçamentário, somado ao baixo financiamento da saúde e, por vezes, à má gestão desses recursos, acaba por impedir que o SUS tenha um funcionamento mais eficiente. Mas em que pese a desorganização gerada nas contas públicas, não se pode olvidar a importância da via judicial para a garantia dos direitos do cidadão.

Apesar da essencialidade do meio jurisdicional, porém, o que se nota é que, em geral, os juízes, ao compelir o fornecimento de medicamentos, insumos, exames e cirurgias, parecem ignorar que os tratamentos ofertados não obedecem às mesmas regras do mercado privado. Isso porque muitas vezes não consideram as limitações dos entes na aquisição do insumo ou garantem ao demandante medicamento que não se encontra previsto na lista do SUS, ou, ainda, de forma estarecedora determinam o fornecimento de um tratamento para um cidadão que, sozinho, é capaz de comprometer quase que a totalidade do orçamento para este fim.

Nesse sentido, analisa-se que:

A proliferação de demandas que buscam individualizar o bem de saúde acaba por reduzir o sistema público apenas à perspectiva do acesso aos medicamentos, exames e procedimentos. Nesse viés restritivo, as decisões demonstram desconhecer os diversos fatores sociais, econômicos e ambientais que envolvem a garantia da saúde, bem como a integralidade das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação. (ANDRADE et al., 2017, p. 34).

Diante de toda a discussão em torno do fenômeno da judicialização e das consequências advindas do ativismo judicial, se tornou importante uma reflexão cuidadosa acerca do tema, em especial quanto às consequências emanadas por estas decisões. Apesar de observado em diferentes partes do mundo, a centralidade e o papel ativo assumido pelo Poder Judiciário no Brasil deságuam na especial extensão e volume do movimento no país (BARROSO, 2012).

A judicialização aponta a submissão ao Judiciário de questões de grande repercussão política ou social, em detrimento da margem de atuação dos Poderes Legislativo e Executivo. Isso leva à conclusão de que a judicialização não é fruto de escolha das cortes judiciais, mas sim a consequência de uma inércia dos demais poderes em conjunto com a disposição constitucional de uma gama de direitos que devem ser efetivados.

A fragilização do equilíbrio entre os poderes, com maior protagonismo do Judiciário em detrimento das instâncias representativas da vontade popular, Executivo e Legislativo, acaba por relativizar as próprias opções do legislador constituinte. Contudo, no que se refere à capacidade institucional para tomar decisões em políticas públicas, é importante verificar qual Poder está mais habilitado para decidir determinada matéria.

Neste panorama, ratificando o entendimento de Barroso (2012), destaca Barcellos (2007) que, ainda que o controle judicial das políticas públicas seja legítimo, é certo que o Poder Judiciário não detém conhecimento técnico suficiente para decidir. Bem como, igualmente não tem a percepção exata do impacto orçamentário que uma decisão pode acarretar no seio da administração pública e no planejamento para a implementação das políticas públicas, não havendo sequer responsabilização por escolhas equivocadas.

Sarmiento (2008, p. 556) segue a mesma linha de pensamento e argumenta que, a cada vez que uma decisão judicial concede uma prestação material a um indivíduo, ela retira recursos da parte global destinada ao atendimento de todos os

outros direitos fundamentais e demandas sociais, já que “[...] cada decisão explicitamente alocativa de recursos envolve também, necessariamente, uma dimensão implicitamente desalocativa”. O autor ainda defende que os direitos sociais não contariam com uma dimensão subjetiva, nem ensejariam a exigibilidade de quaisquer prestações positivas pelos seus titulares, mas apenas um controle judicial da razoabilidade das políticas públicas adotadas para realizá-los (SARMENTO, 2008, p. 566).

Barroso (2007), em estudo acerca do impacto da intervenção do Poder Judiciário, relata que as recorrentes decisões judiciais que compelem a administração pública a fornecer medicamento trazem o grande risco de causar um colapso nas contas públicas e no sistema de políticas públicas. Para o autor:

O sistema, no entanto, começa a apresentar sintomas graves de que pode morrer da cura, vítima do excesso de ambição, da falta de critério e de voluntarismos diversos. Por um lado, proliferam decisões extravagantes ou emocionais, que condenam a Administração ao custeio de tratamentos irrazoáveis – seja porque inacessíveis, seja porque destituídos de essencialidade –, bem como de medicamentos experimentais ou de eficácia duvidosa, associados a terapias alternativas. Por outro lado, não há um critério firme para a aferição de qual entidade estatal – União, Estados e Municípios – deve ser responsabilizada pela entrega de cada tipo de medicamento. Diante disso, os processos terminam por acarretar superposição de esforços e de defesas, envolvendo diferentes entidades federativas e mobilizando grande quantidade de agentes públicos, aí incluídos procuradores e servidores administrativos. Desnecessário enfatizar que tudo isso representa gastos, imprevisibilidade e disfunção da prestação jurisdicional. Tais excessos e inconsistências não são apenas problemáticos em si. Eles põem em risco a própria continuidade das políticas de saúde pública, desorganizando a atividade administrativa e impedindo a alocação racional dos escassos recursos públicos. No limite, o casuísmo da jurisprudência brasileira pode impedir que políticas coletivas, dirigidas à promoção da saúde pública, sejam devidamente implementadas. Trata-se de hipótese típica em que o excesso de judicialização das decisões políticas pode levar à não realização prática da Constituição Federal. Em muitos casos, o que se revela é a concessão de privilégios a alguns jurisdicionados em detrimento da generalidade da cidadania, que continua dependente das políticas universalistas implementadas pelo Poder Executivo (BARROSO, 2007, p.3-4)

Diante da crescente discussão e do elevado número de ações judiciais, o tema da judicialização do direito à saúde foi objeto de análise pelo Supremo Tribunal Federal (STF), e, à época, o ministro Gilmar Mendes, relator da Suspensão de Tutela Antecipada (STA) 175-CE, expôs as considerações dualistas acerca do tema que,

diante se sua importância, foi precedido de audiência pública em que foram ouvidos profissionais da saúde e da sociedade civil. O acórdão foi assim ementado:

Suspensão de Segurança. Agravo Regimental. Saúde pública. Direitos fundamentais sociais. Art. 196 da Constituição. Audiência Pública. Sistema Único de Saúde - SUS. Políticas públicas. Judicialização do direito à saúde. Separação de poderes. Parâmetros para solução judicial dos casos concretos que envolvem direito à saúde. Responsabilidade solidária dos entes da Federação em matéria de saúde. Fornecimento de medicamento: Zavesca (miglustat). Fármaco registrado na ANVISA. Não comprovação de grave lesão à ordem, à economia, à saúde e à segurança públicas. Possibilidade de ocorrência de dano inverso. Agravo regimental a que se nega provimento. (STA 175 AgR, Relator(a): Min. GILMAR MENDES (Presidente), Tribunal Pleno, julgado em 17/03/2010, DJe-076 DIVULG 29-04-2010 PUBLIC 30-04-2010 EMENT VOL-02399-01 PP-00070).

Em relação à questão debatida, o Ministro Gilmar Mendes considerou, em síntese, no seu voto, a controvérsia existente acerca do tema, expondo que, se por um lado o entendimento de que as normas que tratam do direito à saúde têm conteúdo programático, dependentes, portanto, de políticas públicas implementadas pelo Poder Executivo, que envolvem escolhas trágicas em razão da insuficiência orçamentária para atender a todas as necessidades de todas as pessoas, pautada por critérios de macrojustiça, o que impediria a interferência do Poder Judiciário em razão do princípio da separação dos Poderes; por outro lado, há ampla defesa sobre a necessidade de atuação do Poder Judiciário para assegurar a concretização de direitos sociais indispensáveis à dignidade da pessoa humana.

No voto do Ministro Gilmar Mendes, foi analisada a aplicação do art. 196 da Constituição, nos seguintes termos:

A dimensão individual do direito à saúde foi destacada pelo Ministro Celso de Mello, relator do AgR-RE nº 271.286-8/RS, ao reconhecer o direito à saúde como um direito público subjetivo assegurado à generalidade das pessoas, que conduz o indivíduo e o Estado a uma relação jurídica obrigacional. Ressaltou o Ministro que 'a interpretação da norma programática não pode transformá-la em promessa constitucional inconsequente', impondo aos entes federados um dever de prestação positiva. Concluiu que 'a essencialidade do direito à saúde fez com que o legislador constituinte qualificasse como prestações de relevância pública as ações e serviços de saúde (CF, art. 197)', legitimando a atuação do Poder Judiciário nas hipóteses em que a Administração Pública descumpra o mandamento constitucional em apreço. (ArR-RE nº 271.286-8/RS, Rel. Celso de Mello, DJ 12.09.2000).

Em suma, o Excelso Pretório reconheceu a força normativa do art. 196 e afastou as interpretações que lhe atribuíam a simples natureza programática, pois a mera alegação da falta de recursos ou do alto custo de um medicamento para negar a prestação de serviço a um indivíduo não era um argumento justificado nem razoável, visto que a saúde foi acolhida no texto constitucional como um direito fundamental.

O direito à saúde é neste ponto reconhecido como um direito subjetivo público dos indivíduos, afirmando a existência de uma relação jurídica obrigacional entre o indivíduo e o Estado. Entretanto, ressalta que tal direito é assegurado mediante políticas sociais e econômicas, sem que haja um direito absoluto a procedimentos de saúde desvinculados de uma política pública. Ou seja, o direito subjetivo afirmado se refere ao acesso a políticas públicas de saúde e não a todo e qualquer medicamento ou procedimento.

Consequência diversa advinda, mas não menos grave, do crescente aumento da judicialização consiste no incentivo a competição instituída entre os entes, o que decorre da responsabilidade solidária imposta de forma indiscriminada, ignorando as competências constitucionais estabelecidas aos entes e fixadas na lei do SUS.

A imposição da solidariedade irrestrita firmada a partir da decisão do Supremo Tribunal Federal (STF)²⁰, como se verá com mais detalhes no item subsequente, decorre de uma interpretação extensiva que penaliza, em especial, os municípios que são compelidos por decisões judiciais em fornecer medicamentos, insumos e tratamentos de saúde que não são de sua alçada, a exemplo de medicamentos de câncer, cirurgias de alta complexidade e próteses de alto custo. Uma vez que tais entes são responsáveis pela atenção básica, circunstância que a agrava o déficit orçamentário dos entes menores em detrimento do governo federal.

Diante deste panorama de ampliação do conceito constitucional, a “releitura da Separação dos Poderes, acabou por criar, em uma análise pragmática, um movimento tendente à abolição deste instituto, o que, a princípio, mostra-se vedado pelo ordenamento jurídico” (ROCHA, 2013, p. 100-101) traz consequências

²⁰ Vide: BRASIL, **Supremo Tribunal Federal**. RE 855.178-RG, Brasília, rel. min. Luiz Fux, j. 5-3-2015, P, *DJE* de 16-3-2015. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=4678356>>. Acesso em: 23 abr. 2018.

prejudiciais à organização financeira e orçamentária dos entes, estabelecendo um desenho de competição institucional.

Ocorre que, como já dito, os problemas de ineficácia das políticas sociais levaram o Brasil a uma crescente judicialização em busca da concretização de ações de saúde. Isso revela que o Poder Executivo, apesar de planejar, tem dificuldades para implementar com êxito as ações sociais.

Apesar das falhas apresentadas, vale destacar que os estados e municípios do Brasil têm buscado alternativas à judicialização, como propostas de convênios, perícias técnicas, câmaras técnicas, câmaras de mediação e via administrativa de acesso, envolvendo o Judiciário, o Ministério Público e o Executivo (CHAGAS; PROVIN; AMARAL, 2016, p. 75).

Apesar de todo o esforço, verifica-se que essas medidas não têm sido consideradas nas decisões, já que o CNJ (2015, p. 43) identificou na pesquisa “Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência” que há um certo distanciamento dos tribunais quanto à discussão nacional acerca da judicialização da saúde. Saliente-se ainda que, mesmo com toda a força conjunta entre as instituições para o estabelecimento de diálogo entre os Poderes Executivo e Judiciário, a fim de conciliar seus diferentes pontos de vista, as ações judiciais continuam a aumentar.

O referido aumento foi comprovado mediante um estudo contratado pelo Conselho Nacional de Justiça. A pesquisa revelou que, em 2011, havia 240.980 processos judiciais em trâmite sobre o tema saúde, enquanto no último relatório feito em 2017, que toma como ano base 2016, existiam 1.346.931 demandas no setor, um aumento de aproximadamente 559% do número de ações pendentes de julgamento (BRASIL/CNJ, 2017, p. 182), o que acarreta na majoração dos recursos públicos destinados para o cumprimento de tais decisões.

O volume de recursos públicos destinados ao atendimento dessas decisões judiciais também acompanhou o crescimento da judicialização da área: de R\$ 2,4 milhões destinados no ano de 2005 chegou-se à cifra de aproximadamente R\$ 244 milhões no exercício de 2011. Em outras palavras, um aumento de 100 vezes nesse período. (CONTI; SANTOS, 2017, p. 397).

O que leva a crer que, apesar do Poder Executivo planejar as políticas públicas, este Poder ainda o faz de forma precária e a sua omissão neste aspecto acarreta na massiva judicialização e na conseqüente desordem do orçamento.

Porém, a precariedade gerencial da administração pública não autoriza a intervenção desmedida do Poder Judiciário que não deve se ater à microvisão da judicialização da saúde, mesmo que seja seduzido pela alta demanda de ações individuais propostas diariamente.

Deve-se levar em conta a análise macro da situação exigida judicialmente, ou seja, a razoabilidade ou não da decisão para todos aqueles que se encontram em situação similar à do autor. Pois, caso contrário, além de malferir a isonomia dos necessitados pelo serviço, prejudica a administração da política pública e o fluxo para a concretização do direito, analisando, em especial, a matéria atinente a responsabilidade dos entes para o fornecimento, como será agora evidenciado.

3.4 SOLIDARIEDADE DOS ENTES FEDERATIVOS NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO E CENÁRIO ATUAL

Retomando os breves apontamentos acerca da responsabilidade solidária trazidas no item antecedente, nesta oportunidade será analisada a interpretação jurídica conferida ao tema da solidariedade dos entes federativos na prestação do serviço. Sentido este que impacta diretamente no formato de prestação de saúde que deve ser fornecidas pelos entes, em especial pelos municípios.

O STF, no julgamento da repercussão geral do Recurso Extraordinário (RE) 855178/SE, fixou a tese de que o tratamento médico se insere no rol dos deveres do Estado, sendo tal prestação responsabilidade solidária de todos os entes federados. Pode, portanto, por tal motivo, figurar no polo passivo qualquer um deles, em conjunto ou isoladamente, escolha esta que ficará a critério do autor da ação judicial:

RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. DIREITO À SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS. REAFIRMAÇÃO DE JURISPRUDÊNCIA. RECURSO EXTRAORDINÁRIO DESPROVIDO. O tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, sendo responsabilidade solidária dos entes federados, podendo figurar no polo passivo qualquer um deles em conjunto ou isoladamente. (STF, 2015, *on-line*).

