

# FEDERALISMO SANITÁRIO BRASILEIRO: ANÁLISE DA CONFIGURAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE À LUZ DA *PUBLIC CHOICE THEORY*<sup>1</sup>

## BRAZILIAN HEALTH FEDERALISM: CONFIGURATION ANALYSIS OF PUBLIC HEALTH POLICIES IN THE LIGHT OF PUBLIC CHOICE THEORY

*Lidiane Nascimento Leão*<sup>2</sup>

### **RESUMO:**

O federalismo sanitário brasileiro é estruturado fundamentalmente em políticas públicas. A mais importante delas é a macro política de saúde constitucional que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo deste artigo é analisar se a configuração institucional das políticas públicas de saúde no Brasil aproxima-se ou distancia-se do modelo teórico da *Public Choice*. A hipótese defendida é a de que a distribuição da autoridade sobre políticas de saúde no Brasil é imbricada e compartilhada o que torna a análise de sua configuração mais complexa e difícil, bem como sugere que a descentralização dessas políticas sanitárias não se alinha ao modelo e nem aos efeitos da *Public Choice Theory*. Com a finalidade de testar a hipótese do trabalho utilizou-se do método de abordagem teórica dedutivo e do método de procedimento analítico, da pesquisa exploratória do tema e da pesquisa bibliográfica por meio da técnica de pesquisa indireta, com consulta a livros, periódicos, material disponibilizado pela Internet e legislação vigente. Concluiu-se que, por vários fatores, o federalismo sanitário brasileiro é incompatível com os princípios fundamentais da teoria da escolha pública. Finalmente, o artigo sugere que o foco para o aperfeiçoamento do federalismo sanitário brasileiro, e por via de consequência da concretização do direito fundamental social à saúde, está mais nos mecanismos institucionais que deveriam produzir gestões locais voltadas ao bem-estar dos cidadãos e à qualidade da atenção à saúde do que no redesenho da arquitetura federativa sanitária.

**PALAVRAS-CHAVE:** Federalismo; Saúde; Políticas Públicas; Public Choice Theory.

### **ABSTRACT:**

The Brazilian health federalism is fundamentally structured public policy. The most important one is the macro health policy constitutional that instituted the Unified Health System (SUS). The objective of this paper is analyze the institutional setting of public health policies in Brazil approaches or distance from the theoretical model of Public Choice. The hypothesis put forward is that the distribution of authority over health policy in Brazil is intertwined and shared which makes the analysis of their configuration more complex and difficult, and suggests that decentralization of these health policies are not aligned to the model and not the effects of Public Choice Theory. In order to test the hypothesis of the study we used the

---

<sup>1</sup> Artigo adaptado do trabalho final de curso apresentado a Profa. Dra. Marta Arretche responsável pela disciplina “Federalismo Comparado: teorias e explicações”, cursada pela autora no Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da USP no primeiro semestre de 2012.

<sup>2</sup> Doutoranda em Direito, área de concentração Direitos Humanos, pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Direito, área de concentração Direitos Humanos, pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Professora Assistente do curso de Bacharelado em Direito da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA). Advogada. E-mail: lidiane.leao@usp.br.

method of theoretical and deductive method analytical procedure, the exploratory research of the topic and the literature by means of the technique of indirect research, consultation with the books, periodicals, material available over the Internet and legislation. It was concluded that, due to several factors, the Brazilian health federalism is incompatible with the fundamental principles of public choice theory. Finally, the article suggests that the focus for the improvement of the Brazilian health federalism, and by consequence of the implementation of the fundamental social right to health, is more in institutional mechanisms that should induce local government actions to the well-being and quality health care than in the redesign of the federal health architecture.

**KEYWORDS:** Federalism; Health; Public Policy; Public Choice Theory.

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo demonstrar que a engenharia constitucional e institucional da política de saúde nacional brasileira está muito distante do que prevê a teoria da escolha pública. Isso porque, embora constitucionalmente falando a política de saúde brasileira seja descentralizada e as repartições de competências entre os entes federados bem definidas, a distribuição de funções (formulação, financiamento, coordenação e execução) entre o governo central e os governos subnacionais não tem nenhuma semelhança com o proposto pelo modelo teórico da *Public Choice*.

Nesse sentido, o trabalho parte dos seguintes pressupostos teóricos: 1) Federalismo e descentralização têm influência sobre processos decisórios e sobre políticas públicas; 2) Federalismo e descentralização não são sinônimos ou conceitos gêmeos; 3) Federalismo tem a ver com os direitos das unidades constituintes (regras da decisão sobre políticas); por sua vez, descentralização tem a ver com competências (distribuição de autoridade); 4) Existem diversas formas de federalismo e de descentralização.

Teorias otimistas, começando por Montesquieu e continuando ao longo da moderna economia do bem-estar social (OATES, 1972), enfatizaram as vantagens de revelação da informação e de *accountability* das estruturas governamentais mais descentralizadas. As teorias da escolha pública exploraram a possibilidade de que a mobilidade, em contextos descentralizados e de jurisdição múltipla, possa facilitar a adequação entre as preferências dos cidadãos e as políticas governamentais (TIEBOUT, 1956; BRETON & SCOTT, 1978), produzir governos menores, mais eficientes e menos corruptos (HAYEK, 1939; BRENNAN & BUCHANAN, 1980), bem como, sob determinadas condições, mercados mais seguros e crescimento econômico mais rápido (WEINGAST, 1995 e 2007).

Porém, estudos empíricos contestam essas teorias, apresentando evidências que associam a descentralização e o federalismo a níveis mais altos de percepção da corrupção (TREISMAN, 2000a), governos maiores (STEIN, 1999), instabilidade macroeconômica (WIBBELS, 2000) e, sob determinadas condições, menor crescimento (DAVOODI & ZOU, 1998). Tais estudos frequentemente apresentam conclusões que põem em dúvida os benefícios da descentralização e do federalismo.

A literatura de ciência política comparada contemporânea considera que as características institucionais dos estados federativos operam no sentido de restringir as possibilidades de mudança do *status quo*. A afirmação central é que a natureza das relações vertical e horizontal em estados federativos dispersa a autoridade política e potencializa o poder de veto das minorias (TSEBELIS, 1997).

A literatura sobre poder local, por sua vez, tem enfatizado a importância das arenas e dos arranjos políticos no plano local, bem como as estratégias de sobrevivência eleitoral, para o sucesso de iniciativas locais de inovação em políticas públicas.

O desenho institucional federativo da política de saúde no Brasil é focado na centralização da formulação e financiamento da política no nível central e na descentralização da gestão e implementação da política nos níveis estadual e municipal.

Diante disso, o problema de pesquisa a ser investigado é o seguinte: Considerando as premissas da Teoria da Escolha Pública (TEP), a configuração institucional das políticas públicas de saúde no Brasil aproxima-se ou distancia-se desse modelo teórico? A hipótese defendida é a de que a distribuição da autoridade sobre políticas de saúde no Brasil é imbricada e compartilhada o que torna a análise de sua configuração mais complexa e difícil, bem como sugere que a descentralização dessas políticas sanitárias não se alinha e nem deveria se alinhar ao modelo e nem a seus efeitos tal como fundamentada pela TEP.

## **2 PUBLIC CHOICE: uma revisão da literatura<sup>3</sup>**

A crise do modelo de Estado e de desenvolvimento econômico adotado até meados dos anos 70 (*Welfare State*) oportunizou a ascensão do pensamento político e econômico

---

<sup>3</sup> A breve revisão de literatura em epígrafe não abordará o pensamento de todos os teóricos da teoria da escolha pública em razão dos limites do presente trabalho, bem como o interesse especial na “tese da competição entre as jurisdições” para análise da configuração das políticas públicas de saúde no Brasil. No entanto, enfocará os principais teóricos, especialmente, os discutidos profundamente no curso como Charles Tiebout (1956), Barry R. Weingast (1995 e 2007) e James M. Buchanan (1995).

Neoliberal ou da Nova Direita. De acordo com André Borges (2001, p. 159), o termo “Nova Direita” foi cunhado por Dunleavy e O’Leary (1987) para rotular o trabalho de economistas com raízes nas tradições da filosofia conservadora empenhados em renovar a economia política clássica e neoclássica. Os mencionados autores identificam quatro correntes principais dentro da Nova Direita: o monetarismo de Milton Friedman, a escola austríaca de Hayek e Von Mises, a teoria da escolha pública e a teoria das expectativas racionais.

Em apertada síntese, pode-se afirmar que todas estas correntes têm em comum a luta contra o alargamento das fronteiras do Estado, o paternalismo e o cerceamento da liberdade individual. Todas defenderam o mercado regido pelo sistema de preços contra o planejamento central, a economia mista e o ativismo macroeconômico.

