



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

d'Ávila Viana, Ana Luiza; Vieira Machado, Cristiani
Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 14, núm. 3, junio, 2009, pp. 807-817
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013535016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde

Federative coordination and decentralization:
Brazilian experience in health

Ana Luiza d'Ávila Viana ¹
Cristiani Vieira Machado ²

Abstract *This article deals with intergovernmental relations in health within the 20 years of implantation of the Unified Health System (SUS), in the light of the historical course of Brazilian federalism and its implications to health. Initially, a theoretical-conceptual review was carried out on the topic of federalism, social welfare and federative coordination of health, considering the international debate and the historical analysis of the Brazilian case. Following, the article analyzes the federal performance in the intergovernmental coordination of national health policy during the period of implantation of SUS, based on a research about the role of the Brazilian Ministry of Health from 1990 to 2002, which involved documental analysis and interviews with federal officers and other players in national politics. It was observed that health policies registered, in the past 20 years, changes in five relevant aspects that characterize federalism: institutional arrangements and rules for decisions in the federal government; the set of players with territorial basis; legal arrangements to define responsibilities among government levels; intergovernmental tax arrangements; informal arrangements among governments - vertically and horizontally.*

Key words *Unified Health System, Intergovernmental relations in health, Federalism and health, Health decentralization, Ministry of Health*

Resumo *O artigo aborda as relações intergovernamentais em saúde nos vinte anos de implantação do Sistema Único de Saúde, à luz da trajetória histórica do federalismo brasileiro e de suas implicações para a saúde. Inicialmente faz uma revisão teórico-conceitual dos temas federalismo, proteção social e coordenação federativa na saúde, considerando o debate internacional e a análise histórica do caso brasileiro. A seguir, analisa a atuação federal na coordenação intergovernamental da política nacional de saúde no período de implantação do SUS, a partir de uma pesquisa acerca do papel do Ministério da Saúde brasileiro de 1990 a 2002, que envolveu análise documental e realização de entrevistas com dirigentes federais e outros atores da política nacional. Observou-se que a política de saúde registrou nos últimos vinte anos mudanças em cinco atributos relevantes para a caracterização do federalismo: os arranjos institucionais e regras para decisões no governo federal; o conjunto de atores com base territorial; os arranjos jurídico-legais para definir responsabilidades entre níveis de governo; os arranjos fiscais intergovernamentais; os arranjos informais entre governos, verticais e horizontais.*

Palavras-chave *Sistema Único de Saúde, Relações intergovernamentais em saúde, Federalismo e saúde, Descentralização em saúde, Ministério da Saúde*

¹ Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Av. Dr. Arnaldo 455, Cerqueira César, 01246-903 São Paulo SP. anaviana@usp.br

² Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Introdução

A política de saúde brasileira passou por mudanças profundas nos últimos vinte anos, relacionadas às alterações na estrutura e papel do Estado e à implementação do Sistema Único de Saúde.

A marca da política de saúde anterior era a fragmentação institucional, configurada pela presença de dois ministérios federais na condução da política, pelo papel subalterno de estados e municípios, por privatização da oferta de serviços e por baixo poder regulatório do Estado.

O Estado brasileiro, entre as décadas de trinta e oitenta, período de hegemonia desse modelo de saúde, teve papel central na implementação de políticas visando fortalecer o desenvolvimento nacional baseado na industrialização, com presença na esfera produtiva e na intermediação financeira, sob centralização fiscal e administrativa. A política social configurada no período era eminentemente voltada para a regulação do trabalho e dependente do crescimento econômico.

Diferente foi o cenário dos anos noventa, caracterizado pelo ajuste fiscal, em um período de declínio do crescimento econômico, aumento do desemprego, inserção do país no processo de globalização, ao lado de mudanças demográficas e epidemiológicas aceleradas. O novo contexto impulsionou reformas na estrutura e modo de operação do Estado nacional e das políticas sociais, com reflexo nas instituições federativas e nas relações intergovernamentais.

Antes disso, no bojo da redemocratização brasileira, o movimento pela reforma sanitária propôs a conformação de um sistema único de saúde, de caráter universal e com participação das três esferas governamentais na operacionalização da política, inscrito na Constituição de 1988.

Em consequência, nos anos noventa, o Ministério da Saúde passou por um processo de redefinição político-institucional, a partir de dois movimentos concomitantes: a unificação do comando nacional sobre a política e a descentralização político-administrativa.

O primeiro movimento implicou no esforço de unificação horizontal de comando por meio da configuração de uma única autoridade sanitária nacional. Já a descentralização fortaleceu outras autoridades sanitárias – os gestores estaduais e municipais da saúde –, por meio de um processo que envolveu várias rodadas de negociação, geradoras de diferentes formatos de repartição de poder e de recursos entre as três esferas de governo.

Cabe ressaltar que a questão federativa não é nova na política de saúde. É extensa a experiência,

desde a instauração da República, de modelos federativos em saúde, compreendidos como formas de relação entre as instâncias governamentais na provisão de serviços públicos, com diferentes graus de centralização e descentralização, envolvendo tensões horizontais e verticais.

Ainda que a questão federativa sempre tenha estado presente na política de saúde brasileira, ela assume outra importância a partir dos anos noventa. A implementação do SUS revela esforços de fortalecer uma política de caráter nacional em um cenário federativo e democrático, expressos na configuração institucional do sistema e na regulação da descentralização.

