

Crise no Brasil e impactos na frágil governança regional e federativa da política de saúde

Crisis in Brazil and impacts on the fragile regional and federative health policy governance

Alexandre Padilha (<https://orcid.org/0000-0002-1934-5450>)¹

Danilo Carvalho Oliveira (<https://orcid.org/0000-0003-0258-1577>)²

Thássia Azevedo Alves (<https://orcid.org/0000-0001-9971-4916>)³

Gastão Wagner de Souza Campos (<https://orcid.org/0000-0001-5195-0215>)¹

Abstract *Since 2014, Brazil has been experiencing an economic-fiscal-political-institutional crisis. This study evaluates whether the implementation of crisis responses contributed to weaken SUS regional and federative governance. This is an implementation study, and two theoretical categories of public health, the power in Testa and the subject in Campos have been incorporated. It presumes that the implementation shifts power and develops subjects. We analyzed public data from 2014 to 2018, organized into four axes of analysis: a) instruments for implementing crisis response; b) parliament and judicial interference in investments; c) legal frameworks of regionalization; d) federative actors and possible defense coalitions. Results show reduced federal resources, specifically for regional care networks; increased parliament and judicial interference with health resources, due to the evolution of congressional amendments and lawsuits, and changes in SUS regionalization guidelines. There is a shift of power from federative regional arrangements to the central government, parliament, the judiciary, and isolated local services. It is concluded that the response to the crisis weakened the regional federative governance of SUS, aggravating the impacts of the crisis on health.*

Key words *Health systems, Governance, Health policies, Public policies*

Resumo *Desde 2014, o Brasil vive crise econômica-fiscal-política-institucional. Este estudo avalia se a implementação das respostas à crise contribuiu para fragilizar a governança regional e federativa do SUS. Trata-se de estudo de implementação, ampliando-o com duas categorias da saúde coletiva, o poder em Testa e o sujeito em Campos, compreendendo que a implementação desloca poder e constrói sujeitos. Analisamos dados públicos, de 2014 a 2018, organizados em quatro eixos de análise: a) instrumentos de implementação da resposta à crise; b) interferência do Legislativo e do Judiciário nos investimentos; c) marcos legais da regionalização; d) atores federativos e possíveis coalizões de defesa. Os resultados revelam redução de recursos federais, especificamente para redes regionais de atenção; aumento da interferência legislativa e judicial nos recursos da saúde, pela evolução das emendas parlamentares e das ações judiciais e mudanças nas diretrizes de regionalização do SUS. Observa-se deslocamento de poder dos arranjos regionais federativos para o governo central, parlamento, judiciário e serviços locais isolados. Conclui-se que a resposta à crise fragilizou a governança regional federativa do SUS, agravando os impactos da crise na saúde.*

Palavras-chave *Sistemas de saúde, Governança, Políticas de saúde, Políticas públicas*

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas. Cidade Universitária Zeferino Vaz, Barão Geraldo. 13083-970 Campinas SP Brasil. padilha.alexandre@gmail.com

² Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto SP Brasil.

³ Universidade Federal do ABC. São Bernardo do Campo SP Brasil.

Introdução

O Brasil vive uma crise de dimensão econômica-fiscal-política-institucional. Para muitos autores, esta não é uma crise conjuntural. Para Pochmann¹, atravessa-se uma crise do capitalismo global, desde 2008, cujas saídas o reorganizam com novas centralidades na economia mundial e exploração do trabalho, com o Brasil inserido. Este autor aborda a emergência da UBERização do trabalho, sinteticamente conceituando-a como a generalização das formas de contratação que a empresa Uber popularizou no transporte: autonomização individual de contratos precários, disponibilidade 24hrs com longas jornadas de trabalho, ausência de garantias trabalhistas, remuneração não pré-contratada, vinculada a disponibilidade e produtividade, arcando com custos do trabalho, emergindo um novo padrão de organização do trabalho e dos trabalhadores.

Para Pinto et al.², há uma crise do capitalismo brasileiro em três dimensões interdependentes: acumulação capitalista, cena política e relação entre o bloco no poder e o Estado, particularmente representado pelo aparato burocrático jurídico-policial.

Para Souza³, em outra perspectiva, esta é uma crise entoada pelo discurso elitista brasileiro, que credita à corrupção estatal a não pujança econômica, transformando em “bode expiatório” a elite estatal e política, criminalizando-a. Surge aliança entre interesses econômicos e as “burocracias intermediárias e técnicas do Estado”, como os militares no passado e hoje com o Judiciário. A ofensiva da agenda neoliberal advinda deste momento no Brasil, nos remete a Bordieau⁴, para quem as atuais revoluções neoliberais são revoluções conservadoras, restauram o passado e se apresentam como progressistas.

