

**SERVIÇO DE PROTOCOLO**  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Data de recebimento: 21/02/2020

NUP: 25000434014/2017-19

Assinatura: Mariela

Matrícula: 1940759 / 68 folhas

Acesso ao processo:  
[saude.gov.br/sei](http://saude.gov.br/sei)  
clique no link: Pesquisa Processual

Endereço: Esplanada dos Ministérios –  
Bloco G – Entrada Principal – Térreo  
E-mail: [suporteprotocolo@saude.gov.br](mailto:suporteprotocolo@saude.gov.br)

A veracidade das informações contidas nos documentos protocolados são de responsabilidade do seu titular, podendo responder administrativamente, civilmente e penalmente pela ausência de fidedignidade. O titular é responsável pela guarda do documento original protocolado, podendo o Ministério solicitá-lo no decorrer do processo administrativo.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



Brasília, 20 de fevereiro de 2020

Ofício UnB/FACE/GPP 002/2020

A Ilma Sra.

**Ana Paula Lopes da Silva**

Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa – DGIP

**Ref.: Entrega Produto 5 Repactuado Projeto - Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde / aprimoramento da articulação e cooperação interfederativa para análise, estudos e apoio ao planejamento, regionalização e articulação entre os entes federados frente à gestão do SUS - Processo SEI 23106.154368/2017-61**

SEI - MS - 25004340142017-19

Apresentamos o Produto 5 repactuado para apreciação e discussão, e posterior reunião com as equipes para possíveis alinhamentos.

Estamos preparando a entrega do Produto 6 e para tal, conforme acordado, solicitamos o nome e os respectivos dados necessários de oito especialistas para que a equipe de pesquisadores possa entrevistá-los e finalizar o referido Produto.

No mês de março iniciaremos a elaboração do sétimo e último produto deste projeto que tem o término em junho de 2020.

Neste sentido gostaríamos formalmente de solicitar manifestação relacionada ao pagamento feito pelo Departamento de Finanças e Contabilidade da Universidade de Brasília no valor de R\$183.919,68.

Esse recurso foi utilizado sem a anuência, conhecimento e qualquer tipo de autorização dos gestores do projeto. O recurso no valor de R\$183.919,68 foi pago para a CEB- Companhia de Distribuição S/A relativo a serviços de energia elétrica.

Os gestores entendem que esse pagamento não guarda qualquer relação com o objeto do TED 52/2017 e também nenhuma relação com quaisquer produtos definidos no termo de execução descentralizada.

Diante do exposto, com relação ao pagamento feito à CEB (Companhia de distribuição S/A) relacionado ao consumo de energia elétrica da UnB, solicitamos manifestação para que em caso de discordância possa ser solicitado ao Departamento de Finanças e Contabilidade da UnB possa devolver o valor de R\$183.919,68 ao TED para utilização de acordo com o objeto e conseqüente

CONFERE COM O ORIGINAL

Ministério da Saúde Data: 21/02/2020

NUP: 25000434014/2017-19

Assinatura do servidor: *Mari Lene*

Matrícula: 1940759 Fl(s)/Vol(s): 68

consecução dos produtos pactuados no Termo, evitando assim, a aplicação dos recursos com desvio de finalidade.

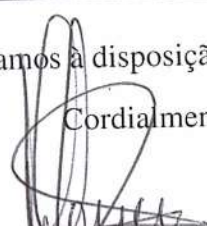
Abaixo apresentamos o detalhamento relativo ao pagamento acima apresentado:

Ordem	Identificação	Nome do Credor	Doc. Contábil	Data Contábil
1	07.522.669/0001-92	CEB DISTRIBUICAO S.A.	201808817463	07/12/2018
2	974133	CEB DISTRIBUICAO S/A	2018DF803963	31/08/2018
3	974133	CEB DISTRIBUICAO S/A	2018DF803964	31/08/2018
4	974133/91000	CEB DISTRIBUICAO S/A	201808809643	31/08/2018
5	974133/91000	CEB DISTRIBUICAO S/A	201808809644	31/08/2018
<b>TOTAL =&gt;</b>				

Doc. Fiscal	Valor (R\$)
ID 492.479-7 EMITIDA EM 07/08/2018, NF 120640 // REFERENTE A SERVICOS DE ENERGIA ELETTRICA: CEB // C.CUSTO: PRC // MES FAT.: 08/2018 // PROCESSO SEI: 23106.097309/2018-69 // RETENCAO DOS TRIBUTOS FEDERAIS CONF. IN RFB 1234/2012.	136.343,75
RETENCAO DOS TRIBUTOS FEDERAIS CONF. IN RFB 1234/2012 // ID 1245173-8 EMITIDA EM 13/08/2018 // NF 124555 // REF. A SERVICOS DE ENERGIA ELETTRICA: CEB // CC: PRC // MES FAT. 08/2018 // PROCESSO SEI 23106.101844/2018-21.	1.466,10
RETENCAO DOS TRIBUTOS FEDERAIS CONF. IN RFB 1234/2012 // ID 1414317-8 EMITIDA EM 12/08/2018 // NF 124347 // REF. A SERVICOS DE ENERGIA ELETTRICA: CEB // CC: PRC // MES FAT. 08/2018 // PROCESSO SEI 23106.101844/2018-21.	1.233,27
ID 1245173-8 EMITIDA EM 13/08/2018 // NF 124555 // REF. A SERVICOS DE ENERGIAELETTRICA: CEB // CC: PRC // MES FAT. 08/2018 // PROCESSO SEI 23106.101844/2018-21 // RETENCAO DOS TRIBUTOS FEDERAIS CONF. IN RFB 1234/2012.	24.311,82
ID 1414317-8 EMITIDA EM 12/08/2018 // NF 124347 // REF. A SERVICOS DE ENERGIAELETTRICA: CEB // CC: PRC // MES FAT. 08/2018 // PROCESSO SEI 23106.101844/2018-21 // RETENCAO DOS TRIBUTOS FEDERAIS CONF. IN RFB 1234/2012.	20.564,74
	<b>183.919,68</b>

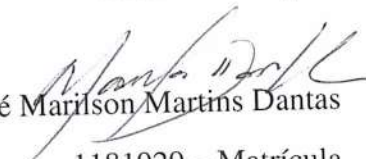
Nos colocamos à disposição.