Este artigo trata da coordenação federativa da política de saúde brasileira nos anos noventa, com foco na atuação do Ministério da Saúde, que tem sido pouco explorada na literatura da área. Para isso, traz uma revisão teórico-conceitual dos temas federalismo, papel federal e coordenação federativa na saúde, a partir do debate internacional e da discussão do caso brasileiro em perspectiva histórica. A seguir, apresenta a metodologia da pesquisa acerca do papel do ministério de 1990 a 2002, que fundamenta a análise da coordenação federativa no SUS. A quinta seção do artigo trata dos resultados da pesquisa. Por fim, são discutidos os desafios de fortalecimento da coordenação federativa na saúde.

Federalismo e papel do Estado Nacional na política de saúde

A descentralização é um fenômeno marcante nos processos recentes de reforma dos Estados¹, apresentando peculiaridades nas federações que variam de acordo com as características do país, o modelo federativo e as áreas da política.

Embora existam pouco mais de vinte federações formalmente reconhecidas, se enquadram nesse grupo países que apresentam grande diversidade de trajetória histórica e configuração político-institucional. O marco constitucional-legal não é suficiente para caracterizar as federações, sendo necessário considerar os processos de implantação das políticas públicas para compreender a natureza e as especificidades dos regimes federativos².

Examinar a influência do federalismo nas políticas sociais, em termos de gasto e extensão de cobertura, foi a tônica de estudos macroquantitativos a partir dos anos setenta, que em sua maior parte sugeriram que o federalismo teria dificultado a expansão das políticas sociais, por razões fiscais ou institucionais.

Esse tipo de abordagem exclusivamente quantitativa foi contestada por Obinger *et al.*³, que exploram as complexas relações entre tipos de federalismo e padrões de política social, a partir da análise histórica de países escolhidos de forma intencional. Tal estudo, que investiga as características e influências mútuas de combinações entre a estrutura do Estado e as políticas sociais, advoga que é necessário separar dois períodos distintos: o “de ouro” e o da “nova política” do *Welfare State*⁴. Isso porque a pesquisa sobre a dinâmica das políticas sociais na época de ouro não oferece grandes lições para o entendimento do período atual. Olhar a relação entre a estrutura do Estado e políticas sociais é diferente nos dois momentos, da mesma forma que é diferente examinar essa relação em federações seculares ou recentes.

Em face das imprecisões acerca do conceito de federalismo, os autores descrevem as federações com base em suas características institucionais, que seriam um conjunto de: arranjos e regras para decisões no governo central com vistas a incorporar interesses territoriais, que diferem quanto ao poder de veto dos governos subnacionais; atores com base territorial com variadas ideias e interesses; arranjos legais para definir responsabilidades entre níveis de governo; arranjos de transferências fiscais intergovernamentais; arranjos informais entre governos, verticais e horizontais³.

Assim, o federalismo não representa um arranjo institucional único, conformando tipos variados, que podem compreender diferentes graus de centralização e descentralização simultâneos.

Sobre as relações entre a estrutura do Estado e as políticas sociais, o estudo advoga que são fatores importantes na definição de um tipo particular de arranjo o desenho das instituições do federalismo e os recursos de poder dos atores envolvidos. As diferentes trajetórias e características dos sistemas de proteção social nos países podem influenciar a conformação de distintos arranjos federativos, em uma relação de mão dupla, dado que o *Welfare State* pode ser um elemento chave do padrão de intervenção estatal e do funcionamento da estrutura federativa³. Os autores concluem que somente uma abordagem histórica pode estabelecer as interconexões entre tipos de federalismo e padrão de política social, o que justifica a abordagem realizada nesse artigo.

Outra questão, de natureza diversa, é o debate sobre o federalismo motivado pelas transformações mundiais das últimas décadas. Autores identificam nos sistemas federativos elementos interessantes para lidar com a complexidade das sociedades contemporâneas, como a flexibilidade institucio-

nal que possibilita ajustes *ad hoc* nos processos de formulação e descentralização de políticas públicas¹ e o fato da federação contrapor o elemento de identidade regional ao elemento igualitário nacional⁵.

Estudos comparativos exploraram os desafios da condução nacional da política de saúde em federações que vêm passando por processos de descentralização^{6,7}. Banting *et al.*⁸, ao compararem as implicações do federalismo para as políticas de saúde em cinco países, consideraram como variáveis relevantes a abrangência, o detalhamento e a forma de definição da política no âmbito nacional. Já France⁷ alega que o desafio da construção de um sistema nacional de saúde em um país federativo é refletir a heterogeneidade das necessidades regionais e, ao mesmo tempo, reduzir as desigualdades para concretizar a cidadania nacional.

Centralização, descentralização e coordenação federativa no Brasil em perspectiva histórica

A origem do federalismo brasileiro na Constituição republicana de 1891 esteve relacionada à ideia de permitir maior descentralização e autonomia para as elites regionais, mantendo juntos membros que poderiam aspirar à existência como unidades político-territoriais independentes⁸. A partir de então, aponta-se como um traço histórico do federalismo brasileiro a alternância entre períodos de centralização e descentralização, configurando um movimento pendular que estudos relacionam com os regimes autoritários ou com a ordem democrática.