A partir da decisão exarada pelo STF, em caso de necessidade de tratamento de saúde, a ação, individual ou coletiva, poderá ser proposta em face dos três entes federativos conjuntamente, ou de cada um, isoladamente, não havendo a obrigação

de chamar ao processo os demais entes solidários, em literal interpretação dos artigos 6º, 23, II, 196 e 197 da Constituição Federal.

A promoção da saúde é dever comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, o que será regulamentado, fiscalizado e controlado nos termos da lei. O texto constitucional, portanto, expressamente autoriza o legislador ordinário a organizar a prestação deste serviço de modo a conferir racionalidade e eficiência ao sistema. Neste aspecto, a Lei nº 8.080/90 que disciplina em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, efetuando a repartição de competências em matéria de saúde entre os três entes federativos, de acordo com a complexidade do tratamento (arts. 16, 17 e 18), dispõe acerca da regionalização e da hierarquização dos serviços, autorizando a cada ente edição de normas infralegais acerca das técnicas, procedimentos médicos, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (art. 7º).

Neste aspecto, destacam Andrade e colaboradores (2017) acerca da regionalização e da hierarquização:

A regionalização das redes de atenção é bandeira sanitária que valoriza os aspectos regionais e locais para formulação da política pública. A hierarquização, por sua vez, pressupõe a necessidade de articulação dos serviços de modo a repartir competências e atribuições para garantir que os serviços atendam ao princípio da integralidade da assistência no território de abrangência. (ANDRADE et al., 2017, p. 43)

Ocorre que, de acordo com o entendimento da Corte suprema, a designação de atribuições entre os entes federativos por normas infraconstitucionais não impede que seja fixada a responsabilidade solidária imposta constitucionalmente, podendo figurar no polo passivo qualquer um dos entes, em conjunto ou isoladamente.

O resultado desta interpretação realizada pelo Pretório Excelso é revelado através da ineficiência das decisões judiciais nas demandas que protegem o direito à saúde, especialmente devido à microvisão do Poder Judiciário sobre a matéria, que em geral concede liminares de forma indiscriminada. Com a adoção deste entendimento há, inevitavelmente, uma interferência negativa no plano governamental de ações e serviços que são oferecidos à população, já que vincula o uso de verbas que poderiam, mediante planejamento, serem destinadas a uma política de saúde mais ampla, no tocante ao número de beneficiários atingidos.

A partir do entendimento balizado pelo STF concedendo interpretação extensiva ao conceito de responsabilidade solidária, faz-se premente a análise dos artigos 196 e 197 da Constituição Federal à luz da teoria da norma jurídica constitucional sob a perspectiva de sua eficácia e aplicabilidade. O art. 196, da Constituição Federal dispõe que 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.

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, que tem entre suas diretrizes o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas. Já o art. 197 da Constituição Federal prescreve que 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.

Incluindo o artigo 200 da Constituição Federal, são estes os artigos que tratam da saúde pública na Constituição Federal e em torno deles orbitam as questões que envolvem o fornecimento de insumos e a fixação da responsabilidade solidária. Atendendo ao imperativo de dispor sobre o acesso à saúde e de estabelecer meios para regulamentar, fiscalizar, controlar e executar ações e serviços de saúde previsto nos artigos 196 e 197 da Constituição Federal, foi promulgada a lei 8.080/90.

Tal lei instituiu o SUS como 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, restando clara a eficácia contida²¹ disposta nas citadas normas constitucionais. Haja

²¹De acordo com a classificação construída por José Afonso da Silva (1998, p. 82), as normas podem ser classificadas em três categorias: a) normas de eficácia plena que são aquelas normas que desde a entrada em vigor da Constituição já estão aptas a produzir eficácia e, por isso, são definidas como de aplicabilidade direta, imediata e integral; b) normas de eficácia contida que consistem em normas que incidem de forma imediata e produzem todos os efeitos almejados, mas, ao mesmo tempo, preveem meios ou conceitos que permitem limitar a sua eficácia em determinadas circunstâncias, sendo dotadas de aplicabilidade direta, imediata, mas não integral; c) as normas de eficácia limitada não produzem, apenas com a entrada em vigor, todos os efeitos da norma, já que não foi estabelecida toda a normatividade para sua aplicação, o que foi deixado a cargo do legislador ordinário, tendo a sua aplicabilidade indireta, mediata e reduzida.

vista a possibilidade de restrição de sua eficácia pelo legislador, sendo os limites determinados pela política nacional de saúde pública, definida pela legislação originária, o que reafirma o caráter assistencial do SUS.

Assim, a afirmação de que o direito à saúde é assegurado a todos sem que seja analisada a eficácia jurídica do direito constitucionalmente fixado torna a afirmação vazia perante a dogmática jurídica e deixa em aberto os resultados derivados da condição normativa. Tal análise parte, mais especificamente, da tese acerca da aplicabilidade das normas constitucionais construída por José Afonso da Silva (SILVA, 1998, p. 82).

Levando em consideração o dever da administração pública em disponibilizar meios que assegurem a garantia do direito à saúde, é possível notar que o artigo 196 da Constituição Federal não se trata de uma mera norma programática. Ao revés, implica aos entes federados o dever de prestação positiva, obrigando-os a implementar políticas públicas que concretizem e garantam eficácia ao direito à saúde como um todo, limitando-se, porém, aos ditames fixados na política nacional de saúde pública, deixando claro o caráter restringível da norma (BASTOS; BRITTO, 1982, p. 122).

Nesse viés, considerando a classificação exposta, vale destacar que as normas programáticas se tornaram “[...] sinônimo de norma que não tem qualquer valor concreto contrariando as intenções de alguns de seus defensores, bloqueando, na prática, a concretização da constituição e, especialmente, dos direitos sociais” (BELLO; BERCOVICI; LIMA, 2018, p. 06).

Em que pese a conceituação e a classificação dos direitos sociais sob o aspecto da teoria de aplicabilidade das normas constitucionais, a partir da leitura do estudo desenvolvido por Bello, Bercovici e Lima (2018), chegou-se à conclusão que as consequências práticas para a adoção desta tese como meio de tornar o direito, no que se refere ao campo da normatividade, atores e instituições, um caminho para o progresso ensejaria na “[...] judicialização da política e das relações sociais e o ativismo judicial” (BELLO; BERCOVICI; LIMA, 2018, p. 10). Considera-se, para tanto, o deslocamento das decisões políticas do Poder Executivo e Legislativo para o Poder Judiciário, poder composto por agentes que não foram investidos por voto popular.

Em outro momento, a judicialização passou a abarcar o controle judicial de políticas públicas, no qual o magistrados (não-eleitos) se substituem a legisladores (eleitos) e administradores públicos

(eleitos, nomeados ou técnicos) ao se (auto) invocarem legitimidade para adentrarem a esfera de discricionariedade e proferirem decisões com feições de leis ou medidas administrativas.

Nesse sentido, a magistratura brasileira tem utilizado como justificativa alguns elementos para lá de subjetivos que são centrais na 'doutrina brasileira da efetividade', tais como 'dignidade da pessoa humana', 'proporcionalidade', 'razoabilidade' e a própria 'efetividade' manejados através de técnicas de ponderação de interesses que se revela, uma verdadeira caixa preta repleta de subjetivismo.

A expansão da judicialização da política e das relações sociais foi tamanha ao ponto de um de seus primeiros estudiosos tê-la chamado de 'patológica' (Vianna, 2016) e de um integrante da própria 'doutrina brasileira da efetividade' tê-la denominado de 'judicialização da vida' (Barroso, 2018a). (BELLO; BERCOVICI; LIMA, 2018, p. 11).

Dessa forma, ante o fato de não se tratar de mera norma programática, os artigos 196 e 197 da Constituição Federal não devem ser enxergados como normas indicativas de direito, bem como não devem ser utilizados como subterfúgio para aplicação irrestrita de responsabilidade, já que além das competências constitucionalmente fixadas aos três entes da Federação, a matéria relativa à saúde ainda se encontra prevista nos artigos da Lei nº 8.080/90. Ademais, há uma série de portarias e listas do SUS, normas estas que delimitam de forma clara a competência e as atribuições de cada ente federativo, o que torna desarrazoada a ampliação desmedida da responsabilidade.

Além da questão atinente à teoria da norma jurídica constitucional sob a perspectiva de sua eficácia e aplicabilidade, vale ressaltar que a ampliação do conceito de responsabilidade solidária impacta na gestão dos recursos públicos e o planejamento para implementação de políticas públicas que são áreas de conhecimento do Poder Executivo, e não do Estado-juiz. Dessa forma, decisões que ordenam cumprimento de tutela de saúde em favor de determinado indivíduo, sem analisar a repartição de competências da Lei nº 8.080/90, podem comprometer a integridade das políticas públicas de saúde.

À primeira vista, o reconhecimento da responsabilidade solidária dos entes da Federação pode parecer positivo sob a perspectiva do usuário, que terá mais entes possíveis para demandar e incluir no polo passivo da ação. Porém, conforme expõe Asensi (2016, p. 149), a imposição da solidariedade, sob o prisma da gestão do serviço efetuada pelo Poder Executivo, pode ter como consequência uma séria oneração de um dos entes da Federação em detrimento dos demais, já que o ente com menos condições financeiras, a exemplo do município, pode ser condenado a

realizar tratamento de saúde de alto grau de complexidade, que em princípio ficaria a cargo da União Federal.

Ratificando a colocação de Asensi (2016), Segatto (2012, p. 57), mediante estudo de um caso concreto, demonstra a situação de Buritama, cidade do interior de São Paulo que detém 15 mil habitantes e cujo orçamento para fornecimento de remédios é de R\$ 650 mil por ano. Todavia, em 2011, mais da metade dos recursos foi destinada apenas ao cumprimento de demandas judiciais, tendo um único paciente pleiteado e auferido judicialmente uma cirurgia de implante de eletrodos para amenizar o mal de Parkinson, no valor de R\$ 108 mil, ou seja, fora destinado um sexto do orçamento reservado à saúde apenas para o tratamento de um cidadão, onerando o ente mais frágil financeiramente da cadeia, o município.

Andrade e colaboradores (2017) expuseram o caso de Vitória da Conquista, município baiano, analisando os números da judicialização da saúde em conjunto com o percentual de concessão de liminares, o número de ações individuais, os tratamentos médicos pleiteados, e se estes se encontravam dispostos na lista do SUS. Bem como o número de decisões procedentes que utilizaram como fundamento o argumento da solidariedade entre os entes federativos e o número de ações ingressadas em face dos três entes, conjunta ou solidariamente durante os anos de 2013 e 2014.

De acordo com o estudo, as decisões liminares concedidas em detrimento do Estado e Município correspondem a 78,77% dos casos. Já as decisões somente em face do Município somam 14,38% dos casos, enquanto que em face somente Estado corresponde a 5,48%, sendo de 0,68% o número de ações que detém a União, Estado e Município no polo passivo. Ademais, destacam ainda os autores que a solidariedade entre os entes federativos foi alegada em 46,55% das petições iniciais e utilizada como arcabouço para fundamentação das tutelas antecipadas em 20% das decisões judiciais (ANDRADE et al., 2017, p. 39).

Interessante observar que o Poder Judiciário, calcado sob a égide da responsabilidade solidária, em clara confusão com o instituto da competência comum, onera sobremaneira os municípios compelindo-os a prestar insumos que poderiam ser fornecidos pelos estados e pela União, ignorando, muitas vezes, a existência de normas infraconstitucionais de atribuição de competências formuladas pelos entes. Nesse sentido:

[...] a interpretação de que a solidariedade trazida pelo art. 23, II da Constituição brasileira é absoluta implica desconsideração de toda a estrutura normativa do SUS, pois não há como exigir que União, estados, municípios e Distrito Federal ofereçam todos os serviços e atividades de forma simultânea. Sendo assim, embora o Supremo Tribunal Federal (STF) oriente pela regra da solidariedade institucional, ela somente poderia ser aplicada na ausência de políticas públicas estabelecidas, já que a imposição de despesas fora do estipulado nas rubricas do orçamento leva à desorganização administrativa e desrespeito às normas infraconstitucionais que regulam a saúde. (ANDRADE et al., 2017, p.44).

No mesmo sentido, Lopes (2017) expõe a afronta das decisões do Poder Judiciário a divisão de competências constitucionalmente fixadas:

Entretanto, o poder Judiciário, na tentativa furtiva de tentar assegurar o acesso universal e igualitário à saúde de todos os cidadãos brasileiros, não tem observado a divisão constitucional de competências entres os entes federados, que pré-estabelece as responsabilidades de cada um, de acordo com a respectiva dotação orçamentária.

Neste sentido, os repasses de recursos específicos, seja da União aos Estados ou dos Estados aos Municípios, observam uma hierarquia de responsabilidades quanto ao fornecimento de serviços de saúde, o que o Poder Judiciário muitas vezes tem se olvidado a considerar.

Assim, a solidariedade dos entes públicos quanto aos serviços de saúde não se verifica quanto às atribuições de cada Ente, mas, sim, quanto à obrigatoriedade de prestar serviços indispensáveis. Não há, portanto, que se falar em identidade de obrigações dos entes públicos, cabendo a cada qual sua obrigação específica, principalmente ante a existência da Lei 8080/90 que, dividiu as obrigações relativas ao Serviço Único de Saúde – SUS, de modo equânime entre estes, e que não pode deixar de ser aplicada. (LOPES, 2017, p. 90-91)

Assim, nota-se que há uma grande tendência do Poder Judiciário de confundir a competência comum com a responsabilidade solidária. Asensi (2016, p. 150) explica que a competência comum não corresponde ao fato de que todos os entes da Federação têm os mesmos deveres e atribuições. Aduz o autor que a Constituição de 1988 e as normas posteriores, como a Lei nº 8.080/90, estabelecem atribuições comuns e exclusivas de cada ente, sendo tais atribuições essenciais para que os diversos governos possam se planejar e atuar de forma conjunta para garantir a prestação de saúde.

Desse modo, a competência refere-se à repartição administrativa de atribuições entre os três entes da Federação, prevista nos artigos da Lei nº 8.080/90, portarias e listas do SUS, sendo discutível apenas se essas relações são taxativas

ou exemplificativas. Já a responsabilidade diz respeito ao dever jurídico de cada ente federativo de, em conjunto ou isoladamente, efetivar um determinado direito específico (ASENSI, 2016, p. 154).

Saliente-se que seria fantasioso afirmar que todas as atribuições dos entes estão claramente delineadas nos artigos e atos infralegais e que não há um vácuo muitas vezes verificado. Entretanto, não se pode ignorar que houve um avanço institucional na repartição de competências, especialmente no que concerne aos medicamentos.