Para o presente trabalho interessa, especialmente, a terceira corrente: a *Public Choice*, também denominada de teoria da escolha pública (TEP). Mencionada teoria aplica as teorias e métodos da economia para a análise do comportamento político, uma área que já foi território exclusivo de cientistas políticos e sociólogos. Com efeito, os teóricos da escolha pública utilizam-se do ferramental microeconômico clássico e da teoria dos jogos para analisar o processo político, compondo uma abordagem radicalmente individualista e fundada no método positivo (BORGES, 2001, p. 159-160). Trata-se, assim de construir uma “teoria estrita da política”, de caráter afirmativo e proposicional, recorrendo para isso à perspectiva e aos instrumentos próprios da ciência econômica, mais precisamente da microeconomia.

Nesse sentido, a teoria da escolha pública originou-se como um campo distinto de especialização de meio século atrás nas obras de seus fundadores, Kenneth Arrow, Duncan Black, James Buchanan, Gordon Tullock, Anthony Downs, William Niskanen, Mancur Olson e William Riker.

Dentre os fundadores e seguidores contemporâneos da *public choice*, destaca-se James M. Buchanan, a quem é atribuído seu início. De fato, no mundo do pós-guerra, dominado pelos economistas keynesianos (que Buchanan chama de “socialistas antilibertários”), e no qual se assistia a um grande crescimento do Estado, através do *Welfare State*, Buchanan funda, junto com Warren Nutter, o Centro de Economia Política na Universidade de Virgínia. Tratava-se, segundo ele, de lutar contra um ambiente intelectual dominado pelos economistas que não tinham a liberdade individual como principal valor para a constituição da sociedade, aqueles que não atribuíam ao mercado valor positivo e que acreditavam na superioridade do controle de uma instância reguladora sobre as liberdades individuais (TONETO JR., 1996, p. 131). É nesse sentido que os argumentos da *public choice*, antikeynesianos e contrários a

social-democracia, revolucionaram o estudo da tomada de decisão em processos democráticos.

## **2.1 Princípios fundamentais, instituições e mecanismos da *Public Choice***

Como Buchanan artisticamente definiu, escolha pública é “política sem romance”. O pensamento positivo que pressupõe que os participantes na esfera política aspiram a promover o bem comum é totalmente deslocado. Isso porque, do ponto de vista convencional de “interesse público”, os funcionários públicos são retratados como benevolentes “servidores públicos”, que fielmente realizam a “vontade do povo”. Portanto, tratando-se de questões públicas, os eleitores, os políticos e formuladores de políticas devem de alguma forma agir de forma altruística, ou seja, acima das suas próprias preocupações paroquiais.

No modelo de comportamento dos indivíduos motivado pelo objetivo de maximização (jargão utilitário-econômico), isto é, para o bem-estar pessoal, economistas não negam que as pessoas se preocupam com suas famílias, amigos e comunidade. Mas, a escolha pública, como modelo econômico que se assenta no comportamento racional, assume que as pessoas são guiadas principalmente por seus próprios interesses; e, mais importante, que as motivações das pessoas no processo político não são diferentes daquelas no mercado de carros<sup>4</sup>, por exemplo. Afinal, elas são os mesmos seres humanos.<sup>5</sup>

Como tal, os eleitores “votam com os bolsos” ou, como diria Tiebout (1956) os cidadãos “votam com os pés”, apoiando os candidatos e as propostas de voto que acham que vai melhor beneficiá-los pessoalmente; burocratas se esforçam para avançar em suas próprias carreiras e políticos buscam eleição ou reeleição para o cargo. Dessa forma, a escolha pública, em outras palavras, simplesmente transfere o modelo do ator racional da teoria econômica para o campo da política.

---

<sup>4</sup> Para os economistas neoclássicos as pessoas, enquanto consumidoras, são racionais e calculistas e procuram extrair a utilidade máxima das mercadorias adquiridas. Sobre a existência de assimetria de informação no mercado de carros (especialmente carros usados), cf. AKERLOF, George. *The Market for Lemons: Quality Uncertainty and the Market Mechanism*, in *Quarterly Journal of Economics*, v. 84, n. 3, ago. 1970, pp. 488-500. STIGLITZ, Joseph. *Information and Change in the Paradigm of Economics*. In: *The Nobel Prizes 2001*. Estocolmo: Nobel Foundation, 2002, pp. 488-515.

<sup>5</sup> Borges (2001, p. 161), apresenta a partir de Udehn (1996) uma importante distinção entre a teoria da escolha pública e a teoria da escolha racional. Se ambas valem-se do método individualista de análise, a teoria da escolha racional ainda admite a ocorrência do comportamento altruísta. Por outro lado, nem todos os autores da escolha racional compartilham das raízes filosóficas liberais da escolha pública, como é o caso dos marxistas analíticos Jon Elster, Adam Przeworsky, John Roemer e outros.

É importante registrar que transferência semelhante deu-se no âmbito do direito com a Análise Econômica do Direito (*Economic Analysis of Law*). Nessa abordagem, um dos maiores expoentes é Richard A. Posner.

O pressuposto básico da economia que orienta a versão da análise econômica do direito é o de que “as pessoas são maximizadores racionais de suas satisfações”, *todas* as pessoas e em *todas* as suas atividades que implicam uma escolha. No cálculo individual de maximização entrariam não só as satisfações monetárias, mas também as não-monetárias. A partir dessa premissa, Posner analisa as doutrinas e instituições jurídicas e defende o argumento central de que “uma lei é uma negociação” (POSNER, 2007, p. 473-475).

Nesse sentido, o autor afirma que os legisladores são também maximizadores racionais de suas satisfações e, portanto, nada do que fazem é motivado pelo interesse público enquanto tal, pois o que eles querem é serem eleitos e reeleitos. A eficácia de suas campanhas, portanto, depende politicamente e financeiramente de grupos de interesse bem organizados os quais são capazes de superar problemas informacionais e de *free-riding*<sup>6</sup> que infestam a ação coletiva. É claro que um grupo desses só irá organizar-se para atuar com efetividade se os seus membros tiverem muito a ganhar ou muito a perder com políticas públicas específicas. Em suma, a estratégia básica de um grupo de interesses consiste em trocar votos de seus membros e seu apoio financeiro aos candidatos pela promessa implícita de uma legislação favorável (POSNER, 2007).

Na mesma linha, para a teoria da escolha pública o ator político é assim o *homo economicus* dos economistas clássicos e neoclássicos, “caracterizado pelo empenho de manipulação eficiente das condições que lhe oferece o ambiente de maneira a maximizar a realização de seus objetivos” (REIS, 2000, p. 48).

No entanto, o ato de escolher não é um ato individual e unilateral, já que as condições e preferências de vários atores são em geral interdependentes entre si. A teoria dos jogos trabalha exatamente a interação entre indivíduos, trabalhando especialmente com a ideia de que a escolha de cada um depende das escolhas dos outros, através da antecipação e do cálculo estratégico. O melhor exemplo oferecido pela mencionada teoria é o famoso Dilema do Prisioneiro.

Da mesma forma, surge o problema da ação coletiva, descrita por Mancur Olson (apud BORGES, 2001). Segundo Olson, quando um determinado grupo precisa empreender um

---

<sup>6</sup> É todo indivíduo que ficará em melhor situação se todos, menos ele, agirem com vistas ao bem comum, de modo que ele possa beneficiar-se dos resultados sem precisar arcar com o ônus comum. *Free-riding* é a ação desse agente; *free-rider effect* costuma ser traduzido como “efeito carona”. Nota de rodapé. (Posner, 2007, p. 475).

esforço coletivo conjunto para a produção de determinado bem público (ou seja, algo que atende ao interesse comum), muito provavelmente a ação coletiva fracassará na ausência de determinadas condições. Os bens públicos têm duas características básicas: são ofertados em conjunto e nenhum participante do grupo pode ser excluído das vantagens ou da satisfação proporcionada por sua consecução. O problema reside exatamente neste ponto: em grandes grupos, os indivíduos, não passíveis de exclusão dos benefícios coletivos, comportam-se como autênticos “caronas” (*free-riders*), conseguindo um bem coletivo ou público (como por exemplo, um serviço público promovido pelo governo) sem pagar os seus custos (não pagando os impostos devidos, por exemplo).

Exceto em pequenos grupos, onde os custos individuais da ação coletiva são pequenos em relação aos benefícios, a não participação/cooperação tende a ser a estratégia dominante para indivíduos racionais. A única forma de superar o dilema da ação coletiva é a oferta de incentivos (positivos ou negativos) separados e seletivos para estimular assim um indivíduo racional de um grupo “latente” (onde não há cooperação) a agir sob a orientação de seu grupo.

