

Piola, Sérgio F.; Vieira, Fabiola Sulpino; Servo, Luciana Mendes Santos; de Sá, Edvaldo Batista; de Sá ce Benevides, Rodrigo Pucci

Working Paper

Prioriza SUS: Análise de problemas, recomendação de estratégias e a visão do consórcio intergovernamental público como instrumento de reforço à Coordenação Federativa do Sistema Único de Saúde

Texto para Discussão, No. 2900

Provided in Cooperation with:

Institute of Applied Economic Research (ipea), Brasília

Suggested Citation: Piola, Sérgio F.; Vieira, Fabiola Sulpino; Servo, Luciana Mendes Santos; de Sá, Edvaldo Batista; de Sá ce Benevides, Rodrigo Pucci (2023) : Prioriza SUS: Análise de problemas, recomendação de estratégias e a visão do consórcio intergovernamental público como instrumento de reforço à Coordenação Federativa do Sistema Único de Saúde, Texto para Discussão, No. 2900, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, <https://doi.org/10.38116/td2900-port>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/285022>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<https://creativecommons.org/licenses/by/2.5/br/>

TEXTO PARA DISCUSSÃO

2900

PRIORIZA SUS: ANÁLISE DE PROBLEMAS, RECOMENDAÇÃO DE ESTRATÉGIAS E A VISÃO DO CONSÓRCIO INTERGOVERNAMENTAL PÚBLICO COMO INSTRUMENTO DE REFORÇO À COORDENAÇÃO FEDERATIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**SÉRGIO FRANCISCO PIOLA
FABIOLA SULPINO VIEIRA
LUCIANA MENDES SANTOS SERVO
EDVALDO BATISTA DE SÁ
RODRIGO PUCCI DE SÁ E BENEVIDES**

ipea

Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

PRIORIZA SUS: ANÁLISE DE PROBLEMAS, RECOMENDAÇÃO DE ESTRATÉGIAS E A VISÃO DO CONSÓRCIO INTERGOVERNAMENTAL PÚBLICO COMO INSTRUMENTO DE REFORÇO À COORDENAÇÃO FEDERATIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SÉRGIO FRANCISCO PIOLA¹

FABIOLA SULPINO VIEIRA²

LUCIANA MENDES SANTOS SERVO³

EDVALDO BATISTA DE SÁ⁴

RODRIGO PUCCI DE SÁ E BENEVIDES⁵

1. Especialista em saúde pública. *E-mail:* <sergiofpiola@gmail.com>.

2. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea. *E-mail:* <fabiola.vieira@ipea.gov.br>.

3. Presidenta do Ipea. *E-mail:* <luciana.servo@ipea.gov.br>.

4. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea. *E-mail:* <edvaldo.sa@ipea.gov.br>.

5. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea. *E-mail:* <rodrigo.benevides@ipea.gov.br>.

Governo Federal

Ministério do Planejamento e Orçamento

Ministra Simone Nassar Tebet

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento e Orçamento, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidenta

LUCIANA MENDES SANTOS SERVO

Diretor de Desenvolvimento Institucional

FERNANDO GAIGER SILVEIRA

**Diretora de Estudos e Políticas do Estado,
das Instituições e da Democracia**

LUSENI MARIA CORDEIRO DE AQUINO

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

CLÁUDIO ROBERTO AMITRANO

**Diretor de Estudos e Políticas Regionais,
Urbanas e Ambientais**

ARISTIDES MONTEIRO NETO

**Diretora de Estudos e Políticas Setoriais,
de Inovação, Regulação e Infraestrutura**

FERNANDA DE NEGRI

Diretor de Estudos e Políticas Sociais

CARLOS HENRIQUE LEITE CORSEUIL

Diretor de Estudos Internacionais

FÁBIO VÉRAS SOARES

Chefe de Gabinete

ALEXANDRE DOS SANTOS CUNHA

Coordenador-Geral de Imprensa e Comunicação Social

ANTONIO LASSANCE

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2023

Prioriza SUS : análise de problemas, recomendação de estratégias e a visão do consórcio intergovernamental público como instrumento de reforço à Coordenação Federativa do Sistema Único de Saúde / Sérgio Francisco Piola ... [et al.]. – Brasília, DF: IPEA, 2023. 50 p. – (Texto para Discussão ; 2900).

Inclui Bibliografia.

1. Política de Saúde. 2. Coordenação Federativa na Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Consórcios Públicos. I. Piola, Sérgio Francisco. II. Vieira, Fabiola Sulpino. III. Servo, Luciana Mendes Santos. IV. Sá, Edvaldo Batista de. V. Benevides, Rodrigo Pucci de Sá e. VI. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 362.1068

Ficha catalográfica elaborada por Elizabeth Ferreira da Silva CRB-7/6844.

Como citar:

PIOLA, Sérgio Francisco; VIEIRA, Fabiola Sulpino; SERVO, Luciana Mendes Santos; SÁ, Edvaldo Batista de; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. **Prioriza SUS** : análise de problemas, recomendação de estratégias e a visão do consórcio intergovernamental público como instrumento de reforço à Coordenação Federativa do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ipea, jul. 2023. 50 p. (Texto para Discussão, n. 2900). DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td2900-port>

JEL: I10; I18.

As publicações do Ipea estão disponíveis para download gratuito nos formatos PDF (todas) e ePUB (livros e periódicos).

Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento e Orçamento.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

SUMÁRIO

SINOPSE	
ABSTRACT	
1 INTRODUÇÃO	6
2 MÉTODO.....	8
3 ANÁLISE DO PROBLEMA ESTRUTURAL: COORDENAÇÃO FEDERATIVA INSUFICIENTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	9
3.1 Alguns elementos do contexto da Federação	9
3.2 Algumas das principais características legais e institucionais do SUS.....	13
3.3 Configuração atual do sistema de saúde brasileiro	14
3.4 A coordenação federativa na trajetória do SUS.....	16
3.5 A importância da coordenação federativa para o SUS	18
3.6 A coordenação federativa insuficiente do SUS como causa do problema público	20
4 ALTERNATIVA PARA MINIMIZAR O PROBLEMA ESTRUTURAL DA COORDENAÇÃO FEDERATIVA INSUFICIENTE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	24
4.1 Consórcio intergovernamental como forma de minimizar o problema.....	25
4.2 Proposta de estímulo à formação de consórcios intergovernamentais públicos	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICE A	44
APÊNDICE B.....	45
APÊNDICE C.....	48

SINOPSE

Este texto analisa questões relacionadas à coordenação federativa do Sistema Único de Saúde (SUS), com repercussões negativas sobre o acesso a bens e serviços públicos de saúde, visando à identificação e recomendação de medidas que contribuam para a solução gradual das dificuldades de acesso. Seguindo a metodologia de análise de políticas públicas, após a definição do problema público como *dificuldade de acesso tempestivo, efetivo e equitativo a bens e serviços públicos de saúde* foi elaborada uma árvore do problema e várias causas e consequências foram identificadas. A causa escolhida para intervenção neste estudo é a *coordenação federativa insuficiente*, também considerada um problema estrutural do SUS. Uma das formas de minorar o problema de acesso tempestivo e equitativo à atenção à saúde é aumentar a disponibilidade de bens e serviços de saúde nas áreas mais carentes. Mas isso deve ser feito da forma mais efetiva, dentro dos princípios e das diretrizes do SUS, com base em uma ação cooperativa entre os entes federados. Assim, ainda que existam outras formas de expandir a oferta pública de bens e serviços de saúde, entende-se que, em situações específicas, o consórcio intergovernamental é uma opção que não pode ser descartada. A proposta preliminar deste texto foi analisada em um fórum de política pública com a participação de pesquisadores, técnicos e gestores do SUS, com reconhecido conhecimento sobre o tema. As contribuições dos participantes do fórum foram incluídas no texto e o resumo das discussões consta nos apêndices.

Palavras-chave: política de saúde; coordenação federativa na saúde; Sistema Único de Saúde; consórcios públicos.

ABSTRACT

This text analyzes issues related to the federative coordination of the Unified Health System (SUS), with negative repercussions on access to public health goods and services, aiming at the identification and recommendation of measures that contribute to the gradual solution of access difficulties. Following the methodology of analysis of public policies, after the definition of the public problem as “difficulty of timely, effective and equitable access to public health goods and services” a tree of the problem was elaborated and several causes and consequences were identified. The cause chosen for intervention in this study is “insufficient federative coordination”, which is also considered a structural problem of the SUS. One of the ways to reduce the problem of timely and equitable access to health care is to increase the availability of health goods and services in the most deprived areas. But this should be done in the most effective way, within the principles and guidelines of the SUS, based on a cooperative action among the federated entities. Thus, although there are other ways of expanding the public supply of health goods and services, it is understood that, in specific situations, the intergovernmental consortium is an option that cannot be ruled out. The preliminary proposal of this text was analyzed in a public policy forum with the participation of researchers, technicians and managers of the SUS, with recognized knowledge on the subject. The contributions of the forum participants were included in the text and summary of the discussions are inserted in appendix.

Keywords: health policy; federative coordination in health; Unified Health System; public consortia.

1 INTRODUÇÃO

Conforme previsto na legislação básica do Sistema Único de Saúde (SUS) – Constituição Federal de 1988 (CF/1988) e Leis nºs 8.080/1990 e 8.142/1990 –, as competências das três esferas de governo são, na sua quase totalidade, comuns ou compartilhadas. Esse compartilhamento acontece principalmente no tocante à administração da assistência à saúde, ainda que, conforme explicitado no art. 30, inciso VII da CF/1988, ao município é delegada, de forma mais direta e inequívoca, a responsabilidade pela prestação de serviços de assistência à saúde.¹ Ademais, quando a Constituição trata da organização do sistema, uma de suas diretrizes é a descentralização “com direção única em cada esfera de governo” (Brasil, 1988, art. 198, inciso I).

A diretriz de descentralização ganhou força com o movimento municipalista das décadas de 1980 e 1990, sob o estímulo da democratização (Viana e Machado, 2009). A intensidade desse movimento fez com que a ênfase inicial na implantação do novo sistema se desse com foco no município. Muito se discutiu, nos primórdios da implantação do SUS, sobre a necessidade de ações coordenadas, em diversas situações, como foi o caso, por exemplo, do controle de endemias. Por sua vez, na área de assistência à saúde, a expansão dos serviços básicos para todos os municípios brasileiros começou a evidenciar a necessidade de melhorar a coordenação federativa a fim de propiciar o atendimento mais integral das necessidades de saúde da população, uma vez que os municípios, em sua grande maioria, não apresentam condições de serem completamente autônomos nessa missão. Iniciativas diversas, com maior ou menor adesão de estados e municípios, foram implementadas nesse sentido, sem conseguir uma resolução mais concreta do problema, como se verá mais adiante. Constituem esse grupo de ações, por exemplo, diversas normas operacionais do SUS, o Pacto pela Saúde, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – Coap (Ouverney, Ribeiro e Moreira, 2017), que foram iniciativas do Ministério da Saúde (MS). Outras, como os consórcios municipais de saúde, tiveram sua implementação liderada pelos governos municipais, seguida, do apoio dos governos estaduais.

Recentemente, a crise política e econômica levou à antecipação da mudança na Presidência da República em 2016 e à adoção de uma agenda neoliberal, com a implantação do novo regime fiscal (Emenda Constitucional – EC nº 95/2016). Com ele foi instituído o teto de gastos para o governo federal, o que levou à restrição nos gastos

1. Do ponto de vista do poder de legislar sobre a saúde, a competência é concorrente entre a União, os estados e o Distrito Federal, pois, conforme estabelecido no item XII, do art. 24 da CF/1988, cabe a estes entes legislar concorrentemente sobre previdência social, proteção e defesa da saúde. Nesses casos, cabe aos municípios legislar sobre questões de interesse local (Brasil, 1988, art. 30, inciso I).

sociais. O governo empossado em 2019 manteve essa política de clara propensão à diminuição do papel do governo federal na área social, com a correspondente diminuição de sua participação no financiamento de diversas políticas públicas. Essa situação criou condições propícias ao aguçamento do conflito federativo, gerando comportamentos menos solidários no desenvolvimento de políticas públicas.

Apesar de todos os problemas enfrentados pelo SUS no combate à pandemia, amplamente divulgados pela imprensa, a crise sanitária trouxe uma oportunidade ímpar de reflexão e reconhecimento da importância da existência de um sistema público de saúde de acesso universal e atendimento integral. O enfrentamento da pandemia também tornou bem visível a imperiosidade de se alcançar mais coordenação entre as Unidades Federadas para uma ação mais eficaz no campo da saúde, sobretudo para levar a uma parcela maior da população a tão almejada integralidade² no atendimento. Ficou evidente também a necessidade de pontos de comunicação/articulação mais bem definidos entre os setores público e privado de saúde, sobretudo àquele que não presta atendimento pelo SUS.

Por fim, as discussões que envolveram questões relacionadas à proteção social e às políticas de saúde pautaram a inclusão de propostas gerais para essas áreas na agenda dos partidos políticos e das coalizões nas eleições de 2022. A coligação do presidente eleito apresentou algumas propostas imediatas para a área de saúde, mas enfrenta desafios para garantir o financiamento dessas ações. Até o momento, ainda não é possível saber qual será a relevância e a real ampliação da prioridade para o SUS no comportamento político do governo federal e dos governos estaduais recém-eleitos.