Cordialmente

  
Magda de Lima Lucio

1041957 – Matrícula

Gestora do Projeto

  
José Marilson Martins Dantas

1181929 – Matrícula

Gestor do Projeto





## **TED 52/2017**

### **PROJETO**

**Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde / aprimoramento da articulação e cooperação interfederativa para análise, estudos e apoio ao planejamento, regionalização e articulação entre os entes federados frente à gestão do SUS**

**Processo SEI 23106.154368/2017-61**

### **META 5 (repactuada)**

Identificar os conceitos básicos de governança explicitados no Documento – Guia de Governança (TCU) e as relações com os resultados obtidos nas Metas 1,2,3 e 4.

**Atividade:** Análise dos fundamentos e conceituação contidos no Documento – Guia de Governança (TCU) para desenho preliminar de sua operacionalização no MS e no SUS, tendo com base as análises contidas nas Metas 1, 2, 3 e 4.

**Produto:** Relatório contendo análise dos fundamentos e conceituação contidos no Guia de governança e gestão em saúde com delineamentos gerais de sua operacionalização no MS e no SUS.



2019

## **INFORMAÇÕES TÉCNICAS DO TERMO DE EXECUÇÃO DESCENTRALIZADA 52/2017**

**Processo:** 25000.434014/2017-19

### **Identificação das partes**

**Ministério da Saúde / Fundo Nacional da Saúde:**

**CNPJ:** 00.530.493/0001-71

**Endereço:** Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício-anexo, 2º andar, Brasília-DF.

**UG/Gestão Repassadora:** 257001/0001

**Entidade:** Fundação Universidade de Brasília/DF

**CNPJ:** 00.038.174/0001-43

**Endereço:** Campus Universitário Darcy Ribeiro, Brasília-DF

**UG/Gestão Receptora:** 154040/15257

### **Identificação dos representantes:**

**Pelo Ministério:** Antônio Carlos Figueiredo Nardi (Secretário Executivo)

**Pela Entidade:** Márcia Abrahão Moura (Reitora)

**Objeto:** firmar Cooperação para o desenvolvimento do Programa/Projeto “Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde / Aprimoramento da articulação e cooperação interfederativa para a Análise, Estudos e Apoio ao Planejamento, à Regionalização e à Articulação entre os Entes Federados frente à Gestão do SUS”, visando ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde, conforme especificações técnicas e objetivos constantes do Plano de Trabalho firmado entre as partes, dispondo dos objetivos, metas, especificações técnicas a ele vinculado e prazo de execução, que passa a se constituir em parte integrante do presente Termo.

**Ação:** Identificar os conceitos básicos de governança explicitados no Documento – Guia de Governança (TCU) e as relações com os resultados obtidos nas Metas 1,2,3 e 4.

## **EQUIPE TÉCNICA**

### **Coordenação da Pesquisa**

**Magda de Lima Lucio** - Professora Adjunta no curso de graduação em Gestão de Políticas Públicas e nos Programas de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Cidadania e Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional da Universidade de Brasília (UnB). Doutora e mestre em Sociologia pela mesma Instituição.

**José Marilson Dantas** - Professor Adjunto no Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da Universidade de Brasília (UnB). Doutor em Ciência Contábeis pela UnB e mestre em Controladoria e Contabilidade pela Universidade de São Paulo (USP).

### **Pesquisadores e demais colaboradores**

**Alínie Rocha Mendes** - Possui graduação em Ciências Contábeis pela Universidade de Brasília (UnB), com MBA em Governança e Finanças pela Universidade Cruzeiro do Sul.

**Ana Paula Antunes Martins** – Doutora em Sociologia pela Universidade de Brasília (UnB), com mestrado em Sociologia e graduação em Direito pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Carlos Alberto Simões de Luna** – Graduado em Administração pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ) e mestrando em Ciências da Educação pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT), Portugal.

**Cecília Aguiar Silva Palau** – graduanda em Ciências Sociais pela Universidade de Brasília (UnB).

**Clerismar Aparecido Longo** - Mestre em História pela Universidade de Brasília (UnB) e graduado em História pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás). É



Professor Pesquisador II no curso de graduação em Licenciatura em Artes Visuais, modalidade EaD, da UnB.

**João Gabriel Ramalho da Silva Rosas** - É graduando no curso de Relações Públicas, pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

**José Dantas Neto de Freitas** – Graduando em Ciências Contábeis pela Universidade de Brasília – UnB.

**Josef Felipe Pinto de Oliveira** – Graduando em Comunicação Social pela Universidade de Brasília (UnB).

**Lara Silva Laranja** - Mestre e doutoranda em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional pela Universidade de Brasília (UnB). Possui graduação em Direito pelo Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

**Rafael Rabelo Nunes** – Graduado em Engenharia de Redes pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre e Doutor em Engenharia Elétrica pela mesma Instituição.

**Renata Callaça Gadioli dos Santos** - É doutora em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional pela Universidade de Brasília (UnB). Possui mestrado e graduação em Geografia pela mesma Instituição.

**Rosane Maria Pio da Silva** – Professora do curso de Ciências Contábeis da Universidade de Brasília (UnB). Doutora em Administração com mestrado em Ciências Contábeis, ambos pela UnB.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 - Forças centrípetas e centrífugas no federalismo</b>	17
<b>Figura 2 - Padrão de vida em relação ao acesso por região</b>	21

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1 – Plano de Trabalho repactuado**

10

### LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BNDS – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social  
CF – Constituição Federal  
CIB – Comissões Intergestores Bipartite  
CIPFA – *The Chartered Institute of Public Finance and Accountancy*  
CIR – Comissões Intergestores Regionais  
CIT – Comissões Intergestores Tripartite  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador  
FMI – Fundo Monetário Internacional  
IBCG – Instituto Brasileiro de Governança Corporativa  
ICGGPS – *Independent Commission for Good Governance in Public Services*  
IFAC – *International Federation of Accountants*  
ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis  
NPM – *New Public Management*  
OCDE – *Organization for the Economic Cooperation and Development*  
ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável  
PAS – Programação Anual de Saúde  
PECs – Propostas de Emenda à Constituição  
PIB – Produto Interno Bruto  
PPA – Plano Plurianual  
RAS – Redes de Atenção à Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCU – Tribunal de Contas da União  
TIC – Tecnologia de Informação e Comunicação



