

*Pós-Doutora em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ/Brasília/DF. Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão. Mestre em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais. Graduada em Direito pela Universidade Federal do Maranhão. Professora do Departamento de Direito da Universidade Federal do Maranhão. Professora e Vice-Coordenadora do Mestrado em Direito e Instituições do Sistema de Justiça da Universidade Federal do Maranhão. Coordenadora do Núcleo de Estudos em Direito Sanitário (NEDISA/UFMA). Professora e Pesquisadora da Universidade Ceuma. Professora do IMEC. E-mail: edithramosadv@yahoo.com.br

**Possui Graduação em Direito pela Universidade Federal do Maranhão (1992), Mestrado em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina (1997), Doutorado em Direito Constitucional pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2001) e Pós-Doutorado em Direito Constitucional pela Universidade de Granada - Espanha (2010/2011). É Professor Titular do Departamento de Direito da Universidade Federal do Maranhão, Coordenador do Núcleo de Estudos de Direito Constitucional dessa mesma instituição, Professor Pesquisador do Centro Universitário do Maranhão e Promotor de Justiça de Controle Externo da Atividade Policial do Ministério Público do Estado do Maranhão. E-mail: paulo.rbr@ufma.br

***Mestra em Direito da UFMA. Pós-Graduada em Direito Público pela Universidade Estácio de Sá/CERS. Professora da Universidade Dom Bosco - UNDB. Advogada inscrita nos quadros da OAB/MA. Graduada em Direito pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA - 2015). E-mail: fernandadayane.queiroz@gmail.com

O FEDERALISMO SANITÁRIO BRASILEIRO: ANÁLISE DA AUTONOMIA DO ENTE MUNICIPAL E A REPERCUSSÃO PARA O DIREITO SANITÁRIO

BRAZILIAN SANITARY FEDERALISM: ANALYSIS OF THE MUNICIPAL ENTITY AND THE IMPACT ON HEALTH LAW

Edith Maria Barbosa Ramos*
Paulo Roberto Barbosa Ramos**
Fernanda Dayane dos Santos Queiroz***

Como citar: RAMOS, Edith Maria Barbosa; RAMOS, Paulo Roberto Barbosa; QUEIROZ, Fernanda Dayane dos Santos. O federalismo sanitário brasileiro: Análise da autonomia do ente municipal e a repercussão para o Direito Sanitário. **Revista do Direito Público**, Londrina, v.15, n. 3, p. 180-201, dez. 2020. DOI: 10.5433/24157-108104-1.2020v15n3p. 180. ISSN: 1980-511X.

Resumo: O Estado tem dificuldades para realizar a efetivação do direito à saúde, visto que existem problemas envolvendo distribuição de competências – especialmente em razão da configuração do nosso federalismo cooperativo - e a finitude dos recursos – o que dificulta a garantia da universalidade do direito. Com este artigo pretendeu-se avaliar a configuração do federalismo sanitário a partir da distribuição de recursos direcionados aos municípios. A partir dessa investigação, buscou-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. Por fim, pretendeu-se identificar em que medida se pode falar em federalismo de saúde visto que as economias dos municípios do país são mantidas por transferências de recursos da saúde provenientes da União. Como metodologia, realizou-se abordagem qualitativa, devido o vínculo essencial existente entre o material em estudo e o tema em questão. No que diz respeito aos procedimentos técnicos, utilizou-se a pesquisa bibliográfica e documental.

Palavras-chave: Direito à saúde. Federalismo cooperativo. Federalismo de saúde. Município.

Abstract: The State has difficulties guaranteeing the right to health, since there are problems involving the distribution of

competences - especially due to the configuration of our cooperative federalism - and the finitude of resources - which makes it difficult to guarantee the universality of this right. This paper evaluates the configuration of sanitary federalism from the distribution of resources directed to municipalities. From this investigation, this study tries to understand the Brazilian 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. Finally, this research identifies the extent to which health federalism can be mentioned as the economies of the municipalities of the country are maintained by transfers of health resources from the Union. As a methodology, a qualitative approach was performed due to the essential link between the material under study and the theme in question. Regarding the technical procedures, bibliographic and documentary research were used.

Keywords: Right to health. Cooperative Federalism. Federalism of health. County

INTRODUÇÃO

A Constituição da República 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 por meio 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.

Arrette (2005) 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, resquícios da configuração da forma de estado unitário, anterior à Constituição da República de 1988.