Do ponto de vista econômico seu marco recessivo inicia-se no final de 2014, com um PIB negativo de 3,8%, em 2015, e 3,6%, em 2016, e lenta recuperação de 1%, em 2017, e 1,1%, em 2018. De 2015 a 2018 tivemos o pior período de crescimento na história. Do ponto de vista fiscal, o déficit público se inicia em 2014, com 1,7% de média de déficit fiscal entre 2014-2017, previsão de 2,1% do PIB para 2019⁵.

Do ponto de vista político, houve questionamento ao sistema e aos partidos políticos que protagonizaram a cena desde a redemocratização, levando a interrupção de um mandato presidencial e a três trocas de coalizões governamentais entre 2015 a 2019⁶. Do ponto de vista institucio-

nal, uma acirrada disputa entre poderes, caracterizado por Pinto, já referido², em crise da relação do bloco de poder e o Estado, deslocando o centro do poder para setores da burocracia não eleita e a mídia.

Neste contexto, lançamos olhar para os processos de regionalização do SUS. Em outro artigo, recuperamos o histórico e processo de pactuação e cooperação regional e federativas no SUS e como se constitui em grande desafio⁷. Observamos que, apesar do SUS ter construído um conjunto de instâncias e normativas de pactuação regional e federativa, ainda não se traduzem em cooperação sólida. Neste mesmo artigo, apontamos para a falta de densidade política e a baixa permeabilidade dos arranjos regionais e federativos à rede, aos usuários, aos trabalhadores e aos atores externos. Apontamos para a necessidade de uma combinação, de um lado de serviços e estruturas públicas regionais estáveis e potentes, que tenham a região de saúde como objeto territorial, com fundos regionais, planejamento de longo prazo e profissionais com vínculo regional; do outro, uma governança menos presa a estruturas rígidas e mais em combinações entre instituições públicas diversas e atores não governamentais, resolvendo problemas comuns e produzindo sujeitos.

Tudo isso enriquece as problematizações de Campos⁸ em relação aos desafios inconclusos para a construção do SUS Brasil, sobre a necessidade de experimentarmos arranjos institucionais que integrem aquilo que historicamente foi fracionado: fracionamento da continuidade de experiências em função dos tempos de governo, fracionamento dos territórios em função das divisões administrativas ou federativas, fracionamento das políticas em função da indução, principalmente federal, de programas em saúde.

Neste artigo, nosso objetivo concentra-se em analisar se a implementação das respostas à crise impactaram e fragilizaram a governança regional e federativa do SUS. Compreendemos a implementação das respostas não como uma política isolada, construída por um ator, mas como um processo de negociação e conflito, tendo como unidade a ser analisada um subsistema de política, a partir deste conceito presente em modelos de estudos de implementação⁹. Caracterizamos governança não como estrutura administrativa, mas incluindo o formato político-institucional do processo decisório, o financiamento, o alcance dos programas, a articulação e a cooperação entre atores sociais e políticos e seus arranjos¹⁰.

Metodologia

Este é um estudo que usa as abordagens de estudos de implementação de política, entendendo-as como um processo de negociação e conflito, utilizando como unidade de análise o subsistema de política¹¹. Este compreende variáveis exógenas, que são as condições sócio-econômicas e as coalizões governamentais, que se transformam ao longo do período. Entre as variáveis endógenas, primeiro, um arcabouço institucional, no caso o SUS, com as regras de investimentos em saúde, as instâncias de pactuação e decisão, responsabilidades e competências de poderes e entes federativos. Segundo, os instrumentos de implementação da política, classificando-os em instrumentos informacionais, regulatórios, administrativos e financeiros. Terceiro, os atores que formulam, disputam e mediam a implementação da política com ou sem coalizões de defesa. Quarto, os resultados no nível operacional, incluindo possíveis mudanças no marco legal original.

Buscamos evidências em distintas fontes de dados, pesquisadas quanto a este período de 2014 a 2018: a) análise de leis, decretos, portarias, manuais normativos e documentos oficiais públicos; b) atas, registros, notas públicas de instâncias e arranjos relacionados com a regionalização; c) posicionamentos públicos de representantes e/ou das entidades; d) análise de relatórios técnicos ou de pesquisas; e) análise de sistemas de informação orçamentários do Governo Federal Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP) e Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC). Para ganhar poder analítico, estabelecemos cortes para o estado de São Paulo, em relação a aspectos da judicialização e dos incentivos financeiros.

Determinamos os seguintes eixos de análise e variáveis:

a) caracterização dos instrumentos políticos de implementação da resposta à crise neste subsistema com impacto na governança regional federativa;

b) disputa institucional entre os poderes nas diretrizes dos investimentos em saúde, a partir da evolução das emendas parlamentares e das ações de judiciais;

c) mudanças nos marcos legais da regionalização;

d) caracterização dos atores federativos, perfil e seus posicionamentos em relação à regionalização e possíveis coalizões de defesa.