## SUMÁRIO

CONTEXTUALIZAÇÃO	10
APRESENTAÇÃO	13
1 REGIONALIZAÇÃO DO SUS E OS PRINCÍPIOS DO FEDERALISMO BRASILEIRO SOB A ÓTICA DA GOVERNANÇA	15
1.1 As forças centrípetas e centrífugas no federalismo brasileiro	15
1.2 Características do Estado brasileiro: diversidade e extensão territorial	20
1.3 Contexto de crise do Estado Social – falsa dicotomia entre descentralização e centralização	23
1.4 O fortalecimento da coordenação governamental com base na cooperação entre os entes federativos	30
2 A PERSPECTIVA DE GOVERNANÇA DO TCU E A NECESSIDADE DE ADAPTAR A BOA GOVERNANÇA FRENTE AOS NOVOS DESAFIOS	38
2.1 Gestores e conselheiros – qualificação dos métodos de atuação	38
2.2 Apontamentos sobre o Guia de avaliação e monitoramento do TCU para a política de saúde	41
2.3 Governança em redes e articulações locais	47
2.4 Diretrizes da boa governança e governança territorial	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	61

## CONTEXTUALIZAÇÃO

O presente relatório apresenta a sistematização da META 5 - **Identificar os conceitos básicos de governança explicitados no Documento – Guia de Governança (TCU) e as relações com os resultados obtidos nas Metas 1, 2, 3 e 4**, desenvolvida no âmbito do Projeto "Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde / Aprimoramento da Articulação e Cooperação Interfederativa para a Análise, Estudos e apoio ao Planejamento, à Regionalização e à Articulação entre os Entes Federativos frente à Gestão do SUS", que visa o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme as especificações técnicas e objetivos constantes no TED 52/2017 firmado entre o Ministério da Saúde e a Universidade de Brasília.

Esclarecemos que, quando da celebração do referido TED, em 2017, foram pactuadas oito metas, conforme estão detalhadas no Plano de Trabalho. Destas, foram desenvolvidas e finalizadas quatro metas, quais sejam: Meta 1 - Realização da Revisão Sistemática da Categoria Governança em Nível Nacional e Internacional; Meta 2 -

Realização da Revisão Sistemática da Categoria Governança em Sistemas Públicos de Saúde em Nível Internacional; Meta 3 - Utilização da categoria governança do SUS em estudos e pesquisas publicados; Meta 4 - Análise do processo de regionalização de saúde pactuado na tripartite em agosto de 2017. A Meta 5 e as demais subsequentes foram repactuadas, após reuniões e discussões realizadas entre a equipe de gestores e pesquisadores da Universidade de Brasília e a equipe técnica do Departamento de Articulação Interfederativa do Ministério da Saúde – DAI/MS, tendo em vista a adequação do projeto às novas demandas do Ministério, em específico às do Sistema Único de Saúde – SUS.

Nesse sentido, o Plano de Trabalho repactuado ficou configurado da seguinte forma:

**Quadro 1 – Plano de Trabalho repactuado**

<b>Meta</b>	<b>Atividade</b>	<b>Produto</b>	<b>Data da entrega</b>
5. Identificar os conceitos básicos de governança explicitados no Documento “Guia de Governança” (TCU) e as relações com os resultados obtidos nas Metas 1, 2, 3 e 4.	5.1. Análise dos fundamentos e conceituação contidos no Documento “Guia de Governança” (TCU), para desenho preliminar de sua operacionalização no MS e no SUS, tendo como base as análises contidas nas Metas 1, 2, 3 e 4.	5.2. Relatório contendo análise dos fundamentos e conceituação contidos no Guia de governança e gestão em saúde, com delineamentos gerais de sua operacionalização no MS e no SUS.	Novembro/2019
6. Avaliar impactos produzidos pela MP 881, pelo DL 9.203/2017 e pelo Acórdão do TCU 2.888, na diretriz legal de regionalização do SUS e no MS.	6.1. À luz do Acórdão 2888, do DL 9.203/2017 e da MP da Liberdade Econômica, responder às seguintes indagações: 6.1.1. descrever possibilidades de institucionalização dos instrumentos de pactuação intergovernamental; 6.1.2. descrever possibilidades de aprimoramento da rede regionalizada no processo de pactuação intergovernamental; 6.1.3. apontar caminhos para construção de instrumentos de gestão que minimizem a ausência de pactuações intergovernamentais ou inadequações;	6.2. Relatório contendo: 6.2.1. análise do Acórdão 2888, do DL 9.203/2017 e da MP da Liberdade Econômica, ressaltando os instrumentos de pactuação intergovernamental e o aprimoramento da rede regionalizada. 6.2.2. análise das entrevistas para depreender possíveis impactos da MP 881, pelo DL 9.203/2017 e pelo Acórdão do TCU 2.888, de acordo com o ponto de vista dos entrevistados.	Fevereiro/2020



	6.1.4. realização de entrevistas com até 08 informantes estratégicos.		
7. À luz dos documentos oficiais da OCDE e os conceitos fundamentais por ela utilizados, analisar a operacionalização dos sistemas de Saúde de países do Leste Europeu (contidos nos documentos) e de países ibéricos (também contidos nos documentos). Serão utilizados como referencial básico, os seguintes documentos: 1. série Health Systems in Transition (países selecionados); 2. Health at a Glance: Europe 2018; 3. OECD Corporate Governance Factbook (2019); 4. OECD Public Governance Reviews: Peru; 5. Costa Rica: Good Governance, from Process to Results; 6. Government at a Glance (2017); 7. OECD Regional Outlook 2019; 8. Lithuania: Fostering Open and Inclusive Policy Making.	7.2. Análise do referencial básico (citado), para depreender e explicitar o conceito de governança utilizado pela OCDE; 7.3. A partir da análise do item 7.2, identificar mecanismos de operacionalização de modelos de governança nos sistemas de saúde nos países analisados pela OCDE.	7.3. Relatório contendo o conceito depreendido e explicitado de governança e a identificação de mecanismos de operacionalização de modelos de governança nos sistemas de saúde nos países analisados pela OCDE; 7.4. Seminário para apresentação e disseminação dos resultados da pesquisa.	Junho/2020

**Prazo para conclusão da Meta 5:** 180 dias a partir da liberação da parcela pertinente.

**Planejamento:**

Reunião preliminar para apresentação das atividades contidas na meta, 90 (noventa) dias a partir da liberação da parcela pertinente;

Reunião mensal para análise e alinhamento das atividades atinentes ao estudo de caso conforme estabelecido;

Apresentação do relatório final da meta contendo as principais conclusões e achados, ora apresentado.

