

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
MESTRADO EM DIREITO E INSTITUIÇÕES DO SISTEMA DA JUSTIÇA
LINHA DE PESQUISA EM POLÍTICA E INSTITUIÇÕES DO SISTEMA DE JUSTIÇA

FERNANDA DAYANE DOS SANTOS QUEIROZ

DIREITOS E FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE: repasses e aplicação de
recursos em ações e serviços de saúde no município de São Luís - MA

São Luís

2018

FERNANDA DAYANE DOS SANTOS QUEIROZ

DIREITOS E FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE: repasses e aplicação de recursos em ações e serviços de saúde no município de São Luís - MA

Dissertação apresentada à banca examinadora do Curso de Mestrado em Direito e Instituições do Sistema de Justiça do Programa de Pós-graduação em Direito da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do título de mestre em Direito.

Orientadora: Prof^ª. Dr.^ª Edith Maria Barbosa Ramos.

São Luís

2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo (a) autor (a).

Núcleo Integrado de Bibliotecas.

Queiroz, Fernanda Dayane dos Santos.

Direitos e Financiamento do sistema de saúde: repasses e aplicação de recursos em ações e serviços de saúde no município de São Luís – MA/ Fernanda Dayane dos Santos Queiroz. - 2018.

166f.

Orientador (a): Edith Maria Barbosa Ramos.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Direito/ CCSO, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1.Direito à Saúde. 2. Federalismo Sanitário. 3. Financiamento Público da saúde. I. Ramos, Edith Maria Barbosa. II. Título.

FERNANDA DAYANE DOS SANTOS QUEIROZ

DIREITOS E FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE: repasses e aplicação de recursos em ações e serviços de saúde no município de São Luís - MA

Dissertação apresentada à banca examinadora do Curso de Mestrado em Direito e Instituições do Sistema de Justiça do Programa de Pós-graduação em Direito da Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Direito.

Orientadora: Prof^ª. Dr.^ª Edith Maria Barbosa Ramos.

Aprovada em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^ª. Dr.^ª. Edith Maria Barbosa Ramos
Orientadora

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos
Universidade Federal do Maranhão
Examinador Interno

Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco
Universidade CEUMA
Examinador Externo

Prof. Dr. Delmo Mattos
Universidade CEUMA
Suplente

Para meus pais, que me apoiaram quando
decidi enveredar para a área acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pelo dom da vida.

A todos da família que, de alguma forma, contribuíram para a minha constante busca pelo conhecimento.

Agradeço, em especial, aos meus pais, Francisco e Welgeny Queiroz, que sempre se preocuparam em transmitir valores sem os quais eu não teria me tornado a pessoa que sou hoje.

Aos meus irmãos, Pedro Felipe e Luanda Isna, que sempre se fizeram presentes na partilha de minhas conquistas e frustrações.

Às tias e aos primos que torcem pela minha realização profissional.

Ao meu namorado, Gabriel Lamy, por todo amor, companheirismo e paciência que tem me dedicado, por estar sempre me apoiando.

A minha professora e orientadora Edith Maria Barbosa Ramos, por todos os ensinamentos, estímulo, paciência, pela leitura atenta, pelos diversos empréstimos de livros, assim como diversas sugestões.

Aos demais professores do Programa, com destaque: Paulo Roberto, Artenira Silva, Delmo Mattos e Federico Losurdo, entre outros, pois seus ensinamentos foram essenciais para a minha caminhada.

Aos professores que tive ao longo da vida, fontes de exemplo e inspiração.

Aos amigos do Mestrado em Direito, em especial àqueles da Linha de Pesquisa de Política e Instituições do Sistema de Justiça, com quem eu compartilhei muitas leituras, conversas, risadas e trabalho.

Aos amigos do Núcleo de Estudos em Direito Constitucional: Bruno Castro, Rossana Barros, Analissa Barros que, assim como eu, resolveram trilhar mais esse passo da carreira acadêmica. Obrigada por todos os momentos compartilhados.

Aos amigos do CEFET-MA (hoje IFMA), pela amizade de anos, pelo apoio e por acreditarem que eu cumpriria mais essa etapa da vida, cito aqui Renata Nogueira e Rayssa Costa, que tanto ouviram meus dilemas. À amiga Christina Cantanhede pela cumplicidade e pela revisão normativa deste trabalho.

Aos amigos advogados, especialmente os jovens advogados com quem compartilho dúvidas e aprendizado.

Obrigada a todos que, mesmo não estando citados aqui, tanto contribuíram para a conclusão desta etapa.

EPÍGRAFE

O direito à saúde é uma conquista fruto do movimento organizado pela sociedade civil. O caminho agora é a busca para implementá-lo (MISODOR, 2009).

O maior desafio do Sistema Único de Saúde hoje, no Brasil, é político, porque garantir financiamento para um sistema, que tem que passar por um conjunto de negociações e de interesses no Congresso Nacional, no Executivo, no pacto de federação com estados, municípios, União, implica em uma decisão essencialmente política. (PAIM, Jairnilson, 2011).

RESUMO

Quando se fala em direito à saúde no Brasil, não há dúvidas que o grande marco foi a Constituição Federal de 1988, a qual dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado. No entanto, o Estado tem dificuldades para realizar a efetivação do direito à saúde, visto que existem problemas envolvendo distribuição de competências – tendo em vista a configuração do nosso federalismo cooperativo - e a finitude dos recursos – dificultando a garantia da universalidade do direito. Com esta pesquisa, pretende-se avaliar a configuração do federalismo sanitário a partir da distribuição de recursos direcionados ao município de São Luís- MA, previstos constitucional e legalmente, no período de 2012 a 2016. Para tanto, vê-se a necessidade avaliar o financiamento público de saúde na cidade de São Luís, a qual é constitucionalmente considerada um ente federativo dotado de autonomia. A partir dessa investigação, busca-se compreender o desenho federativo brasileiro e a distribuição de recursos direcionados aos cuidados em saúde de forma a caracterizar ou não o município como um ente federado de fato. Trata-se de uma pesquisa de análise documental, bibliográfica, exploratória, que utiliza como marco metodológico, Max Weber e como marco teórico, a utilização da teoria de Justiça de John Rawls por Norman Daniels, na qual se pretende identificar em que medida se pode falar em federalismo de saúde visto que as economias dos municípios do país - mais especificamente, de São Luís – são mantidas por transferências de recursos da saúde provenientes da União.

Palavras-chave: Direito à saúde. Federalismo Sanitário. Financiamento Público da Saúde.

ABSTRACT

When talking about the right to health in Brazil, there is no doubt that the great landmark was the Federal Constitution of 1988, which states that health is the right of everyone and the duty of the State. However, the State has difficulties in achieving the realization of the right to health, since there are problems involving the distribution of competences - with a view to the configuration of our cooperative federalism - and the finiteness of resources - making it difficult to guarantee the universality of the law. This research intends to evaluate the configuration of sanitary federalism based on the distribution of resources directed to the municipality of Sao Luis-MA, constituted and legally foreseen, in the period from 2012 to 2016. Therefore, it is necessary to evaluate the public health financing in the city of Sao Luis, which was constitutionally considered a federative endowed with autonomy. Based on this research, it is sought to understand the federal federative design and the distribution of resources directed to health care in order to characterize or not the municipality as a de facto federated entity. It is a research of documentary, bibliographical, exploratory analysis that uses, as a methodological framework, Max Weber and as a theoretical framework, the use of John Rawls's theory of Justice by Norman Daniels, in which one intends to identify to what extent one can speak in federalism of health since the economies of the municipalities of the country - more specifically, of Sao Luis - are maintained by transfers of health resources coming from the Union.

Keywords: Health Right. Health Federalism. Health Public Financing.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CPMF	Contribuição Previdenciária sobre a Movimentação Financeira
CPL	Comissão Permanente de Licitação
CSLL	Contribuição sobre o Lucro Líquido
CTN	Código Tributário Nacional
CUT	Central Única de Trabalhadores
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DenaSUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
EC	Emenda Constitucional
EUA	Estados Unidos da América
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
IAPAS	Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
ICMS	Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
INAMPS	Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU	Imposto Territorial Predial Urbano

IPVA	Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores
IR	Imposto de Renda
ISS	Imposto Sobre Serviços
ITBI	Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis
ITCMD	Imposto sobre Transmissão “Causa Mortis”
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LO	Lei Orgânica
LOA	Lei Orçamentária Anual
MA	Maranhão
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Projeto de Emenda à Constituição
PSF	Programa Saúde da Família
PPA	Plano Plurianual
RIT	Relatório de Instrução
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPEVEA	Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia
SUDENE	Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TCU	Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 UM BREVE HISTÓRICO DO FEDERALISMO NO BRASIL E NO MUNDO E SUA CARACTERIZAÇÃO NO BRASIL APÓS A INSTITUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS COMO ENTES	16
2.1 Histórico do federalismo: da antiguidade até a modernidade	17
2.1.1 O pioneirismo dos Estados Unidos da América	19
2.1.2 Aspectos históricos que norteiam a atual conceituação do federalismo brasileiro	22
2.2 As tipificações do federalismo: ênfase ao federalismo cooperativo	28
2.2.1 Competências privativas e exclusivas	31
2.2.2 Competências legislativas concorrentes	32
2.2.3 Competências comuns.....	34
2.3 Municípios	35
2.3.1 Autonomia dos municípios na Constituição de 1988	42
2.3.2 Os recursos dos municípios.....	46
3 FEDERALISMO SANITÁRIO: aspectos históricos, conceituais e normativos	51
3.1 Histórico do Direito à saúde	51
3.1.1 O Direito à saúde no âmbito internacional.....	54
3.2 Os sistemas de saúde em países federalistas	61
3.2.1 O modelo de proteção à saúde dos Estados Unidos	61
3.2.2 Na Europa: principais características do sistema de saúde alemão e espanhol	64
3.2.3 Ásia: a Índia como estado federal com sistema universal de saúde	67
3.2.4 América Latina – as reformas sanitárias e o modelo da Argentina	69
3.2.4.1 O neoliberalismo versus a Reforma Sanitária	77
3.3 O Sistema Único de Saúde na configuração do federalismo brasileiro	82
3.3.1. Resgate histórico do Sistema Único de Saúde	84
3.3.2. Normativa.....	84
3.3.3 Repartição de competências no SUS e a responsabilização solidária dos entes federativos.....	94
4 ORÇAMENTO	99
4.1. Orçamento e tributação no Brasil	105
4.1.1. Tributação no Brasil	107
4.2 O Orçamento da saúde: um destaque para os municípios enquanto entes do federalismo brasileiro	110
4.3 Limites e possibilidades do orçamento da saúde no município de São Luís	116

4.3.1. Análise do município de São Luís: aspectos demográficos, socioeconômicos, de acesso às ações e serviços de saúde.....	117
4.3.2. O planejamento da saúde do município de São Luís: os Planos Plurianuais 2010-2013 e 2014-2017, as Leis de Diretrizes Orçamentárias de 2012-2016 e as Leis Orçamentárias Anuais dos anos de 2012-2016.....	118
4.3.3. O orçamento da saúde no município de São Luís - análise das receitas destinadas à saúde nos anos de 2012-2016.....	126
4.3.4. A importância do Tribunal de Contas do Estado: breve análise dos relatórios de instrução técnica apresentados pelo município, no que se refere à prestação de contas do Fundo Municipal da Saúde - FMS e do Hospital Djalma Marques nos anos de 2012 a 2016.....	128
CONCLUSÃO.....	136
REFERÊNCIAS	144

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal brasileira de 1988 foi a primeira a tratar a saúde como direito fundamental, de modo que a inserção desse direito no texto constitucional representou um grande avanço do ponto de vista social. A garantia desse direito passou a ocorrer através de ações e serviços públicos prestados pelo SUS: um sistema único, integrado, universal e gratuito. Entretanto, a consolidação desse sistema envolve uma série de desafios, como: a existência, na prática, das características do sistema federativo, o fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais dos governos locais, regionais e central, além da necessária gestão dos recursos destinados à saúde e repartição das competências do Sistema de Saúde, que tem, assim como o federalismo, a característica de ser descentralizado.

Com esta pesquisa, pretende-se realizar uma avaliação da aplicação de recursos constitucionais de âmbito federal, estadual e municipal, em ações e serviços públicos de saúde em São Luís – MA e analisar o financiamento público de saúde de modo a descobrir em que medida se pode falar em federalismo de saúde visto que as economias de muitos municípios do país podem ser consideradas dependentes das transferências de recursos da saúde provenientes da União.

Essa pesquisa teve como ponto de partida, a análise do federalismo brasileiro, com destaque para a abordagem sobre posição dos municípios nesse sistema, de modo que, considerou-se, precipuamente, que o município estudado (São Luís) é dependente do repasse de recursos públicos das esferas federal e estadual no que se refere ao financiamento público em saúde e, por consequência, o status de dependente do repasse de recursos públicos das esferas estadual e federal dificulta a caracterização do estado brasileiro como um Estado Federal de fato. Tal pressuposto pode ser corroborado com o pensamento de Arretche (2005), que considera que os governos locais podem possuir recursos para atender as demandas existentes, mas também dispõem de limitada autonomia para definir suas atividades, visto que suas políticas são financiadas basicamente com transferências vinculadas. Vê-se que há uma estrutura de dependência dos recursos federais para os gastos em saúde, devido a forma como a política de saúde é praticada no país, com presença de centralização dos seus princípios, um resquício da configuração da forma de estado unitário, anterior à Constituição de 1988.

Existem problemas estruturais no federalismo de saúde, pois a atribuição dos serviços em saúde deve ser executada pelos três entes federativos, sendo que, muitas vezes, a execução dos serviços públicos em saúde não é realizada. Há ainda a problemática da complexidade do sistema de repartição de receitas, com a maior parte dos recursos municipais

de saúde sendo provenientes da União.

A pesquisa parte da definição de conceitos como saúde, sendo o conceito utilizado, o definido pela OMS, estabelecendo as críticas pertinentes. Para compreender esse conceito, disposto como um direito, faz-se uso dos ensinamentos de Daniels (1985; 2008) que apresenta a saúde em um contexto da teoria de justiça pensada por Rawls (1981; 2003) e compreende a saúde como um dos principais fatores que influenciam as oportunidades que os indivíduos têm ao longo de suas vidas. Quanto à definição de federalismo, adota-se o disposto por Ramos (2012) que defende a não existência de um modelo fechado ou único de Estado Federal. Para desenvolver o tema do orçamento público, com destaque para o orçamento da saúde, utiliza-se a legislação vigente, dispositivos constitucionais e o que foi trazido pelas emendas constitucionais, assim como os ensinamentos de Aith (2007) e Ugá, et. al. (2012).

Embora haja na Constituição Federal algumas competências do Sistema Único de Saúde e ainda um breve relato de como se dá o financiamento desse sistema, foi apenas com a elaboração de leis específicas que foram regulamentados os procedimentos para o adequado funcionamento do SUS, bem como suas atribuições específicas e o modo de financiamento em saúde.

É inegável que um dos principais problemas do Sistema de Saúde é o seu financiamento, pois envolve tanto a insuficiência de recursos de acordo com as necessidades da população, como também a precária qualidade da gestão dos gastos em saúde (MOREIRA; et.al., 2013). Sobre o repasse de recursos do SUS aos Municípios, preleciona Andrade; et.al. (2009):

As transferências federais do SUS, se comparadas com a arrecadação, são particularmente significativas nos municípios situados nas regiões Nordeste e Norte do país. A importância desses recursos reforça o papel indutor e coordenador do Ministério da Saúde, representando um forte estímulo à adesão municipal a políticas federais atreladas a recursos financeiros nessas localidades.

É pensando nestas problemáticas que esta pesquisa foi construída, para avaliar a aplicação de recursos constitucionais federais, estaduais e recursos constitucionais próprios do município de São Luís destinados às ações e serviços públicos de saúde do município em estudo, tendo ainda como objetivos específicos: a) Compreender o desenho federativo de investimento de recursos dos três entes federativos na garantia do direito à saúde; b) Analisar os efeitos do federalismo de saúde estruturado no Brasil na aplicação dos recursos destinados à saúde; c) Avaliar o financiamento público destinado à garantia do direito à saúde no município de São Luís, à luz da Constituição Federal de 1988; d) Analisar as modificações do sistema jurídico e da rede de saúde após a regulamentação da EC nº 29/2000 e da EC nº

86/2015; e) Analisar a legislação relativa ao financiamento do direito à saúde no Brasil, após vigência da LC 141/12 e f) Compreender a construção dos orçamentos municipais tendo em vista o sistema normativo da saúde.

Para alcançar o resultado almejado, delimitou-se um lapso temporal que corresponde aos anos 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016, verificando-se os dados financeiros referentes às transferências feitas pelo SUS, pelo estado, à despesa com recursos próprios. O marco temporal a ser proposto justifica-se em razão de abarcar os três anos do mandato presidencial iniciado em 2011 e finalizado em 2014, mas iniciando de 2012, momento em que começou a vigor o PPA do mandato e incluindo também os anos de 2015 e 2016, visto que se viveu momento de crise econômica e instabilidade política e ainda devido à ocorrência, em 2016, da epidemia do vírus da zika que passa a preocupar até os organismos internacionais, a exemplo da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Especificamente acerca do referencial teórico-metodológico, este seria, nos dizeres de Neves (2013, p. 5), a concepção teórica utilizada pelo pesquisador, ou seja, os referenciais teóricos adotados pelo pesquisador para abordar o objeto de seu estudo.

A pesquisa realizada pode ser definida como quanti-qualitativa, cujo principal procedimento de análise metodológica é a análise documental.

É caracterizada como quanti-qualitativa pois visa possibilitar a compreensão da abrangência do fenômeno e ainda conhecer o significado que se atribui a esses fenômenos, ou seja, pretende-se trabalhar com dados de quantificação existentes nos portais de transparência e obtidos através das entrevistas semiestruturadas e ainda complementá-los com dados subjetivos, descritivos e visando realizar desvendamentos por meio de reflexão.

Minayo (2005) trouxe a proposta da triangulação de métodos, ou seja, a síntese entre abordagem quantitativa e qualitativa, gerando a abordagem quanti-quali a qual consiste em combinar métodos quantitativos com abordagem qualitativa, a fim de permitir a análise das representações sociais e das diferentes posições dos grupos sociais que formam o universo da pesquisa. Busca-se estabelecer um diálogo entre as duas formas, de modo a superar a dicotomia. Sobre a triangulação de métodos em pesquisa de saúde, afirma Freitas; et.al. (2012, p. 1008-1009):

A triangulação dos métodos é uma das alternativas para a validação dos resultados e consiste no uso de dois ou mais métodos de análise de forma sequencial ou simultânea para examinar o mesmo fenômeno (...). A informação qualitativa pode gerar respostas que permitam novas reflexões, discussões e caracterização de fenômenos, o que, para determinadas questões, é de grande importância, pois gera

teorias e hipóteses que poderão ser complementadas posteriormente com a aplicação do método quantitativo

Dessa forma, será proposta uma metodologia que forneça os instrumentos necessários para que a pesquisadora alcance os objetivos elencados.

O marco metodológico adotado é o pautado em Max Weber, pois a pesquisa se pautará na análise das racionalidades burocráticas visualizadas no estudo de Weber e ainda, pelo fato de se considerar que o autor propôs a existência de um método próprio para as ciências sociais que permitisse melhor analisar as ações sociais (objeto da ciência social) inseridas no meio e não dissociadas de outras ações.

Weber traz a necessidade de buscar uma abordagem metodológica que garanta, ao mesmo tempo, que sejamos capazes de “reduzir a realidade empírica a certas leis, relacionando os elementos da realidade a valores culturais, universais, destacando as conexões que se mostram significativas” (WEBER, 2001, p. 131)

Assim, vê-se que a análise metodológica de Weber é atual e se mostra adequada para tratar do tema proposto que envolve direitos e financiamento do sistema de saúde na atual conjuntura federalista.

Para alcançar os objetivos traçados, o procedimento da análise documental foi escolhido como o mais adequado. Para desenvolver a análise, contou-se com arquivos e documentos coletados. O objetivo com tais procedimentos é mapear os investimentos em saúde no município de São Luís e, principalmente, atingir o objetivo do trabalho que é a sua caracterização como ente federativo autônomo e independente.

Quanto aos procedimentos técnicos que são também conhecidos como fontes de produção do conhecimento jurídico, pretende-se trabalhar com o estudo de legislações que se remetem ao direito à saúde no município de São Luís, assim como a forma que se dá a repartição de recursos arrecadados; doutrina, ou seja, utilização de livros especializados, revistas nacionais e dados regionais; e ainda pesquisa documental.

Com relação à estruturação da dissertação, ela encontra-se dividida em três capítulos. No primeiro capítulo, foi traçado um histórico do federalismo (mundial e brasileiro) e apresentadas as suas principais características, assim como a distribuição de competências, com ênfase à posição do município nesse federalismo, destacando a pesquisa sobre a sua autonomia e recursos que possui.

No segundo capítulo, trata-se do federalismo sanitário, define-se saúde, assim como direito à saúde, faz-se um breve resgate histórico da saúde em perspectiva comparada e no Brasil, com destaque ao período da reforma sanitária e posterior instituição do SUS. Dessa

forma, apresenta-se a normativa do SUS e a repartição de competências, para tratar sobre aspectos do seu financiamento.

No terceiro capítulo, discute-se o orçamento público, apresenta-se conceitos, as espécies tributárias e legislações vigentes no Brasil. Destaca-se, a realização de pesquisa documental envolvendo o orçamento da saúde no município de São Luís, nos anos de 2012 a 2016, com o fulcro de apresentar os limites e possibilidades do financiamento público da saúde no município de São Luís, para a construção do federalismo de saúde.

2 UM BREVE HISTÓRICO DO FEDERALISMO NO BRASIL E NO MUNDO E SUA CARACTERIZAÇÃO NO BRASIL APÓS A INSTITUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS COMO ENTES

São diversas formas de organização social, econômica e institucional existentes em um Estado Federal. Logo, não se pode determinar um conceito universal para o termo federação. Esse conceito é construído tendo por base a realidade de cada país e suas estruturas políticas e econômicas. Como afirma Doria (2001), a partir do determinante histórico de cada período é que se define o grau da autonomia recíproca e a extensão das competências em cada sistema federativo.

Dallari (2010) traz que, etimologicamente, o termo Federação quer dizer pacto, aliança, ou seja, o Estado Federal representa união/ aliança de estados membros. Souza (2005, p. 170) reconhece a dificuldade de conceituar o termo, mas afirma que “(...) é possível afirmar que se trata de uma forma de organização do Estado em que o poder é exercido em dois planos, o primeiro é exercido pela União soberana e o segundo pelos Estados autônomos”.

No mesmo sentido, Paulo Ramos, (2011, p. 15) ao tratar da ideia de federalismo afirma que este “transmite uma ideia essencial, contudo não é um modelo fechado que só pode ser adotado por determinado país se seguir exatamente os mesmos roteiros, ingredientes, quantidade e qualidade dos elementos presentes na sistemática americana”. Dessa forma, entende-se que não existe apenas uma forma de federação que possa ser considerada a correta.

Pereira (2015, p. 24) para estabelecer a denominação sobre Estado Federal utiliza-se de termo antagônico, afirmando que este se contrapõe ao Estado Unitário, veja-se:

O Estado Unitário apenas apresenta descentralização quando o Poder Central o determina, de maneira que uma unidade descentralizada ou extinta a depender de uma norma por ele emanada, sendo notória a ausência de participação da unidade descentralizada na tomada de decisão. E é justamente neste ponto que reside a diferença do sistema federalista: a autonomia que detêm as unidades federativas.

Afirma também o autor que “o federalismo é uma forma de (re) conciliar interesses locais/regionais a interesses nacionais” (PEREIRA, 2015, p.25), pois incidem no mesmo território, competências da União, ente soberano, e também dos estados, entidades autônomas e a convivência entre ente soberano e entes autônomos é possível e necessária no sistema federativo devido à característica da descentralização de poder político e administrativo.

A descentralização, para Guerra (2015) consiste em uma estratégia para melhorar a efetividade da Administração Pública, além disso, objetiva o fortalecimento das capacidades

de cada ente governamental em executar as suas funções e relacionar-se com as funções executadas por outros entes. Como pontos negativos, Guerra (2015) destaca a existência de diferenças regionais, a rigidez burocrática, a fragmentação, dispersão local e a duplicação ou o abandono de responsabilidades sociais, de forma que se torna necessário realizar uma adequada repartição de responsabilidades e desenvolver as relações em conjunto.

Nesse capítulo, pretende-se compreender os principais fatores que conduziram ao surgimento do federalismo americano, primeiro modelo de sistema federalista na modernidade. Na sequência, serão trazidas algumas características e especificidades do federalismo brasileiro desde a sua incorporação pela Constituição de 1891 até os dias atuais.

Além deste breve aparato histórico, busca-se detalhar o federalismo cooperativo, trazido na Constituição de 1988, discutir sobre algumas principais tipificações de federalismo existentes e por fim, a discussão centra-se no histórico e características do ente federativo brasileiro mais próximo dos cidadãos, qual seja, o Município.

2.1 Histórico do federalismo: da antiguidade até a modernidade

Segundo Karl Loewenstein (1976), manifestações de Estado Federal surgiram na Grécia Antiga, com as ligas délica, antifictônica, helênica e aqueia. Sobre o tema, narra Honório (2012) que no transcorrer das guerras médicas, as cidades-estados da Grécia, sob o comando de Atenas formaram a Confederação de Delos com a função de fortalecer as cidades gregas diante do poderio imperialista do Império Persa e, mesmo após vencer contra a Pérsia, a Confederação permanece e Esparta, cria a Liga do Peloponeso. Vê-se através da criação das Ligas, a ocorrência dos primeiros conceitos aprimorados de autonomia política, uma manifestação do que viria a ser uma Federação.

Na Suíça, no século XIV e XV existia a “aliança eterna”; no século XVI existiu a União de Utrecht entre as sete províncias norte dos Países Baixos. Mas, é importante ressaltar que, as experiências da Grécia Antiga, Suíça no século XIV e dos Países Baixos no século XVI são consideradas apenas manifestações, visto não existir a jurisdição direta sobre os cidadãos dos Estados e pelo fato de que em todas elas existe a preponderância de um dos membros.

Croisat (1992) reserva a Althusius o pioneirismo teórico do federalismo, visto que ele transformou a hierarquia feudal em uma forma moderna de federalismo constitucional mostrando relações de associação e dependência. Reverbel (2012) tece argumentos sobre a importância de Montesquieu para instauração do federalismo num sentido racionalizado.

Sobre a importância dos pensamentos de Althusius e Montesquieu para o surgimento do federalismo, Reverbel relata:

Eles estão preocupados com a força defensiva e ofensiva dos Estados, da grandeza ou pequenez dos territórios, do contingente populacional e da forma política organizacional estratégica dos Estados.

A diferença está em que Althusius dá um fundamento natural ao federalismo, derivado da própria condição associativa humana (...) esboçou uma relação direta do tamanho do território e o volume populacional, com a defesa externa da democracia interna e externa.

Já Montesquieu não ressalta o ideal associativo-humano do federalismo, dando maior ênfase ao processo artificial racionalista de organização do território, visando a instaurar um ambiente mais que liberal, evitando os vícios da monarquia e da república, pela já citada república federativa (REVERBEL, 2012, p. 67)

Nas palavras de Oliveira Filho (2009, p. 193): “A Constituição norte americana de 1789 nada mais é do que a república federativa de Montesquieu colocada em prática”. Essa forma de estado, segundo Silva (2000), baseia-se na união de coletividades políticas autônomas.

De acordo com Schmitt (1992), a ideia central do federalismo encontra-se no pluralismo e na existência de autonomia política tanto para os estados-membros como para o Estado nacional, composto por entes federativos. O autor, em outra importante obra, denominada “O guardião da Constituição” (2007) trata sobre o conceito de federalismo. Vejamos:

Com a palavra federalismo, procura-se expressar aqui apenas a justaposição e a cooperação, existentes dentro de uma organização federal de uma maioria de Estados encontra-se, aqui, uma pluralidade de formas estatais sobre base estatal (SCHMITT, 2007, p. 105).

Atualmente, segundo Anderson (2009) quase todas as democracias de grandes extensões territoriais são federações, cada uma com adaptações próprias de acordo com a realidade de cada Estado. Mesmo com tantas particularidades existem características que diferem o modelo federalista de outras formas de organização do Estado.

Pereira (2015) traz como características principais do estado federal: ter ao menos, dois níveis de governo, constitucionalmente instituídos, sendo cada um dotado de autonomia um de nível federal, com jurisdição sobre todo o país e outro de nível regional ou subnacional; outra característica consiste na coexistência da soberania, como atributo do Estado federal; a terceira consiste na autonomia, inerente à unidade constitutiva, ou seja, o estado; enumera-se também como característica o fato de possuir estruturas bicamerais ou duas Casas legislativas: uma formada pelo povo, outra formada pelas unidades federativas subnacionais; por fim, pode-se citar, a presença de um modelo democrático de estado de

direito. Ainda sobre o tema, conclui Pereira (2015, p. 20) que apenas é possível a convivência entre a soberania e a autonomia, em virtude da descentralização de poder político e administrativo.

Paulo Ramos (2012) não considera que só pode ser chamado de federal a forma de estado que apresenta todas as características do federalismo americano, pois este não é o melhor, nem o único modelo existente, mas se faz importante por ter sido o primeiro modelo federalista. Afirma que qualquer sistema federal deve apresentar a maioria das seguintes características:

a) Constituição escrita e rígida; b) duas ordens jurídicas: central e parciais, sendo estas últimas dotadas de autonomia, quer dizer, competências próprias, possibilidade de auto-organização e de escolha de seus governantes e membros do poder legislativo, os quais terão competência para legislar sobre as matérias fixadas na constituição federal, além dos recursos necessários para fazer frente às suas responsabilidades; c) indissolubilidade do vínculo federativo; d) vontades parciais representadas na elaboração da vontade geral através do Senado Federal, que deve guardar isonomia dentre as vontades parciais; e) existência de um Tribunal Constitucional como guardião das competências e f) possibilidade de intervenção federal (RAMOS, 2012, p. 22).

De outro lado, Siqueira (2015, p. 31) é mais conciso ao apresentar as características principais para configuração de um Estado Federal, de forma que para ele, o sistema federal deve: possuir no mínimo dois níveis de governo, desde que todos os polos sejam detentores de autonomia; ter uma Constituição escrita; ter a possibilidade de intervenção federal e possuir uma Corte Suprema para dirimir os conflitos referentes a matérias constitucionais.

Compartilhando do entendimento de Ferreira (2014) entende-se que a concepção de Federalismo não pode ser pautada em um único e exclusivo modelo. Pelo contrário, a sua construção se dá com base na estrutura de cada Estado que o adota, não sendo possível atribuir um conceito generalizador, mas é possível a demonstração de características em comum em diversos contextos territoriais.

Pretende-se nas próximas páginas fazer um breve aparato histórico, trazer características e narrar situação atual do primeiro Estado a adotar uma democracia federal: os Estados Unidos da América (EUA)

2.1.1 O pioneirismo dos Estados Unidos da América

Os EUA foram o Estado Soberano fundamental na realização inicial de uma análise do sistema federativo, visto que foi o primeiro a adotar uma democracia federal, em

1787. Fazendo um breve aparato histórico, é importante mencionar que as terras hoje pertencentes aos EUA foram colonizadas e divididas em treze colônias pela metrópole. Mas, surgiu ânsia de libertação das imposições britânicas¹, ocasionando o processo de independência das colônias, em 1776, quando foi firmada a Declaração de Independência que originou, em 1781, os Artigos de Confederação. Nas palavras de Pereira (2015, p. 13-14)

A Declaração de Independência Americana pode ser considerada documento inaugural da estruturação do federalismo que logo seria implantado nos Estados Unidos. Com efeito, a partir da articulação da independência americana, a forma como os novos Estados americanos se relacionariam passa a ser objeto de intensa preocupação, já que a conquista da liberdade fez nutrir a repulsão por qualquer sorte de dependência das ex-colônias entre si.

Após o processo de independência surgem os Estados Unidos reunidos em congresso, órgão pelo qual as antigas treze colônias passaram a ser estados independentes, dotados de autonomia e soberania.

Em 1787, representantes dos Estados participantes da Confederação, reuniram-se na Convenção de Filadélfia e decidiram adotar a forma federativa de Estado. Nessa Convenção, foram rediscutidos os artigos da Confederação, de forma que ganhou força a disputa entre federalistas e antifederalistas, esses últimos defensores apenas de uma reformulação dos artigos da Confederação já existente.

Pereira (2015, p. 21) traz que a reforma estrutural proposta pelos federalistas ensejaria a exclusão da soberania dos Estados em prol de um governo centralizado, mais forte e competente para tomar decisões em âmbito nacional. Por outro lado, Pereira (2015) afirma que os anti federalistas eram contrários a esse amplo poder de decisão em âmbito nacional, pois acreditavam que os representantes dos Estados foram convocados tão somente para decidirem sobre as reformas nos Artigos da Confederação, não dispendo de competência para decidirem sobre outras matérias, além disso, de acordo com Pereira (2015) também argumentavam os anti federalistas que a retirada de soberania dos Estados em torno do fortalecimento de um Estado único subjugaria os Estados e aniquilaria as diferenças

¹ Gebara (2010) retrata que as relações tornaram-se tensas ao longo da década de 1760, agravando-se drasticamente após episódios como o Sugar Act (em que se taxavam vários produtos, incluindo o açúcar, que não fossem provenientes das Antilhas Britânicas), de 1764, o Stam Act (consiste na taxa do selo, incidente sobre jornais, documentos e diversos outros itens, sob o fundamento de que as colônias deveriam contribuir para sua própria defesa), de 1765, o Massacre de Boston, em 1770 (movimento de repressão, reação violenta em Boston, com a ocorrência de morte de pessoas, que se deu após a revogação da lei do selo e imposição de tarifas sobre as importações das colônias), e o Boston Tea Party, de 1773 (quando os colonos sofreram reação da Coroa por terem lançado ao mar, na baía de Boston, os estoques de chá da Companhia das Índias, que forçadamente, por ação da Coroa, detinha o monopólio do comércio de chá no mercado americano, ocasionando crise financeira entre os comerciantes locais).

socioculturais existentes e interferiria também na conquista da liberdade. Nesse sentido, Souza (2005, p. 171) explana:

Criou-se o Estado federal com a Constituição elaborada por Washington, Franklin, Madison e Hamilton (os pais da pátria norte-americana), inspirados nos ideais iluministas que norteavam os pensamentos contemporâneos da época (...). E da inicial forma federativa de Estado surgiu o que chamamos hoje de Democratas e Republicanos (os grandes partidos políticos dos Estados Unidos da América), em que os primeiros defendiam ampla liberdade aos Estados membros e os segundos, um governo forte e centralizador (SOUZA, 2005, p. 171).

Dalmo Dallari (1986, p. 15) afirma que a diferença fundamental entre Confederação e Federação, encontra-se na base jurídica. Na confederação os integrantes se acham ligados por um tratado, do qual podem desligar-se a qualquer momento, visto que os signatários do tratado possuem soberania e só delegam os poderes na quantidade e pelo tempo que quiserem. De modo diferente, tem-se a Federação, pois nesta os Estados que a integram aceitam uma Constituição comum e devem obediência a essa Constituição. Assim, no Estado federal tem-se um poder central (com base na Constituição Federal), com aplicabilidade em todo território nacional, e outro local (baseado na Constituição Estadual), composto por regras locais (dos estados membros). Portanto, conclui Dallari (1986) que ao aumentar a centralização de competências na União, restringe-se a competência dos estados membros.

Após os Estados ratificarem a Constituição proposta pela Convenção Federal, reconheceu-se o pacto federativo e conseqüentemente o fim da soberania dos estados membros (ANSELMO, 2006).

Nos Estados Unidos da América, a União possui competência legislativa limitada, e os estados membros possuem ampla competência legislativa e autonomia. Nas palavras de Anselmo (2006, p. 73): “O federalismo no modelo originado nos Estados Unidos buscava a conciliação das vontades parciais, representadas pelos Estados, e a criação de um poder central”.

A forma de estado federal foi tratada pioneiramente nos Estados Unidos, pelos escritos de Madison, Jay e Hamilton, na obra denominada “O Federalista”. Afirma-se que “foi graças aos escritos de Madison, Jay e Hamilton que a Constituição de 1787 foi ratificada pelos antigos estados confederados e a forma democrática federal foi instalada nos Estados Unidos” (PACIFICO, 2012, p. 32).

Madison e Hamilton encontram-se entre os líderes do movimento que culminou na convocação da Convenção Federal, da qual foram membros”. (LIMONGI, 1998, p. 246).

A obra “O Federalista” consiste na junção de artigos jornalísticos publicados em prol da Convenção Federal, o que levou a Constituição Estadunidense de 1787 a adotar a

forma federativa de estado. A obra busca tratar, segundo a indicação de Hamilton; et al (1840, p. 05):

A utilidade da União para vossa prosperidade política; A insuficiência da atual Confederação para preservar essa União; A necessidade de um governo pelo menos tão vigoroso quanto o proposto; A conformidade da Constituição proposta com os verdadeiros princípios do governo republicano; Sua analogia com vossa Constituição estadual; Finalmente a segurança adicional que sua adoção proporcionará à preservação dessa espécie de governo, à liberdade e à propriedade (tradução livre).²

Quase um século após a instalação da forma federativa nos EUA, a Corte Suprema se manifestou acerca dos sentimentos de autonomia dos estados membros, assim se referindo no caso *Texas x White* (1868):

Mas a perpetuidade e a indissolubilidade da União não implicam, de forma alguma, a perda da existência individual e distinta, ou do direito de autogoverno dos Estados. Pelo contrário, não se pode dizer sem razão que a preservação dos Estados e a manutenção dos seus governos estão tanto na concepção e no cuidado da Constituição quanto na preservação da União e na manutenção do Governo Nacional. A Constituição, em todas as suas disposições, procura uma União indestrutível composta de Estados indestrutíveis (tradução nossa).³

Percebe-se a existência da forte autonomia dada aos estados membros do primeiro país federalista. Para Feijó (2012), o sistema federalista adotado nos Estados Unidos da América tem enfoque voltado para a modernidade, em que há a existência de uma separação de poderes vertical (União, Estados e Municípios) e outra horizontal (Legislativo, Executivo e Judiciário). Atualmente, participam da Federação estadunidense 50 Estados e o Distrito de Columbia, onde está situada a capital Washington.

Pretende-se no tópico seguinte trazer aspectos históricos do federalismo brasileiro que o levaram a ser caracterizado como um federalismo específico, segundo Honorio (2012).

2.1.2 Aspectos históricos que norteiam a atual conceituação do federalismo brasileiro

A inserção do regime federalista no Estado brasileiro recebeu a influência do federalismo norte-americano. Tal como afirma Honorio (2012), a forma de estado federativa

² A utilidade da união á nossa prosperidade política; a insuficiência da confederação atual para mantê-la; a necessidade de um governo ao menos tão enérgico como aquele que se vos propõe; a conformidade da constituição proposta com os verdadeiros princípios do governo republicano; a sua analogia com a constituição dos nossos estados particulares; finalmente o argumento c segurança da manutenção desta espécie de governo, da nossa liberdade e das nossas propriedades, que da adopção do projeto proposto deve resultar.

³ But the perpetuity and indissolubility of the Union by no means implies the loss of distinct and individual existence, or of the right of self-government by the States. On the contrary, it may be not unreasonably said that the preservation of the States and the maintenance of their governments are as much within the design and care of the Constitution as the preservation of the Union and the maintenance of the National government. The Constitution, in all its provisions, looks to an indestructible Union composed of indestructible States.

contemporânea se assenta sobre as bases do modelo jurídico e político que a Europa começou a constituir na Baixa Idade Média e também durante as Revoluções Gloriosa, em 1688, Americana, em 1776 e Francesa, em 1789.

Sobre a forma de constituição da Federação nos EUA e no Brasil, Souza (2005) afirma que enquanto nos Estados Unidos da América, por meio da união das colônias, foi constituída a Federação, no Brasil ocorreu o contrário: o governo central subdividiu o poder que possuía entre as Províncias, que passaram a ser denominadas Estados, realizando a descentralização política-administrativa. Enquanto nos Estados Unidos houve a atuação de uma “força centrífuga”, aqui no Brasil atuou a “força centrípeta” para a adoção do federalismo.

No Brasil, ao contrário do que ocorreu nos EUA, a metrópole portuguesa realizou a colonização exploratória do país, com a extração das riquezas como o pau-brasil, inicialmente, e o ouro, em seguida. Havia também uma forte tributação e os portugueses, na condição de colonizadores, fizeram da Colônia, o seu Império, por quase 70 anos, quando, finalmente, através de um golpe de estado idealizado por militares, foi instaurada a República e, na sequência, para regular esse novo período, foi promulgada uma Constituição em 1891 trazendo a forma federativa de estado, nos moldes americanos. Sobre o cenário vivido, Pereira (2015, p. 28) relata:

Com uma declaração de independência que derivava do poder central às antigas colônias, o quadro que se desenha no Brasil é de um Império com poder central vigoroso em detrimento de poderes locais quase anulados. Em tal cenário, é possível constatar duas importantes consequências: o empobrecimento constante das províncias em virtude da forte tributação em favor da Coroa e o enriquecimento demasiado da elite rural, a qual dominava o Poder Legislativo (já que o sufrágio e o direito de ser eleitos eram baseados no poder patrimonial), sendo beneficiada com a alocação dos recursos orçamentários.

Continua Pereira (2015) afirmando que por questões militares, religiosas, políticas e pela própria crise econômica, o Império não atendia mais aos anseios da sociedade, de forma que o ideal republicano crescia, assim como a ideia de adotar o modelo federalista, enquanto sistema de repartição política que contemplasse as entidades locais.

O Brasil foi por mais de 50 anos um Estado Unitário e Centralizador. Em 1824, D. Pedro I dissolveu a Assembleia Constituinte e outorgou a Constituição Imperial, de modo que o pensamento unitarista até hoje se mostra impregnado no imaginário popular. Pode-se dividir o período imperial em dois, levando-se em consideração a forma de centralização política. Numa primeira fase, observa-se uma centralização absoluta do poder político, e na segunda fase, a partir do Ato Adicional de 1834, um processo de desconcentração

administrativa. O Ato Adicional trouxe mudanças para o cenário político, como: conversão do Império do Brasil em uma monarquia federativa, Supressão do Conselho de Estado, Supressão do Poder Moderador, mas em 1841 houve redução da extensão dessas mudanças⁴. Segundo Santos; et al (2012, p. 9 - 10), embora tenha ocorrido retrocesso, a lei ainda é considerada um marco na instauração da descentralização política do país.

Bonavides (2004, p. 340), relata que as “sementes do federalismo foram deitadas ao subsolo político do Brasil na Revolução Pernambucana de 1817, ou seja, antes da Independência, no Projeto Antônio Carlos, em 1823⁵. Posteriormente, em 1831, o partido liberal mandou Projeto ao Senado para reformar a Constituição do Império e instalar no Brasil a Federação Monárquica, sendo esse projeto o que depois originou o Ato Adicional de 1834.

Bonavides (2004) coloca como um problema para a Federação brasileira, o fato de que o seu nascimento ter ocorrido em meio à ditadura, após um golpe de Estado militar desferido pelo Marechal Deodoro da Fonseca, no Campo de Santana. Nas palavras de Feijó (2012, p. 10):

O regime federativo foi institucionalizado após o período monárquico, por intermédio do Decreto nº 1, assinado em 15 de novembro de 1889, com a Constituição de 1891, representando seu corolário institucional. Os partidários da República liberal procuraram, o quanto antes, convocar uma Assembleia Constituinte, já que nas palavras do então Ministro da Fazenda, Rui Barbosa, o novo Estado precisava de uma constituinte para que se fosse reconhecida a República e que os créditos necessários fossem obtidos.

A Constituição de 24 de fevereiro de 1891 previa a forma de governo, baseada no regime representativo e presidencialista, e a de estado, calcada na federação⁶, integrada pelas antigas Províncias erigidas a estados membros e pelo Distrito Federal, antigo Município Neutro:

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, 2017).

Art. 2º Cada uma das antigas Províncias formará um Estado e o antigo Município Neutro constituirá o Distrito Federal, continuando a ser a Capital da União, enquanto não se der execução ao disposto no artigo seguinte. (BRASIL, 2017).

⁴ Conhecido como um contragolpe conservador no Ato Adicional (BONAVIDES, P; ANDRADE, P. 2006, p. 130)

⁵ Trata-se do Projeto de Constituição para o Império do Brasil, que foi escrito por Antonio Carlos Ribeiro de Andrade e Silva e outros

⁶ As demais Cartas Magnas brasileiras mantiveram o federalismo como forma de governo, até mesmo o Estado Novo em 1937; e em todas estas Constituições existiu a proibição expressa a qualquer tipo de vedação à forma federativa de estado.

Assim, como aborda Feijó (2012, p. 16) o Estado federal brasileiro esforçou-se, desde a primeira constituição republicana, pela defesa da autonomia dos seus três entes. A concreta efetivação dessa autonomia revela-se, também, pela edificação de uma organização sistêmica, que pressupõe a atuação conjunta dos entes federativos, tendo em vista que a sua sobrevivência depende da solidariedade e da cooperação entre seus membros. A partir de uma atuação conjunta e coordenada em diversos setores (sociais, por exemplo), garante-se a unidade da nação, proteção a direitos, fomento e desenvolvimento de políticas públicas voltadas à sociedade.