Este texto faz parte de um projeto de pesquisa mais abrangente, denominado Prioriza SUS, proposto pela equipe da Coordenação de Estudos e Pesquisas em Saúde e Assistência Social da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Cosas/Disoc/Ipea). O projeto tem por finalidade discutir os principais problemas estruturais do SUS e propor soluções para aqueles identificados como prioritários, constituindo uma agenda que promova o debate entre instituições do Estado e sociedade, visando à formulação e à implementação de políticas públicas para eliminá-los ou mitigá-los.

Após esta introdução, na seção 2, apresenta-se o método utilizado na produção deste trabalho; na seção 3, analisa-se o problema estrutural da *coordenação federativa*

2. Esse é um dos princípios do SUS, o qual garante ao usuário uma atenção que engloba ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema. Pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não em um recorte de ações ou enfermidades (Brasil, 2005).

insuficiente do SUS; na seção 4, apresenta-se alternativa para minimizar o problema, tendo como instrumento o fortalecimento de consórcios públicos intergovernamentais; e na seção 5, são expostas as observações finais.

2 MÉTODO

Os procedimentos metodológicos gerais adotados na realização dessa e de outras análises no âmbito do projeto Prioriza SUS encontram-se descritos de forma detalhada em nota técnica publicada pelo Ipea (Vieira *et al.*, 2023). Em resumo, a equipe desse instituto realizou uma análise do problema público, que foi enunciado como *dificuldade de acesso tempestivo, efetivo e equitativo à atenção à saúde* pela população em diversas localidades do Brasil. Para tanto, produziu-se uma árvore desse problema público (apêndice A). Foram identificadas as suas causas e consequências, considerando o papel estratégico do SUS para a garantia do acesso da população aos serviços e bens de saúde no país. Buscou-se explicitar, entre as causas, aquelas que são problemas estruturais desse sistema. Na sequência, priorizaram-se entre esses problemas aqueles que seriam objeto de análise detalhada. Neste texto, analisa-se o problema estrutural definido como *coordenação federativa insuficiente do SUS*, com foco na repercussão desse problema no acesso aos bens e serviços públicos de saúde.

Evidências técnico-científicas foram utilizadas para descrever o problema estrutural e, após essa etapa, passou-se à fase de proposição de ações para mitigá-lo, o que, por conseguinte, contribui para a mitigação do problema público. As ações propostas pela equipe do Ipea foram discutidas em um fórum de políticas públicas, que é uma reunião com atores relevantes, envolvidos com o problema analisado. O objetivo do fórum foi aprimorar as propostas de ação inicialmente formuladas e sugerir novas ações, se compatíveis com a proposta como um todo. Os participantes do fórum tiveram de assinar um termo de participação no qual se estabeleceram as regras para a participação na reunião tanto para convidados quanto para organizadores (apêndice B).

Participaram do fórum *Prioriza SUS: coordenação federativa* quatro convidados, entre eles: i) um secretário estadual de saúde; ii) uma pesquisadora com expressiva produção sobre coordenação federativa; iii) uma docente com passagem pela Secretaria de Assistência à Saúde de Mato Grosso do Sul; e iv) um ex-secretário municipal, ex-secretário estadual e ex-deputado federal.

Os participantes do fórum foram convidados a se manifestar sobre a análise do problema estrutural do SUS, bem como sobre as ações propostas para solução desse problema, elaboradas pela equipe do Ipea, constantes de um documento-base ao qual eles tiveram acesso com antecedência.

Durante o fórum, as discussões tiveram a seguinte sequência: i) debate acerca do problema analisado e das ações propostas para o seu enfrentamento; ii) discussão sobre a viabilidade das ações propostas e os meios ou recursos que poderiam ser utilizados para fortalecê-las; e iii) discussão a respeito de outras ações que poderiam ser implementadas para a solução ou mitigação do problema priorizado. Os comentários dos participantes do fórum sobre o documento-base foram consolidados e encontram-se, de forma resumida, no apêndice C. As sugestões que eles fizeram foram consideradas e incorporadas à análise do problema e das soluções realizadas previamente pela equipe do Ipea.

3 ANÁLISE DO PROBLEMA ESTRUTURAL: COORDENAÇÃO FEDERATIVA INSUFICIENTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Entre as causas do problema público *dificuldade de acesso tempestivo, efetivo e equitativo à atenção à saúde*, enunciado anteriormente, identificou-se a dificuldade estrutural *coordenação federativa insuficiente*, causada, por sua vez, pela *insuficiência de mecanismos de coordenação entre as esferas de governo*, entre outros motivos (apêndice A). Esse problema estrutural foi selecionado como forma de enfrentamento e é objeto de contextualização desta seção.

3.1 Alguns elementos do contexto da Federação

O Brasil é uma República Federativa de grande extensão, com mais de 8 milhões de km², composta pela União, por 26 estados, pelo Distrito Federal e por 5.568 municípios. O país apresenta características muito singulares: três instâncias de governo com autonomia econômica, política e administrativa – visto que estados e municípios apresentam grandes desigualdades de capacidade econômica, densidade populacional e extensão territorial.

A maior parte dos municípios são pequenos, em torno de 68% – quase 3.800 – têm menos de 20 mil habitantes. Estes municípios abrigam um total de quase 32 milhões de habitantes, apenas 15% da população total do país. Destes, 1.253, cerca de 33%, têm até 5 mil habitantes, abrigando 2% da população. Os municípios com menos de 5 mil habitantes representam um quinto (22,5%) do total de municípios (tabela 1). Quanto à área geográfica, municípios de grande extensão territorial se situam sobretudo na região Norte, enquanto os de menor porte, especialmente na região Sul.

TABELA 1**Distribuição dos municípios por faixa populacional (2019)**

Faixa populacional	Número de municípios	População	Municípios (%)	População (% do total)
Até 5 mil hab.	1.253	4.210.078	22,5	2,0
De 5 mil a 10 mil hab.	1.199	8.543.409	21,5	4,1
De 10 mil a 20 mil hab.	1.344	19.211.880	24,1	9,1
De 20 mil a 50 mil hab.	1.101	33.528.420	19,8	16,0
De 50 mil a 100 mil hab.	349	23.948.888	6,3	11,4
De 100 mil a 200 mil hab.	170	22.620.258	3,1	10,8
De 200 mil a 500 mil hab.	106	31.571.622	1,9	15,0
De 500 mil a 1 milhão de hab.	31	20.429.467	0,6	9,7
Mais de 1 milhão de hab.	17	46.083.103	0,3	21,9
Total	5.570	210.147.125	100,0	100,0

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <<https://bit.ly/3Vvir0d>>. Obs.: Inclui o Distrito Federal e Fernando de Noronha como municípios.

A distribuição da receita disponível entre os três tipos de entes da Federação é bastante desigual. A carga tributária do Brasil foi estimada em 35% do produto interno bruto (PIB) em 2018 (Afonso e Castro, 2019). As três instâncias que compõem a Federação têm capacidade de arrecadar tributos. A maior parcela da receita tributária é arrecadada pela União (65,66%). Os tributos estaduais representam 27,16%; e os municipais, 7,18%. A distribuição da receita disponível, no entanto, é bem diferente da distribuição da receita arrecadada, por força das transferências constitucionais que favorecem, com maior intensidade, os municípios.³ Depois de feitas as transferências constitucionais, a União fica com 54,8% das receitas tributárias; os estados, com 25,2%; e os municípios, com 20,0% do total (tabela 2). Nas últimas décadas, sobretudo a partir de 1988, houve desconcentração da receita disponível, especialmente em favor dos municípios, que duplicaram sua participação na receita disponível.

3. As transferências constitucionais da União para estados, Distrito Federal e municípios são realizadas por meio do Fundo de Participação de Estados (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Nos dois casos, as transferências obedecem a critérios regionais, populacionais e de renda *per capita*.

TABELA 2**Arrecadação direta e receita disponível por esfera de governo – Brasil (2018)**

(Em R\$ 1 bilhão)

Esfera	Arrecadação direta	(%)	PIB (%)	Receita disponível	(%)	PIB (%)
União	1.572,01	65,66	23,02	1.312,80	54,80	19,23
Estados	650,27	27,16	9,50	602,80	25,20	8,23
Municípios	172,03	7,18	2,52	478,80	20,00	7,01
Total	2.394,32	100,00	35,07	2.394,32	100,00	35,70

Fonte: Afonso e Castro (2019).

A partir da CF/1988 é que os municípios passaram a ter condição de ente da Federação. Nela foram revisadas as regras de participação nas receitas, fortalecido o direito à tributação própria e houve reforço financeiro por meio das transferências constitucionais, que beneficiaram especialmente as municipalidades. Nessa Constituição, elevaram-se os percentuais sobre a arrecadação de impostos federais a serem transferidos por meio do FPE e do FPM. Houve, dessa forma, uma desconcentração na distribuição final das receitas tributárias. Anteriormente, durante o período do governo militar (1964 a 1985), houve um processo de centralização das receitas na União (principalmente entre 1964 e 1967). Na década de 1980 em diante, especialmente depois da CF/1988, ocorreu uma forte redistribuição dos recursos da União, especificamente em favor dos municípios, ainda que, como ressaltaram Soares (1997), Dain (1995) e Rezende (1995), sem transferência, na mesma ocasião, dos encargos correspondentes.

A partir da CF/1988 é que houve aumento dos percentuais do Imposto de Renda (IR) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) para redistribuição automática por meio do FPE e FPM para estados, Distrito Federal e municípios. Com o fim de recuperar a capacidade de gastos e diminuir a vinculação de receitas, o governo federal aumentou alíquotas de contribuições sociais,⁴ particularmente da Contribuição Social sobre Lucro Líquido (CSLL) e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e desvinculou o percentual das receitas dessas contribuições.⁵ Mais recentemente, com

4. No sistema tributário brasileiro, a União é a única instância de governo com prerrogativa de criar contribuições sociais. Pela CF/1988, contribuições, como CSLL e Cofins, eram vinculadas ao Orçamento da Seguridade Social (OSS).

5. Desde 1994, quando foi criado o Fundo Social de Emergência, hoje denominado Desvinculação de Receitas da União (DRU), o orçamento fiscal tem se apropriado de receitas destinadas à Seguridade Social e à descentralização (receitas do FPE e do FPM).

a EC nº 93/2016,⁶ o governo federal está autorizado a desvincular até 30% das receitas de contribuições até 2023. Ademais, essa emenda estendeu a desvinculação para as receitas de impostos, taxas e multas de estados, Distrito Federal e municípios até 2023.

Na área da saúde, a oferta de serviços reflete a desigualdade de porte populacional e econômico das regiões e dos municípios do Brasil. Rache *et al.* (2020), em estudo sobre as necessidades para o enfrentamento da epidemia de covid-19, avaliaram a distribuição de leitos em unidades de terapia intensiva (UTIs), respiradores e taxa de ocupação, por região de saúde do SUS. O estudo tomou como base as 436 regiões de saúde e analisou a oferta de leitos totais e do SUS. Com relação a leitos totais (SUS e não SUS), constatou-se que 279 (69%) das 436 regiões tinham menos de dez leitos de UTI por 100 mil/habitantes. Considerando somente leitos do SUS (próprios ou contratados), seriam 316 (72%) as regiões com menos de dez leitos. Dessas, 142 regiões não possuíam nenhum leito de UTI, apesar de serem responsáveis pelo atendimento de 15% da população dependente do SUS. Essas regiões de saúde se concentram nas macrorregiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Esses vazios assistenciais levaram os pesquisadores a projetarem um colapso do sistema de saúde antes mesmo das taxas de contágio terem crescido exponencialmente (Noronha *et al.*, 2020). O que se observa é ainda mais preocupante, pois regiões com elevada oferta de leitos, mas com baixa disponibilidade para o SUS, viram seus sistemas de saúde serem pressionados, o que levou à necessidade de, mesmo nessas localidades, disponibilizar rapidamente leitos de campanha (Costa *et al.*, 2020).

Além das demandas relacionadas à pandemia, outros estudos mostram as desigualdades no acesso para tratamentos continuados de alta complexidade. Ribeiro *et al.* (2017), em estudo transversal sobre as regiões de saúde do SUS, tendo a terapia renal substitutiva (TRS) como um dos indicadores, apontam que, em 2014, de um total de 13,1 milhões de sessões de TRS, 1,64 milhão (12,4%) foi realizada fora do domicílio de residência do paciente e que 142 regiões de saúde não apresentaram registros da realização desse procedimento.

Contudo, mesmo com as inúmeras desigualdades ainda persistentes, no que se refere à distribuição da oferta e ao acesso aos serviços, o SUS trouxe avanços incontesteáveis na prestação de serviços públicos de saúde: i) aumento expressivo dos serviços de atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), na qual se estima a cobertura potencial de 62,8% da população; ii) expansão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), assim como o acesso a medicamentos de alto custo; iii) a

6. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para prorrogar a DRU e estabelecer a desvinculação de receitas dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

maior parte dos transplantes de órgãos realizados no Brasil, excluídos os de córnea, é custeada com recursos públicos; iv) participação expressiva no acesso a outros procedimentos de alta complexidade; v) cerca de 90% das hemodiálises para portadores de doença renal crônica são providas pelo SUS; e vi) o Programa Nacional de Imunizações que cobria, em média, 85% da população-alvo em 2015 (Vieira, Piola e Benevides, 2019).