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

Desse modo, com este artigo, pretendeu-se compreender o direito à saúde enquanto direito inserido na configuração federalista brasileira, abordando, inicialmente, aspectos históricos em nível mundial, e, por fim, discutir a condição do Brasil no que se refere ao Sistema de Saúde adotado, dito único, universal, equânime, regulamentado constitucionalmente. Tem-se o intuito de situar o direito à saúde no federalismo brasileiro, realizando a discussão sobre a repartição de competências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como analisar a atribuição de responsabilidades de saúde de cada ente federativo, a qual se dá de forma solidária.

Como metodologia, realizou-se abordagem qualitativa, devido o vínculo essencial existente entre o material em estudo e o tema em questão. Segundo Gustin, Dias (2013) a pesquisa com abordagem qualitativa estuda os dados buscando seu significado, tendo como base a forma como se percebe o fenômeno do federalismo sanitário dentro do contexto do Estado brasileiro. Assim, ao utilizar a descrição qualitativa procura-se analisar não só os aspectos aparentes do fenômeno, como também seus aspectos formadores, buscando explicar sua origem, relações e mudanças, e tentando intuir as consequências.

A pesquisa, quanto aos objetivos, foi desenvolvida de forma a buscar na bibliografia disponível o estado da arte da relação entre o direito à saúde, o federalismo e a divisão de recursos

públicos no Brasil. Para Gustin, Dias (2013, p 24):

A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento. Segundo os autores, a pesquisa qualitativa supõe o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada via de regra, por meio do trabalho intensivo

No que diz respeito aos procedimentos técnicos, utilizou-se a pesquisa bibliográfica e documental. Gustin, Dias (2013, p. 40) destaca que a pesquisa bibliográfica, em suma, é todo trabalho científico, porquanto toda pesquisa deve ter o apoio e o embasamento na pesquisa bibliográfica para que não se desperdice tempo com um problema que já foi solucionado e possa chegar a conclusões inovadoras.

Portanto, resta claro que a pesquisa bibliográfica não é uma simples catalogação de tudo o que já foi escrito a respeito do tema, mas sim uma busca minuciosa de informações que se possa analisar de forma profunda o problema proposto, de modo que se chegue a uma resposta inovadora para o tema, mesmo que não seja uma resposta conclusiva, mas que sirva como meio para levar o leitor à refletir sobre a temática proposta.

Por seu turno, a análise documental é indispensável na medida em que é realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos. Desta feita, a análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

1 FEDERALISMO SANITÁRIO: CONCEITUAÇÃO E ASPECTOS HISTÓRICOS

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 e Elias (2010), 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).

De acordo com a Constituição da República de 1988, os municípios são unidades autônomas (SILVA, 2017, p. 640), no entanto, suas competências são muito limitadas e suas atribuições da gestão das políticas sociais são realizadas, em geral, no interesse da União. Esse

contexto acaba por instaurar um círculo vicioso entre União, Estados e Municípios, pois os recursos para programas sociais são, não raro, utilizados como instrumento de barganha na submissão do poder político municipal às entidades federativas centrais. Nas palavras de Arretche (2005, p. 115): “a responsabilidade pública pela gestão de políticas sociais passou a ser um dos elementos da barganha federativa”. A partir desses pressupostos objetiva-se analisar os aspectos conceituais e os aspectos históricos do federalismo sanitário no Brasil.

1.1 Aspectos conceituais de federalismo sanitário

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 (1995, p. 23) nenhum texto constitucional se refere explicitamente à saúde como integrante do pacto federativo até a promulgação da Constituição da República de 1988.

A Constituição da República de 1988 adotou o conceito de saúde que engloba tanto a ausência de doença, quanto o bem-estar (DALLARI, 1995, p. 30). De acordo com Ribeiro e Julio (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.

Porém, nem sempre este foi o entendimento nacional do que representa o direito à saúde, conforme passaremos a analisar.

1.2 Aspectos históricos do federalismo sanitário no Brasil

No Brasil 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 dos poucos 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 filantrópicas (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, à segurança, e saude dos Cidadãos” (BRASIL, 1824) e também no inciso XXXI, dispondo o seguinte: “A Constituição tambem garante os soccorros públicos” (BRASIL, 1824).

Ribeiro e Julio (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 país 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 assolou 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, passa a vigorar a lei nº 1.261, 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 ocorrera 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, foi promulgado 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 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, foi garantido o 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 Carvalho e Pinto (2010):

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 e Julio (2010) que embora negasse a efetividade aos Direitos Fundamentais, trouxe em seu artigo 16, inciso XXVII, a determinação que era competência da União legislar privativamente sobre normas de defesa e proteção da saúde, com destaque para a saúde da criança (BRASIL, 1937).