Porém, como relata Souza (2005), o federalismo brasileiro foi uma fórmula “importada dos Estados Unidos”, que foi incorporado pelo Brasil com a característica de possuir limitada autonomia dos seus estados membros, diferente do que apregoava os Estados Unidos. No Brasil, as Constituições estaduais são, em sua essência cópias da Constituição Federal, sendo pouquíssimo usadas, ocasionando a ocorrência de um “desvirtuamento do federalismo”, que aborda a existência de equilíbrio entre o Poder Federal e os Poderes Estaduais.

Celso Furtado (1999, p. 50) afirma que “O federalismo precoce teria possivelmente inviabilizado o projeto de nação que justificou entre nós a permanência da Coroa portuguesa”. No mesmo sentido, Santin; et al (2006) afirmam que não foram os estados que criaram a federação, mas o governo federal que passou a reconhecer a soberania, individualidade de cada província, pois o federalismo só existia na teoria. Observa-se, portanto, a partir do apresentado pelos autores acima expostos, que, na prática, a União concentrou o poder decisório nas suas mãos, transformando os estados em repetidores de normas da União e coadjuvantes no estado federal. Bonavides (2004, p. 342) afirma que:

Triste condição, essa, do sistema federal em nosso País: ele já nasceu enfermo e cresceu raquítico, eivado de contradições e impurezas centralizadoras que lhe desfiguraram a imagem; um federalismo açotado de ameaças autocráticas e unitaristas geradoras de injustiças e ressentimentos.

Campos; et al (2012) sobre o contexto histórico em que foi inserido o federalismo brasileiro afirma que tal como os norte-americanos, os federalistas no Brasil eram contrários à existência de uma Monarquia, pois com o controle da Metrópole, não poderia existir qualquer autonomia política das Províncias, deste modo, começam emergir movimentos de resistência, em Pernambuco, em 1824, na Bahia, em 1837, movimentos como a Inconfidência Mineira (1789) também foram importantes, pois visavam a formação de um país livre, utilizando-se de ideais iluministas.

Vê-se que o estado brasileiro é marcado por uma centralização de poder, enfraquecendo até mesmo o estado democrático, que necessita de maior proximidade com o povo para ter seus preceitos efetivados.

A década de 1920 foi o palco da desagregação desse pacto político, visando reforçar o presidencialismo e fazendo do princípio federativo algo sem efetividade. Vivia-se a política do café com leite, em que os mais poderosos, que estavam situados no eixo São Paulo – Minas Gerais, eram aqueles que alternadamente se elegiam Presidentes da República.

Bonavides et al (2006) questiona a existência de uma democracia liberal de alternância de poder, visto que um único partido de âmbito regional, durante quatro décadas, em um estado membro, elegeu 14 governadores e em âmbito nacional, no mesmo lapso temporal, foi o responsável por eleger quatro Presidentes da República. Concluem os autores que “o federalismo no regime republicano da Carta Constitucional de 1891 era um federalismo verbal, com a igualdade dos entes federados existindo só no texto da Constituição” (BONAVIDES; et al, 2006, p. 264).

Vê-se a grande discrepância entre o federalismo nos Estados Unidos e o federalismo brasileiro, desde a sua origem, até mesmo as constantes modificações em decorrência do momento político vivenciado. Nessa linha, Campos; et. al (2012) elencam algumas dessas diferenças, como: no modelo americano, os estados eram dotados de soberania e autonomia política, enquanto que os estados membros brasileiros, com a política do café-com-leite, carregavam o caráter autocrático, com o revezamento do poder político apenas entre Minas Gerais e São Paulo.

Em 1934 promulga-se a Constituição que visa fortalecer a autonomia dos estados membros e possui planos de descentralização administrativa, que se voltavam à valorização do município, mas havia nesse período forte apelo socialista dos mentores da Constituição, ocorrendo, na prática, a centralização e o engrandecimento dos poderes da União (NEME; et al, 2011, p. 131).

Traz Bonavides; et al (2006) que no Estado Novo, em 1937, a federação foi aniquilada. Os governos estaduais funcionaram como interventorias federais, com a presença forte da centralização e unitarismo da União. Ferreira (2003, p 221) afirma que:

Desde que em 1930 desapareceu a Constituição de 1891, instituindo-se a ditadura, desfez-se o federalismo. Mantiveram-se geograficamente os Estados. Politicamente, conservaram este nome, mas perderam os seus poderes de administração autônoma, que passaram a exercer-se por delegados de confiança do presidente da República, sem a colaboração de câmaras ou assembleias

Nesse período, o Estado Federal existia apenas no papel, pois na prática, as unidades territoriais (estados e municípios) antes descentralizadas, tiveram que se submeter ao poder fiscalizatório da União governada por Getúlio Vargas, com o poder político e econômico nas mãos dos coronéis e das famílias oligárquicas. Segundo Santos; Andrade (2012) com as modificações implantadas, restabelecia-se o Estado Unitário em termos materiais.

Na década de 1940, as atenções do mundo voltaram-se para a II Guerra Mundial, em que segundo Santos; Andrade (2012) tratou-se de uma disputa pela ideologia política que iria predominar, se a do grupo dos Aliados, composta por Estados regidos pelo regime republicano democrático, ou do grupo do Eixo, composto por países (Alemanha, Itália e Japão) em que predominavam regimes totalitários. Dessa forma, com a queda dos países totalitários, o Brasil e o mundo tiveram que se adaptar à nova realidade. Com a Constituição de 1946 houve o necessário avanço em relação aos retrocessos do Estado Novo, com um estado social estruturado no bicameralismo clássico, com o sistema federativo restaurado, valorização dos estados membros, garantia de sua descentralização política, administrativa e capacidade tributária e restabelecimento da autonomia dos municípios (NEME; et al, 2011).

Santos; Andrade (2012) citam como uma grande inovação trazida pela Constituição de 1946, o restabelecimento de uma cooperação financeira a fim de contribuir com o crescimento econômico de áreas mais subdesenvolvidas em nosso país através da criação da SUDENE e SPEVEA que eram descentralizações administrativas que recebiam incentivos financeiros para essa finalidade de crescimento econômico. Por conta da instituição dessas unidades houve no período da Constituição de 1946 a mudança do dualismo clássico para o cooperativo, pois se passou a dar maior importância ao desenvolvimento de áreas que possuíam problemas socioeconômicos e ecológicos e a instituir incentivos com capital proveniente das receitas da União, o que, posteriormente veio a interferir negativamente na autonomia dos Estados que recebiam tais incentivos.

Segundo Almeida (1987, p. 6) há uma boa base de ceticismo em relação ao futuro da Federação desde a Constituição de 1967, visto que é vivido, mais uma vez, o Estado unitário, apesar de mantido nominalmente o regime federativo.

Com a promulgação do Ato Institucional nº 5 em 1968 foram conferidos ao Presidente da República muitos poderes, o que contribuiu para maior centralização de poderes políticos no âmbito da União. Com a Constituição de 1969, há grandes restrições aos planos e diretivas econômicas, com a superioridade da União frente aos demais entes do Estado (NEME, 2011). De acordo com Santos; Andrade (2012, p. 21) “o nome federalismo de

integração, que recebeu essa forma federalista, representava a obsessão pela segurança nacional como forma de se institucionalizar uma maneira legítima de se centralizar o poder nas mãos de poucos”.

Esse resgate perdura até a Constituição de 1988, onde é regulamentada a união indissolúvel dos estados e municípios e do Distrito Federal, a forma federativa de estado, a capacidade de auto-organização, autoadministração e autogoverno, que a Constituição possui um guardião (o STF), enfim, são positivadas as diversas características do sistema federativo.

Porém, na prática, como traz Rocha (1997, p. 227), existe uma forma federativa muito distante do modelo norte-americano, há um federalismo tupiniquim, com a presença de “fenômenos políticos caboclos, intercalado, ou mesmo, impedido de se aperfeiçoar pelo coronelismo, da política de governadores e ditaduras militares”. Acrescenta-se ao cenário, a crescente corrupção, a criação de municípios por conveniência política, de forma que não se pode forjar um estado federativo no molde norte-americano, visto que se vivenciou no Brasil outra realidade histórica e desde a sua implantação, com tipificações diferentes adotadas, pode ser visualizada discrepâncias entre os dois modelos de federalismo.

No tópico seguinte pretende-se esclarecer algumas tipificações do federalismo trabalhadas pela doutrina, dando destaque ao modelo federalista cooperativo, seus pontos positivos e negativos e o modo como o Brasil implanta tal modelo no contexto atual.

2.2 As tipificações do federalismo: ênfase ao federalismo cooperativo

Segundo Reverbel (2012, p. 17-18) “o federalismo criou tipificações próprias para acompanhar a evolução do processo formativo e organizativo dos Estados (...). A doutrina não para, cria e recria tipificações”.

Entre essas tipificações, existe o federalismo simétrico⁷ e assimétrico⁸, cooperativo e dual competitivo, centrípeto⁹ e centrífugo¹⁰, por agregação¹¹ de Estados

⁷ Quando a Constituição atribui o mesmo grau de poderes, encargos e competências aos Estados, como exemplo, tem-se os Estados Unidos (Reverbel, 2012).

⁸ Quando a Constituição atribui poderes, encargos e competências aos Estados, como exemplo, citam-se Canadá e Índia (Reverbel, 2012).

⁹ Quando o constituinte federal visa o fortalecimento do poder central em detrimento do poder local em que os poderes, encargos e competências tendem a se concentrar nas mãos da União (reverbel, 2012).

¹⁰ Tende à preservação do poder local em detrimento do poder central, com a maior concentração de poderes nas mãos dos estados-membros ou municípios (Reverbel)

¹¹ Como exemplo clássico tem-se os Estados Unidos da América

separados, e por segregação¹² de Estados já unidos, orgânico, de integração, de equilíbrio¹³, por regiões.

Alguns teóricos chegaram a propor que o atual sistema fosse reformulado de modo a organizar os entes federativos por regiões, tendo em vista o nível de características regionais que abrangem até mesmo vários estados (SOUZA, 2005, p. 174). Assim Bonavides (2004) assevera:

Em suma, a Região é peça básica de nosso sistema federativo. Entidade constitucional, administrativamente faz parte já da Constituição, posto que, pelo prisma político e normativo, ainda não faça parte da Federação em termos formais (...). O pacto federativo inter-regional é o maior penhor da comunhão de nosso destino como povo e civilização. A hipertrofia do Poder Central, esta, sim, abre caminho ao desmembramento (...). O Brasil de amanhã – um amanhã muito breve – será o Brasil das Regiões, o Brasil de uma nova ordem federativa (BONAVIDES, 2004, p. 345-346).

O federalismo dual ou competitivo baseia-se na remissa de fixação rígida das competências dos entes estatais, dentro da qual se deviam manter rigorosamente (CAMARGO, 2010). Ou seja, o governo federal estaria limitado aos poderes a ele determinados pela Constituição Federal, enquanto os governos estaduais seriam responsáveis por elaborar todas as outras políticas.

Balera (2011, p.47) traz que no modelo federalista dual, o campo de atuação da União e o campo de atuação dos estados membros se acha limitado reciprocamente, sem que haja interferência da União nos temas dos Estados nem dos Estados nos temas da União. Essa tipificação do federalismo teve origem nos EUA em um período dominado pelo liberalismo, em que a liberdade individual estava acima da realização de intervenção na sociedade pelo Estado (que caracterizaria o Estado social).

Wagner (2004) considera que o federalismo competitivo se baseia na procura da disciplina dos governos, que se esforçam para competir pelos cidadãos e agradá-los pelos negócios comerciais. Ainda segundo o autor, nessa modalidade, os governos são dotados de característica competitiva do tipo livre para enfrentar os problemas da organização social.

Importante analisar, em especial, o modelo cooperativo, pois conforme aborda Camargo (2010, p. 45), seu estudo faz-se necessário para compreender como se tem estabelecido o equilíbrio entre a autonomia e a unidade nacional.

¹² Como exemplo, tem-se o Brasil.

¹³ Se fundamenta em uma ponderação razoável e equitativa que proporciona convivência mais harmoniosa entre os entes da federação. A Constituição de 1988 traz as bases desse modelo federal (Camargo, 2010, p. 57). Segundo Horta (2003), essa tipificação introduz na repartição de competências o elemento da legislação concorrente entre União, Estados e o Distrito Federal, aumentando o rol de que tradicionalmente compunha o campo privativo da União.

Souza (2005, p. 173) entende que o federalismo cooperativo é a forma de governo em que a União estende recursos aos estados membros e municípios. Considera que o federalismo cooperativo deve ser restringido, de forma tal que os estados membros possam aumentar sua autonomia e com isso a administração de seus gastos de acordo com seus próprios recursos.

Para a realidade brasileira, isso pode representar um grande avanço, podendo diminuir a incidência de problemas, como o da corrupção e o das desigualdades na distribuição de recursos entre os estados membros e municípios. Nesse sentido, sobre as principais características do federalismo cooperativo e suas implicações, afirma Campos; et. al (2012):

Reside aqui o papel do federalismo de cooperação, intangível pela proteção do art. 60, § 4º da CF/88, uma vez que o incentivo da União para o desenvolvimento regional e local, por meio de convênios e programas de ação em parceria com Estados, Distrito Federal e Municípios, possibilita o crescimento dos Estados, aumentando a autodeterminação política daquela região, ao passo que possibilita aos cidadãos o desabrochar de sua autonomia privada, que os levarão à luta para concretização de seus direitos individuais, garantidos constitucionalmente.

Balera (2011, p. 53) afirma que o federalismo cooperativo se efetivamente adotado, se torna mecanismo fundamental para que se cumpra um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, qual seja, a redução das desigualdades sociais e regionais. Assim, problemas de um determinado ente passam a ser problemas nacionais. Horta (1999) traz outra característica a qual se resume na destinação de receitas por parte da União para o fortalecimento regional.

Dourado; et al (2011) afirma que o federalismo cooperativo advém da ideia de identificação de que determinadas funções públicas não podem ser de competência exclusiva de algum dos entes federados, pois é visualizada a existência de interesses comuns. Dessa forma, a atuação conjunta dos entes federados nas políticas públicas, por exemplo, deve preservar a adoção de ações efetivas e de forma coordenada.

Vê-se que os estados membros devem possuir autonomia política e econômica dentro da estrutura do Estado federal cooperativo. Ao mesmo tempo, a Constituição Federal de 1988 também prevê em diversos dispositivos, a atuação conjunta da União, Estados, Distrito Federal e Municípios com o estabelecimento das competências comuns e concorrentes.

Porém, não há clareza no texto constitucional quanto à forma de cooperação entre os referidos entes federados, o que acarreta uma série de incertezas e instabilidades¹⁴

Na sequência pretende-se abordar cada tipo de competência existente no sistema federativo cooperativo brasileiro. Essa divisão disposta na Constituição Federal é importante para atribuir quais entes são responsáveis pelo cumprimento das atribuições administrativas e legislativas. Sobre o tema, conclui Bercovici (2008) que a discussão sobre a titularidade e limites de competências federativas possibilita alcance prático imediato, sendo relevante para o dia-a-dia dos Poderes Públicos e também da própria sociedade.

2.2.1 Competências privativas e exclusivas

Quando vigorava a Constituição de 1891, a qual construiu o federalismo brasileiro tendo por base o federalismo norte-americano, não se fazia a distinção técnica de competências privativas e exclusivas. Até na Constituição de 1988, os termos não são usados corretamente. Segundo Rodrigues (2007), “pela pré-compreensão de federalismo norte-americano, baseada no modelo rígido e dualista de repartição de competências, tomar como idênticos os termos exclusivo e privativo soa absolutamente natural”.

De acordo com o artigo 7º e 34 da Constituição de 1891, havia jurisdição exclusiva da União, a partir dos poderes conferidos privativamente, e há, por outro lado, jurisdição cumulativa ou concorrente.

Com a recepção do federalismo cooperativo alemão em face da Constituição de Weimar de 1919, misturam-se os princípios e os termos jurídicos. Rodrigues (2007) descreve que os arts. 5º, 6º, 7º e 8º da Constituição de 1934 aludem literalmente a competências “privativas” que, em realidade, são indelegáveis. Mas, por outro lado, o art. 5º, § 3º, trata da introdução da competência legislativa suplementar dos estados membros ou o art. 9º que aborda acordos feitos entre União e estados membros.

É portanto, por esse resquício da influência da linguagem norte-americana em que exclusivo e privativo não sofrem distinção. Até na Constituição de 1988 eventualmente tem-se competência “privativa” quando, em realidade, são competências “exclusiva”¹⁵. São exclusivas, algumas competências que são indelegáveis.

¹⁴ Um exemplo que se pretende discutir que acarreta dúvidas e instabilidades consiste na prestação dos serviços de saúde, que é de competência comum da União, Estados e Municípios.

¹⁵ Como exemplos Rodrigues (2007) traz o caput dos arts. 51 e 84 e, ainda, no caso do art. 61, § 1º.

Rodrigues (2007) afirma que quando um dispositivo que alude à competência “privativa” realmente, tal como no contexto alemão, ele traz conjuntamente a ideia de delegabilidade, por exemplo, tem-se o art. 22¹⁶ da Constituição de 1988¹⁷.

Assim, somente uma interpretação de caráter eminentemente histórico – uma “arqueologia dos conceitos” - permite resolver tais aparentes contradições nos textos constitucionais brasileiros. Só excepcionalmente, como no caso do caput do art. 49, uma interpretação literal do texto constitucional é satisfativa (RODRIGUES, 2007).

Um exemplo de competência exclusiva dos municípios disposta na Constituição de 1988, no artigo 30, I é a atribuição de legislar sobre assunto de interesse local.

No que se refere às competências exclusivas dos estados membros, o art. 25, § 1º, da Constituição 1988, diz que "São reservadas aos Estados as competências que não lhes sejam vedadas por esta Constituição". Nesse caso, ainda à norte-americana, a competência estadual é exclusiva. A aplicação dessa norma é subsidiária, remanescente, exigindo portanto que primeiro sejam definidas todas as competências legislativas (expressas ou implícitas) tanto da União quanto dos Municípios (RODRIGUES, 2007).

O art. 25, § 2º diz que "Cabe aos Estados explorar diretamente, ou mediante concessão, os serviços locais de gás canalizado, na forma da lei, vedada a edição de medida provisória para a sua regulamentação". Sobre o tema, Rodrigues (2007) relata que como se não bastasse o fato do contraste entre a riqueza e variedade das competências administrativas exclusivas da União (art. 21) em comparação à (solitária) competência administrativa dos estados membros no art. 25, § 2º, tem-se aqui ainda um caso de edição de uma lei federal que previamente regula a matéria.

2.2.2 Competências legislativas concorrentes

Em muitas matérias, a competência legislativa pertence, concorrentemente, à União, aos estados e ao Distrito Federal¹⁸.

A Constituição de 1988 permite, contudo, que o município suplemente a legislação federal e estadual no que couber, em âmbito estritamente local. Dessa forma, a competência legislativa suplementar dos Municípios, inscrita no art. 30, II, é inovação da

¹⁶ São as competências de ordem legislativa.

¹⁷ O parágrafo único deixa explícita a possibilidade de delegabilidade, quando traz que “Lei complementar poderá autorizar os Estados a legislar sobre questões específicas das matérias relacionadas neste artigo” (BRASIL, Constituição Federal, 1988).

¹⁸ Conforme o artigo 24 da Constituição Federal de 1988.

Constituição de 1988, é (sub)espécie de competência concorrente. Logo, com base no art. 30, II, o Município edita leis cujos temas ou matérias regulados já foram inicialmente objeto de regulação federal ou estadual.

Mukai (1991) traz que a única hierarquia existente na competência concorrente é a de que o município, na sua legislação, terá que observar as normas gerais válidas da União e dos estados; estes terão que observar, não podendo contrariar, as normas gerais dirigidas aos particulares, da União. Assim, dispõe o artigo 24, §1º que a União limitar-se-á a estabelecer normas gerais, no âmbito da legislação concorrente, já o § 2º determina que os estados podem legislar normas gerais, suplementarmente à União, em matéria concorrente. Mas têm competência plena também, segundo se infere do disposto no § 3º, quando não existir lei federal sobre normas gerais, mas caso existam ou sejam criadas normas gerais federais, irá suspender a eficácia da lei estadual referente àquilo que for contrário, conforme trata o § 4º.

Além das competências concorrentes presentes no artigo 24 da Constituição de 1988, Rodrigues (2007) aborda acerca da existência de competências administrativas autenticamente concorrentes. Relata que se trata daqueles casos em que a competência administrativa é atribuída pela Constituição de 1988 de modo concomitante e indistinto a duas ou mais entidades federativas. Utilizam-se para identificar essa competência, via de regra, as expressões "Estado" ou "Poder Público". Como exemplo, tem-se o artigo 225¹⁹.

Um problema apontado pelo autor, se refere ao fato de a Constituição não trazer em seu texto qualquer técnica para a solução de eventuais conflitos ou colisão material entre as respectivas legislações. Uma possibilidade é tratar essa modalidade de competência como uma subespécie da competência comum, sendo necessário Lei complementar federal específica para regular cada caso esparso de competência comum. Ou se permite a coexistência lado a lado das respectivas legislações federal, estadual e municipal, sem que elas se excluam entre si, inexistindo, ao mesmo tempo, a possibilidade de conflito hierárquico entre tais normas, uma vez que inexiste hierarquia entre as legislações federal, estadual e municipal.

Por último, explana-se as competências comuns. Segundo Almeida (1995), a existência dessas competências comuns entre os entes federativos é a expressão mais clara da natureza não centralizada do federalismo.

¹⁹ Art. 225. Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações.

2.2.3 Competências comuns

O art. 23, pela primeira vez na história do constitucionalismo brasileiro, contempla, a competência comum, isto é matérias desenvolvidas em conjunto entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios. Mukai (1991) acredita que com este tipo de competência, desejou o constituinte dar efetividade ao federalismo cooperativo, por meio de leis complementares fixando normas para cooperação entre os entes²⁰.

Rodrigues (2007) aborda que a Constituição ao trazer que leis complementares fixarão normas para a cooperação entre todos os entes federativos, possibilita que existam duas interpretações distintas para esse dispositivo:

- (i) as leis complementares serão aprovadas por cada ente conveniado, a fim de transpor o direito conveniado para o âmbito interno de cada entidade; (ii) serão sempre leis complementares federais, que poderão tratar cada inciso do art. 23 de maneira distinta, é dizer: adotando soluções tópicas em função da matéria envolvida.

Conclui o autor, pela interpretação conforme a segunda possibilidade, ou seja, cada inciso do artigo 23 deve ser tratado de forma distinta por meio de leis complementares federais, as quais trazem soluções direcionadas em função da matéria a ser abordada. Tal interpretação, segundo o autor, pode ser obtida tendo por base a própria configuração do artigo 23. Porém Silva (2014) afirma que a forma de cooperação federativa vem sendo alvo de várias críticas, sendo apontada como uma cooperação de cunho forçado, pois o ente que edita a lei complementar, impõe a sua vontade aos municípios no arranjo de serviços públicos de interesse comum. Santos (2009, p. 11) ao definir as competências comuns, assim se refere:

Nas competências comuns, todos os entes da Federação devem colaborar para a execução das tarefas comuns, todos os entes da Federação devem colaborar para a execução das tarefas determinantes pela Constituição. As responsabilidades também são comuns, uma vez que não existe supremacia de nenhuma das esferas de poder na execução destas tarefas, não podendo nenhum dos entes federados deixar de implementá-las pois o custo político recairia sobre todas as esferas de governo.

Mukai (1991) afirma que como pressuposto da atividade comum, tem-se a redução das desigualdades regionais e locais, a fim de obter com isso uma harmonização no desenvolvimento socioeconômico de todas as regiões e locais do país.

Após abordar o tema federalismo e suas modalidades, com ênfase ao federalismo cooperativo e, na sequência, esclarecer pontos importantes referente à repartição de

²⁰ Conforme preleciona o parágrafo único do artigo 23 da Constituição de 1988.

competências no federalismo brasileiro, pretende-se aprofundar no tema tratando de um ente federativo em específico, o município, por ser este o ente mais próximo dos cidadãos.

2.3 Municípios

O Brasil apresenta uma variante ao federalismo, que são os Municípios, com competências e recursos assegurados pela Constituição. Apresentam características como a autonomia, conforme visualiza-se a partir da leitura do artigo 30 da Constituição²¹, podem, portanto, se auto organizar (visto que elaboram sua Lei Orgânica); possuem autonomia executiva, visto que elegem os prefeitos; e possuem ainda autonomia legislativa, pois legislam sobre matérias de interesse local, sobre arrecadação de tributos. Vê-se que eles coexistem lado a lado com a União Federal, os estados membros e as competências de ambos.

Por conta da presença desse ente federado, diz-se que a federação brasileira é *sui generis*, destoa de todos os demais estados federados (PIRES, 2005).

De acordo com o dicionário Michaelis (2017), a palavra município pode significar:

1 História na Roma antiga, cidade ou território delimitado, cujos habitantes desfrutavam dos direitos e deveres de cidadania e em cuja forma de organização já havia unidade e autonomia político-administrativas desde sua origem.

2 Política Circunscrição territorial administrada nos seus próprios interesses por um prefeito, à frente da Prefeitura, que executa as leis emanadas do corpo de vereadores eleitos pelo povo, que compõem a Câmara Municipal.

3 Política Conjunto de pessoas, em geral eleitas pelo povo, que constituem a comunidade administrativa e legislativa de um município; municipalidade.

Ainda sobre o significado da palavra, Tavares (1997, p.169) afirma que a palavra é formada por duas partículas, sendo a primeira *munus* ou *munia*, que significa muro, jurisdição, cercada, encargo, ofício e a segunda partícula o verbo *capió*, que possui o sentido

²¹ 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;

IV - criar, organizar e suprimir distritos, observada a legislação estadual;

V - organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local, incluído o de transporte coletivo, que tem caráter essencial;

VI - manter, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, programas de educação infantil e de ensino fundamental; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 53, de 2006)

VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;

VIII - promover, no que couber, adequado ordenamento territorial, mediante planejamento e controle do uso, do parcelamento e da ocupação do solo urbano;

IX - promover a proteção do patrimônio histórico-cultural local, observada a legislação e a ação fiscalizadora federal e estadual.

de tomar. Dessa forma, conclui o autor que município é a jurisdição sobre a qual Roma tomou o encargo.

Manifestações de existência de uma divisão administrativa em âmbito local, existiu desde a Roma Antiga, porém o município, tal como disposto na Constituição de 1988 foi uma criação nacional.

Ferreira (2010) narra que na Roma Antiga, ser um cidadão do município ou municípe não era um direito de nascimento (diferentemente do que ocorria na Grécia), mas um direito para poder desempenhar funções públicas locais.

Sobre a influência de Roma, Tavares (1997) relata que Roma anexou territórios, e muitas das cidades conquistadas mantiveram sua organização originária, ou seja, Roma tornou-se um Estado integrador de cidades. No período do Império, a Lex Julia Municipalis (40 a. c.) estabeleceu as diretrizes da organização municipal para as cidades que viviam sob o raio de influência romana. Com o decorrer do Império, a estrutura se abalou para se perder totalmente com as invasões bárbaras.

Sobre a forma de governar nos municípios em Roma, Ferreira (2010, p. 31) narra que a administração municipal no período romano era simples, existia um órgão denominado cúria que era uma espécie de assembleia de homens nobres, seja intelectualmente, seja financeiramente composta por um conjunto de dez gens. Ferreira (2010) mostra que existia a figura dos decuriões, que consistia em cidadãos que ocupavam cargos na administração, sendo responsáveis pelas funções administrativas, ordem interna dos municípios, inspeção nos mercados, conservação dos prédios públicos. Continua Ferreira (2010), afirmando que devido à imensidão territorial de Roma, essa não consistia na realidade de todos os municípios romanos, havia casos em que Roma enviava um prefeito para administrar uma cidade, porém com o declínio do Império, este passa a exercer um papel mais centralizador sobre as cidades, exigindo-se delas cada vez mais tributos. Durante esse período de elevada carga tributária, que os bárbaros invadiram, dominaram, mas mantiveram a organização em instituições municipais.

No mesmo sentido, Meirelles (2003) relaciona que o município, como unidade político-administrativa²², surgiu com a República Romana, interessada em manter a dominação pacífica das cidades conquistadas pela força de seus exércitos. Os povos vencidos tornavam-se submissos ao Império, e os que aceitassem a condição de submisso, adquiriam

²² Para Cretella Júnior (1981, p. 32) essas primeiras manifestações consistiam em havia aglomerações humanas como por exemplo: vilas, aldeias, burgos e condados, que, são vestígios do que mais tarde se conheceu por Município.

diversas prerrogativas, como a possibilidade de elegerem seus governantes e até dirigir a própria cidade.

A organização política social, no império romano, da forma como foi descrita ocorreu até o ano de 79. Santin; et al (2006) afirmam que posteriormente, o imperador Júlio César, por meio de lei, expandiu esse regime a todas as colônias da Itália, Grécia, Gália e Península Ibérica. Dessa forma, portanto, que o município chegou à França, Espanha e Portugal, modificando-se lentamente, para ficar nos moldes adotados por cada país, recebendo influência de povos e culturas distintos, até chegar à atualidade, em que se verifica uma transformação estrutural nos municípios, que passam, em determinados momentos, a se autogovernar conforme a constituição de cada país.

Ferreira (2010) continua o breve relato histórico afirmando que com o decorrer do tempo, na Idade Média, surgiu o clero e a Igreja Católica Romana. Com sua influência política ela foi mudando a estrutura municipal. Os bispos da Igreja possuíam grande poder, inclusive sobre a organização da vida política e administrativa dos municípios medievais, visto que em sua maioria, eram grandes senhores feudais. Durante a Idade Média, devido à organização em feudos, havia poucos municípios, mas a partir do século X, com o fortalecimento do comércio e ascensão da burguesia, as relações comerciais tendem a se desenvolver fora dos feudos, propiciando a proliferação das cidades formadas por cidadãos livres que exigiam cada vez mais autonomia local para desempenhar suas atividades.

Sobre o fim do feudalismo e surgimento dos estados absolutistas, Ferreira (2010, p. 35), utilizando em especial, o exemplo de Portugal, afirma que o século XII foi um século de transformações, inclusive em Portugal, foi o primeiro reino da Europa. No século VIII, a Península Ibérica foi invadida pelos árabes, houve guerras entre senhores feudais portugueses e invasores, de forma que muitas vilas ficaram sem seus senhores feudais, e os servos e vassallos começaram a se organizar em concelhos, dando origem à organização municipal portuguesa. Vê-se, conforme assevera Ferreira (2010) que o surgimento do município em Portugal não ocorreu em decorrência de uma luta entre burgueses e nobreza, mas nasceu da necessidade do povo se organizar para reconquistar o seu território, que estava sendo invadido por árabes. Porém, uma padronização dos municípios só veio a ocorrer no século XV quando foram introduzidas diversas mudanças, como por exemplo, a criação do cargo de vereador, o direito de votar, dentre outras. De forma mais concisa, sobre esse momento histórico, relata Tavares (1997):

Com a insurreição da burguesia, começaram a aparecer as primeiras cidades livres na Europa. Na Inglaterra, desenvolveu-se o municipalismo desde 1450. Na Espanha, surgiram os ayuntamientos e, em Portugal, os Concelhos de Homens Bons,

assembléias eletivas que governavam as cidades. A instituição das municipalidades portuguesas aparece já nas Ordenações Afonsinas (anteriores a 1512) e nas Manuelinas (de 1512).

O Brasil não possuía organização política durante os primeiros anos em que foi Colônia de Portugal, pois interessava à Metrópole apenas a exploração do pau-brasil. Existiam, nesse momento histórico, as vilas de São Paulo e Piratinga, de acordo com Ferreira (2010). Mas, em meados do século XVI, após os espanhóis terem encontrado ouro em solo brasileiro, dividiu-se o território em quatorze capitanias hereditárias e entregá-las a particulares para que estes povoassem e explorassem as terras. Para tanto, foram criadas vilas, as quais deviam seguir as Ordenações Manuelinas, mas possuíam alguma autonomia para gerir suas finanças.

Santin; et al (2006, p. 62) afirmam, que “embora houvesse a divisão do território em capitanias, a centralização predominava na Colônia, de forma com que a expansão municipalista foi restringida”. Porém, Ferreira (2010) traz que com o início do ciclo do ouro no século XVII, com as Ordenações Filipinas regendo as vilas da Colônia, a Coroa Portuguesa passou a impor e cobrar mais das câmaras locais tomando assim uma função mais centralizadora.

Em 1808, com a chegada da Família Real ao Brasil, o país passa a ter uma nova configuração administrativa, deixando de ser simplesmente uma colônia e passando a fazer parte do Reino Unido de Portugal, Brasil e Algarve. Com a independência do Brasil em 1822, e com a Constituição outorgada de 1824, o papel das câmaras municipais seria de administrar as vilas imperiais. Castro (2014) afirma que com a criação de Câmaras em todas as cidades e vilas existentes, bem como as que viessem a ser criadas, se denota uma preocupação com um poder local, que pudesse atender as demandas daquela população. Tavares (1997, p. 171) fala da posição dos futuros municípios:

A primeira referência constitucional do Brasil independente ao que futuramente se chamará Município está implícita no art. 22 daquela Constituição: "O seu território é dividido em Províncias, as quais poderão ser subdivididas como o pedir o bem do Estado" - de que se pode inferir um processo de subdivisão administrativa como convinha ao estado unitário que então se estabelecia (...).Os poderes locais se constituíam em ameaça à unidade do Império, mas eram, reconhecidamente, os fulcros do desenvolvimento. Assim: o Imperador tinha, em cada Província, um Presidente nomeado e que podia remover, quando entender que assim convém ao bem do Estado.

Em 1891 foi promulgada a primeira Constituição da República, a qual em seu artigo 68 diz que os estados deveriam se organizar de forma que pudessem assegurar a autonomia dos municípios, sendo dever da União intervir nos estados somente em casos de

invasões estrangeiras, ameaça à ordem federativa e para assegurar a execução das leis e recolhimento dos impostos federais. Porém, conforme aborda Rios (2014, p. 169) a palavra “município” é utilizada na Constituição Federal de 1891 apenas três vezes, para atribuir aos municípios uma relativa autonomia aplicável ao atendimento do peculiar interesse municipal. Atenta-se também para o fato de a Constituição não ter esclarecido o significado de “peculiar interesse”, trazido em seu dispositivo, o que teria contribuído para que a autonomia local se tratasse de um mero dispositivo constitucional contribuindo para o fortalecimento do pacto Central.

A Constituição Federal de 1934 evidencia o enfraquecimento dos poderes regionais, pois havia descontentamento com a prática do coronelismo em âmbito regional e a população desejava exercer sua participação na vida política do país. Dessa forma, nesse período ocorre o fortalecimento do poder local, pois, conforme relata Rios (2014, p. 169): “o jogo político se materializa na arena municipal”.

Porém, com o golpe de Getúlio Vargas e a instalação do Estado Novo, foi outorgada a Constituição de 1937, uma constituição autoritária, retirando dos estados e municípios sua autonomia, de modo que os prefeitos passaram a ser nomeados pelos interventores estatais que conseqüentemente eram nomeados pelo presidente.

Santin; et al (2006) relatam que a Constituição implantada em 1937 afetou gravemente a autonomia municipal nesse período, tendo em vista a centralização do poder nas mãos de Getúlio Vargas e a existência do sistema de interventorias em âmbito estadual e municipal.

No mesmo sentido, Rios (2014, p. 170) comenta: “A Carta de 1937 suspende os direitos atribuídos aos municípios, restringindo sua capacidade administrativa e centralizando o poder na figura do presidente. Inicia um período de nove anos, de um regime extremamente centralizador e intervencionista”.

Em 1946, após II Grande Guerra Mundial, é promulgada outra Constituição. Com ela, retomam-se as políticas e ideias descentralizadoras e democráticas, propiciando a autonomia dos municípios, de forma que passa a ter eleições para seus prefeitos e vereadores²³ e que os estados somente poderiam intervir nos municípios para lhes regular as finanças²⁴.

Sobre o tema, Rios (2014) diz que tanto os estados quanto os municípios passaram a possuir um maior poder de organização de seus sistemas tributários, com a

²³ Artigo 28 da Constituição de 1946.

²⁴ Artigo 23 da Constituição de 1946.

capacidade de gerenciar alíquotas e orçamentos. Porém, não se pode caracterizar a existência de uma autonomia financeira, pois não foram garantidos recursos tributários suficientes para seu autogoverno.

Em 1967, fruto dos ideais trazidos pelo golpe de 1964, surge uma nova Constituição, a qual, conforme aborda Ferreira (2010), teve um caráter extremamente autoritarista, ampliando o poder de intervenção da União nos estados e municípios.

Para Rios (2014), a Constituição Federal de 1967 surge em um dos períodos mais duros e conturbados da história do Brasil e possui medidas que caracterizam a centralização política em volta do Executivo Federal e no que se refere aos estados e municípios, ela impõe severas restrições de autonomia. Sobre o período, Santin; et al (2006, p. 64) relatam:

Todas as conquistas até então alcançadas pelos Municípios estavam sucumbindo, perdendo, assim, a autonomia anteriormente conquistada em tríplice aspecto: administrativo, financeiro e político com o ato institucional nº 5 e todos os demais que o seguiram. Assim, até a chegada da Constituição Cidadã de 1988, o Município teve reduzida e até extinta sua autonomia e autogovernabilidade em razão de inúmeros fatores históricos e governamentais. Todavia, a partir de 1988, conferiu-se ao Município sua característica maior: a autonomia e, no caso do federalismo brasileiro, faz o Município parte integrante da Federação, o que não ocorre nos demais Estados federados.

No que diz respeito à Emenda Constitucional n. 1, de 1969, Castro (2014) afirma que ela não trouxe grandes modificações para os Municípios, aumentando apenas a centralização do poder nas mãos do Chefe do Executivo Federal e modificando o controle externo que era exercido apenas pela Câmara, e passou a ser exercido também pelo Tribunal de Contas do Estado ou de outro órgão estadual.

A estrutura federativa brasileira passou por ciclos de centralização e consolidação do estado nacional, sucedidos de ciclos de descentralização de poder, gerando desigualdades significativas entre os estados brasileiros.

Viana; Lima (2011), descrevem os ciclos de descentralização. Afirmam que o primeiro ciclo está associado à conjuntura de democratização nos anos 1980, momento em que a descentralização é proposta como um mecanismo de aceleração da redemocratização em um ambiente intergovernamental cooperativo, de forma a comprometer o fortalecimento dos entes municipais e estaduais. O segundo ciclo, iniciou-se na primeira metade da década de 1990 e tem como característica principal a presença de tentativas de fortalecimento da gestão municipal, através do aporte de recursos, contribuindo para a construção de sistemas locais de saúde, sem retirar, no entanto, o papel da esfera estadual na coordenação e cooperação intermunicipal. O terceiro ciclo tem como principal marco a NOB 96, que ensejou a instituição de um processo redistributivo de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde

para os municípios por meio de transferências per capita e incentivos. Neste período, afirma Guerra (2015) houve um enfraquecimento do pacto nacional a favor do SUS, tendo como agravante o fato de que a políticas neoliberais incentivaram a competição entre os entes federados. O quarto ciclo tem como marco a publicação da NOAS, que enfatiza o processo de regionalização como estratégia fundamental para o avanço da descentralização e ampliação do acesso. A partir de então, passa a existir planejamento regional, visando a implantação racional de recursos para prestação eficiente dos serviços públicos.

Em 1988, foi promulgada uma das mais avançadas Constituições já existentes no Brasil, no que se refere à solidificação da autonomia entre as esferas de governo e à participação popular. Por meio desta Constituição, reconhece-se a importância da esfera municipal na vida política do Brasil e institui-se a federação formada pelos entes: União, Estados, Distrito Federal e Municípios²⁵. Rios, (2014, p. 171) considera que entre as principais características da CF/88 encontra-se a ampliação do poder municipal no que tange ao processo de organização político-administrativa²⁶. Dessa forma, o município passou a ser uma importante divisão federal com um alto grau de autonomia dotado de responsabilidades específicas e recursos próprios, possuindo também a prerrogativa de autogoverno.

Como exemplo, aborda-se que cabe à Câmara Municipal o poder de legislar, por meio da Lei Orgânica, sobre assuntos de interesses locais, como: tributação, organização dos serviços públicos, planejamento administrativo, infraestrutura, dentre outros.

Essa divisão deve-se, de acordo com Guerra (2015) devido à própria configuração em regime federativo, em que a descentralização objetiva o fortalecimento das capacidades de cada ente governamental em executar novas funções e interagir com as funções executadas pelas demais esferas, de modo que a descentralização permite melhor canalização das demandas sociais da população, mas é importante ressaltar que isso só ocorre em comunidades que estão mobilizadas na defesa de seus interesses.

Levcovitz; et al (2001), afirmam que a descentralização, por si, é insuficiente para a concretização dos princípios do SUS, como exemplo de serviço público prestado pelo Estado, soma-se à descentralização outros aspectos relevantes, como o adequado aporte financeiro, o fortalecimento da capacidade gestora nas três esferas de

²⁵ Assim versa o artigo 1º da Constituição de 1988: A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal. (...) e, no mesmo sentido, o artigo 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 da Constituição.

²⁶ Ferreira (2010, p. 43) afirma que: “Com certeza uma das grandes inovações da Constituição de 1988, foi a elevação do município para o status de ente federativo, sendo considerado por vários pensadores do mundo jurídico como um caso único e raro, sendo o Brasil o único país a adotar tal situação”.

governo, a permeabilidade das instituições aos valores democráticos e apresentam como dificuldades, a imprecisão do papel do gestor estadual, com riscos de fragmentação do sistema e a acentuação de conflitos nas relações entre os gestores das esferas federal, estadual e municipal.

A partir da Constituição de 1988 depreende-se que os municípios possuem capacidade de auto-organização, autogoverno, autolegislação, autoadministração.

2.3.1 Autonomia dos municípios na Constituição de 1988

Nesse ponto, discute-se sobre a autonomia dos municípios no caso específico do federalismo brasileiro, de forma a trazer opiniões sobre o caráter meramente formal da autonomia no âmbito dos municípios, ou, pelo contrário, a existência de efetiva autonomia.

Santos; Andrade (2012) acreditam que o Município enquanto ente federativo é a maior proposição do modelo cooperativo e democrático de federalismo. O ente é o mais próximo do real titular do poder, devendo, portanto, ser capaz de atos políticos pensando em seus interesses locais²⁷. O autor firma ainda que a previsão dos Municípios como entes federativos, aliados a ampliação das competências da União, fez com que os Estados se enfraquecessem e conseqüentemente perdessem gradativamente suas competências, tanto que atualmente os Estados são dotados de competências residuais, encobertas pelo vasto rol de competências da União e dos Municípios.

Mas alguns doutrinadores, cita-se nesse nicho, José Afonso da Silva (2000), não acolhem a posição do Município como ente federativo. Sustentam que o Município não é ente federativo ou mesmo que há absoluta inconsistência da tese de sua figuração na estrutura da federação, e outros, pelo contrário, acreditam na integração da entidade local naquela estrutura. Aduz José Afonso da Silva (2000), argumentos como o de que o federalismo não possui o Município como elemento essencial; o da não-participação do município na formação da vontade e das decisões do Senado e na prestação jurisdicional; o da ausência de controle concentrado de constitucionalidade de leis municipais em face da Constituição da República; a vinculação direta dos Municípios à entidade regional ou intermediária, devido à

²⁷ Sobre o sentido do município: “É na comuna que reside a força dos povos livre. As instituições comunais são para a liberdade aquilo que as escolas primárias são para a ciência; pois a colocam ao alcance do povo, fazendo-o gozar do seu uso pacífico e habituar-se a servir-se dela. Sem instituições comunais, pode uma nação ter um governo livre, mas sem possuir o espírito da liberdade. Paixões passageiras, interesse de um momento, o acaso das circunstâncias, podem dar-lhe as formas exteriores da independência, mas o despotismo encerrado no interior do corpo social cedo ou tarde aparece de novo à superfície” (Tocqueville, 2000, p. 54)

existência de possibilidade de intervenção do Estado nos Municípios, o afastamento da vinculação dos entes locais à unidade federativa central, que é a União.

Em posição mitigada, coloca-se Ferrari (1993) o qual sustenta que a Federação brasileira passou por um processo diferente, relativo ao modelo federal dominante no mundo. Esse processo congrega a ordem jurídica central e as ordens jurídicas regionais: a União e os estados membros. Ferrari (1993, p. 62) vê no modelo brasileiro um arranjo peculiar:

[...] na Federação brasileira, conforme determina a Constituição Federal, os Municípios são unidades territoriais, com autonomia política, administrativa e financeira, autonomia essa limitada pelos princípios contidos na própria Lei Magna do Estado Federal e naqueles das Constituições Estaduais.

Nesse sentido, conclui-se que os municípios possuem competências presentes na própria Constituição, mas ainda assim, pode-se visualizar sujeição desse ente ao estado membro e à União quanto a princípios existentes na Constituição, por exemplo, trazidos pelo artigo 29²⁸. Há ainda, dependência de outros fatores e entes para a criação, fusão e incorporação de municípios²⁹.

