

# Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico-institucionalista

**Assis Mafort Ouverney**

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) / Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) / Departamento de Ciências Sociais  
Rio de Janeiro / RJ — Brasil

**Sonia Fleury**

Fundação Getúlio Vargas (FGV) / Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas (EBAPE)  
Rio de Janeiro / RJ — Brasil

Este artigo busca explicar a dinâmica político-institucional que produziu um quadro polarizado de relações federativas no SUS nos anos 1990, com base no arcabouço teórico do neoinstitucionalismo histórico. Nessa perspectiva, analisa-se a trajetória das relações intergovernamentais como o resultado de uma cadeia de decisões tomadas em contextos singulares dos governos Collor, Itamar e FHC, onde o jogo entre os atores políticos do SUS e as tendências do contexto federativo nacional estabeleceu a direção da estratégia de descentralização em cada etapa. A intensidade de institucionalização dependeu ainda das escolhas desses governos relativas à direção da política nacional e à estrutura de coordenação federativa do Ministério da Saúde, da estabilidade e do volume do financiamento setorial, e das capacidades institucionais de estados e municípios para assumirem novas responsabilidades.

**Palavras-chave:** descentralização; federalismo; política de saúde; Sistema Único de Saúde (Brasil); neoinstitucionalismo histórico.

## Federalismo polarizado en el sistema de salud en Brasil

Este artículo propone un punto de vista histórico-institucionalista para explicar la polarización de las relaciones federativas en SUS a finales en los años 1990. En este enfoque, la trayectoria de las relaciones intergubernamentales es el resultado de una larga cadena de decisiones tomadas en contextos políticos concretos de los tres gobiernos en los años 1990: Collor, Itamar y FHC. La dinámica de fuerzas entre los actores políticos del SUS y las tendencias del contexto federativo nacional establecieron la dirección de la estrategia de descentralización en cada etapa. La intensidad de institucionalización resultó también de las elecciones de esos gobiernos relativas a la dirección de la política nacional y a la estructura de coordinación federativa del Ministerio de Salud, de la estabilidad y volumen del financiamiento sectorial, y de las capacidades institucionales de estados y municipios para asumir nuevas responsabilidades.

**Palabras clave:** descentralización; federalismo; políticas de salud; Sistema Unificado de Salud (Brasil); neoinstitucionalismo histórico.

## The polarized federalism in the health system in Brazil

This article proposes a historical-institutionalist perspective to explain the political and institutional dynamics that polarized the intergovernmental relations in health policy in the 1990s. In this perspective, the history of intergovernmental relations is understood as the result of a long chain of decisions made in particular political contexts of the three governments in the 90s: Presidents Fernando Collor, Itamar Franco and Fernando Henrique Cardoso. During this period, the relations between the political actors of the Brazilian Health Unified System (SUS) and the trends of the national federative context established the direction of the decentralization strategy at each stage. The intensity of institutionalization also depended on the choices of these governments regarding the direction of the national policy and the federative coordination structure of the Ministry of Health, the stability and volume of financing, and the institutional capacities of states and municipalities to take on new responsibilities.

**Keywords:** decentralization; federalism; health policy; Health Unified System (Brazil); historical institutionalism.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612162798>

Artigo recebido em 20 abr. 2016 e aceito em 10 ago. 2017.



## 1. INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde estabeleceram um federalismo cooperativo tripartite, com um desenho regionalizado para o SUS, porém o complexo processo de descentralização levou a caminhos diferentes do modelo originalmente proposto.

Ao longo da década de 1990, a União exorbitou suas competências ao atuar com expressiva capacidade regulatória e financeira, impondo modelos e padrões descontextualizados de políticas e programas induzidos por meio de portarias e transferências intergovernamentais. O processo de transferência de atribuições e recursos visou essencialmente os municípios, e os estados, por sua vez, tiveram seu papel reduzido no âmbito da provisão direta de serviços e apresentaram dificuldades para assumirem devidamente as funções de planejamento e coordenação regional. Essa dinâmica introduziu uma polarização das relações federativas no SUS, caracterizada por relações mais diretas entre União e municípios.

A literatura que analisa a trajetória da descentralização do SUS enfatiza o contexto político e econômico, a correlação de forças setorial ou a configuração das normas operacionais básicas como os principais fatores explicativos. Tomadas isoladamente, essas três abordagens conduzem apenas a explicações parciais para a polarização (Ouverney, 2015).

Este artigo tem como objetivo apresentar uma explicação histórico-institucionalista para a polarização das relações federativas a partir de um esquema analítico elaborado especificamente para tal, com base nos conceitos de conjuntura crítica e dependência de trajetória. Tal explicação articula as três perspectivas da literatura setorial de maneira sequencial nos governos Collor, Itamar e FHC. Argumentamos que o jogo entre os atores políticos do SUS e as tendências do contexto federativo nacional estabeleceram a direção da estratégia de descentralização em cada etapa e sua intensidade de institucionalização dependeu das escolhas dos governos relativas à direção da política nacional e à estrutura de coordenação federativa do Ministério da Saúde, dos níveis de estabilidade e volume do financiamento setorial, e das capacidades institucionais de estados e municípios para assumirem novas responsabilidades.

## 2. MUDANÇA INSTITUCIONAL: CONJUNTURAS CRÍTICAS E TRAJETÓRIAS DEPENDENTES

Conjunturas críticas podem ser definidas como períodos de expectativas de transformações significativas nos rumos da sociedade, de uma instituição específica ou de uma política, como consequência do desgaste dos arranjos atuais, corroídos em sua legitimidade e eficiência.

Elas podem ser desencadeadas tanto por crises políticas e econômicas externas como por mudanças expressivas na correlação de forças interna em que novos atores emergem, ou atores já estabelecidos ampliam seu espaço político. Tais atores buscam introduzir alterações nas regras de acesso e exercício do poder, conformar um novo pacto e projetar seu legado (Soifer, 2012; Capoccia e Kelemen, 2007).

Em uma conjuntura crítica, há um leque mais amplo de rumos possíveis e a trajetória de uma política pode assumir orientações divergentes, uma vez que as escolhas dos principais atores envolvidos adquirem maior capacidade de transformação sobre a trajetória precedente da política pública (Mahoney, 2001; Mahoney e Thelen, 2010; Capoccia e Kelemen, 2007).

Portanto, a característica fundamental de uma conjuntura crítica é a emergência de vias institucionais alternativas. A afirmação de uma delas como via hegemônica de transformação desencadeará o desenvolvimento e a implementação de mecanismos institucionais de uma nova ordem, conduzindo

a uma situação de bloqueio institucional (*lock in*) de outras vias. Assim, o fim de uma conjuntura crítica é marcado pela estabilidade das inovações introduzidas, ainda que contradições apareçam sob novas formas (Mahoney e Thelen, 2010).

A produção do legado continuará a se desenrolar por meio de disputas políticas setoriais marcadas pela interação entre sequências político-institucionais de autossustentação e reativas (Mahoney, 2001; Broschek, 2012; Pierson, 2000b; Page, 2006).

Sequências de autossustentação ocorrem quando passos iniciais em uma direção induzem futuros movimentos na mesma direção, ou seja, são ações interligadas onde a probabilidade de um acontecimento futuro cresce à medida que se caminha ao longo da cadeia de eventos. Essa tendência é produzida porque os benefícios relativos de uma trajetória crescem quando comparados com os disponíveis em outras trajetórias (*increasing returns*), ou seja, à medida que uma sequência de eventos avança, os custos de saída e mudança de estratégia para os atores envolvidos aumentam proporcionalmente com o tempo (Mahoney e Thelen, 2010; Pierson, 2000b; Mahoney, 2000).

As sequências reativas são reações políticas que produzem *feedbacks* negativos em relação ao novo padrão institucional que está sendo estabelecido, e podem ser impulsionadas tanto pela resistência de atores expressivos como por ajustes ou contradições nas inovações em curso (Mahoney, 2000, 2001; Pierson, 2000a). Esse movimento de sequências de autossustentação e reativas produz uma trajetória dependente dos eventos iniciais disparados na conjuntura crítica.

Sistemas de relações intergovernamentais voltados à gestão de políticas públicas, em especial em áreas como a saúde, são instituições caracterizadas por níveis expressivos de resiliência, pois envolvem a alteração de marcos constitucionais que definem a divisão de atribuições entre as esferas de governo, a realocação de volumes expressivos de recursos, a implementação de estruturas administrativas, financeiras e operacionais, a formação de quadros técnicos especializados.

