

**XXVII ENCONTRO NACIONAL DO  
CONPEDI SALVADOR – BA**

**CONSTITUIÇÃO E DEMOCRACIA II**

**CLEIDE CALGARO**

**MÁRCIA RODRIGUES BERTOLDI**

**PAULO ROBERTO BARBOSA RAMOS**

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

#### **Diretoria – CONPEDI**

**Presidente** - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina

**Vice-presidente Centro-Oeste** - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás

**Vice-presidente Sudeste** - Prof. Dr. César Augusto de Castro Fiuza - UFMG/PUCMG – Minas Gerais

**Vice-presidente Nordeste** - Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS – Sergipe

**Vice-presidente Norte** - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará

**Vice-presidente Sul** - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul

**Secretário Executivo** - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - Unimar/Uninove – São Paulo

#### **Representante Discente – FEPODI**

Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo

#### **Conselho Fiscal:**

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro

Prof. Dr. Aires José Rover - UFSC – Santa Catarina

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP – São Paulo

Prof. Dr. Marcus Firmino Santiago da Silva - UDF – Distrito Federal (suplente)

Prof. Dr. Ilton Garcia da Costa - UENP – São Paulo (suplente)

#### **Secretarias:**

##### **Relações Institucionais**

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - IMED – Santa Catarina

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR – Ceará

Prof. Dr. José Barroso Filho - UPIS/ENAJUM – Distrito Federal

##### **Relações Internacionais para o Continente Americano**

Prof. Dr. Fernando Antônio de Carvalho Dantas - UFG – Goiás

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão

##### **Relações Internacionais para os demais Continentes**

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo

Profa. Dra. Maria Aurea Baroni Cecato - Unipê/UFPB – Paraíba

#### **Eventos:**

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch (UFSM – Rio Grande do Sul)

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho (Unifor – Ceará)

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta (Fumec – Minas Gerais)

#### **Comunicação:**

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro (UNOESC – Santa Catarina)

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho (UPF/Univali – Rio Grande do Sul)

Dr. Caio Augusto Souza Lara (ESDHC – Minas Gerais)

**Membro Nato** – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP – Pernambuco

---

C755

Constituição e democracia II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/ UFBA

Coordenadores: Cleide Calgario; Márcia Rodrigues Bertoldi; Paulo Roberto Barbosa Ramos – Florianópolis: CONPEDI, 2018.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-583-6

Modo de acesso: [www.conpedi.org.br](http://www.conpedi.org.br) em publicações

Tema: Direito, Cidade Sustentável e Diversidade Cultural

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Assistência. 3. Isonomia. XXVII Encontro Nacional do CONPEDI (27 : 2018 : Salvador, Brasil).

CDU: 34



# XXVII ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI SALVADOR – BA

## CONSTITUIÇÃO E DEMOCRACIA II

---

### **Apresentação**

O Grupo de Trabalho Constituição e Democracia II foi realizado durante o XXVII Encontro Nacional do CONPEDI, ocorrido de 13 a 16 de julho de 2018 na Universidade Federal da Bahia, em Salvador/BA, reunindo pós-graduandos e professores de diversas instituições do Brasil, os quais apresentaram e submeteram à análise de seus pares trabalhos com temáticas voltadas ao Direito Público, com ênfase em Constituição, Democracia e Direitos humanos.

Especificamente, os trabalhos apresentados abordaram federalismo e direito à saúde; demandas sócio-políticas por reconhecimento dos direitos dos LGBTI; amparo constitucional do idoso; o instituto do referendo em perspectiva comparada; controle de constitucionalidade dos atos normativos frente à lei orgânica municipal; proteção ambiental; o novo constitucionalismo latino-americano; isenções tributárias; liberdade de informação jornalística; democracia e direitos humanos; o papel do STF e da democracia; ativismo judicial e democracia participativa, para citar alguns.

Todas as discussões travadas voltaram-se a uma profunda reflexão sobre o atual estágio de desenvolvimento do estado democrático de direito no Brasil, propondo sugestões para a garantia mais efetiva dos direitos fundamentais dos cidadãos.

Em sendo assim, entendemos como importante a leitura dos trabalhos apresentados e agora disponibilizados em formato digital, na medida em que se constitui em mais uma ferramenta para compreender e avançar no nosso atual estágio democrático.

Profa. Dra. Márcia Rodrigues Bertoldi – UFPEL

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos – UFMA

Profa. Dra. Cleide Calgaro – UCS

Nota Técnica: Os artigos que não constam nestes Anais foram selecionados para publicação na Plataforma Index Law Journals, conforme previsto no artigo 8.1 do edital do evento. Equipe Editorial Index Law Journal - [publicacao@conpedi.org.br](mailto:publicacao@conpedi.org.br).