Por outro lado, é inegável a necessidade de sua autonomia para possibilitar a gestão financeira dos recursos destinados ao município, visto que, conforme preleciona Souza (2005, p. 173) “esta é a esfera de poder em que o povo se encontra mais próximo, devendo possibilitar aos governantes o contato direto com os problemas locais da comunidade, o que facilita soluções”.

Conforme assevera Rabat (2002, p. 12): “Os municípios brasileiros tradicionalmente estão pouco dotados, tanto de aparelhamento administrativo, como de recursos financeiros”.

Reverbel (2012, p. 126) apresenta um pensamento que associa fortalecimento do Município, com aproximação de Estado Unitário e o fortalecimento dos estados membros como aproximação do Estado Federal, de forma a justificar que o Brasil está mais próximo de um Estado Unitário Centralizado ou mesmo de um Estado Unitário com pouca Descentralização ao poder local, Veja-se:

A vida prática, a democracia, as políticas públicas são aplicadas nos governos locais. É o município que gera renda, circula mercadorias, administra e executa as políticas públicas. A vida existe no Município, nas famílias, nas comunidades locais. Assim,

²⁸ Art. 29. O Município reger-se-á por lei orgânica, votada em dois turnos, com o interstício mínimo de dez dias, e aprovada por dois terços dos membros da Câmara Municipal, que a promulgará, atendidos os princípios estabelecidos nesta Constituição, na Constituição do respectivo Estado e os seguintes preceitos:

²⁹ Art. 18 § 4º A criação, a incorporação, a fusão e o desmembramento de Municípios, far-se-ão por lei estadual, dentro do período determinado por Lei Complementar Federal, e dependerão de consulta prévia, mediante plebiscito, às populações dos Municípios envolvidos, após divulgação dos Estudos de Viabilidade Municipal, apresentados e publicados na forma da lei.

não existe governo central sem governo local, ao passo que todo governo local necessita de um mínimo de governo central. Os Estados Federativos vêm a ser a chave de toda a questão organizacional dos Estados. Ele na verdade é o justo meio, o meio-termo entre o governo central e o governo local (...). O federalismo será mais fortemente descentralizado quando tirar competências da União, e mais fortemente centralizado quando tirar competências do Município em uma perspectiva de comparação entre estas duas forças (...). Município forte está sinalizando um Estado Unitário. O federalismo acaba tirando a força do município, tendo ingerência, regulação, influência sobre ele. Por que não dizer, a federação de certa forma, anula as competências e os poderes do Município.

Ainda sobre o caráter meramente formal da autonomia dos Municípios, traz Almeida (1987) que a autonomia municipal carece de efetividade, faz-se necessário recursos financeiros para se tornar real. Nesse sentido, Ramos (2012, p. 60) afirma que o sistema federativo brasileiro possui como obstáculos para que seu federalismo seja referência mundial, grandes disparidades regionais, que tornam muitos entes dependentes da União, o que contribui para a ampliação do poder da União sobre os demais entes federativos, além disso, acrescenta-se a inexistência de uma cultura federalista no país, devido à falta de responsabilidade de muitos gestores públicos, com destaque para prefeitos de estados membros mais pobres, que muitas vezes se apropriam dos recursos públicos. Continua Ramos (2012) afirmando que a própria Constituição prevê uma alternativa, que consiste na regulamentação de matérias que a princípio pertencem ao poder central, mas que podem ser repassadas aos estados membros, quando necessário. Prevê ainda que Lei Complementar discipline o processo de cooperação entre o poder central e os estados membros e destes entre si, visando diminuir as desigualdades regionais.

Após todo o exposto, não resta dúvida quanto à intenção da Constituição de garantir o princípio federativo da descentralização, com vistas a fortalecer o poder local. No entanto, a decisão geral dos constituintes só se tornará praticamente efetiva na medida em que for acompanhada de uma preocupação de longo prazo com o fortalecimento do poder local.

Acontece que os municípios brasileiros não possuem muitos recursos financeiros próprios e, sem instrumentos concretos, “dificilmente alguma autonomia formal pode tornar-se substantiva” (RABAT, 2002, p. 12). Tristão (2003, p. 67) sobre a autonomia dos municípios, assim se refere:

A relativa independência dos municípios no que se refere ao poder do governo do Estado assegurada pela posição singular que ocupam no sistema tributário, é acompanhada de desequilíbrios verticais e horizontais na repartição da receita tributária nacional, o que dificulta ainda mais a negociação de reformas que tragam proposta de novo equilíbrio federativo.

José Afonso da Silva (2000) afirma que seria impossível os municípios se tornarem entes federativos, vez que o conceito de federação seria a união de diversos estados sob o vínculo do pacto federativo, abrindo mão da soberania em favor de um Estado maior, de forma que teriam autonomia. Considera o caso brasileiro, um federalismo atípico, que surgiu de um caso raro de desagregação, imposto por uma Constituição, ao se realizar a mudança de Império para República.

Devido à instabilidade política, visualizada ao longo da história nacional, percebe-se que a União continuou centralizadora por muito tempo. Surge, por parte de Ferreira (2010) um questionamento: o município tem condições de ser um ente federado? A resposta atribuída por Ferreira (2010) consiste no fato de que, tomando-se como exemplo o artigo 23, (que trata das competências comuns entre todos os entes federativos, em que todos têm a obrigação de cuidar e zelar pela saúde pública, por exemplo), quando o cidadão necessita de atendimento, irá recorrer ao ente federado mais próximo, ou seja, ao município, em desfavor de quem, em regra, irá litigar, em caso da não prestação do serviço. Soma-se ao cuidar e prestar a saúde, as outras diversas competências comuns e ainda as competências exclusivas que possuem. Assim, muitos municípios não têm condições de arcarem com todas as demandas utilizando-se de seus próprios recursos, de forma que a tendência é a existência de serviços cada vez mais deficientes³⁰.

No mesmo sentido Santin; et al (2006) tratam sobre o tema afirmando que deve existir a preocupação em melhorar o que está mais próximo de determinada comunidade, lugar onde realmente vivem os cidadãos e onde são sentidos efetivamente os problemas na prestação dos serviços públicos.

Mesmo com sua capacidade para tributar e arrecadar recursos, ocorre que a maioria dos recursos que sustentam os municípios são verbas oriundas da União e dos estados membros. Mesmo as grandes metrópoles brasileiras como São Paulo, por mais que arrecadem com seus tributos, é óbvio que só estes não têm como sustentar a máquina pública, sendo, portanto necessária a complementação por meio de recursos federais e estaduais.

Outras problemáticas visualizadas no federalismo brasileiro se referem ao fato de que a gestão das rendas dos municípios modifica de acordo com o pensamento do legislador e

³⁰ Em Fernando Falcão (MA), município com menor IDH do Maranhão em 2016, era previsto arrecadar (U, Estado do Maranhão e município) o valor de R\$ 13.335.000,00, até 14/08/2017, o valor arrecadado foi R\$ 10.756.722,10, destes, R\$ 7.349.991,14 provieram de transferências feitas pela União e R\$ 2.885.111,90 provieram de transferências do Estado. Ou seja, de recursos municipais foram um pouco mais de 500.000 provieram de recursos do próprio município, o que equivale a 5% do orçamento total do município (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA DE FERNANDO FALCÃO).

ainda que “a maior parte do bolo das receitas tributárias” cabe à União. Sobre esse tema, preleciona Fabriz (2010, p. 89):

No Brasil, apesar dos avanços que a Constituição de 1988 buscou imprimir ao tema, observa-se com facilidade a exaltação da unidade que, na maioria das vezes, não corresponde ao reforço da pluralidade. Não é de hoje que o poder central busca ser onipresente, expandindo suas forças de influência por todas as esferas de poder, sob o manto de guardião do desenvolvimento nacional. O Governo Federal com sua semissacralidade utiliza os meios de comunicação de massa para fixar uma imagem de proximidade, enquanto, na verdade, está distante quando a carência do povo exige medidas emergenciais.

Ferreira (2010) acredita que o desejo do legislador constituinte ao pensar a Constituição de 1988, seria o de inovar o conceito de federação criando-se um novo ente federativo, mas infelizmente o que acabou acontecendo foi a criação de uma anomalia jurídica.

Guerra (2015) complementa o entendimento trazido por Ferreira, ao afirmar que em municípios com menos de 20 mil habitantes (correspondente ao percentual de cerca de 75% dos municípios brasileiros), é difícil implantar um sistema de base municipal para serviços públicos, como a saúde, sem aumentar a fragmentação do sistema de atenção à saúde, o que propicia a ocorrência de ineficiências sistêmicas e problemas de má qualidade dos serviços.

É inegável que os municípios no Brasil dependem financeiramente dos Estados e da União. Acontecem, assim, jogadas políticas, de acordo com Ferreira (2010) em que os prefeitos muitas vezes se tornam reféns de deputados, senadores, dentre outras figuras políticas, para a obtenção de recursos para suas respectivas administrações.

Pretende-se agora esclarecer de que forma ocorre a obtenção de recursos dos municípios. Primeiramente, insta realizar distinção de conceitos, como capacidade tributária, competência tributária, para finalmente tratar sobre a forma que ocorre a repartição de receitas.

2.3.2 Os recursos dos municípios

A Constituição possibilitou aos municípios possuírem competência tributária, assim como capacidade tributária ativa.

Insta não confundir os conceitos. Carvalho (2011, p. 270) define competência tributária como “uma das parcelas entre as prerrogativas legiferantes de que são portadoras as pessoas políticas, consubstanciada na possibilidade de legislar para produção de normas

jurídicas sobre tributos”, ou seja, é possibilidade que possuem os entes federados de editar leis que criem tributos. Por outro lado, a capacidade tributária ativa significa a investidura do poder de arrecadar, exigir determinado tributo. Vê-se que a capacidade tributária ativa para ocorrer precisa que o tributo tenha sido criado, ou seja, que o ente federado tenha exercido sua competência tributária.

Não bastava apenas dar aos entes federativos a possibilidade de criar seus tributos, por meio de lei, deve-se regulamentar a forma de efetivar a repartição de receitas. Pereira (2015) afirma que a repartição das fontes de receita figura como um recurso através do qual são estabelecidas normas de concessão de fontes de renda aos entes federativos. O Brasil adotou o critério de repartição de fontes de receitas através de competências privativas, em que apenas cada unidade federativa institui e cobra tributos a ela vinculados constitucionalmente.

No caso dos municípios, eles podem instituir imposto sobre propriedade predial e territorial urbana; imposto de transmissão "inter vivos"; e o imposto sobre serviço de qualquer natureza. Podem também instituir taxas, em razão do exercício do poder de polícia ou pela utilização, efetiva ou potencial, de serviços públicos específicos e divisíveis, prestados ao contribuinte ou postos a sua disposição e ainda contribuições de melhoria, decorrente de obra pública que proporciona valorização do imóvel a ser tributado.

Além dessa fonte de recursos, os municípios também participam da distribuição de parcela do produto dos tributos auferidos. Essa fonte de recursos se refere ao repasse de receita tributária através de participação na arrecadação do tributo ou participação direta na arrecadação, a qual ocorre quando é previsto que determinada parcela do produto de uma unidade federativa pertence a outra. A Constituição determina que setenta e cinco por cento do imposto sobre operações de crédito, câmbio e seguro, ou relativas a títulos ou valores mobiliários cobrados sobre o ouro quando este é definido em lei como ativo financeiro ou instrumento cambial³¹; que cinquenta por cento do Imposto Territorial Rural instituído pela

³¹ Art. 153. Compete à União instituir impostos sobre:

[...]

V - operações de crédito, câmbio e seguro, ou relativas a títulos ou valores mobiliários;

[...]

§ 5º - O ouro, quando definido em lei como ativo financeiro ou instrumento cambial, sujeita-se exclusivamente à incidência do imposto de que trata o inciso V do "caput" deste artigo, devido na operação de origem; a alíquota mínima será de um por cento, assegurada a transferência do montante da arrecadação nos seguintes termos:

I - trinta por cento para o **Estado, o Distrito Federal ou o Território**, conforme a origem;

II - setenta por cento para o **Município de origem**.

União pertence ao município em que a propriedade se encontra³² e ainda o que delimita o artigo 158 da Constituição Federal³³.

Ao lado da repartição direta, tem-se a repartição indireta, que é a distribuição de receitas por meio da participação em fundos. A Constituição Federal de 1988, instituiu o fundo de Participação do Município - FPM³⁴.

Nota-se, destarte, que a Constituição brasileira adotou um sistema misto de repartição de receitas, posto que as unidades federativas captam receitas tributárias por meio de fontes próprias, de participação direta na arrecadação de tributos e de participação indireta, por meio de fundos. Horta (1999) vê na repartição de competências, o centro de gravidade do poder federal. Vê-se que os Municípios recebem recursos oriundos da União, dos Estados e oriundos dos Fundos criados.

Siqueira (2015) aborda a existência de um desequilíbrio federativo, ocasionado pela dependência dos repasses e onerosidades da União, ente que acaba por pagar duas vezes pelo mesmo serviço, sendo uma vez quando repassa o recurso ao ente dependente e novamente quando, devido a não ocorrência da prestação do serviço de competência comum e concorrente, se vê obrigada a prestá-lo.

A problemática surge, pois, muitos municípios não instituem os tributos cabíveis, de forma que se tornam dependentes dos recursos a eles repassados. Sobre o tema, Ferreira (2010) afirma que o que se vê é um país no qual existem municípios que dependem dos

³² Art. 158. Pertencem aos Municípios:

[...]

II - cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto da União sobre a propriedade territorial rural, relativamente aos imóveis neles situados, cabendo a totalidade na hipótese da opção a que se refere o art. 153, § 4º, III;44.

³³ Art. 158. Pertencem aos **Municípios**:

I - o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem;

II - cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto da União sobre a propriedade territorial rural, relativamente aos imóveis neles situados, cabendo a totalidade na hipótese da opção a que se refere o art. 153, § 4º,

III - cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre a propriedade de veículos automotores licenciados em seus territórios;

IV - vinte e cinco por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação.

Parágrafo único. As parcelas de receita pertencentes aos Municípios, mencionadas no inciso

IV, serão creditadas conforme os seguintes critérios:

I - três quartos, no mínimo, na proporção do valor adicionado nas operações relativas à circulação de mercadorias e nas prestações de serviços, realizadas em seus territórios;

II - até um quarto, de acordo com o que dispuser lei estadual ou, no caso dos Territórios, lei federal.

³⁴ Art. 159. A União entregará:

I - do produto da arrecadação dos impostos sobre renda e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados quarenta e oito por cento na seguinte forma:

b) vinte e dois inteiros e cinco décimos por cento ao **Fundo de Participação dos Municípios**;

recursos a eles repassados, um país no qual existe um ente federativo – o município - que não tem representantes nas casas legislativas da União.

De acordo com Siqueira (2015), além da não ocorrência de instituição de tributos próprios pelos municípios, de forma a tornar os municípios dependentes de repasses diretos e indiretos, exige-se da União a prestação de serviços relativos às competências comuns e concorrentes. Considera o autor, portanto (SIQUEIRA, 2015) que os repasses legitimados pelo nosso federalismo cooperativo, acabam prejudicando a organização político-orçamentária do país, visto que estimulam a criação de municípios sem condições efetivas de sustentabilidade, que não criam tributos próprios, devido ao custo do processo de arrecadação.

Rabat (2002) considera que um problema a se destacar é que as rendas dos municípios ficam sujeitas às mudanças de perspectiva do legislador constituinte, seja seu poder originário ou derivado.

Santos; Andrade (2012) se posicionam afirmando que o município é o primo pobre do federalismo brasileiro, visto a sua posição de inferioridade político-orçamentária que reveste sua contribuição ao Estado.

O conceito trazido por Santos; Andrade é generalizador, na verdade, o federalismo brasileiro não é composto meramente por municípios pobres e dependentes, conforme afirma Siqueira (2015) existem municípios dependentes de recursos os quais, por conseguinte, provocam uma indevida onerosidade a muitos municípios vizinhos, que acabam por prestar serviços públicos que o município dependente não possui, o que ocasiona utilização de recursos próprios e das transferências recebidas de repasses da União e do Estado. Conclui Siqueira que (2015, p. 111) “estabelece-se uma verdadeira cadeia de entes dependentes, que se retroalimenta continuamente e compromete de maneira quase irreversível o equilíbrio do pacto federativo”. Continua o autor (SIQUEIRA, 2015) afirmando que ocorre no Brasil uma descentralização dependente, visto que os entes descentralizados não possuem capacidade de exercer a autonomia em sua plenitude, ocasionando a existência de uma federação centralizada.

Siqueira (2015) utiliza o termo descentralização da legislação tributária e considera que ela ocasiona desequilíbrio na federação, por exemplo, devido à ocorrência de disputas de interesses entre os Estados e Municípios, que visando atrair investimentos, arrecadação, concedem incentivos fiscais que não atendem ao preceito da lealdade federativa, ocasionando o que se denomina “guerra fiscal”.

Vê-se, de acordo com o que afirma Fabriz (2010) que técnicas de equilíbrio constitucional podem ser relacionadas às atividades financeiras existentes entre os membros

do corpo federativo, pois quando ausentes as condições financeiras, estará o sentimento federativo como algo vazio, e o modelo federativo não passará de simples forma sem conteúdo.

Após toda a abordagem, observa-se que o federalismo brasileiro não é de fato uma anomalia, tal como afirmou Ferreira (2010). Acredita-se que o município, por ser o ente mais próximo da população, por ter para si competências próprias e ainda partilhar de competências comuns, deveria arrecadar maiores recursos, para utilizar em prol do povo. Mas essa arrecadação deve ocorrer respeitando os preceitos do federalismo cooperativo, que apregoa a ajuda mútua dos entes federados.

Preza-se pela existência de proporcionalidade entre os deveres e prestação efetiva de serviços públicos pelos entes federados, além disso, é importante a existência de fiscalização, arrecadação de tributos apropriada, para que o federalismo cooperativo brasileiro prospere.

3 FEDERALISMO SANITÁRIO: aspectos históricos, conceituais e normativos

Dourado (2010, p. 05) afirma que a regionalização da saúde no Brasil deve realizar-se no contexto das relações intergovernamentais fundadas na configuração do federalismo cooperativo e em sua expressão na área da saúde.

De acordo com Dourado; et al (2011) a forma de organização política designada federalismo sanitário brasileiro possui normatização constitucional e regulamentação disposta na Lei Orgânica da Saúde, as quais delimitam a expressão da estrutura federativa nacional na área da saúde ao determinarem o dever de todos os entes federados de atuar para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com autonomia de cada esfera de governo para a gestão do sistema nos limites do território de cada ente federativo.

O federalismo brasileiro na área da saúde tem disposição tríplice, ou seja, apresenta a definição de três esferas autônomas de gestão sanitária (União, estados e municípios), de modo que essa organização política é denominada federalismo sanitário brasileiro (DOURADO, 2010).

Tendo os municípios também como unidades autônomas, as competências são redefinidas e as atribuições da gestão das políticas sociais são realizadas, sob a base do federalismo, sendo até mesmo instrumento de barganha. Nas palavras de Arretche (1999, p; 115): “a responsabilidade pública pela gestão de políticas sociais passou a ser um dos elementos da barganha federativa”.

Neste capítulo, pretende-se compreender o direito à saúde, seu histórico a nível mundial, discutir a condição do Brasil no que se refere ao Sistema de Saúde adotado, dito único, universal, equânime, regulamentado constitucionalmente e, finalmente, situar o direito à saúde no federalismo brasileiro, realizando a discussão sobre a repartição de competências no âmbito do SUS, assim como sobre a atribuição de responsabilidades de saúde de cada ente federativo, a qual se dá de forma solidária.

3.1 Histórico do Direito à saúde

Scliar (2007) afirma que para conceituar saúde deve-se estar atento à conjuntura social, econômica, política e cultural vivenciada. A conceituação depende da época, lugar, classe social, valores individuais, concepções científicas, religiosas, filosóficas.

Saúde, em português, deriva de *salude*, vocábulo criado no século XIII (1204), e vem do latim *salus* (*salutis*), com o significado de salvação, conservação da vida, cura, bem-estar (LUZ, 2009).

Esse conceito modifica-se ao longo dos séculos, de modo que na Idade Média, por exemplo, vigorava a ideia de que a doença era resultado do pecado, e a cura uma questão de fé. Existiam hospitais que funcionavam como abrigos para os doentes, sob a administração de ordens religiosas. Sobre o tratamento dispendido a esses enfermos, em especial aos que tinham lepra, enuncia Rosen (1994, p. 60):

Cedo se reconheceu a necessidade de controlar a enfermidade e se desenvolveu uma forma de ação de Saúde Pública ainda presente entre nós: o isolamento de pessoas vítimas de doenças contagiosas. Quando pessoas que sofrem de moléstias transmissíveis podem ameaçar, diretamente, a saúde dos que as circundam, a comunidade, agindo através de suas instituições, sente-se no direito, para proteger-se, de sujeitar o indivíduo a restrições, e até mesmo a sanções.

Giovanella; et al. (2012) enuncia que o padrão de propriedade dos hospitais hoje existente nos países europeus foi influenciado pela disputa entre Igreja e Estado, pois foram construídos pela Igreja, na Idade Média, voltados para os cuidados dos pobres. Os hospitais, em muitos países, foram apropriados pelo Estado como consequência de conflitos religiosos, sociais (Reforma Protestante, Revolução Francesa). Até hoje, em grande parte dos países, os hospitais europeus são de propriedade estatal.

Com a chegada do século XIII surgiram as escolas médicas na Itália (Palermo, Bolonha), França (Sorbonne) e Inglaterra (Oxford) em contribuição para o avanço das pesquisas sobre a saúde (MARTINS, 2008).

Na modernidade, houve o desenvolvimento da anatomia, de forma que se afastou a concepção humoral da doença e passou a ser localizada nos órgãos, ou seja, “o corpo individual passou a ser contado, medido e estudado com o desenvolvimento da dissecação de cadáveres” (MARTINS, 2008, p. 73). Mas ainda assim, havia muita crença no sentido de que a doença era um caminho para compreender a vida, seria um refinamento da arte de viver.

No final século XVII, a Alemanha lança a ideia de intervenção do Estado na área da saúde pública, com a publicação de obra de Johan Peter Frank contendo um conceito paternalista e autoritário de polícia médica ou sanitária (SCLIAR, 2007).

Desse modo, Weber (1991) interpreta as transformações socioeconômicas e políticas ocorridas na Europa durante os séculos XVI a XVIII como a passagem de um padrão de autoridade tradicional para um individualista.

Nos séculos XVIII e XIX, com a Revolução Industrial e seus efeitos, com a constatação das condições precárias de vida e saúde dos trabalhadores, se fizeram presentes políticas de ações sanitárias. Foi também no século XVIII, em 1770 que surgiu o tema direitos fundamentais, na França, no marco do movimento político e cultural que conduziu à Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789. Conforme traz José Afonso da Silva (2000), a primeira declaração de direitos fundamentais em sentido moderno foi a Declaração de Direitos do povo da Virgínia. Scalquette (2004) afirma que a positivação dos direitos fundamentais nas Constituições veio em decorrência dessas declarações, ganhando mecanismos mais eficazes de proteção e também a proteção foi reconhecida por pactos e convenções, em nível internacional, que deram caráter universal aos direitos fundamentais.

Dallari, S. (1995) afirma que o século XIX enfatizou o caráter mecanicista da doença. Buscou-se explicar a doença como sendo um defeito na linha de montagem que exigia um reparo especializado. Havia, segundo a referida autora, duas grandes correntes buscando conceituar saúde: de um lado, grupos marginais ao processo de produção, que viviam em condições miseráveis, enfatizavam a compreensão da saúde como dependente de variáveis relacionadas ao meio ambiente, trabalho, alimentação, moradia. Por outro lado, houve a conceituação da saúde como ausência de doença, a partir da descoberta de germes que causavam doenças e do desenvolvimento de remédios específicos. No final do século XIX, Louis Pasteur, por meio de pesquisas utilizando-se do microscópio, descobriu a existência de microrganismos causadores de doenças, assim como soros e vacinas.

Ainda no século XIX, houve avanços na Inglaterra, com a publicação de lei criando uma Diretoria Geral de Saúde, encarregada de propor medidas de saúde pública. Nos EUA também é criada uma diretoria de saúde, reunindo médicos e leigos.

No século XX, em 1948, com a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a saúde é qualificada como direito fundamental do homem:

Art. 25 Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

Ramos (2012) afirma que o texto da Declaração Universal dos Direitos do Homem distingue ao menos três elementos que devem ser observados quando a temática é direito à saúde, quais sejam: o direito a um nível de vida adequado, capaz de assegurar saúde e bem estar; direito à assistência médica e serviços sociais básicos e direito ao auxílio doença,

para casos em que o indivíduo se encontre doente e sem condições de trabalhar ou mesmo por qualquer circunstância fora de seu controle.

Vê-se, tal como afirma Ramos (2012) que direito à saúde não significa apenas assistência à saúde, mas também a todas as condições necessárias para a saúde como direito à água potável, alimentação, meio ambiente equilibrado, dentre outros.

A Organização das Nações Unidas é uma organização internacional que visa a manutenção da paz e o desenvolvimento mundiais por acordo firmado entre 193 países, de forma que representa a maior organização internacional do mundo. Trabalha com temas como, o desenvolvimento sustentável, segurança internacional, promoção do progresso econômico e social de todos os povos, direitos humanos, liberdades fundamentais, igualdade de gêneros, saúde internacional, entre outros (ONU). De acordo com Ramos (2012):

A temática da saúde é pluridimensional. Direito humano compreendido como instrumental simultaneamente individual e social. A saúde tem sua efetividade imitada por circunstâncias naturais e socioeconômicas, mas, ao mesmo tempo, é elemento capaz de desencadear um processo de modificação de posturas e ações dos indivíduos, da sociedade, dos governos dos Estados nacionais e das organizações internacionais, na melhoria da qualidade de vida das populações.

A saúde, reconhecida como direito humano passa a ser objeto da Organização Mundial de Saúde.

3.1.1 O Direito à saúde no âmbito internacional

A Organização Mundial de Saúde iniciou suas atividades em 07 de abril de 1948 e possui como finalidade alcançar o mais elevado índice de saúde para todos os povos do planeta, combatendo a mortalidade infantil, tratando de temas como saneamento básico, tratamento de doenças, nutrição, vacinas, envelhecimento e ciclo de vida, entre outros (OMS). Tem como objetivo, de acordo com a Constituição da OMS (1946) a aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado que for possível.

Com a criação da Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial de Saúde, surge um conceito de saúde aceito universalmente. A OMS conceitua saúde como o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de enfermidade. Para Scliar (2007, p. 37): “este conceito refletia uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo”.

Dallari, S. (1995, p. 19) afirma que “apesar das restrições, esse conceito tem prevalecido devido à constatação de que qualquer redução o deformará profundamente.

Loureiro (2008) define saúde como um verdadeiro bem público global. Exemplifica, ao abordar que até meados do século XIX, com destaque ao século XX, a questões envolvendo a saúde eram encaradas como meramente nacionais, a partir desse período, a preocupação no combate à enfermidades – doenças infecciosas – levou a um modelo de cooperação internacional.

Continua o autor (2008) afirmando que como todos os bens, a saúde tem como característica ser interdependente de outros fatores, de forma que se faz necessário traçar uma fronteira entre as ameaças e lesões do bem, os fatos ou as ações que os põem em causa e as medidas positivas destinadas à sua conservação. Quanto a relação entre saúde e lesões a ela, são enumeradas que ocorrem por ações da própria pessoa (traduzidas em estilos de vida e condutas inadequadas para a saúde), por riscos coletivos provocados pelo próprio homem (como a poluição), por catástrofes naturais (o problema se encontra quando há omissão do Estado para controle das catástrofes ou ações posteriores adequadas). Quanto às medidas positivas destinadas a sua conservação e promoção da saúde, podem ser citadas os cuidados de saúde que podem ser definidos como prestações médicas e medicamentosa, assim como possuir água potável, saneamento, alimentação adequados e informação para proceder com cuidados em saúde. Concluindo, o autor denomina a saúde da seguinte forma: “bem fundamental, interdependente, que pressupõe obrigações de respeito, de proteção e de promoção” (LOUREIRO, 2008, p. 47).

Em sentido restrito, Briceño -Léon (2000) conceitua saúde como um índice do bem-estar, como a síntese de uma multiplicidade de processos que acontecem com o corpo, com o ambiente que nos rodeia, com as relações sociais, a política e a economia internacional. Considera a crença em um completo estado de bem-estar algo ingênuo, pois a falta é algo que constitui o ser humano e a sociedade. Além disso, a ideia de completo bem-estar introduz a noção de normalidade na saúde, pois a normalidade não existe, o que existem são padrões socialmente aceitos ou desejáveis, pois construir uma ideia de normalidade para ser imposta, pode construir uma sociedade com característica não democráticas e não pluralistas.

Posteriormente, em 1974, Marc Lalond (apud BRICEÑO-LEON, et.al, 2000) destrincha o conceito mostrado pela OMS e afirma que o conceito de saúde abrange a biologia humana – a herança genética, os processos biológicos inerentes à vida; o meio ambiente – inclui o solo, a água, ar, moradia, local de trabalho; estilo de vida – fumar, beber, praticar exercícios; organização da assistência à saúde – com serviços ambulatoriais, hospitalares, medicamentos.

Briceño-León (2000) afirma que o conceito trazido pela OMS seria um conceito “ideal”, algo inatingível, pouco realista, ou mesmo, conforme trata os ideais da política libertária, tal conceito permitiria abusos por parte do Estado, o qual interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde.

Dessa forma, surgem conceitos mais simplistas, como de Christopher Boorse, em 1977 (apud BRICEÑO-LEON, et.al, 2000) que volta a considerar saúde como a ausência de doença.

Mas a OMS logo rebate, a partir de execução de programas de combate a doenças, como a malária e a varíola. Esta última chegou a ser erradicada no final da década de 70. Na sequência, a OMS age de forma a buscar reduzir as enormes desigualdades na situação da saúde de países desenvolvidos e não-desenvolvidos, implantando estratégias para realizar a promoção de cuidados primários de saúde, adaptados as condições econômicas, socioculturais e políticas de um determinado local (SCLIAR, 2007).

A saúde pode ser conceituada como um bem protegido e tutelado pelo direito, em âmbito internacional, sendo considerado primário (RAWLS, 2008) ou como condição para o desenvolvimento (SEN, 2000). Já Daniels (1985) compreende a saúde como elemento indispensável para a teoria da justiça, que busca igualdade de oportunidades.

Rawls (2008) em sua teoria, considera que em uma situação hipotética inicial de igualdade, serão escolhidos alguns princípios. O primeiro princípio trata do acesso igualitário à liberdade e direitos fundamentais, mas pode ser restringido quando colidirem direitos. Há ainda outros dois importantes princípios trazidos por Rawls (2003) para justificar sua teoria da justiça, quais sejam: o princípio da igualdade equitativa e de oportunidades e o princípio da diferença. O primeiro, o princípio da igualdade equitativa de oportunidades, exige que os cargos e posições sejam acessíveis a todos. O princípio da diferença, é proposto como forma de complemento do princípio da igualdade equitativa de oportunidades, pois não se exige a distribuição igual, visto que é preciso que se garanta a eficiência econômica e as exigências organizacionais, assim como também está subordinado ao primeiro princípio de justiça, que garante as liberdades básicas iguais. Esse último princípio, de acordo com Rawls (2003, p. 92):

Considerando a forma mais simples do princípio da diferença, os menos favorecidos são aqueles que usufruem em comum com os outros cidadãos das liberdades básicas iguais e oportunidades equitativas, mas têm a pior renda e riqueza. Utilizamos renda e riqueza para especificar esse grupo; e os indivíduos que pertencem a ele podem mudar de um ordenamento da estrutura básica para outro.

Rawls (2003, p. 78), em *Justiça como equidade*, considera que se faz necessário existir certo nível de desigualdade de perspectivas de vida dos cidadãos, sendo que essas perspectivas são afetadas pelas seguintes contingências: contingência social – a classe social de origem do indivíduo; contingência natural – seus talentos naturais e as oportunidades que tem para desenvolver esses talentos em função da classe social de origem; e a contingência fortuita – sua boa ou má sorte ao longo da vida (como será afetado por doenças ou acidentes e por períodos de desemprego involuntário e declínio econômico geral).

Assim, conclui o autor (2003, p. 78) que mesmo em uma sociedade bem-ordenada nossas perspectivas de vida são afetadas por esses três tipos de contingências. Afeta também a organização da sociedade, a forma como a estrutura básica - considerada como objeto primário - aborda o tema das desigualdades e usa as contingências para cumprir metas sociais.

Rawls (2003; 2008; 2011) pretende tratar sobre questões de justiça social relacionadas à estrutura básica da sociedade, responsável, no arranjo hipotético, pela distribuição igualitária dos bens primários sociais, os quais podem ser identificados como direitos, liberdades, oportunidades, renda e riqueza. Essa repartição igualitária não significa igualdade absoluta, mas equitativa, uma vez que alguns podem receber mais bens primários se possuírem menos bens dessa natureza. Concluindo, a ideia é que os bens primários sejam equitativos para cidadãos livres e iguais. Nesse sentido, conclui Rawls (2003, p 270):

A justiça como equidade elabora uma concepção política como visão autônoma, que parte da ideia fundamental da sociedade como sistema equitativo de cooperação e suas ideias associadas. Nossa perspectiva é que essa ideia, com seu índice de bens primários inferidos a partir dela, possa ser objeto de um consenso sobreposto razoável (...). Isso conduz à ideia de uma concepção política de justiça que parta das ideias fundamentais de uma sociedade democrática e não pressuponha nenhuma doutrina específica mais ampla. Não colocamos obstáculos doutrinários a que a concepção política obtenha o apoio de um consenso sobreposto razoável e duradouro. (p. 269).

Sobre a Teoria da Justiça de Rawls e a localização do direito à saúde, em meio a esse plano hipotético, afirma o autor (2008) que no estágio da posição original, a saúde não é vista como um problema de justiça, pois pressupunha-se a existência de uma sociedade bem ordenada em que os indivíduos eram ativos na sociedade, de modo que não se mostrava necessário tratar sobre questões de cuidados médicos. Considerações sobre a saúde passam a surgir no que Rawls chama de terceiro estágio³⁵, o estágio legislativo em que há as políticas

³⁵ DINIZ; RAMOS (2015) explicam que Rawls, em sua obra *Uma Teoria da Justiça*, afirma que a especificação dos sistemas de liberdades e direitos é feita por meio da aplicação dos princípios de justiça ao longo de quatro estágios, quais sejam: a posição original, o constitucional, o legislativo e o judicial.

sociais e econômicas maximizadoras das expectativas de longo prazo dos menos favorecidos, em condições de igualdade equitativa de oportunidades.

Conforme explanado, Rawls não trabalhou diretamente com a questão da saúde, pois, em sua teoria da justiça, apresenta uma sociedade hipotética bem ordenada, de forma que se pressupõe que, na sociedade bem ordenada, ninguém está doente, sendo todos os indivíduos membros plenos e ativos da sociedade. Todavia, entende Daniels (1996) que essa circunstância não é óbice para a extensão das ideias de Rawls à saúde, de modo a concebê-la enquanto problema de justiça distributiva.

Vê-se que o entendimento de Daniels, recebeu influência de John Rawls e sua teoria da Justiça, objetivando fundamentar o direito à saúde no direito à igualdade de oportunidades e ainda observá-la enquanto problema de justiça distributiva, na medida em que pode ser considerado como resultado e causa das desigualdades sociais.

Dessa forma, afirma Daniels (2008) que o indivíduo doente ou acometido por alguma capacidade vê o seu leque de oportunidades reduzido, de forma que, mesmo tendo igual índice de bens primários, fica em situação de desigualdade com relação a outro indivíduo saudável.

Daniels (2008) trabalha com a ideia de justiça em termos de saúde, considera que o justo em saúde equivale a proteger as oportunidades dos indivíduos, considerando a finitude dos recursos públicos e as demandas de saúde como sendo infinitas. Nesse sentido, cita-se Daniels (2008, p. 21):

Uma teoria geral da justiça que justifica um princípio que protege a oportunidade é a teoria da justiça de Rawls como equidade (Rawls, 1971, 2001). Minha afirmação sobre a relação entre saúde e oportunidade, portanto, demonstra uma forma de estender a teoria de Rawls para abordar as desigualdades criadas pela doença e incapacidade, uma questão-chave que Rawls evitou deliberadamente. A extensão aumenta muito o poder de sua teoria e sua habilidade de responder a algumas críticas (DANIELS,2008, p. 21. Tradução livre)³⁶.

Considera também o autor (2008), que a não ocorrência de funcionamento normal por problemas de saúde restringe as oportunidades de um indivíduo, que teria melhor produtividade baseado em seus talentos e habilidades se fossem saudáveis. E, quando os talentos e habilidades são afetados permanentemente por patologias, devem ser tomadas

³⁶ One general theory of justice that justifies a principle protecting opportunity is Rawls's theory of justice as fairness (Rawls, 1971, 2001). My claim about the relationship between health and opportunity thus provides a way of extending rawl's theory to address inequalities created by disease and disability, a key issue that Rawls had deliberately avoided. The extension vastly increases the power of his theory and its ability to respond to some critics.

medidas para corrigir os efeitos dessas diferenças, como por exemplo, a partir da criação de instituições para a proteção da saúde.

Portanto, tomando por base a teoria de Daniels (2008), vê-se que surge como política de saúde de cada ente federativo estabelecer as prioridades em saúde, de acordo com as oportunidades e necessidades das pessoas, tendo em vista a finitude e escassez dos recursos (RAMOS, 2012).

Conforme afirma Diniz e Ramos (2015) a teoria da justiça pensada por John Rawls e Daniels buscou demonstrar a essencialidade da saúde para a realização dos planos de vida dos indivíduos.

Sen (2000) traz a ideia da diversidade humana, da existência de necessidades distintas, as quais variam até mesmo o estado de saúde, como as condições climáticas e geográficas, a idade, a longevidade, o local de trabalho, entre outras. Assim, para Sen (2000), aqueles que sofrem algum tipo de incapacidade, ou mesmo são diferentes dos demais indivíduos, não podem concretizar seus projetos, embora possuam os mesmos bens primários, em condições semelhantes. Concluindo, a proposta de Sen (2000) determina algumas capacidades indispensáveis que os indivíduos implantam para conquistar alguma autonomia.

Daniels (2008) se contrapõe ao apresentado por Sen (2000) sobre a igualdade de capacidades básicas, afirmando que tal teoria levaria a uma exigência de igualdade de oportunidades que se estenderia para além do conceito de funcionamento normal, tornando o direito a saúde demasiado extensivo, a ponto de ser difícil estabelecer, definir a governabilidade de um sistema de proteção de saúde. Nesse sentido, Daniels afirma (2008, p. 82) que “Sen fornece outra ilustração argumentando que a desigualdade na saúde está claramente relacionada com a injustiça social de forma mais ampla e não deve ser confundida com a desigualdade na saúde³⁷.”

Outro importante teórico que trata sobre a saúde, é o filósofo do Direito norte-americano, Ronald Dworkin (2011). Na obra “A Virtude Soberana” (2011), o autor justifica a atenção à saúde a partir da ocorrência de distribuição de recursos de saúde, mediante um procedimento que ele denomina como seguros hipotéticos, tendo a vista a totalidade da vida dos indivíduos. Porém a crítica que se estabelece é que grupos vulneráveis, como os idosos, poderiam sofrer grandes prejuízos (RAMOS, 2012).

O autor em questão (2011) apresenta o teste do seguro prudente, no qual pergunta quanto as pessoas decidiriam gastar com a própria assistência médica, individualmente, se

³⁷ Sen provides another illustration, arguing that health inequity is clearly connected with social injustice more broadly and is not to be confused with health inequality.

comprassem um seguro em condições justas do mercado livre, e conclui que a nação deve gastar tanto quanto os indivíduos gastariam, coletivamente, em tais condições. Nas palavras de Dworkin (2011, p. 473):

O seguro hipotético nunca requer que uma comunidade gaste mais em benefícios sociais do que deveria, tendo em conta suas responsabilidades de prover outros serviços essenciais para a vida de seus membros.

Dworkin (2011) considera que cabe ao indivíduo buscar o seu máximo existencial para não deixar as pessoas acomodadas ao que é fornecido pelo Estado, e ao Estado cabe garantir o mínimo existencial, com a participação da comunidade, que apresentará quais são suas necessidades periodicamente, para que possa estabelecer esse mínimo e atualiza-lo de acordo com avanços, do que se passa a considerar básico.

Compreende-se, no mesmo sentido que Ramos (2012) que uma distribuição justa de recursos sociais deve ser construída a partir de critérios capazes de permitir que as pessoas tenham as mesmas oportunidades de alcançar determinadas idades, estados de saúde, independentemente do nível econômico ou posição social que ocupam na sociedade.

A partir das teorias apresentadas, torna-se fundamental abordar os organismos e mecanismos internacionais preocupados com a proteção do direito à saúde, a fim de compreender as diretrizes internacionais das políticas de saúde.

Considera Ramos (2012) que a concepção de saúde da OMS integra a ideia de proteção da saúde num contexto geral, reconhecendo seu caráter individual e social, considera ainda que a saúde implica a existência de condições para o desenvolvimento das pessoas, bem como se torna imprescindível à redução da violência, eliminação da pobreza, redução do desemprego, conservação do meio ambiente, dentre outras condições socioeconômicas. Observa-se uma relação entre saúde e desenvolvimento econômico do Estado, trazida pela presença de fatores socioeconômicos que influenciam decisivamente na efetividade desse direito à saúde. Pode-se asseverar que para garantir efetividade do direito à saúde é necessário que haja sua vinculação ao princípio da igualdade.

Restringindo um pouco mais o conceito de saúde, em termos de percepção em âmbito regional, foi criada a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a qual é um organismo internacional de saúde pública, direcionado às Américas, fazendo parte dos sistemas de Organização dos Estados Americanos e da Organização das Nações Unidas.

Possui como propósitos fundamentais a proteção e a coordenação dos esforços dos países do Ocidente para combater doenças, prolongar a vida, estimular melhoras físicas e mentais dos habitantes (OPAS).

É importante destacar que em 2007 houve reunião de agentes governamentais, as quais rediscutiram as ideias e diretrizes para políticas e ações de saúde para a Região das Américas, o que resultou na elaboração da Agenda para a Saúde das Américas 2008-2017, a qual tem como intuito refletir sobre o interesse de cada um dos países em trabalhar em conjunto e de forma solidária em favor da saúde e do desenvolvimento dos povos das Américas (OPAS, 2007).

Guiados pelos preceitos trazidos pelas Organizações internacionais, os países criaram seus sistemas de saúde, tema tratado no tópico seguinte. Primeiramente, destacou-se o sistema de saúde dos EUA, visto que foi o primeiro Estado federalista no mundo, que apresenta grandes gastos em saúde e não é um sistema universal. Pretende-se ainda tratar sobre os sistemas de saúde de alguns países da Europa, de caráter universal, integrantes do bloco da União Europeia, assim como tratar como se dá a organização do sistema de saúde em alguns países da América Latina, com destaque para o Brasil.

3.2 Os sistemas de saúde em países federalistas

Pretende-se trazer breves considerações sobre os sistemas de saúde de alguns países federalistas ao redor do mundo, como os Estados Unidos, na América do Norte, a Alemanha, Espanha integrante da União Europeia, a Índia, na Ásia, e o Brasil.

De acordo com Lobato; et. al (2012) esse estudo faz-se importante para alcançar o objetivo de promover a saúde, garantir melhorias das condições de saúde à população, interferir na qualidade da assistência.

3.2.1 O modelo de proteção à saúde dos Estados Unidos

O modelo de proteção social à saúde nos EUA é o residual, também conhecido como modelo de assistência social, em que o Estado não assume para si a responsabilidade da garantia do direito à saúde e protege apenas alguns grupos mais pobres e parcialmente os aposentados, devendo cada um, individualmente, comprar serviços no mercado de acordo com a sua capacidade de pagamento.

Giovanella; et al (2012) afirmam que nesse modelo, em que prevalece o mercado, há grande ineficiência, devido à baixa regulamentação estatal, miríade de prestadores e provedores de seguros.

Ugá; et. al (1995) fazem um breve aparato histórico sobre a saúde nos EUA e afirma que a partir de meados do século XVIII, existiu uma rede hospitalar mantida, em essência, por comitês comunitários de caridade, operados pelos municípios e condados e, com muito menor frequência, pelo governo federal. Um século depois, ganharam importância os hospitais mantidos por instituições religiosas mediante contribuições voluntárias. Em meados do século XIX, se consolidaram os departamentos de saúde locais e estaduais, os quais tinham como principal função controlar epidemias. Nesse período, o Estado assumiu a responsabilidade pelo controle de doenças transmissíveis, pelos serviços de diagnóstico e de educação sanitária e repassou ao setor privado a prestação de serviços de natureza curativa.

No início do século XX, é importante destacar que indústrias e empresas comerciais deram início a um processo de contratação de serviços médicos para a manutenção da saúde de seus trabalhadores, com a realização de dedução de valores dos seus salários para custeio dos serviços em saúde. Assim, conclui Ugá; et. al (1995) que principalmente as associações de médicos eram contratadas por empresas - para a cobertura dos seus trabalhadores - e também por sindicatos e associações de consumidores, mediante pagamento de taxa fixa anual per capita.