3.2 Algumas das principais características legais e institucionais do SUS

Na CF/1988, a saúde passou a ser integrante da seguridade social, junto com a Previdência e Assistência Social (Brasil, 1988, art. 193). Antes disso, as ações de saúde no governo federal eram desenvolvidas por dois ministérios: i) o da Saúde, que cuidava das ações de saúde pública e, em conjunto com secretarias estaduais e municipais de saúde e entidades filantrópicas, do atendimento das pessoas não vinculadas ao seguro social; e ii) o da Previdência e Assistência Social, que, por meio do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), cuidava da assistência médica da população vinculada ao seguro social. Ao ser integrado ao conceito de Seguridade Social, o MS incorporou as responsabilidades da antiga assistência médica previdenciária.⁷ Com a CF/1988, a saúde passou a ser considerada direito de todos e dever do Estado (*op. cit.*, art. 196) e o Brasil passou a contar com um sistema público integrado, de acesso universal, com financiamento compartilhado entre União, estados e municípios.

Entre as características legais do SUS merecem ser realçadas: i) acesso universal – todo cidadão tem direito de acesso ao sistema – e atendimento igualitário (Brasil, 1988, art. 196); ii) atendimento integral – ações de promoção, proteção e recuperação da saúde – em todos os níveis de atenção (*op. cit.*, art. 198, inciso II; Brasil, 1990, art. 7, inciso II); e iii) organização descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e ações e serviços integrados em redes regionalizadas e hierarquizadas (Brasil, 1988, art. 198, inciso I).

Os prestadores privados podem participar do SUS de forma complementar, mediante contrato de direito público ou convênio, com preferência para entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (Brasil, 1988, art. 199, parágrafo 1º). Ou seja, a CF/1988 integrou os serviços públicos de saúde em um único sistema, mas não vedou a participação de prestadores privados no SUS. Manteve a assistência à saúde livre à iniciativa privada (*op. cit.*, art. 199, *caput*) e conferiu o *status* de relevância pública às ações e aos

7. A progressiva integração da assistência médica da Previdência Social ao MS e demais serviços públicos dos estados e municípios vinha se conformando desde meados da década de 1970 (Ipea, 2009).

serviços de saúde (*op. cit.*, art. 197), cabendo ao poder público sua regulamentação, sua fiscalização e seu controle.

3.3 Configuração atual do sistema de saúde brasileiro

No Brasil, o acesso aos serviços de saúde pode ser realizado por diferentes vias, todas contando com financiamento público, seja integral, como é o caso do SUS, seja indiretamente subsidiado, por meio de renúncia fiscal, como acontece no consumo de serviços privados de saúde. Neste caso, os serviços são pagos no ato do consumo ou por pré-pagamento de planos e seguros privados de saúde. Tanto as pessoas, ao pagarem serviços médico-hospitalares ou planos ou seguros privados de saúde, quanto as empresas, ao oferecerem serviços de saúde a seus empregados, podem descontar esses valores da renda tributável. Em 2018, por exemplo, a renúncia fiscal ou o gasto tributário na área da saúde foi de R\$ 52,5 bilhões, o equivalente a 45% da despesa do MS naquele ano com ações e serviços públicos de saúde (ASPS). No total da renúncia fiscal na saúde, os gastos com assistência médica somaram cerca de R\$ 25 bilhões,⁸ e o restante foi de renúncia fiscal de medicamentos e hospitais filantrópicos (Ocké-Reis, 2021).

Essas vias de acesso conformam as principais segmentações e/ou duplicações do sistema brasileiro: i) o SUS – financiado exclusivamente por recursos públicos; ii) os planos e seguros privados de saúde – financiados por recursos das empresas, das famílias e de incentivos fiscais; iii) os planos de atenção a saúde de algumas categorias de servidores públicos e empregados de empresas públicas – financiados com recursos públicos, dos usuários e incentivos; e iv) acesso direto a provedores privados mediante pagamento no ato (Ribeiro, Piola e Servo, 2007).

O SUS tem direção única em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal), exercida, respectivamente, pelo MS, pelas 27 secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal e por mais 5.568 secretarias municipais de saúde. O nível municipal é o principal responsável pela provisão de ações e serviços públicos de saúde, especialmente pela atenção básica de saúde. O nível estadual é responsável pela organização de redes regionais resolutivas, em seu âmbito, pela cooperação técnica e financeira aos municípios e também atua, em caráter complementar, na provisão de serviços, principalmente no tocante a serviços de média e alta complexidade. À União cabe, entre outras reponsabilidades definidas no art. 16 da Lei nº 8.080/1990,

8. Desse total, R\$ 11,6 bilhões foram gastos de pessoas físicas. Esse tipo de renúncia fiscal é bastante discutível do ponto de vista da justiça distributiva, pois só tem acesso a esse benefício parcela menor da população, os declarantes do IR e, dentro destes, os que fazem declaração no formulário completo.

a condução geral do sistema (planejamento estratégico no âmbito do SUS), definição e coordenação de sistemas de redes integradas de alta complexidade, de vigilância epidemiológica, de laboratórios de saúde pública, além de sua participação indispensável no financiamento do sistema, com vistas à progressiva redução das desigualdades regionais (Brasil, 2012, art. 1º, inciso III).

Os bens e serviços de saúde providos pelo SUS são financiados por meio de tributos gerais originários da União, dos estados e municípios, e são de acesso universal, como dito anteriormente. O MS participa do financiamento e da condução e coordenação geral do sistema (Barros e Piola, 2016). No tocante ao financiamento compartilhado do SUS, mudanças importantes ocorreram com a EC nº 29/2000. Desde então, tem-se reduzido a participação da União *vis-à-vis* a participação de estados, Distrito Federal e municípios. Em 2000, a União era responsável por 59,8% do financiamento do sistema, enquanto estados e municípios, por 40,2%. Em 2021, estados e municípios se responsabilizaram por 54,5% e a União por 45,5%. Em relação ao PIB, o gasto público cresceu de 2,84% do PIB em 2000 para 4,56% em 2019. Nesse último ano, o gasto total em saúde do Brasil foi estimado em 9,6% do PIB. Desse total, o gasto público correspondia a 39,9%. Ou seja, mais de 60% do gasto provém de fontes privadas (IBGE, 2022). O Brasil, quando comparado a outros países, possui um gasto total em saúde como proporção do PIB, relativamente elevado. Contudo, a baixa participação do gasto público, menos de 40%, está na contramão dos países desenvolvidos que, quase sem exceções, apresentam um gasto público superior ao privado.⁹

Cerca de 72% da população depende, exclusivamente, do SUS. A parcela da população brasileira que possui planos ou seguros privados de saúde, cerca de 25% da população, também utiliza o SUS para ações de saúde pública,¹⁰ para procedimentos mais complexos, de maior custo¹¹ e em situações de urgência ou emergência (Andrade *et al.*, 2018). Os amplos subsídios públicos à atividade privada na saúde, que beneficiam tanto usuários quanto provedores, reforçam uma situação de desvalorização do sistema público universal, contribuindo para a reprodução e até mesmo exacerbação de iniquidades de acesso aos serviços de saúde presentes na sociedade brasileira.

9. Nos países da OCDE, o gasto público com saúde corresponde, em média, a 70% do gasto total.

10. Programas de imunização, por exemplo.

11. Transplantes, medicamentos para câncer e doenças raras, por exemplo.

3.4 A coordenação federativa na trajetória do SUS

De acordo com Abrucio (2005, p. 41), a coordenação federativa¹² compreende as “formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta, presentes nas federações”. Estas, recorrentemente, se deparam com diversos dilemas, como o de encontrar o equilíbrio entre a autonomia regional e a autoridade central, ou ainda, entre cooperação *versus* coordenação, uniformidade *versus* diversidade, centralização *versus* descentralização, autonomia *versus* compartilhamento da autoridade, grau de descentralização fiscal, política etc. Neste sentido, as federações os enfrentam com estratégias diversas e diferentes instrumentos ou mecanismos, a depender do contexto em que estão inseridos (Souza, 2019).

No caso do SUS, existem diretrizes legais que enfatizam aspectos da distribuição das atribuições e competências na saúde. Lima (2013), ao discorrer sobre os mecanismos federativos da saúde, destaca que algumas funções básicas são compartilhadas entre as três esferas de governo, ainda que no nível operacional a atuação de cada esfera possa ter especificidades e complementariedades em relação às demais. Mas o mais usual, de acordo com a legislação, é o compartilhamento de responsabilidades e competências. A saúde é competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (Brasil, 1988, art. 23), ainda que no art. 30, item VII, a competência do município, no tocante ao atendimento à saúde, fique mais evidente.¹³

Na operação do SUS, desde logo, foram utilizados mecanismos e/ou instrumentos para o compartilhamento nas decisões, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), os diferentes órgãos intergestores,¹⁴ os órgãos de representação dos secretários estaduais de saúde (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – Conass)¹⁵

12. Autores, como Souza (2019), valorizam uma diferenciação entre os conceitos de coordenação, que teria um caráter mais hierárquico; e o de cooperação, que teria um caráter de relação mais voluntária entre as partes.

13. “Compete aos municípios: VII – prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população” (Brasil, 1988, art. 30).

14. Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no âmbito federal; Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito dos estados e colegiados regionais de grupos de municípios que conformam regiões de saúde.

15. Muito relevantes como instrumentos de coordenação federativa do SUS tem sido o Conass e Conasems. O primeiro, fundado em 1982, é o órgão de representação dos secretários estaduais de saúde. Sua direção é formada por um presidente e cinco vice-presidentes regionais (um de cada macrorregião) e assembleia geral. O Conass é assessorado por secretaria executiva desde 2002, que conta com diversas câmaras técnicas. A Lei nº 8.142/1990 confere ao Conass representação no CNS (art. 1º, parágrafo 3º).

e das secretarias municipais de saúde (Conasems)¹⁶ e os conselhos estaduais de saúde. Nada obstante, esses órgãos intergestores têm tido uma pauta mais direcionada a questões operacionais (Ribeiro e Moreira, 2016). Pode-se, contudo, afirmar que estes instrumentos, principalmente a CIT e o CNS, foram importantes em processos de cunho regulatório que se consubstanciaram em Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS e em uma infinidade de portarias do MS, que trataram de pontos relevantes para a implementação do sistema na atual configuração, tais como os processos de planejamento do sistema e de descentralização, e a distribuição das transferências federais, aí incluídos estímulos a políticas e programas prioritários e às diferentes propostas de regionalização da assistência.

Apesar de presente no planejamento geral do governo federal, as abordagens de planejamento realizadas para o setor saúde não explicitaram estratégias mais robustas para enfrentar os problemas setoriais mais prementes ou tentar resolver os desafios da coordenação setorial (Machado, Baptista e Lima, 2010).

Importante mecanismo de coordenação federativa, que tem sido utilizado, com resultados mais concretos na indução de prioridades, é o financiamento federal. Este mecanismo, representado, desde os anos 1990, pelas transferências federais para estados, Distrito Federal e municípios, ganhou reforço com a EC nº 29/2000, que estabeleceu piso para a participação federal no financiamento do SUS (Paiva, Gonzalez e Benevides, 2020). Essa emenda trouxe, de maneira mais concreta, os estados, o Distrito Federal e os municípios para o financiamento compartilhado do SUS e conferiu mais estabilidade ao financiamento federal da saúde (Piola *et al.*, 2013). A EC nº 29 não conseguiu, contudo, diminuir de forma mais pronunciada as desigualdades no gasto público entre regiões (Piola, Benevides e Vieira, 2018). Esse papel primordial dos repasses federais, contribuir para a redução das disparidades regionais, conforme inserido na EC nº 29/2000 e recentemente reforçado na regulamentação da emenda por meio da Lei Complementar (LC) nº 141/2012, não tem sido priorizado na definição da distribuição das transferências federais; reforça esse argumento o fato de que até hoje os critérios de repasse estabelecidos na referida lei não terem sido operacionalizados. Tampouco o aumento do fluxo de recursos federais foi direcionado, pelo menos em parte, para programa de investimentos com o objetivo de diminuir as desigualdades na oferta de serviços.

16. O Conasems, também criado na década de 1980, tem diretoria composta por presidente, vice-presidente e cinco vice-presidências regionais. Conta com Conselho Nacional de Representantes Estaduais (Conares), que reúne, com certa periodicidade, os presidentes de todos os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems). O Conasems também conta com secretaria executiva e câmaras técnicas de apoio.

3.5 A importância da coordenação federativa para o SUS

A construção do sistema previsto na CF/1988 foi o grande desafio inicial da implantação do SUS. Apesar das experiências anteriores na busca de mais “coordenação” entre as três esferas de governo e de maior grau de descentralização para estados e municípios, principalmente para os primeiros, vivenciadas com as ações integradas de saúde (AIS)¹⁷ e no início de implementação dos sistemas unificados e descentralizados de saúde (Suds),¹⁸ o SUS representou um desafio muito maior, seja porque unificou a segmentação secular existente no governo federal entre os serviços de saúde da Previdência Social e os serviços a cargo do MS, seja porque a CF/1988 criou um sistema descentralizado tendente a maior uniformidade,¹⁹ ao atendimento igualitário e de acesso universal. Ademais, ao contrário do Suds, que conferia aos estados um protagonismo maior, *vis-à-vis* o dos municípios, no SUS o foco da diretriz constitucional de descentralização (Brasil, 1988, art. 198) foi, como vimos anteriormente, o município. Contribuiu para esse desfecho a força que o movimento municipalista obteve na CF/1988, o qual encontrou na legislação da saúde e na administração federal dois elementos muito importantes para a expansão do processo de descentralização. O primeiro foi a NOB 01/1993 que, por força de uma composição política favorável no âmbito federal da administração do MS, deu prioridade à municipalização da saúde. Mas, na prática, o que permitiu o incremento mais célere da descentralização para os municípios²⁰ foi a instituição dos programas de atenção primária à saúde,²¹ que tiveram sua implantação induzida pelo governo federal a partir da NOB 01/1996.