# **FEDERALISMO E SAÚDE: DESCENTRALIZAÇÃO E A POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE**

## **FEDERALISM AND HEALTH: DECENTRALIZATION AND MUNICIPAL HEALTH POLICY**

**Paulo Roberto Barbosa Ramos <sup>1</sup>  
Jaqueline Prazeres de Sena**

### **Resumo**

O objetivo deste artigo é promover uma análise da importância do federalismo para a efetivação do direito à saúde e repensar as implicações de um sistema federal brasileiro na política municipal de saúde. O presente estudo utiliza o método explicativo, buscando não apenas registrar os fenômenos e fatos relativos ao federalismo e a sua implicação na política municipal de saúde, mas também analisar, interpretar e identificar as problemáticas inerentes a esta relação.

**Palavras-chave:** Direito à saúde, Federalismo, Política municipal de saúde, Descentralização, Política nacional de atenção básica da saúde

### **Abstract/Resumen/Résumé**

The objective of this article is to promote an analysis of the importance of federalism for the realization of the right to health and to rethink the implications of a Brazilian federal system in municipal health policy. The present study uses the explanatory method, seeking not only to register the phenomena and facts related to federalism and its implication in the municipal health policy, but also to analyze, interpret and identify the inherent problems of this relation.

**Keywords/Palabras-claves/Mots-clés:** Right to health, Federalism, Municipal health policy, Decentralization, National policy of basic health care

---

<sup>1</sup> Doutor em Direito Constitucional (PUC/SP). Pós-Doutor em Direito Constitucional (Universidade de Granada /ES).

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988 possui, como um de seus traços marcantes, o extenso rol de direitos fundamentais listados logo em seus primeiros artigos. Dentre eles, o direito à saúde destaca-se por ter recebido atenção ímpar da Assembleia Constituinte de 87/88, com a garantia explícita que deve ser assegurado a todos as pessoas que estiverem em território brasileiro independentemente de qualquer contrapartida. (RAMOS, MIRANDA NETO, 2017)

Compreende-se que o estabelecimento pelo Constituinte do direito à saúde como dever do Estado implica no reconhecimento de que as três esferas federativas (federal, estadual e municipal) passam a dividir a competência comum de assegurá-lo, conforme disposto no art. 23 da CF de 1988: “Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: [...] II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;” (BRASIL, 1988, não paginado, grifos nossos). Deve-se ressaltar que a CF de 1988 instituiu o SUS como o sistema responsável pela promoção das ações e serviços públicos de saúde, devendo fazê-lo diretamente ou através de terceiros, conforme previsto expressamente em seu art. 197. (RAMOS, MIRANDA NETO, 2017)

Nos debates sobre a relação entre federalismo e políticas públicas, a temática da descentralização do sistema de saúde, vem ganhando enorme destaque nos âmbitos políticos e acadêmicos. Além disso, as discussões sobre as ações envolvendo os entes federativos, sobretudo, as municipais, vêm ocupando espaço cada vez maior nas agendas políticas.

O objetivo deste artigo é promover uma análise da importância do federalismo para a efetivação do direito à saúde e repensar as implicações de um sistema federal brasileiro na política municipal de saúde.

No primeiro momento, discorre-se sobre a evolução histórica da ideia de federalismo, destacando-se algumas mudanças que solidificaram o sistema federal ao longo dos tempos.

No segundo momento, a discussão transita em torno da relação entre federalismo e saúde, colocando em destaque, a descentralização e a Política Nacional de Atenção Básica da Saúde. Pensa-se, neste momento, nas implicações da Política Municipal de Saúde, conforme prevê o Pacto Federativo e as diretrizes criadas pelo Departamento de Atenção Básica da Saúde. Destaca-se a importância da participação dos municípios na efetivação do direito à saúde, mas por outro lado, constata-se a ineficiência da administração pública municipal na realização de algumas medidas no sentido de promover uma política de assistência à saúde mais condizente com as necessidades locais.

O ponto de partida para essa discussão é a convicção de que a compreensão da política de saúde exige colocá-la no âmbito do federalismo, tendo em vista as implicações das relações que os entes federados estabelecem entre si na repartição de competências, na coordenação e no financiamento das políticas públicas de saúde.

Almeida (2000, p. 152) afirma que “a descentralização das políticas públicas não tem o mesmo ritmo entre os diferentes estados e municípios, nem teve sua implementação completamente definida e articulada entre os três níveis de governo.” Esse fato é explicado pela própria complexidade dos processos de descentralização, os quais podem resultar da distribuição ou transferência de funções e recursos de um nível de governo central para subgovernos ou da definição do uso de recursos centralizados em funções a serem executadas por outros níveis de governo.

Por essa razão, o presente estudo utiliza o método explicativo, buscando não apenas registrar os fenômenos e fatos relativos ao federalismo e a sua implicação na política municipal de saúde, mas também analisar, interpretar e identificar as problemáticas inerentes a esta relação. Assim a pesquisa exigiu um grande investimento em síntese e reflexão do objeto estudado, com a identificação dos fatores que contribuíram para o aprofundamento crítico da temática. Como procedimentos técnicos metodológicos utilizou-se levantamento bibliográfico e documental.