Após a Grande Depressão, em 1930, diminuem doações, médicos não acham vantajoso receberem por período e sim por atendimento, trabalhadores zelam pela liberdade de escolha de seu próprio médico. Nesse contexto, de acordo com Ugá; et. al (1995) surgem os planos de medicina de grupo, pelo fato de possuir características de seguro, visto que existe pré-pagamento de valor fixo mensal garantido a cada beneficiário, de acordo com o nível de assistência à saúde contratualmente definido. Afirma o autor (1995) que esses planos de medicina de grupo deviam submeter-se à legislação específica de cada estado em matéria de seguros.

Ao término da segunda guerra mundial se intensificaram as ações dos sindicatos e empresas negociando seguros saúde, de forma que, em meados da década de 50, quase dois terços da população norte-americana estava coberta por algum tipo de seguro saúde e dessa parcela, a maior parte estava vinculada a um plano de grupo, contratado pela empresa. Mas ainda se via a necessidade de uma reforma que ampliasse o acesso aos serviços de saúde aos anciãos, desempregados, dentre outros. Assim, em 1963, Johnson assume o governo e consegue a aprovação da sua reforma no Congresso. Dessa forma, são criados dois programas: MEDICARE e MEDICAID, que mesmo assim restringiam suas ações a grupos específicos, o primeiro, aos idosos, pacientes renais terminais e o segundo aos indivíduos e famílias com rendimentos situados abaixo da linha da pobreza (UGÁ; NORONHA, 1995).

Além desses grupos, há programas federais que abarcam os veteranos das Forças Armadas e ainda há o programa CHI, que engloba crianças de famílias que não estão enquadradas nas regras dos Medicaid.

Os EUA são hoje o país com gastos em saúde per capita mais elevados do mundo (16% em 2010), permanecendo ainda considerável parcela da população sem cobertura, alcançando o patamar de 50 milhões em 2015. Além disso, seus indicadores de saúde são piores do que os indicadores de países que adotam sistemas universais, cujos gastos são menores. Nesse sentido, Ugá; Noronha (1995, p. 177-178) afirmam que:

Defrontamo-nos com o sistema que exhibe maior gasto per capita dentre os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e, ao mesmo tempo, taxas de cobertura e indicadores epidemiológicos fortemente insatisfatórios.

A reforma Obama, com a Lei de Proteção do Paciente e de Atenção Acessível, aprovada em 2010, teve como fulcro amenizar essa diferença, visou cobrir uma parte dessa população desassistida (32 milhões) obrigando à compra de seguros privados, para possibilitar a inclusão para atendimento no setor público de adultos pobres não segurados e com problemas de saúde (ALMEIDA, 2012). Estima-se que as medidas permitiriam cobrir, obrigatoriamente, quase toda a população, de modo que ficariam de fora, tão somente os imigrantes ilegais.

O programa criado por Obama se sustentava nos seguintes pilares: todo cidadão que vive nos EUA está obrigado a ter um seguro saúde; todas as empresas com 50 ou mais empregados devem oferecer o plano de saúde para os empregados; devem ser impostas regras mais rígidas às Seguradoras/Operadoras dos Planos de Saúde, impedindo negativa de acesso em função do estado de saúde do indivíduo ou cobrança de valores adicionais; realizar o aumento de impostos para empresas de equipamentos médicos, hospitais, laboratórios, visto que seriam beneficiados com as novas regras; pagamento de multas por quem não comprovar que está coberto por um seguro; subsídios do governo para cidadãos que tenham renda anual entre os considerados próximos à linha da pobreza e os pequenos empresários que possuem menos de 50 empregados (Towers Watson, 2014). Visualiza-se que os EUA pretendiam distanciar a ideia de sistema público universal de saúde, de modo que, Obama planejou que recaísse sobre os empresários e trabalhadores o custeio de planos de saúde privados. Nesse sentido, afirma Costa (2013, p. 164):

O direito de utilização dos serviços de saúde pertence, essencialmente, àqueles que descontam para tal, seja este último efectuado diretamente ou através do empregador, algumas vezes, inclusive, como parte integrante de um benefício remuneratório. Apenas a parcela de cidadãos com muito baixo rendimento, poderá ter acesso aos cuidados sem efectuar qualquer desconto para tal efeito.

Quanto ao financiamento público, Ugá; et. al. (1995) afirmam, em relação ao gasto público em saúde, ocorria da seguinte forma: O programa Medicare: financiado por contribuições tripartites obrigatórias e por contribuições voluntárias do empregado e recursos fiscais da esfera federal. O programa Medicaid: financiado por receitas tributárias estaduais e federais. Os demais programas de saúde pública se sustentaram com recursos fiscais de âmbito nacional e local.

Vê-se que o modelo de sistema de saúde americano, se caracteriza por ter um financiamento misto (seguros e impostos), sustentado, principalmente, no sistema de contrato e no pagamento ao ato. Os pagamentos diretos não têm grande peso. Os prestadores de cuidados de saúde são, na sua maioria, privados, e a gestão dos fundos é feita pelo Estado e pelas companhias de seguros. Considera-se que as modificações consistem em uma reforma social importante, que não altera, no essencial, a organização do modelo (COSTA, 2013).

Destaca-se que atualmente, muitos republicanos - inclusive o atual presidente americano, Donald Trump - anseiam abolir e substituir a conhecida como Lei de Proteção e Cuidado ao Paciente (ACA), também conhecida como Obamacare. Até o momento, das propostas de modificação enviadas ao Congresso, os republicanos conseguiram revogar o “mandato individual”, que consiste em uma disposição que todos os americanos tenham seguro saúde, caso contrário, estariam sujeitos ao pagamento de multas. Sem o mandato individual, um número menor de americanos jovens e saudáveis estará inclinado a pagar plano de saúde, levando a prestações mais elevadas para todos os demais (CARAZZAI, 2017).

As propostas de modificação na saúde apresentadas pelo governo Trump são consideradas grandes e atingirão a camada mais pobre e mais idosa da população.

Por fim, faz-se importante ressaltar, que devido ao modelo federativo estadunidense, que confere aos estados autonomia, a gestão do sistema de saúde fica a cargo dos governos estaduais, assim como do governo local, detendo auto grau de autonomia administrativa.

3.2.2 Na Europa: principais características do sistema de saúde alemão e espanhol

Nas primeiras décadas do século XX, o modelo de seguros sociais criado na Alemanha expandiu-se para a maioria dos países europeus em decorrência de movimentos e

greves. Houve nesse período, difusão de políticas sociais e de saúde na Europa. Assim, cada país criou seus seguros sociais com características próprias (LOBATO; et. al, 2012).

Esse modelo, consistiu, primeiramente, na criação de leis municipais visando regular as sociedades de ajuda mútua, controlar a organização dos trabalhadores. Posteriormente, no fim do século XIX foi criado seguro de doença alemão relacionando as questões de conflito entre capital-trabalho, propondo seguros sociais para acidentes de trabalho, doença e invalidez, visando o bem-estar dos trabalhadores. Dessa forma, observa-se que assim como os Estados Unidos, não se trata de um Estado Federal com sistema de saúde universal.

Giovanella (2011) afirma que as modificações no sistema de saúde alemão ocorreram, especialmente, na década de 1990:

Na Alemanha, o sistema de seguros sociais de saúde está submetido a pressões econômicas, demográficas e políticas, intensificadas nos anos noventa pela unificação nacional, e uma série de medidas para contenção de gastos. Todavia, a partir da segunda metade da década de noventa, houve reformas organizacionais que buscaram a integração dos setores assistenciais e a coordenação dos cuidados aos portadores de doenças crônicas. Sucessivas legislações federais – ampliadas a partir de 1998 abriram novas possibilidades para a implementação de estruturas organizacionais diferenciadas de atenção. Além disso, os próprios prestadores – profissionais médicos do setor ambulatorial –, pressionados por restrições orçamentárias cada vez mais fortes, buscaram formas mais cooperativas de atuação. Medidas de contenção de gastos internacionalmente difundidas, em sua implementação, são condicionadas pelas políticas prévias e pelo contexto sociopolítico e cultural distinto^{1,3,4}, com adequação à institucionalidade própria do seguro social e aos interesses dos principais atores envolvidos.

Após a II Guerra Mundial, a maior parte dos países europeus universalizaram seus programas de proteção à saúde, incluindo a maioria da população e ampliando a cobertura.

Um exemplo é a Espanha que também criou serviços nacionais e universais de saúde. Lobato; et. al (2012) afirmam que a Espanha³⁸, após os períodos ditatoriais, criou o Sistema Nacional de Saúde, em 1986.

Sobre o atual sistema de saúde espanhol, afirmam Sacardo; et. al. (2010) que este se desenvolveu a partir do fim da guerra civil, em 1942, quando foram criados “Seguros Obrigatórios de Enfermidade” que proporcionavam assistência médica a trabalhadores industriais, manuais, empregados em geral e, por último à classe média, atingindo uma cobertura de quase 50% da população espanhola. Assim como no Brasil a prestação de serviços de saúde públicos estava vinculada à Seguridade Social, subordinada aos Ministérios

³⁸ Cita-se a Espanha, pois tal como preleciona Ramos (2012), muito embora não seja um país federalista de fato, possui inúmeras características do sistema federativo, como: descentralização, autonomia de seus entes repartição de competência, dentre outras.

do Trabalho e da Seguridade Social, assim permanecendo até 1977. Narra os autores (2010) que em 1978, com a Constituição Espanhola, foi estabelecido novo regime político pautado na organização territorial em Comunidades Autônomas (CCAA), que possuíam autonomia para a elaboração de estatutos regionais específicos. Desse modo, os serviços de proteção social, inclusive a assistência sanitária, foram descentralizados. Houve ainda a criação de duas novas entidades gestoras – o Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) e o Instituto Nacional de Salud (Insalud), separando a seguridade social da assistência sanitária. Porém, o processo de descentralização ainda não estava consolidado, o que veio ocorrendo aos poucos. Sobre o tema, tratam os autores (2010, p. 173):

O processo de descentralização das competências sanitárias na Espanha levou mais de vinte anos para se completar, tendo como marco legal a Lei de Coesão e Qualidade do Sistema Nacional de Saúde, promulgada em maio de 2003, que garante a coordenação e a cooperação dos distintos Serviços Regionais. Com esse processo efetivado, a melhoria da gestão em diversas CCAA em relação à acessibilidade aos serviços de saúde e à incorporação de novas tecnologias pôde ser percebida.

Mesmo com a legislação espanhola sobre a proteção à saúde sendo considerada uma das mais avançadas da Europa - pois hoje até mesmo os imigrantes sem visto de permanência podem utilizar dos serviços de urgência - podem ser visualizados que, na contemporaneidade, surgiram novos desafios para esse território, no que se refere à prestação dos serviços de saúde.

O primeiro, é fruto da ocorrência do fenômeno da imigração, pois, devido ao fato da legislação espanhola de proteção sanitária ser uma das mais avançadas, abarcar todas as crianças e gestantes, que usufruem de proteção completa e ainda, imigrantes sem visto de permanência, que possuem cobertura de emergência, o sistema tem-se inflamado.

Um segundo desafio para Espanha, e para países desenvolvidos e em desenvolvimento, como o Brasil, se refere ao aumento da proporção de pessoas idosas. Esse aumento, por um lado, reflete a melhoria das condições de vida e a contribuição do setor sanitário ao bem-estar dos cidadãos espanhóis e, por outro, influencia na demanda visto que essas pessoas requerem maior atenção e cuidado, exigem o despendimento de maiores tecnologias, novos produtos e medicamentos.

Outro desafio, abordado por Perez (2014) e Hortal (2011) é a existência na Espanha, por este ser um dos melhores sistemas de saúde do mundo, de pessoas do Bloco da União Europeia que na Espanha residem com o fim de tratar alguma enfermidade, mas são oriundos de países do bloco que nem sempre possuem mecanismos de reciprocidades

atualizados entre a Espanha e o seu país, para efeitos contributivos. Sobre a relação dos serviços de saúde dos países europeus, tratam Marón; et. al. (2017):

A legislação da União Europeia diz que o cidadão europeu, se adoecer durante uma estadia temporária noutro país da UE, quer se trate de férias, de uma viagem de negócios ou de um período de estudos no estrangeiro, tem direito a receber os cuidados médicos necessários nas mesmas condições que as pessoas cobertas pelo sistema de saúde desse país, basta para isso que leve consigo o cartão europeu de seguro de doença, que prova que está coberto pelo sistema de segurança social de um país da UE.

Caso não possua cartão no estrangeiro ou não possa utilizá-lo (como quando o paciente recorre ao setor privado), o país que ele está temporariamente não pode recusar tratamento, mas é possível que o paciente tenha que custeá-lo e, depois, quando regressar ao país que reside, solicitar o reembolso.

O problema reside no fato de que, muitas vezes, os europeus de países com sistemas de saúde mais precários, se deslocam para a Espanha (prática denominada turismo sanitário), para obter o tratamento. Existe até mesmo fraude para utilização do cartão de saúde por não residentes no bloco, ocasionando alto gasto sanitário.

3.2.3 Ásia: a Índia como estado federal com sistema universal de saúde

A Índia, país federalista, tem um sistema de saúde em que cada estado é responsável por suas ações e serviços.

Embora, na prática, existam muitos problemas de efetividade, execução do sistema de saúde, tais como prática de turismo médico, o governo indiano possui legislações enfocando a universalidade do direito à saúde. Na sua própria Constituição, no artigo 19 está disposto que o direito à saúde é parte integrante do direito à vida. Em 2009, foi editado o Decreto Nacional da Saúde, enfocando uma abordagem baseada no direito à saúde. De acordo com esse decreto, o direito à saúde é definido como “o direito de todos a um nível de saúde física e mental ideal para ter uma vida com dignidade”. Sobre o decreto, afirmam Singh A., Chokshi M. (2014) que ele identifica vários aspectos relacionados ao direito à saúde, como o direito de acesso ao atendimento de saúde, bem como de utilizá-lo e desfrutá-lo; o direito de não sofrer discriminação; o direito à dignidade, à justiça, à participação e à informação, direitos à sobrevivência, à integridade e à segurança; de buscar tratamento e serviços; de receber e desfrutar de tratamentos e serviços; de receber atendimento de emergência; direito a serviços de qualidade; de receber atenção racional; à escolha dos prestadores de serviços; à continuidade do atendimento; ao acesso à informação e aos registros médicos; à autonomia e à autodeterminação; ao consentimento esclarecido e voluntário; à confidencialidade, à

privacidade etc. Consideram os autores (2014) que o reconhecimento desses direitos é requisito primário para elaborar, desenvolver e executar políticas de saúde relevantes, programas efetivos, produtos de qualidade e serviços eficientes disponibilizados a todos, levando, assim, à realização do princípio da universalidade.

Freitas (2010) afirma que Índia como principal local para o turismo médico, que é quando pessoas de outros países se deslocam para serem tratados nessa região, atraídos pelos baixos preços, pelo conjunto de médicos bem preparados, sendo a maioria com formação nos EUA. Embora seja local para prática de turismo sanitário, quando se fala no setor público e nas condições de vida da população, vê-se que Índia ainda se encontra bastante atrasada em termos de condições de saúde e de investimentos públicos na área, quando comparada com outros países, como o Brasil, por exemplo. A Índia possui alta taxa de fecundidade³⁹, baixo gasto público per capita em saúde⁴⁰, alta taxa de mortalidade por doenças transmissíveis, o que evidencia, de acordo com Nogueira (2012) que este país ainda se encontra num estágio incipiente da transição epidemiológica. Há também grande desigualdade entre setores da população e deficiência dos serviços públicos de saúde, falta de medicamentos, recursos, mesmo assim, a Índia possui possibilita o atendimento para todos, por meio de uma rede nacional de centros de saúde primária e hospitais mantidos pelo governo.

Os motivos plausíveis para a existência dessas deficiências no sistema de saúde, de acordo com Abro D.; et. al. (2016) incluem: alocação orçamentária deficiente para saúde, a falta de reivindicação pelos pobres e persistência de serviços de saúde disfuncionais e de baixa resolutividade, devido à difusão de mercados desregulados, falta de disposição dos médicos no sentido de trabalhar em áreas rurais sem infraestrutura adequada, existência de disparidades geográficas e regionais na distribuição e na qualidade dos serviços de saúde, além de desigualdades sociais que impactam os indicadores de saúde.

Por outro lado, nos últimos anos, a Índia tem despendido esforços para melhorar a assistência à saúde de sua população, o que tem ocorrido com a implantação, por exemplo do National Rural Health Mission (NRHM) e do National Urban Health Mission (NUHM). O primeiro, organiza sistematicamente os programas de saúde do governo central indiano, prevê a reforma e a introdução de inovação organizacional no caso do(s) sistema(s) de saúde para que sejam funcionais nos estados. O segundo, trouxe inovações para introduzir a flexibilidade de programação e de financiamento que foi garantida pela NRHM e pela Reproductive Child

³⁹ O equivalente a 2,7 filhos por mulher, enquanto no Brasil é 1,8 (WHO, 2011).

⁴⁰ Dados da OMS (2008) demonstram que a Índia gasta quase dez vezes menos o valor que o Brasil gasta em saúde.

Health (RCH), inovações estas que se referirem à melhoria na prestação de serviços, que foram lideradas pelo estado, sem parceiros externos. Além disso, há inovações na forma de utilizar conhecimentos tradicionais para realizar pesquisas que envolvam produção de produtos farmacêuticos, por exemplo.

Concluindo, de acordo com o que afirmam Singh A., Chokshi M. (2014) com a implementação das recomendações e com o investimento adequado, cada indivíduo poderá desfrutar de seu direito à saúde.

3.2.4 América Latina – as reformas sanitárias e o modelo da Argentina

Lobato; Giovanella (2012) afirmam que na América Latina, a universalização da proteção social à saúde não se completou, visto que os modelos clássicos europeus que influenciaram as políticas de saúde da região não foram corretamente implementados. Mas, recentemente, em alguns países, reformas ocorreram para implantar um sistema universal de saúde. Nesse sentido, afirma Ibañez (2015, p. 164):

No caso da América Latina, as reformas intensificaram-se nos anos 90; porém, suas motivações encontram-se mais na exacerbação das desigualdades e menos no excesso de gastos dos sistemas locais de saúde. A inclusão do tema de reforma setorial na agenda política do continente latino-americano, é fruto, entre outras razões, tanto da constatação de índices alarmantes de pobreza, e conseqüente agravamento da situação de saúde da população, quanto dos baixos investimentos públicos na área, além de demandas sociais crescentes, devendo-se também atribuí-la, por sua relevância, à difusão dos modelos setoriais praticados nos países centrais.

Na Argentina, convivem três subsistemas: um de seguros sociais dirigido aos trabalhadores formais, financiado com contribuições sociais, um subsistema estatal, abrangendo menos serviços de saúde e financiados pela União, províncias e municípios e um subsistema privado com acesso mediante a compra de planos ou por pagamento direto (LOBATO; et. al., 2012).

O sistema de saúde argentino encontra previsões na Constituição do país, em dois momentos: no artigo 41, que estabelece o direito ao ambiente saudável e artigo 42, que garante a proteção da saúde na relação de consumo. Vê-se o caráter essencialmente privatista do direito à saúde argentino, de modo que a saúde pública apresenta grandes deficiências, enormes filas de espera, além de não oferecer todos os serviços de saúde que um sistema de saúde universal chega a fornecer, mesmo que precariamente. Desse modo, a principal alternativa para a população argentina, consiste em ingressar no mercado de trabalho que forneça um seguro saúde ou mesmo adquirir planos através de pagamento direto.

Entre os desafios para a saúde argentina, pode ser citado como primeiro ponto, a elevação crescente dos custos de planos de saúde privados, alcançando valores abusivos. Soma-se ainda que o sistema de saúde argentino encontra graves deficiências e grandes discrepâncias entre a assistência de saúde prestada em diferentes comunas. Não é mistério o fato de que apesar do setor da saúde apresentar custos elevados, a má gestão desses recursos impede série de melhorias, tanto em administradoras públicas como privadas. Infelizmente, na Argentina, a aplicação de recursos perpassa um conjunto de irregularidades e desperdícios de verba, mesmo com a cobertura do Sistema público englobando tão somente alguns procedimentos, aqueles aprovados no país, os valores dispendidos com desvios são consideráveis.

Frisa-se que o sistema de Saúde Argentino não busca ser universal, sua administração é descentralizada de modo que cada região administrativa é responsável por sua parte. A disparidade entre a prestação de serviços na Saúde acompanha sua distribuição regional. Entretanto, a porcentagem do PIB nacional investido no Sistema Público de Saúde oscila em torno de 10,2% (por parâmetro, o Brasil, o qual possui sistema universal de saúde, investe apenas 4,7% do seu PIB).

De acordo com relatório da produzido por Esaki; et. al. (2016), com dados da OMS, cerca de 60% da população argentina, quando há alguma demanda em saúde, recorre ao sistema público. Continuam os autores (2016) afirmando que a Saúde argentina funciona, conforme um modelo de “union-sponsored plans” (“Obras Sociales”), combinando a atividades governamentais e relativas a iniciativa privada, visto que a Argentina ainda vive na Saúde os resultados de seguir as recomendações do Banco Mundial em 1990, as quais traziam que os países deveriam seguir as tendências neoliberais e privatizar tais setores. O resultado, vislumbrado pelos autores (2016) foi a construção de um sistema ineficiente e completamente sucateado que ainda se recupera.

3.2.5 Direito à saúde no Brasil

Avaliar a evolução de determinado conceito ou de determinado instituto auxilia na compreensão de sua sistemática e de sua evolução.

Depreende-se, com essa avaliação que o reconhecimento do Direito à saúde no Brasil é recente. Conforme enuncia Dallari, S. (1995, p. 23) nenhum texto constitucional se refere explicitamente à saúde como integrante do pacto federativo até a promulgação da Constituição de 1988.

A Constituição de 1988 adotou o conceito de saúde que engloba tanto a ausência de doença, quanto o bem-estar (Dallari, S., 1995, p. 30). De acordo com Ribeiro; et. al. (2010, p. 451) a Constituição de 1988:

Foi o resultado de todo o processo de luta por que passou o povo brasileiro para conquistar a democracia. Nela, vem a lume uma nova teoria, com alicerces claramente antropológicos, sobre os Direitos Fundamentais. A declaração de Direitos da Constituição de 1988 é a maior da história do Brasil, com 78 incisos, sem lhes exigir um caráter restritivo, sem falar sobre os direitos sociais que, na nova normatividade, tem o Direito à Saúde consagrado no art. 6º.

Sarlet (2007) afirma que a Constituição da República tratou a saúde como direito fundamental da pessoa humana, sendo impossível a sua abolição, visto existir a proteção dos direitos fundamentais, considerados cláusulas pétreas e também tendo em vista que quando se trata de saúde, trata-se também do mais importante bem jurídico a ser protegido, que é a própria vida. Dessa forma, a saúde é também um elemento de efetivação da dignidade da pessoa humana.

No país, do século XVI até o início do século XIX, a saúde limitava-se à utilização de plantas e ervas pelos curandeiros, que eram aqueles que possuíam conhecimentos empíricos e ao controle de navios e saúde dos portos. Apenas com a vinda da família real para o Brasil, houve a preocupação com a garantia de condições sanitárias mínimas. Mas ainda assim, existiam poucos médicos durante o período do Império brasileiro e essa deficiência fez com que houvesse a proliferação dos Boticários (farmacêuticos), os quais muitas vezes indicavam medicamentos e não se restringiam a sua atividade de manipular fórmulas medicamentosas indicadas pelos especialistas (POLIGNANO, 2001).

Bravo (2008) aponta que nesse período, havia a existência de uma assistência médica pautada na filantropia e na prática liberal, sendo que a prática liberal ocorria tanto pela ação poucos dos médicos, que se formavam na Europa, quanto por boticários e ainda por curandeiros. Já as ações filantrópicas eram realizadas pela Igreja na forma de caridade, em que as pessoas sem recursos eram atendidas por médicos e instituições filantropos (CARVALHO, 2013).

Conforme afirma Miranda Neto (2015) até o fim do Império, todo o frágil sistema sanitário montado pelo governo central não tinha qualquer preocupação em melhorar o nível de saúde da população, seu intuito era tão somente evitar doenças nos nobres portugueses, assim como evitar declínio da economia, ocasionada pela existência de muitas enfermidades e epidemias na população.

A Constituição outorgada no Império, por D. Pedro I, a qual vigorou até a Constituição Republicana, fazia menção à saúde em dois momentos: no artigo 179, inciso XXI: “Nenhum genero de trabalho, de cultura, industria, ou commercio póde ser prohibido, uma vez que não se opponha aos costumes publicos, á segurança, e saude dos Cidadãos” (BRASIL, 1824) e também no inciso XXXI, dispendo o seguinte: “A Constituição tambem garante os soccorros públicos” (BRASIL, 1824).

Ribeiro; et. al. (2010) afirmam que essa Constituição de 1824 desenhou um cenário oligárquico com o imperador no topo da pirâmide. Com a concentração de poderes nas mãos do imperador, o Direito à Saúde não foi uma das prioridades, pois apenas existia preocupação com a garantia do direito à saúde direcionada aos nobres portugueses e membros da família real. O restante da população, ficava à mercê dos cuidados desempenhados por instituições filantrópicas.

Na transição do século XIX para o século XX, período em que o Brasil deixa de ser Império para ser República, o Brasil estava se destacando no cenário mundial devido à produção cafeeira, de forma que muitos imigrantes se deslocaram para o país. Nesse período, surge maior preocupação com a questão sanitária, pois estados como o Rio de Janeiro passam a ser amplamente afetados pela febre amarela e, posteriormente, a peste bubônica assola a cidade de Santos (FINKELMAN, 2002). Muito embora existisse essa preocupação maior com a questão sanitária, a Constituição de 1891, não fez qualquer menção a direitos de cunho social.

Polignano (2001) afirma que no início do século XX, Oswaldo Cruz foi nomeado como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, com o objetivo de erradicar a febre amarela no Rio de Janeiro, porém, Oswaldo Cruz e seus guardas sanitaristas se utilizavam da força e da autoridade que possuíam e não realizavam o devido esclarecimento à população, que tinham receio das medidas de desinfecção. A insatisfação do povo aumentou quando em 1906, passou a vigorar a lei nº 1261, que instituiu a vacinação anti-varíola obrigatória para toda a população, o que ensejou Revolta da Vacina. Mesmo com todas as arbitrariedades, houve erradicação da febre amarela e foi criado o Instituto Oswaldo Cruz. Em 1920, o sucessor de Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, introduz a propaganda e a educação sanitária na técnica de ação, que antes era apenas policial e fiscal e obtém resultados na luta contra tuberculose, lepra, doenças venéreas e melhoria das condições de saúde, higiene e saneamento básico, porém essas melhorias se restringiam aos estados em que existia a produção e exportação cafeeira. Sobre esse conturbado período, preleciona Finkelman (2002, p. 40):

A história da saúde pública no Brasil é, em larga medida, uma história de combate aos grandes surtos epidêmicos em áreas urbanas e às denominadas endemias rurais, como a malária, a doença de Chagas e a ancilostomose. Em contraste com o que ocorreria durante as epidemias de febre amarela, essa doença afetava indistintamente brancos e negros e chegou a ser apontada como principal responsável pela apatia do trabalhador brasileiro e pela "nacionalização" do imigrante europeu. Sua presença em textos de médicos, de leigos, e em representações iconográficas foi muito intensa e alcançou expressão em um dos mais importantes personagens símbolo dos pobres na literatura brasileira: o Jeca Tatu de Monteiro Lobato.

Já a partir da primeira República, viveu-se no Brasil, período de grande centralidade política, inclusive englobando a área da saúde. Dessa forma, em 1923 surge a Lei Eloy Chaves (Decreto nº 4.682), responsável por abordar o direito a uma assistência médica em âmbito nacional aos trabalhadores, com a presença das Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAP, reconhecendo, desta forma, a responsabilização do Estado pela regulamentação da concessão de benefícios e serviços, em especial, de assistência médica. Através das CAP garantia-se o direito de empregados (inicialmente apenas de empresas ferroviárias) e seus dependentes à assistência médica, de medicamentos, de aposentadoria e de pensões (FINKELMAN, 2002). As CAP eram organizadas por empresas e financiadas por empresários e trabalhadores. Em 1932, já existiam 140 CAP, mas a maioria da população permanecia excluída do acesso aos serviços de saúde. Além disso, afirma Finkelman (2002, p. 236) que:

Havia grandes diferenças entre os planos de benefícios, porque inexistiam regras comuns de funcionamento técnico e administrativo. Cada órgão estabelecia seu regulamento, que refletia parcialmente os anseios de cada segmento da classe trabalhadora e dependia da capacidade de receita disponível por meio das contribuições.

Em 1930, na República Velha, promulga-se o Decreto nº 19.402/30 o qual trata de uma centralização das políticas públicas de saúde através da criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública.

A Constituição de 1934 que representou um grande marco para os direitos sociais no Brasil. Ela foi a primeira constituição brasileira a incorporar direitos sociais, econômicos, culturais, trabalhistas, sindicais e previdenciários, com influências da Constituição Alemã de Weimar (1919), que elevava esses direitos à categoria de direitos fundamentais, inaugurando o Estado Social brasileiro.

Nessa Constituição, o artigo 10, Inciso II estabelecia que cabia concorrentemente à União e aos estados-membros cuidar da saúde e da assistência pública. Já o art. 121 deixa claro que a lei estabelecia as condições de trabalho na cidade ou no campo, tendo em vista a proteção social do trabalhador, inclusive garantido a ele assistência médica, no caso de

gestante, garantiu-se a ela descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego.

Mas essa proteção, como bem explicita o artigo, só era garantida aos trabalhadores formais, quanto aos desempregados e trabalhadores informais, recebiam assistência de algumas instituições de caridade ou do Ministério de Educação e Saúde Pública que prestava serviços inferiores aos oferecidos pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio àqueles inseridos formalmente no mercado de trabalho.

Vê-se quão importante era para o Estado a manutenção da saúde do trabalhador com o intuito de majorar sua força produtiva para que a máquina pública funcionasse. Nas palavras de Pinto; Carvalho (2008):

A saúde pública ganha importância na Era Vargas não porque é desvelada a condição precária a qual a vida estava sujeita nas comunidades mais pobres. Nem tão pouco por um viés de conscientização estatal e política pelos fatos que acompanham a história do Brasil. Na realidade a saúde pública ganha contornos de institucionalização e as políticas sociais são privilegiadas para mascarar o Estado autoritário.

A Carta Constitucional de 1937, tolheu os direitos fundamentais, tratava da concentração de poder nas mãos do executivo. Afirma Ribeiro; et.al. (2010) que embora negasse a efetividade aos Direitos Fundamentais, trouxe em seu artigo 16, inciso XXVII, que caberia à União legislar privativamente sobre normas de defesa e proteção da saúde, com destaque para a saúde da criança (BRASIL, 1937).

Com a Constituição de 1937 estendeu-se, os benefícios da previdência a todas as categorias do operariado urbano, iniciou-se a implantação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), que asseguravam aposentadoria, pensão em caso de morte, assistência farmacêutica de baixo custo e assistência hospitalar e eram estruturados por categorias profissionais e não mais por empresas (marítimos, comerciários, bancários, industriários, servidores do Estado e trabalhadores de transporte de cargas). Houve nesse período, a extensão dos benefícios da previdência a todas as categorias do operariado urbano (GUERRA, 2015).

Os IAPs eram institutos semelhantes aos CAPs, sendo responsáveis pela obtenção de serviços médicos aos trabalhadores e dependentes, os quais tiveram sua estrutura expandida, em especial no governo de Juscelino Kubitschek com a construção de grande parte dos hospitais públicos.

Ainda assim, como era um privilégio de trabalhadores formais e a maior parte da população encontrava-se desamparada, quando ocorriam ações estatais de saneamento e

prevenção, via-se como uma caridade política e não um dever do Estado (BERTOLLI FILHO, 2008).

A Constituição de 1946, não tratou diretamente do Direito à Saúde, mas dispôs no artigo 5º, inciso XV, alínea b, a competência da União para legislar sobre normas gerais de defesa e proteção da saúde (RIBEIRO; et. al, 2010).

Finkelman (2002) enuncia que na assistência à saúde, a maior inovação aconteceu em 1949, quando foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), o qual possibilitou o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público; o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde sendo desdobramento do Ministério da Saúde e educação, de 1930. No entanto, conforme acusa Carvalho e Pinto (2008) durante os primeiros anos, o Ministério contou com verbas irrisórias e uma estrutura burocrática ineficiente. De acordo com Bertolli Filho (2008), o Ministério da Saúde enfrentou, além de problemas financeiros e estruturais, também problemas com prática do clientelismo, visto que havia troca de votos por leitos hospitalares, vacinas, ambulâncias, dentre outros itens.

Posteriormente, surgiu o INPS, criado pelo Decreto n. 72/66, cujo foco, segundo Guerra (2015) era a assistência médica hospitalar e tendo o Estado como financiador do sistema por meio da Previdência Social, de forma que o setor privado era o maior prestador dos serviços em saúde, destinado aos empregados formais e trabalhadores autônomo, desde que contribuíssem com a Previdência Social.

De acordo com Carvalho (2013) um importante marco para a saúde brasileira foi a criação de um sistema de saúde para atender a população envolvida na extração de borracha e manganês. Tratou-se dos Serviços Especiais de Saúde Pública (Sesp), considerado pelo autor como o programa mais completo de atenção à saúde associada ao saneamento que existiu no país. Consistia em organização de unidades mistas onde era feito o atendimento básico, primeiro atendimento, urgência-emergência e internações hospitalares.

O outro grande marco, de acordo com Carvalho (2013) e Guerra (2015) foi a Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1963 em que se discutiu sobre a introdução de uma Política Nacional da Saúde, visava-se construir um sistema de saúde para todos que fosse organizado de forma descentralizada, que tivesse como protagonista o município, de modo que esse sistema fosse capaz de atender as necessidades da população, a custos suportáveis pela nação. Nas palavras de Guerra (2015, p. 54- 55):

Adotou assim a tese da municipalização com o objetivo de descentralizar a execução das ações básicas de saúde, de modo a criar uma estrutura sanitária verdadeiramente nacional e flexível o bastante para adequar-se à realidade econômica, política e social da comunidade, num país com tantas diferenças regionais. Para isso, recomendou a articulação das atividades sanitárias nos vários níveis das administrações: federal, estadual e municipal, dando o primeiro passo para a implantação de um sistema nacional de saúde unificado. Entre outras, recomenda que União, Estados e Municípios assumam competências e que estas três esferas, na mais estreita cooperação estabeleçam, no menor prazo possível, em nível municipal, a estrutura sanitária básica do país, de forma a fornecer os cuidados médico-sanitários indispensáveis à defesa da vida de toda a população brasileira; priorização dos municípios que não dispunham de qualquer medida de defesa da saúde; que os serviços de saúde a serem implantados levassem em conta na sua estrutura, as necessidades e possibilidades de cada um.

No período ditatorial, a saúde é visualizada como um problema individual, de modo que houve a valorização dos hospitais particulares. A Carta de 1967 não declara expressamente que o Estado reconhece o direito à saúde, visto que dispositivos aparecem apenas para assegurar aos trabalhadores a assistência sanitária hospitalar e médica preventiva, de acordo com o artigo 158, inciso XV. Além desse dispositivo, houve a repetição do artigo da Constituição anterior que tratava sobre a competência da União para legislar sobre normas gerais de defesa e proteção da saúde.

Em 1975, por meio da Lei nº 6229/75, é criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), cujos objetivos eram reorganizar e disciplinar todos os serviços de saúde componentes do sistema, como do Ministério da Saúde, do INPS, e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; expandir a cobertura.

Para que ocorresse a expansão da cobertura fazia-se necessário que os estados e municípios se inserissem no plano de integração, para a proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1975).

Guerra (2015) enumera importantes institutos relacionados aos serviços de saúde criados na década de 70: o DATAPREV- empresa de processamento de dados com importante papel no controle e avaliação dos serviços; o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a Central de Medicamentos (CEME), e o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS).

A década de 1980, conhecida como a década perdida, caracterizou-se por intensas transformações nos cenários econômico e político no Brasil. No que se refere ao primeiro, pode-se afirmar que o país vivenciou uma intensa crise da dívida externa, alta inflação e aumento dos gastos públicos. Sobre as transformações políticas, citam-se: o movimento a favor das Diretas Já; a eleição para governador; a morte de Tancredo Neves e a posse

inesperada de José Sarney em seu lugar; os movimentos da transição democrática; a derrubada do regime autoritário e a promulgação da Constituição de 1988.

Referente ao setor da saúde, Carvalho (2013) enuncia que na década de 80 houve a parceria entre a previdência e a saúde pública municipal e estadual, o que foi denominado como Ações Integradas de Saúde (AIS). A partir de 1987, as AIS foram aprimoradas e transformadas nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, o que durou até o início da década de 1990, quando foi implantado o SUS. Sobre o período que antecedeu a criação do SUS, se manifesta Carvalho (2013, p. 09):

A discussão de uma proposta inovadora e universal com a comunidade e os técnicos resultou naquilo que se denominou Projeto da Reforma Sanitária. Foi emprestada a Tancredo Neves e apropriada como Proposta de Saúde da Nova República. O movimento foi crescendo e culminou com uma grande assembleia em 1986, que foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, com cerca de cinco mil pessoas do Brasil inteiro que referendaram a proposta de Reforma Sanitária. Essa presença maciça dos cidadãos usuários foi possível pois as AIS introduziram Conselhos de Saúde, com participação comunitária, em cada município como condição de adesão à proposta.

Vê-se que antes da criação do SUS houve muita discussão entre a comunidade, os técnicos e profissionais da saúde sobre a possibilidade de criação de uma proposta inovadora e universal. Esse período de amplo debate denominou-se Projeto de Reforma Sanitária, que teve seu apogeu com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília em que mais de cinco mil pessoas de todo o país referendaram o projeto que ensejou na construção do SUS.

No próximo tópico, pretende-se destacar aspectos importantes da Reforma Sanitária, movimento que ensejou a criação do SUS. Pretende-se destacar ainda que o avançado sistema de saúde pensado para o Brasil, ocorreu em tempos de grandes transformações políticas e econômicas, em um período, denominado pela doutrina como neoliberal.

3.2.4.1 O neoliberalismo *versus* a Reforma Sanitária

De acordo com Prado (2012), as mudanças políticas e econômicas nos anos de 1970 e 1980 foram importantes para determinar novos rumos nas políticas públicas e fizeram surgir, sujeitos sociais propondo um modelo alternativo de atenção à saúde, tendo em vista ainda a crise econômica e o processo de redemocratização do país. Houve, na área da saúde, uma preferência pela municipalização. Sobre o tema, Finkelman (2002) afirma que:

Até as reformas ocorridas na década de 1980, o Estado de Bem-Estar brasileiro era caracterizado por centralização política e financeira em nível federal, fragmentação institucional, tecnocratismo, autofinanciamento, privatização e uso clientelístico das políticas sociais. Estas são características de um sistema de proteção social que não tem pretensões de funcionar como verdadeiro mecanismo redistributivo do produto da economia.

Ugá; *et. al* (1995) afirma que a década de 1980 trouxe inúmeras modificações, incluídas a tecnologia, a organização, divisão do trabalho, e ainda a ideologia e a ordem político-econômica mundial. Nesse contexto, o neoliberalismo ganhou espaço progressivamente, visando: a) a superioridade do livre mercado como mecanismo de alocação de recursos; b) o lugar central do indivíduo na sociedade e c) a priorização da liberdade de escolha e da diferenciação dos indivíduos em detrimento da igualdade.

Sobre a perspectiva neoliberal, Almeida (2012) afirma que essa se refere à retomada nos anos 80, das teses do liberalismo clássico⁴¹ de uma forma exarcebada. Continua (2012, p. 764) afirmando que “o neoliberalismo considera o Welfare State o responsável pela crise econômica, que seria causada, entre outras coisas, pelo desperdício de recursos desviados do investimento produtivo para o custeio dos programas sociais”.

Cohn (2001, p. 60-61) afirma que a economia neoliberal originou-se em meados dos anos 70, na Inglaterra e nos EUA, e posteriormente dissemina-se pelo mundo, até alcançar o Brasil. O pensamento neoliberal causa impactos na saúde, que foi um de seus alvos mais frequentes. Nas palavras do referido autor, “a temática da saúde é reuniversalizada, agora, porém, por meio de uma vertente predominantemente economicista e inserida nas mudanças por uma nova ordem econômica mundial”.

Sobre os impactos do pensamento neoliberal na saúde, afirma Almeida (2012) que a crítica a estado do bem-estar, a mobilização política e social na década de 70 estimulou críticas e questionamentos de todos os fundamentos básicos dos sistemas de serviços de saúde. Continua Almeida (2012) afirmando que com a crise fiscal do Estado, em meados da década de 70, formulou-se um diagnóstico e afirmações neoconservadoras configurando uma reforma setorial, que na década seguinte culminou nas reformas sanitárias.

O movimento social de Reforma Sanitária iniciou-se no Brasil na década de 70, sem que se saiba exatamente quando, por ser muito difícil precisar com segurança o marco inicial de movimentos desse tipo. De acordo com Ressinger (2008), a partir da segunda metade da década de 70, em vários municípios, começaram a surgir experiências de

⁴¹ O liberalismo clássico pode ser definido como uma corrente do pensamento econômico e político e também uma ideologia que defende a maximização da liberdade individual, livre iniciativa, Estado mínimo (ALMEIDA, 2012).

implantação de redes de atenção básica à saúde, a partir da ação de profissionais da saúde coletiva, que ocupavam importantes espaços institucionais abertos por novos prefeitos municipais.

Sobre esse período, afirma Almeida (2012, p. 769-770) que partir da segunda metade dos anos 70, com a crise econômica, a crise fiscal do Estado levou em consideração os altos custos da assistência médica, a questão da eficiência no uso dos recursos e da efetividade nos resultados. Conclui-se que nesse período para culminar na crise, os custos médicos tinham subido com muita rapidez e o financiamento pelos governos também havia aumentado substantivamente, pois, certamente, os avanços da ciência e da tecnologia haviam criado uma nova demanda de investimento, aumentando os preços dos instrumentos, equipamentos e materiais.

Pode-se afirmar que o processo de reforma do sistema de saúde brasileiro está articulado à intensa transformação da sociedade no período ditatorial, principalmente nos anos 80, quando ocorreu a transição democrática. Após a instituição democrática, criação e implementação do SUS, em 1990, a reforma passa a sofrer obstáculos, pela submissão da política social e de saúde ao que apregoa os ajustes macroeconômicos e aos cortes orçamentários, tendo em vista o compromisso governamental com o pagamento da dívida externa (ALMEIDA, 2012).

Na década de 80, afirma Almeida (2012) fala-se em crise no sistema de serviços de saúde, ou seja, crise de custos dos serviços de assistência médica. Estabelece-se nesse período, uma agenda de reforma dos sistemas de serviços de saúde, que trata como principais pontos: a eficiência gerencial; a responsabilização de usuários e profissionais de saúde com os gastos; o reequilíbrio entre a alocação de recursos federais, estaduais e municipais e o mercado, representando o setor privado.

Mesmo com esse embate, o Movimento Sanitarista fomentou propostas progressistas para as políticas públicas de saúde no Brasil. Seus objetivos consistiam na mudança de foco de uma perspectiva curativa para uma preventiva, priorizando o papel do poder público na prestação desses serviços em um modelo descentralizado, operacionalizado pelos municípios, o que possibilitaria o atingimento de populações até então não atendidas pelo estado (VAZ, 2013).

Ressinger (2008) enumera os vários atores presentes para a articulação da proposta de saúde trazida pelo setor sanitário. São eles: os movimentos dos trabalhadores de saúde, com destaque para as organizações sindicais dos médicos; o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva –

ABRASCO; o movimento municipalista, ocorrido através de encontros de Secretários Municipais de Saúde; alguns parlamentares comprometidos com a reforma; o movimento popular de saúde, influenciado pela igreja católica, com participação também de militares de esquerda; a democratização e o ressurgimento do debate político e de propostas partidárias; um novo movimento sindical, autônomo, com destaque para a Central Única de Saúde – CUT.

Escorel (1999, p. 19) enumera ainda como importantes atores, os departamentos de medicina preventiva de algumas universidades. Vejamos:

A construção da abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde foi feita no interior dos departamentos de medicina preventiva, em um processo de críticas à medicina preventiva e à sua base filosófica: as ciências sociais positivistas (...). No meio acadêmico, por meio de um esforço conjunto de alunos e professores, constitui-se a base do movimento sanitário, formado por profissionais e estudantes do setor – ou atuantes nele – e que, a partir de uma postura democrática e oposicionista ao regime autoritário, iria formular propostas cada vez mais elaboradas de transformação do regime e do SNS, visando, em termos gerais, a um país democrático e a melhores condições de saúde para a população brasileira.

Além dos departamentos, no início da década de 70, pode ser observada a inquietação de alguns estudantes, que em um movimento espontâneo, procuraram formas de ajudar a população e passaram a dar consultas, promover ações educativas, participar de movimentos nos bairros e comunidades e participar de espaços de discussão nas universidades sobre a realidade social e condições de saúde da população (ESCOREL, 1999).

Considera Escorel (1999) que entre 1979 e 1982, o movimento sanitário foi ampliando sua organicidade, estabelecendo contatos com outros movimentos pelo país visando a democratização, procurando identificar o projeto com maneiras concretas de atuação em saúde.

De fundamental importância no movimento da reforma sanitária foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, em que mais de cinco mil representantes da sociedade civil, oriundos dos mais diversos segmentos sociais e políticos, discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil (ESCOREL, 1999).