Mudar esses parâmetros envolve votações qualificadas nas casas legislativas nacionais, além de negociações complexas e difíceis entre atores muito expressivos no cenário nacional como partidos, burocracias e sindicatos setoriais, governos regionais e locais, empresários fornecedores de insumos, equipamentos e serviços.

A literatura sobre mudança institucional em sistemas federativos reflete essa resiliência ao mostrar que escolhas realizadas nos momentos iniciais da formação dos Estados-nação estabelecem trajetórias dependentes muito longas, somente alteradas por conjunturas críticas muito expressivas desencadeadas por eventos como guerras, profundas crises econômicas e mudanças de regimes políticos (Obinger, Castles e Leibfried, 2005; Benz e Broschek, 2013; Broschek, 2011, 2012; Béland e Myles, 2012).

Esse é precisamente o caso da trajetória das relações intergovernamentais subjacentes à política de saúde do Brasil, em que o padrão centralizador de poder, recursos financeiros e *expertise* na União estabelecido na Era Vargas, e radicalmente aprofundado pelos governos militares, somente passou a ser contestado de forma expressiva quando confrontado com a crise econômica internacional dos anos 1970 e com a emergência de um projeto descentralizador. Tal projeto foi sustentado pela articulação de atores expressivos como o MRS, governadores, prefeitos, gestores estaduais e locais, parte da burocracia federal, movimentos sociais, sindicatos.

Esse momento inaugurou uma conjuntura crítica que culminou na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e na constitucionalização do SUS em 1988. Entretanto, ao longo das estratégias descentralizadoras das AIS e do Suds, ambas ocorridas na década de 1980, o dilema federativo permaneceu aberto e, no início da década de 1990, não estava dado o rumo da descentralização, e diferentes configurações eram possíveis.

### 3. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA DA PESQUISA

#### 3.1 AS VIAS ALTERNATIVAS PARA A DESCENTRALIZAÇÃO

A análise da dinâmica político-institucional que levou à polarização federativa do SUS na década de 1990 partiu da identificação das possíveis vias para o processo de descentralização.

Uma alternativa seria estruturar o sistema de saúde a partir da desconcentração do “modelo inampiano”, com base no estreitamento da parceria e da cooperação entre os escritórios regionais do Inamps e as secretarias estaduais e municipais de saúde, porém mantendo as funções principais sob responsabilidade federal, algo parecido com o que foi implementado nas AIS. Essa via era a preferida dos prestadores privados e da burocracia do Inamps, que tinham interesse em resguardar ao máximo suas posições adquiridas (Cordeiro, 2004).

Outra alternativa seria a construção dos SUS pela via estadual, a partir do impulso político, gerencial e financeiro fornecido pelas experiências instauradas no âmbito do Suds. As secretarias estaduais seriam as responsáveis pela implementação de todo o processo de descentralização. Os mais interessados nessa via eram os secretários estaduais e parte do movimento sanitário (Paim, 1990).

Uma terceira via seria a regionalização na forma inscrita no texto constitucional e nas Leis Orgânicas da Saúde. A União se concentraria nas políticas estratégicas; os estados, no planejamento e na coordenação regional; e os municípios estariam encarregados da programação, da gestão, do financiamento e da regulação do sistema de saúde em seus respectivos territórios. Esse tem sido o projeto majoritário do movimento sanitário (Fleury, 2003).

Finalmente, a quarta possibilidade consiste em expandir a participação dos municípios mantendo o papel expressivo da União por meio de estratégias indutivas de âmbito nacional, com menor participação dos estados na provisão de serviços e reduzida coordenação e planejamento regional. Essa via não fazia parte da agenda dos atores naquele momento, mas acabou se tornando a via que foi implementada, o que requer uma explicação mais abrangente do que as presentes na literatura.

#### 3.2 O MODELO DE ANÁLISE: ARTICULANDO OS FATORES EXPLICATIVOS DA DESCENTRALIZAÇÃO

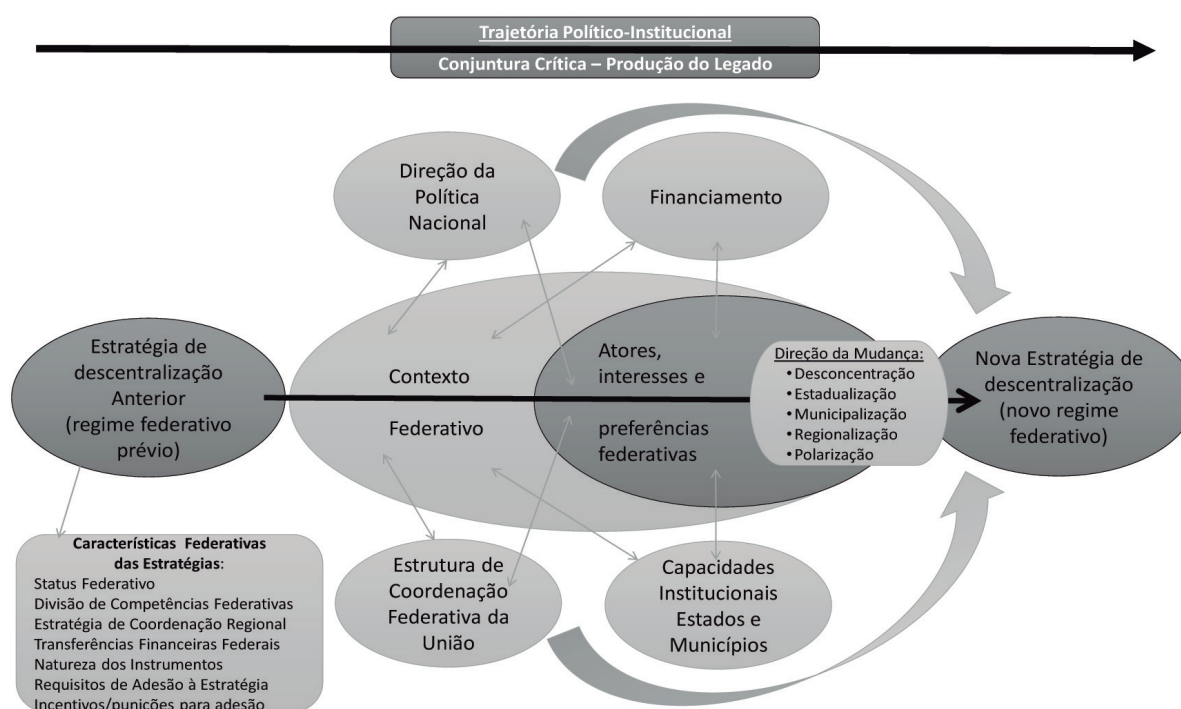
A análise da dinâmica político-institucional da descentralização foi realizada a partir de um modelo sequencial, em que escolhas realizadas em determinados momentos influenciam o desenvolvimento futuro em torno de soluções específicas, bloqueando as relações federativas setoriais em torno delas. Nesse período, as disputas setoriais conduziram a uma reformulação das relações intergovernamentais, e a situação inicial de competição mais intensa cedeu lugar a uma configuração político-institucional mais estável. Esse processo se desenvolveu em três momentos correspondentes aos governos Collor, Itamar e FHC.

Argumentamos que, em cada etapa, as convergências ou divergências entre o jogo entre os atores políticos do SUS e as tendências do contexto federativo nacional, em termos políticos e econômicos, estabeleceram a orientação do processo de reforma setorial em termos da via de descentralização a ser privilegiada. Assim, o encerramento de uma conjuntura crítica ocorreria quando a configuração do jogo político setorial e as tendências do contexto federativo nacional permitissem uma convergência em torno de uma via específica da descentralização. Tal convergência deveria ser intensa o suficiente, inclusive, para instalar uma direção do Ministério da Saúde capaz de alinhar as políticas federais e as estruturas organizacionais de coordenação federativa com essa via, conferir estabilidade e suficiência financeira à estratégia e ampliar as capacidades institucionais dos estados para absorver novas responsabilidades.

Esses fatores últimos conferem maior intensidade à via de descentralização escolhida e são essenciais para ampliar o grau de institucionalização de seu legado. Essa dinâmica está representada na figura 1.

Os dados para a realização da pesquisa foram coletados nos anos de 2012 a 2014 por meio de 18 entrevistas com atores-chave da política de saúde do período, abrangendo ministros da Saúde, secretários da SAS e da SE do MS, lideranças do Conass e Conasems e das entidades propulsoras da reforma sanitária como Cebes e Abrasco. Foi realizada também ampla pesquisa histórica em fontes documentais do Senado Federal, Câmara dos Deputados, Presidência da República, Ministérios da Saúde, Fazenda e Planejamento, da Fiocruz e do Cebes, além de extensa e sistemática revisão da literatura nacional sobre as reformas políticas e econômicas e sobre a descentralização da política de saúde na década de 1990.