Neste quesito, as competências da União, estados e municípios não estão explicitadas nem na Constituição nem na lei. Barroso (2012, p. 17) esclarece que a definição de critérios para a repartição de competências é apenas esboçada em inúmeros atos administrativos federais, estaduais e municipais, sendo o principal deles a Portaria nº 3.916/98, do Ministério da Saúde. Esta estabelece a Política Nacional de Medicamentos, na qual, de forma simplificada, os diferentes níveis federativos, em colaboração, elaboram listas de medicamentos que serão adquiridos e fornecidos à população.

Com isso, o gestor federal fica incumbido da formulação da Política Nacional de Medicamentos, o que envolve, além do auxílio aos gestores estaduais e municipais, a elaboração da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME). Ao município cabe definir a relação de medicamentos essenciais, com base na RENAME, e executar a assistência farmacêutica, uma vez que seu propósito prioritário é assegurar o suprimento de medicamentos destinados à atenção básica à saúde, além de outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde.

A União, em parceria com os estados e o Distrito Federal, ocupa-se da aquisição e distribuição dos medicamentos de caráter excepcional, conforme disposto nas Portarias nº 2.577/2006 e nº 1.321/2007, do Ministério da Saúde. Por sua vez, fica o gestor estadual responsável pela definição do elenco de medicamentos que serão adquiridos diretamente pelo estado, particularmente os de distribuição em caráter excepcional (BARROSO, 2012, p.18).

Ocorre que, na prática os Municípios suportam os maiores ônus do fenômeno da judicialização da saúde, posto que por terem maior proximidade com os cidadãos e acabam sendo mais demandados pelo judiciário às custas de seu orçamento e de suas políticas públicas (ASENSI, 2015). Para o autor:

Com isso, observa-se uma tendência de ‘municipalização das demandas’, seja porque são de responsabilidade do município, seja porque são de responsabilidade de outros entes da Federação e o município responderá em função da responsabilidade solidária. (ASENSI, 2015, p. 155).

Diante do exposto, nota-se que o Poder Judiciário deve reanalisar a visão adotada acerca da solidariedade dos entes nas ações e serviços públicos de saúde, buscando o fim e a efetividade da norma constitucional ao analisar e decidir conforme a repartição de competências federativas presentes na Lei nº 8.080/90 e atos infralegais que regulam o SUS. Isto deve ser feito sob pena de cada vez mais aumentar a desestruturação do fluxo da política pública da saúde na veiculação do direito social.

3.5 OS OBSTÁCULOS APRESENTADOS PELO FEDERALISMO COOPERATIVO BRASILEIRO PARA EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE PELOS MUNICÍPIOS

Encaminhando-se para o desfecho da dissertação, é chegado o momento de responder ao cerne do trabalho: se o arranjo federativo adotado consiste em um obstáculo para a implementação das políticas públicas de saúde, em especial nos municípios. Seguido a este questionamento, indagamos se o modelo de federalismo cooperativo, seria deficitário em alguns aspectos, identificando as variáveis que contribuem para a construção deste panorama sem que, no entanto, seja pretendida a busca por soluções ao problema apresentado.

Ao prever expressamente na Constituição de 1988 a figura de um Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizou-se uma antiga aspiração do movimento sanitarista, que veio sendo construída antes mesmo da redemocratização. Com ela, se projetou uma maior participação dos estados e municípios no planejamento e definição das políticas, em conjunto com a atuação da união.

Diante do atributo simbólico atinente ao federalismo cooperativo foram fixadas as divisões de responsabilidades constitucionais, cujos termos atribuem à União a coordenação, a normatização e a definição de padrões nacionais para a ação governamental no setor da saúde. Aos estados, foram atribuídas as funções de coordenação e normatização complementar na sua esfera, além de

acompanhamento, avaliação e controle das redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS), além do apoio técnico e financeiro. Já aos municípios foram fixadas as competências de “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde” (BRASIL, 1990, *on-line*).

Diante deste arranjo federativo, nota-se um claro movimento de descentralização, retirando da união a concentração de poderes e atribuindo parcela deles aos estados e municípios. Neste desenho, o Executivo federal foi o agente investido de autoridade para tomar as decisões mais importantes da política pública (ARRETCHE, 2004), apesar da necessidade de cooperação dos governos subnacionais para sua implementação, uma vez que estes entes são os responsáveis diretos pela gestão das unidades e dos serviços de saúde.

Sendo assim, por um lado, a Constituição Federal trouxe a diretriz de municipalização das políticas públicas e elevou o município ao status de ente federativo, em contramão das atribuições que lhe foram conferidas, a Carta Magna não instituiu nenhum espaço de representação política nacional no qual os municípios tenham representatividade. Por outro lado, os estados têm assento no Senado Federal e na Câmara dos Deputados enquanto os municípios, apesar de serem os principais atores na execução das políticas sociais, não tiveram garantida pela Constituição sua participação em âmbito nacional.

A participação municipal no cenário da saúde evoluiu posteriormente na ocasião em que tais entes passaram a integrar as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), possibilitando a sua participação nas definições nacionais no âmbito das políticas sociais de saúde. Por sua vez, tais comissões tiveram papel essencial para estabelecer um foro de negociação e debate entre os entes federativos, bem como a operacionalização do sistema único de saúde.

A instituição das sobreditas comissões se mostrou essencial haja vista que, em que pese o papel preponderante do governo federal, os demais entes federativos integrantes do SUS têm muito a contribuir com a discussão acerca do planejamento e das técnicas que poderão ser adotadas para aperfeiçoar o sistema. De acordo com os ditames do artigo 14-A da Lei 8.080/90 as comissões detêm larga atuação, a exemplo do que se vê nas decisões relacionadas ao viés operacional, financeiro e administrativo:

[...] da gestão compartilhada do SUS, com possibilidade de traçar diretrizes de âmbito nacional, regional e intermunicipal acerca da operacionalidade do sistema. Esses órgãos, portanto, gozam (em certa medida) de poder regulatório (KHAMIS; SARTORI, 2017, p. 310).

Diante desse aspecto, é bem verdade que a criação das CIBs e CITs foi uma tentativa razoável de suprir a falha do modelo cooperativo-sanitário brasileiro, reconhecendo o “[...] descompasso entre o modelo federativo adotado como regra pela Constituição de 1988 e o federalismo sanitário por ela instituído” (KHAMIS; SARTORI, 2017, p. 303), que não proporcionava a devida participação dos entes subnacionais nas discussões sanitárias.

Ocorre que, apesar do louvável compromisso assumido pelas comissões, ainda é possível vislumbrar que a sua criação não se mostrou um meio que, isoladamente, seja capaz de afastar os obstáculos vislumbrados pelo federalismo brasileiro. Partindo desta premissa, observemos os resultados advindos das políticas públicas de saúde, o que revela, a partir de sua análise, uma série de problemas de ineficiência gerencial e satisfação dos administrados quanto ao serviço prestado, o que induz refletir acerca das causas do problema da coordenação federativa que, de maneira geral, se originam a partir da tensão existente entre o caráter uniforme das garantias sociais nacionais e a preservação das diversidades regionais.

Um aspecto que afeta a questão relativa à capacidade de coordenação federativa se refere à forma como são distribuídas as responsabilidades por políticas públicas entre esferas de governo, o que varia de acordo com o arranjo federativo adotado. No federalismo dualista, os poderes do governo nacional e dos estados, embora incidam sobre o mesmo território, atuam de forma independentemente dentro das respectivas jurisdições, o que acarreta, como exposto no primeiro capítulo, na adoção de políticas públicas distintas em sua extensão e qualidade de prestação em cada estado, gerando disparidades interestaduais que podem levar ao indivíduo de um ente se dirigir àquele que detém melhor política pública para gozar de seus direitos.

Já no federalismo cooperativo, haveria um compartilhamento intergovernamental das jurisdições, devendo os entes atuarem em conjunto quanto as competências comuns com vistas a concretizar as ações sociais previstas no artigo 23 da Constituição Federal. E, por fim, no federalismo centralizado, ocasião em que os entes subnacionais seriam meros agentes administrativos do governo

central, que seria o detentor de poder regulamentador e de recursos para atuação daqueles entes.

É certo que, para que se alcance o cerne do problema exposto neste trabalho, é preciso analisar se o federalismo brasileiro, apesar de emblematicamente cooperativo, assume a roupagem centralizadora. Neste viés, Franzese (2010) expõe que há no Brasil um padrão híbrido de federalismo ao tempo em que foi fixado o compartilhamento de responsabilidades:

Ao desenhar uma federação descentralizada, o texto segue a direção de um modelo mais propício à competição. Porém, ao prever a responsabilidade compartilhada de atribuições em diversas áreas de políticas públicas, a Carta aponta no sentido de uma necessária cooperação entre os entes federativos. Esse padrão híbrido, aliado a um contexto de crise fiscal federal, trouxe para as políticas públicas características e dilemas tanto de federações competitivas, quanto cooperativas. (FRANZESE, 2010, p. 89)

Apesar da influência do padrão do federalismo cooperativo alemão e da existência de uma forte influência norte americana no modelo adotado, quando se confronta a nossa Constituição com os modelos de federalismo competitivo e cooperativo descritos, não encontramos, porém, essa similitude. Na Alemanha, exemplo emblemático do modelo cooperativo, o dilema do compartilhamento é resolvido ao atribuir a competência de legislar ao governo central, sendo a responsabilidade de implementação da esfera estadual, o que não ocorre no arranjo federativo brasileiro em que, com fulcro no artigo 23, da Constituição Federal, são atribuídas as responsabilidades de execução de política pública às três esferas de governo, cabendo à legislação complementar dispor acerca dos pormenores.

Em contraponto, o modelo brasileiro também não se assemelha ao modelo competitivo americano, ao tempo em que neste há uma efetiva separação das esferas de governo, sendo a dinâmica federativa responsável por estabelecer uma relação entre os entes, passando os estados a competirem entre si, mas sendo também responsáveis pela negociação e formalização de acordos de cooperação.

Em observância aos modelos sobreditos, vê-se que, no Brasil, a Constituição de 1988 criou um modelo de distribuição de competências fixando a cooperação entre os entes. Porém, não indicou as formas que devem ser utilizadas para assegurar essa cooperação, em clara distorção do federalismo cooperativo alemão.

Isto é, não definiu, a exemplo do federalismo alemão, qual função cabe a cada esfera de governo na promoção de políticas públicas. Também não separou, tal qual no caso norte-americano, quais as atribuições de cada esfera de governo dentro da matriz federativa. Por isso, não obstante especificar a necessidade de compartilhamento, a Constituição não aponta para como este será operacionalizado, criando para o federalismo brasileiro, como alerta Aspásia Camargo (1999), graves problemas de superposição de ações e accountability. (FRANZESE, 2010, p. 94)

O arranjo federativo brasileiro tem como característica a divisão de competências, com a significativa atribuição de tarefas aos entes subnacionais, restringindo a esfera de movimentação de tais entes, de forma que ao retirar-lhes “[...] a possibilidade de implementar políticas públicas essenciais, o Estado passa a ser mais unitário do que federal, ainda que, formalmente, adote um desenho federativo.” (KHAMIS; SARTORI, 2017, p. 306).

Na mesma linha, Souza (1996, p. 104) destaca que o modelo de federalismo adotado no Brasil resulta em graus variados de cooperação política e financeira entre o governo federal e os entes locais. Haja vista que poucas competências constitucionais exclusivas foram destinadas aos estados e municípios. Consequência deste fato é que o federalismo brasileiro tem sido marcado atualmente por políticas públicas federais que se impõem às instâncias subnacionais (SOUZA, 2005, p. 111).

Assim, diante da ausência de atribuições taxativas para cada ente, criou-se uma tentativa de impingir a outro governo a responsabilidade pela adoção de condutas capazes de implementar as políticas públicas, em um verdadeiro jogo de empurra. Isso leva a crer que a descentralização de políticas públicas para os estados e municípios se tornou controversa do ponto de vista relativo aos aspectos negativos carreados, notando-se o início de uma conduta de transferência de responsabilidades, ocasião em que “[...] cada nível de governo pretende transferir a uma outra administração a maior parte dos custos políticos e financeiros da gestão das políticas e reservar para si a maior parte dos benefícios” (ARRETCHE, 2000, p. 47), configurando um verdadeiro sistema de barganhas federativas.

Nestes termos, destaca Maria Hermínia Almeida (1995) que a omissão na definição de atribuições precisas para cada ente acarretou num vácuo prestacional:

Da mesma forma, estados e municípios não são capazes de definir com clareza seus papéis quando a lei estabeleceu competências concorrentes e resistem, de forma crescente, a assumir funções que

o novo modelo lhes atribui, em que pese a transferência de recursos promovida pela Constituição de 88. Desejam a descentralização sempre e quando ela for financiada pelo governo federal. Nessas circunstâncias, o conflito entre os níveis de governo tende a se acirrar e a assumir distintas formas, todas com efeitos paralisantes sobre a redefinição do pacto federativo em bases cooperativas.

[...]

Todavia, embora houvesse uma inclinação generalizada pela descentralização, não existiu uma verdadeira política de descentralização que orientasse a reforma das diferentes políticas sociais. Ao contrário, lógicas particulares presidiram a redistribuição de competências e atribuições - ou a ausência dela e a manutenção do status quo - nas diferentes áreas. (ALMEIDA, 1995, p. 92-93)

Melo (1996, p. 19) destaca que, apesar da euforia inicial, este arranjo institucional começou a ser visto com mais cautela, o que se deu “[...] em virtude da visibilidade que vem ganhando alguns efeitos perversos observados a partir de processos de descentralização”. Neste mesmo sentido, ensina Arretche (2000):

É devido à dimensão de barganha federativa que o processo de descentralização das políticas sociais do Brasil só pode ser efetivo na medida em que as administrações locais avaliem positivamente os ganhos a serem obtidos a partir da assunção de atribuições de gestão; ou, pelo menos, que considerem que os custos com os quais deveriam arcar poderiam ser minimizados pela ação dos demais níveis de governo. Dito de outro modo, a adesão dos governos locais à transferência de atribuições depende diretamente de um cálculo no qual são consideradas, de um lado, os custos e benefícios derivados da decisão de assumir a gestão de uma dada política e, de outro, os próprios recursos fiscais e administrativos com os quais cada administração conta para desempenhar tal tarefa. (ARRETCHE, 2000, p. 48).

Ocorre que, apesar das críticas ao modelo cooperativo brasileiro e à descentralização, esta ainda é mantida no país e vista como medida eficaz e promissora para o êxito na implementação das políticas de saúde. Porém, ante a adoção da descentralização de competências com objetivo de implementar uma política pública eficaz e sendo o setor da saúde um modelo tratado como exemplar sob o aspecto da descentralização, por qual motivo então a prestação do serviço de saúde pelos municípios, entes preponderantemente responsáveis, é tão deficiente?