A expansão dos serviços de atenção primária, se, por um lado, trouxe benefícios imediatos e mensuráveis para boa parcela da população; por outro, permitiu vislumbrar de maneira mais clara a incapacidade da grande maioria dos municípios de prover uma atenção mais integral, com serviços médico-assistenciais especializados, à saúde de seus munícipes. Essa situação foi respondida por parte dos municípios mediante

17. O Programa de Ações Integradas de Saúde (Pais), criado em 1983 e transformado em AIS em 1984, visava à integração interinstitucional e à descentralização. Em 1987, cerca de 2.500 municípios estavam integrados às AIS (Escorel, 2012).

18. O Programa de Suds, de 1987, aprovado por decreto e originário da presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) tinha como proposta a transferência dos serviços de saúde da Previdência Social para estados e municípios, o estabelecimento do secretário de Saúde como gestor único do sistema em cada esfera de governo, entre outras medidas. Foi, de certa forma, uma proposta de preparação para o SUS (Escorel, 2012).

19. A CF/1988 fala em sistema único (art. 198) com acesso universal e igualitário às ações do sistema público (Brasil, 1988, art. 196). O Suds era denominado de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde.

20. Aqui entendida como responsabilidade pela gestão das ações de atenção primária à saúde.

21. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi criado em 1991, e o Programa de Saúde da Família em 1994.

formação de consórcios intermunicipais, em alguns casos, estimulados pelas secretarias estaduais de saúde.²² Por motivos diferentes, que serão discutidos mais à frente, esse modelo de resposta apresentou limitações, que restringiram sua expansão e seu alcance.

A preocupação com a organização para a provisão de serviços nos demais níveis de complexidade de atenção à saúde foi a motivação para edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) 01, de 29 de janeiro de 2001. A revisão dessa norma, um ano após, por meio da Noas/SUS 01, de 28 de fevereiro de 2002, permitiu a superação de alguns óbices que dificultavam sua implantação. Sob a orientação dessa norma foi definido um “rol” mínimo de atividades para a atenção básica, deu-se mais apoio à implantação da Programação Pactuada Integrada (PPI) e foram estabelecidas regras de referência intermunicipal de pacientes e o Plano Diretor de Investimentos (PDI). Nada obstante, a Noas 01/2002 encontrou dificuldades para sua implementação principalmente no sentido de flexibilizar mais as regras de habilitação dos municípios e de transferência para a gestão municipal de unidades geridas pelas secretarias estaduais (Queiroz, 2004).

As dificuldades de implementação da Noas e as mudanças político-administrativas no governo federal levaram à proposição do Pacto pela Saúde em 2006. O pacto procurou promover relações cooperativas entre as três instâncias de governo de uma forma mais geral e, no caso específico da regionalização, retomar um papel mais proativo das secretarias dos estados no planejamento setorial e flexibilizar o desenho das regiões (Lima *et al.*, 2012a; Menicucci, Costa e Machado, 2018). Ademais, o pacto procurou organizar melhor os mecanismos de transferências federais para estados e municípios por meio da consolidação dos repasses em grandes grupos de transferências, denominados blocos de financiamento, e tornou automática a habilitação, instituiu termos de compromissos de gestão e regionalização, assim como os colegiados de gestão regional (CGRs) (Albuquerque, 2013).

Apesar dos progressos, sobretudo nas relações intergovernamentais no âmbito do SUS, diversos autores identificam descompassos na sua implementação e nos resultados alcançados. Albuquerque (2013) cita a ausência de estratégia mais definida do governo federal na configuração de instrumentos de planejamento e financiamento que efetivamente facilitassem a construção dos sistemas regionais, a desarticulação entre os processos de planejamento e as pactuações intergovernamentais, e a falta de uma descentralização mais efetiva de poder para os colegiados regionais.

22. Os exemplos mais importantes desse procedimento ocorreram nos estados do Paraná, de Minas Gerais, de Mato Grosso, de Santa Catarina e, principalmente, do Ceará.

O passo seguinte no sentido de aperfeiçoar o processo de coordenação federativa, com foco na regionalização, foi dado pelo Coap, instituído pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que é um acordo de colaboração federativa para organização da rede de serviços. O contrato é específico para cada região de saúde e tem como referência as pactuações estabelecidas na CIT, definindo as responsabilidades individuais e solidárias dos entes com relação a serviços, indicadores, metas, critérios de avaliação, recursos financeiros e formas de execução, controle e avaliação. O andamento do processo de contratualização deve constar do respectivo Relatório de Gestão das Unidades Federativas (UFs)²³ e cabe ao MS informar aos órgãos de controle interno e externo sobre o descumprimento injustificado de responsabilidades na prestação de ações e serviços de saúde e de outras obrigações previstas no Decreto nº 7.508/2011.

Apesar de apenas dois estados e seus municípios terem assinado o Coap, o processo iniciado a partir do Decreto nº 7.508/2011 impulsionou, em quase todos os estados, o debate sobre o processo de regionalização, resultando em reconfiguração dos espaços regionais e contribuindo para o aperfeiçoamento do planejamento regional integrado. Contudo, a segunda fase do processo, que implicava aporte de recursos financeiros adicionais e explicitação de metas que poderiam ser cobradas, acabou não avançando (Ouverney, Ribeiro e Moreira, 2017).

Observa-se dessa forma que a questão da cooperação necessária para a organização da rede de serviços, mais de uma vez tentada por instrumentos legais originários do MS, mesmo aprovados pelos órgãos de pactuação existentes, não foram suficientes para estimular de forma mais concreta a organização regionalizada da rede de serviços de saúde, seja por ausência de investimentos, seja por problemas de ordem política e administrativa que não puderam ser adequadamente equacionados.

3.6 A coordenação federativa insuficiente do SUS como causa do problema público

O SUS enfrenta problemas de coordenação federativa desde o início de sua implantação, ainda que os sinais tenham se tornado mais evidentes, como visto anteriormente, a partir de metade da década de 1990, quando ficou mais clara a necessidade de organizar o sistema público de saúde para prover uma assistência mais integral, dando suporte aos serviços de atenção básica à saúde que se expandiam celeremente.

23. Relatório de Gestão referido no inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142/1990.

Na implementação do SUS, foram utilizadas diversas estratégias e instrumentos (ou mecanismos) de planejamento, de decisão colegiada, de financiamento e de reforço à ação coordenada, como são, nesta última questão, os consórcios públicos. Toda a experiência acumulada pode, evidentemente, servir para aperfeiçoar a utilização de tais instrumentos que, diga-se de passagem, não são muito diferentes dos utilizados em outros sistemas federativos, apesar de a nossa Federação possuir algumas características que lhe são bastante peculiares.²⁴

Lima, Pereira e Machado (2020) classificaram algumas características de ordem política, fiscal e administrativa, que têm implicações para a coordenação de políticas públicas e do SUS. Entre as citadas no estudo referido, merecem ser enfatizadas, na dimensão política, a assimetria de riqueza e de poder entre as diferentes esferas de governo; na dimensão fiscal, o sistema de partilha de receitas, com insuficiência dos mecanismos de equalização, mesmo com a centralização da maior parte da arrecadação na União; e na dimensão administrativa, as desigualdades importantes e as capacidades administrativas limitadas de vários entes subnacionais.

O problema da coordenação federativa do SUS, no sentido mais amplo, se agudizou nos últimos anos, seja pela restrição de recursos, por parte da União, em função da criação do teto de gastos, a partir de 2016, da assunção de um novo governo em 2019 com projetos político e social bastante discordantes com os compromissos que sustentam o SUS, e dos descompassos federativos no combate à pandemia de covid-19.

Entre as questões encontradas na literatura que mais fragilizam a coordenação federativa do SUS, ou seja, que constituem causas de dificuldades para a coordenação do sistema, citamos os seguintes.

- 1) Problemas ligados às estratégias de implantação e de financiamento do sistema, tais como:
 - a) descentralização com foco no município, sem cuidar da regionalização desde o princípio (Lima, 2013);
 - b) ausência de investimentos suficientes para redução das desigualdades regionais (Viana, Lima e Ferreira, 2010; Lima *et al.*, 2012a);
 - c) modelo de financiamento da média e alta complexidade baseado em incentivos por redes temáticas/preferenciais, pouco integrados na rede

24. Uma delas é, por exemplo, o fato de a Federação brasileira ser uma das poucas em que três níveis de governo possuem independência política, administrativa e financeira.

- regionalizada mais complexa que constitua uma verdadeira Rede de Atenção à Saúde – RAS (Viana *et al.*, 2018);
- d) relação público-privada no financiamento condicionando a oferta de atenção especializada e as capacidades regulatórias do estado (Santos, Ugá e Porto, 2008; Bahia e Scheffer, 2018; Menicucci, 2003);
 - e) posição assimétrica entre exportadores e importadores de serviços, seja quanto aos recursos assistenciais de média e alta complexidade, seja quanto aos recursos financeiros transferidos pela esfera federal aos ofertantes, de modo a compensar o atendimento da população referenciada (Machado, 2007);
 - f) riscos de priorização da população própria no acesso aos serviços, bem como de incorporar como suas as receitas recolhidas no atendimento de população referida pelos municípios vizinhos (Machado, 2007); e
 - g) falta de recursos novos, como barreira mais importante para a regionalização, dado o contexto de financiamento insuficiente (Moreira, Ribeiro e Ouverney, 2017).
- 2) Problemas relacionados à oferta de serviços e distribuição de recursos humanos, tais como:
- a) estrutura de oferta ainda bastante concentrada (Santos, Ugá e Porto, 2008);
 - b) existência de hospitais de pequeno porte, em sua maioria com problemas de eficiência e baixa qualificação para realização de atendimentos mais complexos (Botega, Andrade e Guedes, 2020); e
 - c) escassez e dificuldades de formação e fixação de recursos humanos em alguns territórios (Scheffer *et al.*, 2018; Vieira e Servo, 2014; Gonçalves, Oliveira Júnior e Mialhe, 2021).
- 3) Problemas relacionados às gestões estadual e municipal, tais como (Mello *et al.*, 2017):
- a) fragilidade estrutural e técnica de algumas secretarias estaduais de saúde; e

- b) fragilidade da gestão municipal derivada de aspectos políticos e institucionais, tais como descontinuidade administrativa, fragilidade técnica e alta rotatividade de secretários nos municípios.
- 4) Problemas relacionados ao funcionamento dos órgãos intergestores, tais como:
- a) funcionamento irregular e incipiente dos colegiados em muitas regiões de saúde, bem como a insuficiência de recursos e estrutura diante das demandas por parceria e dos conflitos federativos (Lima *et al.*, 2012a);
 - b) dificuldade para os colegiados regionais superarem os interesses eleitorais, clientelistas e corporativos presentes na cultura política municipal (Mello *et al.*, 2017);
 - c) incapacidade para regular o setor privado contratado, seja para a gestão, seja para a prestação de serviços, além da fragilidade dos instrumentos jurídicos para a garantia das pactuações (Mello *et al.*, 2017);
 - d) estrutura de “vetos cruzados” inviabilizaria a responsabilização, a adoção de medidas coercitivas e, assim, a própria coordenação do sistema, transferindo delegação de funções regulatórias para os órgãos de controle e para o Judiciário (Ribeiro e Moreira, 2016);
 - e) inexistência de uma autoridade regional (Lima *et al.*, 2012b); e
 - f) atuação limitada das Comissões Intergestores Regionais (CIRs) como espaço de governança regional da saúde (Albuquerque *et al.*, 2018).
- 5) Problemas relacionados a causas extrassetoriais, tais como:
- a) crise fiscal, abandono da agenda da saúde; e
 - b) estados não conseguem cumprir o papel estratégico de coordenar as políticas regionais para a redução das desigualdades (Ribeiro e Moreira, 2016).
- 6) Problemas relacionados à dinâmica de implantação do SUS, tais como:
- a) descentralização municipalista não considerou a importância da regionalização desde o início do processo (Pestana e Mendes, 2004);

- b) diferentes visões sobre o papel da União na coordenação federativa do SUS:
 - i) promotor da descentralização e apoiador dos estados e municípios (anos 1990);
 - ii) coordenador do sistema diante dos desafios de compartilhar e dividir responsabilidades – manutenção da unidade em meio à diversidade e busca de regras comuns para o equilíbrio federativo, considerando as relações não hierárquicas; e
 - iii) indutor e normalizador de políticas, na tentativa de conformação de padrões sanitários nacionais (Viana e Machado, 2009); e
 - c) *trade-off* inadequado entre a centralização federativa na União e os componentes competitivos entre entes subnacionais (Ribeiro *et al.*, 2018).
- 7) Problemas relacionados à judicialização da saúde cujo crescimento poderia ser potencializado no caso de melhor explicitação de responsabilidades na gestão e execução dos serviços de saúde, como se pretendia no Coap (Moreira, Ribeiro e Ouverney, 2017).
- 8) Problemas relacionados ao planejamento e à regulação:
- a) dificuldades de regulação dos fluxos regionais e fragilidade dos instrumentos e recursos de planejamento regional (Lima *et al.*, 2012a); e
 - b) necessidade relativa de centralização do planejamento regional do SUS no nível da CIB e de formalização de espaços de dissenso nas CIRs e comissões intergestores (Dourado e Elias, 2011; Machado, 2007).