## APRESENTAÇÃO

Os relatórios anteriores apresentaram o resultado da análise bibliométrica (METAS 1 e 2) e da análise normativa (METAS 3 e 4) que abrange o *corpus* de análise.

Esse *corpus* foi base para este relatório, ao mesmo tempo em que será revisitado ao longo da elaboração dos próximos passos da pesquisa, para que sejam constituídas aproximações sucessivas entre a terminologia governança, o que se tem escrito sobre governança do SUS e o aprimoramento do SUS.

Como já mencionado nos relatórios anteriores, a governança não surge como uma categoria ou um conceito formalmente constituído sob o ponto de vista epistemológico da construção do conhecimento. Organismos internacionais e nacionais passaram a construir documentos orientadores para determinadas áreas, tornando a terminologia governança como terminologia fundamental para realização de parcerias em âmbito institucional, mas com perspectivas diferentes.

Portanto, a terminologia ainda carece de valores e conteúdos estruturantes constituídos como conceito ou categoria, para que possa ser utilizado de forma eficiente e eficaz para o aprimoramento da política de saúde, em conformidade com os princípios do SUS.

As diretrizes teóricas da governança aplicadas ao SUS já foram apreendidas do *corpus* de análise nas Metas anteriores, constituindo as seguintes:

1. Inserção de novos atores;
2. Gestão participativa e inclusiva;
3. Descentralização;
4. Fortalecimento dos governos locais;
5. Melhoria das relações com o governo central.

O modelo de governança projetado para o SUS nessa pesquisa é baseado no processo de regionalização e planejamento, com base em diretrizes e normas já

existentes, mas que podem ser ajustadas para compor os novos desafios conjunturais. Para analisar a regionalização do SUS sob as orientações do Guia do TCU sobre governança é necessário observar aspectos pontuais do federalismo e das características do federalismo brasileiro, o que foi realizado neste produto.

As atribuições dos entes federados são essenciais para consolidar as entregas da política de saúde no âmbito local, e em contexto de desafios no campo econômico e político a análise das responsabilidades da União, Estados e Municípios para efetivar os serviços de saúde para a população é essencial.

**O presente produto de pesquisa tem o objetivo de contribuir no processo de aprimoramento de governança do SUS, analisando a aplicação do Guia do TCU para gestores e conselheiros, à luz do federalismo, como elemento fundamental de análise para garantir a oferta de políticas públicas em âmbito local.**



# **1 REGIONALIZAÇÃO DO SUS E OS PRINCÍPIOS DO FEDERALISMO BRASILEIRO SOB A ÓTICA DA GOVERNANÇA**

## **1.1 As forças centrípetas e centrífugas no federalismo brasileiro**

A organização do Sistema de Proteção Social Brasileiro vem sendo implantada conforme orienta a Constituição Federal: com caráter descentralizador e transferência de atribuições para as gestões estadual e municipal.

Os anos 1990 marcaram o processo de descentralização da execução das políticas públicas nas áreas de políticas sociais (educação fundamental, assistência social, saúde, saneamento e habitação), alterando a característica centralizadora dos anos 1960 e 1970. (ARRETCHE, 1999).

Cada Estado Brasileiro foi incorporando a descentralização de uma forma específica e em tempos diferentes. O que se justifica, para além das estratégias de indução do governo federal, devido a elementos locais e regionais específicos, além da maior ou menor capacidade de desenvolvimento de articulações políticas, que favorecem ou dificultam a descentralização.

A execução descentralizada de políticas públicas demanda integração, compartilhamento de informações e decisão conjunta, características necessárias às federações.

A especificidade de implementar e executar políticas públicas em uma federação torna-se ainda mais complexa diante de novos desafios trazidos pelas relações intergovernamentais ocorridas em todo o mundo nos últimos anos.

Os desafios que evidenciam tendências conflituosas e de intrincada solução para governos locais em âmbito federativo vêm sendo elucidadas há cerca de 20 anos na literatura acadêmica.

Entre eles se destacam três desafios (ABRUCIO, 2005):

- a. **Situação de expansão ou, no mínimo, manutenção do *Welfare State* convivendo com maior escassez relativa de recursos.** Tal situação exige melhor desempenho governamental, com fortes pressões por economia (cortar gastos e custos), eficiência (fazer mais com menos) e efetividade (ter impacto sobre as causas dos problemas sociais) – três tópicos que dependem, em países federativos, de maior coordenação entre as esferas político-administrativas na gestão das políticas públicas;
- b. **Aumento das demandas por maior autonomia de governos locais e/ou grupos étnicos,** levando à luta contra a uniformização e a excessiva centralização, o que acontece ao mesmo tempo em que governos e coalizões nacionais tentam evitar problemas causados pela fragmentação, como a elevação da desigualdade social, o descontrole das contas públicas de entes subnacionais – como ocorreu na Argentina e no Brasil nos últimos anos –, a guerra fiscal entre os níveis de governo e, nos piores casos, o surgimento de focos de secessão, como na Rússia; e
- c. **As empresas e organismos internacionais, assim como as parcerias com a sociedade civil, pressionam por maior interconexão dos governos locais com outras estruturas de poder que não somente os governos centrais.** Essa situação leva os governos locais a buscarem relacionamentos com forças transnacionais.

Apesar desse movimento, os governos locais demandam simultaneamente uma necessidade de reforço das instâncias nacionais para organizar melhor a inserção internacional do país e reduzir os aspectos negativos da globalização, inclusive para as comunidades locais e seus hábitos socioculturais.

Esses dilemas do federalismo equilibraram atuação de forças centrífugas e centrípetas na gestão de políticas públicas em países federativos nos últimos anos.