A estadualização e a municipalização dos serviços de saúde dependem da adesão livre e responsável destes entes que, após a elaboração de cálculos (ARRETCHE, 2000, p. 57), irão decidir se a disponibilização e a execução da ação social lhes trarão benefícios, além de tecer acerca dos eventuais prejuízos. Porém, a desigualdade existente entre os entes acarreta na disparidade da qualidade dos

serviços prestados pelo SUS nos diferentes municípios, o que significa que o cálculo relativo aos benefícios e prejuízos impostos a cada ente varia de acordo com a capacidade estrutural de cada um deles (ARRETCHE, 2000)

A partir da adesão ao SUS, foram sendo transferidas aos governos locais as funções de gestão dos atos e procedimentos médicos, bem como a realização de maior parte dos atendimentos básicos em saúde e de atividade de vigilância. Isso foi feito com o auxílio das políticas estaduais de capacitação municipal para que, a partir daí, os municípios se sentissem capacitados para prestar o serviço e responder perante os administrados (ARRETCHE, 2000, p. 231).

Ocorre que, apesar do estudo de viabilidade a ser desenvolvido pelos entes, é certo que a descentralização, nos moldes da ocorrida no Brasil, transformou a imagem da nossa federação, tornando-a como um dos arranjos mais descentralizados do mundo (SOUZA, 1996). Ademais, firmou uma verdadeira confusão entre federalismo e descentralização, ocasião em que “[...] apenas uma parte dos atores envolvidos no pacto federativo, os estados e municípios” (AFFONSO, 1994, p. 321) se tornaram os protagonistas como os grandes responsáveis na implementação das políticas.

Somada a esta moldura construída no vazio, se sucedeu a crise fiscal e uma tendência de redução do tamanho do estado, mesmo que isso significasse a diminuição da prestação social pelo governo federal, diminuição esta que certamente deu ensejo a municipalização no setor da saúde. Neste aspecto, Almeida (1995) aponta como um fator para a ocorrência dos desequilíbrios fiscais que impactaram diretamente na gestão, planejamento e coordenação das políticas, a perda de capacidade política do Executivo federal e do Congresso Nacional, o que resulta na redefinição das relações intergovernamentais na área social. A autora acrescenta ainda que:

De um lado, a falta de rumos políticos exacerbou nas instâncias federais, especialmente no Ministério da Saúde, as resistências burocráticas e corporativas à descentralização e a uma redefinição de seu papel, que pode implicar perda de poder, de recursos e mesmo de empregos.

Por outra parte, a diminuição dramática dos recursos federais destinados à saúde e a irregularidade das transferências federais para estados e municípios aumentou a incerteza quanto aos rumos do SUS. Diminuiu, na mesma proporção, a disposição dos estados em desenvolver políticas ativas de descentralização; e a dos municípios em assumir plenamente as responsabilidades de gestão

dos equipamentos e de prestação de serviços. O futuro do SUS depende da disposição e, especialmente, da capacidade dos municípios de assumir a plenitude das funções que lhe cabem no sistema. (ALMEIDA, 1995, p. 95)

De acordo com Affonso (1994, p. 331), a perda da capacidade regulatória no campo da descentralização por parte da união ocorreu em virtude de diversos fatores, sendo o primeiro deles relativo ao aumento da participação dos estados e dos municípios nas receitas e nas despesas agregadas. A este contexto, somou-se o fato de que alguns estados tinham a possibilidade de autofinanciamento através de bancos próprios, o que “[...] problematizou a gestão macroeconômica do Governo Federal nos moldes da tradicional centralização de instrumentos de política econômica” (AFFONSO, 1994, p. 331).

Em um segundo momento, o autor descreve que, com o advento da Constituição de 1988, observou-se um aumento significativo das vinculações dos gastos da União, em oposição à liberdade de aplicação de recursos dos governos subnacionais. Observa-se, então, que:

Além disso, como consequência da redução da sua receita e do aumento das vinculações, a União viu-se premiada a diminuir o montante de suas transferências voluntárias, limitando o seu grau de arbitragem na alocação de recursos. (AFFONSO, 1994, p. 331).

Por fim, para Affonso (1994), o processo de privatização ocorrido no início dos anos 90 afetou diretamente a capacidade de articulação da União, circunstância que não ocorreu na mesma proporção em relação aos estados e municípios, haja vista que o papel de gestão macroeconômica e política exercida pelo Governo Federal é mais abrangente do que aquele executado pelos entes locais.

Nesta perspectiva, frequentemente é suscitado que a Constituição de 1988 descentralizou receitas, mas não conferiu encargos suficientes aos estados e municípios. Tal contexto teria agravado a crise fiscal vivenciada pelo Governo Federal e criado a visão da necessidade de revisão da descentralização de receitas em favor dos entes subnacionais (ALMEIDA, 1995; ARRETCHE, 2004).

Ocorre que, de acordo com Affonso (1994) e Bercovici (2002; 2004), esta visão não merece prosperar, uma vez que os estados e municípios de fato receberam receitas, mas também lhes foram atribuídas um amplo rol de atribuições, que não teve completo êxito na sua execução ante o formato centralizado que a descentralização brasileira assumiu, em uma clara contradição ao modelo federativo

que emblematicamente foi adotado e que reforça o caráter de subfinanciamento do governo federal aos entes subnacionais.

Acrescenta Bercovici (2004) que a celeuma gerada em torno da descentralização de receitas, sob a justificativa de que os encargos assumidos seriam insuficientes não se sustenta. Isso porque “[...] o problema foi a falta de coordenação e cooperação entre a União e os entes federados, o que gerou o caos hoje reinante” (BERCOVICI, 2004, p. 69).

Quanto à alegação de que houve uma perda considerável da união na arrecadação de receitas, Affonso (1994) ressalta que o governo central adotou medidas capazes de reaver as perdas ocorridas, seja por meio de aumento da tributação ou ainda através da ampliação de meios de cobrança das dívidas dos estados. Para o autor:

No que tange às receitas, o Governo Federal reagiu à perda de recursos da Constituição de 1988 de diversas maneiras: utilizou o quanto pôde o recurso aos floats nas transferências aos estados e aos municípios; aumentou as alíquotas dos tributos não sujeitos à partilha intergovernamental (IOF, contribuições sociais); ampliou as dificuldades para a rolagem das dívidas dos estados; exigiu dos governos estaduais o pagamento da dívida externa contraída com o aval federal. (AFFONSO, 1994, p. 332-333).

Sendo assim, o que se vê é uma conjectura de crise fiscal liderada pela união, mas que na realidade nada mais é do que o reflexo da desestruturação descentralizante. Além de agravar ainda mais a crise federativa inviabiliza a reforma estrutural do Estado e a eficaz prestação dos direitos sociais de saúde pelos municípios responsáveis.

Neste panorama, o futuro do SUS está fortemente comprometido ante a crise financeira que assombra o governo federal, o que torna a descentralização um tanto quanto caótica já que induz que os municípios assumam toda a estrutura orçamentária, gerencial, financeira e administrativa do sistema único de saúde. Organização esta que, infelizmente, nem todos os entes subnacionais possuem, o que acarreta no aumento das discrepâncias existentes e revela a prejudicialidade do subfinanciamento efetuado pelo governo federal. Nesses termos, Almeida (1995) ensina:

[...] se acentuem as diferenças de nível e qualidade de atendimento no interior do SUS. E que, em consequência, a política de saúde não chegue a ser uma política social em sentido forte, nem se torne

instrumento para assegurar patamares mínimos de equidade e bem-estar. (ALMEIDA, 1995, p. 95).

Diante desse quadro, o governo federal parece ignorar as desigualdades regionais existentes na medida em que não oferece uma resposta coerente, considerando que, em que pese a descentralização, o ente central deve exercer parcela de atuação cooperativa com os demais entes subnacionais. Omissão esta que se assemelha a um formato de descentralização irresponsável sob o prisma de um federalismo centralizado:

Nas condições presentes, o governo nacional oscila entre propostas radicais de devolução imediata de funções, proposições setoriais que não tomam em consideração os requerimentos do ajuste fiscal e iniciativas que espelham resistências setoriais à realocação de responsabilidades para as instâncias subnacionais. Nunca chega a oferecer resposta adequada aos desafios da construção de um novo federalismo. (ALMEIDA, 1995, p. 99)

Observando a conjuntura que se construiu em torno das ações sociais, nota-se que a Constituição fixa diretrizes de universalização destas políticas que, ao serem implementadas, consolidam o arranjo do federalismo no Brasil, de acordo com um modelo cooperativo, a exemplo do que ocorreu nas federações mais competitivas durante o século XX, com a implementação dos Estados de Bem-Estar Social.

O federalismo cooperativo parte da premissa da existência de uma íntima relação entre as esferas de governo respeitando a integridade mútua e desenvolvendo a cooperação por meio de negociação. Ocorre que, a cooperação não significa harmonia entre os entes federativos. Ao revés, nota-se que o modelo adotado incentivou que cada ente use seus recursos visando os resultados que lhe são benéficos. Nestes moldes, Franzese (2010) destaca que a consequência deste movimento adotado pelos entes subnacionais:

[...] pode ser a coerção, com predomínio federal sobre os demais entes, ou, inversamente, o fortalecimento dos governos subnacionais. Os resultados não estão pré-determinados, a única certeza é que necessariamente haverá cooperação (e não o isolamento) e, conseqüentemente, diferentes jogos na dinâmica federativa, dentro dos parâmetros das regras constitucionais, ou melhor, dentro da matriz federativa. (FRANZESE, 2010, p. 41)

Neste panorama, Souza (2002) afirma que o federalismo tem permanecido presente como modelo institucional no país, mas sua dinâmica oscila frequentemente entre a centralização e a descentralização, caminhando entre os

dois extremos ao longo de sua história. Já para Almeida (2001), os conceitos de centralização e descentralização têm estruturado os estudos sobre federalismo e políticas públicas no Brasil:

O grau e a forma de participação das esferas de governo [na decisão sobre políticas] dependeram do caráter mais ou menos centralizado do arranjo federativo prevalecente. Com efeito, a literatura especializada é unânime em apontar alternância entre períodos de centralização e descentralização como um traço saliente da história do federalismo brasileiro. Eles tendem a coincidir, respectivamente, com o predomínio de regimes autoritários e com a vigência da ordem democrática (ALMEIDA, 2001, p.25).

De acordo com Souza (2005, p. 111), entretanto, “[...] outorgar o rótulo de centralizado ou descentralizado ao federalismo brasileiro parece não dar conta da sua atual complexidade”. Tal situação ocorre pelo fato que:

a federação tem sido marcada por políticas públicas federais que se impõem às instâncias subnacionais, mas que são aprovadas pelo Congresso Nacional e por limitações na capacidade de legislar sobre políticas próprias – esta última também constrangida por decisões do poder Judiciário. Além do mais, poucas competências constitucionais exclusivas são alocadas aos estados e municípios. [...]. Por outro lado, estados e municípios possuem autonomia administrativa considerável, responsabilidades pela implementação de políticas aprovadas na esfera federal, inclusive muitas por emendas constitucionais, e uma parcela dos recursos públicos poucas vezes concedida pelas constituições anteriores, em particular para os municípios, superior a outros países em desenvolvimento. (SOUZA, 2005, p. 111)

Diante dessa observação, considerando o exposto no capítulo inaugural acerca da existência de flagrantes assimetrias no Brasil, vê-se que o modelo de federalismo simétrico, que ignora as diferenças existentes entre os entes subnacionais, foi adotado em uma federação substancialmente assimétrica (SOUZA, 2005, p. 111). Por sua vez, resulta no aumento vertiginoso das desigualdades inter-regionais.

Segundo a autora, o modelo simétrico é ressaltado por dois fatores, sendo que o primeiro deles se refere à existência de regras sobre as competências, recursos e políticas públicas das entidades subnacionais que são tratadas pela Constituição, restando pouca margem de atuação para iniciativas específicas dos entes. O segundo fator se refere ao conteúdo das decisões do Supremo Tribunal Federal (STF) que vem determinando que as leis estaduais sejam meras

replicadoras dos conteúdos de leis federais, o que resume os estados a simples gestores do direito federal.

Sendo assim, o arranjo federativo adotado parece não ser capaz de minimizar as desigualdades e viabilizar a oferta eficaz das políticas públicas de saúde, já que:

A experiência brasileira corrobora a visão de que o federalismo como mecanismo de divisão territorial de poder é uma forma de acomodar conflitos em vez de promover harmonia. Confirma também a perspectiva desenvolvida no início deste trabalho de que o federalismo é mais uma ideologia, que se baseia em valores e interesses, do que apenas um compromisso baseado em arranjos jurídicos e territoriais. A nossa experiência também sustenta o ponto de vista de que as relações intergovernamentais em países federais tendem a ser mais baseadas em interesses conflituosos, que são, por sua vez, reflexo de outros conflitos políticos existentes na sociedade. (SOUZA, 1998, p. 17)

Diante da perspectiva de fracasso dos objetivos do arranjo federativo, conforme apontado por Souza (1998), Khamis e Satori (2017, p. 307) destacam o centralismo fiscal e de competências atribuídas à união, na medida em que a divisão de receitas e competências tributárias se concentra basicamente na União. Desse modo, os tributos mais rentáveis favorecem o governo central, sendo pequena parcela dirigida aos estados e municípios.

Nesta linha, Bercovici (2003a) relata que os entes subnacionais se resumiram a meros executores da vontade do governo central, uma vez que os estados e municípios se tornam subservientes a executar as políticas nos moldes do determinado pela união, o que foi denominado por Machado e Palotti (2015, p. 66) como constrangimento direto, para que, só assim, ocorra o recebimento de repasses federais:

Ao invés de fortalecer o federalismo no Brasil, o artigo 43 da Constituição de 1988 pode servir para ampliar os poderes do Governo Federal: a criação das Regiões compete exclusivamente à União, sem qualquer participação dos Estados interessados. Os organismos regionais previstos no texto constitucional são considerados apenas como meros executores dos planos regionais de desenvolvimento, que são elaborados também na órbita federal. A vontade regional, ou, ao menos, a dos Estados e Municípios envolvidos, é, aqui, totalmente desprezada. (BERCOVICI, 2003a, p. 235)

No que se refere ao meio de repasse feito pelo Ministério da Saúde aos entes subnacionais, sob o formato de pagamento por produtividade, inicialmente agradou os municípios, ante a possibilidade de receber os valores diretamente sem a

interveniência das Secretarias estaduais de saúde. Porém, este método de repasse revelou a limitação dos entes locais a políticas modeladas pelo governo central, de forma que qualquer ação social de saúde que fosse inovadora deveria ser custeada pelo município.

[...] esta forma de financiamento foi encarada como uma limitação à autonomia dos entes descentralizados, pela rigidez que impõe às possibilidades de adequação local de oferta de serviços. Dado que o principal mecanismo de acesso aos recursos federais está vinculado à prestação de serviços de natureza curativa, a margem para inovações no plano local estaria limitada pelo volume de recursos disponíveis; para instituir programas inovadores, os governos locais somente poderiam contar com recursos próprios, uma vez que aqueles oriundos das transferências estariam na prática vinculados a um dado tipo de atuação. (ARRETCHE, 2000, p. 211).