4 ALTERNATIVA PARA MINIMIZAR O PROBLEMA ESTRUTURAL DA COORDENAÇÃO FEDERATIVA INSUFICIENTE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Como visto anteriormente, é bastante diversificada e extensa a listagem de problemas que, de alguma forma, reclamam ou poderiam ser mitigados por melhorias na coordenação federativa no âmbito do SUS, com reflexos positivos na empreitada de se obter alguns níveis de minimização, mesmo que geograficamente pontuais, do problema público identificado como *dificuldade de acesso tempestivo, efetivo e equitativo à atenção à saúde*.

Neste documento, analisa-se a possibilidade de ser estimulada pelos gestores do SUS a conformação de consórcios intergovernamentais com o objetivo de aumentar a provisão cooperativa de bens e serviços públicos de saúde, superando problemas

de escala da demanda, de recursos humanos, administrativos e financeiros e outros aspectos que inviabilizam a expansão da oferta em muitas municipalidades.

Evidentemente existem outros instrumentos ou iniciativas, alguns até mais potentes, para reduzir o problema de coordenação federativa insuficiente no SUS. Dois dos mais citados estão a seguir descritos.

- 1) Revisão do financiamento, com aumento dos recursos da União, uma vez que esta esfera de governo vem diminuindo sua participação no financiamento total do sistema, o que inviabiliza a expansão sustentada da oferta de serviços. Também entra no rol das mudanças necessárias, no tocante ao financiamento, a revisão do papel das transferências federais, instituindo-se sistemática que, ao lado de contribuir para a diminuição das desigualdades regionais de gasto público com saúde, também favoreça o planejamento regional da saúde. Para isso, seria importante criar condições para a efetiva aplicação dos critérios previstos na LC nº 141/2012, até hoje não regulamentada, e incorporar elementos de descentralização mais efetiva da gestão dos recursos transferidos, tendo por base os espaços regionais. Fechando a questão das mudanças necessárias no financiamento do SUS, seria necessário reavaliar as formas de remuneração dos serviços produzidos, seja na provisão direta, seja nas diferentes formas de terceirização.
- 2) Reforço do papel dos instrumentos intergestores de articulação federativa e dos processos de planejamento/coordenação regional. Algumas dessas questões supracitadas serão tratadas em projetos específicos por parte da equipe do Ipea.

4.1 Consórcio intergovernamental como forma de minimizar o problema

Consórcios intergovernamentais são associações voluntárias entre entes governamentais para produção e compartilhamento de valores públicos, requerendo cooperação entre as partes interessadas na realização de objetivos comuns (Machado e Andrade, 2014). Tais associações não são uma novidade na administração pública brasileira. Na década de 1930, mais precisamente por meio da CF/1937, a possibilidade de associação dos municípios foi integrada ao ordenamento jurídico brasileiro (Machado e Andrade, 2014). Nos anos de 1960 e 1970, foram vivenciadas experiências bem-sucedidas de consórcios em São Paulo, na área de promoção social e desenvolvimento (Cruz, 2001); em 1960, com a criação do Consórcio de Promoção Social da Região de Bauru; e na década de 1970, com o Consórcio do Vale do Paraíba (Cunha, 2004). Na área da saúde,

uma das experiências mais conhecidas nos anos 1980 e 1990 foi o Consórcio de Penápolis, organizado em 1986 (Ribeiro e Costa, 2000).

A CF/1988, ao tratar da organização do Estado, estabelece no parágrafo único do art. 23 que “lei complementar fixará as normas para cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional”. Apesar dessa indicação já existente no texto constitucional, somente em junho de 1999, o tema da cooperação entre os entes federados foi objeto da EC nº 19 (Brasil, 1998), que por meio do seu art. 24 alterou o art. 241 da CF, estabelecendo que

a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bem essenciais à continuidade dos serviços transferidos.

Apesar disso, a lei federal sobre consórcios, Lei nº 11.107/2005, só foi aprovada seis anos depois.

Na área específica da saúde, do ponto de vista da legislação, consórcios intermunicipais de saúde são citados na Lei nº 8.080/1990. No art. 10, capítulo III, foi estabelecido que “os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam” (Brasil, 1990). No art. 18, ao tratar das competências da direção municipal do SUS, cita-se entre elas “formar consórcios administrativos intermunicipais” (*op. cit.*, art. 18, item VII). Também estão referidos no parágrafo 3º do art. 32 da Lei nº 8.142/1990, ao tratar das transferências federais para os municípios.

Na edição da NOB 01/1993, a utilização do consórcio intermunicipal é novamente citada estabelecendo que os municípios deveriam levar em conta no estabelecimento dos consórcios: “[as] características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo”.²⁵ Isso se repete na NOB 01/1996 quando se determina que a “totalidade das ações e serviços de atenção à saúde deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos organizados em rede regionalizada e hierarquizada”²⁶ que não preci-

25. Disponível em: <<https://bit.ly/44GNFpS>>.

26. Disponível em: <<https://bit.ly/44HH9zt>>.

sam, obrigatoriamente, ser de propriedade da prefeitura, nem ter sede no território do município. Os estabelecimentos referidos podem estar situados em outro município, mas agregados mediante acordo que pode, perfeitamente, ser realizado por meio de um consórcio. Em 2006, a Portaria nº 399, de 22 de fevereiro, que publica o Pacto pela Saúde, ao tratar das responsabilidades na regulação, no controle, na avaliação e na auditoria, atribui aos estados e ao Distrito Federal a responsabilidade de “monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde”.²⁷

Reconhecendo a importância dos consórcios, a LC nº 141/2012, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios em ações e serviços públicos de saúde, os critérios de rateio dos recursos federais e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas nas três esferas de governo, ao tratar da execução conjunta de ações, reconhece a possibilidade de remanejamento de recursos dos fundos de saúde para o financiamento de ações e serviços gerenciados conjuntamente:

Art. 21. Os estados e os municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos (Brasil, 2012).

Não obstante, o Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação federativa – e que introduziu o Coap, não faz referência aos consórcios.

Como visto, a questão da cooperação intermunicipal na saúde, por meio de consórcios, esteve presente antes da criação do SUS e foi lembrada na sua lei orgânica e em outros documentos legais. Contudo, segundo Oliveira (2008), não havia, durante muito tempo, norma ou lei que especificasse o tipo do regime jurídico, a natureza das obrigações dos municípios, cabendo a estes o estabelecimento das regras que regeriam os consórcios estabelecidos.

Apesar de, como dito anteriormente, a inserção da temática dos consórcios ter sido incluída na CF em 1998, somente em 2005, por meio da Lei nº 11.107, houve disciplinamento dos consórcios públicos e dos convênios de cooperação entre os entes

27. Disponível em: <<https://bit.ly/3NIOb0K>>.

federados, lei esta que foi regulamentada pelo Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Legislação mais específica para os consórcios na área da saúde só foi estabelecida pela Portaria GM/MS nº 2.905, de 13 de julho de 2022, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017.

No tocante a informações sobre os consórcios existentes no país, a Nota Técnica Ipea nº 31, de julho de 2022 (Mendes *et al.*, 2022), demonstra que existem diversas fontes ou bases de dados que podem ser utilizadas para identificação dos consórcios públicos,²⁸ além da Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic), do IBGE, que realiza, desde 1999, levantamento sobre as instituições públicas municipais. Contudo, de acordo com a nota técnica antes referida, “cada uma dessas fontes de dados adota critérios, metodologias diferentes de acordo com seus objetivos específicos, e, circunstancialmente, incluem informações sobre os consórcios públicos no país” (*op. cit.*, p. 6). A mais abrangente, regular e institucionalizada tem sido a pesquisa Munic do IBGE, que de quatro em quatro anos, desde 1999, recolhe dados sobre os consórcios públicos. No estudo do Ipea, foram salientados alguns dados baseados nessa pesquisa para os anos de 2011, 2015 e 2019. Nesse estudo, o número de municípios que informaram participar de consórcios intermunicipais cresceu de 2.905 em 2011 (52,0% do total de municípios) para 3.665 em 2019 (65,5% do total). Por sua vez, o número de municípios que disseram participar de consórcio com o estado diminuiu de 1.423 (25,6% em 2011) para 532 (9,5% em 2019), enquanto o número de municípios que informou ter consórcio conveniado com a União caiu de 966 (17,4% do total) em 2011, para 29 (0,5% do total) em 2019. O estudo não traz explicação para essa grande redução nos consórcios com estados e União. No tocante ao número de consórcios, ainda com base nos dados da Munic, estudo de Mendes *et al.* (2022) indica que entre 2015 e 2019 houve redução no número de consórcios: de 1.012 em 2015 para 834 em 2019. O número de consórcios por setor de atuação revela que os consórcios na área de saúde atingiam um total de 310 em 2019, manejo de resíduos sólidos 120, seguidos pelos consórcios múltiplos, que somaram 99 no mesmo ano. Estas seriam as áreas de atuação mais frequentes.

Mapeamento publicado pela CNM (Henrichs, 2018), relativo ao período 2015-2017, apontou a existência de 491 consórcios públicos no Brasil. Identificou, também, que dos 5.568 municípios, 4.081 (73%) participavam de pelo menos um consórcio.

28. Relação Anual de Informações Sociais (Rais) do Ministério do Trabalho e Previdência Social; Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasses, do Ministério da Economia (Sincov/ME); Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), gerenciado pela Secretaria de Receita Federal do Brasil (RFB); Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro, vinculado à Secretaria do Tesouro Nacional (Siconfi/STN/ME); Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) do Ministério de Desenvolvimento Regional (MDR), trabalho realizado pela Confederação Nacional de Municípios (CNM), entre outras.

O percentual de municípios envolvidos em consórcios é maior no Sul (94% dos municípios), seguido pelo Sudeste, onde 91% dos municípios participariam de consórcios. Nas demais regiões, os percentuais foram de 75% no Centro-Oeste, 58% no Nordeste e 34% no Norte. Os consórcios, ainda segundo o levantamento, foram identificados em mais de 25 áreas. As duas áreas que apresentam o maior número de consórcios públicos foram saúde, presente em 55,8% dos consórcios (274); e meio ambiente, em 35,0% (172). A maioria dos municípios que participam de consórcios, 88,18%, tem população inferior a 50 mil habitantes e a maior parte dos consórcios pesquisados foram constituídos nas normativas do Decreto nº 11.107/2005 ou a elas se adequaram. No que se refere ao regime de contratação de pessoal nos consórcios, dos 163 (33%) que indicaram que seus colaboradores se submetiam a um único regime, o celetista é referido por 126 consórcios.

Segundo dados do MS, coletados de 4.211 municípios informantes do DigiSUS – Módulo Planejamento, 1.061 municípios participavam de algum consórcio na área da saúde em 2 de junho de 2022: 770 municípios, de apenas um consórcio; 203, de dois; 81, de três; seis, de quatro; e um, de cinco consórcios. O total de consórcios públicos era de 256 naquela data, sendo mais prevalentes as áreas de atuação atenção especializada, seguida pela atenção básica e pela compra de medicamentos. Na distribuição por Unidade Federativa, não havia informação sobre consorciamento de municípios em sete estados: Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Piauí, Roraima e Tocantins (tabela 3).

TABELA 3

Número de consórcios públicos na área da saúde e de participações de municípios por Unidade Federativa, segundo dados do MS¹

UF	Número de consórcios ²	Número de participações ³
Acre (AC)	1	1
Alagoas (AL)	1	7
Bahia (BA)	18	67
Ceará (CE)	20	60
Espírito Santo (ES)	8	38
Goiás (GO)	3	11
Minas Gerais (MG)	69	435
Mato Grosso (MT)	16	69
Pará (PA)	1	2
Paraíba (PB)	3	9
Pernambuco (PE)	3	5
Paraná (PR)	36	347
Rio de Janeiro (RJ)	6	16
Rio Grande do Norte (RN)	2	4
Rondônia (RO)	2	9
Rio Grande do Sul (RS)	21	118
Santa Catarina (SC)	22	119
Sergipe (SE)	1	4
São Paulo (SP)	30	127
Total	263	1.448

Fonte: MS. Dados disponibilizados por meio de solicitação de acesso à informação do DigiSUS – Módulo Planejamento. Acesso em: 2 jun. 2022.

Notas: ¹ Em 2022, 4.211 municípios estavam com o seu respectivo plano de saúde na condição de aprovado, em análise pelo conselho de saúde, não aprovado ou retornado para ajustes. Tais condições indicam que esses entes preencheram previamente as telas de dados cadastrais do DigiSUS, incluindo a ficha para informar a sua participação em consórcio público. Assumindo-se que todos os informantes preencheram adequadamente essa ficha, então, estima-se que, do total de 4.211 municípios informantes, 1.061 participavam de algum consórcio público na área da saúde (25,2%).

² O número total de consórcios informados é de 256. Seis atuam em mais de uma Unidade Federativa: i) PR e SC; ii) PR e CE; iii) PR e RS; iv) PR e SP; v) PR e MG e PE; e vi) MG e SP. Dessa forma, a contagem por Unidade da Federação (UF) totaliza 263 consórcios.

³ Um município pode participar de dois ou mais consórcios. Em 2 de junho de 2022, 1.061 municípios participavam de algum consórcio na área da saúde: 770 municípios, de apenas um consórcio; 203, de dois; 81, de três; seis, de quatro; e um, de cinco consórcios. Considerando as participações em mais de um consórcio, chega-se ao total de 1.448 participações.