A interpretação e a discussão dos dados estão lastreadas em dois referenciais teóricos do campo

da saúde coletiva, que consideramos acrescentar capacidade analítica aos estudos de implementação de políticas na saúde. Primeiro, pela compreensão da saúde como processo social por Testa¹², onde a categoria poder é central, sobretudo nas políticas e nas práticas institucionais. Para esse autor, implementar uma ação de saúde leva ao deslocamento de poder, tendo caracterizado o poder político, técnico e administrativo para a realidade dos serviços de saúde. Segundo, uma perspectiva adicional trazida por Campos¹³, onde a gestão em saúde deve considerar aspectos políticos, pedagógicos e subjetivos que perpassam o trabalho das equipes, a produção de saúde, a distribuição de poder, a circulação de saberes e objetos de investimento dos profissionais, seus valores e cultura. Neste sentido, implementar uma política também significa constituir sujeitos.

Resultados

Apresentaremos os dados seguindo os quatro eixos de análise acima. Inicialmente, na caracterização dos instrumentos de implementação, observamos, nas fontes estudadas, uma sequência de mudanças nos marcos legais fiscais, como instrumento financeiro que compõem o subsistema de resposta à crise.

Estas mudanças iniciam-se com a Emenda Constitucional 86/ 2015, na qual as emendas parlamentares passaram a ter execução orçamentária e financeira obrigatórias; compondo 1,2% da receita corrente líquida (RCL), que é a receita corrente do ano anterior, descontadas as contribuições previdenciárias, PIS, Pasep, a metade para a saúde. Pelo novo marco, cabe ao Executivo o seu cumprimento, salvo nos casos em que houver impedimento de ordem técnica, e abre-se a mesma possibilidade para outras esferas de governo. Também previu a incorporação dos recursos advindos do petróleo e gás aos valores mínimos a serem aplicados pela União na saúde, alterando regra do marco regulatório do Pré-sal. Também altera a regra que submetia à lei complementar os critérios de partilha dos recursos da saúde aos entes federativos.

Em um segundo momento, é instituído um Novo Regime Fiscal estabelecido pela EC 95/2016 que estabelece um teto máximo de evolução dos investimentos públicos federais por 20 anos, corrigidos anualmente pela inflação, levando a desvinculação das despesas com ações e serviços públicos de saúde da receita corrente líquida; perda de recursos em relação às regras de

vinculação das Emendas Constitucionais nº 29 e nº 86 e desobrigação dos governos federais de alocarem mais recursos em saúde, vinculados ao crescimento econômico. Soma-se a esse, a Resolução da Comissão Interceptores Tripartite (CIT) 10/2016, que estabelece não poder haver novo repasse de financiamento de investimento sem previsão de custeio.

As fontes públicas pesquisadas, relatórios e Notas Técnicas das instâncias do SUS e dados do SIOP revelam que tais mudanças já afetam os recursos federais para a saúde: a) há uma redução no percentual referente a RCL do ano, ao longo dos anos, chegando 13,95 % da RCL, em 2018, e previsão de 13,9%, em 2019; b) tanto o piso federal (R\$ 117,3 bilhões) e a programação orçamentária (R\$ 117,9 bilhões) das despesas para 2019 em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) são inferiores ao valor da programação orçamentária para 2018 (R\$ 119,0 bilhões); e c) os valores empenhados em ASPS, em 2018, foram cerca de 1,9% superior aos de 2017 (R\$ 116,8 bilhões e R\$ 114,7 bilhões, respectivamente), enquanto a variação do IPCA de 2018 foi de 3,75%. É possível que esta redução acompanhe uma redução nos repasses a estados e municípios para as políticas regionais.

Os Gráficos 1 e 2, a partir de dados primários públicos do repasse para o bloco de média e alta complexidade no estado de SP (SISMAC), revelam como um dos instrumentos políticos financeiros de implementação da resposta a crise foi a redução dos repasses para incentivos de redes

regionais de atenção, a partir de 2015. Tal redução afeta diretamente a governança regional federativa, pois os incentivos financeiros das redes de atenção foram a principal iniciativa de repasse federal a partir de Planos de Ação Regionais, construídos nas Comissões Interinstitucionais Regionais, envolvendo regiões de saúde e pontos de atenção integrados.

Ao observarmos o gráfico que compreende o conjunto dos recursos do teto MAC no estado de São Paulo e a evolução dos incentivos MAC, encontramos uma curva ascendente ao longo do período, aí incluso recursos das redes de atenção, incentivos de contratualização de hospitais filantrópicos e hospitais escola, habilitação de novos serviços isolados. Mesmo reduzindo a velocidade de crescimento, não se enxerga a mesma redução do gráfico dos incentivos específicos da rede regionalizada de atenção. Este dado reforça a redução mais intensa para os serviços que compõem as redes regionais de atenção, prioridades estabelecidas pelos arranjos regionais federativos, diferentes de serviços isolados.