A visão simplista sobre tal associação, no entanto, foi questionada por autores que alertaram para o caráter assimétrico do movimento de centralização-descentralização e para a necessidade de compreensão dos elementos de continuidade nesses processos. Para Kugelmas *et al.*⁹, em vez de uma anulação completa dos mecanismos institucionais anteriores a cada movimento pendular, o que ocorre é uma mudança no padrão de relacionamento entre as esferas. Trabalhos recentes têm discutido a possibilidade do incremento do processo centralizador em períodos democráticos, o que seria a marca da política atual do Estado¹⁰.

Na saúde é longa a trajetória da questão federativa, podendo ser identificados em perspectiva histórica diferentes modelos federativos, compreendidos como formas de relacionamento entre as instâncias de governo na provisão de serviços de saúde, baseados em pactos específicos. Por isso, a consideração das peculiaridades histórico-estruturais do federalismo e da trajetória da política de saúde no Brasil é importante para a discussão do

período recente, no sentido de apreender continuidades e rupturas com padrões anteriores.

A questão federativa esteve presente tanto no período de hegemonia do modelo de saúde pública da Primeira República, quanto na conformação do modelo dual e fragmentado pós 1930, momento em que dois ministérios federais passam a dividir atribuições na oferta de serviços de saúde.

Na Primeira República, questionava-se, por um lado, a ausência de um Estado forte para fazer face aos desafios de saúde pública da época – as endemias e epidemias, chamadas por Hochman¹¹ de problemas de interdependência sanitária –, jogando os destinos da saúde pública na mão de estados e municípios desprovidos de poder e de organização, comandados por interesses clientelistas. Por outro lado, criticava-se o viés autoritário de uma política fortemente ancorada no poder federal.

O modelo de saúde pública e de assistência da Primeira República, analisado por Hochman¹¹, evidencia uma solução para a questão federativa, inserida na ordem político-constitucional pactuada em 1891. Para o autor, a partir das demandas de um movimento sanitarista que vinculava a constituição da nacionalidade à superação das doenças endêmicas e de grandes debates em torno de soluções dos problemas sanitários, os serviços sanitários foram reformulados e ampliados. Franqueou-se aos estados a possibilidade de obter auxílio federal mediante convênios para ações de saúde e saneamento que viabilizavam a ação do poder central nos estados, sem ferir suas autonomias, configurando uma “fórmula cooperativa” que viabilizou a expansão do poder da União em todo território nacional¹¹.

Após 1930, houve uma reestruturação que reafirmou o poder do Estado e a nacionalização da política e se consolidou uma estratificação no modelo de saúde, baseada na divisão de distribuições entre dois ministérios – o da Educação e Saúde Pública (MESP) e o do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC)¹².

Como a política de assistência médica previdenciária sob condução do MTIC se voltava para os assalariados formais dos centros urbanos, a política universal do MESP, que via a saúde como bem público, deveria cuidar das populações que viviam fora do meio urbano. A política do MESP se constrói em torno da relação entre poder local e governo federal, pois expansão da saúde para aqueles não protegidos pela previdência social se deu a partir da relação entre os representantes do poder público federal e os detentores do poder loco-regional, vinculado aos estados. No campo da saúde pública, o enfrentamento da questão federativa se

tornou crucial para a definição do modelo de prestação de serviços de saúde¹².

No início dos anos sessenta, ganha impulso a discussão de um novo arranjo federativo, sendo o caminho da descentralização com contornos municipalistas defendido na Conferência Nacional de Saúde de 1963.

No período autoritário – de 1964 até meados dos anos oitenta – a questão federativa foi solucionada de uma forma diversa, com um impulso concentrador de poder financeiro e normatizador na União. Tal movimento é fortalecido pelo predomínio do modelo previdenciário, altamente centralizado e administrado por órgãos do governo federal.

Na década de oitenta, a associação entre democracia e descentralização de políticas ganha força e se traduz na Constituição de 1988, que redesenha a estrutura de Estado em uma lógica de federação descentralizada, com ênfase no papel dos municípios.

Por outro lado, apesar da Constituição de 1988, da retórica descentralizadora das forças políticas envolvidas com a redemocratização e de medidas de descentralização em várias áreas, Almeida¹⁰ argumenta que o modelo de Estado configurado nos últimos vinte anos se baseia em um centro nacional forte, com capacidade decisória e amplos recursos de regulação sobre as instâncias subnacionais e os mercados. Tal modelo se ancoraria em parte no legado do processo de modernização conduzido pelo Estado no século XX, nas regras institucionais recentes e em uma crença na importância do papel reitor do Executivo federal, que teria condicionado as preferências de atores políticos relevantes.

Expressões desse modelo são registradas nas políticas sociais, como a capacidade normativa federal, os incentivos vinculados a programas específicos e o papel decisivo do governo federal na definição dos termos de cooperação entre esferas de governo¹⁰. Assim, a experiência recente de construção do novo pacto federativo revela que o Executivo nacional mantém grande importância na formulação e na regulação das políticas públicas.