É nesse contexto, portanto, que surge a ideia de instituições como forma de estabelecer mecanismos de cooperação. Há uma vertente do chamado institucionalismo moderno (ou neoinstitucionalismo), na qual é ressaltado o papel das instituições como redutoras da incerteza e fator determinante da produção e expressão das preferências dos atores sociais.<sup>7</sup>

Desse modo, os teóricos da *public choice*, preocuparam-se em demonstrar que as *instituições importam* e, portanto, têm efeitos independentes sobre o modo de governar. Considerando que o objetivo do presente trabalho é analisar o federalismo sanitário brasileiro, questiona-se: o federalismo, instituições federalistas, tem alguma influência sobre processos decisórios, políticas públicas? Que tipo de federalismo propõe a teoria da escolha pública?

---

<sup>7</sup> Seus pressupostos teóricos têm por base a escola neoclássica. No entanto, seus trabalhos seminais, principalmente desenvolvidos por Douglass North. *Structure and Change in Economic History* (1981) e, mais especificamente, *Institutions, Institutional Change in Economic History* (1990) fazem referências a esses pressupostos, entretanto julgando-os como insuficientes para explicarem as discontinuidades no processo de desenvolvimento das nações. Aproveitando a lacuna deixada pela escola neoclássica, North adverte que é inegável que as instituições afetam o desempenho da economia e que nem a teoria econômica convencional e nem a abordagem histórica mostram muito interesse em demonstrar a função das instituições no desempenho econômico. Neste sentido para os novos institucionalistas, o processo de desenvolvimento econômico é também um processo de desenvolvimento das instituições ou evolução de uma determinada matriz institucional, portanto, as instituições importam e devem ser acrescentadas nos modelos de desenvolvimento econômico. Para o neoinstitucionalismo, ao contrário do pressuposto neoclássico de escolhas racionais de um homem econômico (*rational choice*), a racionalidade do indivíduo é limitada e se comporta diante de um mundo permeado de incertezas. O conceito de incerteza é fundamental no modelo teórico de North. Como os mercados não funcionam perfeitamente e os agentes econômicos são dotados de uma racionalidade limitada, as decisões dos indivíduos são permeadas de subjetividade derivada das condições de incerteza e das limitações humanas, bem como das assimetrias no acesso às informações.

## 2.2 A tese da competição entre as jurisdições

Antes de apresentar o modelo ideal de federalismo para Tiebout, Weingast e Buchanan é importante conceituar e distinguir federalismo e descentralização.

A distinção entre Estados federativos e unitários diz respeito às *formas de distribuição da autoridade política dos Estados nacionais*. Estados federativos é uma forma particular de governo dividido verticalmente, de tal modo que diferentes níveis de governo têm autoridade sobre a mesma população e território (LIJPHART, 1999).

Nesses Estados, o governo central e os governos locais são independentes entre si e soberanos em suas respectivas jurisdições (RIKER, 1987), pois cada governo local – cuja jurisdição pode variar, conforme assim o definir a Constituição – está resguardado pelo princípio da soberania, o que significa que estes são atores políticos autônomos com capacidade para implementar (pelo menos, algumas de) suas próprias políticas (PIERSON & LEIBFRIED, 1995, p. 20). A soberania dos governos locais deriva do voto popular direto, da autonomia de suas bases fiscais e, em muitos casos, de uma força militar própria. Além disso, as unidades componentes da federação têm uma câmara de representação territorial no plano federal – a Câmara Alta ou Senado –, cuja autoridade legislativa varia entre as federações (LIJPHART, 1999).

Nos Estados unitários, apenas o governo central tem autoridade política própria, derivada do voto popular direto. A unidade do Estado nacional está garantida pela concentração de autoridade política, fiscal e militar no governo central, ao passo que a autoridade política dos governos locais é derivada de uma delegação de autoridade da autoridade política central. Em tese, portanto, a autonomia dos governos locais é mais reduzida nos Estados unitários do que nos federativos.

Para William Riker, “federalismo é uma organização política na qual as atividades do governo são divididas entre governos regionais e governo central, de modo que cada tipo de governo tem algumas atividades sobre as quais ele toma a decisão final” (1975, p. 101).

Logo, para Riker são condições para a configuração de um Estado federal: unidades independentes, equipotentes, leais e que se unem para manter um bem coletivo (defesa). A importância da teoria de Riker é que ela acrescenta o aspecto fundamental da decisão final. Portanto, segundo Riker o que está escrito na Constituição de um país não explica o federalismo. O que é relevante para definição dessa instituição é *quem toma a decisão final sobre* uma determinada política pública, sobre taxação, etc.

A depender dessa distribuição ou não de poder decisório, existirão Estados federalistas centralizados ou Estados federalistas descentralizados. Desse modo, observa-se que federalismo não é sinônimo de descentralização. Mas, afinal o que é descentralização?

Como afirma Stepan (1999), todas as federações restringem o poder central, devido à dupla soberania – do governo federal e dos governos locais – que é a característica básica dessa forma de Estado (RIKER, 1975; LIPJHART, 1999). A dupla soberania, por sua vez, está garantida tanto pelas regras constitucionais quanto pelo desenho das instituições políticas (RIKER, 1975; LIPJHART, 1999; STEPAN, 1999). Todavia, os estudos empíricos têm revelado grande variação entre as federações no que diz respeito à extensão da autoridade do governo central (STEPAN, 1999).

Nesse sentido Rodden (2005, p. 9-10), critica a definição usual de federalismo e de descentralização fundamentada em uma medida binária de soma zero. Em outras palavras, se a autoridade política, fiscal e de gestão de políticas está concentrada exclusivamente nas mãos do governo central trata-se de Estado Unitário. Ao contrário, se a autoridade política, fiscal e de gestão de políticas está concentrada exclusivamente nas mãos dos governos subnacionais, então, trata-se de um autêntico Estado Federal.

Todavia, observa-se que no mundo real das federações a realidade é muito mais complexa e imbricada do que a divisão acima apresenta. Observa-se que em várias federações há diferença entre quem decide e quem executa. Nessa linha, Rodden (2005) vai afirmar que existem várias formas de descentralização: descentralização fiscal, descentralização de políticas e descentralização política.

- **Charles Tiebout (1956)**

A respeito do tipo ideal de federalismo sob a perspectiva da escolha pública, Charles Tiebout (1956) apresenta um trabalho clássico propondo um modelo ideal onde a competição entre os governos locais (ou subnacionais) resultaria em ganhos de eficiência, pois os bens públicos seriam ofertados na quantidade e qualidade desejada pelos cidadãos.

Sabe-se que a distribuição de responsabilidades pelo provimento de bens públicos é uma característica inerente a sistemas federativos, em que cada esfera de governo é autônoma em suas decisões, ou seja, cada ente federativo decide quanto irá prover em sua jurisdição.

Neste sentido, Tiebout defendia a tese de que a provisão de bens públicos, a nível local, garantiria a eficiência do setor público, dado que os eleitores poderiam se deslocar entre as comunidades, fixando-se naquela que lhe oferecesse a cesta de bens que lhe garantisse

maior bem-estar (atendendo suas preferências). Assim, a competição entre os governos garantiria uma solução equivalente ao equilíbrio de mercado, garantindo a eficiência do gasto público.

Em outras palavras, partindo do pressuposto de que todo indivíduo enquanto cidadão-eleitor quer o máximo de bens públicos, mas na condição de cidadão-consumidor quer pagar o mínimo possível para ter acesso aos mencionados serviços, a *Teoria Pura dos Gastos Locais* apresentada por Tiebout apresentou uma solução para o problema da revelação das preferências<sup>8</sup> e do risco da democracia: o do gasto excessivo e do gasto ineficiente (risco maior no modelo majoritário de democracia).

Nesse sentido, observam-se claramente as premissas liberais e da teoria da escolha pública das quais parte Tiebout, no sentido de que o voto não é o mecanismo de revelação de preferências nem de controle das burocracias públicas. Na verdade, para o autor o mecanismo mais adequado para a revelação das preferências dos cidadãos e para a manutenção de um governo limitado é a competição entre as jurisdições pelos eleitores. Dessa forma, os cidadãos “votariam com os pés” com base no pacote de serviços públicos e na taxaço oferecidos por determinada localidade.

De igual modo, Buchanan (1995) afirma que no modelo de democracia majoritária as burocracias públicas irão extrair o máximo de seus cidadãos se tiverem oportunidade (risco de taxaço excessiva), por isso o setor público pode e deve ser avaliado pelos parâmetros do setor privado.

Importante frisar, ainda, que do ponto de vista teórico Tiebout dialoga com a teoria da economia do bem-estar social quando se preocupa em que *lócus* devem ser decididas as políticas de taxaço. Dito de outra forma, Tiebout está preocupado em responder a seguinte problemática: Qual é a jurisdição mais adequada para decidir sobre políticas públicas e taxas?