A OCDE – *Organization for the Economic Cooperation and Development*, divulgou estudo em 1997 com base no federalismo de diferentes países, em que afirmava que “Há tempos ocorrem debates sobre centralização ou descentralização. Nós precisamos agora estar dispostos a mover em ambas as direções – descentralizando

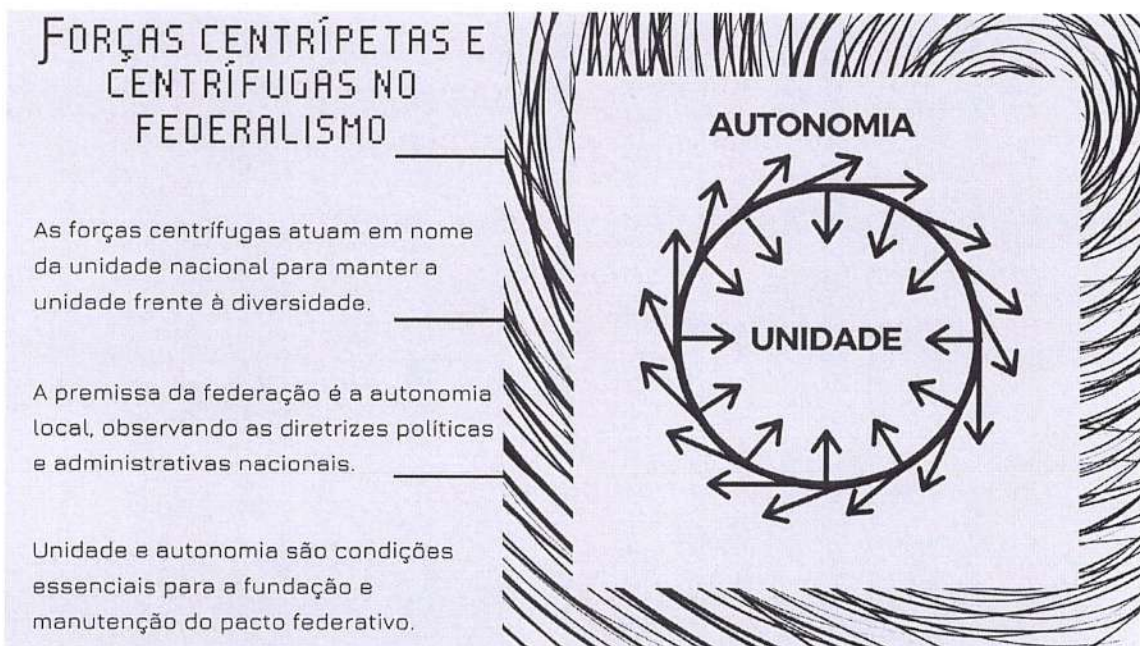


algumas funções e ao mesmo tempo centralizando outras responsabilidades cruciais na formulação de políticas. Tais mudanças estão a caminho em todos os países” (OECD, 1997, p. 13).

Diante da orientação da OECD, cabe o seguinte questionamento: O que deve ser centralizado e o que deve ser descentralizado para garantir maior eficiência na entrega de uma política pública? E, especificamente, na política pública de saúde?

Toda federação busca compatibilizar as heterogeneidades territoriais com interesses comuns de unidade. A grande extensão territorial e a enorme diversidade física, étnica, linguística, socioeconômica (desigualdades regionais), cultural e política (diferenças no processo de constituição das elites dentro de um país e/ou uma forte rivalidade entre elas) constituem forças centrípetas que favorecem a fragmentação da unidade nacional.

**Figura 1 - Forças centrípetas e centrífugas no federalismo**



Fonte: elaboração própria.

Apesar de longa data da instituição do federalismo, vale a pena lembrar que o federalismo brasileiro se inspirou na formação do federalismo americano. Nos EUA, entre os anos 1778 a 1787, a necessidade de unidade foi motivo do desenvolvimento de forças centrípetas cujos principais interesses eram: 1) fortalecimento militar através da

união contra ameaças externas; 2) interesses econômicos num mercado amplo; e 3) a pacificação entre as treze colônias independentes. Já as forças centrífugas eram impulsionadas principalmente pelo interesse de manutenção do *status quo* das ex-colônias, o que, em linhas gerais, significa a manutenção daquele aparato regional (legislação, identidade, estrutura de poder, etc.), que só a autonomia poderia propiciar. (SOARES, 1998)

Já no Brasil, segundo Laranja (2018, p. 44),

Diferentemente do que aconteceu com o processo de formação dos EUA, de baixo para cima, exaltando o papel da comunidade na formação do Estado, mas de forma similar ao processo de formação federativa da Espanha, a federação brasileira se deu por segregação, fragmentando o Estado antes unitário no período imperial. Esse processo de formação pode ser indicativo da dificuldade dos cidadãos perante o Estado em promover e reconhecer as instituições que promovem a participação social. Em contrapartida à instituição do federalismo, Dom Pedro I instaurou no texto constitucional o Poder Moderador, controlando os acontecimentos da vida política nacional. Neste primeiro momento o federalismo brasileiro apresenta fortes características federalistas liberais. O comando central forte expressou a homogeneidade dada aos fatores políticos, sociais e culturais do crescente território, dando grande expressão aos interesses da elite.

O Federalismo brasileiro foi resultado de um arranjo político com intuito de favorecer as oligarquias agrárias, que perdiam seu poder econômico diante de mudanças econômicas e sociais e gradativa migração de populações para as cidades (LARANJA, 2018).

Essa característica tão marcante do federalismo brasileiro influenciou os movimentos históricos de centralização e descentralização, que identificava fortemente o poder regional e local representado pelo Município, que possui forças políticas locais fortes, muitas vezes identificadas com o coronelismo.

A atuação do poder regional fundamentou e continua influenciando as características atuais da federação brasileira e a forma de execução das políticas públicas. Como observa Abrucio (2005), os níveis intermediários e locais detêm a capacidade de autogoverno como em qualquer processo de descentralização, com



grande raio de poder nos terrenos político, legal, administrativo e financeiro, mas sua força política vai além disso. A peculiaridade da federação reside exatamente na **existência de direitos originários pertencentes aos pactuantes subnacionais** – sejam estados, províncias, cantões ou até municípios, como no Brasil.

A interdependência entre os níveis de governo é fundamental para compor a exacerbação de tendências centrífugas, da competição entre os entes e do repasse de custos do plano local ao nacional. Um grande desafio nesse contexto é garantir o equilíbrio de resolutividade dos níveis locais de governo para oferecerem respostas aos problemas cotidianos sem precisar recorrer a outras esferas administrativas, especialmente quando os temas estejam vinculados a problemas de heterogeneidade.

A interdependência demanda a atuação do nível central na coordenação das ações de níveis de governo autônomos, aspecto-chave para implementar e manter políticas públicas na estrutura federativa contemporânea.