Nessa linha de pensamento, Cibele Franzese (2010), em seus estudos, destaca que o centralismo da união tem severas consequências, de modo que, para ela, “[...] as funções de financiamento e regulamentação federais constrangeriam fortemente a autonomia dos governos subnacionais nas decisões sobre prioridades de políticas públicas e alocação de recursos”. (FRANZESE, 2010, p. 181-182).

Conclui a autora, a partir do estudo e entrevista de membros que compõe a estrutura dos entes subnacionais que as políticas de saúde, ao serem desenhadas pelo governo central, devem ter um olhar prospectivo para as necessidades dos municípios:

Assim como o governo federal detém o poder sobre a elaboração da pauta das reuniões e, mais importante, domina boa parte dos recursos financeiros que alimentam tanto o SUS, quanto o SUAS [Sistema Único de Assistência Social], os municípios também possuem um recurso fundamental à efetividade das políticas públicas, que é o poder de implementação. Parece haver um consenso, mesmo no âmbito federal, de que as políticas desenhadas nacionalmente devem se adaptar à capacidade municipal de implementação, uma vez que é essa a esfera de governo responsável pela execução da política. (FRANZESE, 2010, p. 188).

Quanto aos constrangimentos indiretos, com o estudo de Machado e Palotti (2015, p. 68), é possível concluir que estes são decorrentes da vasta autorização legal e constitucional no sentido de autorizar a União a exercer um papel de formulação, coordenação ou supervisão nas políticas sociais. Somado ao fato de que a Lei n. 8142/1990 autorizou o Ministério da Saúde a estabelecer as condições para a aplicação das transferências financeiras por meio de portarias ministeriais.

A centralização sobredita concentrada no governo central reflete a perpetuação de uma circunstância que nos remete a Era Vargas, sem nenhuma ruptura deste quadro, o que não foi realizado nem mesmo pela Constituição de 1988. Conforme se observa:

Este formato centralizado de Estado federativo não é resultado de qualquer reforma implementada no pós-88. Antes, é uma continuidade do modelo de Estado Desenvolvimentista, que centralizou recursos e autoridade, modelo este cujas características centralizadoras foram aprofundadas pelo regime militar e mantidas pelas diferentes reformas descentralizadoras. Estas em nada alteraram este modelo previamente centralizado de organização do Estado nacional brasileiro. Ao contrário, o modelo de descentralização brasileiro consistiu em transferir a implementação das políticas para os governos territoriais, preservando o papel da União nas funções de financiamento e de normatização (ARRETCHE, 2007, p.23).

Acerca do centralismo da união e da divisão de competências há que se fazer, apoiado em Affonso (1994, p. 333), uma digressão histórica acerca da distribuição das atribuições constitucionalmente fixadas, de forma que ensina o autor que, ao final do Governo Sarney, houve uma tentativa de transferir os encargos aos estados e aos municípios. Contudo, este ensaio foi abandonado posteriormente ante a negativa de alguns setores do Executivo Federal em abdicar de uma parcela do controle político, da conduta do Congresso Nacional que tinha interesse na manutenção do domínio pela distribuição de recursos aos entes e também diante da resistência dos estados e municípios em receber um amplo rol de atribuições sem o devido apoio financeiro e logístico.

Com o agravamento da crise fiscal no início dos anos 90, o governo federal iniciou um movimento de transferência de atribuições para os estados e municípios. Manteve, porém, sob o seu controle, as transferências de recursos, o que foi chamado de "descentralização tutelada" (AFFONSO, 1994, p. 333).

Diante deste panorama, Affonso (1994) esclarece que a disputa se dá em duas vertentes, sendo que a primeira delas se refere ao desejo da união, apoiado no argumento de que o planejamento e coordenação por ela realizados são inócuos, em centralizar os recursos que estão repassados aos entes subnacionais. E, sob a outra perspectiva estão os estados e municípios que, ao contrário do que se ventila, não aspiram a centralização, mas sim a manutenção da descentralização, só que

esta deverá ser executada com repasses automáticos e com critérios predefinidos, evitando as barganhas federativas destacadas por Arretche (2000).

Dessa forma, Arretche (2007) conclui que a nacionalização de políticas sociais e a consolidação dos sistemas de políticas públicas não constituem um processo de cooperação, refletindo sim a continuidade de uma centralização decisória presente, tanto no histórico da construção das políticas sociais no Brasil, quanto na própria Constituição Federal de 1988, ao garantir ao governo federal prerrogativas de normatização sobre assuntos subnacionais.

Neste viés, Arretche (2000; 2007) estuda e destaca, por um lado, a importância de políticas federais de indução²² para que a municipalização avance no país e conclui que se trata de mais um processo de centralização, já que o governo central, ao controlar o repasse de recursos financeiros de acordo com a adesão a programas por ele desenhados, limita a agenda dos governos subnacionais, suprimindo parte de sua autonomia.

Por outro lado, o formato da descentralização em curso na área da saúde corre o risco de confirmar, quando não de agravar, as disparidades intra e inter-regionais geradas sob o federalismo centralizado, já que a forma pela qual se tem processado o rearranjo de competências, especialmente nos casos de descentralização por ausência, pode neutralizar ou perverter o efeito de equidade que toda política social tem por meta. Nessa medida,, tende a alimentar as tensões que atravessam a federação, reavivando as disputas regionais e deteriorando a estabilidade de seu pacto constitutivo (ALMEIDA, 1995, p. 100).

Além do centralismo das competências e das atribuições fiscais exercidas pelo governo central, é necessário observar, no que se refere à política de saúde, que a União “[...] é a arquiteta da estrutura infraconstitucional, diretora, gestora e fiscal, enquanto os Estados e, principalmente, os Municípios são os executores.” (KHAMIS; SARTORI, 2017, p. 308). Isto induz a refletir acerca da essencialidade do papel gerencial de todo o sistema que deve ser exercido pela União.

Outro ponto que merece destaque é exposto por Bercovici (2004), que relata que a ausência de planejamento coordenado, capitaneado pelo governo central, é

²² Nos termos do ensinamento ministrado por Arretche (2000, p. 53), a política de indução consiste na elaboração de programas que incentivem as ações dos governos locais, reduzindo os custos financeiros para a execução das funções de gestão e dos custos de instalação do serviço, proporcionando condições mais favoráveis para o desenvolvimento da política.

motivo que contribui para o insucesso das políticas que devem ser implementadas pelos entes, em especial pelos municípios no âmbito da saúde. Dessa forma:

Na realidade, a grande crítica que pode ser feita às competências comuns elencadas no artigo 23 da Constituição de 1988 é a não-inclusão do planejamento entre as matérias previstas. A ênfase da Constituição de 1988, no tocante ao planejamento, foi dada à União (artigo 21, IX da Constituição), ignorando-se o papel dos Estados e Municípios na elaboração dos planos. A preponderância da União, nesta área, não exclui a necessidade de participação de todos os entes federados na elaboração conjunta do planejamento. Afinal, a cooperação é uma espécie de planejamento, ao elaborar critérios conjuntos e uniformes de atuação da União e entes federados sem violar a repartição de competências. É um planejamento coordenado, com a anuência de todos os titulares de funções estatais, em contraposição a um planejamento imposto de cima para baixo. É a falta de uma política nacional coordenada, e não a repartição de competências concorrentes e comuns, que faz com que determinados programas e políticas públicas sejam realizadas por mais de uma esfera governamental e outros por nenhuma. (BERCOVICI, 2004, p.62-63).

Segue o autor expondo a importância do planejamento para a correta e eficaz implementação das políticas públicas, ocasião em que imputa à união a responsabilidade pela deficiência prestacional, já que a programação por projetos sociais deve ser capitaneada pelo governo central. Para ele:

Nem todos os autores reconhecem a existência de um amplo processo de descentralização de receitas e encargos. No entanto, após a Constituição de 1988, de modo lento e, inconstante e descoordenado, os Estados e Municípios vêm substituindo a União em várias áreas de atuação (especialmente na área da saúde, educação, habitação e saneamento), ao mesmo tempo em que outras esferas estão sem qualquer atuação governamental graças ao abandono promovido pelo Governo Federal. Política esta, de abandono de políticas sociais por parte do Governo Federal. [...]. As políticas sociais não sofreram mudanças qualitativas ou se deterioraram não pela sua concentração na esfera federal, mas pela total falta de planejamento, coordenação e cooperação no processo de descentralização. (BERCOVICI, 2004, p.67).

Segundo José Ângelo Machado e Pedro Lucas de Moura Palotti:

[...] há uma divisão vertical de poder bem estabelecida, sendo as competências sobre diferentes políticas públicas distribuídas entre as esferas de governo. [...] essas competências são compartilhadas, havendo uma divisão apenas funcional de tarefas entre tais esferas, geralmente cabendo à União a formulação e a coordenação; às unidades subnacionais, a implementação (MACHADO; PALOTTI, 2015. p. 62-63).

Considerando a necessidade de planejamento liderado pela união, Arretche (2000) ainda destaca que a doação de “[...] estratégias de indução eficientemente desenhadas e implementadas são decisivas para o sucesso de processos de transferência de atribuições” (ARRETCHE, 2000, p. 244). Dessa forma, a existência de programas federais de descentralização, somada a um ciclo de capacitação municipal, é decisiva para o êxito do programa de descentralização, em especial nos municípios com baixa capacidade econômica e deficiência estrutural que no Brasil são a sua maioria. Nesse sentido:

Assim, a ‘existência de políticas deliberadas’, explicita e eficientemente desenhadas para obter a adesão dos governos locais, é uma condição necessária ao sucesso de um processo amplo e abrangente de transferência de funções de gestões de políticas sociais. Isto implica dizer que, para obter resultados na transferência de atribuições, a ação política deliberada pode alterar substancialmente o peso e a importância de variáveis relacionadas aos atributos estruturais do Estados e municípios e aos atributos institucionais das políticas. (ARRETCHE, 2000, p. 244)

Diante desta perspectiva, vemos que não é suficiente para a eficácia da descentralização o aumento das fontes autônomas de recursos nem mesmo a transferência integral de recursos ao ente subnacional. É preciso sim que ocorra o auxílio do governo central, em um ato de compartilhamento de responsabilidade, que “[...] implique um redesenho do modelo nacional de prestação de serviços sociais, depende necessariamente da implementação de estratégias deliberadas e adequadas de incentivo à adesão dos governos locais” (ARRETCHE, 2000, p. 247), medida esta que se somaria a uma “[...] política planejada de cooperação e coordenação entre União e entes federados, com os objetivos do desenvolvimento e da promoção da igualação das condições sociais de vida” (BERCOVICI, 2004, p. 69).

Sendo assim, a transferências das políticas públicas de saúde para os municípios não pode se dar de forma espontânea e automática sem que antes tenha sido realizado um processo de indução, coordenação e planejamento, ações estas que devem ser lideradas pelo governo central. Ocorre que, de acordo com o exposto em linhas atrás, aos entes subnacionais foram imputadas um largo rol de atribuições sem, contudo, lhe fossem garantidos meios para a execução de acordo com os ditames constitucionais ante a ausência de contrapartida federal e da vinculação de receitas, o que acarreta no aumento do abismo inter-regional existente.

A incompatibilidade entre a previsão constitucional do arranjo federativo que, ressalta-se, flerta com o centralismo, e o formato de implementação adotado pelo federalismo sanitário é mais um fator que obstaculiza a execução. Haja vista a sobrecarga imputada aos municípios, acrescida do fato de que o ente que estabelece a estrutura do sistema único de saúde está deveras distante da sua execução, como destacam Khamis e Sartori (2017):

[...] (i) o ente federativo que estrutura o sistema de saúde brasileiro está muito distante da sua execução, bem como de que (ii) a estruturação do federalismo sanitário no Brasil (que é descentralizada, centrífuga) está em descompasso com a opção federativa nacional (que é centralizadora, centrípeta). Isso faz com que o ente executor, isto é, o Município, não tenha a estrutura necessária para gerir os serviços de saúde, nem disponha de flexibilidade para fazer as adaptações e os ajustes – financeiros e normativos – que se fizerem necessários no dia a dia da atividade. (KHAMIS; SARTORI, 2017, p. 309)

A incompatibilidade entre o formato de federalismo cooperativo que atualmente assume um claro aspecto centralizador foi observado por Machado e Palotti (2015, p. 77):

Se esses elementos, no seu conjunto, apontam em direção ao federalismo cooperativo, há definições constitucionais e legais que operam em outra direção, constringendo, de um lado, o leque de escolhas dos governos subnacionais encarregados pela implementação das políticas sociais e ampliando, de outro lado, o leque de escolhas da União, dotada de prerrogativas e recursos institucionais especiais para a formulação e a coordenação do processo, assim como para a produção normativa complementar, o controle e, em muitos casos, até mesmo a aplicação de sanções. Estados e municípios são constringidos a gastarem determinados patamares de seus orçamentos com políticas de saúde e educação e estão sujeitos a critérios uniformes sobre como gastá-los.

[...]

A União, com seu destacado papel de formuladora, coordenadora e supervisora do processo das políticas sociais, concentrando, ademais, as receitas públicas nesse sentido, tem poderes normativos diferenciados que afetam a transferência de recursos e responsabilidades entre as esferas de governo, o que lhe permite controlar, auditar e, em muitos casos, punir os desvios do padrão estabelecido nacionalmente ou o uso inadequado de recursos. Esses elementos até podem existir no federalismo cooperativo, mas certamente indicam sua conversão ao federalismo centralizado, uma vez que o poder regulador da União é utilizado para induzir governos subnacionais a se comportarem como 'agentes administrativos'

Afora os já apontados, obstáculo adicional para a municipalização da política de saúde no Brasil se refere ao impacto que tem a existência da heterogeneidade

regional sobre a produção de políticas sociais de âmbito municipal (ARRETCHE; MARQUES, 2002). Fundados neste marco inicial, Arretche e Marques (2002) efetuaram o estudo em municípios localizados em cinco estados, sendo dois da região Nordeste – Ceará e Bahia, um do Sudeste – São Paulo, um do Centro-Oeste – Goiás, e um da região Sul – o Rio Grande do Sul, observando que no ano 1998, data em que os municípios já teriam assumido a responsabilidade pela implementação da política de saúde, a capacidade de atendimento de cada ente subnacional se mostrou bastante variável, oscilação esta que não teve como responsável a capacidade financeira de cada município (ARRETCHE; MARQUES, 2002, p. 459).

Nesse viés, Arretche (2010, p. 590) aponta que a relação entre governo central e os municípios é fundamental para compreender os efeitos das suas decisões sobre os entes subnacionais, bem como para estabelecer quais as desigualdades regionais vivenciadas, trazendo as relações federativas ao centro da produção de políticas públicas. Acertadamente, a autora observa que “[...] regras nacionais homogêneas não significam necessariamente resultados igualitários; diferentes fatores explicam as desigualdades social e regional no Brasil” (ARRETCHE, 2010, p. 595), o que se traduz na percepção de que o centralismo da coordenação e gestão do sistema na união não significará promoção da igualdade e prestação de serviços com qualidade semelhante.