Como resposta a este questionamento, o autor apresenta o mecanismo da competição entre as jurisdições com autonomia para taxar, ou seja, deve-se descentralizar a taxaço e o gasto público.

- **Barry R. Weingast (1995 e 2007)**

Outro autor que parte das premissas da teoria da escolha pública para defender a tese da competição entre as jurisdições no âmbito de um Estado Federal é Barry R. Weingast. Com

---

<sup>8</sup> Paradoxo de Rousseau.

efeito, em seu instigante artigo *The Economic Role of Political Institutions: Market-Preserving Federalism and Economic Development*, Weingast (1995, p. 1), parte do pressuposto de que

*Mercados florescentes exigem não só um sistema econômico adequadamente projetado, mas um fundamento político seguro que limita a capacidade do Estado para confiscar a riqueza. Isso exige uma forma de “governo limitado”, isto é, instituições políticas cuja credibilidade obrigue o estado a honrar os direitos econômicos e políticos.*

Nessa perspectiva, o autor pretende demonstrar não só o importante papel econômico das instituições políticas no desenvolvimento de um sistema econômico, mas, especialmente, o papel determinante do Federalismo para a proteção de mercados.

Diante disso, Weingast apresenta o dilema político fundamental de um sistema econômico (proteção de direitos x confisco da riqueza) e sugere como resposta a este dilema a instituição/manutenção de um governo limitado por meio de um fundamento político seguro, instituições políticas e compromissos credíveis, e, fundamentalmente de limites autoexecutáveis. Para entender o fundamento político dos mercados, afirma o autor que devemos começar com a Constituição, concebida nesta análise “como o conjunto de instituições que regem o processo de decisão política, isto é, instituições ou regras que regem como as escolhas políticas são feitas, especialmente entre especificações alternativas de sistema econômico”. (1995, p. 2)

Dessa forma, com o objetivo de investigar como um sistema de federalismo prevê a sua própria sobrevivência e como ele se autosustenta, Weingast inicia sua análise com uma afirmação categórica: “A essência do federalismo é que ele proporciona um sistema sustentável de descentralização política”. (1995, p. 4) Nessa esteira, com a finalidade de estabelecer quais os efeitos do federalismo, o autor aponta a importância da teoria política do federalismo e busca a definição de um sistema político como federal, adicionando a análise econômica à mencionada definição.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Em apertada síntese, Weingast, afirma que de acordo com Riker para definir se um sistema político é federal há que se observar 02 características: (1) hierarquia dos governos; (2) autonomia institucionalizada de cada governo. Todavia, como o autor pretende concentrar-se em um subconjunto de sistemas federais chamado mercado de preservação federal, defende que as duas características apontadas por Riker definem um sistema viável de federalismo, mas elas nada dizem a respeito da autoridade sobre questões econômicas. Nesse sentido, Weingast, adiciona mais 03 características para que o Federalismo<sup>9</sup> produza efeitos econômicos na proteção de mercados: (3) governos subnacionais têm responsabilidade primária de regulamentação sobre a economia; (4) um mercado comum que evite que os governos menores usem sua autoridade reguladora para erguer barreiras comerciais contra os bens e serviços provenientes de outras unidades políticas e (5) os governos menores devem enfrentar uma forte restrição orçamentária. (p. 4)

Dessa forma, para Weingast (1995) a *tese da competição entre as jurisdições* é uma consequência econômica do mercado de preservação do federalismo. Tal competição induzida entre as jurisdições implicaria sobre a escolha de políticas públicas, bem como na manutenção do mercado de preservação do federalismo.

O autor realiza estudos de casos e discute os principais mecanismos constitucionais que sustentaram o federalismo na Inglaterra e nos Estados Unidos, por exemplo, concentrando-se sobre o que fez o federalismo auto-aplicável nessas nações. Nesse sentido, Weingast desenvolve um modelo de consenso constitucional sobre os limites de ação governamental e o “testa” nos casos selecionados de mercado de preservação do federalismo. Nesse empreendimento, localiza como a chave do sucesso do governo limitado<sup>10</sup> a análise dos problemas de legitimidade. Para tal análise e construção do mencionado modelo<sup>11</sup> Weingast utiliza-se da teoria dos jogos, buscando um equilíbrio para um jogo em que o governo tem a oportunidade de violar restrições, mas opta por não fazê-lo. (1995, p. 10-21)

Por fim, Weingast conclui que os mercados e governo limitado são aspectos complementares da vida do desenvolvimento e reforma econômica. Portanto, ao criar restrições credíveis sobre a escolha política governamental, o federalismo forneceu a base para o Estado de Direito e, portanto, os fundamentos políticos da liberdade econômica. (1995, p. 24-27).

Em ensaio posterior, Barry Weingast (2007) ao dialogar com a primeira geração do federalismo fiscal no sentido de entender o desempenho do federalismo em países desenvolvidos e em países subdesenvolvidos, constrói toda sua análise comparativa com fundamento em duas premissas:

- 1) os governos subnacionais devem ter: autonomia fiscal; independência para decidir e elaborar políticas; garantias constitucionais de que esse pacto não será mudado unilateralmente pelo governo central, existência de mercado comum e de *hard budget constraint*;
- 2) A adoção do modelo de mercado de preservação do federalismo impediria a ineficiência na alocação de recursos, o exercício da corrupção, predação, e *rent-seeking* por todos os níveis de governo, pois incentivariam maior *accountability* e proveriam os serviços que os cidadãos preferem porque coletam uma substancial porção de sua receita.

---

<sup>10</sup> Esta abordagem demonstra que um passo central na criação de um governo limitado é que os cidadãos ou seus representantes construam um mecanismo que resolva o problema de coordenação. O autor em um primeiro momento sugere a Constituição como este mecanismo, mas depois avança para a perspectiva de um forte consenso de apoio dos cidadãos aos limites.

<sup>11</sup> O modelo é baseado em duas suposições sobre a relação entre um soberano e os seus cidadãos. Em primeiro lugar, uma condição necessária para que um indivíduo cidadão apoie o soberano é que o soberano não transgrida os direitos do cidadão. Em segundo lugar, permanecendo o soberano no poder requer a retenção de um suficiente grau de apoio entre os cidadãos. Sem o apoio necessário, o soberano perde o poder.

Portanto, observa-se claramente que Weingast preserva as premissas centrais do modelo apresentado em seu ensaio de 1995, apenas reconhecendo a existência e necessidade em alguma medida de transferências tributárias, especialmente em países em desenvolvimento.

- **Jonathan Rodden e Susan Rose-Ackerman (1997)**

Entretanto, em que pese o brilhantismo dos modelos teóricos apresentados acima nem todos os cientistas políticos e economistas são otimistas em relação aos efeitos do federalismo como Weingast, por exemplo. Jonathan Rodden e Susan Rose-Ackerman (1997), apresentam dois argumentos centrais em contraposição ao modelo de federalismo de Weingast: o de que ele está equivocado em relação à motivação dos políticos subnacionais e sobre o papel do poder central no contexto do federalismo. Em outras palavras, os autores afirmam que a análise de Weingast é insuficiente porque parte de premissas irrealistas sobre as preferências políticas dos governos subnacionais no que diz respeito à oferta de políticas públicas.

Quanto a este primeiro argumento, os autores defendem que a “terapia institucional” de Weingast é equivocada ou incompleta quando visualiza que as motivações políticas dos governos subnacionais são fundamentalmente *rent seekers* (expropriação de riquezas do cidadão ao máximo). Neste ponto, os autores adicionam o argumento de que em democracias as motivações políticas dos governos subnacionais podem ser *vote seekers*.

Portanto, os autores afirmam que se o analista acrescenta a premissa de que os políticos também são *vote seekers* (e nas ditaduras coalizões de apoio) o tipo de eleitores que eles irão buscar são eleitores fixos e não exclusivamente eleitores móveis (os que votam com os pés) na visão de Weingast. Diante disso, os autores defendem que a aplicação do modelo de Weingast sob a lógica do *rent seekers*, não levará aos resultados apontados pelo autor no mundo empírico.

O segundo grande argumento dos autores refere-se ao papel do governo central atribuído por Weingast no âmbito de sua teoria. Como vimos para Tiebout, Weingast e Buchanan o papel do governo central para se alcançar crescimento econômico deve ser o de um governo limitado. Em outras palavras, o Estado ou os governos tem que ser constrangidos, impedidos de extrair excessivas rendas dos indivíduos com o fim de respeito aos contratos e ao direito de propriedade e, portanto, como forma de atrair investimentos.

Cabe ressaltar que Rodden e Ackerman não discordam da premissa da teoria econômica neoclássica: governo central tem que ser limitado, tem que haver descentralização

e competição entre as jurisdições. O que eles questionam é a lógica teórica de Weingast (governo central limitado => governos estrangulados), a qual reputa por insustentável.