## **2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO FEDERALISMO**

O termo federal surge do latim *foedus*, quer dizer pacto ou aliança. Diante desta concepção, o Estado Federal é entendido, em termos amplos, como uma união de Estados. Segundo Montesquieu (1996) essa forma de governo é uma convenção segundo a qual vários corpos políticos consentem em se tornar cidadãos de um Estado maior que pretendem formar. É uma sociedade de sociedades, que formam uma nova sociedade, que pode crescer com novos associados que se unirem a ela.

No entanto, no decorrer da história, chega-se a uma definição contemporânea de federalismo, apresentando-o como um sistema de governo no qual o poder é dividido entre o governo central (a União) e os governos regionais. É oportuno esclarecer, deste modo, que um Estado se encontra voltado para questões internas e não, necessariamente, externas, buscando alcançar a convivência entre as unidades políticas.

Por outro lado, a análise histórica acerca da federação teve como função o direcionamento da correta compreensão sobre este instituto, apresentando os processos de

permanências e mudanças que ocorreram no tempo e no espaço. Almeja-se com isso, compreender a construção e a reconstrução da teoria do federalismo, sob o aspecto histórico e político, demonstrando a sua importância para evolução das organizações políticas.

A maioria dos teóricos políticos converge ao afirmar que o primeiro Estado federal surgiu no século XVIII, mais precisamente, a partir da Constituição dos Estados Unidos da América de 1787. Com a declaração da independência em 1776 as treze colônias americanas conseguiram a sua autonomia e se transformaram em Estados soberanos. Entretanto, devido às semelhanças em relação aos costumes, tradições e histórias entre as ex-colônias e considerando que as províncias estavam ligadas às leis, à linguagem e à religião, juntaram-se e formaram a chamada Confederação. Sobre o modelo confederativo afirma Ramos (p. 2011)

É preciso dizer que se trata de uma forma de organização do poder político por meio da qual estados independentes se unem, utilizando-se de um Tratado Internacional, para garantir principalmente sua segurança e prosperidade, o que faz da confederação uma entidade jurídico-internacional, o que não quer dizer que os Estados que a formam não preservem a sua soberania perante as outras nações e diante da própria confederação, da qual inclusive podem se separar quando considerarem conveniente.

Segundo os Artigos da Confederação, considerados como o primeiro documento de governo dos Estados Unidos da América, cada Estado seria responsável pelo seu próprio governo, podendo criar impostos e leis próprias. No entanto, as decisões proferidas pela confederação, o que a torna diferente da federação, não recaem sobre os cidadãos dos Estados que a compõem, uma vez que deverão estar vinculadas ao próprio sistema estatal (RAMOS, 2011). Devido à ausência de cumprimento mínimo às regras que regulavam a confederação, contribuindo para falência deste modelo, torna-se necessária a criação de um modelo dotado de maior poder coercitivo e rigidez do laço de união.

Desta forma, a revolta com o modelo da Confederação unido ao trauma da dominação inglesa levou a adoção de um novo modelo de Estado, mais eficiente em traduzir a segurança jurídica, política e econômica que os americanos queriam.

No ano de 1787 é realizada a Convenção da Filadélfia, cujo objetivo é rever os artigos da Confederação. Como se sabe, foi apresentada ao Congresso uma proposta para adoção do modelo federalista, que foi referendada em 28 de setembro de 1787. O federalismo, fruto da experiência norte-americana no período compreendido entre 1776 e 1787, teve a sua teorização atribuída a James Madison, Alexander Hamilton e John Jay, autores da obra “Os Artigos Federalistas”. Segundo Abbrucco e Soares (2001)

A obra “O Federalista” define os principais alicerces teóricos do federalismo, sistema que buscava compatibilizar os desideratos de união e de autonomia regional. A

Constituição norte-americana de 1787 foi, em grande parte, a institucionalização destes ensaios. Esse novo sistema de organização territorial do poder emergido consistiu em instituir uma dupla soberania política, com a distribuição do poder político entre duas esferas territoriais de poder: o Governo Central (União) e as unidades constituintes (estados). A teoria do sistema era criar uma engenharia institucional que não só promoveu a divisão do poder, como garantiu a autonomia das duas esferas federais através de um mecanismo de *checks and balances*, no qual as instituições políticas se limitavam umas às outras, propiciando o equilíbrio federativo.

As principais características do novo sistema foram: divisão territorial do Estado em várias subunidades; sistema bicameral: representação das subunidades federadas junto ao Governo Federal através de uma Segunda Câmara Legislativa (Senado); Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário presentes nos dois níveis federais; existência de uma Corte Suprema de Justiça responsável pela regulação dos conflitos federativos: tem como função primordial garantir a ordem federal; definição das competências (administrativas e fiscais) e jurisdições das esferas federativas, com cada nível de governo apresentando ao menos uma área de ação em que é autônomo; autonomia de cada ente federativo para constituir seus governos. Além disso, em termos estruturais os artigos foram dispostos da seguinte forma: nº 1 ao nº 37, que tratam das características das confederações; nº 38 ao nº 51, sobre a Constituição e os seus princípios, de forma geral; nº 52 ao nº 61, sobre a Câmara dos Representantes; nº 62 ao nº 65, sobre o Senado; nº 66 ao nº 77, sobre a Presidência; e do nº 78 ao nº 83, que discorrem sobre o Judiciário. Os dois últimos artigos são conclusões finais.