**FIGURA 1** MODELO DE ANÁLISE DA TRAJETÓRIA DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS NA DÉCADA DE 1990



Fonte: Elaborada pelos autores.

#### 4. RESULTADOS: DA MUNICIPALIZAÇÃO TUTELADA À POLARIZAÇÃO FEDERATIVA

##### 4.1 A MUNICIPALIZAÇÃO TUTELADA (1990-92): UMA TENTATIVA FRUSTRADA DE FORTALECIMENTO DA UNIÃO E O INÍCIO DA POLARIZAÇÃO FEDERATIVA

###### 4.1.1 CONTEXTO FEDERATIVO: IMPASSES E AUSÊNCIA DE UM PROJETO NACIONAL DE DESCENTRALIZAÇÃO

O jogo de forças entre a União e os entes subnacionais favorecia, desde o início da década de 1980, esses últimos, em virtude da simultaneidade das crises do nacional desenvolvimentismo da Era Vargas e do regime militar, da redistribuição da carga fiscal para estados e municípios, da centralidade



das eleições para governador na Nova República. Tais movimentos enfraqueceram a Presidência da República nos campos político, econômico e financeiro (Abrucio, 1998).

Entretanto, o comportamento cooperativo do presidente da República era fundamental para viabilizar a descentralização, em função do seu poder de veto sobre a legislação setorial que regulamentava a Constituição de 1988, ainda não aprovada, e as capacidades administrativas da esfera federal, produto do legado centralizador (Arretche, 2012). O presidente Collor em momento algum adotou um posicionamento favorável à descentralização, empregando os instrumentos à sua disposição para criar uma agenda negativa na área social e retardar o processo de descentralização.

Os governos estaduais, por sua vez, apesar de terem força política suficiente para evitar os acordos de refinanciamento da dívida pública estadual definidos pela esfera federal na Lei nº 8.388/1991, permaneceram com expressivas dificuldades de ampliar suas responsabilidades no campo das políticas públicas em função de sua expressiva crise fiscal. As eleições de 1990 resultaram também em poucos governadores aliados a Collor, inclusive nos estados mais desenvolvidos, criando um impasse entre as duas esferas. Nesse contexto, a aproximação com os municípios tornou-se uma opção mais viável para a esfera federal, já que esses tinham menores problemas fiscais e estavam ávidos por ampliar seu espaço na gestão das políticas, porém desejavam maior autonomia do que o Governo Collor estava disposto a conceder. Esse governo relegou a descentralização a segundo plano, deixando-a circunscrita a um contexto de conflito federativo.

#### 4.1.2 JOGO DE FORÇAS ENTRE OS ATORES: FORTALECIMENTO DOS ATORES DA VELHA ORDEM × DEFESA DAS PRERROGATIVAS CONSTITUCIONAIS DO SUS

No setor saúde, como consequência das preferências centralizadoras do presidente Collor, houve o fortalecimento de atores contrários à reforma sanitária, em especial, a burocracia federal e os prestadores privados contratados (Silva, 2001). A burocracia federal, em virtude da recente transferência do Inamps da estrutura do MPAS para o Ministério da Saúde, manteve importantes recursos de poder, tais como a gestão dos contratos com a rede privada, a *expertise* técnica para a descentralização e o espaço institucionalizado do Inamps (Wayland, 1995). O setor privado, que fora o grande perdedor com o avanço da descentralização no SUS, tinha interesse em rearticular uma estratégia de recentralização para manter o Inamps como seu único interlocutor na realização dos contratos (Cordeiro, 2004).

Esse movimento permitiu uma sobrevida do projeto das forças centralizadoras da velha ordem, em especial porque a coalizção reformadora havia sido enfraquecida com a saída de suas principais lideranças de posições importantes em meados do Governo Sarney. Entretanto, as principais entidades do MRS (Cebes e Abrasco, em especial), como articuladoras do projeto de reforma setorial, ainda tinham a seu favor, além das articulações com os gestores estaduais e municipais, a legitimidade e os recursos políticos suficientes para defender o legado da reforma, em especial, o novo marco constitucional. Poderiam, portanto, denunciar o aspecto ilegal das normatizações editadas pelo governo. Esse equilíbrio de forças criou um impasse setorial.

A criação do Conasems em 1988 levou os gestores municipais a um lugar de protagonismo no âmbito da coalizção reformista, enquanto os secretários estaduais de saúde, devido às políticas financeiras restritivas do Governo Sarney sobre as SES, tiveram reduzida sua capacidade de levar à frente o processo de descentralização (Arretche, 2000; Silva, 2001; Souza, 2005). Essa mudança interna na coalizção reformista posicionou os gestores municipais no *front* do processo de descentralização, porém diante uma conjuntura pouco propícia para o projeto descentralizador, forçando-os a avaliar uma estratégia adaptativa temporária.

#### 4.1.3 DIREÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE: INSULAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Nesse contexto, a direção do Ministério da Saúde buscou evitar as pressões dos atores reformistas por meio do insulamento da política de saúde, esvaziando o debate político com o MRS, inclusive com o adiamento da convocação da 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (Escorel e Block, 2005).

A gestão Alcení Guerra espelhou a orientação restritiva do governo em relação à descentralização, pois o mesmo integrara os quadros do Inamps e se elegera deputado por partidos que se opuseram à criação do SUS (PDS e PFL) (Cordeiro, 2001). Ele via a descentralização como um processo lento e regulado a partir das regras definidas pelo MS, uma vez que, segundo o projeto do Governo Collor, estados e municípios não estavam preparados para assumir de forma autônoma a gestão de seus sistemas de saúde (Guerra, 1990).

Na frente legislativa, vários dispositivos do texto da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), que poderiam direta ou indiretamente ampliar o papel dos estados e municípios na implementação do SUS, foram vetados pelo presidente Collor, tais como: a instituição das conferências e dos conselhos de saúde, a definição de percentuais e fluxos automáticos e regulares de transferência de recursos federais, a formação de plano de cargos e salários para os quadros do SUS. Alguns desses pontos vetados foram recuperados mais à frente na Lei nº 8.142/1990, porém nem todos. Em síntese, o Governo Collor ignorou o impasse com as forças reformistas e tentou articular uma estratégia de recentralização da política de saúde, na contramão de todo o processo setorial da década de 1980.

Peça importante nessa estratégia consistiu na permanência do Inamps como unidade organizacional central na gestão de recursos assistenciais e financeiros, profissionais, contratos com prestadores etc. O *modus operandi* do Inamps prevaleceu nos primeiros anos do SUS, especialmente no desenho da arquitetura de transferências de recursos aos entes subnacionais, em virtude de ser o órgão que detinha recursos estratégicos acumulados ao longo de diversos anos de atuação setorial (Carvalho, 2002).

#### 4.1.4 A ESTRATÉGIA DE DESCENTRALIZAÇÃO: DESCONCENTRAÇÃO DO “MODELO INAMPSIANO”

O resultado dessa orientação foi a estratégia de desconcentração do “modelo inampsiano” contida na NOB nº 01/1991, considerada pelo MRS um retrocesso em relação ao Suds, pois tomava os estados e municípios como meros prestadores de serviços, contratados pelo Inamps, sem qualquer autonomia de gestão.

A NOB 91 estabeleceu uma dinâmica de relacionamento direto entre a esfera federal e os municípios, sem a mediação dos estados ou o estabelecimento de instâncias políticas e gerenciais que pudessem estabelecer processos consistentes de pactuação e integração entre as ações das três esferas federativas.

Optou-se pelo emprego combinado de convênios firmados diretamente entre o Inamps e cada um dos estados e municípios, sistemas de informações de acompanhamento e controle da produção de serviços prestados e incentivos financeiros vinculados ao cumprimento de um conjunto de prerrogativas por parte dos entes subnacionais.

A base do modelo de transferências financeiras federais adotado era o pagamento por produção direto ao prestador de serviços, com critérios diferentes de alocação de recursos para a cobertura ambulatorial, atenção hospitalar, investimento na rede existente e estímulo à municipalização (Lima, 2007).

As novas regras eram pouco atraentes para os estados, uma vez que retiravam seu papel central e desmontavam a estrutura de gestão e financiamento do Suds, articulada em torno das secretarias estaduais de saúde.