De acordo com os autores, para o federalismo sobreviver e a descentralização funcionar o governo central não deve ser limitado (o governo deve ser regulatório e redistributivo). Ao contrário do que defende Weingast, os autores defendem que o fato de o governo central ser limitado pode comprometer o crescimento econômico a longo prazo. Isso porque, também a nível de governo central a motivação política nem sempre será *rent seekers*, mas pode ser *vote seekers*. Em suma: eles invertem o argumento de Weingast.

Em que pese o brilhantismo do argumento complementar apresentado pelos autores à teoria de Weingast, a de que a falta um argumento institucional para o argumento do *Market-Preserving Federalism* compromete o modelo, eles não apresentam soluções ou mesmo supõem que outras instituições importam, ou, ainda, que outras preferências importam.

- **Erik Wibbels (2000)**

Erik Wibbels (2000), também critica o modelo de federalismo proposto por Weingast (1995 e 2007), no sentido de criticar que na vida real das federações existentes no mundo atual a maioria delas não são estruturadas da forma “descolada” (governo central limitado e governos subnacionais autônomos) proposta por Weingast.

O argumento central de Wibbels é o de que determinados contextos institucionais podem favorecer ou não o “overgrazing” (super exploração dos recursos comuns). Nessa linha, Wibbels defende que se os governos subnacionais tiverem autonomia para tomar empréstimos e autonomia para gastar, eles produzirão “overgrazing” em decorrência de dois fatores: desalinhamento de preferências entre níveis de governo e expectativa de socorro por parte do governo central em caso de endividamento.

Em outras palavras, o argumento básico de Wibbels é o de que federalismo não leva necessariamente ao crescimento econômico, pois a autonomia para tomar empréstimos e para gastar dada aos governos subnacionais em um contexto de governo central limitado mais a existência de desequilíbrios verticais e sistema de transferência de impostos obstaculizará a adesão dos governos subnacionais à política de estabilização e ajuste econômico considerando que será mais racional e cômodo aos governos subnacionais produzirem “overgrazing” e “over-spending”.

Tendo em mente este conceito de federalismo é que Wibbels estabelece a distinção entre Estados Unitários e Estados Federais. No entanto, tal conceito apresentado pelo autor é

profundamente criticável, pois como afirma Rodden (1997), pode até haver competição entre as jurisdições, mas o governo central não pode ser limitado para coordenar as ações dos governos subnacionais.

Nesse ponto, concordamos com o autor de que a competição entre as jurisdições não é o ideal para se alcançar crescimento econômico. No entanto, não concordamos que o desequilíbrio macroeconômico e inflação (por exemplo) são determinados pela autonomia fiscal dos governos subnacionais.

Defendemos isso, porque acreditamos que outros atores institucionais devem ser considerados para medir os impactos do federalismo no crescimento econômico, tais como a composição partidária, a disciplina partidária, a estrutura das câmaras (unicameral ou bicameral), as competências tributárias constitucionais dos níveis de governo previstas na Constituição do país, etc.

Nesse sentido, não é todo o modelo de federalismo que incentivará o excesso de despesas provocadas pelos governos subnacionais que se endividam. Para tentar esquivar-se das críticas potenciais, Wibbels (2000) adiciona outras variáveis que incentivam o desequilíbrio macroeconômico. Em síntese e sem apresentar qualquer comprovação empírica, o autor afirma que os países desenvolvidos apresentam as variáveis mencionadas ao contrário dos países subdesenvolvidos.

- **Pablo Beramendi (2007)**

Por fim, analisando a relação entre centralização/descentralização e desigualdade temos Pablo Beramendi (2007) que inaugura uma nova agenda de pesquisa no âmbito das pesquisas comparativas sobre o federalismo. Ao contrário dos autores analisados anteriormente (Rodden e Wibbels, por exemplo) que fazem parte de uma linha de pesquisa que consideram a centralização ou descentralização como variável independente do federalismo, Beramendi propõe que centralização ou descentralização são variáveis dependentes da desigualdade em virtude de razões econômicas.

Em síntese, o autor afirma que uma longa tradição de pesquisa mostrou estruturas políticas descentralizadas como uma importante causa por trás dos níveis mais baixos de redistribuição e maiores níveis de desigualdade. Em desacordo com esta longa tradição Beramendi propõe uma interpretação alternativa da associação entre estruturas fiscais fragmentadas e maiores níveis de desigualdade. Na verdade, o autor pretende explicar as disputas entre as jurisdições. Ou seja, o que explica uma escolha constitucional por uma

federação centralizada ou por uma federação descentralizada? Por que as autoridades políticas nacionais decidem centralizar as decisões sobre a política fiscal? E sob quais condições se dá essa centralização?

Para tanto, Beramendi apresenta um modelo analítico no qual defende que os efeitos distributivos da descentralização dependem dos padrões territoriais preexistentes de desigualdade. Portanto, a escolha política entre estruturas fiscais alternativas é em grande parte impulsionada por suas consequências distributivas esperadas.

Como resultado, para o autor a estrutura territorial da desigualdade torna-se um importante fator para explicar por que algumas estruturas fiscais estão mais integradas do que outras. Nesse sentido, observa-se que a variável dependente no presente estudo é o grau de centralização/descentralização das políticas redistributivas/política fiscal. Mencionada variável depende, ainda, de dois fatores ou mecanismos capazes de vincular a distribuição de renda regionais e as preferências sobre a descentralização da política redistributiva: 1) diferenças na demanda por redistribuição de renda associadas a diferenças inter-regionais, e 2) as diferenças na demanda por seguro social associado com a incidência de riscos do mercado de trabalho.

Beramendi (2007) adota a figura do eleitor/cidadão mediano para construir seu modelo analítico. Em síntese, para o autor a preferência da região é determinada pela preferência do cidadão mediano. Nessa lógica se a renda do eleitor mediano for inferior a média da renda da região haverá preferência por redistribuição interna. Logo, resumindo ao máximo as consequências teóricas do modelo analítico proposto, a partir dos pressupostos estabelecidos por Beramendi as regiões pobres tenderiam a querer centralização, pois ganhariam mais com a redistribuição. Por sua vez, as regiões ricas prefeririam a descentralização em matéria de definição das políticas e do nível de taxaço (privilegiariam transferências internas entre os indivíduos da região).

Por fim, considerando a premissa essencial (democracia) para o funcionamento do modelo analítico proposto por Beramendi, acredita-se que mencionado modelo pode ser útil para entender a opção pela centralização/descentralização das políticas públicas sanitárias na federação brasileira.

### **3 A CONFIGURAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA FEDERAÇÃO BRASILEIRA**

Uma questão de fundamental importância para a efetivação do direito à saúde encontra-se nas políticas públicas. O próprio artigo 196 da Constituição Federal estabelece que a saúde seja garantida através de políticas sociais e econômicas. Portanto, as políticas públicas são os principais instrumentos para a concretização do direito à saúde.

Conceituar o que seja política pública não é tarefa fácil. Assim, segundo Maria Paula Dallari Bucci

Política pública é o programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados – processo eleitoral, processo de planejamento, processo de governo, processo orçamentário, processo legislativo, processo administrativo, processo judicial – visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. Como tipo ideal, a política pública deve visar a realização de objetivos definidos, expressando a seleção de prioridades, a reserva de meios necessários à sua consecução e o intervalo de tempo em que se espera o atingimento dos resultados (BUCCI, 2006. p. 39.)

Para Pires e Demo,

Analisar políticas sociais num país com contradições gritantes - longe da condição de Estado de bem-estar social alcançada pelos países centrais, de enormes desigualdades, com fossos de miséria e exclusão social, onde a fome ainda constitui uma agenda prioritária e estratégica no discurso do governo, onde o tráfico de drogas e a violência das grandes metrópoles se institucionalizam com a conivência do poder público e onde centros financeiros e a naturalização da miséria convivem lado a lado - é, no mínimo, complexo (PIRES E DEMO, 2006, não paginado).

Transportando esses conceitos para a área da saúde, chega-se ao entendimento de que as políticas de saúde pública, na verdade, são diretrizes, ações que o governo estabelece em prol das necessidades de saúde da população.

Um dos maiores exemplos de política pública de saúde brasileira é o Sistema Único de Saúde (SUS). Pelo princípio da participação social, princípio do SUS, o cidadão possui um papel fundamental que é o de fiscalização e de colaboração na elaboração das políticas públicas.

Sua participação se dá por meio das Conferências de Saúde, instâncias máximas de deliberação, nas três esferas de governo, periodicamente, onde serão definidas as prioridades e linhas de ação sobre a saúde; por intermédio dos Conselhos de saúde, instâncias colegiadas para a participação social na gestão do SUS; com a Comissão Intergestores Tripartite na

direção nacional do Sistema Único de Saúde e as Comissões Intergestores Bipartites na direção estadual; com os órgãos colegiados nacionais de representação política dos gestores das ações e serviços nos estados e municípios – o CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde) e o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) (COHN, 2003, p. 52-53).