Ao revés, a deficiência prestacional tem como um fator determinante a dificuldade dos municípios na expansão dos serviços de saúde, função esta que, para ser desempenhada, carece do auxílio do Ministério da saúde desenvolvendo uma estratégia de descentralização e da capacidade de investimento de cada município. Bem como, no desempenho do papel de gestor do sistema hospitalar local, objeções estas que geram a ampliação do sistema de forma diametralmente desconexa, ocasionando severas assimetrias entre os municípios ante as heterogeneidades regionais sobre a produção de políticas sociais.

Assim, as políticas públicas de saúde ofertadas pelos municípios sofrem grande influência do poder regulatório exercido pelo governo central, haja vista que ele determina as ações que serão adotadas. Isso retira grande parte da autonomia decisória dos entes locais e ignora a possibilidade de aplicação de um plano logístico próprio e adequado às necessidades dos munícipes daquele local, aumentando o abismo da heterogeneidade inter-regional.

Independentemente de suas preferências ideológicas, e, mesmo, das preferências ideológicas do eleitorado local, prefeitos estão constrangidos a empregar suas receitas de acordo com normas previstas pela legislação federal. Dado que os orçamentos são fixos, os efeitos desta regulação afetam não apenas os patamares de gasto nas políticas reguladas, mas também os recursos disponíveis para as políticas não reguladas. (ARRETCHE, 2010, p. 612)

Neste viés, Almeida (1995) relata que a relação entre o modelo de federalismo cooperativo adotado e a formatação desejada das políticas gira em torno da implantação da busca da diminuição das desigualdades regionais.

No primeiro caso, a questão central é encontrar as formas institucionais capazes de compatibilizar a igualdade jurídica com as enormes assimetrias econômicas e sociais, que se projetam em desigualdades regionais. Nas áreas sociais isto requer uma distribuição de competências flexível e não uniforme, que leve em consideração a capacidade efetiva das unidades subnacionais para assumir cada uma das funções. Requer, também, que se redefinam as atribuições do governo federal - isto é, do Congresso e do Executivo - nas áreas sociais, de forma a combinar a descentralização radical com um papel ativo na compensação das desigualdades regionais, especialmente importante nas circunstâncias brasileiras.

No segundo caso, o problema é transformar um processo desordenado de redefinição de competências em políticas deliberadas e contínuas, por meio das quais se vá tecendo as formas novas de cooperação entre as instâncias de governo. (ALMEIDA, 1995, p. 100).

Portanto, a partir dos apontamentos dirigidos ao arranjo federativo brasileiro no tocante à adoção de uma sistemática cooperativa, em que pese o claro centralismo na união, é bem verdade que o efetivo objetivo do modelo, que é a “cooperação financeira, que se desenvolve em virtude da necessidade de solidariedade federal por meio de políticas públicas conjuntas e das compensações das disparidades regionais” (BERCOVICI, 2004, p. 58) não foi atingido, como ensina Souza (2005):

O objetivo do federalismo cooperativo está longe de ser alcançado por duas razões principais. A primeira está nas diferentes capacidades dos governos subnacionais de implementarem políticas públicas, dadas as enormes desigualdades financeiras, técnicas e de gestão existentes. A segunda está na ausência de mecanismos constitucionais ou institucionais que estimulem a cooperação, tornando o sistema altamente competitivo. (Souza, 2005. p. 112).

Dessa forma, apesar da previsão constitucional de meios que sinalizam a configuração do federalismo cooperativo, como as competências comuns e

concorrentes, é bem verdade que “[...] o federalismo brasileiro tende a ser altamente competitivo e sem canais institucionais de intermediação de interesses e de negociação de conflitos.” (SOUZA, 2005, p. 114). Tal fato, em realidade, destaca ainda mais os obstáculos e as desigualdades existentes entre os municípios quando da prestação da política pública de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme descrito na introdução, a presente dissertação tem como objetivo identificar a relação existente entre o modelo de federalismo cooperativo adotado e as políticas sociais no Brasil, analisando os obstáculos existentes para a eficaz implementação das políticas públicas de saúde nos municípios. Para tanto, a pesquisa percorreu um referencial teórico que analisa a evolução do federalismo no Brasil e no mundo, construindo a interação entre o desenho institucional produzido pela Constituição de 1988 e as diretrizes de universalização de políticas sociais de saúde implementadas por meio de ações federais.

Foi demonstrada, ao longo do estudo, a estrutura de competências constitucionalmente fixadas, expondo e analisando de forma detida as atribuições dos entes municipais, por ser esta a perspectiva de identificação dos obstáculos apresentados pelo federalismo cooperativo. Assim, ao examinar o método adotado pela União para o financiamento das políticas públicas e os parâmetros fixados que deverão ser adotados pelos entes subnacionais, constatou-se a flagrante dificuldade dos municípios brasileiros para executar as ações de saúde. Tal contexto, de certa forma, gerou uma figura centralizadora assumida pela união, dando ensejo ao questionamento acerca da compatibilidade da formatação descentralizadora adotada no federalismo cooperativo com o arranjo de federalismo sanitário.

O centralismo exercido pelo governo federal foi identificado e exposto já no segundo capítulo, no item 2.4, intitulado “descentralização e hierarquização do Sistema Único de Saúde em um federalismo centralizado”. Em consonância, foram verificados a partir do quarto capítulo, os obstáculos para implementação das políticas de saúde pelos entes subnacionais. Na ocasião, com base nos estudos desenvolvidos por Bercovici (2004), Arrecthe (2000; 2004), Souza (1996; 2005), Krell (2017) e Khamis e Sartori (2017), observou-se que, a partir da descentralização política, ocorreu a atuação e a execução dos estados e municípios na implementação de ações sociais, passando a União a se afastar das funções de gestão e implementação das políticas públicas.

Ocorre que, com a descentralização, foram identificadas as deficiências estruturais, administrativas e financeiras dos municípios, que não detinham, em geral, capacidade para implementar as políticas que lhes foram imputadas. Tal ineficiência traduziu um significativo desequilíbrio entre as responsabilidades da

união, dos estados e dos municípios na esfera administrativa e de geração de receitas. Isso porque, de um lado, há uma excessiva centralização reguladora e arrecadatória por parte do governo federal; e, de outro, uma excessiva descentralização político-administrativa diluída com os demais entes federativos.

Sob esta perspectiva, foi constatado que o federalismo brasileiro tem sido marcado atualmente por políticas públicas federais que se impõem às instâncias subnacionais (SOUZA, 2005, p. 111), em um claro centralismo, sendo o governo federal o agente provido de autoridade para executar as decisões mais importantes da política pública de saúde (ARRETCHE, 2004, p. 22), em que pese o distanciamento com a esfera municipal executora (KHAMIS SARTORI, 2017, p. 311), sendo custoso o trabalho de acompanhamento das necessidades locais e de eventual adaptação da política àquela realidade, cumpre ressaltar que estes atos não vêm sendo executados pelo governo central.

Neste panorama em que se enxerga uma série de dificuldades para efetivação do direito à saúde por meio de políticas públicas que deveriam ser garantidas pelos municípios, nota-se que a Constituição de 1988 combinou descentralização de competências com compartilhamento sem definir, no entanto, a forma como esta cooperação intergovernamental iria ocorrer. A consequência de tal omissão foi a crescente visão de que os entes locais não tinham capacidade gerencial e estrutural para fornecer um serviço de saúde condizente com os objetivos traçados pela Carta Constitucional, circunstância que passou por transformações sucessivas.

Assim, mesmo após o ano de 1995, em que ocorreu significativa ampliação e melhora do sistema único, é certo que os municípios ainda encontram sérias dificuldades na execução das ações de saúde, objetivando este trabalho a realização do diagnóstico referente aos fatores determinantes que contribuem para a falha reiterada.

Com a percepção da dificuldade vivenciada pelos municípios, observou-se, em paralelo, o aumento significativo das demandas de saúde e a crescente atuação do Poder Judiciário na busca pela implementação dos direitos à saúde, o que usualmente ocorre em contramão ao planejamento disposto pelo Poder Executivo, desorganizando o orçamento. Nesse ponto, vale destacar que as contas públicas muitas vezes são oneradas em detrimento de apenas um beneficiário, o qual tem assegurado por decisão judicial o direito a um medicamento de alto custo, por

exemplo. Entretanto, isto compromete boa parte do orçamento destinado para a saúde.

Expondo a problemática que circunda a judicialização existente no Brasil, notou-se que, somado ao fator orçamentário, verificou-se um incentivo à competição entre os entes, o que decorre da ampliação interpretativa do alcance imputado à responsabilidade solidária, medida esta tomada ignorando as competências constitucionais estabelecidas aos entes e fixadas na lei do SUS. Quanto à responsabilidade solidária e à extensão do seu alcance, foi analisado o julgamento da repercussão geral do Recurso Extraordinário (RE) 855178/SE, que fixou a tese de que o tratamento médico se insere no rol dos deveres do Estado, sendo tal prestação responsabilidade solidária de todos os entes federados, e, por isso, possibilita que qualquer um dos entes, em conjunto ou isoladamente, figure no polo passivo.

Com vistas a rechaçar a interpretação concedida pela Suprema Corte, foi demonstrada que à luz da teoria da norma jurídica constitucional, sob a perspectiva de sua eficácia e aplicabilidade, os artigos 196 e 197 da Constituição Federal são normas de eficácia contida e que, portanto, incidem de forma imediata e produzem todos os efeitos almejados. Há, porém, previsão de meios ou conceitos que permitem limitar a sua eficácia em determinadas circunstâncias, o que na ocasião foi feito pela política nacional de saúde pública, definida pela legislação originária que fixa as atribuições de cada ente para a execução das políticas de saúde.

Sendo assim, para além da impossibilidade legal e da classificação reputada às normas, verificaram-se os efeitos nocivos da aplicação irrestrita da responsabilidade solidária. Esta, ao tempo em que onera o ente mais próximo da população, que também é o mais deficiente financeira e estruturalmente, compele-o a prestar insumos que não são legalmente de sua competência, seja pelo valor ou pela complexidade que a prestação acarreta. Sugere-se, portanto, uma nova análise da matéria pelo Poder Judiciário, o que possibilitaria a observância das normas de repartição de competências federativas presentes na Lei nº 8.080/90 e atos infralegais que regulam o SUS.

No que refere aos obstáculos identificados, observou-se no quarto capítulo que no Brasil há um cenário de forte desequilíbrio entre a geração de receitas e as responsabilidades dos estados e municípios na esfera administrativa. De modo que, de um lado, há uma excessiva centralização do governo federal, gerindo receitas e fixando parâmetros de atuação; já por outro lado, também se nota uma excessiva

descentralização de atribuições aos entes subnacionais, o que nos leva a um paradoxo: enquanto a autoridade sobre a definição das diretrizes gerais das políticas sociais é centralizada, sua implementação é descentralizada.

Persistem ainda o problema e a incongruência constitucional entre a centralização de receitas na União e a descentralização dos gastos com o setor pelos demais entes subnacionais. Isso porque, em que pese a União ser o ente que detém as melhores condições financeiras, seu gasto no setor da saúde cresceu de 1,33% em 2003 para 1,61% em 2013 (BRASIL, 2016b, p. 23), o que representa 0,28% em dez anos. Por sua vez, os demais entes subnacionais, com condições financeiras inferiores, aplicaram mais que o dobro do valor despendido pelo governo federal no mesmo período.

Sendo assim, os dados sobreditos comprovam o subfinanciamento do governo federal nas políticas públicas de saúde, o que reduz significativamente o montante de recursos federais aplicados e onera os entes subnacionais, contribuindo com a deterioração gradual da saúde no Brasil.

Como barreira diversa e adicional às demais, foi identificado durante a construção do capítulo três que a divisão de competências estabelecida no Brasil revela um significativo desequilíbrio entre as responsabilidades dos estados e municípios comparada a contribuição dada pelo governo federal. Isso porque a este ente cabe a fixação de parâmetros gerais para execução das políticas pelos entes locais, ao ponto em que os auxilia de maneira decrescente com recursos financeiros, exigindo, ao menos de forma indireta, o aporte gradual de recursos pelos municípios.

Dessa forma, a Constituição de 1988 criou um modelo de distribuição de competências fixando a cooperação entre os entes. Contudo, o que, em verdade, se constatou foi a existência de uma cooperação deficiente entre os entes e de um arranjo federativo que, de certa forma, flerta com o centralismo. Visto que o governo central, ente distante da execução e das dificuldades vivenciadas no SUS, atribui tarefas aos entes subnacionais, estabelecendo diretrizes de políticas de saúde que nem sempre são compatíveis com as necessidades locais e que geralmente os municípios não tem capacidade para organizar.

Ainda quanto aos obstáculos diagnosticados, notou-se que a existência da heterogeneidade regional sobre a produção de políticas sociais de âmbito municipal se mostrou como um impecilho adicional para a municipalização da política de saúde no Brasil. Haja vista que não podem ser traçadas políticas de saúde gerais e

amplas a alcançar todos os municípios quando muitos deles vivenciam realidades distintas e necessitam, além da política adequada, da realização de um planejamento coordenado, capitaneado pelo governo central.

Dessa forma, a partir da elaboração deste estudo, foram apontadas as inconsistências do sistema federativo e de saúde, como: i) federalismo centralizador do direito brasileiro na normatividade das políticas públicas em antinomia com a descentralização político-administrativa do SUS; ii) financiamento centralizado do direito social no governo federal, devido à primazia de arrecadação por parte da União; iii) judicialização; iv) ausência de entendimento jurídico pacífico com relação a questão da solidariedade dos entes federativos na prestação do direito e a repartição de competências para sua veiculação equânime e integral e v) ausência de coordenação e planejamento eficaz elaborados pelo governo central, seguido de uma série de outros obstáculos para a implementação do direito à saúde.

Portanto, ao final, o estudo nos revelou que o objeto de pesquisa, exposto na introdução, se confirma ao final da tese, de modo que se verificou que o federalismo brasileiro, apesar de ter sido construído sob o viés de um arranjo cooperativo, com forte inspiração no modelo alemão, falhou neste ponto ao apresentar uma estrutura federativa centralizadora, em contramão aos termos propostos para o federalismo sanitário, onde se nota um arranjo cooperativo, em uma forte contradição que se pode atribuir como responsável pela baixa efetividade das políticas públicas de saúde executadas pelos municípios.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. **Os Barões da Federação**: Os governadores e a redemocratização brasileira. Editora Hucitec: São Paulo, 1998.

AFFONSO, Rui de Britto Álvares. **O federalismo e as teorias hegemônicas da economia do setor público na segunda metade do século XX**: Um balanço crítico. 2003. Tese (Doutorado). Instituto de Economia. Programa de Pós-Graduação em Economia. UNICAMP: Campinas/SP, 2003. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/286170/1/Affonso_RuideBrittoAlvares_D.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2018.