Os relatórios públicos de acompanhamento dos arranjos regionais, de coordenação da implementação das Redes de Atenção no estado de SP, revelam que um instrumento político administrativo de implementação da resposta a crise foi o desmonte da estrutura de apoio institucional do Ministério da Saúde, nos territórios das Redes Regionais de Atenção.

Tais instrumentos financeiros e administrativos, reduzindo investimentos públicos, como

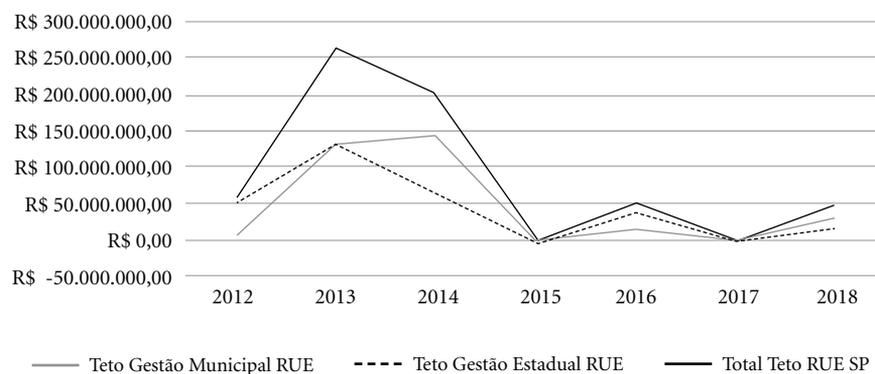


Gráfico 1. Evolução do Financiamento da Rede de Urgências e Emergências RUE no Estado de São Paulo de 2012 a 2018.

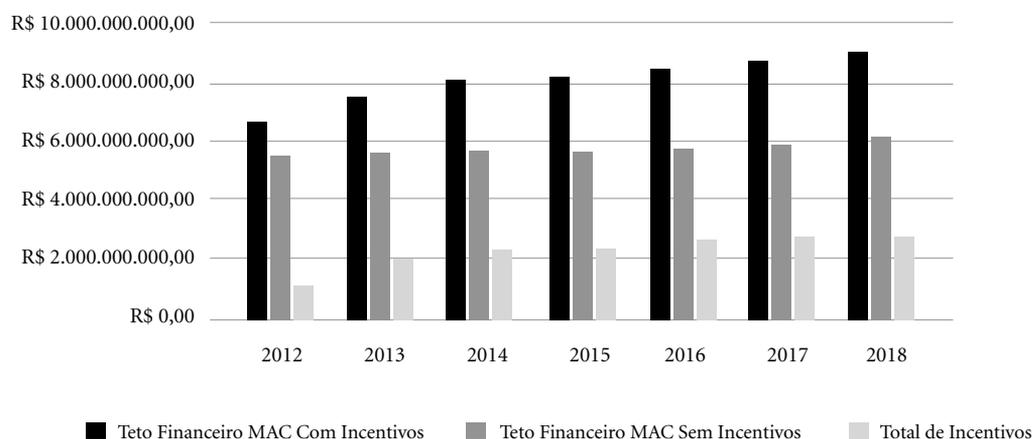


Gráfico 2. Evolução do Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade – MAC do Estado de São Paulo de 2012 a 2018.

Fonte: SISMAC v2.0/MS,2019.

parte das respostas construídas para a crise caracterizam-se pelo conjunto de políticas denominadas de agenda da austeridade, como resposta em vários países diante de instabilidades econômicas¹⁴. Tais estudos revelam além da piora da condição de saúde e social da população, atraso na recuperação econômica. No Brasil, tais impactos são aprofundados pela situação fiscal grave dos estados e dos municípios¹⁵, fragilizando suas capacidades de expandir ações compensatórias e de governança regional e federativa.

No segundo eixo, buscamos revelar evidências da disputa entre os poderes da República, como um dos aspectos da crise institucional e seus impactos no fortalecimento da governança regional federativa do SUS. A tabela abaixo, com dados do SIOPS, expressa a evolução das emendas parlamentares sobre o orçamento da saúde. Há aumento em termos absolutos e relativos no volume empenhado. São 160% de aumento do empenhado em emendas parlamentares entre 2013 e 2018, contra 41% de aumento dos valores empenhados na função saúde. Esta evolução pode ter contribuído para a redução dos incentivos para políticas regionais, a favor de serviços isolados. Não é possível analisar, neste estudo, se esta evolução também afetou a distribuição regional equitativa dos recursos da saúde (Tabela 1).

Para avaliarmos a ampliação do protagonismo de segmentos do poder judiciário sobre a execução das políticas de saúde no período e

possíveis impactos na governança regional e federativa do SUS, estudamos a evolução dos gastos com a judicialização do Ministério da Saúde (Tabela 2).