Apesar de todos os avanços com a implementação de políticas públicas, de todos os princípios e diretrizes que norteiam o SUS, ainda existem grandes desafios a serem superados. São 25 anos de conquista e assistência do SUS à população brasileira, mas devido à extensão territorial, geográfica e cultural do Brasil, houve necessidade de implementação da política “Pacto pela Saúde”, criada pela Portaria Nº 399/Gm de 22 de Fevereiro de 2006, com três componentes que são: O pacto pela vida, O pacto em defesa do SUS e O pacto de gestão do SUS.

O pacto pela vida prima pela qualidade de vida da população brasileira. Para isso possui algumas prioridades que de acordo com o Centro de Educação e Assessoramento Popular (BRASIL, 2007, p. 10) são: Saúde do idoso; Câncer do colo de útero de mama; Mortalidade infantil e materna; Doenças emergentes e endemias; Promoção de saúde; Atenção básica à saúde; Saúde mental; Saúde do homem.

O pacto em defesa do SUS tem como objetivo discutir o sistema a partir dos seus princípios fundamentais, repolitizando o debate em torno do SUS com o propósito de reafirmar seu significado e sua importância para a cidadania brasileira. Ele é parte do processo democrático do país e tem como primeira finalidade a promoção e efetivação do direito à saúde (BRASIL, 2007, p. 10). Ele prioriza duas grandes vertentes:

- *Projeto Permanente de mobilização social*, que tem por finalidade fazer com que a população brasileira se envolva a cada dia com a saúde, que é um direito de cidadania, direito de ter à saúde individual e coletiva preservada e garantida como dever do Estado.
- *Elaboração e divulgação da Carta dos direitos dos usuários*, esclarecendo à população brasileira, quais são os seus direitos e como requerê-los.

O pacto de gestão do SUS estabelece quais são os compromissos e prioridades que o gestor deve assumir diante da população, ou seja, com a saúde da população brasileira. Então, para que o SUS seja administrado de forma adequada os gestores devem priorizar: 1) Descentralização; 2) Regionalização; 3) Financiamento; 4) Planejamento; 5) Programação

pactuada e integrada; 6) Regulação; 7) Participação e controle social; 8) Gestão do Trabalho; 9) Educação na saúde.

Algumas políticas públicas se materializam na forma de Programas de Atenção à Saúde. São elas:

- PAISA<sup>12</sup> – Programa de Atenção Integral à Saúde do Adulto
- PAISM<sup>13</sup> – Programa de Atenção à Saúde da Mulher
- PAISC<sup>14</sup> – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
- PROSAD<sup>15</sup> – Programa de Atenção à Saúde do Adolescente
- PAST<sup>16</sup> – Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador

Além dos programas acima citados, também foram implementados várias políticas, como:

- Humaniza SUS – Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão à Saúde. Segundo o INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (2008, p. 83), essa política passou a configurar, inicialmente, com programas e projetos de qualificação do atendimento em áreas específicas, especialmente a assistência materno-infantil, assim como a melhoria dos serviços prestados na atenção hospitalar da rede pública de saúde. Segundo Deslandes (2004, não paginado),

Já se caracterizava como “uma política ministerial bastante singular se comparada a outras do setor, pois se destina a promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil”, tendo como objetivo fundamental “aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais (campo das interações face-a-face) e entre hospital e comunidade (campo das interações sócio-comunitárias), visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por essas instituições”.

- Política Nacional de Atenção Oncológica- criada através da Portaria Nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005, ela contempla as ações de Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades

---

<sup>12</sup> Tem como prioridades agravos específicos como hipertensão arterial, diabetes Melitus, tuberculose. Programas de atenção à saúde.

<sup>13</sup> Priorizam atividades de assistência clínico-ginecológica, assistência pré-natal e assistência ao parto e puerpério imediato.

<sup>14</sup> Tem enfoque nas ações básicas de saúde de alto custo-efetividade – acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno e orientação para o desmame, controle de doenças diarreicas, de infecções respiratórias agudas e de doenças que se podem prevenir por imunização.

<sup>15</sup> Fundamentado em áreas prioritárias como o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, a saúde mental, a saúde reprodutiva, a saúde do escolar adolescente, a prevenção de acidentes, o trabalho cultural, o lazer e o esporte.

<sup>16</sup> Estruturado em ações que objetivam a promoção, proteção, recuperação e reabilitação de todos os trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

federadas. Ela foi organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil, 2008, p. 90).

- Política de Prevenção e Tratamento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus – instituídas pelas Portarias: GM 371 de 04 de Março de 2002 – que Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão e Diabetes Mellitus e GM 16 de 03 de Janeiro de 2002 - Aprova o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus.

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus é uma meta que visa aumentar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus através da reorganização da Rede Básica dos Serviços de Saúde/SUS, dando-lhes resolutividade e qualidade no atendimento. Sua meta procura ao máximo reduzir o número de internações, a procura por pronto atendimento, os gastos com tratamento de complicações, as aposentadorias precoces e a mortalidade cardiovascular, com a consequente melhoria da qualidade de vida da população.<sup>17</sup>

Esta política tem por objetivo, tornar disponível, no âmbito da atenção básica, os instrumentos de cadastro e acompanhamento dos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, o Sishiperdia, que é o Sistema de Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão e Diabetes, para ser utilizada pelos municípios (Portaria Conjunta Nº 02, de 05 de março de 2002, art.1º).<sup>18</sup>

No que se refere aos fornecimentos de medicamentos no artigo 2º, incisos II e III da Portaria nº 371/ 2002, está declarado que constituem suas finalidades: oferecer de forma contínua para a rede básica de saúde os medicamentos para hipertensão e diabetes, todos definidos e propostos pelo Ministério da Saúde, validados e pactuados pelo Comitê do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes e pela CIT; e fazer o acompanhamento e a avaliação dos impactos na morbi-mortalidade para estas doenças decorrentes da implementação do Programa Nacional.

Portanto, as políticas públicas fazem parte do campo de atuação social do Estado cuja finalidade consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção,

---

<sup>17</sup>Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Revista da ABESO. Edição nº 8 - Ano III - Nº 08 - Jun/2002. Disponível em <http://www.abeso.org.br/pagina/211/plano-de-reorganizacao-da-atencao-a-hipertensao-arterial-e-ao-diabetes-mellitus.shtml>. Acesso em 07/07/12.

<sup>18</sup> A portaria poderá ser consultada no seguinte site: [http://dab.saude.gov.br/cnhd/portaria-conjunta\\_02.php](http://dab.saude.gov.br/cnhd/portaria-conjunta_02.php). Acesso em 07/07/12.

proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade buscando sempre orientar-se através dos princípios da universalidade, da equidade no acesso às ações e serviços e também pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade. Mesmo diante de tantas dificuldades a serem enfrentadas, o SUS avança. Ele é hoje reconhecido como a política de maior inclusão social implementada no Brasil e representa um dos compromissos do Estado brasileiro com seus cidadãos.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS: a descentralização da política sanitária brasileira e o modelo teórico proposto pela *public choice***

Na análise da engenharia das políticas públicas de saúde brasileiras, uma questão é fundamental para se compreender a configuração do federalismo sanitário brasileiro: Quem decide sobre metas e, sobretudo, sobre as formas de financiamento que fazem descer tais metas da retórica discursiva (leis, normas, programas) para sua efetivação prática e seu desenvolvimento, com todas as consequências daí recorrentes?

Na tentativa de investigar mencionada problemática, deve-se atentar essencialmente para as disposições constitucionais e infraconstitucionais pertinentes, especialmente a divisão de competências entre os entes federativos, que balizam o desenho institucional da política de saúde no Brasil.

Cabe ressaltar alguns pontos considerados mais significativos. O primeiro deles: o direito à saúde não deve ser assegurado especificamente por uma ou outra esfera de governo, mas pelo ESTADO. Ou seja, o DIREITO à saúde, é muito mais que as ações e serviços de saúde que são executadas pelo próprio Setor Saúde, especialmente nos Municípios. Por isto, a primeira competência/responsabilidade é do conjunto dos Gestores do Governo, como um todo, para com a saúde. O Dever é do Estado/Nação, e não de alguns órgãos governamentais.

Outro ponto importante, é que “*cabe ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde, considerando-se a sua relevância pública...*” O "Poder Público" inclui não apenas as ações reguladoras, fiscalizadoras e controladoras do próprio setor, mas inúmeras outras esferas de controle: o Sistema Nacional de Auditoria – SNA; os serviços de controle e avaliação próprios do setor saúde, os sistemas de auditoria independentes contratados pelo Poder Público; o parlamento, os Tribunais de Contas do Poder Legislativo, o Ministério Público, o Poder Judiciário, etc.