Para os municípios, que estavam ampliando seu espaço na federação, por um lado, a estratégia proposta na NOB 1991 representou a possibilidade de obter novos recursos financeiros, a partir das

transferências federais, e também uma oportunidade para afirmação setorial ante os estados, que até então vinham exercendo posição privilegiada no âmbito do Suds.

Por outro lado, a proposta da NOB 91, por conter níveis expressivos de controle da esfera federal, reduziu os incentivos à adesão dos municípios que desejavam uma inserção mais expressiva no SUS. Da mesma forma, outros fatores que poderiam ampliar as chances de sucesso da estratégia, e ampliar seu potencial de institucionalização, não foram devidamente levados em conta pelo Governo Collor.

#### 4.1.5 FINANCIAMENTO, ESTRUTURAS DE COORDENAÇÃO FEDERATIVA E CAPACIDADE INSTITUCIONAIS DOS ENTES SUBNACIONAIS: BAIXO POTENCIAL DE INSTITUCIONALIZAÇÃO E PERMANÊNCIA DA CONJUNTURA CRÍTICA

Além de a estratégia proposta da NOB 91 estar na contramão das tendências gerais do federalismo brasileiro, as relações do Ministério da Saúde com o MRS foram conflituosas na maioria das vezes em virtude da incompatibilidade de projetos. O MRS soube articular espaços de defesa do SUS, em especial o CNS e as bancadas legislativas no Congresso Nacional. Assim, nem o contexto federativo nacional, nem o jogo setorial de forças políticas favorecia uma estratégia de desconcentração do “modelo inampsiano”. A direção tomada pelo Governo Collor era incompatível com o cenário nacional e setorial.

A Gestão Alcení Guerra também se caracterizou por ser um período de elevada instabilidade e irregularidade dos fluxos de financiamento para a área de saúde, além da redução dos patamares alocados pela União. Essa dinâmica sinalizava para estados e municípios a possibilidade de assumir compromissos sem a certeza do aporte de recursos federais para honrá-los.

Da mesma forma, não houve uma reforma expressiva da estrutura administrativa federal com o objetivo de prepará-la para um movimento de “desconcentração tutelada”. Nesse período, houve apenas a manutenção do Inamps, a realização de algumas alterações pontuais, tais como implantação da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS), a fusão da FSESP, da Sucam e da Dataprev sob uma nova unidade (a Funasa) e a transferência desordenada de quadros de pessoal e unidades de saúde para estados e municípios (Machado, 2007).

Assim, a tentativa de “desconcentração tutelada” da política de saúde do Governo Collor tornou-se frustrada, o que ficou evidente na baixa adesão dos municípios: 321 em 1991, 565 em 1992 e 188 em 1993, totalizando ao final desse ano 1.074 municípios, o que correspondia a apenas 21,6% do universo local do país.

Portanto, na medida em que a via de descentralização proposta na NOB 91 (desconcentração do “modelo inampsiano”) não obteve adesão suficiente para se tornar a via hegemônica, a conjuntura crítica federativa permaneceu aberta. Assim, outras vias continuavam a ser possíveis, porém a dinâmica do período Collor alterou as probabilidades relativas entre as vias disponíveis. A estadualização foi a via mais prejudicada nesse período, pois além da permanência da crise fiscal dos estados, as SES, já afetadas pelas políticas financeiras restritivas do Governo Sarney, viram as estruturas do Suds desmontadas pela lógica de relação direta entre o MS e os municípios. O mesmo pode ser dito sobre a regionalização, que exigiria um papel mais expressivo dos estados na relação com os municípios. Um formato organizado a partir dos municípios maiores também seria pouco provável, considerando a ausência de prioridade dada às políticas de organização das regiões metropolitanas e de disposições específicas na legislação do setor saúde. A municipalização ampliou suas chances, porém seriam necessários maior autonomia para SMS, a montagem de estruturas de coordenação federativa e mais recursos de transferências, além de romper a resistência dos atores centralistas fortalecidos por Collor. Nesse sentido, os municipalistas aproveitaram os conflitos de Collor com os governadores para ampliar sua inserção na política de saúde, mesmo que ainda sob condições aquém de suas aspirações, esperando uma conjuntura mais favorável à frente.



## 4.2 “A OUSADIA DE CUMPRIR E FAZER CUMPRIR A LEI” (1993-94): A VIRADA MUNICIPALISTA

### 4.2.1 O CENÁRIO FEDERATIVO NACIONAL: A JANELA DE OPORTUNIDADES DO MUNICIPALISMO

A conjuntura esperada pelos municipalistas ocorreu entre o *impeachment* de Collor ao final de 1992 e a aprovação do Fundo Social de Emergência (FSE) em março de 1994, momento a partir do qual a União volta a ampliar sua força na federação. Nesse intervalo, ocorreu uma janela de oportunidades no contexto federativo nacional caracterizado pela presença de um presidente da República que não tinha preferências centralizadoras, uma agenda legislativa tímida no plano das reformas federativas, a expansão das receitas disponíveis aos entes subnacionais (especialmente aos municípios), baixa regulação federal no campo das finanças públicas.

Itamar Franco manteve laços estritos com os atores reformistas, apoiando a agenda de aprovação da legislação no campo social (em especial, a Lei Orgânica da Assistência Social — Loas), além de fomentar a emergência de programas importantes nas áreas de erradicação do trabalho infantil, medicamentos genéricos, saúde da família. Em seu governo, foi criado também o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (Consea).

Seu governo também interferiu pouco nas relações federativas, e de um conjunto de 59 matérias que tratavam de interesse federativo que tramitaram no Congresso entre 1989 e 2006, apenas seis foram de iniciativa do governo Itamar Franco (Arretche, 2012).

Da mesma forma, em 1993, manteve-se a tendência de ampliação das receitas fiscais dos entes subnacionais. Entre 1980 e 1993, os estados e municípios em conjunto ampliaram sua participação na receita fiscal disponível de 31,9% para 41,2%, e os municípios passaram de 8,6% para 15,8%. Além disso, a aprovação da Lei nº 8.727, em novembro de 1993, definia novas regras apenas para as dívidas contraídas junto às instituições federais, não incluindo a dívida de estados e municípios com as instituições privadas, a dívida mobiliária e as operações de antecipação de receita orçamentária (ARO), o que interferiu pouco nas finanças públicas subnacionais.

Na percepção das forças reformistas, esse contexto era uma oportunidade ímpar para promover a descentralização.

### 4.2.2 JOGO DE FORÇAS ENTRE OS ATORES: A CONSOLIDAÇÃO POLÍTICA DOS GESTORES MUNICIPAIS E A RETOMADA DO IDEAL DESCENTRALIZADOR DA REFORMA SANITÁRIA

O *impeachment* de Collor e a pressão da sociedade civil por mudanças enfraqueceram os setores mais conservadores alinhados a seu projeto centralizador, em especial o setor privado e a burocracia do Inamps, operando uma mudança na correlação de forças no setor, fortalecendo o Movimento Sanitário, gestores estaduais e municipais. Formou-se uma coalizão capaz de romper o insulamento do Executivo federal ao projeto de descentralização da política de saúde, movida pela urgência em impulsionar a descentralização e evitar futuros retrocessos, em função do contexto internacional de crise financeira do Estado brasileiro que favorecia reformas de cunho liberal (Melo, 2005; Arretche, 2012).

A realização da 9ª CNS permitiu abrir um caminho de ação política semelhante ao percorrido na 8ª CNS, onde a ampliação do debate setorial com os atores da sociedade civil e gestores estaduais e municipais, movimentos populares etc. desencadeou um movimento de articulação política que permitiu a retomada dos espaços de decisão da política de saúde em âmbito nacional, em especial o comando do Ministério da Saúde (Cebras, 1992).

A 9ª CNS representou um momento de consolidação do papel político dos secretários municipais, um evento sinalizador da posição que viriam a ocupar nos rumos da nova gestão do Ministério da Saúde e na definição da nova estratégia de descentralização do SUS (Faleiros et al., 2006; Cebes, 1992; Ribeiro, 1997).

#### 4.2.3 DIREÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE: A VIRADA MUNICIPALISTA

Nessa janela de oportunidades, o municipalismo assumiu o comando do MS, passando a empregar o poder central para evitar futuros movimentos de centralização. Os novos dirigentes do MS, em sua grande maioria, haviam atuado em governos locais, tinham passagens pela gestão federal e guardavam relações estreitas com os atores do MRS. Consequentemente, a elaboração da NOB 93 foi caracterizada por um processo de relações mais abertas entre o Ministério da Saúde e as principais forças políticas setoriais, cujas principais evidências foram a criação do Grupo Especial para a Descentralização (GED), a extinção do Inamps e a implementação das comissões intergestores tripartites (CIT) e bipartites (Cibs).