Além disso, a Constituição de 1937 estendeu os benefícios da previdência a todas as categorias do operariado urbano, iniciou 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).

Por sua vez, 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; JULIO, 2010). Depreende-se, portanto, o forte centralismo da União.

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, desdobramento do Ministério da Saúde e Educação, de 1930. No entanto, conforme acusa Carvalho e Pinto (2010) 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, 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 do regime militar, 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 militar 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 Sistema Único de Saúde (SUS). Sobre o período que antecedeu a criação do SUS, se manifesta Carvalho (2013, p. 9):

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.

Destaca-se 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. Sobre os impactos do pensamento neoliberal na saúde, afirma Almeida (2012) que a crítica ao 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.

Pode-se afirmar que o processo de reforma do sistema de saúde brasileiro está articulado à intensa transformação da sociedade no período militar, principalmente nos anos 80, quando ocorreu a transição para o governo civil. Após a instituição do governo civil, criação e implementação do SUS, em 1990, a reforma passa a sofrer obstáculos, pela submissão da política social e de saúde aos que apregoavam ajustes macroeconômicos e 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).

Escorel (1999) afirma que a implementação da reforma se deu 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.

Dourado e Elias (2010) afirmam que em 1990, passava-se por uma Reforma de Estado, nos moldes do Consenso de Washington¹, 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.

Somente a partir de 2000, de acordo com o que afirmam Elias e Dourado (2010) se viveu 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. Diante desses pressupostos históricos, no próximo capítulo, pretende-se desenvolver observações sobre a criação e vigência do SUS no âmbito do federalismo sanitário no Brasil, a partir da análise das normas constitucionais e legais.

2 A CRIAÇÃO E VIGÊNCIA DO SUS NO CONTEXTO DO FEDERALISMO SANITÁRIO BRASILEIRO: A GARANTIA LEGAL E CONSTITUCIONAL DE AUTONOMIA AOS ENTES FEDERADOS

A Constituição da República 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 diretrizes²,

1 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.

2 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), intersectorialidade (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).

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.

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”.

Mesmo depois da Constituição da República 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 e Elias (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, 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 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 e Andrade (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 entanto, mesmo diante das críticas apresentadas por Andrade e Andrade (2010), deve-se reconhecer a excelente arquitetura do SUS, estruturado a partir de normas constitucionais e *densificado* com a musculatura infraconstitucional. Para que se possa compreender essa estrutura, passa-se a uma análise mais detalhadas das principais normas de regulamentação do sistema de saúde no Brasil, bem como a repartição de competências e a responsabilidade solidária dos entes federativos.

1.1 A normativa infraconstitucional do Sistema Único de Saúde Brasileiro

Além da Constituição da República, o SUS tem regulação por leis próprias, quais sejam: 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.

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.

Mesmo assim, ainda no 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), o que teve como consequência o fato de privilegiar o financiamento

da Assistência hospitalar e ambulatorial.

Somente em 1996, com a criação da NOB de 1996, que houve maior preocupação com a repartição de recursos para os entes municipais, visto que se considerou 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.

A partir de então, entendeu-se que, com a maior proximidade entre os beneficiários da política de saúde e o ente gestor, seria 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.

Já em meados dos anos 2000, passou-se 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 se passou 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).

Atualmente, com fulcro no disposto na Constituição da República, nas legislações supramencionadas, Normas de Operação e Decretos, o 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.

1.2 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 da República 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 da República 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.

Embora a Constituição da República 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 16, 17 e 18, determinam o que compete às direções nacionais, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde.

Depreende-se que o SUS é estruturado em um sistema complexo, mas que há a definição das atribuições dos três entes federativos. Além disso, muitas ações são de competência solidária, muito embora, 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, o Poder Judiciário, muitas vezes, desconsidera as normas jurídicas legais e infralegais 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 (2015) 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 (2015) que somente quando não existir políticas públicas específicas, aplica-se a regra da solidariedade institucional ou sistêmica do art. 23, II, da Constituição da República, 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 de a 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 (2008):

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 (2016) 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 mesmo autor, 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 (TEIXEIRA, 2016).

CONCLUSÃO

O presente artigo abordou o federalismo sanitário no Brasil, de modo que, inicialmente, tratou-se sobre o direito à saúde, em que é importante destacar que, por muito tempo, a saúde no Brasil estava mais voltada a atender as pessoas que contribuíam formalmente ao sistema, ou seja, que possuíam vínculos empregatícios. Aos considerados pobres e indigentes, o atendimento era precário, realizado pelas Santas Casas, que vivia em superlotação.

Em 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 sistemas de saúde do mundo, que possui como características, a universalidade, a integralidade, qual seja: o SUS.