Isso não é incompatível com políticas setoriais de descentralização, pois como aponta Abrucio¹³, a descentralização requer um projeto nacional e a construção de novas capacidades dos governos subnacionais e do próprio governo federal, que deve se habilitar para o repasse de funções e o exercício de um papel coordenador. Para o autor, a **coordenação federativa** consiste nas formas de integração, compartilhamento e decisão presentes nas federações, que se expressam: nas regras legais que obrigam os atores a compartilhar decisões e tarefas; em fóruns e mecanismos políticos de ne-

gociação intergovernamental; no funcionamento das instituições representativas; no papel coordenador e/ou indutor do governo federal.

Portanto, a implantação do SUS foi apoiada por lógicas distintas: a centralização federal possibilitou uma política descentralizadora com protagonismo federal em termos de normas, incentivos financeiros e outros instrumentos de indução nacional. Já a descentralização foi apoiada por atores sociais e políticos das instâncias subnacionais fortemente organizados e por gestores federais em períodos específicos.

O modelo conformado nas últimas duas décadas, em que se coadunam o movimento geral de centralização e processos de descentralização setoriais, teve no plano federal a conformação de estratégias de coordenação intergovernamental.

Metodologia

A pesquisa que fundamenta a análise sobre a coordenação federativa na política de saúde no Brasil teve como objetivo caracterizar o papel e a atuação do Ministério da Saúde na condução da política nacional de saúde de 1990 a 2002. Adotou-se o enfoque do neoinstitucionalismo histórico^{14, 15}, face ao reconhecimento da importância das instituições estatais e das relações de poder na política de saúde. Em federações, é importante considerar as repercussões da definição de responsabilidades e dos mecanismos de articulação entre esferas de governo para as políticas públicas⁸, além de elementos de natureza institucional (trajetória setorial) ou política (escolhas dos atores em um dado cenário).

A pesquisa valorizou tanto questões histórico-estruturais e institucionais que repercutem sobre as características do processo de descentralização em saúde e a lógica de intervenção federal no período, como a importância das ideias na formulação das políticas¹⁶. Adotou-se como categoria de análise a visão dos dirigentes sobre o papel federal na coordenação federativa, buscando discutir a possível influência das visões dos atores na forma de atuação do Ministério da Saúde.

As estratégias metodológicas utilizadas foram:

- Para a caracterização do processo de descentralização e da atuação federal: revisão bibliográfica, análise documental (documentos e portarias federais); análise de dados primários fornecidos pelo Ministério e de dados secundários dos sistemas de informações em saúde;

- Para a identificação das visões dos dirigentes sobre a coordenação federativa: realização de en-

trevistas semi-estruturadas com pessoas selecionadas segundo os critérios cargo ocupado, poder institucional e tempo de atuação na política, sendo: treze dirigentes federais (ministros e secretários de primeiro escalão); três técnicos federais que ocuparam postos-chave relacionados à descentralização; cinco representantes de estados ou municípios que atuaram no Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e/ou no Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Resultados

Processo de descentralização e atuação federal na saúde

Na década de noventa, a descentralização teve destaque na agenda nacional da saúde^{17,18}, sendo o setor frequentemente citado por seus avanços no âmbito da descentralização, associada ao esforço de constituição de um novo arranjo federativo.

As gestões ministeriais no período diferiram quanto às dimensões da descentralização priorizadas, sendo possível identificar momentos da descentralização que expressam tanto formas variadas de regulação federal e atuação do Ministério da Saúde, como a força de diferentes matrizes ideológicas associadas à questão da descentralização. Isso porque, além da matriz que associa a descentralização à democratização e às mudanças na gestão pública em uma lógica federativa, a ênfase na introdução de mecanismos de mercado e a privatização podem ser vistas em contextos específicos como processos de descentralização.

O ritmo e a intensidade da descentralização em saúde da esfera federal para estados e municípios no Brasil variaram segundo quatro dimensões, representadas pela transferência de: serviços e servidores públicos; responsabilidades e atribuições; recursos financeiros; poder sobre a política de saúde. O ritmo da descentralização também diferiu entre os campos da política (assistência ou vigilância epidemiológica e sanitária). É possível ainda identificar diferenças em relação às estratégias, critérios e “esfera-alvo” do processo de descentralização (municípios ou estados).

A análise do processo de descentralização à luz do contexto político-institucional e das variáveis apontadas permite identificar distintos momentos da descentralização e características da atuação federal ao longo dos anos noventa, sintetizados no Quadro 1.

Quadro 1. Características do processo de descentralização conduzido pelo Ministério da Saúde de 1990 a 2002.

Período	Intensidade da descentralização por dimensões				Campos	Esfera- alvo
	Serviços e pessoal	Atribuições	Recursos financeiros	Poder decisório		
Governo Fernando Collor 1990-1992	Alta	Média	Baixa	Baixa	Assistência	Municípios
Governo Itamar Franco 1993-1994	Alta	Média	Baixa	Média	Assistência	Municípios
Governo Fernando Henrique Cardoso 1995-1997	Média	Média	Média	Média; Alta (poucos municípios)	Assistência	Municípios
Governo Fernando Henrique Cardoso 1998-2000	Média	Alta	Alta	Média	Assistência Vig. Epidemiológica Vigilância Sanitária	Municípios/ Estados
Governo Fernando Henrique Cardoso 2001-2002	Média	Alta	Alta	Média	Assistência Vig. Epidemiológica Vigilância Sanitária	Estados/ municípios

continua

Assim, a descentralização na saúde entre 1990 e 2002 foi influenciada por contextos políticos diferentes e apresentou aderência variável às agendas mais gerais de reforma do Estado, havendo traços de continuidade e inflexões entre as gestões ministeriais.