O GED atuou como núcleo técnico e político de articulação de uma nova proposta de descentralização para substituir a NOB 91, como resposta às demandas da 9ª CNS e dos diversos atores reformistas (Silva, 2001). Conduzido por municipalistas, sua atuação aglutinou um amplo conjunto de atores que tinham interesses diretamente afetados pelas mudanças planejadas, sinalizando aos atores envolvidos que o governo pretendia incorporar as demandas diversas para produzir um amplo consenso em torno da municipalização (Carvalho, 2002).

Nesse período, o governo encaminhou ao Congresso um projeto de lei para extinguir o Inamps, que teve expressiva oposição de parlamentares aliados à burocracia do órgão e ao setor privado e da mídia nacional. A mobilização setorial, a firme decisão da cúpula do MS e as iniciativas de desarticulação dos setores contrários foram decisivas para a aprovação do projeto. Entre essas iniciativas, é importante mencionar algumas concessões, tais como a criação da carreira do Sistema Nacional de Auditoria, atendendo às demandas da corporação dos auditores do Inamps, e a manutenção do pagamento por procedimentos para atender ao interesse dos prestadores privados.

Finalmente, a implantação das comissões intergestores bipartites (CIBs) era uma condição essencial para o avanço da descentralização, uma vez que tanto a programação das ações e serviços de saúde quanto as decisões relativas à resolução de conflitos entre os municípios e desses com a esfera estadual passariam a ser definidas nessas instâncias de pactuação. Além disso, as CIBs também se encarregariam de adequar a descentralização às diversidades regionais e locais.

#### 4.2.4 A ESTRATÉGIA DE DESCENTRALIZAÇÃO: INSTITUINDO O COMPARTILHAMENTO DE PODER E A AUTONOMIA DE GESTÃO LOCAL

Completa essa estratégia agressiva de descentralização a publicação da NOB 93, que definia que todo o processo de definição das diretrizes operacionais de implantação do SUS passaria a ser conduzido por meio de negociações federativas nas comissões intergestores (CIT e CIB) (Carvalho, 2001).

As funções a serem desempenhadas por estados e municípios também foram ampliadas de forma expressiva quando comparadas com o modelo da NOB 91. A amplitude das funções dependia da complexidade da estrutura de serviços local e regional que permitia ao estado ou ao município se habilitar em modalidades diferentes de adesão. Para os municípios, foram definidas as modalidades incipiente, parcial e semiplena, sendo o grau de autonomia na gestão local condicionado às capacidades institucionais e ao tamanho da rede de serviços.

A coordenação do processo de descentralização passou a ser realizada por meio de um conjunto variado de instrumentos de natureza política, financeira, jurídica e gerencial, ampliando o leque de possibilidades de coordenação federativa à disposição da União. A estratégia da NOB 93 articulava instâncias de pactuação política (CIT e CIB), termos de adesão por condição de gestão, sistemas de informação para acompanhamento e controle da produção de serviços, relatórios de gestão das responsabilidades assumidas por condição de gestão e incentivos financeiros vinculados ao cumprimento de um conjunto de requisitos específicos de cada condição de gestão.

A partir da NOB 93, os entes subnacionais passaram a exercer atividades de planejamento, programação e gestão e avaliação da rede própria e contratada, o que levou a mudança no formato das transferências federais de pagamento aos prestadores para transferências diretas “fundo a fundo”, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde. Essa mudança ocorreu, inicialmente, apenas para os municípios em gestão semiplena e somente a partir de agosto de 1994, quando o mecanismo foi regulamentado. A NOB manteve o formato de fracionamento das transferências para a atenção ambulatorial e atenção hospitalar, incentivos à estadualização e à municipalização e recursos para investimentos.

#### 4.2.5 ESTRUTURAS DE COORDENAÇÃO FEDERATIVA, CAPACIDADES INSTITUCIONAIS DOS ENTES SUBNACIONAIS E FINANCIAMENTO: ALTO POTENCIAL DE INSTITUCIONALIZAÇÃO E ENCERRAMENTO DA CONJUNTURA CRÍTICA

A direção do processo de descentralização definida pela estratégia da NOB 93 refletia as tendências do contexto federativo e ia ao encontro das expectativas da coalizão reformista setorial. Além disso, ao longo da Gestão Jamil Haddad, o comando federal conseguiu realizar mudanças na estrutura organizacional do MS alinhadas com a estratégia de descentralização, promovendo uma transição entre a estrutura monolítica do Inamps e um arcabouço mais diversificado composto por estruturas especializadas e mais integradas com comando único.

Destacam-se a transferência das responsabilidades do Inamps para a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (Snas), a definição do Fundo Nacional de Saúde (FNS) como principal unidade federal de transferência de recursos intergovernamentais, a criação do Serviço Nacional de Auditoria (SNA) e da Coordenação de Ouvidoria. Embora não tenha ocorrido uma reforma administrativa planejada, esses movimentos foram funcionais e permitiram adequar a estrutura federal para promover a coordenação federativa mais adequada ao formato descentralizado do SUS.

Da mesma forma, diferente da NOB 91, a estratégia desenhada na NOB 93 soube aproveitar as capacidades institucionais de estados e, principalmente, dos municípios, concedendo também maior autonomia para o gerenciamento de recursos. Estados e municípios vinham ampliando sua capacidade institucional de gestão da rede serviços de saúde desde o início da década de 1980.

Segundo a Pesquisa de Assistência Médico Sanitária (AMS) do IBGE para o ano de 1992, de um total de 49.676 estabelecimentos de saúde existentes em todo o país, 27.092 (54,5%) eram públicos e 22.584 (45,5%) eram privados. Na oferta pública, 25.750 (51,7%) eram unidades de propriedade dos entes subnacionais, sendo 18.662 municipais (37,6%) e 7.043 estaduais (14,2%). Apenas 1.387 (2,8%) eram unidades federais.

Esse padrão de distribuição significava um potencial dos entes subnacionais para assumir novas responsabilidades, e as diferentes modalidades de habilitação permitiram a adesão de municípios com níveis muito variados de capacidade instalada, adequando a estratégia às assimetrias regionais brasileiras.

Finalmente, o único fator que reduziu as possibilidades de adesão foi a instabilidade do financiamento federal. Em 1993, o então ministro da Previdência Social, Antônio Brito, interrompeu o aporte de recursos provenientes da Contribuição sobre a Folha de Salários, fonte de financiamento instituída pelo artigo 195 da Constituição Federal de 1988 para o financiamento de todas as áreas de seguridade social (Brasil, 1988). Essa atitude desencadeou a maior crise do financiamento do setor saúde no período do SUS, uma vez que os aportes provenientes dessa fonte representaram 55% dos recursos do orçamento do Ministério da Saúde no ano de 1992 (Barros, Piola e Vianna, 1996; Carvalho, 2002).

Soluções emergenciais, tais como o empréstimo junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), a emissão de Títulos do Tesouro Nacional e o aumento dos aportes de recursos de fontes tradicionais do orçamento do Ministério da Saúde, não foram capazes de reduzir a insegurança gerada pela irregularidade dos fluxos de transferências federais (Barros, Piola e Vianna, 1996).

Mesmo com as dificuldades da instabilidade financeira, a estratégia da NOB 93 foi bem recebida pelos municípios, levando a um elevado nível de adesão, quando se compara com os números obtidos pela NOB 91. Em 1995, já eram 2.799 municípios habilitados, o que correspondia a 56,3% dos municípios brasileiros. A amplitude da adesão estabeleceu um *lock in* federativo setorial em torno da municipalização, tornando-a a via definitiva para a descentralização do SUS, e encerrou a conjuntura crítica federativa iniciada no final da década de 1970.

Uma vez que uma quantidade expressiva de municípios assumiu a gestão de seus sistemas de saúde e passou a receber recursos “fundo a fundo”, seriam enormes os custos políticos e econômicos de reversão desse processo para qualquer elite política que assumisse o MS.

Doravante, a municipalização seria a base para a implementação do SUS. Versões da municipalização um pouco mais reguladas a partir da esfera federal ou estadual ainda eram possíveis, porém sem interferir de forma expressiva no papel dos municípios. Os gestores municipais tinham a seu favor as regras da NOB 93, as comissões intergestores e o controle de uma ampla rede de oferta de ações e serviços de saúde, além de um expressivo volume de transferências financeiras.