Ressinger (2008) afirma que os três pontos fundamentais do debate da VIII Conferência Nacional da Saúde, eram: a saúde como um direito, a reformulação do sistema de saúde e o financiamento do setor. Dessa forma, a conferência teve como resultado um consenso político que permitiu a elaboração de um projeto de reforma sanitária que trazia um

conceito abrangente de saúde⁴², tratava a saúde como direito de cidadania⁴³ e dever do Estado⁴⁴ e instituiu o Sistema Único de Saúde.

Finkelman (2002) sobre o período politicamente conturbado, representado pelas práticas neoliberais, afirma que no período 1990-1992 houve um esvaziamento da estratégia reformista, devido a uma 'contrarreforma', visto que se faziam presentes a ampliação do assistencialismo e do clientelismo, e redução da capacidade orçamentária e administrativa de intervenção do Estado no campo social, ocasionando vazios institucionais em determinados setores de política social e superposições em outros, assim como cortes orçamentários drásticos sob a justificativa de necessidade de descentralização administrativa.

Escorel (1999) afirma que a implementação da reforma deu-se com a presença de problemas institucionais, originados na proposta neoliberal do governo Collor (1990-1992) e também por ações dos profissionais de saúde. Essas dificuldades refletiram nos usuários dos serviços de saúde.

Elias e Dourado (2015) afirmam que em 1990, passava-se por uma Reforma de Estado, nos moldes do Consenso de Washington⁴⁵, cujas primeiras ações se referem ao ajuste fiscal do Estado, o que ocasiona um violento desfinanciamento das políticas sociais, em particular, a da saúde. Nesse período, como já relatado, também está se estruturando o SUS.

A partir de 2000, Elias e Dourado (2015) afirmam que viveu-se uma nova etapa, com a presença de correções e avanços em temas pouco difundidos no período anterior. Um exemplo, é a explanação das diretrizes do financiamento e da integralidade da assistência curativa/ preventiva. Mudanças no quesito da descentralização, a qual passa a contemplar a esfera estadual e municipal como indispensáveis para a estruturação do SUS.

Tostes (2007) afirma que em 2003 foi realizada a 12ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi “Saúde: um direito de todos e dever do estado - a saúde que temos, o SUS que queremos”, e foi lançado o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência). No período seguinte, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS), que consistiu num conjunto de políticas de

⁴² A saúde como uma situação individual, mas também, tendo em vista os fatores que a condicionam ou a comprometem, ela também pode ser considerada um fenômeno social.

⁴³ Esse conceito, para a OMS, implica melhores condições de vida e novas oportunidades

⁴⁴ De acordo com Ressler (2008) para redefinir a política nacional de saúde de maneira efetiva, atribui-se ao Estado a competência de normatização, financiamento, controle e dever de assegurar a universalização do direito à saúde.

⁴⁵ Batista (1994) afirma que o Consenso de Washington representam as conclusões de uma reunião, em que estavam presentes, na capital dos Estados Unidos, funcionários do governo norte-americano e dos organismos financeiros internacionais ali sediados – FMI, Banco Mundial e BID - especializados em assuntos latino americanos com o objetivo de proceder a uma avaliação das reformas econômicas empreendidas nos países da região.

humanização na atenção e na gestão da saúde; o projeto Farmácia Popular e instituiu o Plano Nacional de Saúde. Narra Almeida (2012, p. 795) que “apesar das inúmeras dificuldades de implementação do SUS e dos vários problemas não resolvidos, pode-se dizer que o Brasil ainda constitui um modelo diferenciado em relação aos demais países latino-americanos”.

Campos (2007, p. 302) afirma que SUS ainda é uma reforma social incompleta, além do que sua implantação é heterogênea, desigual, conforme características geopolíticas ou geoculturais de cada região. Continua, afirmando acreditar que a luta pelo sistema de saúde deveria juntar-se à peleja pela distribuição de renda, por políticas de recuperação de moradias e de espaços urbanos degradados, pela educação e segurança públicas (...).

Acredita (CAMPOS, 2007) que uma estratégia importante seria articular a defesa do SUS às reformas da ordem social e política brasileira com a realização de distribuição de renda já e saúde para todos. Porém, se observa que se há insuficiência de recurso para o SUS, nesse caso, constata-se que há também problemas na sua utilização e gerenciamento. Propõe como solução para o problema do financiamento, a reformulação com rapidez do modelo de repasse de recursos aos estados, municípios e serviços.

Conclui Campos (2007, p. 306) que a defesa do SUS e o sucesso do SUS dependem da força com que a sociedade brasileira coloca a vida das pessoas acima de todas as outras racionalidades, e ainda compreenda que as políticas públicas podem se constituir em um meio poderoso para a efetiva defesa da vida.

Destacada a importância do SUS para a saúde brasileira, no próximo tópico trata-se especificadamente sobre esse sistema. Faz-se um breve resgate histórico, apresentam-se pontos importantes da normativa que regeu o Sistema Único de Saúde desde a sua origem até a configuração atual, com destaque para os problemas decorrentes da repartição de competências e recursos, cerne deste capítulo.

3.3 O Sistema Único de Saúde na configuração do federalismo brasileiro

Guerra (2015, p. 33) afirma que o SUS foi criado num país com heterogeneidades tanto no que se refere à extensão dos Estados, quanto à diversidade socioeconômica nos territórios. Há desigualdades regionais, culturais, políticas, na oferta de serviços e, por conseguinte, diversidade nas necessidades epidemiológicas. Assim, de acordo com a Constituição de 1988, cabe a cada ente federado, organizar-se de forma a assegurar a integralidade da atenção à saúde. Sobre a Constituição do SUS, Aith (2007) assim se refere:

O Sistema Único de Saúde possui todos os elementos constitutivos de uma instituição –organismo – conjunto individualizado, organização interna estabelecida em conformidade com o Direito Positivo, inserção na ordem geral das coisas e situação jurídica permanente. Embora não seja dotado de personalidade jurídica própria, o SUS é composto por um conjunto de instituições jurídicas relevantes, cada qual com sua personalidade jurídica própria, tais como o Ministério da Saúde, As Agências, Secretarias de Saúde, entre outras. Tais instituições criam entre si outras instituições jurídicas que lhe dão maior concretude, tais como os Contratos de Gestão e as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites.

Dessa forma, é coerente afirmar que o SUS representa a mais importante instituição jurídica do Direito Sanitário, visto que integra e organiza outras instituições para o desenvolvimento das atividades necessárias para garantia do direito à saúde. Mais do que isso, o SUS reúne todas as instituições jurídicas autônomas e complementares entre si, que desenvolvem ações e serviços públicos de saúde no Brasil. Aith (2007, p. 267) afirma que a “definição do Sistema Único de Saúde passa pela compreensão do conjunto de normas jurídicas que define os seus integrantes, estabelece o seu campo de atuação, cria os seus mecanismos de ação e prevê formas de sanção para quaisquer descumprimentos”.

Giovanella; Lobato (2012) afirmam que o SUS é responsável por influenciar mudanças na sociedade. Um exemplo, é a noção de direito à saúde ser muito mais forte e difundida, capaz de influenciar outras áreas sociais, pois a saúde passa a ser vista como um problema coletivo, o bem-estar dos indivíduos torna-se importante para uma sociedade mais justa, democrática e um lugar de boa convivência. Quando não se tem saúde e bem-estar, os indivíduos ficam fragilizados e a participação integral na sociedade é comprometida.

Assim, embora o Brasil reconheça constitucionalmente o direito universal e igualitário à saúde, ainda não há condições operacionais e financeiras no país para atender à demanda concreta por ações e serviços de saúde existentes. Nesse contexto, a efetivação do direito à saúde em respeito aos princípios constitucionais da universalidade e da integralidade está intimamente relacionada com a compreensão que se tem sobre a abrangência de tais princípios no Brasil. E tal abrangência será definida conforme a interpretação que se dê a esses princípios constitucionais, interpretação esta que será sempre moldada pela legislação e pelas políticas públicas de saúde vigentes (AITH, 2014).

Neste capítulo, pretende-se realizar um breve histórico do Sistema Único de Saúde, apresentar suas principais normativas, assim como diretrizes e princípios que o regem e por fim, compreender de que forma se dá a repartição de suas competências.

3.3.1. Resgate histórico do Sistema Único de Saúde

O SUS surge como resultado de um intenso processo de mudanças políticas, em meio a uma conjuntura de crise econômica e um contínuo e gradativo processo de democratização.

Como relatam Ribeiro; et. al. (2010) antes do SUS, a atuação do poder público era por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que, posteriormente, transformou-se no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – (INAMPS), que tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde aos trabalhadores da economia formal e seus dependentes. Dessa forma, pode-se afirmar que antes do SUS existiam três classes de cidadãos: os que não dependiam do sistema público e podiam pagar pelo atendimento particular; os trabalhadores formais e seus dependentes que tinham acesso à assistência prestada pelo INAMPS; e aqueles que não podiam pagar e não tinham acesso à assistência fornecida pelo INAMPS.

No fim da década de 80, Ribeiro; et. al. (2010) afirmam que pode ser visualizada uma generalização da cobertura, com a permissão para atendimento na rede conveniada, de pessoas que não possuíam a carteira de segurado. Essa ampliação do acesso, decorreu da crise do modelo de assistência à saúde existente, assim como da ação de movimento de mobilização política de trabalhadores, estudantes e setores organizados da sociedade civil que constituíam o Movimento da Reforma Sanitária.

Essas modificações ensejaram a criação do SUDS e posteriormente do SUS, regulamentado inicialmente, na Constituição de 1988 e nas leis 8.080/90 e 8.142/90.

3.3.2. Normativa

Além da Constituição Federal de 1988, foram promulgadas leis infraconstitucionais com o objetivo de criar e viabilizar garantia e cumprimento do direito à saúde no Brasil. Podem ser citadas a lei nº 8.080/1990, responsável por preceitos de organização e estruturação do sistema de saúde, regulamentada pelo Decreto nº 7.508/2011; a lei nº 8.142/90 que garante a participação dos usuários do sistema na gestão dos serviços e transferência de recursos financeiros intergovernamentais; decreto 1.232 de 1994 que dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal; as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde - NOB/91 de 1991 e NOB/96 de 1996;

Emenda Constitucional n.º 29 de 2000 que altera e acrescenta artigos da CF, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde; Portaria GM/MS n.º 373 de 2002 que cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002 substituindo a NOAS-SUS nº01/96, que, conforme traz Prado (2012) visa ampliar as responsabilidades dos municípios na atenção básica, estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, além de criar mecanismos para fortalecer a gestão do SUS e proceder à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios para que estes organizem suas estruturas de controle, regulação, avaliação, buscando garantir aos cidadãos a ocorrência de resolução de seus problemas de saúde, a partir da otimização dos recursos disponíveis e reorganizando a assistência à saúde e, por fim, trata-se no decorrer do trabalho da Lei Complementar nº 141/2012, a qual dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde.

Os Estados-membros também têm competência para legislar, de forma suplementar, sobre a matéria. Os Municípios, como entes mais próximos dos problemas locais, também receberam da Constituição Federal competência para legislar sobre saúde, desde que trate dos assuntos de interesse local (art. 30, I) ou complemente a legislação federal e estadual (art. 30, II), dentre outras atribuições (art. 30, III ao IX).

Finkelman (2002, p. 249) afirma que a regulamentação (Leis nº 8080, de 19/9/1990, e nº 8142, de 28/12/1990), buscou delinear o modelo de atenção e demarcar as linhas gerais para a redistribuição de funções entre os entes federados. Continua (2002) trazendo que o SUS foi definido como constituído pelo 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 (Lei nº 8080, art. 4º, caput), ressalta ainda que iniciativa privada pode participar do SUS em caráter complementar (CF, art. 199, § 1º; Lei nº 8080, art. 4º § 2º mediante contrato de direito público, mas as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência (CF, art. 199, § 1º, Lei nº 8080, art. 25). Considera o autor (2002) a necessidade de detalhar os princípios e diretrizes sob os quais o sistema passou a ser organizado e as competências e atribuições das três esferas de governo.

O sistema único de saúde brasileiro tem como princípios constitucionais basilares a universalidade, a equidade e a integralidade da assistência. Visa-se a construção de um sistema de saúde capaz de transformar a tendência hegemônica da assistência médico-

hospitalar, predominante no modelo anterior, em um modelo de atenção orientado para a vigilância à saúde.

A Constituição de 1988 elenca as diretrizes e bases do Sistema Único de Saúde. De acordo com o artigo 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Sobre o tema, afirma Carvalho (2013) que esse conceito engloba o maior objetivo da saúde, qual seja, impedir que as pessoas adoçam, objetivo este muitas vezes “esquecido”, visto que quando se fala em saúde, pensa-se em tratar pessoas doentes.

Dispõe ainda o texto constitucional, que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com diretrizes⁴⁶, quais sejam: a descentralização, com direção única em cada esfera do governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade. Mesmo depois da Constituição de 1988 que instituiu o SUS, considerado a maior estrutura política pública voltada para a área da saúde, segundo Prado (2012), os serviços de saúde no país ainda possuem características que dificultam a sua implantação, tal como fora pensado. Entre essas características, Cohn (2001) enumerou as seguintes: o fato de ser altamente centralizado, acentuadamente privatizado, crescentemente distante das reais necessidades de saúde da população brasileira, com clara divisão de trabalho entre os setores público e privado, discriminatório e injusto e com acentuadas distorções na sua forma de financiamento.

Sobre ser altamente centralizado, como já foi tratado em momento anterior, tal característica deve-se a configuração do sistema federativo, em que as definições de diretrizes, prioridades para o setor são elaboradas pelo governo federal e pelo Executivo, de

⁴⁶ Carvalho (2013) realiza breve explanação sobre os princípios e diretrizes presentes na Constituição de 1988 e na lei nº 8.080/90. Divide-os em tecnoassistenciais e tecnogerenciais. Entre os primeiros, podem ser citados: a universalidade (o Para Todos), a igualdade (de acesso aos serviços e ações de saúde), a equidade (tratar diferentemente apenas a partir de necessidades de saúde), integralidade (ver o ser humano como um todo e agir nesse todo, integralmente), intersetorialidade (considerar fatores determinantes e condicionantes da saúde, como determinação econômica, social, alimentação, moradia, lazer, acesso a bens e serviços essenciais), direito à informação (quanto ao seu estado de saúde- doença, quanto ao potencial dos serviços de saúde), autonomia das pessoas (preservação da liberdade de decisão dos pacientes), resolutividade (resolver os problemas de saúde da melhor maneira com menor custo). Quanto aos princípios e diretrizes tecnogerenciais, afirmados pelo autor, podem ser citados: a descentralização (redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federados, com ênfase na municipalização), regionalização (ações e serviços de saúde devem ser organizados de forma regionalizada), hierarquização (em atenção primária, secundária, terciária e quaternária, do menor, para o maior nível de especialização), complementariedade do privado (quando a capacidade de atendimento pelo SUS no âmbito público, for insuficiente e necessitar de complementação do setor privado) e a suplementariedade do privado (em decorrência da livre iniciativa privada também para a saúde).

forma que os Estados e Municípios possuem pouca autonomia, formulam poucas políticas próprias, adequadas à realidade em que se inserem.

É também acentuadamente privatizado, pois muitas vezes, a assistência médica ao indivíduo é prestada pelo setor privado com pagamento a ser feito pelo setor público.

Outras características bastante problemáticas se referem a não utilização dos recursos para atender as reais necessidades de saúde da população brasileira e a divisão do trabalho entre os setores público e privado.

A maioria dos problemas de saúde da população brasileira (hipertensão, diabetes, doenças como dengue, febre amarela) poderiam ter resolução em atendimento da rede básica de saúde, nos centros de saúde, postos de saúde ou ambulatórios (com a vacinação em massa, com campanhas para controle de moléstias transmissíveis, acompanhamento do hipertenso, diabético, em especial da pessoa idosa). Porém, a estrutura dos serviços de saúde possui tão pouca integração, que a população, quando é atendida já está em estado de saúde mais agravado, necessitando de serviços que envolvam maiores tecnologias, elevando os custos e até mesmo a lucratividade do setor privado, que recebe dinheiro público para realizar esses atendimentos.

O perfil da organização dos sistemas de saúde é ainda injusto e discriminatório, pois infelizmente, quem utiliza os serviços públicos de saúde são aquelas pessoas que não estão inseridas formalmente no mercado de trabalho, ou se estão, o que obtêm com o trabalho é utilizado para a sua subsistência e de sua família, tendo como única alternativa utilizar os SUS, e lidar com todas as suas mazelas. Sobre os problemas do SUS, se manifesta Andrade; et. al. (2010, p. 71):

Assim, podemos concluir que o sistema de saúde brasileiro, apesar do que diz a Constituição Federal, não é único, nem integral e nem universal, pois divide, consensualmente, espaço com um sistema suplementar; restringe acesso a tratamentos notoriamente válidos e apresenta uma universalidade excludente quando assiste 40 milhões de brasileiros migrarem para a assistência suplementar por se sentirem mal atendidos pelo sistema público. Por certo, pode-se discutir que as dificuldades operacionais, associadas à notória falta de recursos, são as causas do não alcance da universalidade desejada. Mas essas justificativas não se sustentam frente a uma política pública que estimula a assistência médica suplementar com incentivos fiscais e um sistema de controle que não se submete aos princípios do SUS.

No que se refere as principais normativas do SUS, faz-se importante destacar, primeiramente, duas legislações infraconstitucionais: a lei nº 8.080/ 1990, regulamentada pelo Decreto nº 7.508/2011 e a lei nº 8.142/1990. Segundo Guerra (2015), a lei nº 8.080/90 pode ser visualizada como possuidora de uma maior amplitude, visto que é responsável por regulamentar disposições gerais e preliminares, objetivos e atribuições, princípios e diretrizes,

organização, direção e gestão, competências e atribuições, serviços privados de assistência à saúde, recursos humanos, financiamento (dos recursos, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento) e finalmente disposições transitórias. Finkelman (2002) atribui sua importância por proporcionar o realce das competências do Ministério da Saúde; enfatizar a descentralização das ações e serviços para os municípios; e valorizar da cooperação técnica entre Ministério da Saúde, estados e municípios, onde estes ainda eram vistos, preponderantemente, como receptores de tecnologia. Tendo por base a lei do SUS, Prado (2012, p. 55-56) afirma:

O direito à saúde foi elevado à categoria de direito subjetivo público como resultado do reconhecimento de que o sujeito é detentor do direito e o Estado o seu devedor, além, é óbvio, de uma responsabilidade própria do sujeito que também deve cuidar de sua própria saúde e contribuir para a saúde coletiva. Hoje, compete ao Estado garantir a saúde do cidadão (individual) e da coletividade (pública) através, principalmente, das políticas públicas que podem ser conceituadas como todas as ações de governo (...). As políticas públicas emanam do poder público que as formaliza, legitima, implementa e controla.

A lei 8.080/90 ou, como também é conhecida, a Lei orgânica da Saúde, trata em seus dispositivos sobre a promoção da saúde, assim como o funcionamento dos serviços de saúde no estado brasileiro. Destaca a lei que vigilância sanitária, epidemiológica, a saúde do trabalhador, a saúde terapêutica, incluindo a assistência farmacêutica, a vigilância nutricional e orientação alimentar, assim como o controle e fiscalização dos alimentos, água, bebidas, substâncias psicoativas, tóxicas, radioativas, a política de sangue, entre outros elementos dispostos no artigo 6º da Lei da Saúde, estão incluídas no campo de atuação do SUS (BRASIL, 1990).

A lei supracitada, dispõe no seu artigo 31 e ss. sobre o financiamento da saúde, que utiliza recursos do orçamento da seguridade social, que são depositados em conta especial, em cada esfera de atuação, de acordo com as metas e prioridades dispostas na Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e essas contas têm os Conselhos de saúde como órgãos responsáveis pela sua fiscalização.

O decreto que regulamenta o SUS – Decreto nº 7.508/2011 - trata sobre a organização do SUS, que deve ocorrer de forma regionalizada e hierarquizada. Para essa organização, pensou-se nas Regiões de Saúde, que, de acordo com o artigo 4º do Decreto, são instituídas pelo Estado em articulação com os municípios, ou também entre estados e seus municípios limítrofes, por ato dos estados em articulação com os municípios. Tal organização visa a construção de uma rede de saúde mais ampla, completa, organizada, especialmente, nos municípios mais afastados da capital, que muitas vezes necessitam se deslocar até à capital para ter seu direito à saúde resguardado.

A segunda normativa infraconstitucional mais importante é a Lei nº 8142/90 que trata, conforme enumera Guerra (2015), de dois assuntos vetados na lei nº 8.080/90, quais sejam: a participação da comunidade, com a criação das Conferências e dos Conselhos de Saúde, e o financiamento, incluindo transferência intergovernamental de recursos financeiros. A participação ocorre com os atos e funções das instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde. A primeira tem como função avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde, nos níveis correspondentes (artigo 1º, §1º da Lei nº 8.142/90). Já o Conselho de Saúde, segunda instância colegiada de que trata a lei mencionada, tem caráter permanente e deliberativo, formado por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários e tem como finalidade atuar na formulação de estratégias e no controle da execução política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (artigo 1º, §2º, da Lei nº 8.142/1990).

O segundo ponto tratado pela lei analisada é o financiamento, matéria já discutida na Lei Orgânica da Saúde. Destacam-se sobre o tema na legislação mencionada sobre a alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde em: despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgão, entidades, da administração direta e indireta, assim como em investimentos previstos na lei orçamentária, de iniciativa do poder legislativo, no plano quinquenal do Ministério da Saúde e ainda nas ações e serviços de saúde, com destaque à cobertura de assistência ambulatorial e hospitalar a serem implementadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, sendo a maior parcela dos recursos referidos – pelo menos setenta por cento – destinados aos Municípios, os quais poderão estabelecer consórcio, remanejar recursos para a execução das ações e serviços de saúde (artigos 2º e 3º, Lei nº 8.142/1990).

Após a promulgação dessas duas leis supracitadas, de acordo com Guerra (2015) buscou-se a adoção de critérios para os repasses dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para os estados e municípios e a definição das instâncias gestoras do sistema de saúde. Considera-se que nesse período existiu uma grande evolução dos municípios no que se refere à implementação da assistência à saúde, ampliando sua participação na prestação de serviços, por meio de uma descentralização tutelada de recursos do governo federal.

Tão importante quanto as leis supracitadas na década de 90, foi a ocorrência da edição de Normas Operacionais, que, conforme explica Guerra (2015) são instrumentos regulatórios que tem o objetivo de organizar o processo de descentralização e ditar os procedimentos e regras para a implementação do SUS. Cada norma foi um instrumento

transitório de regulamentação, substituído à medida que o processo de descentralização da saúde atinge estágios mais complexos.

As NOB tratam ainda de aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores, grandes transformações do sistema de pagamento e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios. Tanaka; et. al. (2001) afirmam, que foi somente após a instituição das Normas Operacionais Básicas que grande parte dos municípios brasileiros vêm assumindo a responsabilidade pela estruturação e gestão de seus sistemas municipais de saúde.

A NOB 91 individualizava o repasse de recursos, com base nos procedimentos e ações de saúde, mas sem uma visão da necessidade de recursos globais. Privilegiava-se alguns procedimentos, como os de maior complexidade, transmitindo ideia de iniquidade.

Nesse início da década de 90, os estados e municípios operam como meros prestadores de serviços, sem autonomia em relação ao planejamento e regulação do sistema de saúde (GUERRA, 2015). Isso se deve, de acordo com Tanaka; et. al. (2001) a fato de que essa NOB tenha sido editada sob a chancela do INAMPS, o mantenedor de um modelo de saúde médico-assistencial-hospitalar, de modo que a NOB 91 privilegiou o financiamento da Assistência hospitalar e ambulatorial. Por outro lado, conclui Tanaka; et. al. (2001) que:

A NOB/91 teve seu papel histórico no processo de construção do SUS e destacou-se como o primeiro instrumento a regulamentar os inúmeros “espaços abertos” deixados pelas Leis Orgânicas da Saúde. Sua grande limitação é derivada de sua orientação pelos princípios do INAMPS e de seu enfoque dirigido fundamentalmente ao financiamento, com valorização das atividades hospitalares e ambulatoriais, perpetuando a lógica de privilegiamento da assistência médica (e da concepção de saúde tendo a doença como referência), que sempre orientou o INAMPS.

A NOB 93, diferente da 91, é originária do trabalho do Grupo Especial de Descentralização. Destaca os pressupostos de descentralização, reorganização institucional, reformulação de práticas das três esferas de governo com a existência de relação entre eles e o controle social, propondo o diálogo, a negociação, pactuação promovido a partir da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)⁴⁷. A NOB 93 orientou a criação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em cada Estado, com representação do Estado e do conjunto de municípios (BRASIL, 1993). A estratégia de descentralização da NOB 93 incorporava os estados, e principalmente os municípios como entes federados responsáveis pela

⁴⁷ Com a CIT, a representação de estados e municípios deu-se por suas entidades corporativas oficiais, entre elas, para os municípios, tem-se o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e para os estados, tem-se o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS).

condução da política de saúde em seu território, com o objetivo de fazer uma transição entre um modelo de gestão da política próximo ao padrão de Estado unitário, para outro típico de federações.

Guerra (2015) enuncia que o texto da NOB 93, já demonstrava preocupação com um processo de descentralização mais voltado à municipalização e de se evitar instâncias regionais intermediárias autônomas, com relacionamento direto das esferas estadual e federal.

Em 1996 surgiu a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96) a qual trazia a não ocorrência de retrocesso no processo de descentralização, diminuição da burocracia do processo sem enfraquecer os requisitos para assumir novas funções, oferecimento de mais vantagens e autonomia às formas de gestão menos complexas, ocorrência de mais autonomia aos municípios integrantes do processo, com a entrada de parte dos recursos em valores per capita e não por simples produção. De acordo com a Portaria que a originou, vê-se que a NOB 96 tem como finalidade promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS. Com a NOB 96 houve ainda ênfase ao planejamento da atenção básica, médica e alta complexidade, havendo maior repartição de funções, responsabilidades, requisitos e prerrogativas, a NOB trata também do financiamento e da destinação de recursos aos Estados e Municípios. Vê-se, de modo amplo, que as NOB tiveram papel relevante não só para regulação da saúde, mas se configuraram como instrumentos definidores d modelo de atenção à saúde e direcionadores de políticas públicas para o setor saúde (TANAKA; et. al., 2001).

Guerra (2015) afirma que a NOB 96 foi a primeira Norma Operacional que explicitou que a organização do serviço de saúde ocorre por um processo espontâneo de articulação política intermunicipal em que os municípios negociam entre si, de modo a acessar recursos não disponíveis no seu território, sob mediação do gestor estadual.

Considera-se que com a maior proximidade entre os beneficiários da política de saúde e o ente gestor, é possível responder melhor a quadros epidemiológicos por regiões, de modo a realizar adequação das ações às necessidades específicas de cada população.

Afirma-se também que a descentralização se desenvolveu com mais intensidade em um conjunto de estados e municípios dotados de estruturas, recursos e capacidade gerencial acima da média do país, fazendo com que a expansão da autonomia ocorresse primeiro em um pequeno grupo de municípios de maior porte, em geral capitais de estados e polos regionais, para depois contemplar um conjunto mais amplo de municípios.

Esse período, de regulamentação da NOB/96 foi marcado por crises econômicas e contenção de gastos públicos, e a prevalência da municipalização aumento a fragmentação das ações e serviços de saúde, dificultam a realização do princípio da integralidade do SUS. Além disso, Guerra (2015) cita como vetores que interferem diretamente na capacidade de assumir as responsabilidades impostas pelo SUS, a diversidade do perfil dos municípios, o grande número de municípios pequenos, sendo que alguns deles sem condições institucionais de viabilidade.

Em janeiro de 2001, surge a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/SUS, tendo em vista a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do Sistema Único de Saúde, a partir, por exemplo, de uma maior articulação entre as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde visando organizar o processo de regionalização, promovendo o acesso da população às ações e serviços de saúde, de acordo com as necessidades de cada região. (BRASIL, 2001).

A Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001 dispõe que para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES. Traz ainda (2001) que essa NOAS-SUS atualiza a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

A NOAS 2001 tem como atribuições buscar o fortalecimento da gestão através da Programação Pactuada e Integrada (PPI), instituir o Plano Diretor de regionalização, instituir a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, explanar quais são e como são financiados e divididos no território brasileiro os serviços de média e alta complexidade do SUS, fortalecer as funções de controle, avaliação e regulação dos gestores do SUS, por fim, explicita as responsabilidades, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas dos gestores municipais e estaduais (BRASIL, 2001).

Em 2006, os gestores do SUS regulamentam por meio da Portaria nº 399/GM, a divulgação do Pacto pela Saúde 2006, Consolidação do SUS, com base nos princípios constitucionais do SUS e ênfase nas necessidades de saúde da população, implicando na aprovação de três diretrizes, quais sejam: 1) Pacto pela Vida: seria um conjunto de compromissos sanitários derivados da análise de saúde do país, assim como do estabelecimento de prioridades pela União, estados, municípios; 2) Pacto em Defesa do SUS:

envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, os princípios basilares dessa política pública, trata-la como um direito, inscrito na Constituição Federal; 3) Pacto de Gestão: estabelece as responsabilidades de cada ente federado de forma a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS, nos aspectos da descentralização; regionalização; financiamento; planejamento; Programação Pactuada e Integrada - PPI; regulação; participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde (BRASIL, 2006).

O Pacto de Gestão do SUS, representa a normatização operacional do Pacto pela Saúde, função que até então era exercida pela NOB 01/96 e pela NOAS 01/02. Com ele, foram estabelecidas as responsabilidades que cada esfera de governo possuiria na operacionalização do citado Pacto de 2006, estabelecendo-se um sistema de repartição infra legal de competências sanitárias (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012).

Percebe-se que nos meados dos anos 2000, passou a tratar com maior importância a responsabilização dos gestores das três esferas federativas, o que se pode afirmar a partir da implementação de um Pacto de Gestão, em que os compromissos passaram a ser previamente negociados, assim como passou-se a estabelecer metas a serem atingidas de forma cooperativa e solidária. O instrumento normativo infralegal, portanto, foi denominado de Pacto pela Saúde (RAMOS; MIRANDA NETTO, 2017).

Em 2008, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS por meio da Portaria nº 1.559 de 2008 implantada como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo. A Política Nacional de Regulação foi organizada em três dimensões: 1) Regulação de Sistemas de Saúde, efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão; Regulação da Atenção à Saúde, efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial; e Regulação do Acesso, efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários (BRASIL, 2008).

Em 2011, é publicado pela Presidente da República o Decreto nº 7508, que Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. O Decreto 7508/2011 enfatiza que SUS é constituído

por ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada, em conformidade com um planejamento de saúde, em que devem ser considerados os serviços e as ações, prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS (BRASIL, 2011).

O Decreto 7508/2011 definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

No próximo tópico, pretende-se discorrer sobre a repartição das competências no âmbito do Sistema Único de Saúde.

3.3.3 Repartição de competências no SUS e a responsabilização solidária dos entes federativos

A repartição de responsabilidades das três esferas na implementação da ação regional do sistema de saúde requer a compreensão de que os recursos e serviços envolvidos na região, devem ser planejados, organizados e geridos em regime de colaboração.

Em matéria sanitária, existem as competências legislativas concorrentes e administrativas comuns. Sobre o tema, a Constituição designou, no art. 24, XII, a competência concorrente da União, Estado e Distrito Federal para legislar sobre a defesa da saúde e, no art. 30, II, aos Municípios trouxe a incumbência de suplementar a legislação federal e estadual.

O art. 23, II da Constituição Federal de 1988 instituiu a competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para cuidar da saúde, devido à existência da competência comum. Outro ponto que dificulta a repartição de competências, é o trazido pela própria Constituição, em seu artigo 30, inciso VII, que atribui aos Municípios a responsabilidade de prestar diretamente os serviços de atendimento à saúde, embora devam fazê-lo em cooperação técnica e financeira da União e dos Estados, pois a sua responsabilidade como executor das ações de saúde, não exclui a responsabilidade subsidiária dos demais entes, visto que o artigo 23, II da Constituição Federal trata sobre a responsabilidade comum institucional. Há ainda um terceiro dispositivo constitucional que

atribui aos três entes federativos, o financiamento da seguridade social como um todo. Trata-se do artigo 195, vejamos:

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais (...).

Embora a Constituição Federal tenha instituído a saúde como competência comum, cuja responsabilidade do cumprimento das ações dá-se de forma solidária, existem normas infra legais que fixam alguns critérios de distribuição de atribuições e repartição de competências entre os gestores. Cita-se a lei nº 8.080/90 que dispõe em seu artigo 15 sobre as atribuições comuns da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Os artigos seguintes, artigos 16,17 e 18, determinam o que compete às direções nacionais, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde.

Entre as atribuições comuns, dispostas no artigo 15, citam-se: definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente; elaboração e atualização periódica do plano de saúde; elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde; propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente; elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde; realizar pesquisas e estudos na área de saúde; dentre outras.

Compete à direção nacional do SUS, descrito no artigo 16: formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição; participar na formulação e na implementação das políticas de controle das agressões ao meio ambiente, de saneamento básico e relativas às condições e aos ambientes de trabalho; definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade, de rede de laboratórios de saúde pública, de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária; estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios; estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano; controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento

da sua atuação institucional; elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde; promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal; executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Na sequência, a lei apresenta o que compete à direção dos Estados sob o SUS, citam-se: promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde; prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de alimentação e nutrição e de saúde do trabalhador; participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico; identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa; colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

No artigo 18 da mesma lei está arrolado o que compete à direção municipal do SUS, citam-se alguns dispositivos: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual; executar serviços de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador; formar consórcios administrativos intermunicipais; gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros; celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução; controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde.

Observa-se que o SUS é estruturado em um sistema complexo, mas que há a definição das atribuições dos três entes federativos. A partir da observância do disposto nos três dispositivos tratados, pode-se perceber que muitas ações são de competência solidária, muito embora, como já foi explanado em capítulo anterior, os municípios deveriam ser os principais executores das ações e serviços de saúde, visto serem os entes mais próximos dos

problemas sociais. No entanto, é o ente financeiramente mais frágil, de modo que a solução encontrada pelo ordenamento jurídico para que haja a prestação das ações e serviços de saúde, é a configuração de um federalismo solidário.

Em outras palavras, afirma-se que a execução das ações e serviços públicos de saúde deve ocorrer preferencialmente pelos entes locais, por ao estarem mais próximos dos cidadãos. Aos Estados, caberia uma atuação complementar em relação aos Municípios, ao passo que à União, complementar aos Estados.

Infelizmente, acontece que o Poder Judiciário, muitas vezes, desconsideram as normas jurídicas legais e infra legais de repartição da competência e distribuição de atribuições entre os gestores, impondo indistintamente aos três entes federados a responsabilidade por qualquer ação e serviço de saúde. Logo, conforme afirma Dresch (2016) faz-se necessário discutir os limites da universalidade de acesso e a integralidade do atendimento assim como a validade das normas de repartição de competência e a distribuição de atribuições entre os gestores.

Afirma Dresch (2016) que somente quando não existir políticas públicas específicas, aplica-se a regra da solidariedade institucional ou sistêmica do art. 23, II, da Constituição Federal, a partir do momento em que as normas legais e infralegais distribuíram atribuições, passou a existir uma repartição de competência entre os gestores, fracionando-se a solidariedade que se transforma em subsidiariedade.

Sobre a responsabilidade solidária, fruto da saúde ser competência comum entre todos os entes federativos, o tema divide opiniões.

Para alguns, como Oliveira (2011) tendo em vista os entraves potenciais enfrentados para acesso aos serviços públicos de saúde, outras formas de competência poderiam gerar dificuldades aos destinatários desse direito em ter alcançada a sua efetivação. Ou seja, não sendo comum a competência para a saúde, frente a uma omissão da administração pública o cidadão teria reduzida as pessoas públicas em face de quem poderia cobrar judicialmente a garantia desse direito.

Outros autores, consideram que com a cooperação, os entes possam atuar em conjunto e articuladamente, sem dispersão de recursos e esforços, para alcançar resultados mais satisfatórios. Nesse sentido, afirma Barroso (2016):

Como todas as esferas de governo são competentes, impõe-se que haja cooperação entre elas, tendo em vista o “equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional” (CF/88, art. 23, parágrafo único). A atribuição de competência comum não significa, porém, que o propósito da Constituição seja a superposição entre a atuação dos entes federados, como se todos detivessem competência irrestrita em relação a todas as questões. Isso, inevitavelmente, acarretaria a ineficiência na

prestação dos serviços de saúde, com a mobilização de recursos federais, estaduais e municipais para realizar as mesmas tarefas.

A responsabilidade solidária dos cuidados em saúde foi disposta no ordenamento jurídico com o intuito de garantir a satisfação do direito ao cidadão, de forma mais rápida, mas sua funcionalidade tem sido deturpada. Afirma Teixeira (2015) que a responsabilidade solidária, na forma como tem sido aplicada, gera desperdícios, imprevisibilidade e ineficiência ao sistema, pois quando todos os entes federativos são judicialmente acionados sem observância da ocorrência de repartição de competências, o planejamento é prejudicado e há onerosidade daquele ente que originariamente não estava incumbido de financiar objeto do direito, ou seja, depreendem-se muitos esforços. Continua o autor (2015) afirmando que, num primeiro momento, a responsabilidade solidária pode ser interessante e vantajosa ao cidadão que pleiteia o direito, contudo pode haver o comprometimento do equilíbrio financeiro de uma das esferas de gestão do SUS, sobrecarregando um dos entes em face dos demais e até mesmo prejudicando a viabilidade do sistema de saúde.

4 ORÇAMENTO

Práticas de orçamento são muito antigas, desde os primórdios o homem sempre teve a necessidade de armazenar comida no inverno e para isso foi preciso desenvolver as primeiras práticas orçamentárias.

Mas afirma Ribeiro (2017) que sua origem remete à Inglaterra nos anos de 1200, período em que se admite o início da história do orçamento público, com o artigo 12 da Carta Magna, que assim dispõe: “Nenhum tributo ou auxílio será instituído no Reino, senão pelo seu conselho comum”, ou seja, com esse dispositivo, visou-se impedir a arbitrariedade na criação de tributos.

Ribeiro (2017) se refere a outro marco, também na Inglaterra, que foi a instituição de uma lei no século XIII, que estabelecia que “Nenhuma derrama ou tributo (tall age or aid) será lançado ou cobrado neste Reino pelo rei ou seus herdeiros, sem o consentimento dos arcebispos, bispos, condes, barões, cavaleiros, burgueses e outros homens livres do povo deste Reino”. Assim, com o passar dos anos, em diversas leis na Inglaterra⁴⁸, sempre se faz presente pelo menos um dispositivo tratando sobre impedimento de criação de tributos de forma arbitrária.

Com a Revolução Gloriosa, é instituída a Declaração de Direitos do Homem que evidencia a separação das finanças do Estado e da coroa que são organizadas e aprovadas anualmente pelo Parlamento (GIACOMINI, 2006).

A partir de 1802 passa a ocorrer a publicação anual do relatório detalhado das finanças e possibilitou que, em 1822, se apresentasse ao Parlamento um relatório que fixava a receita e a despesa de cada exercício, o que se considera como a data em que se inicia o uso efetivo do orçamento público (GIACOMONI, 2006). Sobre a trajetória do orçamento público na Inglaterra, afirmam Pires; Motta (2006, p. 18):

A trajetória histórica do orçamento, na Inglaterra, evidencia questões relevantes incorporadas no avanço da sistemática orçamentária, como: atestou que a despesa pública depende da política adotada; delineou a natureza técnica e jurídica do orçamento público; e serviu como ponto de referência para a implementação desse instrumento nas organizações governamentais do mundo todo.

A construção dos principais fundamentos das finanças públicas foi consolidada de acordo com a vertente neoclássica, a qual tem como pressuposto uma economia dominada por estruturas de mercado concorrenciais com mecanismos que corrigem os desequilíbrios de mercado e o Estado é colocado como um ente estranho ao sistema, ficando-lhe reservado um

⁴⁸ Cita-se a Carta da Inglaterra de 1629.

papel secundário de assegurar a ordem e a segurança interna e externa e a produção de alguns bens públicos não produzidos pelo mercado. Apenas a partir da década de 30 que o Estado passa a ocupar um papel relevante na economia, com a introdução da teoria keynesiana que trata com afincos as políticas de estabilização no mercado, de fortalecimento do Estado de bem-estar social e de diminuição das desigualdades. Diante dessa concepção neoclássica, deve ser mantido o equilíbrio de mercado, de modo que os tributos devem ser instituídos obedecendo os princípios da neutralidade e da equidade (SALVADOR, 2006).

Sobre a instituição do orçamento público nos Estados, afirmam Mota; et. al (2006, p. 17):

Com o crescimento do Estado, tornou-se necessário proceder a uma melhor organização de suas receitas e despesas, nascendo assim o orçamento público. O seu aprimoramento o transformou em uma ferramenta indispensável para as instituições governamentais. Sua história foi marcada por árduas e multisseculares lutas políticas, que o tornaram um instrumento absolutamente necessário ao equilíbrio dos interesses antagônicos em volta do poder. Tem sido assim em todas as esferas de governo, desde a sua origem até os dias de hoje, em face de sua relevância para todos os segmentos da sociedade.

No Brasil, conforme Ribeiro (2017, p. 39), “o orçamento público também assume o papel de uma ferramenta essencial de controle dos recursos financeiros gerados pela sociedade, para manutenção do governo, bem como para o fornecimento de bens e serviços para si mesmo”. Sobre o histórico do orçamento público no Brasil, dispõem Motta; et. al. (2006, p. 20):

No Brasil, o orçamento público também sempre constituiu um poderosíssimo instrumento de controle dos recursos financeiros gerados pela sociedade, os quais retornam a essa mesma sociedade na forma de bens e serviços prestados. É tão importante que, historicamente, todas as constituições federais e estaduais, bem como as leis orgânicas dos municípios, sempre consagraram dispositivos sobre a programação como categoria do orçamento público, desde a época do Império até os dias atuais.

Ribeiro afirma (2017) que se fala em orçamento público no Brasil desde a vinda da Família Real para o Brasil, no período imperial, que houve a instituição do Erário Público. Em 1824, é outorgada a primeira Constituição no Brasil a qual traz um dispositivo que atribui à Câmara dos Deputados a prerrogativa para a iniciativa das leis com propósitos de instituição de impostos e atribui ao ministro da Fazenda a função de apresentar à Câmara dos Deputados anualmente o orçamento geral de todas as despesas públicas do ano futuro e da importância de todas as contribuições e rendas públicas (BRASIL, 1824).

A primeira Constituição da República, de 1891, de acordo com Ribeiro (2017) trouxe significativas alterações na forma de distribuição de competências para a elaboração,

tramitação e aprovação do orçamento. Coube ao Poder Legislativo, elaborar o orçamento de todos os Poderes, ao Tribunal de Contas, realizar seu controle e a Presidente da República, apresentar a proposta orçamentária.

A Constituição de 1934, com caráter centralizador, realizou a redução do poder que possuía o Legislativo e centralizou as questões orçamentárias no Executivo, de modo que competia ao Presidente da República a responsabilidade de elaborar e decretar o orçamento, ficando a cargo do Legislativo apenas sua votação com auxílio do Tribunal de Contas (BRASIL, 1934).

Em 1937, o orçamento passou a ser votado e aprovado por integrantes da Câmara dos Deputados e do Conselho Fiscal, nomeados pelo Presidente da República, ou seja, o caráter centralizador da discussão do orçamento, se mantém com afinco. A Constituição de 1937 institui ainda um Departamento Administrativo com a finalidade de realizar estudos, organizar a proposta orçamentária e fiscalizá-la (BRASIL, 1937).

Com a Constituição de 1946, o Presidente volta a realizar a elaboração da lei orçamentária, que passa para discussão e votação no Legislativo, que pode emendá-la, se julgar necessário (BRASIL, 1946).

Em 1964 é promulgada a Lei 4320/1964, a lei básica de orçamento, trazendo a discriminação de receitas e despesas, o programa de governo (RIBEIRO, 2017).

Em 1967, em virtude do período ditatorial instaurado, o orçamento volta a ser centralizado nas mãos do Presidente da República e excluída a possibilidade de leis e emendas constitucionais pelo Poder Legislativo, bem como qualquer proposição que criasse ou aumentasse despesa (RIBEIRO, 2017).

A Constituição de 1988 dedica uma seção inteira às questões tributárias e orçamentárias resgata normas como a de devolução ao Poder Legislativo da prerrogativa de propor emendas ao projeto de lei do orçamento, sobre despesas e a explicitação do sentido da universalidade orçamentária e traz novidades como a realização, anualmente, do encaminhamento do projeto de lei de diretrizes orçamentárias do Poder Executivo ao Poder Legislativo, com intuito de guiar a elaboração da lei orçamentária (BRASIL, 1988)

Outro marco foi a criação da Lei Complementar de Responsabilidade Fiscal – LRF, de n.º 101/2000, que aprimorou e inovou alguns aspectos na administração das finanças públicas, instituindo mecanismos de transparência fiscal e controle social dos gastos públicos (RIBEIRO, 2017).