A participação da União nos consórcios tem se dado por meio de convênios, mas não como participante direto. Segundo Lui, Schabbach e Nora (2020), de 1996 a 2016, foram estabelecidos 122 convênios entre União e consórcios municipais de saúde.²⁹ Destes, cinquenta foram com consórcios do Paraná, 22 de Minas Gerais, dezesseis de São Paulo, quinze do Rio de Janeiro, dez do Rio Grande do Sul e outros nove com municípios de outros estados. Por se tratar de transferências voluntárias, fatores políticos são determinantes na obtenção de recursos por esse meio, ainda segundo o mesmo autor. Nesses 122 convênios, 81 têm como objetivo a aquisição de equipamentos, material permanente e melhorias de estrutura física; nove, a aquisição de unidade móvel; nove, a construção de unidade de saúde; e 23, outros objetivos.

Na formação de consórcios intermunicipais, o estímulo técnico e financeiro dos estados foi importante. Em alguns estados, os governos estaduais operaram como cooperadores técnico-financeiros na implantação de consórcios intermunicipais, ou seja, na cooperação horizontal município com município. Esse processo foi mais intenso nos estados de Minas Gerais (Rocha e Faria, 2004), Paraná (Nicolleto, Cordoni Junior e Ribeiro, 2005; Rocha, 2016), Mato Grosso (Guimarães e Giovanella, 2004) e Pernambuco (Galindo *et al.*, 2014), mas os estados não participam diretamente dos consórcios. Nos chamados consórcios verticais, existentes, por exemplo, no Ceará e na Bahia, o governo do estado é, de fato, membro do consórcio público (Julião, 2019; Julião e Olivieri, 2020). Na Bahia, o governo estadual e os municípios de diversas regiões instituíram consórcios em que o governo do estado participa com 40% do custeio das polí-clínicas de especialidades construídas (Jesus e Silva, 2019). No Ceará, os consórcios também ganharam mais dimensão ao englobar um contrato com a participação do estado e dos municípios, o que é denominado de consórcio vertical.³⁰

Os consórcios intermunicipais foram a solução encontrada, por muitos municípios, para tentar diminuir as carências de oferta de serviço e, de certa forma, organizar a prestação de serviços no âmbito das municipalidades. Os consórcios, segundo diversos autores, aumentam o poder de barganha dos municípios junto ao governo federal e dos estados na obtenção de recursos para investimentos; ajudam a aumentar a oferta pública de serviços; aumentam o poder de compra no mercado de serviços, seja público, seja privado (Oliveira, 2008); ajudam a organizar a prestação de serviços na região, uma vez que formalizam todo um sistema de referência (Lui, 2019); e possibilitam a

29. Os convênios com consórcios intermunicipais realizados pela União no período de 1996 a 2016 totalizaram 384 convênios, cem foram celebrados em 2010 e 2011. Com a saúde, foram realizados 122 (31,77% do total) (Lui, Schabbach e Nora, 2020).

30. Nos consórcios verticais, “os arranjos de cooperação são formados pelo governo estadual e municípios que compõem as regiões de saúde”, de acordo com Julião (2019).

compra de serviços com escala, superando as dificuldades de pequenos municípios (Lui, 2019). A coincidência entre desenho institucional dos consórcios e as regiões de saúde, aproveitando os laços existentes entre os entes facilita a relação dos consórcios com as redes de saúde (Julião e Olivieri, 2020).

Apesar do exposto, os consórcios também apresentam problemas. Os mais apontados são: a maioria dos consórcios de saúde não têm uma articulação mais definida e regular com os órgãos de gestão regional do SUS e há insuficiente controle social dessas organizações (Lui, Schabbach e Nora, 2020). Alguns consórcios não “respeitam” os limites das regiões de saúde, daí a dificuldade de melhor articulação com as CIRs (Lui, 2019); em regiões com municípios muito grandes, de difícil acesso, os consórcios acabam sendo pouco eficientes na facilitação do atendimento.

Muitas dessas questões, sobretudo as relacionadas à observância dos princípios e das diretrizes do SUS, e aos diferentes aspectos da gestão e operacionalização do sistema, como a relação com os instrumentos de planejamento, regulação e controle, e com colegiados de coordenação regionais e estaduais do sistema, foram consignadas na Portaria GM/MS nº 2.905, de 13 de julho de 2022. Ou seja, muitos dos problemas identificados com a atuação dos consórcios encontraram resposta na citada portaria, mas talvez seja necessário avançar mais no sentido de se estimular técnica e financeiramente a adoção desses instrumentos de coordenação/cooperação federativa, valendo-se de parceria entre a União, os estados e os município.

4.2 Proposta de estímulo à formação de consórcios intergovernamentais públicos

Os consórcios públicos, como visto anteriormente, são ferramentas utilizadas pelos municípios, desde antes da instituição do SUS, para obter ganhos de escala na compra de serviços, insumos ou na oferta direta de serviços, compartilhando os custos da expansão da oferta. Desta forma, com o objetivo de aperfeiçoar a coordenação federativa no âmbito do SUS, sobretudo no que tange à provisão de bens e serviços de saúde, propõe-se a formulação de iniciativa que vise apoiar a instituição de consórcios intergovernamentais públicos.

Citado na legislação básica do SUS, esse instrumento poderia ser utilizado, mais intensivamente, na conjugação de esforços das três esferas de governo. Na verdade, os consórcios têm, na maior parte das vezes, sido utilizados como instrumento de cooperação horizontal, por meio de consórcios intermunicipais de saúde, que foi, no início, seu papel primordial. Contudo, o reconhecimento da importância desse instrumento de articulação federativa, não só na área da saúde, levou ao progressivo aperfeiçoamento

de sua legislação, que tem como marcos legais a Lei federal nº 11.107/2005 e o Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Contudo, só mais recentemente esse instrumento foi objeto de regulamentação mais detalhada, no âmbito do setor da saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 2.905, de 13 de julho de 2022,³¹ que dispõe sobre diretrizes e aspectos operacionais aplicáveis aos consórcios no âmbito do SUS, estabelecendo o balizamento que deve orientar a sua utilização no sistema.

No âmbito da saúde, as experiências de cooperação por meio de consórcios, especialmente as mais abrangentes, quase sempre se desenvolveram com algum incentivo, seja técnico, seja financeiro, dos estados. No caso em discussão, a proposta de política, por ter abrangência nacional, seria de iniciativa do MS, mas detalhada, discutida e analisada em grupo de trabalho da Câmara Técnica da CIT e levada à negociação com as representações de estados e municípios (Conass e Conasems), antes de ser levada à aprovação do CNS.

Por seu turno, a proposta não deve ser entendida como uma receita genérica a ser desenvolvida por todos os estados e pelo conjunto de seus municípios ou abranger todas as regiões ou macrorregiões de saúde. Deve ser uma iniciativa compartilhada pelas instâncias de governo, mesmo que de forma distinta, e ter sua implementação prioritária em áreas que confluam critérios de necessidade de serviços e de viabilidade política, uma vez que o instrumento é de conjugação de esforços. Ademais, todas as propostas devem fluir das esferas locais, com a liderança das secretarias de saúde dos estados na mobilização dos municípios e na provisão de apoio técnico e administrativo na elaboração das propostas regionais, mantendo estreita compatibilização com as determinações da Portaria GM/MS nº 2.905 no pertinente às diretrizes e aos aspectos operacionais dos consórcios no SUS.

Outra questão importante é que os consórcios são instrumentos que podem viabilizar a sinergia de esforços das três esferas de governo na alocação de recursos para a ampliação da oferta de serviços nas macrorregiões/regiões de saúde. Contudo, eles não substituem as instâncias de coordenação do SUS nos níveis nacional, estadual e regional (CIT, CIBs e CIRs, respectivamente). Tampouco tornam menos importantes os processos de planejamento e programação em saúde. Estes devem se dar em todos os níveis de gestão do SUS, de forma negociada e pactuada no âmbito das instâncias de coordenação, precedendo, portanto, as contratações de bens e serviços a serem executadas pelos consórcios. Deve-se entender os consórcios como um braço operacional a fim de viabilizar investimentos para ampliação da capacidade instalada

31. Essa portaria altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017.

regional e/ou o custeio de serviços existentes no SUS ou de serviços de saúde a serem contratados do setor privado.

De forma mais específica a proposta deveria considerar os seguintes aspectos:

- elaborar as linhas gerais da proposta no âmbito da CIT;
- discutir e aprovar a proposta pelo CNS;
- ter como objetivo principal a estruturação e o aperfeiçoamento da oferta de serviços em redes regionalizadas, com vistas a conferir mais equidade no acesso e a integralidade no atendimento;
- contar com a participação imprescindível do governo do estado na condução, provisão de assistência técnica, administrativa e financeira na elaboração das propostas locais;
- adequar as propostas à Lei dos Consórcios Públicos e à Portaria GM/MS nº 2.905/2022, especialmente no que tange: i) à garantia do acompanhamento e monitoramento dos consórcios pelas CIBs e CIRs, no âmbito de seus respectivos territórios, dotando esses órgãos colegiados dos mecanismos necessários para o cumprimento dessa responsabilidade; ii) à garantia de condições necessárias para que a atuação dos consórcios ocorra em conformidade com a Política Nacional de Regulação do SUS; e iii) à observância das disposições contidas na Programação Regional Integrada (PRI) da região/macrorregião;
- priorizar a implementação que deve ser dada às macrorregiões/regiões de baixo desenvolvimento socioeconômico e de oferta insuficiente de serviços;
- hierarquizar as prioridades de cada estado com base em análise/aprovação nas respectivas CIBs;
- viabilizar apoio técnico horizontal à elaboração das propostas dos estados, se requerida, por meio de técnicos de outras Unidades Federativas com experiência acumulada neste tipo de instrumento (consórcios), mediante intermediação do Conass e/ou Conasems;
- incluir nas propostas a especificação dos mecanismos de transparência e controle social;
- garantir os mecanismos de subordinação da atuação do consórcio às necessidades levantadas no planejamento regional e referendadas pelas CIRs; e

- assegurar participação do MS no financiamento de ações de apoio técnico à elaboração das propostas regionais/locais e no financiamento compartilhado da expansão da oferta de serviços.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste texto, aberto à discussão, é analisado o problema estrutural do SUS relacionado à sua coordenação federativa insuficiente, o que contribui para a exacerbação do problema público que, como dito de início, foi enunciado como *dificuldade de acesso tempestivo, efetivo e equitativo à atenção à saúde*. Tanto o problema público, quanto o problema estrutural do SUS identificados são resultantes da interação de causas variadas e de diversas ordens. A discussão sobre coordenação federativa insuficiente é multidimensional e há vários modos de abordá-la.

Uma das formas de minorar o problema de acesso tempestivo, efetivo e equitativo à atenção à saúde é aumentar a disponibilidade de bens e serviços de saúde nas áreas mais carentes, mas, para tanto, isso deve ser feito da forma mais efetiva, dentro dos princípios e das diretrizes do SUS e com base em uma ação cooperativa entre os entes federados. Assim, ainda que existam outras formas de expandir a oferta pública de bens e serviços de saúde, entende-se que, em situações específicas, o consórcio intergovernamental é uma opção que não pode ser descartada. Ademais, os consórcios públicos já são uma realidade em diversas áreas, especialmente na de saúde, na qual existe experiência razoável sobre seu funcionamento, seus problemas e suas potencialidades, contando com suporte bastante robusto no tocante a seus aspectos legais. Trata-se, portanto, de discutir a oportunidade e viabilidade de apoio político, técnico e financeiro para sua maior utilização. Este texto avança na compreensão, contextualização e elaboração de proposta para o SUS relacionada à coordenação federativa insuficiente. Contudo, para que a proposta realizada apresente resultados mais promissores, faz-se necessário considerar outros temas que dialogam diretamente com a questão da coordenação federativa, entre eles, o financiamento do SUS e a rede regionalizada de atenção à saúde.

Tanto a contextualização do problema estrutural, quanto a proposta de intervenção, que se concentrou no consórcio público, foram discutidas em fórum de políticas públicas com a participação de quatro especialistas no tema, entre eles gestores com atuações profissionais nos governos federal, estadual e municipal. As sugestões propostas pelos participantes foram, na medida do possível, incorporadas ao texto.

No tocante aos resultados do fórum, vale salientar, nestas considerações finais, algumas questões enfatizadas pelos participantes. A primeira é no sentido de se

avançar na análise das vantagens e desvantagens de outros arranjos organizacionais (empresas públicas, fundações, organizações sociais, entre outros), aperfeiçoando os seus respectivos marcos legais, uma vez que certos problemas/necessidades podem ser resolvidos por arranjos mais específicos. Ter presente, que mesmo na administração pública direta existem possibilidades a serem mais bem exploradas, como o ganho de escala em compras públicas, que pode ser alcançado com atas de registro de preço.

A necessidade de reforço da pactuação regional e de uma política de saúde a ser adotada na região, bem como do lugar da CIR nesse processo, conforme exposto no documento, também foram enfatizadas pelos participantes do fórum. Ou seja, não se deve propor um instrumento que possa vir a concorrer com os mecanismos de pactuação e de gestão da região, mas, ao contrário, deve ser reforçada a necessidade de subordinação do consórcio à política pactuada. Por último, ter presente que a proposta, como dito no documento, não é mandatória, não é receita a ser aplicada indiscriminadamente em qualquer região, pois é na pactuação da política de saúde de cada região que se deve definir o arranjo administrativo mais conveniente a cada caso. Ou seja, que o consórcio intergovernamental, mesmo contando com a participação do governo do estado, não é uma solução miraculosa, mas um instrumento com potencial para mitigar o problema de acesso aos bens e serviços de saúde em situações locais bem definidas, devendo os arranjos institucionais mais adequados serem definidos à luz das necessidades e possibilidades regionais.