A desconcentração do “modelo inamsiano” não seria mais viável, e a estadualização estrita também apresentava pouquíssimas probabilidades. Os estados continuavam endividados, o que incentivou as práticas de guerra fiscal, além de as SES terem sido significativamente afetadas pelas políticas financeiras restritivas do Governo Sarney e o desenho da NOB 91 ter reduzido seu papel no SUS. Sua adesão à NOB 93 foi baixa, apenas nove estados haviam se habilitado até 1995. Considerando ainda que ampliar seu protagonismo iria exigir um papel mais expressivo na oferta de média complexidade do SUS, o que demandaria volumes expressivos de aporte financeiro, era pouco provável uma “virada estadualista”.

#### 4.3 TENDÊNCIAS CENTRÍPETAS E CENTRÍFUGAS MOLDAM UM FEDERALISMO POLARIZADO (1995-2000)

##### 4.3.1 O CENÁRIO FEDERATIVO NACIONAL: TODO PODER À UNIÃO

Na segunda metade da década de 1990, houve uma inflexão centralizadora na dinâmica federativa no Brasil com movimentos nos planos legislativo, fiscal/financeiro e de coordenação de políticas públicas. Esse movimento se caracterizou pelo fortalecimento da Presidência da República na relação com o Congresso Nacional, por um novo regime nacional de finanças públicas e pelo uso de mecanismos de coordenação federativa.

A partir de 1995, a União ampliou a iniciativa de legislação que afetava o interesse de estados e municípios, com impactos sobre diversos aspectos das relações intergovernamentais. Tais mudanças na legislação nacional resultaram: (1) na ampliação de receitas não compartilháveis com os estados

e municípios (ex.: Contribuição Social sobre o Lucro Líquido — CSLL, Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social — Cofins, Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira — CPMF); (2) na retenção de recursos na União (ex.: Fundo Social de Emergência/Fundo de Estabilização Fiscal/Desvinculação de Recursos da União — DRU); e (3) na redução da autonomia dos entes subnacionais para arrecadar impostos (ex.: Lei Kandir, ISS sobre pedágios, taxa de iluminação pública), administrar encargos (ex.: Lei de Concessões, Lei de Diretrizes e Bases) e ampliar gastos (ex.: Lei Camata, regimes previdenciários) (Arretche, 2012).

O novo regime de finanças públicas abrangeu: (1) a federalização das dívidas dos estados (2); a manutenção da DRU (anteriormente chamada de Fundo Social de Emergência e Fundo de Estabilização Fiscal); (3) o crescimento das receitas disponíveis à União por meio da expansão da arrecadação das contribuições sociais (Cofins, CSLL etc.); e (4) a aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000).

Finalmente, o estabelecimento de um conjunto de mecanismos de coordenação federativa de políticas buscou introduzir uma relação de coordenação vertical na implementação de programas sociais, como o Piso de Atenção Básica (PAB) e o Fundef, condicionando o recebimento de recursos ao cumprimento de metas e à observação de padrões nacionais. Essas mudanças buscavam instituir padrões nacionais mais detalhados para regular a partir da esfera federal o papel a ser exercido por estados e municípios na gestão de políticas públicas (Fleury, 2001). Esse novo contexto federativo nacional gerava conflitos com o processo setorial em que a municipalização já estava institucionalizada, produzindo tanto pressões para ampliar a regulação federal como um senso de urgência para consolidar a municipalização.

#### 4.3.2 JOGO DE FORÇAS ENTRE OS ATORES: APROFUNDAMENTO DO LEGADO MUNICIPALISTA VERSUS AJUSTES E ADAPTAÇÃO ESTRATÉGICA

Nesse espaço de contradição, os diferentes atores reorientaram suas estratégias políticas em torno de três posições: (1) defender e aprofundar o formato inicial da municipalização, (2) direcionar a municipalização para um formato mais adequado ao seu interesse, ou (3) se adaptar de forma estratégica e preservar seus espaços de ganho.

Os secretários municipais voltaram seus esforços para garantir a implementação do modelo municipalista, tendo como bandeiras principais a consolidação da governança compartilhada (CIT e CIBs), a desburocratização das regras nacionais para a habilitação, a ampliação da autonomia gerencial e a criação de uma fonte estável de financiamento (Carvalho, 2002).

As entidades do Movimento da Reforma Sanitária (Cebes e Abrasco), seguindo a mesma linha, estabeleceram duas linhas articuladas de discurso político: defenderam os avanços obtidos com a estratégia de descentralização implementada pelo Governo Itamar Franco e denunciaram os impactos negativos das reformas neoliberais iniciadas pelo Governo Cardoso. Os gestores estaduais assumiram maior protagonismo, com a criação das câmaras técnicas do Conass e a realização de oficinas temáticas, com respostas às pressões por maior coordenação regional decorrente da municipalização.

A burocracia federal expandiu sua participação no jogo de relações federativas em decorrência do elevado peso das transferências financeiras federais no financiamento setorial, da diversificação e especialização institucional da estrutura do Ministério da Saúde e da complexificação das estratégias de descentralização.

Finalmente, os prestadores privados adotaram uma estratégia de adaptação seletiva, que consistia na defesa da posição privilegiada na oferta dos serviços e do pagamento por procedimentos, além de obter constantes atualizações monetárias da tabela de procedimentos do SUS. Nos contratos com as secretarias estaduais e municipais, buscaram concentrar sua oferta nos serviços mais especializados.



#### 4.3.3 A DIREÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL: UMA CRISE E DOIS ESTILOS DE RELAÇÕES FEDERATIVAS

A direção da política nacional nesse período caracterizou-se por dois estilos de relações produzidos pela aguda crise do financiamento setorial. Nos anos de 1995 e 1996, o comando do Ministério da Saúde foi de técnicos que haviam construído suas carreiras com ligações mais estreitas com o MRS. Eram lideranças setoriais e sua trajetória profissional se confundia com a constituição do SUS. Esse perfil favorecia proximidade maior com o discurso e com as estratégias de descentralização setorial e permitia uma resistência mais expressiva às pressões de fortalecimento da capacidade indutiva federal, apesar de também terem desenvolvido iniciativas no sentido de conferir maior racionalidade sistêmica ao processo de descentralização em andamento, fortalecendo o papel do MS.

Após a saída de Jatene, motivada por disputa com o Ministério da Fazenda sobre o destino dos recursos da CPMF, FHC optou por um perfil com maior alinhamento político com a Presidência da República e a área econômica. No período seguinte, de 1997 a 2000, estiveram no comando do MS ministros com pouco ou nenhum engajamento no movimento sanitário e, portanto, vinham de fora da dinâmica política do SUS, sustentados pelo núcleo do governo. Nesse período, prevaleceram as preferências por um Ministério da Saúde mais forte e com maior capacidade de regulação sobre os entes subnacionais. As diferenças entre esses dois momentos podem ser assim identificadas: (1) na condução dada ao processo de busca por uma fonte estável de financiamento, (2) na estratégia de vinculação de recursos fiscais das três esferas para o financiamento do SUS, e (3) na estratégia adotada no processo de elaboração e de revisão da NOB 96.

As diferenças de orientação política nesses dois períodos se refletiram inicialmente no debate sobre o financiamento setorial. No período de 1995-96, o ministro Jatene encabeçou pessoalmente uma campanha política junto aos principais atores do setor e parlamentares para a aprovação de uma nova contribuição social (CPMF) para ampliar o aporte federal de recursos para o MS, sem propor a vinculação de receitas dos entes subnacionais. A utilização de parte desses recursos para outras finalidades pelo Ministério da Fazenda colocou Jatene em conflito com a equipe econômica, levando à sua demissão. Já na gestão Serra, a questão do subfinanciamento setorial foi enfrentada de forma distinta, levando à aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000, que destinava à saúde 12% das receitas estaduais e 15% das municipais. Assim, o maior ônus recaiu sobre os entes subnacionais, permitindo à União apenas manter o volume de recursos já aplicados em 1999, acrescido de correção anual pela variação nominal do PIB.

Na elaboração da nova estratégia de descentralização, expressa na NOB 96, também foram observadas diferentes formas de condução política. Até 1996, o processo foi mais aberto, iniciando nas CIBs e terminado no CNS e na 10ª Conferência Nacional de Saúde, abrangendo a participação dos diferentes atores setoriais. Sob o comando de Barjas Negri, como secretário executivo, já em 1997, o MS adiou o início das habilitações até o primeiro semestre de 1998, propondo uma agenda mais fechada de rediscussão da NOB 96.