Na primeira metade da década de noventa, o processo de descentralização reflete os embates dos anos oitenta contra a centralização do período autoritário. No caso da saúde, dada a existência de uma organização nacional de representação dos municípios (o CONASEMS), essa influência se prolonga até hoje. A oposição do movimento municipalista à centralização de recursos e a um papel federal forte na regulação afetou as concepções da descentralização da saúde, principalmente até meados dos anos noventa.

Na segunda metade da década, particularmente a partir de 1998, a descentralização é acoplada a estratégias de indução da organização da rede e mudança no modelo de atenção e estendida às áreas de vigilância epidemiológica e sanitária, sob forte regulação federal, sendo intensificados esforços

de resgate do papel dos estados. A entrada em vigor de uma nova norma operacional busca reverter as concepções anteriores de descentralização, ao impor um novo processo de redistribuição de recursos, um novo modelo assistencial – o Programa de Saúde da Família – e estratégias de reforço da racionalidade sistêmica¹⁸. São propostas novas modalidades de transferência de recursos (per capita e por programas específicos) e instrumentos com vistas a um novo arranjo intergovernamental, dando maior espaço aos estados e priorizando regiões (norte e nordeste) e níveis de atenção (atenção básica) pouco presentes na pauta de discussão da primeira metade da década. Busca-se no período substituir um embate federalista vertical entre União e municípios por outro horizontal, interregiões, intermunicípios e interestados.

Nesse contexto de redefinição das relações intergovernamentais na saúde, o papel do gestor federal se torna estratégico, pois fica evidente que ele deveria atuar como coordenador e compensador de desigualdades. A questão da coordenação fede-

Quadro 1. continuação.

Período	Principais estratégias e instrumentos de descentralização em vigor	Tipo de descentralização	Funções federais enfatizadas
Governo Fernando Collor 1990-1992	Normas Operacionais Básicas de 1991 e 1992 Convênios demunicipalização Termos de repasse de serviços	Descentralização tutelada e convenial para os municípios	Financiamento (pagamentos), controle, fiscalização
Governo Itamar Franco 1993-1994	Norma Operacional Básica de 1993 Habilitações Transferências fundo a fundo Termos de repasse de serviços	Gestão e início de implantação: municipalização plena com transferências fundo a fundo	Financiamento negociação, articulação, promoção da descentralização e apoio a estados e municípios
Governo Fernando Henrique Cardoso 1995-1997	Norma Operacional Básica de 1993 Habilitações Transferências fundo a fundo	Implantação: municipalização plena com transferências fundo a fundo; Gestão do modelo seguinte	Formulação, financiamento, coordenação, regulação (indução e normatização)
Governo Fernando Henrique Cardoso 1998-2000	Norma Operacional Básica de 1996 Portarias federais (assistência, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária) Habilitações, certificações, Termos de Ajuste e Metas Transferências fundo a fundo; Piso de Atenção Básica (per capita); Incentivos vinculados	Descentralização sob indução federal; Municipalização maciça da atenção básica e tentativa de resgate do papel dos estados; Gestão do modelo seguinte	Formulação, financiamento, organização da rede, regulação (indução e normalização)
Governo Fernando Henrique Cardoso 2001-2002	Norma Operacional de Assistência à Saúde Portarias federais (assistência, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária) Habilitações, certificações, Termos de Ajuste e Metas Transferências fundo a fundo; Piso de Atenção Básica (per capita); Incentivos vinculados	Descentralização com regionalização sob forte regulação federal; resgate do papel dos estados Descentralização com partilha de funções .	Formulação, financiamento, organização da rede, regulação (indução e normalização)

Fonte: Elaboração própria.

rativa ganha destaque, em contraponto à visão da descentralização como um movimento unidirecional entre União e municípios.

Uma questão de outra natureza diz respeito às condições político-institucionais e financeiras em tal processo de descentralização ocorre, que remetem para a análise das lacunas de atuação federal na coordenação federativa. Essa questão não é trivial, dado que o principal motivo que favorece o destaque da descentralização na política de saúde é

o estabelecimento de um grande consenso em torno do tema desde o final dos anos oitenta, porém influenciado por distintas matrizes ideológicas e agendas políticas¹⁹. Assim, o processo de descentralização no SUS, ao ser enfatizado como uma estratégia prioritária e avançar mesmo sob condições adversas, expressa na prática as contradições entre a agenda abrangente da reforma sanitária e a agenda liberal da reforma do Estado hegemônica nos anos noventa, visto que ambas influenciam as

políticas de saúde. Ou seja, o próprio avanço da descentralização evidencia problemas estruturais do SUS não equacionados e lacunas de atuação federal, relacionadas ao contexto político-econômico adverso em que a política de saúde foi implementada.