Nesse ponto, faz-se importante, trazer alguns ensinamentos de Weber. O autor em comento, retira ao termo burocracia, o seu sentido puramente negativo na medida em que,

partindo de uma postura compreensiva da realidade, entende essa organização como necessária ao funcionamento do Estado moderno. A conjuntura do orçamento atualmente é cheia de nuances, normas, rubricas, porém, é algo necessário ao funcionamento do Estado, que necessita de regulação, controle, planejamento de suas ações. Nesse sentido, afirma Motta, et. al. (2006, p. 22):

Observa-se que todo o processo alocativo de recursos está sob a égide da lei, e nada se faz em termos de despesa pública sem que exista uma autorização legislativa. Na prática, é a plena vivência do princípio da universalização orçamentária na ordem constitucional.

Hoje, o orçamento pode ser definido como um norteador direcional que deve ser seguido pelos gestores para que estes alcancem os objetivos organizacionais, a curto prazo.

Segundo Horngren, Sundem e Stratton (2004) o orçamento é um método utilizado pelos gestores para fins de planejamento e controle, a fim de perceber antecipadamente eventuais problemas ou vantagens para que os gestores possam traçar novos objetivos, em conformidade com os interesses pretendidos e o apresentado no orçamento.

Ribeiro define orçamento público como (2017, p. 33) “uma ferramenta indispensável para a organização das finanças dos Estados e todas as instituições governamentais, com vistas ao equilíbrio das contas públicas”. Sobre a conceituação de orçamento, Conclui Motta; et. al. (2006, p. 23):

Na verdade, o orçamento é, antes de tudo, uma decisão de governo ou um exercício de poder e, nesse sentido, não só uma questão técnica, mas também política. Isto significa que todo orçamento público implica a determinação de prioridades, relacionadas, por sua vez, com a capacidade de intervenção e negociação de certos setores da sociedade ou com opções do próprio governo local. O orçamento permite a identificação dos recursos disponíveis, que serão aplicados segundo as prioridades estabelecidas e afinadas com a política adotada pelo gestor público.

Tem como principais objetivos: realizar o controle político, realizar o planejamento dos programas, de modo que devem ser analisadas as finalidades dos gastos e os retornos trazidos (NOBLAT; et. al., 2013). Visando a realização da análise dos resultados, fala-se da existência do ciclo orçamentário. Sanches (2006) o apresenta como um conjunto de quatro grandes fases, cuja materialização se estende por um período de vários anos. Essas fases são: elaboração e apresentação; autorização legislativa; programação e execução; avaliação e controle.

A primeira envolve, segundo o autor (2006) além das tarefas relacionadas à estimativa da receita, a formulação do programa de trabalho – que compreende o diagnóstico de problemas, a formulação de alternativas, a tomada de decisões, a fixação de metas e a

definição de custos. Assim, a proposta montada contendo esses itens é submetida à apreciação do Legislativo.

A segunda fase é a autorização legislativa. Narra Sanches (2006) que antes de realizar a aprovação, pode ocorrer a revisão das receitas, reavaliação das alternativas, modificação dos programas de trabalho através de emendas e os parâmetros de execução são estabelecidos. Na terceira fase, o orçamento é programado, executado, acompanhado e parcialmente avaliado, sobretudo por intermédio dos mecanismos de controle interno e das inspeções realizadas pelos órgãos de controle externo. Finalmente, na fase de avaliação e controle, são produzidos os balanços, segundo as normas legais pertinentes à matéria, os quais são apreciados e auditados pelos órgãos auxiliares do Poder Legislativo, como o Tribunal de Contas e as contas julgadas pelo Parlamento.

Castanhar (2003) enuncia sobre o tópico da avaliação dos resultados de políticas públicas que se tem a necessidade de avaliar programas de políticas públicas diante do aprofundamento da crise fiscal, escassez de recursos e como intervenção estatal para atender os mais necessitados. A realização do tópico da avaliação do ciclo orçamentário da regulamentação das políticas públicas, é fundamental para alcançar melhores resultados e proporcionar melhor utilização e controle dos recursos nelas aplicados e fornecer aos gestores de programas, dados para desenho de políticas mais consistentes e gestão pública mais eficaz.

Continua Castanhar (2003) afirmando que a maneira de permitir que a avaliação de programa público possa contribuir para testar a consistência do planejamento é através da definição prévia da matriz lógica do programa (com identificação de objetivos, dos programas, indicadores pelos quais o programa será avaliado, indicação de fontes de dados, identificação de recursos – financeiros, humanos, infraestrutura) alocados ao programa, atividades previstas, resultados esperados (imediatos, a médio prazo, a longo prazo), ou seja, é através da realização dos outros passos destinados ao ciclo aqui exposto.

Por fim o autor (2003) considera um desafio para a prática de avaliação de programas no setor público: encontrar formas práticas de mensurar o desempenho e fornecer ao responsável pela gestão dos programas, informações úteis, necessidade de correções ou inviabilidade do programa.

Noblat; et. al. (2013) consideram que as funções do orçamento se dividem em três tipos: alocativa, distributiva e estabilizadora. A primeira, consideram os autores (2013) é quando o governo dirige a utilização dos recursos totais da economia, incluindo a oferta de bens públicos. O problema surge quando os governos alocam muitos recursos para uma atividade, pois ao optar pelo desenvolvimento de um setor, o governo acaba abrindo mão de

outras escolhas possíveis, além disso, os recursos quase sempre se apresentam inferiores às possibilidades de gasto. Ou seja, é necessário que haja uma diversidade de escolhas para o governo materializar a sua função alocativa.

A Função Distributiva ou Redistributiva, afirmam os autores (2013) tem importância fundamental para o crescimento equilibrado do país. Com ela, o governo deve combater os desequilíbrios regionais e sociais, promovendo o desenvolvimento das regiões e classes menos favorecidas. Ela se concretiza com a cobrança de impostos de características progressivas, de forma que os recursos arrecadados possam ser usados no desenvolvimento de determinada política pública. Desse modo, vê-se que o orçamento governamental é uma expressão da função distributiva, exercida pelo governo.

Por fim, a função estabilizadora, segundo os autores (2013) está relacionada às escolhas orçamentárias na busca do pleno emprego dos recursos econômicos; da estabilidade de preços; do equilíbrio da balança de pagamentos e das taxas de câmbio, com vistas ao crescimento econômico em bases sustentáveis.

Outra importante classificação relacionada ao tema do Orçamento, se refere aos modelos de orçamento, quais sejam: a) orçamento clássico ou tradicional, em que utiliza-se a técnica de orçamentação que consiste apenas em prever receitas e autorizar despesas⁴⁹, com a realização do detalhamento da despesa para controle contábil do gasto; b) orçamento de desempenho ou de realizações em que saber o que a administração pública compra passa a ser menos relevante do que saber para que se destina a aquisição; c) orçamento programa definido como um plano de ação do governo federal, instituído por meio do Decreto nº 200 de 1967, modificada pela Portaria nº 99 de 2000, do Ministério do Orçamento e Gestão, que instituiu uma classificação funcional e remeteu a estrutura programática aos planos plurianuais de cada governo e esfera da federação. Vê-se que apenas essa última se utiliza do planejamento, da visualização de quais objetivos o governo pretende alcançar.

Ribeiro (2017) apresenta, além das tipologias especificadas por Noblat (2013), outras tipologias de orçamento, como: a) Orçamento Base Zero: Caracterizada como uma técnica de elaboração de orçamento, em que se define os gastos de recursos programas ou projetos; b) Orçamento Participativo: consiste em possibilitar uma ampla participação popular para a legitimação das definições do processo, em termos de proposição de metas e amplia a participação do povo e legitima as decisões acerca do orçamento proposto. O ponto negativo, é que no Brasil, por exemplo, ter a participação da sociedade na elaboração das leis

⁴⁹ Realizada antes da promulgação da lei nº 4.320 de 1964.

orçamentárias, não vincula o governo a acatar o que a maioria da população propôs, em momento que participa de pesquisa.

Entende-se que o ideal é a associação do orçamento participativo ao modelo de orçamento programa, na medida em que o povo pode auxiliar os governos a tomar decisões orçamentárias com base nas suas prioridades. A nossa legislação associa os dois modelos, conforme se depreende da leitura da Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF, a qual coloca que a população deve ser ouvida na elaboração das leis orçamentárias, que visam instituir planos de ação, com planejamento, respeitando as diretrizes traçadas e os princípios orçamentários.

Utiliza-se Weber para compreender como se dá esse arranjo burocrático. Para Weber, a burocracia é entendida como urna forma racional de organizar o esforço humano, fazendo interagir recursos e ação humana, na busca de um escopo determinado (SOUZA, 1995).

Na sequência, faz-se uma maior explanação sobre o orçamento brasileiro e sua associação com questões referentes à tributação.

4.1. Orçamento e tributação no Brasil

De acordo com o artigo 165 da Constituição Federal de 1988, o orçamento público brasileiro é composto pela elaboração de três peças fundamentais que são: o Plano Plurianual - PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO- e a Lei Orçamentária Anual – LOA.

De acordo com Noblat (2013) e com o disposto na Constituição de 1988, os projetos de lei referentes a cada um desses três instrumentos são submetidos à apreciação das duas casas do Congresso Nacional (Câmara dos Deputados e Senado Federal), obedecendo ao seguinte trâmite: recebimento da proposta do Poder Executivo; leitura do projeto do Executivo; distribuição dos projetos aos parlamentares; designação do relator do projeto; realizações de audiências públicas; apresentação, discussão e votação dos pareceres preliminares; abertura do prazo de emendas ao projeto; recebimento, pelo relator, de parecer sobre as emendas; apreciação e votação do relatório final (com a aceitação ou rejeição das emendas propostas); votação do relatório geral no plenário do Congresso; e encaminhamento ao presidente da República para sanção. Ao ser direcionado para o presidente da República, ele tem três opções: aprovar, vetar parcialmente ou vetar integralmente. As razões do veto devem ser comunicadas ao presidente do Senado, sendo que sua apreciação deverá ocorrer em

sessão conjunta da Câmara e Senado, que podem acatar o veto ou rejeitá-lo. Ao rejeitarem o veto, o projeto em questão será remetido ao presidente da República para promulgação.

Cabe ao Plano Plurianual estabelecer, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada (art. 165, §1º, CF/88).

Conforme relata Sanches (2006), o Plano Plurianual realiza:

Deliberações do Poder Legislativo sobre as macroorientações de política pública – diretrizes, objetivos e metas que deverão orientar a ação da administração pública federal, em um determinado período de tempo, bem como a distribuição regional da alocação de recursos para investimentos, despesas destes decorrentes e programas de duração continuada.

Conforme Sanches (2006), o primeiro Plano Plurianual, pareceu mais um discurso de campanha do que um documento normativo, sendo muitas vezes, genérico e pouco programático. Porém, observa-se, a partir da análise de recentes PPAs, que muitos continuam a se assemelhar a um discurso de campanha.

A Lei de Diretrizes Orçamentárias compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da lei orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento (art. 165, §2º, CF/88).

Sanches (2006) atribui como deficiências presentes na LDO, a inclusão de normas estranhas aos fins da LDO – como aquelas que definem normas sobre preços de produtos adquiridos para revenda – e a caracterização deficiente das prioridades da administração pública federal, tendo em vista que a maior parte destas prioridades foi referenciada de forma genérica.

A LOA compreende o orçamento fiscal, o orçamento da seguridade social e o orçamento de investimento das estatais. A realização de suas atividades, de acordo com Sanches (2006) ocorre em meio a alguns complicadores: a limitada disponibilidade de tempo para sua conclusão, dado que a LDO só tem sido sancionada depois de meados de julho e o orçamento tem de estar no Congresso Nacional no primeiro dia de setembro; e a grande quantidade de informações adicionais exigidas, tendo como data de referência meses recentes, ainda em fase de coleta e processamento.

A composição do orçamento público brasileiro pelos institutos acima narrados, possibilita a realização de maior planejamento, controle e transparência das receitas e despesas públicas, o problema, infelizmente consiste no entendimento da população de modo

geral sobre o que dispõem essas peças, visto que são complexas e necessitam um estudo prévio de finanças públicas. Além disso, tem-se a simplificação das transferências a estados e municípios.

A Constituição Federal de 1988, quanto à tributação, prevê a participação dos recursos do orçamento da seguridade social, da União, Estados, Distrito Federal, Municípios, ainda o decorrente de Fundos e outras fontes que a Constituição determina, tema que será especificado no tópico seguinte.

4.1.1. Tributação no Brasil

Tostes (2007) apresenta como ocorre a distribuição das transferências intergovernamentais, qual seja, em três tipos: constitucionais, legais e conveniadas. As transferências constitucionais são as determinadas pelos artigos 157, 158 e 159 da CF e definem como é a participação dos Estados e municípios na receita tributária da União e a participação dos municípios na receita tributária de seu Estado.

No artigo 157 da Constituição Federal, encontra-se disposto que pertencem aos Estados e ao Distrito Federal, primeiro, o produto de arrecadação do imposto da União sobre a renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte sobre os rendimentos pagos, a qualquer título, pelos entes destacados, por suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem. Também enumera o artigo que pertencem aos Estados e Distrito Federal, vinte por cento do produto da arrecadação do imposto que a União instituir, no exercício da sua competência.

Na sequência, o artigo 158 afirma que pertence aos municípios o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem; assim como cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto da União sobre a propriedade territorial rural, relativamente aos imóveis neles situados, cabendo a totalidade na hipótese da opção a que se refere o art. 153, § 4º, III. O inciso III do artigo regulamenta que pertencem aos municípios cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre a propriedade de veículos automotores licenciados em seus territórios. O inciso IV afirma pertencer também aos municípios vinte e cinco por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação e estabelece ainda a forma como será creditado esse recurso.

O artigo 159 da Constituição Federal enumera os impostos que a União entregará aos demais entes. Vejamos na íntegra:

A União entregará:

I - do produto da arrecadação dos impostos sobre renda e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados, 49% (quarenta e nove por cento), na seguinte forma:

a) vinte e um inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal;

b) vinte e dois inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Municípios;

c) três por cento, para aplicação em programas de financiamento ao setor produtivo das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, através de suas instituições financeiras de caráter regional, de acordo com os planos regionais de desenvolvimento, ficando assegurada ao semiárido do Nordeste a metade dos recursos destinados à Região, na forma que a lei estabelecer;

d) um por cento ao Fundo de Participação dos Municípios, que será entregue no primeiro decêndio do mês de dezembro de cada ano;

e) 1% (um por cento) ao Fundo de Participação dos Municípios, que será entregue no primeiro decêndio do mês de julho de cada ano;

II - do produto da arrecadação do imposto sobre produtos industrializados, dez por cento aos Estados e ao Distrito Federal, proporcionalmente ao valor das respectivas exportações de produtos industrializados.

III - do produto da arrecadação da contribuição de intervenção no domínio econômico prevista no art. 177, § 4º, 29% (vinte e nove por cento) para os Estados e o Distrito Federal, distribuídos na forma da lei, observada a destinação a que se refere o inciso II, c, do referido parágrafo

Vê-se que grande parte da arrecadação da União é destinada aos FPM, assim como há a preocupação com abastecer programas de financiamento ao setor produtivo e realizar o desenvolvimento das regiões menos desenvolvidas do país.

Sobre os demais tipos de transferências, conceitua Tostes (2007) que as transferências legais são aquelas determinadas pela lei e não dizem respeito a repartição de receita tributária. As últimas, conhecidas também como transferências voluntárias, são aquelas realizadas através de convênios e que apesar de não depender de uma lei específica devem fazer parte da lei do orçamento geral da União.

Para a ocorrência do financiamento das ações e programas de responsabilidade do Estado, é imprescindível que o ente federativo possua recursos próprios suficientes. No Brasil, esses recursos são obtidos a partir da instituição de tributos.

A Constituição Federal de 1988 considera a arrecadação tributária das seguintes categorias de tributos estabelecidas no Código Tributário Nacional (CTN) (BRASIL, 1966):

- a) Imposto: denominado o tributo cuja obrigação tem por fato gerador uma situação independente de qualquer atividade estatal específica, relativa ao contribuinte, de acordo com a Constituição Federal de 1988, os impostos terão caráter pessoal e serão graduados segundo a capacidade econômica do contribuinte, facultado à administração

tributária, especialmente para conferir efetividade a esses objetivos, identificar, respeitados os direitos individuais e nos termos da lei, o patrimônio, os rendimentos e as atividades econômicas do contribuinte (art. 145, §1º, CF/88). Outro ponto importante a abordar sobre os impostos refere-se à proibição, com algumas exceções. Da vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa (art. 167, CF/88);

- b) Taxa: As taxas cobradas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios, no âmbito de suas respectivas atribuições, têm como fato gerador o exercício regular do poder de polícia, ou a utilização, efetiva ou potencial, de serviço público específico e divisível, prestado ao contribuinte ou posto à sua disposição.” (BRASIL, 1966);
- c) Contribuição de melhoria: A contribuição de melhoria cobrada pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios, no âmbito de suas respectivas atribuições, é instituída para fazer face ao custo de obras públicas de que decorra valorização imobiliária, tendo como limite total a despesa realizada e como limite individual o acréscimo de valor que da obra resultar para cada imóvel beneficiado.” (BRASIL, 1966).

Atualmente, os tributos vigentes no Brasil têm finalidade social, sendo o poder de tributar irrenunciável e indelegável. A Constituição Federal repartiu as competências tributárias entre os entes federativos. Sobre a carga tributária, Salvador (2006, p. 11) enuncia:

A política tributária deve ser, antes de tudo, um instrumento de distribuição de renda e indutora do desenvolvimento econômico e social do país. Deve ser buscado um modelo tributário que assegure a sustentação do Estado que priorize as políticas sociais

Continua o autor (2006) afirmando que a construção de uma tributação mais justa no país passa pelo resgate e reafirmação de diversos princípios tributários, já existentes na Constituição brasileira e que nos últimos anos não veem sendo observados. Entre eles, destacam-se o princípio da capacidade contributiva e o não-confisco do mínimo existencial. O do não-confisco, pode ser traduzido, na opinião do autor (2006) como ao fato de:

O Estado não pode cobrar imposto sobre uma parcela da renda que as pessoas destinam às necessidades vitais (proteção à família, educação, saúde, moradia e previdência social), pois só existe capacidade contributiva após a dedução dos gastos necessários à aquisição do mínimo indispensável a uma existência digna do contribuinte e de sua família. Essas despesas não devem estar disponíveis para o pagamento de impostos.

Ainda trata o autor (2006), que o pilar do sistema tributário deve ser o imposto de renda, pois:

Por intermédio dele será possível aplicar a máxima “igualdade é tratar desigualmente os desiguais” no ordenamento tributário do país (...) Com isso, as classes de elevado poder aquisitivo passariam a arcar com o maior ônus tributário, permitindo na prática uma redistribuição de renda no país e a desoneração da tributação sobre o consumo (...) O resultado esperado das propostas apresentadas é uma inversão na distribuição da carga tributária que passaria a ser concentrada em tributos diretos, ou seja, sobre a renda e o patrimônio.

Após essa análise das características do orçamento nacional e principais pontos envolvendo a tributação no país, de modo abrangente, de modo a arrecadar recursos para o desenvolvimento dos mais diversos setores, é importante agora estudar sobre o orçamento e a tributação em saúde, com destaque para aquilo que é direcionado aos municípios, tendo em vista o tema do presente trabalho.

4.2 O Orçamento da saúde: um destaque para os municípios enquanto entes do federalismo brasileiro

A administração pública é a responsável pela promoção e efetivação do direito à saúde. O dever do Estado é materializado por meio da instituição de um sistema único e gratuito de atendimento em saúde: o SUS. No entanto, conforme afirma Silva (2011) as políticas públicas dependem de recursos orçamentários que financiem as ações previstas em seu escopo, de forma que se torna importante analisar o processo de financiamento do sistema de saúde público brasileiro, a partir do estudo das atividades assumidas pelo Estado e suas fontes de custeio.

Historicamente, o financiamento público da saúde no Brasil tem sido fortemente dependente de recursos federais. Mas, de acordo com Dados da SIOPS, nos últimos anos, há uma tendência à redução da participação federal nos gastos públicos em saúde. Entre 1980 e 1990, a União era responsável parcela superior a 70% do gasto público em saúde. Em 1995, a participação federal reduz-se a 63,8% e, em seguida, apresenta queda paulatina até alcançar 50,4% em 2003. Em 2004, a participação da União nas despesas públicas em saúde foi inferior a 50% (BRASIL, 2005). Complementarmente, a participação de estados e municípios nos gastos em saúde tem aumentado progressivamente. Em 1980, os gastos municipais em saúde correspondiam a 7,2% do gasto público total em saúde, uma participação que aumentou

para 29,5% em 2008. No caso dos gastos estaduais, houve incremento de 17,8% em 1980 para 25,65% em 2008⁵⁰.

Em período anterior à Constituição de 1988, o financiamento federal da saúde era feito basicamente (correspondia a 80% do gasto federal com saúde) com os recursos da previdência social, contribuições de empregados e empregadores sobre a folha de salário. Com Constituição de 1988, foi criado o Orçamento da Seguridade Social⁵¹ e instituídas contribuições sobre o faturamento das empresas (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - COFINS) e sobre o lucro líquido de empresas (Contribuição sobre o Lucro Líquido - CSLL), que também se incorporaram ao financiamento federal da saúde (FINKELMAN, 2002)

Até 1993, a contribuição de empregados e empregadores sobre a folha de salário ainda era, isoladamente, a principal fonte de financiamento do setor saúde no âmbito federal, correspondendo a 31,6% do total. A partir de 1994, entretanto, essa contribuição passou a se destinar exclusivamente para o pagamento de encargos previdenciários, criando dificuldades ao financiamento da saúde. Nesse ano criou-se o Fundo Social de Emergência, posteriormente rebatizado como Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), que foi a principal fonte de financiamento do gasto federal com saúde em 1994. Houve também a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), em 1996, como uma solução emergencial⁵² para o financiamento da saúde (FINKELMAN, 2002).

A CPMF, foi criada para custear o financiamento da saúde, entretanto, conforme traz Finkelman (2002) a partir de 1999, os recursos obtidos pelo governo a partir da CPMF passam a financiar a previdência social, deixando de constituir fonte exclusiva do setor de saúde e, a partir de 2001, torna-se também fonte de financiamento do Fundo de Combate à Pobreza.

No ano 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, que promoveu a vinculação de recursos para a saúde nos orçamentos das três esferas de governo, assegurando

⁵⁰ Estudo da Consultoria Legislativa da Câmara.

⁵¹ Afirma o autor que os constituintes de 1988 já manifestavam preocupação com o financiamento da saúde, ao dispor no artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) que, até ser aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), trinta por cento, no mínimo, do Orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro desemprego, deveria ser destinado ao setor saúde.

⁵² Esse tributo, afirma Tostes (2007) foi criado para ter a duração de um ano (o que não ocorreu, pois foi previsto nas LDOs seguintes), e para financiar exclusivamente a saúde, o que também não aconteceu.

um patamar mínimo de recursos⁵³ da União, estados e municípios. Estados e municípios foram obrigados a alocar.

Tostes (2007) afirma que a partir de então sobre o seu financiamento, ficou decidido que ele seria feito de duas formas: com recursos do orçamento da seguridade social (receitas contributivas) e outra com os orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Assim, orçamento da seguridade social era responsável pelo financiamento tanto da saúde quanto das áreas da previdência social e da assistência social.

Pretendia-se com essa regulamentação, de acordo com Finkelman (2002) trazer maior segurança sobre o volume de recursos, representar uma espécie de 'seguro' contra a instabilidade excessiva, além de comprometer efetivamente as três esferas de governo no financiamento da saúde, quebrando a cultura da dependência ao financiamento federal.

É importante destacar que ao longo dos anos ocorrem mudanças no importe de prioridades no financiamento federal da saúde. Por exemplo, em 1998, o financiamento das ações básicas de saúde absorvia 9,1% do gasto per capita do Ministério da Saúde, já em 2001, este percentual passou para 14,3%, representando um crescimento de 57%. Com essa modificação, passaram a ser financiados com mais afinco o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerados estratégicos para a mudança do modelo assistencial.

Em 2003, é implantada a resolução nº 322, do Conselho Nacional da Saúde que visou esclarecer o texto constitucional após a promulgação da EC nº 29/2000, viabilizando a sua aplicação até a criação da Lei Complementar, a que faz referência ao §3º do artigo 198. Trouxe dez diretrizes tratando sobre a base de cálculo para definição de recursos mínimos a serem aplicados em saúde, quais os recursos mínimos a serem aplicados em saúde; as ações e serviços públicos de saúde, os instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle e, adicionalmente, a resolução buscou definir as ações consideradas como atividades e serviços públicos em saúde, de forma a impedir que outros tipos de gastos sejam classificados no âmbito da saúde. Nenhum ente federativo pode incluir nas despesas de saúde gastos com merenda escolar e limpeza urbana, por exemplo, como forma de tentar cumprir a EC nº 29. A resolução também estabeleceu que o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde (SIOPS) deve divulgar as informações relativas ao cumprimento da Emenda Constitucional nº.29. Tais dados são referência ao

⁵³ De acordo com o disposto na EC 29/2000, à época de sua criação, pelo menos 7% das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais eram destinados à saúde. Em 2001 até 2004, esse valor foi ampliado, alcançando o patamar mínimo de 12% para os Estados e 15% para os municípios.

acompanhamento, fiscalização e controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde (SILVA, 2011).

Uma medida relevante, em 2005, foi a aprovação, pela Comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados, do projeto de lei complementar que define os gastos públicos em saúde. A regulamentação desta vem auxiliar a emenda constitucional nº 29, de 2000, que estabelece a obrigatoriedade dos gastos em serviços de saúde vinculados à arrecadação de Estados e municípios, que veio a ser publicada apenas em 2012, na forma da Lei Complementar nº 141/2012, que veio a regulamentar o §3º do artigo 198⁵⁴ da Constituição Federal de 1988, fixando os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados-membros, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, além de estabelecer critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde, assim como as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

Sobre a repartição de recursos, o sistema normativo brasileiro delimita os recursos mínimos que devem ser aplicados nos serviços de saúde. Aos Estados-membros e ao Distrito Federal é imposta a aplicação em saúde de recursos mínimos de 12% da arrecadação dos impostos estaduais, e aos Municípios de 15% dos impostos municipais, enquanto a União não tem percentual mínimo de gastos com saúde, contudo seus gastos se sujeitam à variação do PIB no ano anterior, com o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior (BRASIL, LC 141/2012).

É importante também destacar que a própria legislação complementar, em seus artigos 3º e 4º especifica quais os gastos que podem ser contabilizados como despesas com saúde, de acordo com Lobato; et. al (2012) trata-se de uma tentativa para impedir as distorções, com o lançamento de despesas de natureza diversa, como se constituíssem gastos com saúde.

Destaca-se, que ainda há um desequilíbrio federativo que impede a concretização do SUS. Mesmo com as alterações trazidas pelas Emendas, pela Lei Complementar 141, no intuito de garantir percentuais mínimos de aplicação da receita tributária em ações e serviços de saúde, com o conseqüente aumento da participação dos Estados e municípios no financiamento da saúde, ainda não foi suficiente.

⁵⁴ O artigo 198, de modo geral, fixa as diretrizes para a organização da saúde, estabelecendo que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, que constitui o SUS, a ser financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Zagurski (2016) atribui esse desequilíbrio ao não cumprimento do disposto nas regulamentações. Em seu trabalho, apresenta dados do Conselho Nacional de Saúde, revelando que nos anos de 2006 e 2007, em uma auditoria realizada pelo DenaSUS – Departamento Nacional de Auditoria do SUS observou-se que dezesseis Estados em 2006 e dezessete em 2007 não cumpriram a Emenda aplicando percentual abaixo do mínimo previsto e como consequência disso, o montante não aplicado em saúde nos Estados atingiu R\$ 5.986 bilhões e R\$ 6.053 bilhões nos anos de 2006 e 2007, cujos valores atualizados para junho de 2010 são de R\$ 7.558 bilhões e R\$ 7.321 bilhões, respectivamente (CNS – Conselho Nacional de Saúde, 2010).

Zagurski (2016) afirma ainda que os valores são previstos nos orçamentos, porém, são posteriormente cancelados ou são postergados nos chamados restos a pagar, o problema é em que proporção isso ocorre e se isso era utilizado para cumprir a vinculação só no papel. Utilizando dados apresentados pelo Conselho Federal de Medicina (2014), o autor (2016) expõe que de 2001 a 2013, R\$ 47 bilhões deixaram de ser investidos na saúde, visto que foram autorizados R\$ 80,5 bilhões específicos para este fim, no entanto, apenas R\$ 33 bilhões foram efetivamente gastos e outros R\$ 47,5 bilhões deixaram de ser investidos. Ou seja, de cada R\$10 milhões previstos para a melhoria da infraestrutura em saúde, R\$ 6 milhões deixaram de ser aplicados.

Embora os números sejam alarmantes, pode-se considerar que a partir de 2012, quando passou a vigorar a Lei Complementar, apresentando normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo, a União empenhou recursos suficientes para cumprir a regra de aplicação mínima de recursos no Setor Saúde, mas acrescentou rubricas de despesas não consideradas como de saúde ou mesmo deixou de aplicar os recursos empenhados em função da saúde (Relatório TCU – 2012).

Oportuno lembrar a falta da organização burocrática estudada por Weber (1972), tida como um tipo ideal, no contexto do domínio das racionalidades, e apresenta as seguintes características na sua constituição: delimitação dos cargos e empregos, hierarquia para a tomada de decisões, impessoalidade nas relações e seleção de pessoal com base em qualificação.

Logo, as características da burocracia, na forma como foi proposta por Weber (1972) são: racionalidade, normatização, hierarquia, especialização e impessoalidade - podem ser consideradas como categorias essenciais das organizações complexas na busca de eficiência administrativa. De uma perspectiva funcionalista, diríamos que são categorias funcionais da burocracia.

Atualmente, dispõe a Constituição Federal de 1988, que além dos impostos próprios, como o Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação (ICMS), Imposto sobre Transmissão “Causa Mortis” e Doação de Bens e Direitos (ITCMD), Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e 5% adicionais ao Imposto de Renda (IR), os estados beneficiaram-se do aumento de transferências do Fundo de Participação de Estados (FPE) que abarca 21,5% de ambos os impostos do IR e do IPI.

Já os municípios têm seu financiamento na saúde garantido por percentual dos seus impostos próprios. Nesse sentido, dispõe, o artigo 7º da LC nº 141/2012 que:

Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos próprios, quais sejam, o IPTU, ITBI e ISS e dos recursos de que tratam o art. 158, quais sejam, o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem, cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto da União sobre a propriedade territorial rural, relativamente aos imóveis neles situados, cabendo a totalidade na hipótese da opção a que se refere o art. 153, § 4º, cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre a propriedade de veículos automotores licenciados em seus territórios, vinte e cinco por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação. O artigo 159, alínea b, do caput, se refere ainda que a União entregará 22,5% do produto da arrecadação dos impostos sobre renda e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados ao Fundo do Município, 49% (quarenta e nove por cento), na seguinte forma. Além disso, também compõe o financiamento dos municípios, vinte e cinco por cento dos recursos que os Estados receberem da arrecadação da contribuição de intervenção no domínio econômico.

Embora os recursos destinados aos municípios não representem um grande montante, os Municípios acabam sendo os mais sacrificados em seus orçamentos, pois despendem, em média, mais de 24% da sua receita orçamentária com saúde.

Todas essas legislações que tratam sobre o financiamento do SUS buscam assegurar que o sistema de saúde público brasileiro obtenha os recursos mínimos necessários à operacionalização das ações em saúde no âmbito do SUS. No entanto, dificilmente resolverá os problemas do financiamento do sistema de saúde público brasileiro, visto que cabe ao

gestor público decidir como os recursos devem ser aplicados, de forma a garantir a plena operacionalização e fortalecimento do SUS para atendimento da população brasileira e consolidação do direito à saúde (SILVA, 2011).

De acordo com Marques (2013, p. 116), desde a criação do SUS houve melhora na condição de saúde da população brasileira. Contudo, dois problemas persistem, impedindo a continuidade de seu avanço: a dificuldade de acesso e o problema do financiamento.

Tratando especificadamente do problema do financiamento, objeto do estudo desse trabalho, Marques (2013) afirma que os problemas decorrem do nível do gasto, que no Brasil é inferior, na proporção do PIB, quando comparado a países com uma saúde pública universal. O autor (2013) considera que um dos motivos da insuficiência de recursos está na participação da esfera federal em seu financiamento. Como alternativa de solução do problema, foi publicada a Lei Complementar nº 141/2012, que regulamenta a EC 29/2000, indicando a participação das três esferas de governo no SUS.

De modo a exemplificar esse cenário, no último tópico deste capítulo pretende-se analisar o financiamento público da saúde no município de São Luís, nos anos de 2012 a 2016.

4.3 Limites e possibilidades do orçamento da saúde no município de São Luís

Pretende-se neste capítulo analisar como ocorre o financiamento da saúde no município de São Luís, especificamente, nos anos 2012 a 2016.

Para tanto, procede-se com uma pequena discussão sobre a cidade e suas principais características demográficas, socioeconômicas e, por ser ainda mais relevante para o trabalho, de acesso a ações e serviços de saúde.

Na sequência, foca-se no estudo, propriamente dito do orçamento da saúde. Seguindo os ensinamentos de Castanhar (2003) e Minayo; et. al. (2005), para a construção desse item, pensou-se em abordar três grandes e principais fases existentes quando se analisa políticas públicas, quais sejam: fase de planejamento, de execução e, por fim de avaliação.

A discussão sobre a fase de planejamento se faz presente nesse tópico do trabalho quando se analisa o que os gestores municipais e o Legislativo pensaram em ações e serviços de saúde. Para obter esses dados, analisa-se o último PPA, as Leis de Diretrizes Orçamentárias do período estudado, assim como as Leis Orçamentárias Anuais.

Para o estudo da execução do que foi planejado para as ações e serviços de saúde no período analisado, busca-se dados nos Portais da Transparência, assim como, dos Portais

SIOPS do Ministério da Saúde sobre as receitas previstas e despesas fixadas e ainda, mais importante, das despesas efetivamente realizadas.

Por fim, com o fim de chegar-se à etapa da avaliação, busca-se obter no site do TCE/MA os Relatórios de Instrução Técnica elaborados pelos Conselheiros, no que se refere à prestação de Contas realizadas pelos gestores municipais, de modo a concluir pela aplicação adequada ou não dos recursos públicos constitucionais da saúde.

4.3.1. Análise do município de São Luís: aspectos demográficos, socioeconômicos, de acesso às ações e serviços de saúde

A cidade de São Luís, situada no Maranhão, no extremo Oeste da Região Nordeste, é uma unidade federativa brasileira. Possui mais de um milhão de habitantes, de acordo com o Censo do IBGE de 2010, de modo que a maioria da população ludovicense é formada por mulheres na idade de 20 a 24 anos (dados IBGE - 2015).

Quando se analisa o salário médio mensal dos trabalhadores formais de São Luís, chega-se ao resultado de 3 salários mínimos (IBGE, 2015). Por outro lado, a população com o rendimento nominal mensal per capita de até meio salário mínimo ainda é grande, representando 38,8% da população ludovicense (IBGE, 2010).

No quesito saúde, o município de São Luís possui taxa de mortalidade infantil no patamar de 17,12 óbitos por mil nascidos vivos, taxa considerada baixa,, de acordo com dados apresentados pelo Datasus (2000).

Além disso, o acesso aos serviços de saúde ainda é precário e de difícil obtenção em tempo hábil, característica essa indispensável quando se fala em proteção à vida, garantia do direito à saúde. Em relação ao tema, insta citar um dos resultados obtidos em uma pesquisa avaliativa quantitativa realizada por Lira (2014, p. 51), em Unidades de Saúde Básica do Município de São Luís, com mais de 800 usuários, 80 profissionais da saúde e 32 gestores. Com essa pesquisa, foi possível identificar alguns fatores que dificultam o acesso aos serviços de saúde, tais como: a espera prolongada pelo atendimento, a dificuldade em conseguir consulta, o funcionamento da UBS, a organização do serviço que não está de acordo com as necessidades da comunidade, o fato de o usuário não ser percebido como ser humano completo, o da não participação nos casos de transferência para outros serviços, o baixo interesse sobre a opinião do usuário sobre seu tratamento e baixo interesse sobre condições de vida do usuário e família.

Afirmam Levesque; et. al. (2013) que o acesso compreende dimensões de oferta (leva-se em conta aspectos como proximidade, aceitabilidade, instalações, disponibilidade e adequabilidade) e dimensões de procura (em que se observa a capacidade do indivíduo que busca os serviços de saúde de perceber, procurar, alcançar e se envolver com os serviços de saúde). O acesso aos serviços de saúde, portanto, de acordo com Levesque; et.al (2013) pode ser definido como a capacidade do indivíduo em perceber as necessidades em saúde, procurar os serviços e obter os cuidados apropriados para a resolução de sua necessidade.

Muitas vezes, no serviço público, não há como a pessoa que busca os serviços de saúde obter o atendimento adequado. Uma das premissas levantadas nessa pesquisa para explicar o porquê da existência dessa deficiência é justamente a forma de organização do sistema federativo brasileiro, em que o município depende da ocorrência do repasse de recursos da União, para que possa proceder com a execução dos seus serviços. Em São Luís, no que se refere aos recursos do município, dados do IBGE (2015) apontam que 59,3% das receitas obtidas são oriundas de transferências externas.

Tendo em vista o resultado apontado pelo IBGE, insta analisar, os recursos da saúde do município de São Luís nos anos de 2012 a 2016, quais são suas fontes de receitas, de modo a observar se há relação entre a configuração do federalismo brasileiro e as constantes dificuldades do sistema de saúde quanto à aplicação dos recursos, visto que possivelmente há dependência do repasse de recursos de outros entes federativos, especialmente da União.

Visando cumprir o objetivo da pesquisa, buscou-se verificar o que o Município de São Luís, no lapso temporal estudado, planejou executar no que se refere às ações e serviços de saúde. Utiliza-se, portanto, os Planos Plurianuais e as Leis Orçamentárias.

4.3.2. O planejamento da saúde do município de São Luís: os Planos Plurianuais 2010-2013 e 2014-2017, as Leis de Diretrizes Orçamentárias de 2012-2016 e as Leis Orçamentárias Anuais dos anos de 2012-2016

Os planos plurianuais, tem sua instituição prevista constitucionalmente. Cada ente federativo cria o seu plano Plurianual que abrange o lapso de tempo que vai do segundo ano de um mandato do chefe do executivo, ao primeiro ano do mandato subsequente. Nele são estabelecidas as diretrizes, metas de investimentos e objetivos da administração pública federal, estadual ou mesmo municipal para o período de quatro anos, estruturadas na forma de programas (BRASIL, 1988). Culau (2004) salienta que a proposta do PPA pretende orientar um plano de desenvolvimento abrangente, capaz de produzir mudanças sobre a realidade

nacional, organizando, sob a forma de programas, os problemas e potencialidades atribuídos ao Estado. Garcia (2000) denomina o PPA como a contraface, em termos de programação de despesas, das prioridades do programa de governo, para determinado período de tempo.

A legislação do SUS prevê um processo de planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal e institui como instrumentos de gestão: o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG), que devem ser compatíveis com o PPA, a LDO e a LOA (BRASIL, 2011).

É importante destacar que a elaboração do PPA no que se refere à saúde deve estar em consonância com o Plano de Saúde, o qual é conhecido como o principal instrumento de gestão, sendo a base para a definição e implementação de todas as iniciativas em âmbito da saúde. De forma a complementar o processo de gestão, existe o Relatório Anual de Gestão que possibilita a avaliação contínua dos resultados alcançados pela implementação do já citado Plano de Saúde, indicando ajustes para serem incorporados na elaboração da Programação Anual subsequente (BRASIL, 2009a). Nas palavras de Kleba; et. al. (2015, p. 1072): “deve o RAG estabelecer a correlação entre metas, resultados obtidos e recursos utilizados”.

Trabalhou-se com dois planos plurianuais, quais sejam: o de 2010-2013, instituído pela Lei nº 5.209/2009 e o de 2014-2017, instituído pela Lei nº 5.816/2013.

No Portal da Transparência do Município de São Luís, encontra-se disponibilizado tão somente o plano plurianual vigente, motivo pelo qual os comentários tecidos serão referentes ao planejamento de ações e serviços para a saúde nesse lapso temporal.

Quando da elaboração do Plano Plurianual, o município de São Luís possuía índices de mortalidade infantil, número de médicos e cobertura das equipes básicas de saúde (conhecidas como UBS) entre os piores do Brasil, o que se deve à falta de saneamento básico, aos desvios dos recursos públicos voltados para a saúde⁵⁵, entre outros problemas estruturais.

Desse modo, as principais iniciativas vinculadas à área de resultado da saúde, dispostas no PPA são: atenção à saúde de alta e média complexidade e à saúde primária, urgência e emergência, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, investimentos na rede de atenção, inclusive para populações em situação especial, além de regulação do acesso aos serviços de saúde e gestão do trabalho e da educação em saúde (SÃO LUÍS, 2013, p. 44).

⁵⁵ Tal afirmativa deve-se ao conhecimento acerca das investigações da Polícia Federal, existentes desde 2010, que resultou, em 2016, na deflagração da Operação Sermão aos Peixes, a qual apura desvio de recursos públicos do Fundo Nacional de Saúde (Funasa), que deveriam ser destinados aos cofres públicos.

Sobre o planejamento com fulcro em ações voltadas às melhores condições da saúde, traz Paim (2006, p. 769):

Ao contemplar necessidades humanas, o planejamento procura identificar problemas e oportunidades para orientar a ação. No caso do setor saúde, os problemas se referem ao estado de saúde (doenças, acidentes, carências, agravos, vulnerabilidades e riscos), também conhecidos como problemas terminais, e aos serviços de saúde (infraestrutura, organização, gestão, financiamento, prestação de serviços, etc.), denominados de problemas intermediários. Nessa perspectiva, o planejamento estaria orientado, fundamentalmente, pelos problemas, sejam dos indivíduos e das populações, sejam do sistema de serviços de saúde, ou ambos.

Desse modo, para obter resultados na saúde, foram selecionados os seguintes indicadores e estabelecidas as seguintes metas para 2017, apresentando o cenário existente em 2013:

ÁREA DE RESULTADO	INDICADORES SELECIONADOS	SITUAÇÃO EM 2013	META EM 2017
SAÚDE	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica	30%	60%
	Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)	15,64	15
	Unidades Básicas de Saúde reformadas, ampliadas e construídas	1	9
	Leitos para internação ofertados	2.302	2.539

Fonte: Plano Plurianual 2014-2017. Elaboração própria.

Com esses dados numéricos, planejou-se utilizar em saúde, nos anos estudados, os seguintes valores: em 2014, R\$ 373.850.543,00; em 2015, R\$ 390.673.817,40 e em 2016, R\$ 408.254.140,92; valores a serem aplicados, principalmente, na atenção primária à saúde, à média e alta complexidade, à assistência farmacêutica, à vigilância em saúde, às redes de atenção integral prioritárias e cuidados às populações em situação especial, à regulação do acesso aos serviços de saúde, aos investimentos na rede de atenção à saúde e à gestão do trabalho e educação em saúde⁵⁶ (PREFEITURA DE SÃO LUÍS, PPA 2014-2017, São Luís, p. 88-90).

⁵⁶ Depreende-se que os valores apresentados no plano plurianual, são irrealis, de modo que, a partir dos dados apresentados, poder-se-ia caracterizar o SUS como um sistema subfinanciado. Exemplificando: se em 2014, o

Vê-se que há a discriminação de alguns indicadores, considerados pela gestão como os mais importantes, que devem servir como guia para a divisão dos recursos e estabelecimento de prioridades, porém organizar um verdadeiro processo de planejamento governamental é um desafio, o que, segundo Garcia (2000) passará pela criação das bases constitucionais e legais, assim como, principalmente, por intenso esforço cognitivo e conceitual, cultural e normativo, organizativo e gerencial para desenhá-lo e levá-lo à prática.

No que se refere à lei de diretrizes orçamentárias, dispõe a Lei Orgânica do Município de São Luís, em conformidade com o que dispõe a Constituição Federal (1988), que a lei de diretrizes orçamentárias compreenderá as metas e prioridades de administração pública municipal, incluindo as despesas para o exercício subsequente; orientará a elaboração da lei orçamentária anual; disporá sobre as alterações na legislação tributária nacional; estabelecerá a política de aplicação em fomento e os ajustamentos do Plano Plurianual decorrentes de reavaliação da realidade econômica e social do Município; e disporá sobre: equilíbrio entre receitas e despesas; normas relativas ao controle de custos e à avaliação dos resultados dos programas financiados com recursos dos orçamentos; condições para a transferência de recursos a entidades públicas e privadas (SÃO LUÍS, 2012, art. 118, §2º).