Outro aspecto é que “CUIDAR DA SAÚDE” é da competência de todas as esferas de Governo. Do mesmo modo, existe uma série de ações e serviços que devem ser executados “pelo SUS”. Significa que em locais ou situações em que não haja possibilidade deles serem executados pelo Município, cabe ao Estado fazê-lo, ou à União. O que não é possível é a ausência/inexistência destas ações e serviços. Quando e como fazer deve ser tratado pelas Comissões Intergestores Bipartite – CIB e pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT, com avaliação e deliberação dos respectivos Conselhos de Saúde. Muitas vezes (na maioria delas) faltam recursos; outras vezes, falta tecnologia, pessoal, insumos, entre outros, inclusive, falta vontade política.

No conjunto, têm-se competências exclusivas da União, dos Estados e Distrito Federal, dos Municípios e Distrito Federal, enfim, existem todas as combinações possíveis.

A Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) estabelece atribuições comuns para a União, Estados, Distrito Federal e Municípios e as competências de cada uma das esferas de governo. As competências foram classificadas por esfera de governo de forma a poder comparar as competências de cada uma, e de acordo com os seguintes subtemas: Planejamento em Saúde; Rede de Ações e Serviços Regionalizada e Descentralizada; Descentralização; Recursos Humanos; Meio Ambiente e Saneamento Básico; Saúde do Trabalhador; Vigilância Epidemiológica; Vigilância Sanitária; Alimentação e Nutrição; Insumos e Equipamentos; Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; Ciência e Tecnologia; Sistema Nacional de Auditoria; e, Controle e Avaliação.

A Norma Operacional Básica do SUS/01/96 – NOB/SUS/96, também apresenta competências que podem ser observadas nos seguintes grandes eixos: Gestão; Descentralização da Gestão e da Atenção à Saúde; Articulação entre o Sistema Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, comparando-os com o papel do Gestor Nacional, Estadual e Municipal.

A respeito da arquitetura sanitária brasileira inaugurada com a Constituição Federal de 1988, explica Marta Arretche (2003, p. 332) que a mudança de paradigma representada pelo SUS não foi de pouca monta. Este alterou simultaneamente a trajetória da formação do Estado brasileiro, baseada na centralização, e a concepção prévia de cidadania, assentada sobre a vinculação entre direitos sociais e inserção no mercado formal de trabalho – a cidadania regulada (SANTOS, 1979) –, ambos com origens nos anos 30. Embora características do modelo anterior tenham permanecido pouco ou nada tocadas – a articulação público x privado na provisão de serviços; a natureza do contrato de trabalho dos médicos que prestam serviços ao setor público; a insuficiente regulamentação do setor de saúde suplementar até 1998 –, o

fato é que, ainda assim, o Brasil substituiu um modelo de assistência à saúde baseado no princípio contributivo e centralizado por um modelo em que o *direito legal* de acesso gratuito a ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade é universal e no qual a prestação de serviços está organizada de modo hierarquizado e descentralizado.

Entretanto, quando se observa esta mudança de paradigma da política de saúde questiona-se se apenas as inovações constitucionais foram suficientes para implementar uma política nacional de saúde pública da envergadura do SUS, especialmente no que diz respeito às diretrizes constitucionais de universalização do acesso e municipalização da gestão da saúde.

Estudos empíricos (ARRETCHE & MARQUES, 2002a, p. 43-44; ARRETCHE, 2002b, p. 446-449; ARRETCHE, 2003; ARRETCHE, 2004, p. 22-23; COSTA et al., 1999, p. 45; GUIMARÃES, 2001, p. 49) comprovam que são várias as variáveis que explicam a rápida concretização da municipalização da gestão da política de saúde no Brasil. No entanto, a adesão dos municípios ao SUS, e particularmente seu ritmo no plano nacional, são explicados, especialmente, pela estratégia de descentralização do governo federal consubstanciada em portarias editadas pelo Ministério da Saúde. Os “arrancos” de adesão estão diretamente associados à edição de Normas Operacionais Básicas (NOB).

A NOB/91 introduziu o princípio da habilitação ao SUS, mecanismo pelo qual os estados e municípios poderiam aderir à política federal de descentralização, subordinando-se às regras federais e capacitando-se a receber as transferências oriundas daquele nível de governo. Entre 1991 e 1992, sob o Governo Collor, ocorreu um primeiro impulso de adesão, sob as NOB/91 e NOB/92, que regulamentavam a sistemática de transferências de recursos aos estados e municípios. Essas portarias ministeriais estabeleciam regras universais para as transferências de recursos, reduzindo assim o caráter incerto e politizado das transferências negociadas. Entretanto, essas NOBs receberam muitas críticas, principalmente por parte dos municípios, e foram “mais conhecidas pelo que não avançaram do que pelo que implantaram”.

O segundo grande arranco, entre 1993 e 1995, ocorreu sob a vigência da NOB/93, durante o Governo Itamar Franco. Resultado de um amplo processo de consulta, esta Portaria do Ministério da Saúde abria um leque de escolhas aos municípios. O município poderia escolher entre três modalidades distintas de habilitação, de acordo com suas capacidades administrativas, e receberia recursos federais diretamente relacionados às funções de gestão assumidas. Nesse segundo momento, marcado pela incerteza quanto à capacidade de o

Ministério da Saúde efetivamente realizar a integralidade das transferências em razão da escassez de recursos, cerca de 63% dos municípios brasileiros aderiram ao SUS.

O processo de municipalização completou-se sob a NOB/96, cuja implantação somente ocorreu a partir de 1998, no Governo Fernando Henrique Cardoso. A adesão dos municípios foi superior às metas do próprio Ministério da Saúde. Duas são as principais razões para este resultado. Em primeiro lugar, as novas regras para as transferências de recursos federais acrescentavam recursos aos cofres de 66% dos municípios brasileiros e eram fiscalmente neutras para 22%. Em segundo lugar, o Ministério da Saúde fez crer que as transferências seriam efetivamente realizadas.

Em que pese o êxito do governo central na efetivação da municipalização da saúde, estudos (LUZ, 2000; VIANA & MACHADO, 2008; MACHADO, et. al. 2000) sobre a trajetória histórica, política e social das políticas públicas de saúde brasileiras identificaram duas dicotomias permanentes na política de saúde brasileira: centralização/descentralização; concentração/desconcentração.

Com efeito, afirma Luz (2000, p. 307) que

[...] na década de 1990 houve *descentralização* na política de saúde brasileira, se entendida como delegação de funções ou transferência de ações (e sua gestão) para níveis territoriais menores e periféricos do sistema (municípios, localidades). Mas se considerada a *concentração* dos recursos na esfera central do governo, o férreo controle contábil exercido sobre os níveis periféricos, e a priorização de determinados programas verticais, não necessariamente coerentes com os escolhidos como prioritários em nível municipal, pode-se dizer que se trata até o momento de uma *descentralização incompleta*, que chega a inviabilizar, por insuficiência de recursos, parcial ou integralmente, o funcionamento de programas e serviços locais [...].”

No que diz respeito ao planejamento da política nacional de saúde, pesquisas como a de (MACHADO, et. al. 2000), que analisou o planejamento nacional da política de saúde de 2003 a 2010, à luz da trajetória do planejamento estatal no Brasil e do contexto do Governo Lula, concluiu que: *a)* No período correspondente ao Governo Lula (2003 a 2010), observa-se um adensamento das estratégias e instrumentos de planejamento nacional em saúde, como uma tentativa de dar direcionalidade à política; *b)* O planejamento em saúde no primeiro governo (2003 a 2006) é marcado por uma orientação democrática e gerencialista; *c)* No segundo governo (2007-2010), a orientação gerencialista se mantém e observa-se um movimento setorial de atrelar a política de saúde ao debate do modelo de desenvolvimento (p. 2380-2381). Portanto, o planejamento em saúde ainda apresenta limites e fragilidades em suas estratégias e instrumentos.

Com relação aos desafios que subsistem para a efetiva implementação do SUS, Viana e Machado (2008) a partir de um referencial teórico das ciências sociais e com a finalidade de situar o debate histórico e teórico a respeito da temática da proteção social em saúde, analisam as correntes de pensamento que se propõem a explicar as políticas de proteção social e fazem um levantamento das características histórico-estruturais do sistema de proteção social brasileiro conformado até os anos 1980, com ênfase nas suas expressões na saúde.

Nesse sentido, apresentam a elaboração de uma análise cuidadosa das características do sistema de saúde que se mostram incompatíveis com uma lógica de proteção social abrangente (*Welfare State*), tal como havia sido defendida pelo movimento sanitário. Ademais, constata-se que os fatores histórico-estruturais e conjunturais identificados influenciaram a situação atual da política pública de saúde no país.