Os dados mostram aumento exponencial no período da crise. Em onze anos, no período de 2008 a 2018, os gastos do Governo Federal para o cumprimento de decisões judiciais somaram R\$ 7 bilhões, um acréscimo de 1.711% no período¹⁶. Este aumento possivelmente decorre de uma combinação de maior ativismo judiciário, com piora da situação de renda das famílias e interrupção da disponibilização do medicamento ou oferta do serviço. De qualquer maneira, todos são aspectos da crise, enxergando-a em todas as suas dimensões.

Os dados públicos da distribuição regional de ações contra a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo reforçam os aspectos não equitativos em relação as regiões de saúde, impactando na governança regional. As regiões de saúde mais demandadas em 2017 foram, pela ordem, Barretos, Presidente Prudente, Ribeirão Preto, Marília, São José do Rio Preto, não sendo as mais populosas ou mais vulneráveis. É provável que esta distorção regional seja ainda maior nos dados do governo federal.

Uma observação importante é feita por autores para a reflexão sobre o complexo processo de judicialização da saúde. A Constituição Federal brasileira possui dispositivos que se assemelham

Tabela 1. Evolução das emendas parlamentares e a Função Saúde no Orçamento da União.

Ano	Emenda autorizado*	Emenda empenhado*	Função Saúde autorizada*	Função Saúde empenhado*	Emenda empenhado/ Função Saúde empenhado x 100
2012	2,20	0,65	85,4	79,91	0,8
2103	2,16	1,08	92,29	85,3	1,2
2014	4,47	2,89	98,03	94,06	3,0
2015	5,02	1,5	112,79	102,09	1,4
2016	4,75	3,8	109,86	108,26	3,5
2017	4,82	3,9	117,16	117,60	3,3
2018	4,85	4,7	121,63	120,87	3,8

Fonte: SIOPS/ *Números correspondem a valores em bilhões de reais.

Tabela 2. Gastos com judicialização do Ministério da Saúde por ano.

Ano	Gastos Judiciais
2008	R\$ 71,8 milhões
2009	R\$ 106,1 milhões
2010	R\$ 122,6 milhões
2011	R\$ 230,5 milhões
2012	R\$ 367,8 milhões
2013	R\$ 549,1 milhões
2014	R\$ 839,7 milhões
2015	R\$ 1,1 bilhão
2016	R\$ 1,3 bilhão
2017	R\$ 1,02 bilhão
2018	R\$ 1,3 bilhão

Fonte: Ministério da Saúde, 2019.

com políticas públicas e acabam por propiciar interferência do Poder Judiciário nas diretrizes de políticas públicas. Dos 1.627 dispositivos, “30,5% deles podem ser classificados seguramente como *policy* e 69,5% dizem respeito a normas de caráter constitucional – *polity*”, sendo *policy* aquilo que diz respeito às políticas públicas e *polity* o que é estável na política, ou seja, as regras do jogo político¹⁷. É o caso do direito à saúde, baseado nos princípios de assistência integral, gratuita e universal. Assim, se por um lado, a saúde é consagrada como um direito fundamental de todo e qualquer cidadão, por outro, a Constituição obriga o Estado a agir para garantir que esse direito seja exercido, abrindo possibilidade da ação judicial para garanti-lo.

O processo de judicialização avança para distorção de responsabilidades entre os entes federativos. Como observado por Wang et al.¹⁸, orçamentos menores e infraestrutura menos desenvolvidas foram considerados na distribuição

de competências do SUS, dando aos municípios atribuições relacionadas com ações e serviços de complexidade diferentes. Entretanto, o Supremo Tribunal Federal (STF) acata o entendimento de que o paciente pode pleitear judicialmente bens e serviços de saúde a qualquer ente da federação. Tramita na corte, a proposta de criar súmula vinculante, determinando a responsabilidade solidária dos entes da federação quando o tema é saúde pública, o que, para o mesmo autor, seria especialmente oneroso aos municípios.

Na nossa interpretação, apesar do direito à saúde ser inegociável, o aumento da judicialização pode causar as seguintes distorções: a) deformações no uso do orçamento que comprometam o acesso coletivo aos serviços e bens de saúde por, muitas vezes, alterar o planejamento de compras para atender demandas de um número limitado de pessoas; b) há decisões que acatam pedidos de medicamentos que não são oferecidos pelo SUS, que não possuem evidência científica sobre a sua eficácia e sequer foram aprovados e registrados pela Anvisa; c) aprofunda a responsabilização assimétrica entre os entes federativos ao determinar que o recurso deve ser utilizado para compra de um medicamento especializado, que é executado por ente estadual ou pelo federal, pode significar retirada de recursos de um ente municipal; e d) favorece regiões que possuem acesso ao judiciário em relação à distribuição regional mais equitativa dos recursos.