Analisou-se as LDO's desde 2012 até 2016 no quesito saúde. Primeiramente, no momento em que buscou-se realizar a análise da LDO de 2012, surge a primeira dificuldade, qual seja: a dificuldade de leitura devido à digitalização realizada, que deixou o documento praticamente ilegível. Mesmo assim, foi possível identificar que na LDO havia na tabela de metas, a previsão de ações a serem executadas, como: implementação e desenvolvimento do sistema de telesaúde; implementação dos complexos reguladores e cartão SUS; controle, melhoramento e avaliação dos recursos aplicados na compra de serviços pelo SUS; implementação e desenvolvimento do serviço de internação domiciliar; organização e melhoria da rede de saúde própria; assistência farmacêutica (farmácia popular, farmácia hospitalar); expansão e aperfeiçoamento da atenção primária à saúde (p. 21), atendimento de urgência e emergência, assistência ambulatorial e hospitalar (p. 36). É importante destacar que a LDO de 2012 disponibilizada no Portal da Prefeitura de São Luís, além de ilegível, mal digitalizada, ainda não está completa, visto que, foram identificadas apenas esses pontos referentes às metas envolvendo saúde e há no transcurso da digitalização a existência de 12 folhas em branco (página 22 a 34).

valor destinado à saúde fosse conforme o previsto, pode-se perceber que por mês, foi destinado a cada pessoa o valor médio de R\$ 31,00.

De forma ainda mais crítica encontra-se a LDO 2013, teoricamente disponibilizada no Portal da Transparência da Prefeitura de São Luís, mas ao abrir o documento, de 84 páginas, vê-se que foi disponibilizado tão somente um trecho da Lei nº 5.679/2012 (necessariamente 3 páginas), de modo que, com a presença de 81 páginas do documento em branco, não foi possível visualizar quais tinham sido as metas para a saúde para o ano de 2013.

Quanto às Leis de Diretrizes Orçamentárias dos anos de 2014 e 2015, há apenas, no Portal da Transparência, do link para clicar, porém o link não funciona.

Dessa forma, buscou-se obter essas informações junto ao TCE, visto a necessidade da prestação das contas do município.

No Portal do Tribunal de Contas, a partir do número dos Processos de Prestação ou Tomadas de Contas disponíveis no Portal da Transparência da Prefeitura de São Luís, não estavam anexadas as LDO's ou LOA's, tão somente o demonstrativo de execução da receita orçamentária, tema este tratado posteriormente.

Em seguida, passa-se à análise atenta da LDO de 2016, no que se refere à saúde. Optou-se por realizar a análise atenta tão somente da LDO de 2016, primeiro: pela acessibilidade dos dados mais recentes nos portais, principais fontes de pesquisa, dispostas na metodologia desse trabalho e, segundo: para traçar um panorama da situação da saúde atual.

No demonstrativo de programas e ações por órgão e unidade disposto na LDO 2016, visualiza-se a previsão de dispêndio de recursos para Hospital Municipal Djalma Marques Rodrigues, com o objetivo de reorganizar o serviço de urgência e emergência visando atender a população de São Luís e a população referenciada. Há também dispêndio de recursos para serem utilizadas na transparência e participação, de modo a permitir que a população possa ter acesso aos resultados obtidos pelos investimentos dos recursos públicos. Há ainda previsão de dispêndio de recursos em amplitude menor, a serem utilizados pelo desenvolvimento e manutenção de conselhos e fóruns de participação.

Mais de 138 milhões de reais dispendidos à saúde de média e alta complexidade, a serem implantados em ações e manutenção ambulatorial e hospitalar, laboratório central municipal, desenvolvimento de ações em saúde bucal. Paradoxalmente, fixou-se que menos de 50 milhões que seriam destinados à atenção básica, para ação e manutenção da atenção básica, utilizado no programa saúde na escola, em ações de manutenção de saúde bucal e para o programa melhor em casa, que visa o atendimento domiciliar.

Há o custo estimado a ser utilizado em prol da assistência farmacêutica, com a compra de medicamentos e material técnico da farmácia básica, manutenção da farmácia

popular e para medicamentos e material técnico da farmácia hospitalar (17, 5 milhões de reais).

Valores semelhantes (21,8 milhões) são fixados para serem destinados à vigilância em saúde, utilizado em ações de vigilância e controle de doenças e agravos transmissíveis, prevenção e controle de HIV/DST e Hepatites Virais, atenção à saúde do trabalhador, controle de zoonoses, ações e manutenção da vigilância ambiental e sanitária.

Embora um dos indicadores do Plano Plurianual refira-se à diminuição da mortalidade infantil, quando se analisa a fixação de receitas destinadas à rede de atenção integral prioritária e cuidados às populações em situação especial, o que engloba a rede de atenção à saúde materna e infantil, rede de atenção psicossocial, rede de atenção à pessoa com deficiência, rede de atenção às doenças crônicas degenerativas e atenção à saúde das populações em risco de vulnerabilidade social, o total previsto gira em torno de 3,6 milhões. Logo, depreende-se que o descaso porque passam essas minorias, deve-se também à baixa vinculação de receitas logo no momento de criação da Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Curioso também analisar na LDO 2016 as receitas previstas para a regulação do acesso aos serviços de saúde, que se refere à execução de ações na rede conveniada e contratada, o que se estimava gastar quase 125 milhões de reais, valor que representa 2,5 vezes o que se prevê gastar com a atenção primária, por exemplo, menos do que foi destinado ao Hospital Djalma Marques, por exemplo (98 milhões) e quase o valor que foi fixado para a utilização na saúde de média e alta complexidade (138 milhões).

É importante destacar que o dispendido para investimento na rede de atenção à saúde, em ações de construção, ampliação e reforma de estabelecimentos de saúde, é estimado em 17 milhões, o que se depreende que não havia pretensão de construção de novos estabelecimentos, somente reformas ou, talvez, ampliações realizadas, tendo em vista a limitação orçamentária fixada.

A terceira importante lei do planejamento das contas dos entes federativos é a LOA. Esta lei deve ser o instrumento que viabiliza a execução do plano de trabalho do exercício a que se refere. A LOA tem como principais objetivos estimar a receita e fixar a programação das despesas para o exercício financeiro.

Passa-se, na sequência, à análise das Leis Orçamentárias Anuais dos períodos que se pretende analisar.

Em 2012, foi dispendido 24,4182% do orçamento municipal com despesas de saúde⁵⁷, a serem incorporadas nas contas do Hospital Djalma Marques, Fundo Municipal de Saúde e Laboratório Central de São Luís/LACEN. Frisa-se que, no período analisado, a previsão de receita do Município equivalia a R\$ 1.639.647.522,00, referente a transferências intergovernamentais, destas, R\$ 834.217.022,00 provenientes da União. Há ainda, para incorporar a receita da saúde, o montante de R\$ 279.394.285,00 originados do SUS.

Já a LOA de 2013, possui o link para clicar, mas não há funcionamento, motivo pelo qual buscou-se obter os dados presentes nessa Lei de outro modo, qual seja, a partir da visualização da juntada de documentos para análise de Contas do TCE.

Quando foi feita a Prestação de Contas da Saúde, houve, nos documentos de atuação, a apresentação dos dados presentes na LOA. As transferências da União para o Fundo Municipal de Saúde previstas equivaleram a R\$ 294.632.941,51. Há ainda, o montante de R\$ 291.685.770,56 originado do SUS a ser incorporado à saúde municipal.

Há de modo separado, as contas do Hospital Djalma Marques. Da sua análise, e comparando os recursos destinados a este com os recursos destinados à atenção básica, medicina preventiva, percebe-se que o modelo brasileiro, especificamente, o modelo ludovicense ainda é bastante hospitalocêntrico, em que há maior dispêndio de recursos em ações de medicina curativa.

Na LOA de 2014 já não existe mais as contas do Laboratório Central de São Luís/LACEN, tão somente do Hospital Municipal Djalma Marques e do Fundo Municipal de Saúde, que compõem a Secretaria de Municipal de Saúde. Fixou-se como despesas de saúde o equivalente ao percentual de 25,8767%, em reais: R\$ 699.691.861,00. Frisa-se que, no período analisado, a previsão de receita do Município equivalia a R\$ 1.641.059.216,00, referente a transferências intergovernamentais, destas, R\$ 809.943.982,00 provenientes da União. Há ainda, para incorporar a receita da saúde, o montante de R\$ 317.282.055,00 originados do SUS. Vê-se que houve diminuição de transferência da União, embora o valor das transferências intergovernamentais tenha apresentado um pequeno aumento em comparação com o ano anterior. Analisa-se ainda que houve aumento do dispendido pelo SUS.

Na LOA 2015, não há muita diferença do que foi visto nas contas da saúde até então. Há discriminação de três contas separadas: valores de receitas estimadas para a Secretaria Estadual de Saúde, no valor de R\$ 691.489.089,00 para o Fundo Municipal de

⁵⁷ Em vigor a Lei nº 141/2012.

Saúde, no valor de R\$ 597.720.207,00 e para o Hospital Djalma Marques, no valor de R\$ 93.769.689,00. Dessa forma, as despesas fixadas na LOA para a saúde correspondem a R\$ 747.688.101,00, o que corresponde a 25,59% do orçamento municipal.

Na sequência, procede-se com a análise dos dados da LOA 2016. As despesas em saúde fixadas na LOA 2016 atingem o patamar de R\$ 787.937.500,53. O destinado ao Hospital Djalma Marques teve uma pequena redução, representou o valor de R\$ 91.982.553,00. Para o Fundo Municipal de Saúde, foi previsto o valor de R\$ 644.454.708,74. Para o alcance das despesas fixadas, não previstas nas receitas, houve a abertura da conta “operações especiais”, na qual há a destinação de R\$ 31.593.146,42. Nas atividades, houve o acréscimo de R\$ 19.907.092,37. Dessa forma, o previsto para ser destinado à saúde, em porcentagem foi 26,82% dos recursos totais angariados pelo município.

A LDO e os orçamentos anuais têm de ser compatíveis com o que dispõe o PPA⁵⁸, bem como todos os planos e programas nacionais, regionais e setoriais previstos na Constituição ou quaisquer outros instituídos durante um período de governo. Nenhum investimento cuja execução ultrapassar um exercício financeiro poderá ser iniciado sem prévia inclusão no PPA ou sem lei que autorize tal inclusão, sob pena de crime de responsabilidade. As emendas parlamentares à LDO e ao orçamento somente serão apreciadas pela comissão mista pertinente do Congresso Nacional se compatíveis com a lei que institui cada PPA. Ou seja, este plano é concebido com evidente caráter coordenador das despesas governamentais e o poder de subordinar a seus propósitos todas as iniciativas que não tenham sido inicialmente previstas (GARCIA, 2000, p. 432).

Quando se fala em planejamento orçamentário da saúde, depreende-se que cabe aos entes federados, individualmente, de acordo com as suas necessidades, realizar a sua organização financeira. Esse ato de planejamento deve ocorrer visando respeitar os direitos previstos na CF, o que, como consequência, inclui o dever de elaborar um programa orçamentário que tenha como visão os direitos sociais e programas de políticas públicas já previstos, assim como os que se pretendem executar.

Dispõe Paim (2006) que “planejamento é compromisso com a ação. Planejar é pensar, antecipadamente, a ação. É uma alternativa à improvisação”.

Em seguida, através da coleta de dados nos portais da transparência da Controladoria Geral da União - CGU, da Prefeitura de São Luís, fornecidas pela Secretaria

⁵⁸ Vê-se que muito embora o PPA apresente valores vistos como irrealistas, ao passar à análise das LOA's depreende-se que as despesas fixadas aumentam em quase 50%, o que mesmo assim, não garante a eficiência do SUS, que ainda assim pode ser considerado como subfinanciado e seus municípios como dependentes dos constantes repasses para executar as ações e serviços de saúde.

Municipal da Fazenda e dados existentes no Portal da Saúde, obtidas através do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, observa-se o que efetivamente foi obtido como receita a ser executada em ações e serviços de saúde, sejam receitas próprias, sejam as transferências constitucionais previstas.

4.3.3. O orçamento da saúde no município de São Luís – análise das receitas destinadas à saúde nos anos de 2012 a 2016

As discriminações das receitas destinadas à saúde podem ser obtidas nos portais de transparência, mas de forma ainda mais organizada, nos Portais do SIOPS.

Teixeira; et. al. (2003) entendem que a implantação de sistemas como o Siops - o qual entrou em funcionamento em 2009 - ou seu compartilhamento com as demais áreas do governo federal, constituem passo obrigatório para a avaliação e diagnósticos das políticas sociais implementadas pelo setor público.

Os dados obtidos através do SIOPS não deixam dúvidas quanto à importância do SUS como fonte regular de ingresso orçamentário para os municípios brasileiros. Em 2012, por exemplo, mais de 60% das receitas realizadas em saúde, tiveram seus recursos provenientes de transferências realizadas pela União, pelo Estado e também, transferências obrigatórias do SUS.

Na tabela seguinte, foram apresentados alguns indicadores que tratam sobre a evidente dependência de repasse de recursos da União, Estados e também do SUS, para que os municípios possam executar o planejado para os programas envolvendo saúde ou mesmo quaisquer gastos. Vejamos:

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016
Participação da receita de impostos na receita total do Município	26,35%	25,5%	24,88%	25,28%	22,15%
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	60,43%	60,82%	60,85%	56,34%	61,75%
Participação % das Transferências para a Saúde	21,11%	23,15%	21,49%	20,56%	17,91%

(SUS) no total de recursos transferidos para o Município					
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	67,19%	66,23%	65,80%	62,90%	59,21%
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012	21,09%	26,41%	26,45%	24,59%	26,45%

Fonte: SIOPS/DATASUS/ Indicadores. Elaboração própria, 2017.

Da análise desses dados, contata-se que com a Lei Complementar nº 141/2012, que dispõe que cabe aos municípios aplicar em ações e serviços públicos de saúde pelo menos 15% do que arrecada com os seus impostos, com as transferências de parcelas de impostos de competência da União e dos Estados, conforme o que trata o artigo 7º da Lei Complementar e suas remissões de divisão de valores presentes na Constituição Federal, nos artigos 156, 158 e 159, já anteriormente discutidos.

A próxima tabela apresentada, de construção própria, através de um apanhado de dados do portal SIOPS, trata sobre as receitas efetivamente realizadas nos anos de 2012 a 2016. Destaca-se que, a partir de 2013, após a LC 141/2012, acrescentou-se às transferências da União para os municípios, o disponibilizado nas contas do Fundo de Participação dos Municípios – FPM. Outro ponto que merece destacar, comprovado pelo quadro de indicadores apresentados anteriormente e cerne do presente trabalho se refere ao fato de que, de fato, o município de São Luís depende do repasse dos recursos dos demais entes federativos e do SUS para executar as ações e serviços de saúde. Depreende-se também que, na contramão do pensamento do que representa autonomia dos entes, proposta trazida pelo federalismo, na forma de estado brasileira, no Brasil, cada vez mais, tem-se a aprovação de legislações que determinam a vinculação de recursos. Vejamos:

Tabela – Receitas Realizadas município de São Luís/MA 2012-2016

Receitas realizadas	2012	2013	2014	2015	2016
Arrecadação	513.302.885	532.707.586	552.837.726	620.750.428	631.769.767

tributária própria					
Transferências const. e legais da União	358.985.364	4.219.383	3.911.963	2.453.942	4.388.507
Transferências const. e legais dos Estados	436.442.105	465.972.309	485.019.894	473.158.170	532.441.100
Outras receitas orçamentárias	543.163.027	-	-	-	
Outras receitas – SUS	252.614.852	297.979.591	299.498.801	294.238.891	322.146.034
Cota Parte FPM (após LC 141/2012)	-	380.946.306	421.384.518	445.449.402	520.133.343

Fonte: SIOPS/DATASUS. Despesa com saúde em 2012.

A título de exemplificação, visto que não consiste no objeto do trabalho, ao buscar dados de saúde no portal SIOPS (2012-2016), em que constam as previsões e realizações de receitas, destaca-se que estão discriminadas também o grande quantitativo de despesas realizadas inscritas nos restos a pagar, que tem como uma das causas, a fixação de despesas maior do que é possível realizar, tendo em vista o que efetivamente foi possível obter em receitas, sejam próprias, sejam de transferências.

Como já abordado, o Sistema utilizado para a coleta dos dados tem função de publicizar para a população e realizar o controle dos gastos.

Na sequência, buscando cumprir a terceira etapa da avaliação das políticas públicas, analisa-se as contas apresentadas ao Tribunal de Contas do Estado do Maranhão, especificamente a Tomada de Contas do Gestor do Fundo Municipal de Saúde de São Luís, nos anos de 2012 a 2014.

4.3.4 A importância do Tribunal de Contas do Estado: breve análise dos relatórios de instrução técnica apresentados pelo município, no que se refere à prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde – FMS e do Hospital Djalma Marques nos anos de 2012 a 2016.

O Tribunal de Contas é o órgão responsável pela fiscalização dos gastos públicos. Trata-se de um tribunal administrativo vinculado ao Poder Legislativo local, que muito embora seja um órgão autônomo, tem por atribuição principal auxiliar tecnicamente a Câmara Legislativa no exercício do Controle Externo das contas públicas, zelando pela boa e regular aplicação dos recursos públicos do ente federativo que regula. Sobre o conceito do Tribunal de Contas, afirma Fernandes (1999, p. 167):

O Tribunal de Contas, no Brasil, é uma instituição com raiz constitucional, deliberando de forma colegiada, incumbida de julgar a boa e regular aplicação dos recursos públicos e auxiliar o Poder Legislativo na realização do controle externo da Administração Pública e no julgamento das contas anuais dos chefes do Poder Executivo.

Tem como funções, estabelecidas constitucionalmente, nos art. 71, II, c/c art. 7º: apreciar as contas do Governador e dos Prefeitos; julgar as contas dos responsáveis pela administração de dinheiros, bens e valores do Maranhão e seus municípios; apreciar a legalidade dos atos de admissão e aposentadoria de pessoal; realizar inspeções e auditorias nas unidades dos Poderes Executivo e Legislativo local; aplicar sanções aos responsáveis por ilegalidade de despesas ou irregularidade de contas.

Anualmente, os administrados e demais responsáveis por dinheiros, bens e valores públicos prestam contas de sua gestão à sociedade. Essas contas, chamadas de contas anuais, ordinárias devem ser encaminhadas - de forma voluntária, anual e regular - ao Tribunal de Contas.

Analisa-se as prestações de contas do município, pois acredita-se, em conformidade com Teixeira; et. al. (2003) que tão importante como o planejamento, é a mensuração e a avaliação das ações empreendidas e dos resultados alcançados. Os dados desses resultados, podem ser visualizados a partir da análise das Contas feita pelos auditores e Conselheiros do Tribunal.

Entende-se que a Prestação de Contas é dever daquele que gere a coisa pública, como por exemplo, do chefe do Executivo municipal. Todo aquele que possui um cargo de gestão, têm o dever constitucional de prestar contas de modo a comprovar a probidade da Administração e a regularidade da guarda e do emprego do dinheiro público, além de buscar também a demonstração da fiel execução do orçamento. Sobre o tema, afirma Jacoby Fernandes (2009) que: “Os administradores públicos prestam contas anualmente dos dinheiros, bens e valores públicos que utilizem, guardem ou gerenciem”.

As Contas apresentadas ao Tribunal, podem passar por verificação denominada de Tomadas de Contas Especial. Essa verificação ocorre quando há suspeita de irregularidade que possa vir a ocasionar prejuízo ao erário, sendo este um importante instrumento para a Administração Pública, visto que permite ressarcir débitos com maior celeridade, pois a decisão do Tribunal de Contas resulta em título executivo (FERNANDES, 2009). Desse modo, conceitua o autor (2009, p. 29): “Tomada de Contas Especial é, na fase interna, um procedimento de caráter excepcional que visa determinar a regularidade na guarda e aplicação de recursos públicos e, diante da irregularidade, na fase externa, um processo para julgamento de condutas dos agentes públicos”. É denominado um instrumento de controle realizado a posteriori que se destina à verificação da regularidade na guarda e aplicação dos recursos públicos repassados via transferências voluntárias⁵⁹.

Em outras palavras, pretende-se com a TCE apurar responsabilidade de quem possa vir a causar dano à Administração Pública, assim como obter o ressarcimento de acordo com o dano ou prejuízo.

Nesse terceiro momento, pretende-se analisar os Relatórios do Tribunal de Contas apresentados após a apresentação das contas de governo pelo gestor. As Contas prestadas poder ter três tipos de pareceres: aprovadas, aprovadas com ressalvas e reprovadas, disposto no chamado Relatório de Instrução Técnica.

Os relatórios de instrução técnica – RIT são formulados após análise das contas apresentadas pelos gestores. No caso da saúde, são apresentadas duas prestações de contas: uma, referente ao Fundo Municipal da Saúde e outra referente ao Hospital Djalma Marques, visto que na previsão das Leis Orçamentárias há a separação das contas da Saúde nestas duas unidades.

No ano de 2012, as contas apresentadas foram analisadas por dois conselheiros: Gutemberg Fernandes de Araújo – período: 01/01/2012 a 03/04/2012 e Santiago Cirilo Nogueira Seervin – período: 21/5/2012 a 31/12/2012.

Conforme se depreende da leitura do objetivo da Tomada de Contas (2012), o exame das contas contempla as áreas contábil, financeira, orçamentária e patrimonial. As contas apresentadas devem estar em conformidade com os princípios constitucionais da legalidade, legitimidade, economicidade, aplicações das subvenções e renúncia de receitas, bem como dos critérios contidos na legislação vigente.

⁵⁹ Embora o trabalho tenha como objetivo englobar tão somente as transferências de recursos constitucionais a serem utilizados em prol da saúde, faz-se importante conceituar a terceira principal forma de análise das contas realizada pelos Tribunais de Contas, para conhecimento.

No ano de 2012, os Conselheiros destacaram que estavam ausentes documentos comprobatórios de realização de processos licitatórios de despesa, de modo que a Entidade (FMS) passou a figurar como Inadimplente junto ao Tribunal de Contas e foram apontados todos os responsáveis pelas ordenações de despesas e pelos processos licitatórios, como os secretários municipais de saúde, os secretários de finanças, administração da saúde e os pregoeiros oficiais.

Outro ponto tratado no relatório, refere-se à gestão de pessoal. Afirmam os Conselheiros e auditores responsáveis pelo RIT que, quando ocorreu a prestação de contas, foi encaminhada a Lei nº 4.891/2007, de 26 de dezembro de 2007, que autoriza a contratação de servidores por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público. Porém, não foi enviada a tabela remuneratória, nem mesmo a relação dos servidores que se encontravam nessa condição.

Em 2013, os auditores responsáveis pela elaboração do relatório de instrução técnica concluíram que a Tomada de Contas do FMS atendeu em parte ao que dispõe o ordenamento do TCE, visto que constatou-se que foi apresentada relação de empenhos de 2012 e não de 2013. Além disso, ato ainda mais grave foi a apresentação de licitações de forma desordenadas, de forma que foram inseridas nos arquivos diversas páginas em branco, aumentando desnecessariamente o tamanho dos arquivos, a numeração das páginas e o que é pior: dificultando a análise para manifestação do Tribunal. Como se não bastasse, o Tribunal constatou ainda que não foram fornecidas todas as informações solicitadas, no que se refere à apresentação das licitações do exercício por unidade orçamentária e modalidade. Não foi realizado o encaminhamento de informações, por meio eletrônico, das licitações, dispensas e inexigibilidades realizadas durante o ano de 2013.

Outro ponto destacado no RIT se refere à solicitação aos responsáveis pela prestação de contas do FMS que fossem enviadas informações sobre as comissões de licitação que realizaram certames em 2013. Em resposta à referida nota, a SEMUS, por meio da Central Permanente de Licitação de São Luís (CPL), que gerencia as comissões de licitação do município, apresentou somente a Portaria nº 001/2013-GAB/CPL, de 11.01.2013, de modo que a solicitação foi atendida em parte, visto que não foi informado sobre o vínculo dos membros das CPLs com a Administração, ou seja, se é servidor efetivo, ou comissionado.

Foram encontradas Notas de Empenho relativas a despesa com uma determinada empresa, em que os contratos de aditativas com prorrogação de prazo de vigência até setembro de 2013, ocorreram, afirmam os auditores, de forma indevida, pois não houve comprovação que neste período os preços ofertados continuavam vantajosos para a

Administração, tanto é que o primeiro contrato foi celebrado no valor de R\$ 1.121,00 e os contratos seguintes com valores médios de R\$ 20.000 (vinte mil reais).

Outra irregularidade apontada se refere a um contrato que possuía vigência de 12 meses (CONTRATO Nº 006/2007 de 26/01/2007), com valor inicial de R\$ 1.196.076,00, que tinha como objeto a contratação de empresa para prestação de serviços de coleta externa, transporte, tratamento e destino final de resíduos sólidos dos serviços de saúde. No contrato em apreço, foram detectados vários aditamentos para prorrogação do contrato em 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 com o aludido credor e ainda, que constava ordem de pagamento a ser paga após a finalização do contrato no valor de R\$ 115.650,00 (cento e quinze mil seiscientos e cinquenta reais). Foi verificado também que não havia comprovação de que os preços praticados pela empresa eram vantajosos para a Administração, visto que não foram juntadas as pesquisas de preços de mercado ou de preços contratados por outros órgãos e entidades da Administração Pública.

Outro ponto que mereceu destaque no RIT, se refere a um contrato de fornecimento de quentinhas em que o primeiro pagamento autorizado refere-se a quentinhas fornecidas no período de 25/03/2013 a 16/04/2013 em total de 38.528 (trinta e oito mil e quinhentas e vinte e oito quentinhas) com os valores supostamente fornecidos a cada Unidade de Saúde e a Nota Fiscal no valor de R\$ 302.444,80. Ressalta-se que o referido contrato (nº 04/2013) previa o fornecimento de 45.000 quentinha em 06 (seis) meses; no entanto, em apenas 30 dias foram fornecidas quentinhas que corresponde a 85,60% do referido contrato; de forma que os números por si só demonstram indícios de pagamento de valores superfaturados, portanto, não foi homologado pelos auditores do TCE o referido pagamento.

Ainda em 2013, verificou-se que foi emitida a Nota de empenho nº 1394/2013, no valor de R\$ 572.000,00 em 18/11/2013 e a Nota de Empenho nº 1395/2013, no valor de R\$ 3.680,00 em 18/11/2013, tendo como favorecido a empresa Mercantil Passinho Ltda.; no entanto, conforme informado na relação de empenhos, em 2013 não foram realizados pagamentos para esse fornecedor.

Não constam notas fiscais e de ordens de pagamento para aquisição de alguns medicamentos, refeições, material de limpeza e material hospitalar.

Por fim, o relatório conclui que não foram atendidas as normativas e o previsto na Constituição.

Quanto à reforma do Hospital Clementino Moura – Socorrão II, ocorrida em 2013, para atender as exigências da vigilância sanitária, esta ocorreu por dispensa de licitação, os auditores constataram, a partir da análise dos documentos apresentados, que não houve

juntada de documentação comprobatória da necessidade de realização de processo de dispensa, assim como não foi apresentado o Termo de Contrato e o pagamento não ocorreu em 2013, estando a nota de empenho referente aos serviços de engenharia executados, inscritos nos Restos a Pagar. Ademais, a empresa vencedora do certame, não apresentou todos os documentos, e, quando da execução também não apresentou todos os laudos que são obrigatórios por lei.

O relatório menciona também não cumprimento das Instruções Normativas e normas constitucionais quando da realização de reforma e adequação do Hospital da Mulher, Hospital Dr. Odorico Amaral de Matos (Hospital da Criança) e a Central de Atendimento e de Consulta, reformas estas que também ocorreram por dispensa de licitação, e os serviços necessários atingiriam o valor total de R\$ 1.207.864,36 (um milhão duzentos e sete mil oitocentos e sessenta e quatro reais e trinta e seis centavos). Também foram visualizados problemas na execução do contrato, não comprovação de execução de despesa e de pagamento de funcionários.

Em 2013, consta a prestação de contas do Hospital Municipal Djalma Marques. De antemão, o RIT apresenta que a Prestação de Contas do Hospital Municipal Djalma Marques não atendeu em sua totalidade ao que dispõem as Instruções Normativas, pelo narrado a seguir: não foi demonstrado de forma sucinta os resultados da execução orçamentária, financeira e patrimonial, com objetivo de oferecer condições de uma ampla visão da situação econômico-financeira da Entidade; não apresentação do vínculo dos membros da Administração Pública; não foram encaminhados nos arquivos dois procedimentos licitatórios: um referente ao fornecimento de material permanente hospitalar e outro referente ao abastecimento da frota de veículos, peças e combustível, não foram encaminhados nos arquivos diversos processos de dispensa e inexigibilidade de licitação realizadas no ano de 2013, totalizando cerca de R\$373.000,00 (trezentos e setenta e três mil reais), ausência de publicação em Imprensa Oficial dos extratos de contratos de 6 (seis) licitações, pagamentos sem a devida cobertura contratual, para clínicas que prestam serviços de neurologia, de radiologia, para distribuidora de gás, empresa de esterilização de material cirúrgico, serviços em veículos e de combustível, manutenção de respiradores, material de consumo, água potável, serviços de anesthesiologia e de limpeza

O RIT do FMS de 2014 também apresentou algumas inconformidades, tais como: não foram encontradas algumas dispensas e inexigibilidades de licitações, havia licitações ocorridas em determinado mês, cuja documentação encontrava-se inserida em mês anterior à realização da licitação, a juntada de páginas em branco nos arquivos digitais, o período de

gestão de alguns gestores/ordenadores não foram fornecidos pela gestão municipal, não foi apresentado o quantitativo de licitações e as modalidades, apenas de dispensas e inexigibilidades, assim como, foram enviadas ao TCE somente alguns Pregões Presenciais, juntados de forma avulsa; despesas de lavanderia, logística e fornecimento de medicamentos sem apresentação do processo licitatório, cujos valores beiram os 400 milhões; ausência de notas de empenho, notas de liquidação e ordens de pagamento de folhas de pagamento, medicamentos, serviços de limpeza, entre outros; empenhos realizados antes da autorização da secretária de saúde, pagamento sem apresentação de comprovante de despesa; notas fiscais emitidas antes das despesas serem empenhadas, em diversos na Santa Casa da Misericórdia; aditivos de contratos realizados com a Fundação Antônio Jorge Dino que ultrapassam em 25% o permitido por lei e despesas realizadas sem cobertura contratual ou com vigência de contrato vencida.

O RIT de 2014 do Hospital Djalma Marques, que apresentou poucos erros, como: a não publicação resumida do extrato de contrato e dos aditamentos de dois pregões; não publicação na imprensa oficial de duas dispensas; ausência de cobertura de contrato em uma inexigibilidade.

Em 2015, no RIT referente ao FMS é possível visualizar, por exemplo: inexistência de justificativa de autoridade competente sobre a necessidade de contratação de empresa habilitada na prestação de serviços de reserva, marcação e remarcação de passagens aéreas; inexistência de publicação de aviso no edital, inexistência de aprovação de termo de referência por autoridade competente e de termo de homologação; não apresentação de documentação comprobatória de realização de mais de 20 procedimentos licitatórios, entre Pregões Presenciais, Eletrônicos e inexigibilidades. Já o RIT do mesmo ano referente ao Hospital Municipal Djalma Marques teve como ocorrências apontadas: ausência de pesquisa de mercado, comprovando a vantagem da empresa vencedora do certame; ausência de edital; ausência de publicação de ato da licitação e ausência de publicação em diário oficial.

No Portal do Tribunal de Contas, ainda não constam os relatórios de instrução do ano de 2016. As contas foram entregues ao TCE em 31/03/2017 e até o momento só houve duas movimentações internas. Em regra, os Relatórios são apresentados em meados do ano subsequente, mas este não consiste em último ato. De acordo com o disposto no Regimento Interno do TCE/MA (2000), após a publicação do RIT, o gabinete do Conselheiro relator realiza citação do responsável pela prestação de contas para que este apresente defesa prévia, após este ato é emitido novo RIT, o Ministério Público se manifesta, emitindo Parecer e,

finalmente, o processo segue concluso para que o Conselheiro Relator possa proferir seu julgamento em sessão.

Nos casos analisados, ainda não existem nem mesmo Pareceres do Ministério Público, de forma que resta caracterizada a demora do efetivo julgamento das contas públicas, resultando, muitas vezes, quando não há a instauração da tomada de contas especial, em impunidade dos responsáveis pela prestação de contas de forma inadequada.

Sobre o apurado com a análise dos Relatórios, pode-se perceber que além da barreira do repasse de recursos, da própria construção do federalismo brasileiro, os municípios vivenciam outros problemas, como: agentes públicos e empresas, na qualidade de licitantes envolvidas em esquemas de corrupção; falta de transparência e acessibilidade das informações referentes à aplicação de recursos públicos, com destaque para os recursos da saúde, objeto deste trabalho, visto que até mesmo para os tribunais de Contas, são apresentadas páginas em branco, desordenadas. Ademais, tem-se a dificuldade de compreensão da linguagem utilizada, pois tem cunho financeiro e jurídico, de difícil compreensão aos cidadãos comuns, que em tese, conforme aborda Fernandes (1999) são os verdadeiros tomadores de contas.

CONCLUSÃO

A pesquisa realizada, trouxe no primeiro capítulo a apresentação da parte histórica do federalismo, desde os primeiros conceitos aprimorados de autonomia política, na Grécia, perpassando pela Modernidade, nos final do século XIX, quando Madison, Jay e Hamilton escreveram a obra “O Federalista”, que deu ensejo à ratificação da Constituição de 1987 e à instauração da forma democrática federal e, por fim, abordou-se os aspectos históricos que nortearam a atual conceituação do federalismo brasileiro, o qual, assim como muitos sistemas federalistas pelo mundo, recebeu influência do federalismo norte-americano, com algumas diferenças desde a sua origem, com a atuação no estado brasileiro do que a doutrina chama de força centrípeta, visto que a partir de um governo central houve subdivisões de poder entre as os Estados (PACÍFICO, 2012; ANSELMO, 2006; HONORIO, 2012; PEREIRA, 2015).

Apontam-se os primeiros problemas encontrados no federalismo brasileiro que ocorreram a partir do que a doutrina chama de “desvirtuamento do federalismo” (SOUZA, 2005). Cita-se a centralização de poder decisório nas mãos da União, de modo a caracterizar o federalismo brasileiro como verbal, ou seja, em que a igualdade dos entes federados existia, tão somente, no texto da Constituição, pois no campo político e social predominava o centralismo, o poder político nas mãos dos coronéis e das ditaduras militares (BONAVIDES, 2006; ROCHA, 1997).

Passa-se à narrativa das competências previstas na Constituição, com destaque para as competências administrativas comuns, isto é, matérias que são executadas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Em tese, cabe a todos os entes executar determinadas tarefas, tais como, cuidar da saúde, de modo que não deve existir supremacia de nenhum dos entes federativos, porém na prática, se observa que, tomando como base a competência comum, que atribui que é dever de todos os entes federativos executar ações e serviços de saúde, quando um cidadão precisa de um serviço, recorre, primeiramente ao Município, reflexo até mesmo nas ações judiciais em que a maior dos litigantes pleiteiam pelos seus direitos no âmbito do município, sobrecarregando ainda mais um orçamento que na verdade é limitado, insuficiente e formado, predominantemente, a partir da realização de repasses efetuados por outros entes da federação, sendo, portanto, o Município, um ente dependente.

Desse modo, ao analisar o município no presente trabalho depreende-se que a Constituição de 1988 atribuiu a estes a capacidade de auto organizar-se, autogovernar-se, criar suas próprias leis e auto se administrar, mas ainda assim, é possível visualizar sujeição desse ente ao Estado e à União, por exemplo, quando se fala na criação de novos municípios, a ser

feito por lei estadual após consulta prévia, mediante plebiscito às populações dos municípios envolvidos. Porém, considera-se que essa previsão constitucional é uma espécie de proteção dada ao estado federal, para que não haja criação de municípios que visem favorecer interesses políticos e de uma classe, que não possuam capacidade de criar e gerir seus tributos, transformando-se em meros municípios sanguessugas, autônomos apenas formalmente e de fato dependentes dos repasses dos demais entes, com serviços cada vez mais deficientes e com a Federação cada vez mais centralizada (RABAT, 2012).

Deveria ser o município, o local em que cidadãos pudessem perceber efetivamente o funcionamento dos serviços públicos, pois o município, como se sabe, é o ente mais próximo do cidadão, local primeiro a que recorrem as pessoas que buscam cuidados em saúde e local também em que são efetivamente sentidos os problemas na prestação dos serviços públicos, com destaque aos serviços públicos de saúde.

Porém, mesmo com a sua capacidade para arrecadar tributos, a maioria dos recursos que sustentam os municípios brasileiros são provenientes da União e dos estados-membros, o que se deve à própria estrutura do federalismo brasileiro. Conclui-se dessa forma que, se a União concentra a maior parte das receitas, devido à forma como foi estruturado o federalismo brasileiro, retira-se dos municípios e até mesmo dos estados, a capacidade de racionalidade na execução dos serviços e políticas públicas que devam ser desenvolvidas nesses espaços. Desse modo, faz-se necessária a realização de repasses de recursos para utilizar, manter e implantar as políticas sociais, sob pena de ocorrência de completo caos no âmbito das políticas públicas sociais, especialmente de educação e saúde.

Outra problemática visualizada a partir da análise do financiamento do sistema de saúde no federalismo brasileiro, é a sobrecarga da União, pois muitas vezes, há o repasse dos recursos e o município que os recebe não executa os serviços da melhor forma, em conformidade com o tratado pelos indicadores, que discriminam as principais deficiências de uma localidade, a União acaba por “pagar” duas vezes, pois é ela que se vê obrigada a prestar esse serviço deficiente em um município que não realiza um bom planejamento e gestão dos seus recursos.

Outro ponto que merece ser mencionado se refere à grandeza e complexidade do Brasil, o qual possui características e, por conseguinte, demandas, as mais variadas possíveis. Desse modo, quando planejada uma política pública, deve-se realizar uma coleta de informações, devem ser feitas pesquisas, deve-se atentar aos indicadores oriundos da coleta de informações de instituições, como o IGBE, IPEA, pois cada ente, localidade, tem suas necessidades e problemas a serem enfrentados, de modo que devem ser arbitrados de modo

individual quais os recursos necessários, que tipo de atividades sanitárias devem ser desenvolvidas para a população de cada município, e não há como definir uma política (de saúde, por exemplo) para o país como um todo.

Por fim, insta destacar sobre o tema que os municípios mais desorganizados e dependentes acabam por provocar onerosidade indevida aos municípios vizinhos, que acabam por prestar os serviços públicos que o município dependente não possui, o que ocasiona a utilização dos seus recursos e das transferências que ele recebe da União e do Estado (SIQUEIRA, 2015). Conclui-se que, para que não exista essa cadeia de entes dependentes, faz-se necessário tratar com mais rigor a prestação das contas de cada município, que haja a arrecadação de tributos apropriada, pois até hoje há municípios que não instituem os impostos com receio de perder a sua “dinastia na política”, atos estes que contribuem, como tratado por Bonavides, para que o Brasil não saia do patamar de possuidor de um federalismo do tipo tupiniquim.

No segundo capítulo do trabalho tratou-se do direito à saúde e do federalismo sanitário, foram apresentados alguns conceitos de saúde, trazido um breve histórico do direito à saúde a nível mundial e nacional.

Foram apresentados conceitos de saúde trabalhados por Rawls (2008) que a conceitua como um bem protegido e tutelado pelo direito em âmbito internacional, sendo considerado primário; por Sen (2000), aborda a saúde como uma condição para o desenvolvimento e Daniels (19885) que compreende a saúde como um elemento indispensável para a teoria da justiça, que busca a igualdade de oportunidades e pode ser considerada um problema de justiça distributiva, que envolve resultado e causa das desigualdades sociais.

No que se refere ao histórico do direito à saúde no Brasil, é importante destacar que, por muito tempo, a saúde no Brasil estava mais voltada a atender as pessoas que contribuía, que possuíam vínculos empregatícios. Aos considerados pobres e indigentes, o atendimento era precário, realizado pelas Santas Casas, que vivia em superlotação.

A partir de meados dos anos 70, ocorreu a Reforma Sanitária. Foi a partir desse momento, em meio a grandes transformações - incluídas tecnológicas, de organização, divisão de trabalho, de ideologia, condições políticas e econômicas em que se visava a superioridade do livre mercado - que foi pensado em um dos mais avançados sistema de saúde do mundo, que possui como características, a universalidade, a integralidade.

Ainda assim, conforme traz Campos (2007) o Sistema Único de Saúde é considerado uma reforma social incompleta, com implantação heterogênea, desigual,

conforme características geopolíticas ou geoculturais de cada região, com problemas de insuficiência de recursos, de estruturação, de funcionamento. Além disso, possui como características, de acordo com Cohn (2001) o fato de ser altamente centralizado, acentuadamente privatizado, distante das reais necessidades de saúde da população brasileira, discriminatório, injusto, com grandes distorções na sua forma de financiamento.

Comprova-se as afirmações acima tratadas, a partir da análise dos dados de aplicação de recursos em saúde no município de São Luís. Constatou-se que, embora os indicadores presentes e organizados pelos gestores públicos nos Planos Plurianuais apontem para a necessidade de utilização de recursos na atenção básica, para diminuir o índice de mortalidade infantil, por exemplo, na prática, quando da organização do orçamento disposto na LOA, vê-se que até os dias atuais de fato predomina o modelo hospitalocêntrico, visto que a maior parte dos recursos são destinados aos chamados Socorrões (tanto é que o Hospital Djalma Marques realiza uma prestação de contas em separado), hospitais de alta e média complexidade dispostos nos municípios.

A maioria dos problemas de saúde da população brasileira (hipertensão, diabetes, dengue) poderiam ter resolução na rede de atenção básica, nos centros de saúde, nas unidades de pronto-atendimento, nos postos de saúde ou mesmo ambulatorios. Porém devido à pouca integração dos serviços de saúde, a opção dos gestores municipais priorizarem angariar e destinar recursos para realização de procedimentos em saúde mais custosos, que a população quando é atendida realmente, já estará em estado de saúde mais agravado, necessitando de serviços que envolvam maiores tecnologias e conseqüentemente elevando os custos e até mesmo a lucratividade do setor privado, que recebe dinheiro para realizar esses atendimentos, que poderá participar de mais licitações para fornecer medicamentos, equipamentos, materiais, construção de mais leitos de unidades hospitalares, sendo este um procedimento cíclico em que, quem perde são somente aqueles que não tem recursos financeiros para pagar por serviços de saúde no setor privado e necessitam que o setor público garanta o seu direito à saúde, à vida.

Resta caracterizado que, de fato, existe uma racionalidade para atender interesses corporativos, interesses de médicos, de empresas, do setor privado, com destaque para empresas que vendem insumos, equipamentos, medicamentos, prestam serviços aos hospitais, que não tem o menor interesse em modificação da estrutura implantada, visto que, uma modificação da estrutura do sistema de saúde, necessariamente trará impactos no mercado.

O sistema de saúde brasileiro é também acentuadamente privatizado, pois muitas vezes, a assistência médica ao indivíduo é prestada pelo setor privado com pagamento a ser

feito pelo setor público. Sobre o tema, foi possível verificar nos Relatórios de Instrução que o município destina seus recursos para Hospital Aldenora Belo, por valores altíssimos, que chega até mesmo a ultrapassar o teto permitido por lei, conforme foi possível observar no RIT de 2015. Isso sem falar quando o indivíduo não encontra leito na rede pública e recorre ao Judiciário para que este determine o fornecimento do serviço, tendo em vista o direito constitucional social da saúde, da vida e o juiz defere o pedido, sobrecarregando necessariamente o orçamento de saúde do município.

No terceiro e último capítulo da presente pesquisa discutiu-se o orçamento. Primeiramente, em sentido amplo, apresentando conceitos de orçamento. Destacou-se o utilizado por Ribeiro (2017) que considera que o orçamento público assume o papel de uma ferramenta essencial de controle dos recursos financeiros gerados pela sociedade, para a manutenção do governo e fornecimento de bens e serviços para si mesmo.

Elaborar, analisar orçamentos já criados representa uma hercúlea tarefa, visto que a conjuntura dos orçamentos é cheia de nuances, rubricas, de linguagem financeira, porém é algo necessário para o bom funcionamento do estado, que necessariamente precisa de controle, planejamento, regulação de suas ações, para que os gestores possam, perceber antecipadamente eventuais problemas ou vantagens para que sejam traçados novos objetivos, em conformidade com os interesses pretendidos e o apresentado no orçamento.

Vê-se que a fase de avaliação do ciclo orçamentário é de grande relevância para que sejam alcançados melhores resultados, para proporcionar a melhor utilização e controle dos recursos nela aplicados e para que os gestores tenham o feedback de quais são os programas implantados que são mais consistentes, que possui uma gestão pública mais eficaz (CASTANHAR, 2003).

Porém, conforme considera o próprio autor (2003), é um grande desafio para a prática de avaliação de programas no setor público encontrar formas práticas de mensurar o desempenho e fornecer informações úteis à pessoa responsável pela gestão dos programas.

O próximo tópico do último capítulo da pesquisa trata sobre os Planos Plurianuais, as Leis de Diretrizes Orçamentárias, Leis Orçamentárias Anuais. Sanches (2009) afirma, sobre os Planos Plurianuais que muitas vezes, eles parecem mais discursos de campanha do que documento normativo, sendo muitas vezes genérico e pouco desempenhando sua função, qual seja: ser programático. A LDO deve conter as metas e prioridades da administração pública e orientar na elaboração da lei orçamentária anual. Quanto ao problema existente na LDO, apontado por Sanches (2006), este consiste em serem inclusas na lei normas estranhas aos fins da LDO, assim como a caracterização sutil,

deficiente das prioridades da administração federal, quanto à LOA, lei em que constam os orçamentos fiscal, da seguridade social e de investimento das estatais. Apresenta como problemas, a grande quantidade de informações dispostas e exigidas.