As lacunas da atuação do Ministério da Saúde na coordenação federativa ligam-se com a ausência de uma política de investimentos abrangente, que não é específica da saúde, mas se relaciona às características da política macroeconômica no período e suas repercussões para as políticas sociais. A não configuração de um novo projeto nacional de desenvolvimento no contexto democrático e o predomínio de políticas que priorizam o mercado constituem obstáculos ao planejamento nacional integrado e aos investimentos em diversos setores^{20,21}. Algumas expressões disso na saúde são: a fragilidade do planejamento e do investimento federal; a escassa consideração da diversidade regional e das especificidades das regiões metropolitanas no desenho das estratégias de descentralização; a fragmentação e a insuficiente articulação com outras políticas públicas econômicas e sociais.

Em síntese, de 1990 a 2002, ocorreu um processo de descentralização político-administrativa na saúde sem precedentes, sob regulação do Ministério da Saúde. As características da descentralização nos vários momentos tanto condicionaram como foram condicionadas pela dinâmica de reconfiguração do papel federal no período. As lacunas de atuação federal na coordenação federativa, relacionadas a questões mais gerais da atuação do Estado e às diferentes agendas de reforma em curso, delimitaram as possibilidades da descentralização em saúde.

A coordenação federativa na visão dos dirigentes do Ministério da Saúde

As entrevistas realizadas com dirigentes federais da saúde mostraram que um referencial frequente para explicar o papel do ministério da Saúde é o sistema federativo brasileiro. Todos os entrevistados mencionaram o papel do ministério na coordenação federativa da política de saúde, destacando os desafios de articular os atores setoriais e/ou de lidar com a heterogeneidade do país.

No entanto, houve diferenças de visão quanto à forma como essa coordenação deve ser exercida. Nas entrevistas com dirigentes da primeira gestão ministerial do período estudado – a de Alcení Guerra, de 1990 ao início de 1992 –, não foi possível identificar uma visão clara sobre o papel federal na coordenação federativa. Isso parece se relacionar

ao caráter inicial da implantação do SUS, no contexto adverso do Governo Collor, em que a descentralização em saúde esteve mais restrita à transferência de pessoal e de serviços para outras esferas de governo, sob condições políticas e financeiras desfavoráveis. Os entrevistados abordaram a relação entre a conjuntura de reforma administrativa do Governo Collor e a descentralização em saúde, bem como o caráter inicial da implantação do SUS, como fatores que dificultaram a definição do novo papel federal no período.

Nas gestões subsequentes, a questão federativa se colocou de forma mais contundente para o Ministério da Saúde. A pesquisa identificou três visões diferentes sobre o papel do Ministério na coordenação federativa, que guardaram relação com as distintas gestões ministeriais: ênfase no papel promotor da descentralização/municipalização e no apoio a estados e municípios; ênfase no papel coordenador nacional, face aos desafios do pacto federativo, da descentralização e da divisão de atribuições entre gestores; ênfase no papel indutor e normativo federal, com descentralização regulada por mecanismos financeiros.

A primeira visão foi predominante entre os dirigentes das gestões Haddad/Santillo (1993/1994) e Albuquerque (1997), em que pesem as diferenças dessas gestões em outros aspectos. Nas falas desse grupo de dirigentes que interpretam o papel do Ministério na coordenação federativa principalmente na perspectiva da promoção da descentralização e no apoio aos estados e municípios, são comuns as críticas às práticas concentradoras de poder decisório sobre as políticas no âmbito federal, exercidas por meio de normas excessivas ou mecanismos de vinculação financeira. Os dirigentes da gestão Albuquerque, atuantes em um contexto do Governo Fernando Henrique Cardoso em que o debate sobre a reforma do Estado atingiu seu ápice, foram mais enfáticos em relação à necessidade do Ministério da Saúde reduzir o seu escopo de atuação.

A segunda visão de coordenação federativa, representada pela ênfase no papel coordenador federal face aos desafios de articulação e divisão de atribuições entre as esferas de governo, foi mais evidente entre os dirigentes da gestão Jatene (1995-1996). Tais dirigentes ressaltaram a complexidade do arranjo federativo e do processo de estabelecimento de pactos intergovernamentais, destacando seu caráter fundamental para a implementação de políticas.

Um terceiro enfoque acerca da coordenação federativa foi observado nas respostas de dirigentes do período Serra – Negri (1998-2002) que en-

fatizaram o papel do Ministério da Saúde na indução e normalização das políticas e na condução do processo de descentralização sob regulação federal. Os dirigentes desse grupo valorizam o papel das normas federais e dos mecanismos financeiros na coordenação federativa.

Ainda que as atribuições subjacentes às três visões sobre o papel do ministério na coordenação federativa não sejam antagônicas ou excludentes – o apoio a outras esferas de governo, a articulação com divisão de atribuições e a indução/normalização federal – os resultados sugerem a associação entre a preponderância de uma dada visão, o *modus operandi* das distintas gestões ministeriais e as características do processo de descentralização nos diferentes momentos do período estudado.

Discussão

A análise das relações entre federalismo e política de saúde no caso brasileiro pode ser feita à luz de dois aspectos destacados por Obinger *et al.*³. O primeiro é o reconhecimento das relações de mão dupla entre o tipo de federalismo e as características do sistema de proteção social em um dado país. O segundo é a valorização dos contextos específicos em que tais relações ocorrem, considerando variáveis estruturais e institucionais e sua dependência do momento histórico (*path-dependence*).