A partir desse contexto e da estrutura federalista, chegou-se a conclusão de que havia surgido um instituto sem precedentes na história da política mundial. Registra-se que o sistema federal é um sistema que responde aos problemas envolvidos na formação de um Estado nacional em determinado contexto (contexto de heterogeneidades territoriais), promovendo a acomodação dos interesses territoriais dentro de um Estado nacional já consolidado.

A definição contemporânea de federalismo apresenta-o como um sistema de governo no qual o poder é dividido entre o governo central (a União) e os governos regionais. Sendo, portanto, o Estado Federal voltado para questões internas e não, necessariamente, externas. O Federalismo, portanto, envolve a articulação de partes em “uma forma de organização territorial do poder, de articulação do poder central com os poderes regional e local”, que consiste em “um conjunto de complexas alianças, que buscam a compatibilização de valores e interesses entre atores políticos” (Souza, 2013). Trata-se, portanto de um contrato que visa alcançar a convivência das entidades políticas, que se materializam em instituições específicas e que dependem desta forma política para sobreviver. Essas instituições são definidas por Anderson (2009) da seguinte forma:



1. Um sistema federal tende a ser dotado de referência constitucional, tanto do governo central como dos outros níveis de governo, que proteja a soberania e autonomia dos entes; 2. As regras que definem o pacto devem ser garantidas pelo poder judiciário forte e independente, com a função de arbitrar a distribuição do poder definida constitucionalmente e dirimir os conflitos entre os entes; 3. Deve haver uma distribuição de autoridade para legislar reservada tanto ao governo federal quanto às unidades federadas. Nem sempre essa distribuição tem parâmetro legal; 4. É necessário existir um bicameralismo, com presença de uma câmara alta, com representação territorial, ao lado de uma câmara baixa representativa da população; 5. O pacto federal requer uma distribuição de recursos financeiros que contemple, de alguma forma, os interesses dos entes envolvidos, habilitando-os a decidir sobre a alocação de seus próprios recursos.

Assim, constata-se que uma característica central do federalismo é garantir ao mesmo tempo a unidade e diversidade, pois envolve uma unidade de partes que pactuam uma ação comum, mas também cria um espaço para a afirmação de valores e interesses da cada uma das unidades (ANDERSON, 2009).

Em períodos recentes, os estudos sobre o federalismo ganharam importância na Ciência Política e no Direito Constitucional, perdendo o foco na seara internacional. Não é possível falar sobre Estado Federal antes da sua criação por uma dada constituição; ele é um conceito que não pode ser generalizado, mas apenas concretizado a partir de uma norma fundamental criadora; trata-se, portanto, de um conceito normativo. O federalismo sempre será uma variante histórico assentado no terreno constitucional.

Somente o poder constituinte pode fundar o Estado Federal. Ao propor a Constituição, este deve traçar os delineamentos básicos da organização federal, designando taxativamente as raias de competência entre Estado Federal e os Estados membros, dando forma às instituições e conferindo autonomia político-administrativa para cada um, sujeitando a todos a sua ordem constitucional.

O Estado Federal é aquele que permite maior grau de descentralização do poder, pois se organiza mediante a coexistência de mais de um centro de poder detentor de autonomia política, administrativa e legislativa. O pressuposto do federalismo é a repartição de responsabilidades governamentais de modo a assegurar a integridade do Estado nacional frente às inúmeras disputas e desigualdades regionais.

Vale ressaltar que no federalismo identificam-se dois tipos básicos. O primeiro é o federalismo por agregação que tem por característica a maior descentralização do Estado, no qual os entes regionais possuem competências mais amplas, como ocorre nos Estados Unidos da América do Norte (EUA). O segundo, é o federalismo por desagregação, onde a centralização é maior e o ente central recebe a maior parcela de poderes, como é o caso da federação brasileira. Essa abordagem será demonstrada a partir de uma perspectiva

constitucional, considerando, também, os diversos desenhos e arranjos pelos quais o sistema federal passou.

Diante desse contexto, recorre-se ao segundo momento da nossa discussão como forma de se entender as implicações do federalismo numa realidade brasileira e as repercussões no sistema de saúde, em específico, na Política Nacional de Atenção Básica da Saúde.

## **2 FEDERALISMO E SAÚDE: Descentralização e Política Nacional de Atenção Básica da Saúde**

Observa-se que ao longo da história o modelo norte-americano não foi adotado literalmente por nenhum outro país. Nesse sentido, alguns países adotaram modelos mais integradores e outros menos, adaptando a "forma americana" a ideologia política que embasa e justifica o poder político. A forma como se colocam em equilíbrio as forças presentes, com expressão política, na sociedade são consideradas não apenas na elaboração do modelo federativo, visto seu dinamismo, mas perduram, motivando o seu desenvolvimento (Abrucio et. all ,2001).