Na sequência, analisa-se necessariamente a tributação no Brasil, ou seja, a instituição dos tributos e suas competências.

O penúltimo tópico do trabalho já tem o condão de versar sobre financiamento de saúde propriamente dito, apresenta a legislação constitucional, nos trechos em que constam a arrecadação dos recursos e destinação destes, que ocorre desde a EC nº 20/2000 e da LC 141/2012, de maneira vinculada.

De acordo com Ramos; Miranda Netto (2017), foi tão somente nos anos 2000 que se passou a buscar a efetiva implementação do conceito de regionalização, ou seja, após mais de uma década de vigência da CF de 1988. Além disso, afirmam os autores (2017) que certas decisões do Governo Federal põem em dúvida se há de fato uma preocupação com a garantia do financiamento do SUS, visto que, sabe-se da ocorrência de redirecionamento de recursos para outras áreas após a criação da CPMF, que afetou o percentual constitucional mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde, e da criação de contribuições sociais enquanto tributos que não são alvos de transferências constitucionais obrigatórias.

Sabe-se que a saúde depende de uma complexa organização da rede e, também, de uma rede de complexas organizações, que envolve múltiplos atores e diferentes interesses. A vinculação, tem como finalidade garantir que os estados e os municípios venham a se colocar em um mesmo ponto de partida no que tange ao gasto com saúde e, com isso, tenham a possibilidade de ter maior autonomia na forma de executar o gasto, definindo seus modelos próprios. Porém, a intensa e extensa normatização acaba por engessar a atuação de estados e municípios, permitindo a superação de uma série de dificuldades enfrentadas pelos gestores.

É possível depreender da pesquisa que as legislações que tratam sobre financiamento do SUS buscam assegurar a ele a obtenção dos recursos mínimos necessários à operacionalização das ações em saúde.

No último tópico do trabalho, pretende-se analisar como ocorre o financiamento da saúde no município de São Luís, especificamente, nos anos 2012 a 2016.

Partiu-se de um breve apontamento sobre as características demográficas, sociais e econômicas do município estudado e ainda das ações de saúde.

Na sequência, passe-se à análise do PPA 2014-2017. Embora a pesquisa envolva a obtenção de dados de financiamento da saúde de 2012 a 2016, é importante informar que quando da obtenção do PPA anterior, no arquivo que afirmava possuir o PPA englobando

os anos de 2012 e 2013 constava tão somente a lei que instituía o PPA que passaria a vigorar. Destaca-se ainda que quando da elaboração do Plano Plurianual, o município de São Luís possuía índices de mortalidade infantil, número de médicos e cobertura das equipes básicas de saúde (conhecidas como UBS) entre os piores do Brasil, o que se deve à falta de saneamento básico, aos desvios dos recursos públicos voltados para a saúde.

Em seguida, parte-se para a análise da LDO e da LOA do município de São nos anos estudados.

Busca-se ainda analisar as receitas destinadas à saúde nos anos de 2012-2016. Os dados analisados foram obtidos em pesquisa realizada no Portal SIOPS, pois os dados obtidos através do SIOPS não deixam dúvidas quanto à importância do SUS como fonte regular de ingresso orçamentário para os municípios brasileiros.

Por fim, apresenta-se a análise dos relatórios de instrução técnica apresentados pelo município, no que se refere à prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde – FMS e do Hospital Djalma Marques nos anos de 2012 a 2016. Nestes relatórios foi possível visualizar que a Secretaria Municipal de Saúde e o Hospital Djalma Marques possuem contas diferentes, a serem prestadas perante o TCE/MA. Visualizou-se ainda diversos erros, que podem resultar, em caso de não apresentação da defesa prévia, parecer do MP favorável e julgamento favorável das contas, em constatação de irregularidades nos itens dispostos na prestação de contas, de modo que passa a incidir multa. Como exemplo de possíveis irregularidades visualizadas citam-se: licitações incompletas, com páginas em branco, desordenadas, não publicação de quaisquer atos no diário oficial, nos portais, dispensas de licitação sem justo motivo e não apresentação de documentos das licitações.

Todas as informações obtidas se mostram relevantes para que hajam melhorias no fornecimento de ações e serviços públicos de saúde.

Compreende-se que embora haja necessidade de aumentar o financiamento da saúde, isso, por si só, não resolverá os problemas de ineficiência dos serviços, antes, há necessidade de aperfeiçoar a gestão, transparência dos gastos públicos, em linguagem compreensível para cidadão comum, efetivo controle do cumprimento das pendências trazidas nos Relatórios de Instrução Técnica do Tribunal de Contas, em sua tomada de contas e ainda a realização de modificações legislativas envolvendo o complexo sistema de repartição de receitas, em que, como restou comprovado, possui a maior parte dos recursos municipais de saúde sendo provenientes da União, o que dificulta a caracterização do Brasil como um Estado Federal e ainda, a efetivação dos serviços públicos, pois, com a evidente dependência dos recursos da União, o município fica a mercê da realização de seus repasses para implantar

políticas públicas e alimentar as já existentes.

Conclui-se, por fim, que para discutir seriamente a questão do financiamento da saúde brasileiro, em especial, do município estudado, deve-se pensar na efetiva consolidação de um verdadeiro modelo federalista, modelo este que seja efetivamente descentralizado, em que a União não detenha uma ampla lista de competências legislativas e administrativas, visto que, não há como o município exercer atribuições envolvendo ações e serviços de saúde, por exemplo, sem que possua recursos próprios, sendo dependente de um repasse que muitas vezes não ocorre na integralidade, o que compromete na fase de execução das políticas, visto que o elemento primordial para a implantação das políticas é possuir recursos para a sua execução. Claro, que não basta tão somente realizar a descentralização, necessário também, a realização de um controle e avaliação das políticas públicas, de modo a constatar a sua eficiência, necessário ainda que as ações sejam executadas com responsabilidade e compromisso pelos gestores públicos, não menos importante, necessário que haja efetiva transparência das contas públicas, conceito este que perpassa sobre o conceito de linguagem acessível a todo e qualquer público, após isto, é importante que a sociedade não seja formada por meros sujeitos passivos, pois o controle social faz-se essencial quando se aborda o tema da efetivação de direitos, com destaque ao direito humano fundamental social à saúde.

REFERÊNCIAS

ABROL, Dinesh; Sundararaman, T.; MADHAVAN, Harilal; JOSEPH, K. J. A criação de sistemas inclusivos de inovação em saúde: lições da Índia. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 32, Sup 2, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32s2/pt_1678-4464-csp-32-s2-e00045215.pdf>. Acesso em: 01 de nov. 2017.

ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de. Considerações sobre os rumos do Federalismo nos Estados Unidos e no Brasil. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, ano 24, n. 96, p. 57-64, out./ dez. 1987.

ALMEIDA, Célia. **Reforma de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados**. In: GIOVANELLA, Lígia; et.al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

AITH, Fernando. **Curso de Direito Sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

AITH, Fernando; et. al. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva de doenças raras e da incorporação tecnológica. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo. V. 15, n.01, p. 10-39, mar. /jun. 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82804/85759>>. Acesso em: 20 de jul. 2017.

ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de; Lima, Luciana Dias de. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.10, out. 2009.

ANDRADE, Elizabeth Nogueira de; ANDRADE, Edson de Oliveira. O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. **Revista Bioética**. V. 18, n. 01, p. 61-74, 2010.

ANSELMO, José Roberto. **O papel do Supremo Tribunal Federal na concretização do federalismo brasileiro**. 2006. 248f. Tese (Doutorado em Direito Constitucional). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo/SP, 2006. Disponível em: <<https://sapiientia.pucsp.br/bitstream/handle/7343/1/DIR%20-%20Jose%20Roberto%20Anselmo.pdf>>. Acesso em: 20 de jan. 2017.

ARGENTINA, Constitución (1994). **Constitución Argentina**. Promulgada em 22 de Agosto de 1994. Disponível em: <http://www.senado.gov.ar/bundles/senadoparlamentario/pdf/institucional/constitucion_nacional_argentina.pdf>. Acesso em: 30 de out. 2017.

ARRETCHE, Marta. Quem taxa e quem gasta: A barganha federativa na federação brasileira. **Revista Sociologia Política. Curitiba**, n. 24, p. 69-85, jun. 2005.

BALERA, Felipe Penteadó. **Federalismo e as possíveis alterações no território dos estados federados**. 2011. 302f. Dissertação (Mestrado em Direito). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo/SP, 2011. Disponível em: <<https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/5774/1/Felipe%20Penteadó%20Balera.pdf>>. Acesso em: 30 de jan. 2017.

BARROSO, Luis Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

BATISTA, Paulo Nogueira. **O Consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas latino-americanos**, 1994.

BERCOVICI, Gilberto. O Federalismo no Brasil e os limites da competência legislativa e administrativa: memórias da pesquisa. **Revista Jurídica**, Brasília, v. 10, n. 90, Ed. Especial, p. 01-18, abr. – mai. 2008.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Atica, 2001.

BONAVIDES, Paulo. **A Constituição aberta: Temas políticos e constitucionais da atualidade, com ênfase no Federalismo das Regiões**. 3 ed. São Paulo: Malheiros, 2004.

BONAVIDES, Paulo; ANDRADE, Paes de. **História constitucional do Brasil**. 8 ed. Brasília: OAB Editora, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5172.htm>. Acesso em: 20 de mar. 2017.

BRASIL. **Dados**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 05 de ago. 2017.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 5 fev. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 04 de mai. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 04 de mai. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006.** Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=48>>. Acesso em: 06 de mai. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 1.559 de 01 de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau_delegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html> Acesso em: 08 de mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: orientações gerais para a elaboração de instrumentos de planejamento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Cidades.** Dados 2010 e 2015. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/sao-luis/panorama>>. Acesso em: 20 de out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Informações de Saúde (TABNET). **DATASUS – Departamento de Informática do SUS.** Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/index.php/nucleos-regionais/maranhao>>. Acesso em: 20 de out. 2017.

_____. TCU –Tribunal de Contas da União. **Relatório sistêmico de fiscalização da saúde – FISC SAÚDE.** 2013. Disponível em: 10 de ago. 2017. Acesso em: 24 dez. 2014.

BRICEÑO-LEÓN, Roberto. **Bienestar, salud pública y cambio social.** In: Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil.** 2008. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2163/livros>>. Acesso em: 22 de jul. 2017.

CAMPOS, Mariano Henrique Maurício de; OLIVEIRA, Issac Antônio de. **Federalismo de cooperação como cláusula pétrea: a relação entre a fragmentação do poder constituinte e o princípio democrático.** Biblioteca Virtual do Ministério Público do estado de Minas Gerais, Repositório Institucional, 2012. Disponível em: <<https://aplicacao.mpmg.mp.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/1201/FEDERALISMO%20DE%20COOPERA%20C3%87%20C3%83>>

O%20COMO%20CL%C3%81USULA%20P%C3%89TREA.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 de fev. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CAMARGO, Nilo Marcelo de Almeida. **A forma federativa de Estado e o Supremo Tribunal Federal pós- Constituição de 1988**. Porto Alegre: Núria Fabris, 2010.

CARAZZAI, Estelita Hass. **Em um ano, Donald Trump dissolve herança do governo de Barack Obama**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/mundo/2017/12/1947080-em-um-ano-donald-trump-dissolve-heranca-do-governo-de-barack-obama.shtml>>. Acesso em: 10 de jan. 2018.

CARVALHO, Paulo de Barros. **Curso de direito tributário**. 23. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Revista de Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, 2013.

CARVALHO, Heitor Humberto do Nascimento; PINTO, Márcio Alexandre da Silva. **A evolução do direito à saúde pública da cidadania brasileira**. Projeto: F-010/2008 (PIBIC/UFU/CNPQ).

CASTRO, Gina Gouveia Pires de. **Controle de Constitucionalidade de Lei e ato normativo Municipal: uma análise sobre seu funcionamento na Federação Brasileira**. Dissertação. (Mestrado em Direito). Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Direito, Recife, 2014.

CRETELLA JÚNIOR, José. **Curso de direito administrativo**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1981.

CROISAT, Maurice. Le fédéralisme dans les démocraties contemporaines. Paris: Montchrestien, 1992 apud REVERBEL, Carlos Eduardo Dieder. **O Federalismo numa visão tridimensional do Direito**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 4 ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2001.

COSTA, Júlio Pinto da. A reforma Obama e o Sistema de Saúde dos Estados Unidos. **Arquivos de Medicina**, v. 27, n. 04, p.158-167, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v27n4/v27n4a04.pdf>>. Acesso em: 10 de out. 2017>. Acesso em: 30 de out. 2017.

COSTA, Frederico Lustosa; CASTANHAR, José Cezar. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **RAP**, v. 37, n. 05, p. 969-992, set./out. 2003. Disponível em: < http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/Costa_castanha.pdf> Acesso em: 10 de nov. 2017.

CULAU, Ariosto A. **Planejamento e orçamento como instrumentos de gestão**. São Paulo: Fundap, 2004. Disponível em: <www.fundap.sp.gov.br/escola/PAvGestaoPublica/calendPAGP.htm>. Acesso em: 20 de out. 2017.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **O Estado Federal**. São Paulo: Ática, 1986.

_____. **Elementos da teoria geral do Estado**. 29 ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

DALLARI, Sueli. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

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

_____. Norman. **Just Health: meeting health needs fairly**. Cambridge, London: Cambridge University, 2008.

DE LIMA, Luciana Dias. **Federalismo, Relações Fiscais e Financiamento do Sistema Único de Saúde**: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Tese. 409f. (Pós-Graduação em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2006.

DÓRIA, Sampaio. Discriminação de rendas tributárias. São Paulo: José Bushatsky, 1972. In: CONTI, João Maurício. **Federalismo e fundos de participação**. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2001, p. 4-5.

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

DOURADO, Daniel de Araújo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 01, 2010, p. 204-211.

DRESCH, Renato Luís. A garantia de acesso à saúde e as regras de repartição da competência entre os gestores. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. v. 12, n. 1, 2015. Disponível em: < <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2801/1531>>. Acesso em: 10 de ago. 2017.

DWORKIN, Ronald. **A virtude soberana: a teoria e a prática da igualdade**. 2 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011.

ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; DOURADO, Daniel de Araújo. **Sistema de saúde e SUS: saúde como política social e sua trajetória**. In: IBÁÑEZ, Nelson; et. al. (Orgs). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011.

ESAKI, Pedro Hidekatsu Melo; ISSI, Wendel Silva. **Organização Mundial de Saúde: saúde suplementar como alternativa para a melhoria da saúde coletiva e iniciativas governamentais de regulação da suplementação**. Internationali negotia, diretoria acadêmica, área de saúde, Brasília, 2016. Disponível em: < <http://site.internationali.com.br/images/mib/OMS2016.pdf>>. Acesso em: 02 de nov. 2017.

FABRIZ, Daury Cesar. Federalismo, municipalismo e direitos humanos. **Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 77, n. 04, ano XXVIII, out./nov./dez. 2010.

FEIJÓ, Alexsandro Rahbani Aragão. **A Constituição brasileira de 1981 e o federalismo norte-americano**. In: CONPEDI. (Org.). **Sistema Jurídico e Direitos fundamentais individuais e coletivos**. 1ªed. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2012, v. 1, p. 11256-11274. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=e00da03b685a0dd1>>. Acesso em: 30 de jan. 2017.

FERNANDES, Jorge Ulisses Jacoby. **Tomada de Contas Especial: processo e procedimento na Administração Pública e no Tribunal de Contas**. 4. ed., rev. atual. e ampl. Belo Horizonte: Fórum, 2009.

FERNANDES, Jorge Ulisses Jacoby. Os limites do poder fiscalizador do Tribunal de Contas. **Revista de Informação Legislativa**, a. 36, n. 142, Brasília, abr./jul. 1999, p. 167-189. Disponível em: < <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/483/r142-15.PDF?sequence=4>>. Acesso em: 30 de out. 2017.

FERRARI, Regina Maria Macedo Nery. **Elementos de direito municipal**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1993.

FERREIRA, Patrésio Camilo. **Federalismo brasileiro**: considerações sobre a evolução e desenvolvimento do município no Brasil. 2010. 51f. Monografia. Curso de Direito. Universidade Vale do Rio Doce – Faculdade de Direito, Ciências Administrativas e Econômicas – FADE, Governador Valadares, Minas Gerais, 2010. Disponível em: <<http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Federalismobrasileiroconsideracoessobreavolucaoedesenvolvimentodomunicipionobrasil.pdf>>. Acesso em: 02 de mar. 2017.

FERREIRA, Waldemar Martins. **História do Direito Constitucional Brasileiro**. Brasília: Senado Federal Conselho Editorial, 2003.

FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Os caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

FREITAS, Hugo Maciel Tavares de. **Turismo médico**: a globalização da saúde. Dissertação. (Mestrado em Gestão e economia dos serviços de saúde). Faculdade de Economia da Universidade do Porto, Portugal, 2010. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70019/2/25037.pdf>>. Acesso em: 20 de jul. 2017.

FREITAS, Isabel Carmen Fonseca; et.al. Pesquisa qualitativa em saúde: um olhar inovador sobre a produção do conhecimento científico. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 04, p. 1001-1012, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n4/a2823.pdf>>. Acesso em: 12 de dez. 2017.

FURTADO, Celso. **O longo amanhecer**: reflexões sobre a formação do Brasil. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

GARCIA, Ronaldo Coutinho. PPA: **O que é e o que não pode ser**. In: Políticas Sociais: acompanhamento e análise, 2016. p. 431-456. Disponível em: <http://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_20_artigospecial.pdf>. Acesso em: 25 de out. 2017.

GEBARA, Gassen Zaki. O Constitucionalismo nos Estados Unidos da América: das Treze Colônias à República Federativa Presidencialista. **Revista Jurídica Unigran**, Dourados, MS, v. 12, n. 23, 2010. Disponível em: http://www.unigran.br/revista_juridica/ed_anteriores/23/artigos/artigo04.pdf . Acesso em: 02 de fev. 2017.

_____. (orgs). **Planejamento e orçamento governamental**. Vol. 2. Brasília: ENAP, 2006. Disponível em: <<http://neci.fflch.usp.br/sites/neci.fflch.usp.br/files/Colet%C3%A2nea%20Planejamento%20e%20Or%C3%A7amento%20ENAP%20-%20O%20ciclo%20or%C3%A7ament%C3%A1rio.pdf>>. Acesso em: 02 de ago. 2017.

GIOVANELLA, Lúgia; et.al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

GONÇALVES, Luciano Meni. O direito fundamental à saúde: do biopoder às audiências públicas de saúde como instrumento da democracia deliberativa. Porto Alegre, 2012.

GUERRA, Daniele Marie. **Descentralização e regionalização da assistência à saúde no estado de São Paulo: Uma análise do índice de dependência**. 2015. 209 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, 2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-16112015-112549/pt-br.php>>. Acesso em: 02 de jun. 2017.

GUIMARÃES, L. & GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**. 2004, Vol.16, n. 4, p.283-288.

HAMILTON; MADISON; JAY. **O Federalista**. Tomo Primeiro. Rio de Janeiro, 1840.

_____. **O Federalista**. Tomo Segundo. Rio de Janeiro, 1840.

_____. **O Federalista**. Tomo Terceiro. Rio de Janeiro, 1840.

HONORIO, Antônio Gonçalves. **Concretização do direito internacional tributário por meio da aplicação do federalismo como princípio estruturante da nova ordem internacional**. 2012. 104f. Dissertação (Mestrado em Direito Internacional Econômico). Pontifícia Universidade Católica de Brasília. Brasília/ DF, 2012. Disponível em: <<http://www.funag.gov.br/ipri/btd/index.php/10-dissertacoes/3679-concretizacao-do-direito-internacional-tributario-por-meio-da-aplicacao-do-federalismo-como-principio-estruturante-da-nova-ordem-internacional>>. Acesso em: 10 de jun. 2017.

HORNGREN, Charles T.; SUNDEM, Gary L.; STRATTON, William O. **Contabilidade Gerencial**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

HORTA, Raul Machado. As novas tendências do federalismo e seus reflexos na Constituição brasileira de 1988. **Revista do Legislativo**. jan./mar. 1999. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/export/sites/default/consulte/publicacoes_assembleia/periodicas/revistas/arquivos/pdfs/25/raul25.pdf>. Acesso em: 02 de dez. 2016.

HORTAL, María José Cervell. Pacientes en la Unión Europea: libertad restringida y vigilada. **Cuadernos de derecho transnacional**, v. 3, n. 2, p. 51-70, 2011. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3733935>. Acesso em: 26 dez. 2016.

IBAÑEZ, Nelson; et. al. (Orgs). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011.

KLEBA, Maria Elisabeth, Comerlato, Dunia, Munaretti Frozza, Kenia, Instrumentos e mecanismos de gestão: contribuições ao processo decisório em conselhos de políticas públicas. **Revista de Administração Pública – RAP**, n. 49, jul. – ago., 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=241039755011>> ISSN 0034-7612. Acesso em: 22 de out. 2017.

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

LEVESQUE, Jean-Frederic; et. al. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. **International Journal for Equity in Health**, mar. 2013. Disponível em: <<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>>. Acesso em: 22 out. 2017.

LIMONGI, Fernando Papaterra. “O Federalista”: remédios republicanos para males republicanos. In: WEFFORT, Francisco C. (org). **Os clássicos da política**. 10. ed. São Paulo: Ática, 1998. p. 242-255.

LIRA, Maria dos Remédios da Silva. **Avaliação do Acolhimento nas Unidades de Saúde da Família em São Luís – MA**. 2014. 99 fls. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste da Saúde da Família, Nucleadora universidade Federal do Maranhão). São Luís, 2014.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. **Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica**. In: GIOVANELLA, Lígia; et.al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

LOPES, Cesar. **Benefício Saúde: Reforma do Sistema de Saúde Americano – Transformações recentes no mercado americano podem ser replicadas no Brasil?** São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.towerswatson.com/assets/rh2020-new/TW-Sem-RH2020_CesarLopes-7mai15.pdf>. Acesso em: 20 de out. 2017.

LOUREIRO, João Carlos. Direito à (proteção da) saúde. In: **Revista da Defensoria Pública**. Edição Especial Temática sobre Direito à saúde, ano 01, n. 01, jul./dez. 2008.

LOEWENSTEIN, Karl. **Teoria de la Constituicion**. Espanha, Barcelona: Ariel, 1976.

LUZ, Madel Therezinha. **Saúde**: origens etimológicas do termo. In: Dicionário de Educação Profissional em Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sau.html>>. Acesso em: 20 de jul. 2017.

MARÓN, Manuel Fondevila; QUEIROZ, Fernanda Dayane dos Santos. Os Sistemas de Saúde no âmbito da União Europeia e a prática de turismo sanitário: breve análise sobre as repercussões trazidas para o bloco. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, Santa Maria, RS, v. 12, n. 2, p. 545-571, ago. 2017. ISSN 1981-3694. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistadireito/article/view/25714>>. Acesso em: 30 de out. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.5902/1981369425714>.

MARTINS, Flavia Bahia. **O direito fundamental à saúde no Brasil sob a perspectiva do pensamento constitucional contemporâneo**. 2008. 128f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.

MAZZA; et.al. Decisões judiciais e orçamento: um olhar sobre a saúde pública. **Revista de Direito Sanitário**, v. 14, n. 03, p. 42-65, nov. 2013/ fev. 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/75519/79077>>. Acesso em: 20 de ago. 2017.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito municipal brasileiro**. 13. ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2003.

MENDES, Áquilas. Direito como instrumento de efetivação (ou não) do direito à saúde no Brasil – Cenário dos desafios do direito à saúde universal brasileira. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 14, n. 02, p. 113-118, jul./out. 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/63994/66735>>. Acesso em: 20 de ago. 2017.

MICHAELIS. **Dicionário brasileiro da língua portuguesa**. Editora Melhoramentos LTDA, 2017. Disponível em <<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=munic%C3%ADpio>>. Acesso em: 05 de mar. 2017.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de. (Orgs). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MOREIRA, L. M. C., et.al. **Financiamento da Saúde**: uma análise da alocação dos recursos federais por região ampliada de saúde de Minas Gerais. Disponível em: http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/028.pdf. Acesso em: 24 mar. 2015.

MUKAI, Toshio. Competência dos entes federados na Constituição de 1988. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 184, p. 86-96, abr./jun. 1991. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/44314/47781>>. Acesso em: 20 de fev. 2017.

NEME, Eliana Franco; ARAUJO, Luiz Alberto David. O Federalismo como sistema de proteção dos direitos fundamentais. In: RAMOS, Paulo Roberto Barbosa (Org.). **Constituição e Federalismo no mundo globalizado**. São Luís: EDUFMA, 2011. p. 127-141.

NEVES, Margarida de Souza. Os cenários da República: o Brasil na virada do século XIX para o século XX. In: DELGADO, Lucília de Almeida Neves e FERREIRA, Jorge Luís (Orgs.). **Brasil Republicano**: Estado, sociedade civil e cultura política. O tempo do liberalismo excludente. Da Proclamação da República à Revolução de 1930. 1a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2003, v. 4. P. 14 a 44. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40994498/NEVES_Os_cenarios_da_republica.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1490646074&Signature=ly2AP11UAicnIU6GvRsLy%2BjMn0c%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DOs_cenarios_da_Republica_O_Brasil_na_vir.pdf>. Acesso em: 30 de jan. 2017.

NEVES, Luiz Antônio Pereira. **Pesquisa**: escolha do método. 2013. Disponível em: <http://www.joinville.udesc.br/sbs/professores/neves/materiais/Prof_Neves___Metodo_Cientifico.pdf>. Acesso em: 15 de novembro de 2013.

NOBLAT, Pedro Luiz Delgado; BARCELOS, Carlos Eduardo Klein; SOUZA, Bruno César Grossi de. **Orçamento Público**: conceitos básicos. Fundação Escola Nacional da Administração Pública, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2170/1/Or%C3%A7amento%20P%C3%ABablico%20Conceitos%20B%C3%A1sicos%20-%20M%C3%B3dulo%20%20%281%29.pdf>> Acesso em: 12 de ago. 2017.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Perspectivas críticas acerca da relação entre saúde e desenvolvimento com foco nos países BRIC**. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/AnaliseEconomica/article/view/26226/21541>>. Acesso em: 20 de jun. 2017.

OLIVEIRA FILHO, Roberto Gurgel de. Federalismo norte-americano: marco inicial ou desenvolvimento de um pensamento? **Revista Intertemas**, Toledo de Presidente Prudente/SP, v. 14, p. 185-198, nov./ 2009. Disponível em: <<http://intertemas.toledoprudente.edu.br/revista/index.php/INTERTEMAS/article/view/2738>>. Acesso em: 25 de jan. 2017.

OLIVEIRA, Tayanne Martins. A judicialização da saúde: atuação do Poder Judiciário para efetivação de garantia constitucional. **Revista Jus Navegandi**, Teresina, n. 2895, 2011, p.1

OMS. **Constituição da Organização Mundial de Saúde**. 1946. Disponível em: <http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>>. Acesso em: 02 de ago. 2017.

ONU. **Pacto Internacional de direitos econômicos, sociais e culturais**. 1966. Disponível em: <<http://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>>. Acesso em: 02 de ago. 2017.

OPAS. **Agenda de Salud para las Americas 2008-2017**. Washington, D.C.: OPAS, 2007. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf>. Acesso em: 03 de ago. 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. **Planejamento em saúde para não especialistas**. In: Campos, Gastão Wagner. Tratado de Saúde Coletiva, Revista HUCITEC. FIOCRUZ, 2006 p. 767-782. Disponível em: <<http://brasil.campusvirtualsp.org/sites/default/files/PLANEJAMENTO%20EM%20SAUDE%20PARA%20NAO%20ESPECIALISTA.pdf>> Acesso em: 21 de out. 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. Entrevista: “O maior desafio do Sistema Único de Saúde hoje, no Brasil, é político”. São Leopoldo: 2011. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos – IHU On-line**. Rio Grande do Sul, ed. n.º 376, 17 de out. 2011. Entrevista concedida a: Graziela Wolfart. Disponível em: < <http://www.ihuonline.unisinos.br/artigo/4120-jairnilson-paim-1>>. Acesso em: 25 de out. 2017.

PACÍFICO, Andrea Pacheco. Os federalismos brasileiro e estadunidense na construção da democracia. **Revista de Estudos Internacionais**, João Pessoa, PB, vol. 3, n. 01, 2012.

PEREIRA, Fabiana Augusta de Araújo. **Tributação indutora e ICMS: impactos da fiscal no federalismo brasileiro**. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015. Disponível em: < http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/14912/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20VF%20_%20Fabiana%20Augusta%20de%20Ara%C3%BAjo%20Pereira.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 de jan. 2017.

PÉREZ, Cristina Díaz; REBOLLO, Elena Chamorro. Influencia del turismo sanitario em la sostenibilidad financeira del sistema público de salud. **Revistas Derecho y salud**. v. 24, extra, 2014. Disponível em: <http://www.ajs.es/revista-derecho-y-salud/influencia-del-turismosanitario-en-la-sostenibilidad-financiera-del-sistema-publico-de-salud>. Acesso em: 30 out. 2017.

PIRES, Maria Coeli Simões. O município no federalismo brasileiro: constrangimentos e perspectivas. **Cad. Esc. Legisl.**, Belo Horizonte, v. 8, n. 13, p. 55-84, jan./dez. 2005.

PIRES, José Santo Dal Bem; MOTTA, Walmir Francelino. A evolução histórica do orçamento público e sua importância para a sociedade. **Revista Enfoque**, v. 25, n. 2, p. 16, 2006. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Enfoque/article/view/3491/3158>>. Acesso em: 02 de ago. 2017.

PIOLA, Sérgio Francisco; CAVALCANTE, Maria de Lourdes. **Sistema de saúde da Argentina**: aspectos gerais, reformas e relações com o setor privado. In: BIASOTO JR.; et. al. (Orgs.). **Regulação do Setor Saúde nas Américas: as relações entre o Público e o Privado numa abordagem sistêmica**. Série Técnica – Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_setor_saude_americas.pdf>. Acesso em: 20 de out. 2017.

POLIGNANO, Marcos Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-%5B16-030112-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 25 de jul. 2017.

PRADO, Ana Paula Barroso de Salles Paiva. **Direito fundamental à saúde**: direito social tratado como direito individual no Brasil. Dissertação (Mestrado Em Direito). Faculdade de Direito do Sul de Minas, Porto Alegre, Minas Gerais, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FERNANDO FALCÃO. **Portal da Transparência**. Disponível em: <<http://fernandofalcao.ma.gov.br/transparencia/>>. Acesso em: 14 de ago. 2017.

RABAT, Márcio Nuno. **A federação**: centralização e descentralização do poder político no Brasil. Consultoria Legislativa. Câmara dos Deputados. Estudo. Ago./2002. Disponível em: <<http://bd.camara.leg.br/bd/handle/bdcamara/1460>>. Acesso em: 22 de jan. 2017.

RAMOS, Edith Maria Barbosa. **Direito à saúde, direito à igualdade e universalidade**: uma análise de concepções de saúde e da atuação de organismos internacionais nas políticas públicas sanitárias na região das Américas. Tese (Doutorado em Políticas Públicas). Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, 2012.

RAMOS, Edith Maria Barbosa. **Universalidade do Direito à saúde**. São Luís: EDUFMA, 2014.

RAMOS, Edith Maria Barbosa; MIRANDA NETTO, Edson Barbosa de. O Federalismo e o Direito à saúde na Constituição Federal de 1988: limites e possibilidades ao estabelecimento de um autêntico federalismo sanitário cooperativo no Brasil. **Revista Jurídica UNICURITIBA**, vol. 04, n. 49, Curitiba, 2017, p. 304, 330. Disponível em: <<http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/2296/1426>>. Acesso em: 01 de dez. 2017.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. Federalismo: condições de possibilidade e características essenciais. In: RAMOS, P. R. B. (Org.). **Constituição e Federalismo no mundo globalizado**. São Luís: EDUFMA, 2011. p.11-23.

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

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. Brasília, DF: Unb, 1981.

RAWLS, John. Justiça como equidade: uma reformulação. Tradução Claudia Berliner. São Paulo: Martins fontes, 2003.

RESSINGER, Simone. **Aspectos controvertidos do direito à saúde na Constituição brasileira de 1988**. Dissertação. (Mestrado em Direito). Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

RIBEIRO, Weslley Carlos; JULIO, Renata Siqueira. Direito e sistemas públicos de saúde nas constituições brasileiras. **Revista Eletrônica NEJ**, v. 15, n. 03, p. 447- 460, set./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.univali.br/periodicos>>. Acesso em: 11 de ago. 2017.

RIBEIRO, Roberto Rivelino Martins. Orçamento Público da Saúde: um estudo do ciclo orçamentário no município de Maringá. Tese. (Doutorado em Administração Pública e Governo). Fundação Getúlio Vargas Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo, 2007.

REVERBEL, Carlos Eduardo Dieder. **O Federalismo numa visão tridimensional do Direito**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

RIOS, Ricardo Bahia. Resgatando a origem do federalismo moderno: o caso brasileiro e seus reflexos na gestão municipal. **Revista Caminhos da Geografia**, Uberlândia, v. 15, n. 52, p. 162-172, dez. 2014, Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/caminhosdegeografia/>>. Acesso em: 02 de mar. 2017.

ROCHA, Carmem Lúcia Antunes. **República e federação no Brasil**: traços constitucionais da organização política brasileira. Belo Horizonte: Del Rey, 1997.

RODRIGUES, Iteberê de Oliveira. Fundamentos Dogmático-jurídicos do sistema de repartição das competências legislativa e administrativa na Constituição Federal de 1988. **Revista Diálogo Jurídico**, Salvador, n. 15, jan./fev./mar. 2007. Disponível em: <http://www.direitopublico.com.br/pdf_seguro/ITIBERE.pdf>. Acesso em: 23 de jan. 2017.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Associação brasileira de pós-graduação em saúde coletiva, 1994.

SACARDO, Daniele Pompei; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; TANAKA, Oswaldo Oshimi. Novas perspectivas na gestão do sistema de saúde da Espanha. **Revista Saúde Soc**, v. 19, n. 01, p.170- 179, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n1/14.pdf>>. Acesso em: 01 de nov. 2017.

SALVADOR, Evilásio. **A distribuição da carga tributária**: quem paga a conta? Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38803466/artigo_a_distribuicao_da_carga_tributaria.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1505260581&Signature=5NxAtcJkuh%2BlaHz9Vh4dPHu%2F6q0%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DA_DISTRIBUICAO_DA_CARGA_TRIBUTARIA_QUEM.pdf> . Acesso em: 11 de ago. 2017.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

SANCHES, Osvaldo Maldonado. **O ciclo orçamentário**: uma reavaliação à luz da Constituição de 1988. In: GIACOMONI, James; PAGNUSSAT, José Luiz. Planejamento e orçamento governamental. V. 2, Brasília: ENAP, 2006.

SANTOS, Andrea Paula Pontes dos. **O federalismo cooperativo e a competência legislativa dos municípios em matéria ambiental na Constituição Federal de 1988**. Florianópolis: CONPEDI, 2016. p. 371, 389. Disponível em: <<https://www.conpedi.org.br/publicacoes/y0ii48h0/5ccav186/UYf4OOhIv7J1FEH0.pdf>>. Acesso em: 12 de ago. 2017.

SANTOS, Benevenuto. Federalismo e desenvolvimento urbano. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, ano 1, n. 1, jul. 2004. Disponível em: <<http://www.unifoa.edu.br/pesquisa/caderno/edicao/01/55.pdf>>. Acesso em: 20 de dez. 2016.

SANTOS, Ronaldo Alencar dos; ANDRADE, Priscilla Lopes. **A evolução histórica do federalismo brasileiro**: Uma análise histórico-sociológica a partir das Constituições Federais.

XXI Encontro Nacional do CONPEDI. 1ed. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2012, v. XXI, p. 8-14794. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=a424ed4bd3a7d6ae>>. Acesso em 30 de jan. 2017.

SANTIN, Janaína Rigo; FLORES, Deborah Hartmann. A evolução histórica do município no federalismo brasileiro, o poder local e o estatuto da cidade. **Revista Justiça do Direito**, v. 20, n. 1, Passo Fundo, 2006, p. 56-69. Disponível em: <<http://www.seer.upf.br/index.php/rjd/article/view/2176/1407>>.

SÃO LUÍS. D.O. São Luís. Diário Oficial do Município. **Lei Orgânica do Município de São Luís – MA**. Ano XXXIII, São Luís, 19 mar. 2012, n. 55, 32 p. Disponível em: <<http://saoluis.ma.leg.br/lei-organica/>>. Acesso em: 20 de out. 2017.

_____. **Lei nº 5.209 de 2009**. Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período de 2010-2013, e dá outras providências. 23 de dez. 2009. Prefeitura de São Luís. Disponível em: <https://slz.w3com.com.br/midias/anexos/1573_lei_n_5.209-_23.12.09_ppa.pdf> Acesso em: 10 de jul. 2017.

_____. **Lei nº 5.816 de 2013**. Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período de 2014-2017, e dá outras providências. 20 de dez. 2013. Prefeitura Municipal de São Luís. Disponível em: <https://slz.w3com.com.br/midias/anexos/1573_2014_-_2017.pdf>. Acesso em: 11 de jul. 2017.

_____. **Lei de Diretrizes Orçamentárias 2016**. Disponível em: <https://slz.w3com.com.br/midias/anexos/1575_ldo_2016-proj._de_lei_n_043.15-executivo-anexos.pdf>. Acesso em: 23 de out. 2017.

_____. **Lei Orçamentária Anual 2012**. Disponível em: <https://slz.w3com.com.br/midias/anexos/1647_001_anexos_ploa_2012_com_emendas.pdf>. Acesso em: 25 de out. 2017.

_____. **Lei Orçamentária Anual 2014**. Disponível em: <https://slz.w3com.com.br/midias/anexos/1647_loa_2014_-_lei__anexos.pdf> Acesso em: 25 de out. 2017.

_____. **Lei Orçamentária Anual 2015**. Disponível em: <https://slz.w3com.com.br/midias/anexos/1647_loa_2015__anexos.pdf>. Acesso em: 25 de out. 2017.

_____. **Lei Orçamentária Anual 2016**. Disponível em: <http://www.agenciasaoluis.com.br/midias/anexos/1575_loa_2016_completa_vf.pdf>. Acesso em: 29 de out. 2017.

SCALQUETTE, Ana Cláudia Silva. **Sistema Constitucional das Crises: os direitos fundamentais face a situações extremas**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2004.

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúde**. Pysis: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. 17, v. 01, p. 29-41, 2007.

SCHMITT, Carl. **Teoría de la Constitución**. Tradução de Francisco Ayala. 1. ed. 1. reimp. Madrid: Alianza Editorial, 1992.

SCHMITT, Carl. **O guardião da Constituição**. Trad. Geraldo de Carvalho. Belo Horizonte: Del Rey, 2007.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SINGH A., CHOKSHI M. A realização do direito à saúde por meio da cobertura universal de saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 15, n. 2, p. 13-29, jul./out. 2016, São Paulo. Disponível em: < <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/90110>>. Acesso em: 01 de nov. 2017.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 18. ed. São Paulo: Malheiros: 2000.

SILVA, Afrânio de Oliveira. **Federalismo, descentralização e política social: a política de assistência social nos municípios fluminenses**. Tese de Doutorado (Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade). Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: < http://r1.ufrrj.br/cpda/wp-content/uploads/2014/10/Tese_Completa19_11_14.pdf>. Acesso em: 12 de ago. 2017.

SILVA, Juliana Gomes da. **Orçamento Público em saúde: uma análise da EC 29/2000 nos estados brasileiros**. Monografia. (Bacharelado em gestão de Políticas Públicas). Universidade de São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.each.usp.br/flamori/images/TCC_Juliana_2011.pdf> Acesso em: 10 de ago. 2017.

SIQUEIRA, Luiza Noronha. **Estado Federal, Tributação e Autonomia dos entes federados: possibilidade de fortalecimento do federalismo pela centralização**. Dissertação (Mestrado em Direito). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2015. Disponível em: < <https://sapientia.pucsp.br/handle/handle/6863>>. Acesso em: 22 de dez. 2016.

SOUZA, Adalberto Pimentel Diniz. A mecânica do federalismo. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, a. 42, n. 165, jan./ mar. 2005.

SOUZA, Salviana Pastor Santos. Burocracia: notas interpretativas sobre os enfoques teóricos predominantes. **Revista de Políticas Públicas da UFMA**, v. 1, n. 1, 1995, São Luís, MA. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/viewFile/3713/1739>> . Acesso em: 10 de jul. 2017.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; SCATENA, João Henrique Gurtier. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, n. 10, v. 02, p. 47-74, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n2/05.pdf>> . Acesso em: 10 de out. 2017.

TAVARES, Iris Eliete Teixeira Neves de Pinho. O município brasileiro: sua evolução histórico constitucional. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 209, p. 169-187, jul./set. 1997. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/47050>> .

TEIXEIRA, Claudinéia Celestino. **Direito à saúde, repartição de competência dos entes federativos na assistência farmacêutica do SUS e a jurisprudência**. Monografia. (Graduação em Direito). Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <<http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/46241/84.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> . Acesso em: 10 de ago. 2017.

TEIXEIRA, Hugo Vocurca; TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do SIOPS. Ver. *Ciência e Saúde Coletiva*. V 08, n. 02, p. 379-381, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a05v08n2>>. Acesso em: 30 de out. 2017.

TOCQUEVILLE, Alexis de. **A democracia na América**: sentimentos e opiniões de uma profusão de sentimentos e opiniões que o estado social democrático fez nascer entre os americanos. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

TOSTES, Monica Curcio de Souza. **Pacto Federativo e a Política Sanitária municipal brasileira**: os casos do Rio de Janeiro e de Niterói pós 90. Dissertação (Mestrado em Ciência Política). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

TOWERS WATSON. **Os custos com a saúde continuam a crescer em todo o mundo**. Disponível em: < <https://www.towerswatson.com/pt-BR/Services/our-solutions/health-and-group-benefits>>. Acesso em: 20 de out. 2017.

TRIBUNAL de Contas do Estado do Maranhão. UTCEX 4 – Unidade Técnica de Controle Externo. SUCEX 13- Supervisão de controle Externo. Relatório de Instrução Técnica nº 5114/2014 ref. Ao Proc. nº 3952/2013.

TRIBUNAL de Contas do Estado do Maranhão. UTCEX 4 – Unidade Técnica de Controle Externo. SUCEX 14- Supervisão de controle Externo. Relatório de Instrução Técnica 13.601/2014 – UTCEX 4 – SUCEX, nº ref. Ao Processo nº 4365/2014

TRIBUNAL de Contas do Estado do Maranhão. UTCEX 4 – Unidade Técnica de Controle Externo. SUCEX 16- Supervisão de controle Externo. Relatório de Instrução Técnica nº 2752/2015 ref. Ao Processo nº 3892/2014.

TRIBUNAL de Contas do Estado do Maranhão. UTCEX 4 – Unidade Técnica de Controle Externo. SUCEX 14- Supervisão de controle Externo. Relatório de Instrução Técnica nº 369/2017 ref. Ao Processo nº 3629/2015.

TRIBUNAL de Contas do Estado do Maranhão. UTCEX 3 – Unidade Técnica de Controle Externo. SUCEX 16- Supervisão de controle Externo. Relatório de Instrução Técnica nº 3346 referente ao processo nº 3200/2015.

TRIBUNAL de Contas do Estado do Maranhão. UTCEX 4 – Unidade Técnica de Controle Externo. SUCEX 16- Supervisão de controle Externo. Relatório de Instrução Técnica nº 5946/2017 referente ao Processo nº 5107/2016.

UGÁ, Maria Alicia Domínguez; NORONHA, José Carvalho de. **O sistema de saúde dos Estados Unidos**. In: BUSS, PM.; LABRA; ME, orgs. *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 265 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/zngyg/pdf/buss-9788575414026-06.pdf>>. Acesso em: 05 de jun. 2017.

UNITED STATES. Supreme Court. **Texas v. White**, 74 U.S. 7 Wall. 700 700, 1868. Disponível em: <<https://supreme.justia.com/cases/federal/us/74/700/#annotation>>. Acesso em: 02 de jan. 2017.

VAZ, Marcelle S. *Federalismo, instituições políticas e sinergia estado-sociedade: entendendo processos e resultados do Programa Saúde da Família*. Dissertação (Mestrado em Ciência Política). Universidade de Brasília. Brasília, 2013.

VIANA, A.L.D. & LIMA, L.D. (orgs) **Regionalização e relações interfederativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro, 2011.

WAGNER, Richard E. **Competitive Federalism in Institutional Perspective**. 1999. Disponível em <http://mason.gmu.edu/~rwagner/Federalism.pdf> . Acesso em 12 de ago. 2017.

WHO. **Global Health Risks**: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO, 2009.

WEBER, M. **Economia e Sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva. Brasília:EdUnb, 1991.

WEBER, M. **Os fundamentos da organização burocrática**: uma construção de tipo ideal. In: CAMPOS, E. (Org.), *Sociologia da burocracia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

WEBER, M. **Ensaio de sociologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1982.

ZAGURSKI, Adriana Timoteo dos Santos; PAMPLONA, Danielle Anne. Judicialização da saúde e orçamento público. **Revista de Direito UNISC**. n. 48, p. 92- 117, jan./abri. 2016. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/6498-31510-1-pb.pdf>. Acesso em: 10 de ago. 2017.