Usando a categorização do poder em saúde de Testa, para analisar estes dados de evolução na distribuição de recursos, a resposta à crise desencadeia um deslocamento do poder dos arranjos regionais e federativos para o legislativo, judiciário e governo federal. Ainda no âmbito dos arranjos regionais e federativos, este poder é deslocado dos colegiados regionais, como os grupos

condutores das redes de atenção, para serviços isolados de saúde, com seus núcleos internos de poder. Estes se apropriam dos recursos, em particular das emendas parlamentares, em detrimento dos incentivos regionais das redes de atenção.

Outros estudos já revelaram como o crescimento da execução das emendas parlamentares no âmbito federal ampliam investimentos de custeio direto para serviços de saúde isolados¹⁹. O poder político de negociação de estruturas hospitalares contribuem para este deslocamento. Além disso, como resposta à crise, as instituições filantrópicas se apropriaram de recursos públicos para uma nova proposta de refinanciamento das suas dívidas (Saúde, Lei nº 13.778, de 26 de dezembro de 2018). O conflito permanente de estruturas diversas de poder tem sido uma das características que já apontamos no fortalecimento ou fragilidade da governança regional e federativa.

O terceiro eixo são as mudanças normativas sobre as relações federativas e regionalização, fruto do processo de implementação das respostas à crise. Estas se constituem em novos instrumentos regulatórios de implementação. Destacam-se :

Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, e SUS Legal: estabelece dois blocos de repasses fundo a fundo entre União, Estados e Municípios, custeio e investimento, extinguindo-se os 6 blocos anteriores. Segue a esta um conjunto de portarias de consolidação que unifica critérios de repasse²⁰;

Resolução CIT nº 23/2017, que estabelece normas para o processo de Planejamento Regional e Governança da Redes de Atenção: a) estabelece que as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) instituem os Comitês Executivos de Governança das RAS, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS,

A Resolução CIT 37/2018 dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a definição pela CIB da organização de macrorregiões de saúde. Instituído e coordenado pelo estado, expressará as responsabilidades dos gestores de saúde e os passos do planejamento ascendente

Iniciamos o último eixo, dos atores federativos, com a caracterização do perfil dos novos gestores municipais, que iniciam um novo ciclo de gestão municipal em 2017. Os dados obtidos junto a relatórios públicos do Conasems revelam o fato de 56% nunca ter feito parte de gestão pública, possivelmente relacionada ao aspecto de questionamento do sistema político da crise e alta renovação nas eleições municipais. Sobre fortalecimento da Gestão e Regionalização da Saúde:

56% apontam necessidade de fortalecimento das CIR, 47% ampliação dos recursos financeiros, 46% disponibilização por parte da SES de recursos humanos, tecnológicos e financeiros. Quanto às principais ações a serem implementadas na gestão (2017-2020) pelos COSEMs: 49% auxiliar os gestores no diálogo com os órgãos de controle e com o poder judiciário, no diálogo com secretarias estaduais (66%) e Ministério da Saúde (73%).

Buscando caracterizar o posicionamento dos atores federativos que interagem na implementação destas respostas a crise, nos dedicamos a analisar os posicionamentos públicos dos seus representantes, a partir de 2017, por conta do novo ciclo de gestores municipais. O Quadro 1 sintetiza a centralidade dos posicionamentos sobre a governança regional federativa e poderes.

Consideramos particularmente importante, pelo papel histórico, na construção do SUS e da sua regionalização, que o ator federativo municipal sempre cumpriu, os pronunciamentos públicos do presidente do Conasems, transcritos abaixo:

Financiamento é o principal enigma da gestão, desafio é racionalizar gastos, evitar desperdícios e qualificar o trabalho, garantindo maior eficiência... Esse cenário reforça aquilo que eu tenho dito a todos os secretários e prefeitos: o gestor não deve abrir nenhum leito novo no município, já que não há recursos para custeio²¹.

Sobre a regionalização:

Se a gente não trabalhar de forma regionalizada, não envolver os municípios naquele território para fazer planejamento em conjunto, dividindo responsabilidades pela assistência regional, nós não vamos conseguir avançar. Os recursos são cada vez menores, a demanda é cada vez maior e é preciso que os equipamentos sejam pensados com economia de escala²¹

Documento oficial do Conasems²² sobre a regionalização aponta como os atributos essenciais da regionalização, pela ordem: a) menor custo; b) financiamento com equidade; c) pactuação; d) usuário como foco. Ressaltamos que o menor custo foi elencado em primeiro lugar.

Para Campos¹³, ativar o fortalecimento de sujeitos, ampliando suas capacidades de análise e de intervenção, seria decisivo para alterar relações de poder. As respostas à crise tem configurado novos sujeitos que constituem inclusive, na nossa interpretação, coalizões de defesa dentro do subsistema de política caracterizado. Não devemos confundir aqui tais coalizões com as coalizões governamentais, variável caracterizada como exógena ao subsistema, embora muitos dos atores

Quadro 1. Caracterização do posicionamento dos atores federativos em relação às diretrizes da governança regional e federativa e aos demais poderes no período estudado.