O federalismo brasileiro vem ao longo da sua história divergindo profundamente em relação ao federalismo norte-americano. Abrucio et. all (2001) afirma que enquanto o Brasil foi de um Estado centralizado e unitário para o modelo descentralizador, os EUA foram no sentido contrário, buscaram a centralização. Com efeito, o federalismo brasileiro, padece devido à ausência dos princípios fundamentais que nortearam o federalismo originário: a autonomia política e financeira dos demais entes federados em relação ao Governo Federal e a institucionalização das relações intragovernamentais destacadas

Há mais de cem anos, o Brasil adotou a forma federativa de divisão territorial de governo. Ao longo desse tempo, o país conviveu com grande variedade de arranjos federativos durante os regimes autoritários e democráticos, comprovando que, no Brasil, a conversão do Estado unitário em Estado federado foi um processo lento e gradual. Por outro lado, a descentralização política e financeira veio acompanhada do processo de redemocratização dos anos 80, provocando uma mudança nos papéis a serem exercidos pelos entes federativos. (SOUZA, 2001).

A luta pela redemocratização confundia-se, em parte, com a luta pela descentralização fiscal e administrativa, uma demanda não só da população, mas também dos Estados e Municípios. Sem embargo, o federalismo brasileiro incorporou não somente um apelo dos

movimentos sociais e da sociedade civil organizada em torno da nova Constituição Federal, como também representou um avanço significativo no debate sobre a democratização.

Abruccio e Soares (2001) consideram que no contexto federativo brasileiro, a descentralização possui algumas características próprias, advindas da demanda dos governos locais no processo de democratização, pós-Constituição de 1988, a qual acabou por atender igualmente aos anseios da União em transferir algumas funções para os Estados e Municípios. Nesse sentido, os autores entendem que

Os constituintes de 88 trabalharam a nova Constituição via dois caminhos: procuravam atender às demandas dos movimentos sociais, sindicatos e partidos políticos, em um momento de transição política marcada pela abertura democrática e tentavam, ao mesmo tempo, se comprometer com os Estados e Municípios em lhes garantir a descentralização dos recursos provindos dos tributos, significado um aumento substancial de suas receitas. Neste sentido, podemos dizer que a Constituição de 88 avançou significativamente em relação não só às Constituições anteriores, mas em incluir o Município como parte da federação, transferindo a ele alguns serviços.

O federalismo e a descentralização tornaram-se alvos de um debate iniciado com a abertura democrática e foram efetivados pela Constituição de 1988. Considerados como avanços, ambos se tornaram elementos essenciais para a República Federativa, em seu formato de organização social, política e administrativa. Mais do que isso foram considerados instrumentos necessários e que culminaram, por excelência, no Pacto Federativo, que serviu como elemento balizador das políticas públicas e sociais atualmente existentes no país (ABRUCIO; SOARES, 2001).

A partir do Pacto Federativo os gestores do Sistema Único de Saúde (Ministros da Saúde, Secretário de Estado e Secretário Municipal de Saúde), podem dividir funções, mas devem firmar parcerias no sentido de garantir uma melhor assistência à saúde. No processo de repartição de competências, cabe à União coordenar os sistemas de saúde de alta complexidade e de laboratórios públicos. Os Estados possuem a competência para criar suas próprias políticas de saúde e ajudar na execução das políticas nacionais aplicando recursos próprios além dos repassados pela União. Os municípios devem garantir os serviços de atenção básica à saúde e prestar serviços em sua localidade, com a parceria dos governos estadual e federal. E, por fim o Distrito Federal acumula as competências estaduais e municipais, aplicando o mínimo de 12% de sua receita, além dos repasses feitos pela União.

No regime constitucional em vigor no Brasil, estabeleceu-se a forma federativa de Estado composta por três esferas de poder. Nos termos dos arts. 1º e 18 da Constituição Federal de 1988, essas esferas são representadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, todas autônomas e ligadas por um laço constitucional indissolúvel – tanto é que o

art. 60, §4º, da CF de 1988 lista a Forma Federativa de Estado como cláusula pétrea. Os seguintes dispositivos constitucionais elucidam tais assertivas:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos [...]. Art. 18. A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição. [...] Art. 60. A Constituição poderá ser emendada mediante proposta: [...] § 4º Não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir: I - a forma federativa de Estado [...] (BRASIL, 1988, não paginado, grifos nossos).

Dentre os elementos essenciais e caracterizadores do Federalismo, pode-se apontar a repartição de competências. A partir do momento em que não há hierarquia entre os entes federados e de modo a possibilitar que estes possam realizar as funções que lhes foram constitucionalmente atribuídas, cumpre à Constituição elaborar um sistema de divisão de competências administrativas e legislativas (RAMOS, MIRANDA NETO, 2017).