A trajetória do federalismo no Brasil mostra a associação entre a questão federativa e a construção do Estado Nacional, com a presença de um Executivo federal forte nos vários momentos (principalmente a partir de 1930) e a complexa convivência de mecanismos de centralização e descentralização, configurando distintos arranjos federativos⁹. No que concerne às políticas sociais, foi marcante a atuação do Executivo federal na constituição de um sistema de proteção social, caracterizado por centralização decisória, financeira e administrativa²², com ocasional transferência de atribuições para esferas subnacionais. Na história brasileira, o federalismo não foi uma variável “independente” que condicionou a atuação dos governos, expressando na maior parte do século XX os traços de um modelo de intervenção estatal caracterizado por um Executivo federal concentrador de poder que, no entanto, mesmo em períodos autoritários, não chegou a solapar completamente as bases da federação.

Nos anos noventa, observam-se mudanças importantes no Estado brasileiro, operadas sob a Constituição de 1988, em um contexto de democratização e liberalização econômica. Tais mudan-

ças se expressam nos dois pólos: o federalismo e a proteção social. No que diz respeito ao tipo de federalismo, as mudanças são impulsionadas pelo consenso em torno da descentralização, apoiado em distintas matrizes ideológicas. No âmbito da proteção social são condicionadas, por um lado, pela lógica de expansão de direitos referente à proposta de Seguridade Social e, por outro lado, pelas restrições da agenda liberal ao aumento da atividade estatal e do gasto público.

A política de saúde representa uma área fértil para a análise de tais relações, visto que expressa nas últimas duas décadas transformações na perspectiva da proteção social e na federativa, em um cenário influenciado por agendas políticas com diferentes sentidos. Nesse contexto, é relevante compreender como as mudanças operadas nos dois polos se relacionam entre si e se inserem no movimento mais geral de transformação do Estado.

A instituição do SUS propôs uma ruptura com o modelo de proteção social em saúde vigente até então, principalmente por meio do reconhecimento da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, a ser assegurado por políticas econômicas e sociais abrangentes.

Em decorrência da descentralização, na política de saúde registram-se nos últimos vinte anos mudanças nos cinco atributos relevantes para a caracterização do federalismo destacados por Obinger *et al.*³: os arranjos institucionais e regras para decisões nacionais com vistas a incorporar interesses territoriais (por meio das comissões intergovernamentais na saúde); o conjunto de atores com base territorial (ampliação dos atores envolvidos na implementação da política, como gestores locais e conselheiros de saúde); os arranjos legais para definir responsabilidades entre níveis de governo (leis da saúde, normas operacionais do SUS e outras portarias); os arranjos de transferências fiscais intergovernamentais (mecanismos de financiamento, tipos e volume das transferências federais, mudanças na participação das esferas de governo no gasto em saúde); os arranjos informais entre governos, verticais e horizontais (relações entre gestores do SUS e governantes).

Há continuidades e discontinuidades na condução nacional da descentralização e nos mecanismos de coordenação federativa na saúde. Entre os elementos de continuidade, destaca-se a forte presença federal no período, relacionada a características mais gerais do Estado brasileiro, como a preponderância do Executivo federal¹⁰. Na saúde, isso se expressou no protagonismo do Ministério da Saúde na regulação da descentralização por meio de regras nacionais negociadas com outras esferas

de governo, embora com assimetrias de poder nas relações intergovernamentais.

Por outro lado, houve variações nas estratégias de descentralização, associadas a movimentos de reconfiguração das funções do Ministério da Saúde. As características do processo de descentralização nos diferentes momentos foram influenciadas por elementos do contexto político e por visões distintas sobre o papel federal na coordenação da política de saúde.

No começo dos anos noventa, em um momento inicial de implantação do SUS, a descentralização esteve pressionada pelas reformas do Governo Collor, se traduzindo na transferência de serviços e de pessoal para outras esferas de governo, sem a correspondente redistribuição de recursos e de poder. O contexto adverso, bem como a incipiente construção das bases do novo sistema de saúde dificultavam uma visão clara sobre o papel federal e a coordenação federativa na saúde.

Nas gestões ministeriais subsequentes, o tema da coordenação entre esferas de governo aparece de forma mais explícita. As três visões sobre o papel federal na coordenação federativa identificadas podem ser explicadas por elementos do contexto nacional ou encontram respaldo na literatura internacional. É assim que a primeira visão, de ênfase de promoção na descentralização e no apoio a estados e municípios, é própria da conjuntura do país nos anos noventa, marcada por uma combinação de: ênfase na descentralização associada à democratização e à força do movimento municipalista; mudanças nas regras do federalismo; concomitância entre a agenda da reforma sanitária progressista e a agenda liberal de reforma do Estado, que adotavam a diretriz de descentralização sob matrizes ideológicas distintas.

A segunda visão, que enfatiza o papel coordenador federal face aos desafios de compartilhar e dividir responsabilidades, traduz os dilemas relacionados à própria essência do federalismo: a manutenção de unidade em meio à diversidade e a busca de regras comuns para o equilíbrio federativo em face de relações a princípio não-hierárquicas. Subjacente às falas de alguns dirigentes está a aposta na necessidade de melhor repartição de atri-

buições entre as esferas – em que pese o reconhecimento de competências comuns, próprias do federalismo – e a crença na legitimidade da autoridade federal para coordenar política e tecnicamente o processo de articulação federativa.