AFFONSO. Rui de Britto Álvares. A crise da Federação no Brasil. **Ensaios FEE**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, pp. 321-337, 1994. Disponível em: <<https://revistas.fee.tche.br/index.php/ensaios/article/view/1704/2071>>. Acesso em: 24 nov. 2017.

AFONSO, José Roberto Rodrigues. Descentralização Fiscal: revendo ideias. **Ensaios FEE**, Porto Alegre, v. 15, nº 2, p. 353-390, 1994. Disponível em: <<http://revistas.fee.tche.br/index.php/ensaios/article/view/1718/2088>>. Acesso em: 24 nov. 2017.

AFONSO, José Roberto. Descentralização fiscal, políticas sociais e transferência de renda no Brasil. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), **CEPAL**, Serie Gestão Pública, Santiago do Chile, n. 63, p. 03-38, fev/2007. Disponível em: <<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/7319>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

AITH, Fernando. A Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado: O Papel dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário na Efetivação do Direito à Saúde no Brasil. In: AITH, Fernando (Org.). **Direito Sanitário**: Saúde e Direito, um Diálogo Possível. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010.

AITH, Fernando. **Curso de Direito Sanitário**: A proteção do Direito à Saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. **BIB**, São Paulo, nº 51, I jan./jun. p. 13-34, 2001.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Recentralizando a Federação? **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 24, p. 29-40, jun., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010444782005000100004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 mai. 2018.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Federalismo e políticas sociais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 28, n. 10, pp. 88-108, 1995. Disponível em:

<http://www.anpocs.com/images/stories/RBCS/RBCS28/rbcs28_08.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2018.

ANDRADE, Luana Caetano; BISPO JÚNIOR, José Patrício; FERREIRA, Luciano Nery; OLIVEIRA, Maria Helena Barros. Direito à saúde e judicialização: estudo dos processos judiciais em saúde no município de Vitória da Conquista (BA). In: OLIVEIRA, Maria Helena Barros (Org.). Direitos humanos e saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos. Rio de Janeiro: Cebes, p. 33-51, 2017. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2017/05/Dihs-final-web-3107.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

ARAÚJO, Marinella Machado; AZEVEDO, Eder Marques de. Administração pública gerencial e planejamento integrado: o orçamento público e as novas estratégias à superação dos custos dos direitos. **Revista Brasileira de Estudos da Função Pública**. Belo Horizonte, v. 2, n. 6, set./dez., p.157-18, 2013. Disponível em: <<https://bdjur.stj.jus.br/jspui/handle/2011/69970>>. Acesso em: 13 mai. 2018.

ARRETCHE, Marta. Mitos da descentralização: Mais democracia e eficiência nas políticas públicas? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v. 11, n. 31, Jun./1996. Disponível em: <http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_31/rbcs31_03.htm>. Acesso em: 10 abr. 2018.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: Problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.18, n.2, 2004, p.17-26. Disponível em: <http://www.anpocs.com/images/stories/RBCS/RBCS28/rbcs28_08.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2018.

ARRETCHE, Marta. **A centralização no Estado Federativo Brasileiro**. 2007. Tese (Livre-Docência). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Departamento de Ciência Política. Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2007.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e Igualdade Territorial: Uma Contradição em Termos? **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 53, n. 3, 2010, pp. 587-620.

ARRETCHE, Marta. Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, vol.14, n.40, jun./1999, p. 111-141. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v14n40/1712>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

ARRETCHE, Marta. **Estado Federativo e políticas sociais**: Determinantes da descentralização. 3. ed. São Paulo: Fapesp, 2000.

ARRETCHE, Marta.; MARQUES, Eduardo Cesar. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. **Cadernos do CRH (UFBA)**, Salvador, v. 39, p. 55-81, 2004. Disponível em: <<https://www.anpocs.com/index.php/papers-26-encontro/gt-23/gt14-15/4444-marques-arretche-condicionantes/file>>. Acesso em: 18 mai. 2018.

ARRETCHE, Marta.; MARQUES, Eduardo Cesar. Municipalização da Saúde no Brasil: Diferenças Regionais, Poder do Voto e Estratégias de Governo. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2002, vol.7, n.3, pp.455-479. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232002000300006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 09 mai. 2018.

ASENSI, Felipe Dutra. Responsabilidade solidária dos entes da federação e “efeitos colaterais” no direito à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo v.16 n.3, p. 145-156, nov. 2015/fev. 2016. Disponível em: <<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:uJJI4itrXYYJ:https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/download/111658/109689+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-b-ab>>. Acesso em: 09 mai. 2018.

ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni. **Judicialização da saúde no Brasil: Dados e experiências**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015.

BARCELLOS, Ana Paula de. Constitucionalização das políticas públicas em matéria de direitos fundamentais: O controle político-social e o controle jurídico no espaço democrático. In: SARMENTO, D.; SOUZA NETO, C. P. (Org.). **A constitucionalização do direito: fundamentos teóricos e aplicações específicas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

BARONI, Larissa Leiros. A cada 5 minutos, 3 brasileiros morrem em hospitais por falhas. **UOL**, São Paulo, 22 nov. 2017. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2017/11/22/a-cada-5-minutos-3-brasileiros-morrem-em-hospitais-por-falhas.htm>>. Acesso em: 19 out. 2018.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Interesse Público**, Belo Horizonte, v. 9, n. 46, nov. 2007, p. 02-36 Disponível em: <<http://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/32271-38570-1-PB.pdf>> Acesso em: 18 jul. 2018.

BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática. **[Syn]Thesis**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 23-32, 2012. Disponível em: <<http://www.oab.org.br/editora/revista/users/revista/1235066670174218181901.pdf>> Acesso em: 18 jul. 2018.

BASTOS, Celso Ribeiro; BRITTO, Carlos Ayres de. **Interpretação e aplicabilidade das normas constitucionais**. São Paulo: Saraiva, 1982.

BELLO, Enzo; BERCOVICI, Gilberto; LIMA, Martonio Mont'Alverne Barreto. O Fim das Ilusões Constitucionais de 1988? **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, p. 01-43, 2018. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

BERCOVICI, Gilberto. **Desigualdades regionais, Estado e Constituição**. São Paulo: Max Limonad, 2003a.

BERCOVICI, Gilberto. **Dilemas do Estado Federal Brasileiro**. Porto alegre: Livraria do advogado Ed., 2004.

BERCOVICI, Gilberto. Planejamento e políticas públicas: por uma nova compreensão do papel do estado. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org). **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.

BERCOVICI, Gilberto. Políticas públicas e o Dirigismo Constitucional. **Revista da Academia Brasileira de Direito Constitucional** (Anais do IV Simpósio Nacional de Direito Constitucional). v. 3. Curitiba: Academia Brasileira de Direito Constitucional, p. 173–183, 2003b.

BERCOVICI, Gilberto. A descentralização de políticas sociais e o federalismo cooperativo brasileiro. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, vol.3, n.1, pp. 13-28, mar., 2002. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/81291/0>>. Acesso em: 08 jan. 2018.

BERCOVICI, Gilberto. **Constituição Econômica e Desenvolvimento: Uma leitura a partir da Constituição de 1988**. São Paulo: Malheiros, 2005.

BERCOVICI, Gilberto. O federalismo e as regiões. In: RAMOS, Dircêo Torrecillas (Cord). **O federalista atual: Teoria do federalismo**. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2013. p. 191-214.

BERCOVICI, Gilberto.; MASSONETTO, Luís Fernando. A constituição dirigente invertida: a blindagem da constituição financeira e a agonia da constituição econômica. **Boletim de Ciências Econômicas**, Coimbra, v. 49, 2006, p. 57-77. Disponível em: <https://digitalisdsp.uc.pt/bitstream/10316.2/24845/1/BoletimXLIX_Artigo2.pdf?ln=pt-pt>. Acesso em: 04 jul. 2018.

BONAVIDES, Paulo. Federalismo regional num país periférico. In: BONAVIDES, Paulo; LIMA, Francisco Gérson Marques de; BEDÊ, Fayga Silveira. **Constituição e Democracia: estudos em homenagem ao professor J. J. Gomes Canotilho**. Malheiros: São Paulo, 2004.

BONAVIDES, Paulo. **Política e Constituição – os caminhos da democracia**. Rio de Janeiro, Ed. Forense, 1985.

BONAVIDES, Paulo. **Teoria do Estado**. 7 ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Recomendação Nº 31 de 30/03/2010**. Brasília: CNJ, 2010. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=877>>. Acesso em: 07 mar. 2018.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 05 de outubro de 1988. Legislação Republicana Brasileira. Brasília. 1988. Disponível em: <<http://senado.gov.br>>. Acesso em: 01 dez. 2017.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 29 de junho de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 09 mai. 2018.

BRASIL. Instituto de pesquisa econômica aplicada (IPEA). **Radiografia do gasto tributário em saúde – 2003-2013**. 2016b. Brasília. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160530_nt_19_radiografia_gasto_tributario_saude_2003_2013.pdf>. Acesso em: 01 out. 2018.

BRASIL. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 26 set. 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal – STF. **RE 855.178-RG**, Brasília, rel. min. Luiz Fux, j. 5-3-2015, P, *DJE* de 16-3-2015. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=4678356>>. Acesso em: 23 abr. 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal – STF. **STA 175**, Brasília, rel. min. Gilmar Mendes, j: 17-03-2009, Plenário, *DJE* de 30-04-2009. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=2570693> Acesso em: 23 abr. 2018.

BRASIL. Advocacia-Geral da União – AGU. Consultoria Jurídica – Ministério da Saúde. **Intervenção judicial na saúde pública**. Panorama no âmbito da Justiça Federal e apontamentos na seara das Justiças Estaduais. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Panorama-da-judicializa----o---2012---modificado-em-junho-de-2013.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Justiça em Números 2017: Ano-base 2016/** Brasília: CNJ, 2017. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2017/12/b60a659e5d5cb79337945c1dd137496c.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2018.

BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil. **Diário Oficial [da] União**, Rio de Janeiro, 16 de julho de 1934. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm>. Acesso em: 01 dez. 2017.

BRASIL. Instituto de pesquisa econômica aplicada (IPEA) e Programa das nações unidas para o desenvolvimento (PNUD). 1996. **Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil**. Rio de Janeiro/Brasília, IPEA/PNUD. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/idh/rdhs-brasil/relatorio-do-desenvolvimento-humano-200014.html>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

BRASIL. Instituto de pesquisa econômica aplicada (IPEA) e Programa das nações unidas para o desenvolvimento (PNUD). **Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras**: 2016. Brasília. Disponível em:

<<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6217/1/Desenvolvimento%20humano%20nas%20macrorregi%C3%B5es%20brasileiras.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012**. Brasília, DF, 10 de maio de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012rep.html>. Acesso em: 19 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **PORTARIA GM n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**, Brasília, 2006. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>>. Acesso em: 17 jul. 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADI 3148**, Brasília, rel. min. Celso de Mello, julgado em 13/12/2006, Plenário, DJe-112 de 27-09-2007, PUBLIC 28-09-2007, DJ 28-09-2007, PP-00026, EMENT VOL-02291-02, PP-00249 ,RTJ VOL-00202-03, PP-01048. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=488654>>. Acesso em: 23 abr. 2018.

BUCCI, Maria Paula Dallari. (Org.) **Buscando um Conceito de Políticas Públicas para a Concretização dos Direitos Humanos e políticas públicas**. São Paulo: Pólis, 2001. 60p.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2013.

BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, M.P.D. (Org). **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.

BUCCI, M.P. Dallari. **Políticas públicas e direito administrativo**. Brasília a. 34 n. 133 jan./mar. 1997. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/496865/RIL133.pdf?sequence=1#page=86>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

CAMBI, Eduardo, Normas gerais e a fixação da competência concorrente na Federação brasileira. **Revista de Direito Processual Civil**. São Paulo: Revista dos Tribunais, n. 92, v. 23, out/dez 1998, p. 244-261

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de Direito Administrativo**. 17. ed. Rev., amp. e atual. Editora Lumen júris, Rio de Janeiro, 2007.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Opinião dos brasileiros sobre o atendimento na área de saúde**. Jul/ 2014, p. 01-65. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentao-integra-datafolha203.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

CHAGAS, Virginia Oliveira; PROVIN, Mércia Pandolfo, AMARAL, Rita Goreti. Demandas judiciais para acesso às ações e aos serviços de saúde: uma revisão

integrativa. **Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde**, Cascavel – PR, vol. 2, n. 1, jan./jun. 2016, p. 67-79.

COHN, Amélia Caminhos da Reforma Sanitária. **Lua nova**, São Paulo, n. 19, p. 123-140, 1989.

COHN, Amélia. Caminhos da Reforma Sanitária, revisado. **Estudos avançados**, São Paulo, vol.32, n.93, p. 225-239, maio/ago. 2018.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. de S. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 231-258.

CONTI, José Maurício; SANTOS, Ricart César Coelho dos. A saúde pública no Brasil: Breve análise de suas complexidades à luz do direito financeiro. In: COPETTI NETO; Alfredo, LEITE, George Salomão; LEITE; Glauco Salomão (Coord.). **Dilemas na Constituição**. Belo Horizonte: Fórum, 2017.

CUNHA, Fernando Whitaker da. Federação: Soberania e autonomia. **Revista de Direito Público**, São Paulo, vol.73, n.145, pp. 95-103, jan./mar., 1985.

DALFIOR, Eduardo Tonole; LIMA; Rita de Cássia Duarte; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 210-225, Jan-Mar 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00210.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2018.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do estado**. 25 ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

DATAFOLHA. **Para 6 em cada 10 brasileiros, saúde no país é péssima**. São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/10/1693244-para-6-em-cada-10-brasileiros-saude-no-pais-e-pessima.shtml>>. Acesso em: 11 ago. 2018.

DI GIORGI, Beatriz; CAMPILONGO, Celso Fernandes; PIOVESAN, Flavia (coordenadores). **Direito, Cidadania e Justiça**. São Paulo: RT, 1995.

DOLHNIKOFF, Miriam. **O pacto imperial: origens do federalismo no Brasil do século XIX**. São Paulo: Globo, 2007.

EDITORIAL. Saúde pública do país sofre de má gestão. **O Globo**, 28 mar. 2014. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/opiniaos/idade-publica-do-pais-sofre-de-ma-gestao-12010246>>. Acesso em: 19 out. 2018.

FALCÃO, Alcino Pinto. Aspectos da cooperação horizontal no federalismo. **Revista de Direito Público**, São Paulo, vol.33, n. 23, pp. 23-30, jan./mar., 1975.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Corrupção na saúde é o pior**. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/10/1359587-corrupcao->

na-saude-e-a-pior-diz-colunista-veja-casos-de-desvios-milionarios-do-sus.html>. Acesso em: 11 ago. 2018.

FRANZESE, Cibele. **Federalismo cooperativo no Brasil: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas**. 2010. Tese (Doutorado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8219/72060100752.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 23 mai. 2018.