Com o argumento de conferir um caráter mais racionalizador e indutivo às transferências financeiras intergovernamentais federais, o MS criou uma agenda de reorganização operacional que abrangia a revisão de códigos, a reclassificação de grupos de procedimentos e a revisão dos critérios da Programação Pactuada e Integrada (PPI), a criação de novas sistemáticas de controle e avaliação, entre outros.

Essa postura gerou um conflito crescente entre o MS e o Conass e Conasems, que se acentuou com a publicação de um conjunto de portarias em 18 de dezembro de 1997<sup>1</sup> com os novos fundamentos para a NOB 96, questionados pelos diferentes atores que participaram do processo (Carvalho, 2002).

---

<sup>1</sup> Portarias GM/MS nºs 1.882 a 1.923, de 17 de dezembro de 1997.

#### 4.3.4 A ESTRATÉGIA DE DESCENTRALIZAÇÃO: REAFIRMANDO A MUNICIPALIZAÇÃO E AMPLIANDO A CAPACIDADE REGULATÓRIA DA UNIÃO

O arranjo de relações intergovernamentais contido do texto da NOB 96 se fundamentava em um federalismo municipalista, porém acompanhado de expressiva ampliação das prerrogativas regulatórias de natureza normativa e financeira do Ministério da Saúde. O modelo de negociações políticas entre os entes federados nas comissões intergestores foi mantido e legitimado. Além disso, buscou-se também delinear um arranjo mais claro de competências para cada ente da federação, conferindo maior racionalidade sistêmica às relações intergovernamentais no SUS.

A adesão dos municípios passou a ser baseada no nível de atenção ofertado a partir de duas modalidades: Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). O mesmo foi definido para os estados nas modalidades Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual. A Programação Pactuada e Integrada (PPI) foi introduzida com a função de permitir ao gestor estadual, de forma conjunta com os municípios, integrar e harmonizar as programações anuais de oferta de exames, procedimentos e internações a serem compartilhados entre os municípios.

Fortaleceu-se a atenção primária, com a definição de *per capita*s diferenciados regionalmente por indicadores de desenvolvimento e com a adoção de programas específicos incentivados pelo MS por meio de transferências financeiras federais fragmentadas (PAB fixo e variável) que regulavam expressivamente a forma como os estados e municípios aplicavam os recursos.

O Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (Faec) foi criado em 1999 com a finalidade de arcar com os custos dos procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual e dos decorrentes da execução de ações consideradas estratégicas. A partir de 2001, os pagamentos a prestadores cobertos com recursos do Faec passaram a ser realizados diretamente pelo Ministério da Saúde, centralizando na União a relação com os fornecedores.

A ampliação do peso da União ocorreu ainda por meio da intensificação do emprego de um conjunto de prerrogativas e dispositivos, em especial: (1) a manutenção de expressivo controle sobre todo o processo de elaboração, revisão e implementação da NOB 96; (2) o elevado poder sobre a definição das pautas e da dinâmica de negociação na CIT; (3) a prerrogativa de definição das habilitações; (4) o controle do cumprimento dos requisitos por parte de estados e municípios; e (5) o emprego sistemático e crescente de incentivos financeiros vinculados a políticas e programas específicos (Programa Saúde da Família — PSE, Programa de Agentes Comunitários de Saúde — Pacs, Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids etc.), entre outros.

#### 4.3.5 ESTRUTURAS DE COORDENAÇÃO FEDERATIVA, CAPACIDADES INSTITUCIONAIS DOS ENTES SUBNACIONAIS E FINANCIAMENTO: A PRODUÇÃO DO LEGADO MUNICIPALISTA A PARTIR DA POLARIZAÇÃO FEDERATIVA

A direção da estratégia de descentralização guardava relações estreitas com as contradições existentes entre o contexto federativo e o jogo de atores do setor saúde. De um lado, refletia a tendência ao fortalecimento da esfera federal em virtude da agenda de reformas impulsionadas pelo Governo FHC, e, de outro, a municipalização institucionalizada no período 1993-94.

Acima dessas contradições, esse cenário também permitiu convergências. A dinâmica da conjuntura federativa do período era propícia a maior regulação federal, mas não era impeditiva para a municipalização, pois o poder local adquiriu expressiva valorização no discurso das agências internacionais de fomento nos anos 1990. Além disso, o modelo de descentralização da NOB 96 trazia ganhos para todos ou não implicava perdas para praticamente nenhum dos principais atores envolvidos do

SUS. Os atores reformistas garantiram o aprofundamento da municipalização, a burocracia federal ampliou seu papel na definição de padrões de políticas e no uso de recursos das transferências financeiras federais e o setor privado manteve a prerrogativa de pagamento por procedimento, adquirida nas negociações de extinção do Inamps.

Os demais fatores considerados relevantes para conferir maiores chances de institucionalização para a estratégia da NOB 96 também foram levados em conta pelo Governo FHC.

A implementação da NOB 96 também foi acompanhada de mudanças funcionais no desenho organizacional do Ministério da Saúde para ajustar seu arcabouço ao novo papel do gestor federal, caracterizado por maior força indutiva e reguladora sobre as relações intergovernamentais no SUS.

Na gestão Jatene, foi mantido e aperfeiçoado o arcabouço proveniente do período de 1993-94, o que fortalecia o federalismo tripartite municipalista. No período 1997-2000, essa estrutura apresentou alterações mais expressivas visando conferir maior capacidade de coordenação federativa à União. Tais mudanças envolveram, em 1997, a criação da Secretaria de Políticas e de Avaliação (SPSA) e da Secretaria de Projetos Especiais de Saúde (Brasil, 1997). Em 1998, foi realizada a revisão de toda a estrutura organizacional do MS e a transferência do Departamento de Informática do SUS (Datusus) da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) para a SE/MS. Em 1999, houve a criação da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999). Finalmente, em 2000, foi realizada a readequação da estrutura da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) (Decreto nº 3.496, de 1º de junho de 2000).

O financiamento setorial também apresentou maior regularidade ao longo da segunda metade da década. Apesar da instabilidade que caracterizou os anos de 1995 e 1996 e das variações nos volumes globais dos gastos do Ministério da Saúde em todo o período em questão, os patamares médios de gasto específico com “assistência médica e sanitária” nos anos de 1997 a 1999 foram mais elevados que os dos anos anteriores, considerando os valores constantes. Não houve crescimento real do gasto *per capita* nem a atualização devida em relação ao crescimento do PIB. Entretanto, a aprovação da CPMF e a regularidade das transferências sinalizaram aos estados e municípios que eles teriam melhores condições financeiras para arcar com seus compromissos financeiros relacionados com a contratação de profissionais, prestadores, fornecedores etc.

Em consequência desse alinhamento de fatores, ao final de 1999, 97% dos municípios já estavam habilitados na NOB 96, sendo 4.854 (90,7%) em Gestão Plena da Atenção Básica e 496 (9,3%) em Gestão Plena do Sistema de Saúde. Esse resultado consolidou a municipalização, com expressiva regulação federal, como o padrão predominante de relações intergovernamentais decorrente do processo político-institucional da descentralização do SUS na década de 1990.

## 5. CONCLUSÃO

O modelo proposto para a análise da dinâmica que levou à polarização das relações federativas no SUS na década de 1990 mostrou que a correlação de forças entre os atores setoriais consistiu na variável principal para definir a direção da mudança, embora a configuração do contexto federativo externo ao SUS tenha se apresentado como capaz de promover alterações laterais nas orientações do setor ou criar impasses e bloqueios de agenda, em virtude das preferências do presidente da República e do uso dos recursos estratégicos da União. Quando houve uma convergência entre essas duas variáveis, no Governo Itamar, a descentralização tornou-se possível pela articulação de forças em torno do projeto da municipalização, encerrando a conjuntura crítica aberta com crise do Inamps, produzindo um *lock in* das relações federativas na política de saúde.

A direção da política nacional mostrou ser o ponto de convergência das pressões provenientes do contexto federativo e da correlação de forças setorial. Quando houve convergência entre os dois polos de pressão, houve maior uniformidade nas decisões relativas às políticas, sendo a maioria delas orientadas para a municipalização. Nos casos que em não houve alinhamento, os resultados foram variados. No Governo Collor, a ausência de convergências com as forças reformadoras setoriais bloqueou a estratégia de desconcentração do “modelo inampsiiano”. No Governo FHC, houve conflitos na cúpula e mudanças de alinhamento do Ministério da Saúde, com maior proximidade com os atores setoriais na gestão Jatene e maior alinhamento com a Presidência da República e a área econômica nas demais gestões.