A autonomia das entidades federativas, portanto, pressupõe que haja uma repartição de competências para o exercício e para o adequado desenvolvimento de suas atividades administrativas e normativas. Esta distribuição constitucional de poderes é o ponto nuclear e central de toda a ideia por trás de um Estado Federal (RAMOS, MIRANDA NETO, 2017).

A Constituição Federal de 1988 definiu competências que deverão ser compartilhadas entre as esferas federal, estadual e municipal, visando a implementação de um amplo conjunto de políticas públicas. É o caso do Sistema Único de Saúde (SUS) que, segundo a Portaria/MS n. 399/2006, é caracterizado por um “sistema complexo de relações intergovernamentais, em que a gestão, desse sistema, é construída de forma solidária e cooperada, com apoio mútuo através de compromissos assumidos nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).”

É oportuno também frisar que na busca por um atendimento universal, equitativo e integral ao cidadão, cabe ao governo federal as funções de formulação e regulação do sistema público de saúde em âmbito nacional. Enquanto os municípios serão os principais provedores de serviços na área da saúde, com responsabilidades exclusivas e integrais em relação ao programa de atenção básica à saúde. Os estados coordenam o processo de descentralização e, em caráter complementar, as ações serão desenvolvidas pelos gestores locais, além de lhes prestar apoio técnico e financeiro. Vale ressaltar que, a política municipal de saúde deve estar em consonância com a política estadual e esta, por sua vez, com a política nacional (Portaria/MS n. 399/2006). No processo de descentralização e hierarquização, as ações e serviços de saúde de menor grau de complexidade são colocados à disposição do usuário em unidades de saúde localizadas próximas de seu domicílio.

Na federação brasileira, para além deste contexto mais amplo, a descentralização vem ocorrendo em meio a alterações significativas nas relações intergovernamentais. Nesta direção, as políticas sociais constituem eixo central na análise do processo de redefinição do pacto federativo e da descentralização em curso no país. Sobre as políticas de saúde, há uma série de especificidades do processo de descentralização que são decorrentes da dinâmica própria do setor e da implementação do Sistema Único de Saúde. Na visão das autoras Senna e Cohen (2002), houve uma reformatação institucional do setor saúde no país nos finais dos anos de 1990, “com a transferência de atribuições de gestão aos níveis subnacionais, especialmente os municípios” (SENNA; COHEN, 2002, p. 526). Para elas, o SUS constituiu o município enquanto um espaço privilegiado na gestão dos serviços de saúde, o que produziu a necessidade de atores políticos e institucionais para a definição dos novos sistemas locais. Para tanto, é importante observar “ (...) que a descentralização é um processo que envolve a definição de novos atores sociais e novas formas de relação público/privado que esbarram com frequência em mecanismos e atores políticos tradicionais (...)” (SENNA; COHEN, 2002, p. 526).

Embora as autoras chamem também atenção para o fato de que as desigualdades regionais expressas na situação administrativa, política e financeira dos municípios brasileiros acabam por interferir, de forma decisiva, no processo de municipalização das políticas públicas, definindo o seu conteúdo e a sua (não) qualidade. Na visão das autoras Senna e Cohen (2002, p. 525):

O deslocamento do processo decisório para os municípios introduz, portanto, um conjunto de incertezas e acarreta impactos os mais diversos na organização dos serviços. Verificam-se tanto experiências exitosas no tocante à ampliação do acesso aos serviços e redefinição do modelo assistencial quanto outras em que o padrão anterior de organização da atenção à saúde não foi em nada alterado. De qualquer forma, a crescente autonomia municipal tem aberto a possibilidade de ricas experiências locais com potencial para produzir inovações as mais variadas no padrão de atenção à saúde sob gestão local.

A descentralização – que aparece como um dos itens na plataforma de luta do Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro – iniciado na década em 1970, tem como um de seus pontos centrais a municipalização, em determinação ao Inciso VII do art. 30 da Constituição Federal, atribuindo como competência do município a prestação de serviços de saúde à população, “com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado” (BRASIL, 2002, p. 36).

Visando promover ao desenvolvimento de políticas públicas de saúde importantes, em 1986, foi realizada a VIII Conferência de Saúde, onde se discutiu, dentre outros assuntos, o conceito de saúde adotado na Reforma Sanitária. A saúde, portanto, relaciona-se a todos os

aspectos da vida do cidadão, não tendo a característica de atribuição e obtenção a um responsável, seja quem for requerendo a interdisciplinaridade e intersetorialidade.