FREY, K. Políticas públicas: Um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. In: **Planejamento e políticas públicas**, Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), n. 21, p. 211-259, jun 2000. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89>>. Acesso em: 04 jul. 2018.

FURTADO, Celso. Perspectivas da economia brasileira. In: MONTEIRO FILHA, Dulce Corrêa; MODENESI, Rui Lyrio (Orgs.). Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (Brasil). **BNDES, um banco de idéias: 50 anos refletindo o Brasil**. Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, 2002. p. 19-45.

GASPARINI, Carlos Eduardo; GUEDES, Kelly Pereira. Descentralização fiscal e tamanho do governo no Brasil. **Economia Aplicada** [online], Ribeirão Preto, vol.11, nº 2, Abril/Junho 2007, pp.303-323. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141380502007000200007>. Acesso em: 24 nov. 2017.

GOMES, Victor. **Brasil possui o sistema de saúde mais ineficiente do mundo**. Economia de serviços, 25 fev. 2016. Disponível em:<<https://economydeservicos.com/2016/02/25/brasil-possui-o-sistema-de-saude-mais-ineficiente-do-mundo/>>. Acesso em: 19 out. 2018.

HESSE, Konrad. **Elementos de Direito Constitucional da República Federal da Alemanha**. Porto Alegre, Sérgio Antonio Fabris Editor, 1998.

HOCHMAN, Gilberto. Saúde pública e Federalismo: desafios da reforma sanitária na primeira república. In: HOCHMAN, Gilberto; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. (Orgs.). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio De Janeiro – RJ: SciELO– Editora FIOCRUZ, 2013, p. 303-327.

HORBACH, Carlos Bastide. Forma de Estado: federalismo e repartição de competências. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 3, n. 2, pp. 2-12, jul./dez., 2013.

HORTA, Raul Machado. Tendências atuais da federação brasileira. In: CLÈVE, Clemerson Merlin.; BARROSO, Luís Roberto. (Orgs.). Doutrinas essenciais de Direito Constitucional. Vol. III. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011. p. 209-224.

KHAMIS, Renato Braz Mehanna. Os municípios inviáveis e a proteção federativo-constitucional. **Revista Direitos fundamentais e democracia**, UniBrasil, v. 22, n. 3, p. 150-168, set./dez. 2017. Disponível em: <<http://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/viewFile/1042/522>>. Acesso em: 09 mai. 2018.

KHAMIS, Renato Braz Mehanna.; SARTORI, Ivan Ricardo Garisio. O impacto do federalismo sanitário brasileiro na efetividade do direito à saúde. **Revista Brasileira de políticas públicas**, Brasília, v. 7. n. 2, p. 303-312, Ago.2017. Disponível em: <<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/download/4613/pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2018.

KRELL, Andreas J. **Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha: Os (des)caminhos de um direito constitucional “comparado”**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2002.

KRELL, Andreas J. Para além do fornecimento de medicamentos para indivíduos – O exercício da cidadania jurídica como resposta à falta de efetivação dos direitos sociais: em defesa de um ativismo judicial moderado no controle de políticas públicas. In: FEITOSA, Enoque (Org.) **O Judiciário e o Discurso dos Direitos Humanos**– vol. 2. Recife: UFPE, 2012, p. 135-179.

KRELL, Andreas J. O Federalismo cooperativo de execução como modelo para o Estado Social Brasileiro. In: COPETTI NETO; Alfredo, LEITE, George Salomão; LEITE; Glauco Salomão (Coord.). **Dilemas na Constituição**. Belo Horizonte: Fórum, 2017.

KRELL, Andreas J. Realização dos direitos fundamentais sociais mediante controle judicial da prestação dos serviços públicos básicos (uma visão comparativa). **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 36, n. 144, p. 239-260, out./dez. 1999. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/545/r144-17.PDF>> Acesso em: 03 jul. 2018.

LAMY, Marcelo. O Federalismo e as Regiões de Desenvolvimento. . In: RAMOS, Dircêo Torrecillas (Cord). **O federalista atual: teoria do federalismo**. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2013. p. 175- 190.

LOBO, Rogério Leite. **Federalismo fiscal brasileiro: Discriminação das rendas tributárias e centralidade normativa**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006.

LOPES, Maria Tereza Soares. A judicialização da saúde sob a perspectiva do Ente Municipal. In: SILVA, Juvencio Borges; RAMOS, Paulo Roberto Barbosa; SILVA, Rogerio Luiz Nery da. (Org.). **Direitos Sociais e Políticas Públicas I**. 26ed. Florianópolis: CONPEDI, 2017, v. 1, p. 84-103. Disponível em: <<http://publicadireito.com.br/publicacao/ufsc/livro.php?gt=84>>. Acesso: 10 ago. 2018.

MACHADO SEGUNDO, Hugo de Brito. **Contribuições e federalismo**. São Paulo: Dialética, 2005.

MACHADO, José Angelo; PALOTTI, Pedro Lucas de Moura. Coordenação federativa e a “armadilhada decisão conjunta”: As comissões de articulação intergovernamental das políticas sociais no Brasil. **Dados**, Rio de Janeiro, 2014, vol.57, n.2, abr./jun. 2014, pp.399-441. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0011-52582014000200005&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 07 mai. 2018.

MACHADO, José Angelo; PALOTTI, Pedro Lucas de Moura. Entre cooperação e centralização: Federalismo e políticas sociais no Brasil Pós-1988. **Revista brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 61-82, Jun./2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269092015000200061&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2018.

MEDEIROS, Morton Luiz Faria de. Teorias dos direitos humanos entre o relativismo e o universalismo do direito de resistência à opressão. **Revista de Derechos Humanos y Estudios Sociales – REDHES**, año VII, nº 13, enero-junio 2015, Sevilla, p. 121-139. Disponível em: <http://www.academia.edu/18682432/Teorias_dos_direitos_humanos_entre_o_relativismo_e_o_universalismo_do_direito_de_resist%C3%Aancia_%C3%A0_opress%C3%A3o>. Acesso em: 25 nov. 2017.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Municipal Brasileiro**. 16 ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 26ª ed. Revista e atualizada. São Paulo: Malheiros, 2009.

MELO, Marcus André. Crise federativa, guerra fiscal e “hobbesianismo municipal efeitos perversos da descentralização?”. **São Paulo em Perspectiva**, vol. 10, nº 3, 1996, pp. 11-20. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v10n03/v10n03_02.pdf>. acesso em: 28 jun. 2018.

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

MORAIS, José Luis Bolzan de; BAGGIO, Roberta Camineiro. Dilemas na Constituição. Os limites da transição política e (alguns) os dilemas do federalismo brasileiro. Um olhar retrospectivo! In: COPETTI NETO; Alfredo, LEITE, George Salomão; LEITE; Glauco Salomão (Coord.). **Dilemas na Constituição**. Belo Horizonte: Fórum, 2017.

MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. A competência legislativa e executiva do município em matéria ambiental. **Revista de Direito da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro**, n. 44, p. 88-105, 1992. Disponível em <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/175900>> Acesso em 07 mai. 2018.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Ministério da Saúde deve também regular o gasto tributário em saúde? **Consensus**, Brasília, Edição 13. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/consensus/carlos-octavio-ocke-reis-o-ministerio-da>>

saude-deve-tambem-regular-o-gasto-tributario-em-saude/>. Acesso em: 31 out. 2018.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: O Desafio de ser Único**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz: 2012.

OLIVEIRA JÚNIOR, Antonio Carlos Rosa; ROSENDO, Arionaldo Bonfim; GUEDES JÚNIOR, Dárcio; RAMOS, Jorge Luis Rocha; MENEZES NETO, José. Aplicação dos recursos do SUS repassados do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde. **Portal FNS**, mar./2017, p. 01-21. Disponível em: <http://portalfns.saude.gov.br/images/banners/destaques/recursos_repassados_fns_final.pdf>. Acesso em: 30 out. 2018.

OLIVEIRA, Fabrício Augusto de. **Autoritarismo e crise fiscal no Brasil (1964 – 1984)**. São Paulo: Hucitec, 1995.

OLIVEIRA, Ricardo Victalino. **Federalismo assimétrico brasileiro**. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2012.

PIRES, Maria Coeli Simões. O município no federalismo brasileiro: Constrangimentos e perspectivas. **Cadernos da Escola do Legislativo**, Belo Horizonte, v. 8, n. 13, p. 55-84, jan./dez. 2005.

REVERBEL, Carlos Eduardo Dieder. **O federalismo numa visão tridimensional do direito**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012.

REZENDE, Fernando, Federalismo fiscal: novo papel para estados e municípios. In: CEPAM – Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal (Org.). **O município no século XXI: Cenários e perspectivas**. São: Fundação Prefeito Faria Lima – Cepam, 1999.

RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. **Saúde debate**, São Paulo, vol.40, n.spe, 2016, pp.14-24. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40nspe/0103-1104-sdeb-40-spe-0014.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

ROCHA, Márcio. **Ativismo Judicial e Direito à Saúde**: “o direito consiste nas profecias do que de fato farão os Tribunais”? Editora Lumen Juris. Rio de Janeiro, 2013.

RODEGHERI, Leticia Bodanese. Cosmopolitismo e Proteção Internacional dos Direitos Humanos: Perspectiva da União Europeia e da Necessidade de Diálogo com os cidadãos. **Revista Faculdade de Direito da UFMG**, Belo Horizonte, n. 66, pp. 457 - 497, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.direito.ufmg.br/revista/index.php/revista/article/view/1710/0>>. Acesso em: 25 out. 2017.

RODRIGUES, Alexandre Calixto. **Obrigação estatal internacional de instituir políticas públicas ambientais**: Uma análise pontual sobre as estratégias voltadas a pôr fim ao uso insustentável dos recursos hídricos. 2015. Dissertação (Mestrado).

Universidade Católica de Santos. Santos, 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.unisantos.br:8181/handle/tede/1981>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

ROSA, Tatiana. PEC n. 241/16 e os impactos no SUS. **Consensus**. Edição 20. 2016 Disponível em: <<http://www.conass.org.br/consensus/pec-n-24116-e-os-impactos-sus/>>. Acesso em: 31 out. 2018.

SAMPAIO, José Adércio Leite. **Direitos Fundamentais: retórica e historicidade**. Belo Horizonte: Ed Del Rey, 2004.

SANTOS, Marília Lourido dos. **Interpretação Constitucional no Controle Judicial das Políticas públicas**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2006.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Caminhos do SUS, até hoje, e a proposta do fim dos blocos: Compreendendo a história para inverter ameaças e oportunidades**. Associação Brasileira de Saúde Coletiva- ABRASCO (online). 2017. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniao/sus-compreendendo-historia-para-antever-ameacas-e-oportunidades-por-nelson-rodrigues-dos-santos/29984/>>. Acesso em: 30 out. 2018.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência saúde coletiva, Rio de Janeiro**, vol.12, n. 2, mar./abr. 2007, pp. 429-435. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2007.v12n2/429-435/>>. Acesso em: 31 out. 2018.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **SUS, Política Pública de Estado: Seu desenvolvimento instituído e instituinte, o direito sanitário, a governabilidade e a busca de saídas**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SARMENTO, Daniel. A Proteção Judicial dos Direitos Sociais: Alguns Parâmetros Ético-Jurídicos. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel. (Orgs.). **Direitos Sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008, p. 533-586.

SEGATTO, Cristiane. O paciente de R\$ 800 mil. **Época**, 16 mar. 2012. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/tempo/noticia/2012/03/o-paciente-de-r-800-mil.html>>. Acesso em 25 set. 2017.

SILVA, Alessandra Ximenes da. A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 159-166, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141449802014000200159&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 27 set. 2018.

SILVA, José Afonso da. **Aplicação das normas constitucionais**. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 1998.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 23 ed. São Paulo: Malheiros, 2004.

SOUZA JUNIOR, Cezar Saldanha. Estudo Introdutório: Em torno do Sentido do Federalismo. In: SOUZA JUNIOR, Cezar Saldanha; ÁVILA, Marta Marques (Coord.) **Direito do Estado: Estudos sobre o Federalismo**. Porto Alegre: Dora Luzzato, 2007.

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de Sociologia e Política**, São Paulo, n° 24, 2005. p. 105-121.

SOUZA, Celina. Federalismo: Teorias e Conceitos Revisitados. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, São Paulo, n. 55, v. 65, p. 27-48, 2008.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n° 16, jul/dez 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

SOUZA, Celina. Intermediação de Interesses Regionais no Brasil: O Impacto do Federalismo e da Descentralização. **Dados**, Rio de Janeiro, vol.41, n.3, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581998000300003>. Acesso em: 15 ago. 2018.

SOUZA, Celina. Reinventando o poder local: limites e possibilidades do federalismo e da descentralização. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, vol. 10, n° 3, 1996. p. 103-112.

SOUZA, Celina. Brazil: The Prospectsof a Center-Constraining Federation in a Fragmented Polity. In Publius: **The Journal of Federalism**, v.32, n. 2, p. 23-48, Spring 2002.

TAVARES, Alessandra Schettino. **O federalismo cooperativo no Brasil: O perfil do Estado brasileiro segundo a Constituição Federal de 1988**. Disponível em: <<http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/341>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury (org.). **Reforma Sanitária – em busca de uma teoria**. Cortez editora/ABRASCO: São Paulo, 1989.

VIANNA, Salvador Teixeira Werneck. **Desenvolvimento econômico e reformas institucionais no Brasil: Considerações sobre a construção interrompida**. 2007. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.ie.ufrj.br/datacenter/ie/pdfs/pos/tesesdissertacoes/tese_salvador_werneck.pdf>. Acesso em: 31 out. 2018.

VILELA, Helena Cristina Aguiar de Paula. A crise da soberania e a era do constitucionalismo dos Direitos Humanos. **Revista da Faculdade de Direito da**

UFRGS, Porto Alegre, n. 34, p. 66-81, ago. 2016. Disponível em:
<<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/revfacdir/article/view/62001>>. Acesso em: 25 nov. 2017.

WEICHERT, Marlon Alberto. O Sistema Único de Saúde no federalismo brasileiro. **Revista de Direito Constitucional e Internacional**, São Paulo, v. 8, n. 32, p. 154-175, jul./set. 2000. Disponível em:
<<https://professorhoffmann.files.wordpress.com/2012/07/encontro-03-artigo-o-sistema-c3banica-de-sac3bade-no-federalismo-brasileiro.pdf>>. Acesso em: 09 mai. 2018.

WERNER, Patrícia Ulson Pizarro. A construção das políticas públicas de saúde: competências administrativas, solidariedade processual e desafios para o fortalecimento do SUS. **Revista de direito sanitário**, São Paulo, v.16, n.2, p. 147-159, jul./out. 2015. Disponível em:
<<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BDLOxSMEjwJ:www.revistas.usp.br/rdisan/article/download/106887/105507/+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-b-ab>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

ZIMMERMANN, Augusto. **Teoria Geral do Federalismo Democrático**. 2 ed. Lúmen júris: Rio de Janeiro, 2005.