Porém, apesar de muito bem pensado, o SUS, conforme traz Campos (2007), 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 e Elias (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.

Campos (2007), acredita 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.

De acordo com Ramos e 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 República 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 Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira - 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.

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, para que sejam garantidos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, tais como a vida, dignidade e saúde

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.

Por outro lado, há o problema do enquadramento em responsabilização solidária dos três entes federativos, o que, ao primeiro momento pode ser visto como interessante e vantajoso ao cidadão que pleiteia o direito, contudo pode ocasionar efeitos negativos ao 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.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ALMEIDA, Célia. **Reforma de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados**. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 3101-3103.

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**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 61-74, 2010.

ARRETCHE, Marta. Quem taxa e quem gasta: A barganha federativa na federação brasileira. **Revista Sociologia Política**, Curitiba, n. 24, p. 69-85, jun. 2005.

BARROSO, Luis Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. 20. Disponível em < <https://migalhas.uol.com.br/depeso/52582/da-falta-de-efetividade-a-judicializacao-excessiva--direito-a-saude--fornecimento-gratuito-de-medicamentos-e-parametros-para-a-atuacao-judicial>>. Acesso em 17 ago 2017.

BATISTA, Paulo Nogueira. **O Consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas latino-americanos**, 1994.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2008

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 mar. 2017.

BRASIL. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 10 de Novembro de 1937**. Brasília, DF: Presidência da República, 1937. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm. Acesso em: 17 ago 2017.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 20 mar. 2017.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 72, de 21 de Novembro de 1966**. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. Brasília, DF: Presidência da República, 1966. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/del0072.htm. Acesso em: 12 jun. 2018.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção,

proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 5 fev. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 16 ago. 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. Cuiabá: Conselho Estadual de Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2163/livros>. Acesso em: 22 jul. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Revista de Estudos Avançados**, São Paulo, 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. **Horizonte Científico**, Uberlândia, v. 4, n. 2, jan. 2010. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/article/view/4402>. Acesso em: 22 jul. 2017.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 4 ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2001.

DALLARI, Sueli. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

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. 1, p. 204-211, 2010.

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**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, 2015. Disponível em: <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2801/1531>. Acesso em: 10 ago. 2017.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

FINKELMAN, Jacobo (org.). **Os caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

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, 2015. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-16112015-112549/pt-br.php>. Acesso em: 2 jun. 2017.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa. DIAS, Maria Tereza Fonseca. **(Re) pensando a pesquisa jurídica: teoria e prática**. 4. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2013.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, EPU, 1986.

OLIVEIRA, Tayanne Martins. A judicialização da saúde: atuação do Poder Judiciário para efetivação de garantia constitucional. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, n. 2895, 2011.

POLIGNANO, Marcos Vinicius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural**, Belo Horizonte, v. 35, 2001. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-%5B16-030112-SES-MT%5D.pdf>. Acesso em: 25 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. Disponível em: <https://www.fdsu.edu.br/mestrado/arquivos/dissertacoes/2012/01.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2017.

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**, Curitiba, v. 4, n. 49, p. 304-330, 2017. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/2296/1426>. Acesso em: 1 dez. 2017.

RIBEIRO, Weslley Carlos; JULIO, Renata Siqueira. Direito e sistemas públicos de saúde nas constituições brasileiras. **Revista Eletrônica NEJ**, Itajaí, v. 15, n. 3, p. 447-460, set./dez. 2010. Disponível em: <http://www.univali.br/periodicos>. Acesso em: 11 ago. 2017.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 41. ed. São Paulo: Malheiros, 2017.

TEIXEIRA, Claudinéia Celestino. **Direito à saúde, repartição de competência dos entes federativos na assistência farmacêutica do SUS e a jurisprudência**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016. Disponível em: <http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/46241/84.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 ago. 2017.

VAZ, Marcelle S. **Federalismo, instituições políticas e sinergia estado-sociedade: entendendo processos e resultados do Programa Saúde da Família**. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

Como citar: RAMOS, Edith Maria Barbosa; RAMOS, Paulo Roberto Barbosa; QUEIROZ, Fernanda Dayane dos Santos. O federalismo sanitário brasileiro: Análise da autonomia do ente municipal e a repercussão para o Direito Sanitário. **Revista do Direito Público**, Londrina, v. 15,

n. 3, p. 180-201, dez. 2020. DOI: 10.5433/24157-108104-1.2020v15n3p. 180. ISSN: 1980-511X.

Recebido em: 06/08/2019.

Aprovado em: 16/09/2019.