O processo de descentralização das funções tem implicado em desafio financeiro maior para as prefeituras, que apesar de terem a competência tributária própria assegurados pela Constituição Federal de 1988, “tem sofrido reveses à sua autonomia com a edição de quatro dezenas de Emendas Constitucionais, o que se traduz em repactuação da Federação no país” (SANTOS, 2004, p.102). Nesse sentido, Angela Santos (2004) ressalta que o processo de descentralização tem sobrecarregado grande parte dos municípios brasileiros e afirma que

A descentralização em curso no País tem acarretado um maior desafio financeiro para as prefeituras, que, não obstante a conquista de competência tributária própria na Constituição Federal de 1988 têm sofrido reveses em sua autonomia, com a edição de quatro dezenas de Emendas Constitucionais, o que se traduz em repactuação da Federação no País. Além disso, nunca é demais lembrar que o processo de descentralização com autonomia financeira só poderá ser experimentado por um ínfimo número de municípios, já que a maioria deles é de pequeno porte: apenas 223 dos cerca de 5.600 municípios têm população superior a 100 mil habitantes. Assim, menos de 5% do número total de municípios brasileiros apresenta uma classe de tamanho populacional com capacidade de sustentar uma economia local que resulte em carga fiscal municipal com alguma expressão. Suas prefeituras vêm assumindo um papel mais relevante nas políticas públicas, tornando-se atores de importância crescente na cena política nacional e ‘nós’ mais densos na rede urbana brasileira (SANTOS, 2004, p.1)

Apesar de compreender as contradições que envolvem o processo de descentralização das políticas de saúde no Brasil, Mendes (1993) justifica a necessidade da municipalização embasada nas seguintes razões: por ser o espaço de vivência maior dos cidadãos, onde a autoridade sanitária tem visibilidade, pelo êxito de alguns sistemas municipais de saúde em meio ao "caos da saúde", pelo fato incontestável de que alguns municípios, anteriormente à norma constitucional, assumiram serviços de outras instâncias para viabilizar seu o funcionamento. Ele destaca que “a municipalização da saúde deve inscrever-se como microespaço social do exercício cotidiano da construção da democracia e, portanto, da criação da cidadania” (MENDES, 1993, p. 116).

Além dos aspectos observados por Santos (2004), surgem outras críticas ao processo de municipalização, em que são verificados pontos de fragilidade do modelo adotado, como por exemplo, o isolamento de alguns municípios, que criam um modelo de assistência à saúde sem nenhuma articulação com o espaço microrregional. Neste modelo, ocorre uma fragmentação de recursos e equipamentos sanitários, levando à ineficiência e à baixa qualidade.

Porém, se por um lado a necessidade de grandes investimentos na atenção primária dificulta os investimentos do município, na implantação de referências que busquem garantir o

trânsito de usuários para os níveis mais complexos do sistema, por outro, a esfera estadual se sente desresponsabilizada, após a municipalização, de assumir tal tarefa. Isso porque, na sua maioria, as prefeituras esgotam sua capacidade de gastos na contratação de pessoal para o PACS e na ESF (MENDES, 1993).

Todos os principais pontos para a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família foram fundamentados nos princípios assistenciais e organizativos do SUS, de universalidade, integralidade, equidade e também dentro de um contexto de descentralização e controle social da gestão. Os programas em questão podem ser considerados elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção, possibilitando a identificação de questões relativas às bases da "Atenção Básica à Saúde" no Brasil, e de sua relação com os outros níveis do sistema de saúde (BRASIL, 2012).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012).

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

Segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB), um órgão vinculado ao Ministério da Saúde e tem como missão institucional a operacionalização da política de Atenção à Saúde no âmbito da gestão federal do SUS, o processo de expansão e de qualificação da atenção básica produzido pela Estratégia Saúde da Família constitui uma das prioridades

políticas do Ministério da Saúde já aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. A nova concepção de prevenção, proposta pela ESF, baseada em práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas, desenvolvida no formato de trabalho em equipes que assumem responsabilidades sobre uma população de territórios delimitados, supera o antigo modelo, de caráter curativo, centrado na doença. Afirma, ainda, o Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2012) que a nova PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção.

A Atenção Básica no Brasil tem como princípios fundamentais a integralidade, a equidade, a qualidade e a participação social. E, baseados nesses princípios, é importante ressaltar que as equipes de Saúde da Família estabeleçam um vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a divisão de responsabilidades com os usuários e com a comunidade. Situação que pode ser visualizada a partir de dados do DAD, que demonstram uma necessidade da ampliação no atendimento dos serviços relacionados à saúde. Segundo dados do ano de 2014 (quadro abaixo), na Unidade Geográfica de São Luís do Maranhão, foram cadastradas no sistema 104 (cento e quatro equipes) e uma estimativa da população coberta de 358.800 (trezentos e cinquenta e oito), sendo que a população estimada em São Luís, no ano de 2015, é 1.073.893 (um milhão, setenta e três mil e oitocentas e noventa e três pessoas. Conforme já observado, os dados demonstram a necessidade de uma ampliação no atendimento às famílias em relação aos serviços essenciais de saúde, bem como o aumento em relação ao número de profissionais que formam a equipe de saúde da família.

O atual desafio é a ampliação das áreas de atuação da Saúde da Família, que é compreendida como a principal estratégia para a mudança do atual modelo e deverá fazer parte do contexto de reorganização do sistema de saúde (BRASIL, 2012). Em outro processo, visualiza-se também uma problemática no atendimento referente à saúde bucal, conforme descrição abaixo.