Por fim, os participantes reforçaram a necessidade de ampliar os recursos para o financiamento do SUS, condição imprescindível para aumentar a oferta de serviços e corrigir as desigualdades. Criticaram a forma compartimentalizada com que é realizada a destinação das transferências de recursos federais aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, o que inviabiliza uma gestão mais eficiente desses entes.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, n. 24 p. 41-67, 2005.

AFONSO, J. R.; CASTRO, K. P. Consolidação da carga tributária bruta de 2018. **José Roberto R. Afonso**, 30 jul. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3HF7ynx>>.

ALBUQUERQUE, M. V. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001 a 2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros**. 2013. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3151-3161, 2018.

ANDRADE, M. V. *et al.* Desafios do sistema de saúde brasileiro. *In*: DE NEGRI, J. A.; ARAÚJO, B. C.; BACELETTE, R. (Org.). **Desafios da nação**: artigos de apoio. Brasília: Ipea, 2018. v. 2, p. 357-414.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 3, p. 158-171, nov. 2018.

BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. *In*: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Org.). **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: MS; Opas/OMS, 2016. p. 101-138.

BOTEGA, L. de A.; ANDRADE, M. V.; GUEDES, G. R. Brazilian hospitals' performance: an assessment of the Unified Health System (SUS). **Health Care Management Science**, v. 23, n. 3, p. 443-452, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3LwQ6Tf>>.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.

_____. Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jun. 1998.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Brasília: MS, 2005.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jan. 2012.

COSTA, D. C. A. R. *et al.* Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de covid-19 no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 44, n. especial 4, p. 232-247, dez. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3AUVMI9>>.

CRUZ, M. do C. M. T. Consórcios intermunicipais: uma estratégia de integração regional ascendente. *In*: SPINK, P.; CACCIA-BAVA, S.; PAULICS, V. (Org.). **Novos contornos da gestão local**: conceitos em construção. São Paulo: Polis; Programa Gestão Pública e Cidadania/Eaes/FGV, 2001. p. 197-243.

CUNHA, R. E. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumentos de cooperação federativa. **Revista do Serviço Público**, v. 55, n. 3, p. 5-36, jul.-set. 2004.

DAIN, S. Federalismo e reforma tributária. *In*: AFONSO, R. de B. A.; SILVA, P. L. B. (Org.). **A federação em perspectiva**: ensaios selecionados. São Paulo: Fundap, 1995. p. 355-369.

DOURADO, D. de A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 323-363.

GALINDO, J. M. *et al.* Gestão interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe em Pernambuco. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 6, p. 1545-1566, nov.-dez. 2014.

GONÇALVES, E.; OLIVEIRA JÚNIOR, A. J.; MIALHE, F. L. Análise da distribuição de médicos especialistas em microrregiões de saúde na área de consórcios intermunicipais de saúde no Sul de Minas Gerais. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. 1-10, 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/3VwT0fi>>.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Cooperação intergovernamental: os consórcios em saúde de Mato Grosso. **Saúde em Debate**, v. 28, n. 67, p. 149-158, 2004.

HENRICHES, J. A. **Mapeamento dos consórcios públicos brasileiros**. Brasília: CNM, 18 out. 2018. (Estudo Técnico). Disponível em: <<https://bit.ly/3Beepkp>>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde 2010-2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <<https://bit.ly/3Ch6Z1g>>. Acesso em: 17 ago. 2022.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise – vinte anos da Constituição Federal. 2. ed. Brasília: Ipea, 2009. v.1, n. 17.

JESUS, L. R.; SILVA, A. C.; Consórcios públicos interfederativos de saúde: a construção de policlínicas de serviços de média complexidade na Bahia. *In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE JOVENS INVESTIGADORES*, 6., 2019, Salvador, Bahia. **Anais...** 2019.

JULIÃO, K. S. Cooperação intergovernamental na saúde: os consórcios públicos de saúde no Ceará como estratégia de coordenação estadual. *In: CARNEIRO, J. M. B.; BRITO, E. dos S. (Org.). Consórcios intermunicipais e políticas públicas regionais*. 1. ed. São Paulo: Oficina Municipal, 2019. p. 141-157.

JULIÃO, K. S.; OLIVIERI, C. Cooperação intergovernamental na política de saúde; a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 1-12, 2020.

LIMA, L. D. A coordenação federativa do Sistema Público de Saúde no Brasil. *In: FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ et al. A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro – organização e gestão do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. v. 3, p. 71-139.

LIMA, L. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012a.

LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012b. Disponível em: <<https://bit.ly/3Lz8tXQ>>.

LIMA, L. D.; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. Crise, condicionantes e desafios da coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da covid 19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, p. 185-220, 2020.

LUI, L. Cooperação interfederativa e regionalização da saúde: a atuação dos consórcios intermunicipais no Rio Grande do Sul. *In: CARNEIRO, J. M. B.; BRITO, E. dos S. (Org.). Consórcios intermunicipais e políticas públicas regionais*. 1. ed. São Paulo: Oficina Municipal, 2019. p. 127-140.

LUI, L.; SCHABBACH, L. M.; NORA, C. R. D.; Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: o papel dos consórcios intermunicipais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 5065-5074, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/41XwAX7>>.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. de F.; LIMA, L. D. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2367-2382, 2010.

MACHADO, J. A. **Políticas públicas descentralizadas e problemas de coordenação: o caso do Sistema Único de Saúde**. 2007. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

MACHADO, J. A.; ANDRADE, M. L. C. Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de custos e benefícios. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 695-720, maio-jun. 2014.

MELLO, G. A. *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, 2017.

MENDES, C. C. *et al.* **Consórcios públicos interfederativos no Brasil**: descrição das principais fontes de informação e resultados preliminares. Brasília: Ipea, jul. 2022. (Nota Técnica Dirur, n. 31). Disponível em: <<https://bit.ly/3AXZ8nE>>.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

MENICUCCI, T. M. G.; COSTA, L. A.; MACHADO, J. A. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 29-40, 2018.

MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. M.; OUVENEY, A. M. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1097-1108, 2017.

NORONHA, K. V. M. de S. *et al.* Pandemia por covid-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamento de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 1-17, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3HFGpkn>>.

OCKÉ-REIS, C. O. **Avaliação do gasto tributário em saúde**: o caso das despesas médicas do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF). Rio de Janeiro: Ipea, nov. 2021. (Texto para Discussão, n. 2712). Disponível em: <<https://bit.ly/3pdvyHQ>>.

OLIVEIRA, V. E. Municípios cooperando com municípios: relações federativas e consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 2, p. 107-122, jan.-jun. 2008.

OUVENEY, A. M.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. O Coap e a regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1193-1207, 2017.

PAIVA, A. B.; GONZALEZ, R.; BENEVIDES, R. Instrumentos financeiros de coordenação do SUS. *In*: JACCOUD, L. (Org.). **Coordenação e relações intergovernamentais na políticas sociais brasileiras**. Brasília: Ipea, 2020. p. 149-182.

PESTANA, M.; MENDES, E. V. **Pacto da gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: SES-MG, 2004.

PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. de S.; VIEIRA, F. S. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde**: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. Rio de Janeiro: Ipea, dez. 2018. (Texto para Discussão, n. 2439).

PIOLA, S. F. *et al.* Estruturas de financiamento e gasto do Sistema Público de Saúde. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ *et al.* **A saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro – estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. v. 4, p. 15-70.

QUEIROZ, L. F. N. A regionalização da assistência à saúde no Brasil: avanços e dificuldades na implantação da NOAS-SUS. **Revista de Políticas Públicas e Gestão Governamental**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 9-36, 2004.

RACHE, B. *et al.* **Necessidades de infraestrutura do SUS em preparo ao covid-19**: leitos de UTI, respiradores e ocupação hospitalar. Rio de Janeiro: Ieps, mar. 2020. (Nota Técnica, n. 3).

REZENDE, F. Federalismo fiscal no Brasil. **Revista de Economia Política**, v. 15, n. 3, p. 5-17, jul.-set. 1995.

RIBEIRO, J. A. C.; PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. **Revista Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, n. 37, p. 21-43, jan. 2007.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. do R. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 22, p. 173-220, 2000.

RIBEIRO, J. M. *et al.* Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1031-1044, 2017.

RIBEIRO, J. M. *et al.* Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1777-1789, 2018.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, p. 14-24, 2016.

ROCHA, C. V. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. **Cadernos MetrÓpole**, São Paulo, v. 18, n. 36, p. 377-399, jul. 2016.

ROCHA, C. V.; FARIA, C. A. P. Cooperação intermunicipal, reterritorialização da gestão pública e provisão de bens e serviços sociais no Brasil contemporâneo: experiência dos consórcios de saúde em Minas Gerais. *In*: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIA POLÍTICA, 4., 2004, Rio de Janeiro. **Anais...** 2004.

SANTOS, I. S. Evidência sobre o *mix* público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2743-2752, 2011.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O *mix* público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008.

SCHEFFER, M. *et al.* (Coord.). **Demografia médica no Brasil 2018**. São Paulo: FMUSP; CFM, Cremesp, 2018.

SOARES, M. M. **Teoria do sistema federal**: heterogeneidades territoriais, democracia e instituições políticas. 1997. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1997.

SOUZA, C. M. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, supl. 2, p. 1-14, 2019.

VIANA, A. L. d' Á. *et al.* Regionalização e redes de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018.

VIANA, A. L. d' Á.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização da saúde: tipologia dos colegiados de gestão regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/42tN8Gc>>.

VIANA, A. L. d' Á.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 807-817, 2009.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. de S. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil**: resultados e argumentos a seu favor. Brasília: Ipea, out. 2019. (Texto para Discussão, n. 2516).

VIEIRA, F. S. *et al.* **Prioriza SUS**: aspectos metodológicos do desenvolvimento do projeto. Brasília: Ipea, 2023. (Nota Técnica, n. 104).

VIEIRA, R. da S.; SERVO, L. M. S. Escassez de médicos no Brasil: análise de alguns indicadores econômicos. **Radar**, Brasília, n. 32, p. 7-18, abr. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/3VxPlsp>>.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

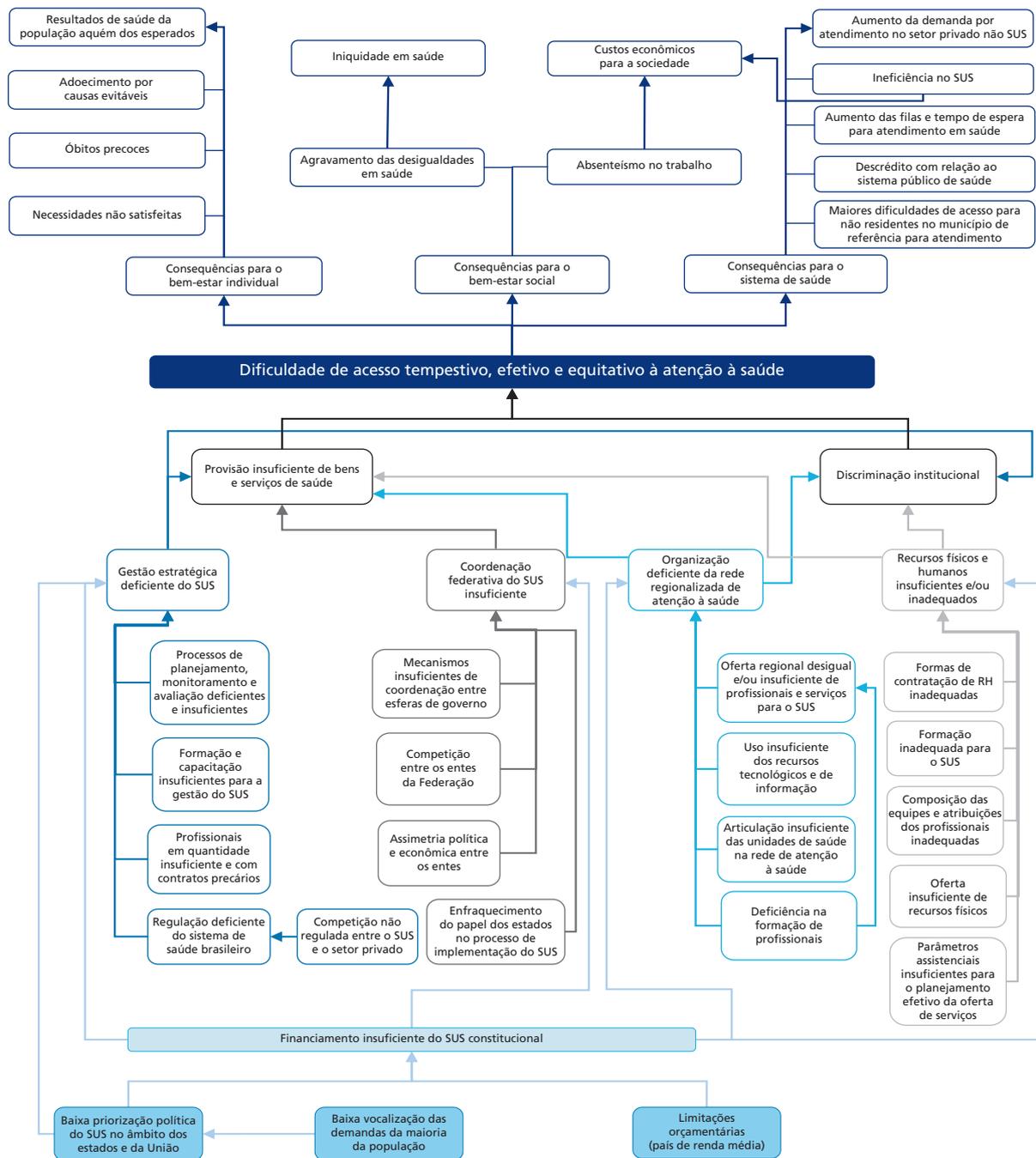
MACHADO, C. V. *et al.* Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 642-650, 2014.