Ator federativo	Diretriz da regionalização	Relação com demais poderes
Ministério da Saúde	Rever o tamanho do SUS SUS Legal: Enxugar, desburocratizar portarias de repasse Preponderância do discurso da eficiência	Enfrentar a judicialização Aliança com legislativo para recursos via emendas parlamentares
Gestores estaduais	Defesa do SUS Legal Defesa das Redes de Atenção e Consórcios Públicos para integralidade e regionalização Atenção básica como essencial para RAS	Mobilizar envolvimento de governadores junto ao Judiciário e Parlamento
Conasems (gestores municipais)	Defesa do SUS Legal, do planejamento ascendente Dessa da Regionalização : preponderância da eficiência, ganho de escala, economia de custos na defesa da regionalização, diversidade e desigualdades locais	Enfrentar a Judicialização

Fonte: Declarações e relatórios públicos do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS.

que atuam no interior deste subsistema de política também componham as coalizões governamentais que foram se constituindo e se alternado ao longo da crise.

Identificamos uma coalizão de defesa de redução do tamanho do SUS. Independente das suas convicções quanto ao princípio universal do SUS, neste caso a racionalidade da eficiência opera estratégias de adaptação diante das respostas a crise. Por vezes, fica explícita como fruto de uma contingência, como nas palavras do presidente do CONASEMS: “Lutamos contra os retrocessos da EC 95. Agora, passada a derrota, o que resta é ganhar eficiência”. O governo federal a lidera, a partir da interrupção do governo Dilma. Esta racionalidade está no centro da defesa feita pela entidade nacional dos gestores municipais sobre a regionalização do SUS, pelos dados acima. Para esta coalizão, as diretrizes da regionalização estão alinhadas com a agilidade, desburocratização, flexibilidade, o ganho de escala, a flexibilidade para adaptação da realidade local. Embora na retórica interajam com o debate sobre um modelo de atenção pautado por uma atenção básica centrada na pessoa, não identificamos novas medidas concretas para afirmação deste modelo de atenção como resposta à crise.

Outros sujeitos interagem, neste subsistema, no que denominaremos de sobrevivência pontual de direitos, diante do cenário de asfixia de recursos e reduzida incidência do executivo, buscando preservar ou viabilizar determinados direitos e interesses. Incluímos aqui os segmentos que avançam com a judicialização, fortalecidos com

o deslocamento de poder para este segmento, desencadeado pela própria crise. Em outras perspectiva, o legislativo federal e os interesses que representam também se expressam, aproveitando deste momento de reduzida governabilidade do executivo para se apropriar de parte do destino dos recursos federais do SUS. Possivelmente outros atores, que não foram objeto de análise neste estudo, compõem esta perspectiva: atores privados do complexo de serviços, indústria e assistência; associações de família, hospitais filantrópicos.

Conclusão

A implementação das respostas à crise, construídas no interior do subsistema caracterizado, fragilizaram a governança regional federativa do SUS. É provável que este impacto seja desigual no Brasil, como é absolutamente desigual e assimétrica nossa estrutura regional e federativa, em particular no SUS.

Do ponto de vista dos instrumentos de implementação, nosso estudo revela que a agenda federal negociada com demais atores federativos utilizou-se de instrumentos financeiros, administrativos e regulatórios que esvaziaram políticas da governança regional e federativa. Respostas decorrentes da atuação de outros atores, notadamente judiciário e parlamento, também impactaram negativamente.

Esta combinação de respostas, fruto do processo permanente de negociação, conflito e aprendizado, característica das abordagens dos

estudos de implementação revela a contribuição do modelo de subsistema de política utilizado. Ela permitiu uma visão mais abrangente do processo de implementação das respostas em curso, na medida que consegue identificar impactos de estratégias aparentemente desconexas, mas que se articulam e explicam o impacto sobre a governança regional e federativa. Esta unidade de análise permitiu não estarmos restritos aos aspectos econômicos e fiscais da crise, abrangendo aspecto dos marcos legais, das instâncias de formulação e pactuação e dos atores que se articulam, disputam e negociam. Neste sentido, os resultados obtidos na análise dos quatro eixos escolhidos se articulam revelando que os impactos relacionados aos instrumentos financeiros e administrativos de implementação da resposta à crise na governança regional federativa são ampliados, na medida em que outros poderes, sabidamente legislativo e judiciário, implementam respostas que ampliam sua interferência na destinação dos recursos, e atores federativos constituem uma coalizão de defesa que sobrevive a restrição de recursos alterando marcos legais da regionalização. Variáveis combinadas, aprofundam a fragilização dos mecanismos de governança regional federativa.

A governança regional e federativa do SUS, que poderia ser um ativo importante, inclusive para se contrapor a tais respostas a crise ou amenizar o impacto junto a saúde da população, revela interdependência de iniciativas do âmbito federal, embora sejam necessários estudos mais

aprofundados dos impactos nos arranjos regionais federativos no período para mensurar melhor a distribuição de tais impactos e singularidades de cada região.