A relevância das três outras variáveis empregadas no modelo de análise — a estrutura de coordenação federativa da União, o financiamento e a capacidade institucional dos estados e municípios — esteve mais fortemente associada ao nível de institucionalização das estratégias de descentralização analisadas, quando a direção já estava definida e formalizada em uma NOB, ou seja, elas se mostraram fundamentais para ampliar o grau de adesão dos entes subnacionais.

A análise do processo de descentralização do SUS, na década de 1990, apresentada nesse artigo, possui implicações relevantes para a própria interpretação das mudanças impulsionadas pela reforma sanitária na política de saúde no Brasil, para as explicações teóricas histórico-institucionalistas das trajetórias institucionais e para a evolução futura das relações federativas setoriais.

Diferentemente de análises como as expressas em Faletti (2010), que afirmam ter havido majoritariamente mudanças incrementais no desenho do sistema de saúde brasileiro motivadas pela reforma sanitária, este artigo mostra que houve alterações expressivas no plano federativo na década de 1990, que transformaram um sistema centralizado e sem participação popular em outro descentralizado e com expressiva participação da sociedade civil. O fato de as mudanças terem sido paulatinas e incrementais não significa que elas tenham sido de pouca relevância. Tais mudanças foram conduzidas respeitando o processo democrático e de forma articulada com uma reforma institucional que incluiu a construção de instâncias de pactuação, reconstrução de mecanismos de gestão, empoderamento de novos atores etc.

A teoria histórico-institucionalista enfatiza como se desenvolvem as trajetórias de dependência e como emergem as conjunturas críticas. Assim, um dos desafios dessa abordagem consiste em mostrar como ocorre a transição entre uma conjuntura crítica e a formação do legado, que resulta na instalação de uma nova trajetória de dependência (Immergut, 1998; Hall e Taylor, 2003). A análise conduzida neste artigo traz contribuições relevantes, identificando as variáveis que interferem nesse processo nos planos político, institucional, financeiro e gerencial. Analisando o peso de cada uma delas ao longo do processo de reforma da política de saúde no caso brasileiro, foi possível identificar como diferentes fatores contribuem para a formação de uma nova trajetória de dependência.

Finalmente, é importante destacar que as mudanças introduzidas nesse período implicam alterações no papel das três esferas de governo que apresentaram expressiva sustentabilidade nas décadas seguintes. Mesmo diante de um novo contexto que implicou na recentralização no campo político e fiscal, a configuração descentralizada do SUS apresentou expressiva resiliência institucional. Assim, futuros processos de reforma pretendidos pelo Ministério da Saúde somente serão levados à frente se sustentados em consistentes negociações com estados e municípios.

## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando. *Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- ARRETCHE, Marta. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV; Editora Fiocruz, 2012.
- ARRETCHE, Marta. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. São Paulo: Fapesp, 2000.
- BARROS, Maria E.; PIOLA, Sergio F.; VIANNA, Solon M. Política de saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas. *Texto para Discussão (Ipea)*, n. 401, 1996.
- BÉLAND, Daniel; MYLES, John. Varieties of federalism, institutional legacies, and social policy: Comparing old-age and unemployment insurance reform in Canada. *International Journal of Social Welfare*, 21 (sup01), p. 75-87, 2012.
- BENZ, Arthur; BROSCHEK, Jorg. Federal dynamics: introduction. In: BENZ, Arthur; BROSCHEK, Jorg. *Federal dynamics: continuity, change and the varieties of federalism*. Oxford: Oxford University Press, 2013. p. 1-23.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Congresso Nacional, 1988.
- BRASIL. Presidência da República. *Decreto 2.284, de 24 de julho de 1997*. Brasília: Presidência da República.
- BROSCHEK, Jorg. Historical institutionalism and the varieties of federalism in Germany and Canada. *The Journal of Federalism*, v. 42, n. 4, p. 662-687, 2011.
- BROSCHEK, Jorg. Historical institutionalism and comparative federalism. *World Political Science Review*, v. 8, n. 1, p. 101-128, 2012.
- CAPOCCIA, Giovanni; KELEMEN, Daniel. The study of critical juncture: theory, narrative, and counterfactuals in historical institutionalism. *World Politics*, v. 59, n. 3, p. 341-369, 2007.
- CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.
- CARVALHO, G. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001*. Tese (doutorado) — Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- CEBES. IX Conferência Nacional de Saúde. *Saúde em Debate*, n. 36, p. 4-5, out. 1992.
- CORDEIRO, Hesio. Descentralização, universalidade e equidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001.
- CORDEIRO, Hesio. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. *Physis — Revista Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, p. 343-362, 2004.
- ESCOREL, Sara; BLOCK, Renata. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, Nisia T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 83-119.
- FALEIROS, Vicente et al. *A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- FALETTI, Tulia. Infiltrando o Estado: a evolução da reforma da saúde no Brasil, 1964-1988. *Revista Estudos de Sociologia*, v. 15, n. 19, p. 345-368, 2010.
- FLEURY, Sonia. Reforma del Estado. *Rev. Adm. Pública*, v. 35, n. 5, p. 7-48, 2001.
- FLEURY, Sonia. ¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia. In: MOLINA, Carlos; ARCO, Jose (Org.). *Servicios de salud en América Latina y Asia*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, 2003. p. 3-39.
- GUERRA, Alcení. Entrevista exclusiva com o ministro da Saúde. *Revista Saúde em Debate*, n. 29, p. 5-11, jun. 1990.
- HALL, Peter; TAYLOR, Rosemary. As três versões do neoinstitucionalismo. *Lua Nova*, n. 58, p. 193-223, 2003.
- IMMERGUT, Ellen. The theoretical core of the new institutionalism. *Politics & Society*, v. 26, n. 1, p. 5-34, 1998.
- LIMA, Luciana. D. *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.



MACHADO, Cristiane. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Editora Museu da República, 2007.

MAHONEY, James. Path Dependence in HISTORICAL SOCIOLOGY. *Theory and Society*, v. 29, n. 4, p. 507-548, 2000.

MAHONEY, James. Path-dependent explanations of regime change: Central America in comparative perspective. *Studies in Comparative International Development*, v. 36, n. 1, p. 111-141, 2001.

MAHONEY, James; THELEN, Kethleen. A theory of gradual institutional change. In: MAHONEY, James; THELEN, Kethleen (Org.). *Explaining institutional change: ambiguity, agency, and power*. Nova York: Cambridge University Press, 2010. p. 1-37.

MELO, Marcos A. O sucesso inesperado das reformas de segunda geração: federalismo, reformas constitucionais e política social. *Dados — Revista de Ciências Sociais*, v. 48, n. 4, p. 845-889, 2005.

OBINGER, Herbet; CASTLES, Francis; LEIBFRIED, Stephan. Introduction: federalism and the welfare state. In: OBINGER, Herbet; CASTLES, Francis; LEIBFRIED, Stephan (Org.). *Federalism and the welfare state: new world and European experience*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005. p. 1-49.

OUVERNEY, Assis M. *Federalismo e descentralização do SUS: a formação de um regime polarizado de relações intergovernamentais na década de 1990*. Tese (doutorado) — Escola Brasileira de Administra-

ção Pública e Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2015.

PAGE, Scott. Path dependence. *Quarterly Journal of Political Science*, v. 1, n. 1, p. 87-115, 2006.

PAIM, Jairnilson. A democratização da saúde e o Suds: o caso da Bahia. *Saúde em Debate*, v. 27, p. 5-11, 1990.

PIERSON, Paul. Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review*, v. 94, n. 2, p. 251-267, 2000b.

PIERSON, Paul. Not just what, but when: timing and sequence in political processes. *Studies in American Political Development*, v. 14, n. 1, p. 72-92, 2000a.

RIBEIRO, José M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 1, p. 81-92, 1997.

SILVA, Silvio F. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOIFER, Hillel D. The causal logic of critical junctures. *Comparative Political Studies*, v. 45, n. 12, p. 1572-1597, 2012.

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. *Revista de Sociologia e Política*, n. 24 p. 105-121, jun. 2005.

WAYLAND, Kurt. Social movements and the State: the politics of health reform in Brazil. *World Development*, v. 23, n. 10, p. 1699-1712, 1995.

### Assis Mafort Ouverney

Doutor em administração (instituições, políticas e governo) pela Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas (FGV EBAPE). Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). E-mail: [assismafort@gmail.com](mailto:assismafort@gmail.com).

### Sonia Fleury

Doutora em ciência política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ). Professora titular da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas (FGV EBAPE) e coordenadora do Programa de Estudos da Esfera Pública (PPEP). E-mail: [sonia.fleury@fgv.br](mailto:sonia.fleury@fgv.br).