A terceira visão sobre o papel federal na coordenação federativa, que enfatiza a indução e normalização de políticas, traz elementos valorizados em estudos internacionais, como o peso do detalhamento nacional da política e dos recursos federais na tentativa de conformação de padrões sanitários nacionais. A lógica de intensa regulação federal na saúde, hegemônica no final dos anos noventa, é coerente com o movimento geral de reconfiguração de um poder central forte na condução das políticas públicas nos últimos vinte anos¹⁰ e também foi apontada por autores que estudaram a política nacional de saúde²³⁻²⁵.

Na implantação do SUS, houve mudanças relacionadas à horizontalização das negociações e conflitos intergovernamentais em saúde. Porém, permanece o desafio de construção de uma lógica de coordenação federativa que valorize os canais institucionais existentes e favoreça o alcance dos objetivos da política de saúde de combate às desigualdades e promoção da cidadania nacional, possibilitando, ao mesmo tempo, certa flexibilidade para a implementação de políticas de acordo com diferentes realidades territoriais e sociais. Além de mudanças na atuação federal na condução da política, isso requer a reconfiguração do papel da esfera estadual, que foi limitado pela ênfase na municipalização nos vinte primeiros anos do SUS.

Se na conjuntura adversa da década de noventa a defesa dos ideais da reforma sanitária implicou um esforço de resistência e de relativo (porém ilusório) insulamento da trajetória da política de saúde em relação à agenda liberal de reforma do Estado, o contexto atual é diverso. Hoje, a concretização da saúde como direito de cidadania exige o enfrentamento das distorções estruturais do sistema de saúde brasileiro e a busca de sua inserção em uma lógica abrangente de desenvolvimento e de proteção social. É nessa perspectiva que se recoloca o debate sobre o papel do Estado na saúde na federação brasileira.

Colaboradores

ALd'Á Vianna e CV Machado participaram igualmente de todas as etapas de preparação do artigo.

Referências

1. Dente B. Governare in un contesto federale: quali lezioni per la transizione italiana? In: Dente B *et. al. Governare con il federalismo*. Torino: Fondazione Giovanni Agnelli; 1997. p. 1-37.
2. Watts R. *Comparing federal systems in the 1990s*. Kingston, Ontario: Queen's University; 1999.
3. Obinger H, Leibfried S, Castles F. *Federalism and the Welfare State*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
4. Pierson P, editor. *The new politics of the Welfare State*. New York: Oxford University Press; 2000.
5. Sharpe J. Federalismo e decentralizzazione nel moderno stato democratico. In: Dente B, curatore. *Governare con il federalismo*. Torino: Fondazione Giovanni Agnelli; 1997. p. 39-62.
6. Banting K, Corbett S. Federalism and health care policy: an introduction. In: *Health Policy and Federalism Workshop*, 2001 Oct15-16; São Paulo, Brazil.
7. France G. Compatibilità fra il federalismo e gli standard sanitari nazionali. In: France G. *Federalismo, regionalismo e Standard Sanitari Nazionali*. Milano: Dott. A. Giuffrè Editore; 2001. p.169-197.
8. Almeida MHT. Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais* 2001; 51:13-34.
9. Kugelmas E, Sola L. Recentralização/Descentralização- dinâmica do regime federativo brasileiro nos anos 1990. *Tempo Social* 1999; 11(2):63-81.
10. Almeida MHT. O Estado no Brasil contemporâneo. Um passeio pela história. In: Melo, CR, Sáez MA, organizadores. *A democracia brasileira. Balanço e perspectivas para o século XXI*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2007. p. 17-31.
11. Hochman G. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Hucitec/ANPOCS; 1998.
12. Fonseca CMO. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
13. Abrucio FL. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Rev. Sociol.Polit.* 2005; 24:41-67.
14. Thelen K, Steinmo S. Historical institutionalism in comparative politics. In: Thelen K, Steinmo S, Longstreth F, editors. *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992. p.1-32.
15. Hall PA, Taylor RCR. As três versões do neoinstitucionalismo. *Lua Nova* 2003; 58:193-224.
16. Weir M. Ideas and the politics of bounded innovation. In: Thelen K, Steinmo S, Longstreth F, editors. *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992. p.188-216.
17. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):269-291.
18. Viana AL, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em um novo contexto – lições do caso brasileiro. *Cien Saude Colet* 2002; 7(3):493-507.
19. Viana AL. *Sistema e descentralização: a política de saúde no estado de São Paulo nos anos 80* [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1994.
20. Fiori JL. Para ler a vitória de Lula. *Princípios* 2002/2003; 67:16-18.
21. Sallum Jr. B. Crise, democratização e liberalização no Brasil. In: Sallum Jr. B, organizador. *Brasil e Argentina hoje: política e economia*. Bauru: EDUSC; 2004. p. 47-77.
22. Draibe SM. *O Welfare State no Brasil: características e perspectivas*. Campinas: NEPP/UNICAMP; 1993. [Caderno de Pesquisa n. 8]
23. Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):331-345.
24. Baptista TW. F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. *Cien Saude Colet* 2007; 23(3):615-626.
25. Machado CV. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(9):2213-2126.