O processo de compartilhamento de decisões e responsabilidades em sistemas federais é resultado de um processo muito negociado e fundamentado em normas gerais sobre competências e responsabilidades, que, no caso brasileiro, é resultado do amplo debate da Constituinte de 1987, que resultou em uma constituição que normativamente induz o processo de implementação de políticas públicas.

Mas a orientação de normas gerais é apenas uma parte do processo que visa garantir políticas públicas que decorrem da concepção de Estado Sociais com fundamento em teorias e normas de *Welfare States*. Os países federativos necessitam de arranjos complexos, envolvendo jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre os níveis de governo federal, estadual e municipal, para consolidar a oferta de políticas públicas aos cidadãos.

A instauração de mecanismos de parceria pactuados por todos os entes é essencial para implantação de políticas públicas nos níveis de governos locais. A parceria garante a coordenação entre os níveis de governo, objetivando equilibrar a tendência de competição, visto que o federalismo é intrinsecamente conflitivo.

Segundo Abrucio, toda federação tem de combinar formas benignas de cooperação e competição, e cita Paul Pierson sobre o funcionamento das relações intergovernamentais no federalismo: “Mais do que um simples cabo de guerra, as relações intergovernamentais requerem uma complexa mistura de competição, cooperação e acomodação” (ABRUCIO, 2005, p. 44).

A cooperação em níveis de governo é necessária para efetivar políticas públicas em âmbito nacional, com objetivo de impulsionar acessos mais homogêneos no país, especialmente em locais com menor capacidade institucional, viabilizando troca de informações, otimização de recursos comuns, articulação entre atores que enfrentam os mesmos desafios.

E tanto a União quanto os estados possuem obrigações constitucionais e legais de apoio frente aos municípios para garantir troca de informações, otimização de recursos comuns e articulação entre atores que vivenciam os mesmos problemas. Espaços de apoio técnico com recursos de oficinas representam um bom exemplo disso.

## **1.2 Características do Estado brasileiro: diversidade e extensão territorial**

O território brasileiro é vasto, e comporta uma gama de diferentes realidades inseridas em uma mesma. Sob o aspecto territorial, a diversidade consegue se expressar em contexto macrorregional, em que as cinco regiões brasileiras abarcam, em si mesmas, diversos cenários sociais, econômicos e culturais. As diversidades conseguem ser visualizadas em aspectos microrregionais, em que um estado comporta diferentes municípios com características diferentes.

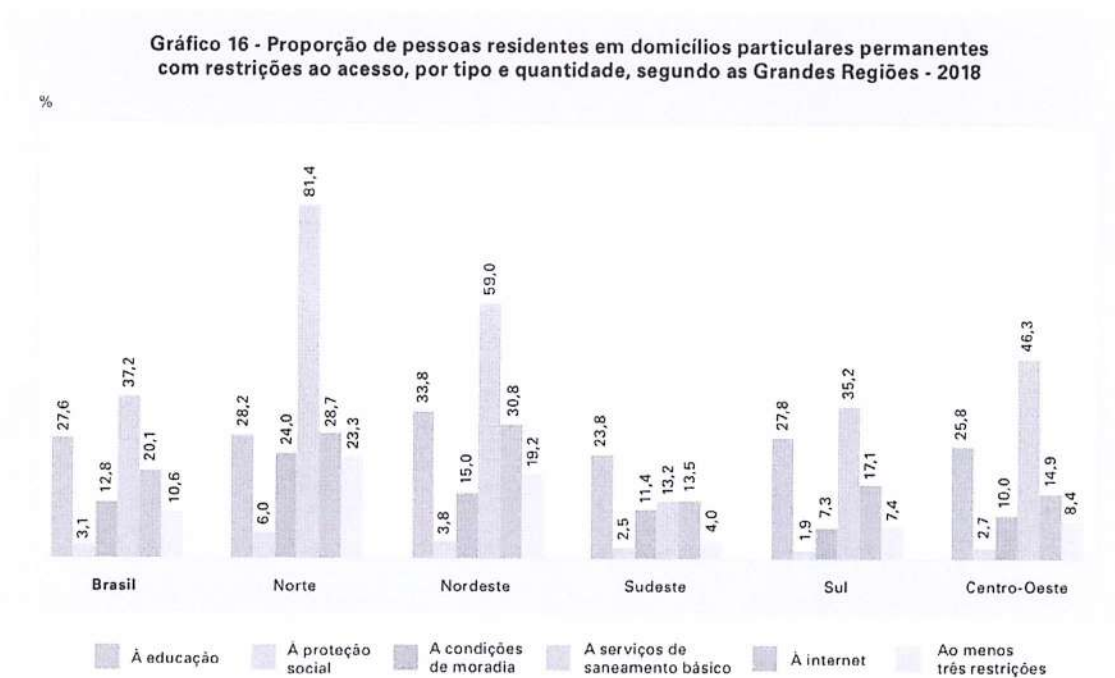
Essas diferenças regionais podem ser percebidas nos quadros de desigualdade regional, que ainda marcam o contexto político e econômico brasileiro, com concentração de renda nas regiões centro-sul, mais ricas, e com grandes deficiências na prestação de serviços nas regiões norte e nordeste.

Essas desigualdades são sentidas em muitos dos indicadores de comparação de políticas sociais, como educação, saneamento básico, transporte e saúde. Além, somam-se as comunidades tradicionais, quilombolas e indígenas, que necessitam de atendimento diferenciado.

Como exemplo, a figura abaixo permite visualizar as diferenças entre as macrorregiões em relação ao padrão de vida. Observando a proporção de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes com restrição ao acesso em 2018:



Figura 2 - Padrão de vida em relação ao acesso por região



Fonte: IBGE, 2019, p. 73.

Assim, a análise do contexto brasileiro em perspectiva territorial trabalha em dicotomia micro-macro: pequenos territórios possuem elementos únicos e particulares, além de apresentarem elementos que são comuns ao país.

A Constituição de 1988 quis trabalhar essa dicotomia e essas diferenças regionais quando elevou o município ao nível de ente federado, para que melhor se adequasse a máxima federativa de diversidade na unidade. Desta forma, a cooperação entre entes federados se faz fundamental, principalmente entre diferentes níveis.