Tais fatores em cotejo com o proposto pela Constituição de 1988 (que erige o direito à saúde a categoria de direito fundamental social e dever do Estado) demonstram nitidamente a contradição e os caminhos opostos seguidos: *extrema centralização política e financeira no nível federal das ações sociais do governo; fragmentação institucional; princípio do autofinanciamento do investimento social; princípio da privatização e a exclusão da participação da população nos processos de decisão.*

A respeito, ainda, da importância do governo local no cuidado da saúde, destaca-se, a tese apresentada por Sueli Dallari (2009) de que não só o conceito contemporâneo de saúde, mas também o de direito à saúde exige sua definição em nível local com a necessária participação da comunidade envolvida.

Nesse sentido, concorda-se que sem participação social não há como delimitar nem efetivar o direito fundamental social à saúde. No entanto, destaca-se que a Constituição Federal de 1988 no inc. III, do art. 198, garantiu a “participação da comunidade” no SUS, participação essa que analisada a partir das modernas teorias da participação é apenas consultiva. Em outras palavras, não se trata de uma participação plena com poder decisório sobre políticas. Ademais, à luz da teoria da escolha pública a “comunidade” não faz escolhas, somente o indivíduo racional o faz. Nesse ponto, apontamos a primeira divergência entre os princípios e configuração da política sanitária brasileira com o proposto pelo modelo teórico da TEP.

Outra divergência clara, diz respeito ao princípio da universalização e equidade do SUS. Ora, a escolha pública privilegia a tomada de decisões em matéria de políticas públicas em nível local (alguns autores admitindo certa coordenação por parte do governo central e em certa medida transferências fiscais), com plena autonomia política e fiscal dos governos

subnacionais para a oferta da cesta de bens e serviços públicos que bem lhe aprouver. A política de saúde brasileira é nacional na sua formulação, coordenação e financiamento, logo se trata de uma política com forte viés redistributivo e universalizante, o que não é possível de se verificar em uma federação onde a política de saúde possui efetivamente uma descentralização política e fiscal. Ou seja, cada unidade subnacional pode formular/decidir sobre sua política local de saúde, além de executá-la.

Acredita-se, corroborando o arcabouço teórico da escolha pública que de fato o modelo de Estado de bem-estar social não responde às demandas e limites da realidade de países em desenvolvimento como o Brasil. No entanto, defende-se que uma visão excludente, binária do federalismo (ou o poder permanece totalmente centralizado no governo central ou é totalmente distribuído aos governos subnacionais) é uma ficção que não se verifica nem nos países desenvolvidos.

Por fim, conclui-se com Arretche (2003), que a engenharia sanitária brasileira é descentralizada em tese (constitucionalmente) e no que diz respeito às funções de gestão da política de saúde, mas altamente centralizada no governo central no que diz respeito ao financiamento e formulação da política de saúde. Toda essa configuração e, ainda, considerando o sistema de transferências de receitas tributárias para a saúde no Brasil ocasionam grandes problemas de regulação, autonomia, superposição de funções e coordenação entre os entes da federação.

Em outras palavras, apesar de descentralizada a política sanitária brasileira, o governo central não tem o seu poder limitado, os governos locais não tem autonomia fiscal e nem decisória sobre as políticas de saúde, o que demonstra a incompatibilidade de nosso modelo sanitário, especialmente seus princípios estruturais constitucionais com os princípios fundamentais da teoria da escolha pública e os modelos de teóricos liberais como Tiebout (1956) e Weingast (1995 e 2007).

Entretanto, isso não quer dizer que a configuração atual do SUS não se presta aos objetivos para os quais foi criado nem que se deve centralizar ainda mais o poder decisório na esfera federal ou, por outro lado, descentralizar absolutamente a política pública de saúde a nível de Estados e Municípios. Não é isso. Concorde-se com Arretche (2003) que as pesquisas acadêmicas e as ações governamentais devem focar mais nos mecanismos<sup>19</sup> institucionais que deveriam produzir gestões locais voltadas ao bem-estar dos cidadãos e à qualidade da atenção à saúde, pois se estes, ainda, não funcionam plenamente, o desafio consiste mais em

---

<sup>19</sup> A autora refere-se a mecanismos no sentido atribuído por Jon Elster. *Peças e engrenagens das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 17-25.

amadurecer a utilização desta arquitetura federativa sanitária institucional e menos em redesenhá-la.

## 5 REFERÊNCIAS

- AKERLOF, George. The Market for Lemons: Quality Uncertainty and the Market Mechanism, in *Quarterly Journal of Economics*, v. 84, n. 3, ago. 1970, pp. 488-500.
- ARRETCHE, Marta. Relações Federativas nas Políticas Sociais. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 23, n. 80, set. 2002, p. 25-48.
- \_\_\_\_\_. Federalismo e Relações Intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, 2002, p. 431-458.
- ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3), 455-479, 2002.
- \_\_\_\_\_. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(2), p. 331-345, 2003.
- \_\_\_\_\_. Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia, *São Paulo Perspectiva*, 18(2): 17-26, 2004.
- Beramendi, Pablo. Inequality and the Territorial Fragmentation of Solidarity. In: *International Organization*. 2007, 61(4): 783-820.
- BORGES, André. Democracia VS. Eficiência: a Teoria da Escolha Pública, *Lua Nova*, n. 53, 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Direito sanitário e saúde pública*/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde; Márcio Iorio Aranha (Org.) – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 2 v. :il. – (Série E. Legislação de Saúde)
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Centro de Educação e Assessoramento Popular. *Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?* – Passo Fundo: IFIBE, 2007.
- BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). *Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006.
- BUCHANAN, James. Federalism as an ideal political order and objective for constitutional reform, *Publius: the journal of federalism*, vol. 25, n. 2, p. 19-28. 1995.
- COHN, Amélia. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 5ª ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2003.
- DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*, 2009. 9(3): 9-34.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jan/mar.2004.
- ELSTER Jon. *Peças e engrenagens das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. *Instituto Nacional de Câncer*. – 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

- LIJPHART, Arend. *Modelos de democracia: desempenho e padrões de governo em 36 países*. Trad. de Roberto Franco. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- LUZ, Madel Therezinha. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2000. 5 (2): 293-312.
- MACHADO, Cristiani Vieira; et al. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010. 15 (5): 2367-82.
- PIRES, Maria Raquel Gomes Maia; DEMO, Pedro. Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. *Saúde & Sociedade*. São Paulo, v. 15, n. 2, Aug. 2006.
- POSNER, Richard A. *Problemas de Filosofia do Direito*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- REIS, Fábio Wanderley. Política e políticas: a ciência política e o estudo das políticas públicas. In: *Mercado e utopia: teoria política e sociedade brasileira*. São Paulo: Edusp, 2000.
- RIKER, William, "Federalism", in Fred I. Greenstein and Nelson W. Polsby (eds). *Handbook of Political Science*, Volume 5: Governmental Institutions and Processes. Addison-Wesley: pp. 93-172. 1975.
- RODDEN, Jonathan. Federalismo e Descentralização em Perspectiva Comparada: sobre significados e medidas. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 24, p. 9-27, jun. 2005.
- \_\_\_\_\_; ROSE-ACKERMAN, Susan. "Does Federalism Preserve Markets?". *Virginia Law Review*, Vol. 83, N. 7: pp. 1521-1572. 1997.
- STIGLITZ, Joseph. *Information and Change in the Paradigm of Economics*. In: *The Nobel Prizes 2001*. Estocolmo: Nobel Foundation, 2002, pp. 488-515.
- STEPAN, Alfred. Para uma Nova Análise Comparativa do Federalismo e da Democracia: Federações que Restringem ou Ampliam o Poder do Demos. *DADOS - Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Vol. 42, nº 2, 1999. p. 197-385.
- TIEBOUT, Charles. "A Pure Theory of Local Expenditures". *Journal of Political Economy*, nº 64 (5), p. 416-424, 1956.
- TONETO JR. Rudinei. Buchanan e a análise econômica da política. *Lua Nova*, n. 38, 1996.
- VIANA, Ana Luiza D'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis*, 2008. 18 (4): 645-84.
- WEINGAST, Barry R. "The Economic Role of Political Institutions: Market-Preserving Federalism and Economic Development", in *Journal of Law, Economics, & Organization*, Vol. 11, No. 1 (April, 1995), Oxford University Press, pp. 1-31.
- \_\_\_\_\_, Barry R. *Second Generation Fiscal Federalism: Implications for Decentralized Democratic Governance and Economic Development*. Janeiro 2007. 71 p.
- WIBBELS, Erik. Federalism and the Politics of Macroeconomic Policy and Performance. *American Journal of Political Science*. 44(4): 687-702. 2000.