Em relação aos dados referentes à equipe de Saúde Bucal os dados são mais alarmantes e incompletos. No caso, apenas 54 (cinquenta e quatro equipes foram credenciadas) e 39 (trinta e nove) foram cadastradas. O que demonstra a escassez de recursos humanos, inviabilizando qualquer implementação efetiva de uma política voltada para a saúde bucal.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do exposto, percebe-se que o federalismo e a sua relação no âmbito das políticas de saúde têm sido tema central e recorrente dos debates políticos e jurídicos, principalmente,



no que concerne às mudanças de atitudes dos entes federativos em relação à prestação de assistência à saúde. Vê-se, pois, que de uma maneira ou de outra, essas mudanças foram reflexo de um intenso processo de transformações ocorridas nos textos normativos, principalmente, sobre as políticas de saúde. As modificações afetaram o papel dos entes federativos na formulação, na implementação e no financiamento de políticas, promovendo rearranjos ou mudanças nas regras que regem as relações intergovernamentais (Souza, 2013).

Inegavelmente que a realização dos objetivos de uma política de bem-estar, em um ambiente democrático e em um federalismo como as características do brasileiro, parece depender de arranjos institucionais que incentivem a adesão ao sistema de saúde sob alguma forma de cooperação entre estados e municípios, de modo particular, em um sistema de grandes desigualdades entre os entes federativos. (HOCHMAN E FARIAS, 2013)

A Constituição Federal de 1988 definiu competências que deverão ser compartilhadas entre as esferas federal, estadual e municipal, visando a implementação de um amplo conjunto de políticas públicas. É o caso do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado como um “sistema complexo de relações intergovernamentais, em que a gestão, desse sistema, é construída de forma solidária e cooperada (Portaria/MS n. 399/2006). Desta forma, as políticas de saúde constituem eixo central na análise do processo de redefinição do pacto federativo, pois a própria reforma da saúde gerou inúmeros arranjos ao longo dos tempos.

O Pacto Federativo observa a repartição de competência dos entes federativos na prestação de serviço à saúde, com base nos atendimentos mais ou menos complexos. O que de um modo geral, compete à União coordenar os sistemas de saúde de alta complexidade e de laboratórios públicos. Cabe aos Estados criar suas próprias políticas de saúde e ajudar na execução das políticas nacionais aplicando recursos próprios além dos repassados pela União, bem como promover o atendimento da saúde de média complexidade. Cabendo aos municípios garantir os serviços de atenção básica à saúde e prestar serviços em sua localidade, com a parceria dos governos estadual e federal. Percebe-se que as ações no âmbito dos Municípios recebem uma atenção maior da população, mas por outro lado os municípios recebem um repasse menor de verbas.

Nesse contexto, deve-se levar em conta a necessidade de se repensar o pacto federativo no que concerne às ações que devam ser realizadas pelos estados e municípios, uma vez que diante da necessidade de se trabalhar uma política sanitária eficaz, torna-se impossível a implementação de políticas, programas ou ações no sentido viabilizar uma prestação de assistência à saúde como forma de atender àquele que precisa.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ABBRUCCIO, Fernando L.; SOARES, Márcia M. Redes Federativas no Brasil: cooperação intermunicipal no Grande ABC. São Paulo, SP: Fundação Konrad Adenauer, 2001.

ALMEIDA, Maria Hermínia T. Federalismo e políticas sociais. Revista Brasileira de Ciências Sociais, n. 28, 2000.

BRASIL. Portaria/MS n. 399/2006. Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Sistema de Informação de Atenção Básica. Datasus 2004. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe? siab/cnv/siabpES.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/siabpES.def)>. Acesso em 20 de novembro de 2015

\_\_\_\_\_. Sistema de Informação de Atenção Básica. Datasus 2012. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe? siab/cnv/SIABSES.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSES.def)>. Acesso em 20 de novembro de 2015

Hamilton, Alexander, 1757-1804. O federalista / Hamilton, Madison e Jay. - Belo Horizonte : Ed. Líder, 2003.

FARIAS, Carlos Aurélio Pimenta de Faria; HOCHMAN, Gilberto. Federalismo e Políticas Públicas no Brasil, Rio de Janeiro, Editora Fio Cruz, 2013.

MENDES, E. V. Distrito sanitário. O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, p. 221-36, 1993.

MONTESQUIEU. O espírito das leis. Apresentação Renato Janine Ribeiro. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

RAMOS, Paulo Barbosa Ramos, Federalismo: condições de possibilidade e características essenciais. Constituição e federalismo no mundo globalizado. São Luís: EDUFMA, 2011.

SENNA, M. C. M.; COHEN, M. M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. Ciência & Saúde Coletiva, 2002.

SOUSA, Celina. Instituições e Mudanças: reformas da Constituição de 1988, federalismo e políticas públicas. Federalismo e Políticas Públicas. org. Gilberto Hochman e Carlos Aurélio Pimenta Farias- Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2013.

SANTOS, A. M. S. P. Descentralização e autonomia financeira municipal: a perspectiva das cidades médias. Indic. Econ. FEE, Porto Alegre, nov. 2004.