O processo de descentralização é relativamente recente, com apenas 30 anos, desde a sua instituição, e, como qualquer projeto vivo e em desenvolvimento, requer constantes aperfeiçoamentos e melhorias.

A perspectiva econômica de análise federativa traz um olhar mais pessimista ao arranjo federativo brasileiro, pontuando que os municípios se encontram com dificuldade de se manter sozinhos.

No entanto, não houve recentralização nas políticas cuja execução fora transferida para os municípios. Ao contrário, houve obrigatoriedade crescente de os municípios assumirem parte do financiamento das políticas públicas, em particular no setor da educação fundamental e na saúde. Na verdade, o município tornou-se o instrumento de



redistribuição espacial de condições mínimas de direitos de cidadania; nesse sentido, manteve-se o espírito do pacto federativo de 1988 (SANTOS, 2011, p. 212).

Analisando a estrutura das receitas municipais e a participação dos investimentos nas despesas municipais no Brasil no ano de 2010, Santos (2011) conclui a relação direta entre autonomia do município e o tamanho populacional.

São os municípios de maior porte populacional que podem experimentar a descentralização como uma inovação que lhes permita ser protagonistas das políticas públicas. As cidades de pequeno porte, ao contrário, dependem das receitas de transferências redistributivas (FPM), o que limita sua experiência de descentralização à condição apenas de membros de redes federativas, mas não como formuladores e financiadores de políticas próprias, de interesse local (SANTOS, 2011, p. 221).

O que se depreende é que cidades de grande porte, reconhecidamente núcleos urbanos, conseguem manter melhor a autonomia municipal, principalmente em relação ao governo central.

Nesse sentido, é importante ressaltar as projeções realizadas pelo IBGE em 2018, que estimam a população brasileira em 208,5 milhões de habitantes. Destes, 23,8% vivem nas capitais, enquanto o restante (76,2%) habitam as cidades do interior do país. Dos 5.570 municípios brasileiros, excluindo-se as capitais, apenas 25 cidades possuem mais de 500 mil habitantes, não totalizando 1% dos municípios brasileiros.

Os dados de projeção do IBGE corroboram com a importância de uma boa ação coordenada entre o governo central e o governo municipal, de forma que se consiga atender as necessidades dos cidadãos.

Atrelados aos problemas históricos, o Sistema de Saúde brasileiro enfrenta novos desafios da contemporaneidade: reforço da importância de imunização por vacinas; taxas alarmantes de sobrepeso e obesidade; preocupação com saúde mental; retorno de doenças erradicadas; aumento de contaminação de Infecções Sexualmente Transmissíveis – ISTs, etc.

O trabalho conjunto entre governo central e governo local se destaca nas políticas de saúde, ao coordenar ações conjuntas, que visam assegurar os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS dentro da regionalização da saúde.

Este elo se finca na autoridade do governo federal de coordenar ações pela vasta extensão territorial, juntamente com estados, atendendo as deficiências encontradas nos municípios em realizar autonomamente suas competências e serviços e na capacidade dos governos locais de compreender, com o contato direto da sua população e do seu território, as especificidades necessárias para a construção de planos e metas que atendam o interesse público e de seus cidadãos.

### **1.3 Contexto de crise do Estado Social – falsa dicotomia entre descentralização e centralização**

Os últimos anos na história política e econômica brasileira vem demonstrando uma dicotomia entre a implementação ascendente de políticas públicas com financiamento crescente e ampliação de demandas por parte da população, ao mesmo passo em que houve queda significativa na arrecadação de receitas na esfera federal e aumento do endividamento de estados e municípios.

Esse contexto forçou a aprovação da Emenda Constitucional 95 pelo Congresso Nacional, em dezembro de 2016. Tal medida institui um novo regime fiscal que vigorará no período de 20 anos, congelando os gastos do governo. Para as áreas da educação e saúde, o ano-base foi 2017, com início da aplicação em 2018.

A decisão impede o crescimento das despesas totais e reais do governo acima da inflação, prejudicando a ampliação de ofertas em políticas públicas, que, conforme desenho constitucional e legal, é demandada por Conselhos locais ou advindas de demandas reais da população acolhida por gestores em espaços institucionais.

Na medida em que não há viabilidade de novas pactuações entre os entes para ampliação de ofertas, os espaços institucionais de aperfeiçoamento da política têm sido esvaziados do debate sobre ampliação, restando o debate da conjuntura e do

aperfeiçoamento, via apoios técnicos e articulação para demandar emendas parlamentares no poder legislativo.

Esse novo cenário se reflete nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde aprovadas ao longo de 2019: os Conselhos se desviam da sua finalidade inicial. São instituições colegiadas que visam promover a participação, mas essa essência se torna meramente observacional, com o Conselho Nacional de Saúde – CNS deliberando sobre as questões operacionais e sobre as diretrizes que são oferecidas pelo executivo, consolidadas nos dizeres das Secretarias de Saúde. O caráter participativo, que podia ser visto através das pactuações e negociações, que instituiu os conselhos se esvai, atribuindo característica mais consultiva do que deliberativa. Isso porque o financiamento da política de saúde vive um dilema imposto pelas recentes previsões de metas do PPA 2020-2023, assim como pelas propostas de emenda à Constituição encaminhadas pelo Governo Federal.

O **Plano Plurianual 2020-2023** trouxe, entre suas **diretrizes**, no artigo 3º, os seguintes aspectos:

- “o aprimoramento da governança, da modernização do Estado e da gestão pública federal, com eficiência administrativa, transparência da ação estatal, digitalização de serviços governamentais e **redução da estrutura administrativa do Estado**”; e
- “a **articulação e a coordenação com os entes federativos**, combinados: a) processos de relacionamento formal, por meio da celebração de contratos ou **convênios**, que envolvam a transferência de recursos e responsabilidades; e b) mecanismos de monitoramento e avaliação”.

Segundo o novo PPA, o aprimoramento da governança perpassa pela redução administrativa do Estado. O grande desafio que se apresenta passa a ser garantir uma boa governança, que inclui direcionar, avaliar e monitorar por meio de lideranças (TCU, 2018) com uma estrutura administrativa reduzida.