Analisando os resultados a partir dos referenciais teóricos de Testa e Campos, observamos que a implementação da resposta à crise liderada em âmbito federal produziu um deslocamento de poder dos arranjos regionais e federativos para os vários atores políticos institucionais. O processo de implementação contribuiu para a constituição ou fortalecimento de novos sujeitos, alguns deles constituindo determinadas coalizões de defesa decisivas.

Nas perspectivas aqui mencionadas, Campos e Testa, tais coalizões se afirmam como novos sujeitos que impactam o SUS e suas governanças regional e federativa, representando deslocamentos do poder técnico, político e administrativo. Estudos que acompanhem as coalizões caracterizadas e analisem a implementação das novas diretrizes regulatórias da regionalização, fruto do conflito e negociação de resposta a crise serão importantes para aprofundarmos esta análise.

Neste estudo, não foi possível avaliar a implementação dos Comitês Executivos de Governança das RAS, fruto das novas normas identificadas. Entretanto, pela sua concepção e constituição, poderão sofrer daquilo que observamos em estudo anterior referido: baixa densidade política na sua construção, baixa permeabilidade ao conjunto de atores que compõem a RAS.

Colaboradores

A Padilha, DC Oliveira: participaram da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, da redação e aprovação da versão final. TA Alves: participou da concepção, delineamento, análise e interpretação parcial dos dados, da redação e aprovação da versão final. GWS Campos: participou da concepção e delineamento da análise.

Referências

1. Pochmann M. A crise capitalista e os desafios dos trabalhadores. *Cadernos do CEAS* 2017; 239:698-712.
2. Pinto E, Pinto JPG, Saludjian A, Nogueira I, Balanco P, Schonerwald C, Baruco G. A Guerra de Todos contra Todos: A Crise Brasileira. Rio de Janeiro: IE/UFRJ; 2017. [texto para discussão 006]. [acessado 2017 dez 18]. Disponível em: <http://www.ie.ufrj.br/index.php/index-publicacoes/textos-para-discussao>
3. Souza J. *A elite do atraso: Da escravidão à Lava-Jato*. Rio de Janeiro: Leya; 2017.
4. Bourdieu P. Uma revolução conservadora. *Política & Sociedade* 2018; 17(39).
5. Carvalho L. *Valsa Brasileira Do Boom ao Caos Econômico*. São Paulo: Todavia; 2018.
6. Singer A. *O Lulismo em Crise*. São Paulo: Companhia das Letras; 2017.
7. Padilha A, Amaral MA, Oliveira D, Campos GWS. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. *Saúde Debate* 2018; 42(118):579-593.
8. Campos GWS. *Regionalização é o futuro do SUS* [internet]. Brasília: Região e Redes; 2014. [acessado 2017 Dez 18]. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/regionalizacao-e-o-futuro-do-sus/>
9. Sabatier PA, Jenkins-Smith HC. The Advocacy Coalition Framework: An Assessment. In: Sabatier PA, editor. *Theories of the Policy Process*. Boulder: Westview Policy Analysis and Management; 1999. p. 226-245
10. Melo RS, Batista PCS, Macedo ACM, Costa RBL. Governança corporativa, criação de Valor e desempenho econômico-financeiro: evidências do mercado brasileiro com dados em painel, 2005-2011. *Rege* 2013; 20(1):79-92.
11. Howlett M, Ramesh M, Perl A. *Política Pública: seus ciclos e subsistemas – uma abordagem integradora*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
12. Testa M. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Medicas; 1992.
13. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
14. Vieira FS. *Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?* Brasília: IPEA; 2016. [NT nº 26]
15. Mercês G, Freire N. Crise fiscal dos estados e o caso do Rio de Janeiro. *Geo UERJ* 2017; 31:64-80.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Dados públicos apresentados em instâncias de pactuação*. Brasília: MS; 2019.
17. Couto C, Arantes R. Constituição, Governo e Democracia no Brasil. *RBCS* 2006; 21(61):41-62.
18. Wang DWL, Vasconcelos NP, Oliveira VE, Terrazas FV. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. *Rev. Adm. Pública* 2014; 48(5):1191-1206.
19. Turino F, Sodré F. Organizações sociais de saúde financiadas por emendas parlamentares. *Trab Educ Saude* 2018; 16(3):1201-1219.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2017; 28 set.
21. Conselho Nacional de Secretarias Nacionais de Saúde (CONASEMS). Entrevista com Mauro Junqueira. Brasília: CONASEMS; 2016. [Revista do CONASEMS 67]
22. Conselho Nacional de Secretarias Nacionais de Saúde (CONASEMS). *Saúde e Regionalização da Saúde e Posicionamentos e Orientações*. Brasília: CONASEMS; 2019.

Artigo apresentado em 20/03/2019

Aprovado em 12/07/2019

Versão final apresentada em 29/08/2019