NICOLETTO, S. C. S.; CORDONY JUNIOR, L.; COSTA, N. do R. Consórcios intermunicipais de saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 29-38, jan.-fev, 2005.

SECCHI, L. **Análise de políticas públicas**: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções. São Paulo: Cengage Learning, 2016.

APÊNDICE A

FIGURA A.1
Árvore do problema público



Elaboração dos autores.

APÊNDICE B

TERMO DE PARTICIPAÇÃO

Este termo regula a forma e as condições de participação no fórum de política pública Prioriza SUS: análise de problemas e recomendação de estratégias e instrumentos de reforço à coordenação federativa do Sistema Único de Saúde, organizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), com a finalidade de discutir uma proposta de intervenções concretas para enfrentar um problema do Sistema Único de Saúde (SUS), que contribui para um relevante problema público na área da saúde.

O fórum será realizado na modalidade presencial/à distância, no dia XX/XX/XXXX, das XX às XX horas, na sede do Ipea (SEPS 702/902, Bloco C, Torre B, 5º andar, Pétala C/D, Sala de Reunião nº 4, Brasília – Distrito Federal) e será gravado em áudio para facilitar o processo de relatoria após a sua realização.

O grupo de participantes é constituído por pesquisadores, técnicos e gestores do SUS, com grande conhecimento no tema a ser abordado, e por um facilitador que coordenará os trabalhos durante o fórum.

Cada participante receberá para leitura prévia à data de realização do fórum um documento elaborado por pesquisadores do Ipea, contendo o objetivo da realização da análise da política pública, o referencial teórico utilizado, a análise do problema público e das soluções propostas para o enfrentamento de uma ou mais causas do problema público.

No fórum, os participantes serão convidados a se manifestar sobre esse documento, especialmente em relação à análise do problema estrutural do SUS ou da consequência do problema público priorizado, e quanto à proposta de soluções elaborada para o enfrentamento desse problema estrutural ou dessa consequência do problema público.

Os participantes não serão remunerados por sua participação no fórum. Àqueles que residam fora do Distrito Federal e, nos casos em que o fórum seja realizado na modalidade presencial, o Ipea providenciará a emissão de passagens aéreas e o pagamento de diárias.

Os participantes não serão identificados em nenhuma publicação que mencione a realização do fórum. O anonimato será garantido com o objetivo de que os participantes se sintam mais à vontade para refletir, criticar e propor mudanças na análise do

problema e na proposta de soluções apresentada pela equipe do Ipea. A contribuição dos participantes constitui atividade de extremo valor, com potencial para beneficiar toda a população brasileira, caso as soluções constantes da proposta, que será publicada pelo Ipea, sejam implementadas no todo ou em parte pelo Ministério da Saúde (MS).

Os participantes não poderão disponibilizar a outras pessoas a versão preliminar do documento que receberão para subsidiar a sua participação no fórum. A equipe do Ipea, organizadora do evento, compromete-se em encaminhar a versão final do documento aos participantes tão logo ela seja publicada pelo instituto.

Quaisquer dúvidas sobre a participação no fórum ou sobre este termo podem ser esclarecidas mediante contato com:

Fabiola Sulpino Vieira. *E-mail*: <fabiola.vieira@ipea.gov.br>. Tel.: (61) 2026-5504

Luciana Mendes Santos Servo. *E-mail*: <luciana.servo@ipea.gov.br>. Tel.: (61) 2026-5482

A assinatura deste termo indica anuência com as regras de participação no fórum.

Participante:

_____	_____
Município/UF	Data

_____	_____	_____
Nome do participante por extenso	CPF	Assinatura

Responsável pela organização do fórum no Ipea:

_____	_____
Município/UF	Data

_____	_____	_____
Nome do responsável no Ipea por extenso	CPF	Assinatura

APÊNDICE C

1 COMENTÁRIOS DOS PARTICIPANTES DO FÓRUM A FIM DE ATUALIZAR E COMPLEMENTAR A ANÁLISE DO PROBLEMA DE COORDENAÇÃO FEDERATIVA INSUFICIENTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SOBRE PROPOSTA DE SOLUÇÃO APRESENTADA

- 1) Em geral, considerou-se que o problema da coordenação federativa insuficiente no âmbito do SUS está bem descrito, deixando patente a complexidade do tema, identificando ou realçando, de forma bastante abrangente, as desigualdades estruturais da nossa Federação e aqueles problemas decorrentes da forma como foi construída a relação federativa nesse sistema, sob a liderança do Ministério da Saúde (MS), sobretudo no tocante ao papel do financiamento federal. O comentário mais comum foi o de que apesar de descrever diversos aspectos do problema, na parte destinada às proposições, o documento acaba focando em apenas uma estratégia/instrumento de ação, no caso os consórcios intergovernamentais. Desta forma, dever-se-ia deixar mais explícita a concorrência de outros aspectos que têm relevância, como é o caso da alocação federativa dos recursos do MS e do planejamento e da gestão compartilhada do sistema, explicitando, no documento, se estas questões serão trabalhadas em outros produtos do projeto.
- 2) Mencionou-se um desbalanceamento entre a identificação ampla de problemas relacionados à coordenação federativa insuficiente e a proposta de intervenção apresentada. Assim, talvez fosse conveniente qualificar ou especificar melhor o problema, identificando-o, por exemplo, como *instrumentos de coordenação federativa insuficientes para a organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no SUS*. Um terceiro ponto, que poderia ser explorado no documento, é que, quando se fala da administração pública e de sua capacidade de coordenação e, sobretudo, gestão e/ou expansão da oferta de serviços, seria analisar as vantagens e desvantagens de outros arranjos organizacionais (empresas públicas, fundações, organizações sociais, entre outros), uma vez que certos problemas podem ser resolvidos por arranjos mais específicos. Desse modo, o ganho de escala em compras públicas, por exemplo, pode ser alcançado com atas de registro de preços. Ou seja, ter presente que na administração pública, mesmo na administração direta, existem outras possibilidades a serem exploradas.

- 3) Deixar mais bem evidenciada a importância do papel do gestor estadual no processo de organização dos consórcios, quebrando desconfianças históricas, além de que as experiências mais expressivas, sempre contaram com mais ou menos indução da gestão estadual. Segundo expresso por um dos participantes do fórum, o consórcio “faz os municípios e o estado se encontrarem lá no município. Há uma questão de mútua desconfiança, entre diferentes níveis de gestão, que precisa ser superada”. Por isso, são necessários instrumentos que promovam essa convergência e o consorciamento pode ser um deles.
- 4) Ter presente a necessidade de se aperfeiçoar o marco legal do que se denominou de processos de “terceirização” do SUS, tais como empresa estatal, organizações sociais, fundação pública, cooperativas de trabalhadores, entre outros. Pode haver certo risco de se privilegiar apenas um instrumento, dada a diversidade de situações. Ademais, deve-se esgotar as possibilidades da administração pública direta. Contudo, na fala de outros participantes, foi enfatizado que a proposta, mesmo considerando esses cuidados, foca um instrumento mencionado na legislação básica do SUS, que está cada vez mais regulamentado e é bastante utilizado no país.
- 5) Apesar das críticas que podem e devem ser realizadas aos consórcios, algumas especificadas no documento, foram bastante salientadas as vantagens desse instrumento que, em alguns estados, serviram para expandir o acesso aos serviços médicos de urgência e aos serviços especializados, por exemplo, consolidando uma tramitação que lhes confere mais institucionalidade, partindo de projeto de lei, que passa pelas respectivas câmaras legislativas, dando mais segurança na organização do sistema e no rateio de seu financiamento.
- 6) Deixar mais clara a necessidade de reforçar a pactuação regional, de discutir sobre qual política de saúde deve ser adotada na região e do lugar da Comissão Intergestores Regional (CIR) nesse processo. Esclarecer que não se está, em nenhuma hipótese, propondo a criação de um instrumento que concorra com os mecanismos de pactuação e de gestão da região, mas, ao contrário, reforçar a necessidade de subordinação do consórcio à política regionalmente pactuada. Por último, ter presente que a proposta, como dito no documento, não é mandatória, não é receita a ser aplicada indiscriminadamente em qualquer região, pois é sempre na pactuação da política de saúde de cada região que se deve definir o arranjo administrativo mais conveniente a cada caso.

2 SUGESTÕES DOS PARTICIPANTES DO FÓRUM QUANTO À SOLUÇÃO DO PROBLEMA ESTRUTURAL DE COORDENAÇÃO FEDERATIVA INSUFICIENTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Os participantes do fórum concordaram, com ressalvas em alguns pontos, de que a formação de consórcios é instrumento que pode ajudar na mitigação do problema de coordenação federativa insuficiente do SUS, principalmente no tocante à expansão regionalizada da oferta de serviços médicos especializados. A seguir são listadas algumas das principais sugestões de aperfeiçoamento do documento e da ação proposta.

- 1) Deixar claro no documento que a conformação de consórcios intergovernamentais na saúde, mesmo contando com a participação do governo do estado, não é uma solução miraculosa que possa ser utilizada em todas as situações. É um instrumento com potencial para mitigar o problema de acesso aos bens e serviços de saúde em situações locais bem definidas, devendo os arranjos institucionais mais adequados serem definidos à luz das necessidades e possibilidades regionais.
- 2) Explicitar melhor na proposta o protagonismo que a secretaria estadual de saúde deve ter, principalmente, na indução política e técnica da conformação de iniciativas regionais. Afinal, o que se quer estimular é a cooperação entre entes da Federação, responsáveis pela gestão da maior parte dos serviços providos pelo SUS.
- 3) Garantir a transparência e o controle social das atividades do consórcio, bem como a subordinação de sua atuação ao planejamento regional e às decisões dos órgãos regionais de colegiada.
- 4) Explicitar a importância da previsão de recursos federais para sustentar a expansão da oferta de serviços, sem isso a proposta se torna menos atrativa e menos sustentável.
- 5) Modificar proposta originalmente apresentada pela equipe do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Sugere-se não propor a provisão de assistência técnica complementar por meio de servidores lotados nas regionais do MS, uma vez que essas instâncias têm caráter mais restrito a questões administrativas, podendo contribuir pouco no apoio técnico. Esse suporte pode ser alcançado de forma mais eficaz mediante cooperação técnica horizontal entre quadros das Unidades Federadas.

3 OUTRAS AÇÕES QUE PODERIAM COLABORAR PARA A SOLUÇÃO OU MITIGAÇÃO DO PROBLEMA PRIORIZADO

Considerando que não há uma receita genérica que possa ser utilizada em todo o país para o que se chamou de “terceirização” da responsabilidade da administração pública direta na produção de serviços, sugere-se uma análise mais aprofundada das diferentes formas utilizadas no SUS, tais como fundação pública, organização social, consórcios, entre outras, discutindo as vantagens e desvantagens dessas alternativas, analisando seus aspectos legais e sua relação com os órgãos de controle de cada uma delas.

Por último, foi lembrada a necessidade de ampliar os recursos para o financiamento do SUS, condição imprescindível para aumentar a oferta de serviços e corrigir as desigualdades. Também foram mencionadas as dificuldades trazidas pela forma compartimentalizada com que é feita a destinação das transferências de recursos federais aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, o que inviabiliza uma gestão mais eficiente desses entes.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Coordenação

Aeromilson Trajano de Mesquita

Assistentes da Coordenação

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Samuel Elias de Souza

Supervisão

Ana Clara Escórcio Xavier

Everson da Silva Moura

Revisão

Alice Souza Lopes

Amanda Ramos Marques Honorio

Barbara de Castro

Brena Rolim Peixoto da Silva

Cayo César Freire Feliciano

Cláudio Passos de Oliveira

Clícia Silveira Rodrigues

Olavo Mesquita de Carvalho

Regina Marta de Aguiar

Reginaldo da Silva Domingos

Nayane Santos Rodrigues (estagiária)

Editores

Anderson Silva Reis

Augusto Lopes dos Santos Borges

Cristiano Ferreira de Araújo

Daniel Alves Tavares

Danielle de Oliveira Ayres

Leonardo Hideki Higa

Natália de Oliveira Ayres

Capa

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Projeto Gráfico

Aline Cristine Torres da Silva Martins

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Ipea – Brasília

Setor de Edifícios Públicos Sul 702/902, Bloco C

Centro Empresarial Brasília 50, Torre B

CEP: 70390-025, Asa Sul, Brasília-DF

Missão do Ipea
Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro
por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria
ao Estado nas suas decisões estratégicas.



ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DO
PLANEJAMENTO
E ORÇAMENTO