Segundo a *International Federation of Accountants* (IFAC, 2013), citada no Guia do TCU para gestão da política de saúde, a boa governança no setor público viabiliza uma série de aspectos positivos em cadeia: entrega de serviços de qualidade,



com responsabilidade social e econômica, utilizando mecanismos de informação e comunicação, que apoiem a tomada de decisão, promovendo o desenvolvimento de lideranças e colaboradores com conhecimento e habilidades, avaliando o desempenho e fazendo gestão de riscos e controle de finanças de forma atenta, robusta e responsável.

A questão que se coloca é: como manter um ciclo virtuoso de ações positivas de gestão em cadeia, que possibilita entregas na política de saúde com atenção às demandas da população e responsabilidade fiscal em contexto de redução administrativa do Estado?

Os elementos do federalismo brasileiro apresentam algumas possibilidades e escolhas que podem ser desenvolvidas com objetivo de manter a boa governança da política de saúde na esfera federal, ao mesmo passo em que oferece elementos para garantir apoio para os estados e municípios no presente contexto.

Quanto à segunda diretriz do PPA 2020-2023, que menciona os convênios, com transferência de recursos e responsabilidades, combinados com mecanismos de monitoramento e avaliação, vale aprofundar o tema sobre as dificuldades e soluções no artigo de Naked e Rabello (1988), denominado “Administração por Convênios, um instrumento gerencial de políticas – uma análise dos convênios da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo”.

O “Eixo Social” do PPA 2020-2023, que é responsável por “promover a formulação, implementação e gestão de políticas públicas destinadas a elevar o nível de bem-estar da população brasileira, contribuindo de forma efetiva para: i) redução de desigualdades sociais; ii) promoção e acesso à educação de qualidade; iii) excelência na provisão dos serviços de saúde; iv) fortalecimento da cidadania, e; v) valorização da primeira infância com a proteção necessária à criança e ao adolescente”, possui algumas diretrizes abaixo descritas.

Diretrizes do Eixo Social:

IV. Valorização da liberdade individual e da cidadania com foco na família

V. Priorização na qualidade da educação básica e a preparação para o mercado de trabalho

**VI. Ampliação da cobertura e da resolutividade da atenção básica de saúde e fortalecimento da integração entre os serviços de saúde;**



VII. Ênfase na geração de oportunidades e estímulos à inserção no mercado de trabalho (BRASIL, 2019, p. 32, grifo nosso).

É importante lembrar a importância que o Pacto pela Saúde, efetivado pela Portaria nº 399, de 2006, teve para a integração entre os serviços de saúde em nível organizacional, que aponta novamente o processo de regionalização como fundamental para se promover o direito à saúde.

Neste sentido, Almeida et al. (2016) exemplificam como elementos que contribuem para a articulação, integração e coordenação dos serviços de saúde e de gestão – de acordo com os princípios brasileiros de descentralização, regionalização e integralidade do SUS – a forma de organização da Atenção Primária à Saúde, dentro do contexto regional; o destaque que as reuniões da Comissão Intergestores Regional possuem para a governança regional; o bom planejamento da rede de urgência e emergência; e a regulação e oferta dos serviços de atenção especializada e hospitalar inserida na região de saúde.

A área de Saúde foi contemplada de forma específica na Mensagem Presidencial do PPA 2020-2023, com menção expressa à atenção primária, à atenção especializada, ao desenvolvimento científico, tecnológico e produtivo do setor, à gestão e à organização do Sistema (SUS), à vigilância em saúde, à assistência farmacêutica e à saúde indígena.

Segundo a Mensagem, que é um documento de orientação política do mandatário eleito,

a fim de minimizar ou extinguir problemas relacionados à resolutividade e à cobertura, os programas da área da saúde buscam basicamente a ampliação do acesso da população, em todos os níveis de atenção, ampliando a qualidade dos serviços prestados por meio de maior integração do sistema de saúde e maior utilização da tecnologia nas prioridades da população. No caso específico da saúde indígena, o foco está na redução do baixo desenvolvimento de crianças. A estratégia é ampliar a cobertura no acompanhamento das crianças até 1 ano de idade, faixa mais vulnerável. Na atenção primária, novamente a estratégia está concentrada na meta da ampliação da cobertura do atendimento para a população alvo (Mensagem presidencial, PPA 2020 – 2023).

Ainda, segundo a Mensagem:

com o objetivo de promoção da ampliação e da resolutividade, a Estratégia da Saúde da Família é a chave para se atingir os objetivos traçados para a atenção primária. Quando se trata de saúde especializada, o objetivo é reduzir as desigualdades, ampliando o índice de transplantes de órgãos sólidos por milhão de habitantes por região. De caráter central para a área da saúde, o desafio de aperfeiçoar a gestão do SUS visa garantir o acesso a bens e serviços de saúde de forma equitativa e com qualidade (Idem).

O documento ainda teceu orientações específicas de gestão:

a estratégia é **ampliar a cobertura** e, simultaneamente, a utilização do **prontuário eletrônico**, informatizando as informações dos pacientes atendidos pelo SUS. Com isso, espera-se maior integração e racionalidade dos diagnósticos relativos aos diversos serviços especializados de saúde, bem como outras áreas da saúde, tal como a prática de atividade física (Ibdem, grifo nosso).

E também trouxe aspectos sobre o desenvolvimento científico e tecnológico:

Para o avanço do desenvolvimento científico e tecnológico da saúde, o compromisso é **fomentar ainda mais as pesquisas**, priorizando o conhecimento voltado para áreas mais sensíveis da saúde. Por fim, há dois programas voltados para a manutenção do nível de aquisição de insumos necessários para programas de vacinação e de distribuição de remédios. No caso de imunobiológicos, o objetivo é manter e **melhorar a qualidade das campanhas de vacinação; no caso de fármacos, manter o abastecimento necessário para o atendimento da população, seja em hospitais ou em tratamentos de uso continuado** (Ibdem, grifo nosso).

Em síntese, a Mensagem Presidencial, que constitui o documento que orienta politicamente a aprovação do PPA no Congresso Nacional, indicando a necessidade de recursos para os próximos anos, indica a necessidade dos recursos previstos pelo Executivo contemplarem o acesso da população à:

- todos os níveis de atenção em saúde, com ampliação da qualidade dos serviços prestados através da integração do sistema de saúde e maior utilização da tecnologia;
- maior cobertura no acompanhamento das crianças indígenas de até 1 ano de idade;
- manutenção da estratégia de saúde da família com objetivo de reduzir as desigualdades, ampliando o índice de transplantes de órgãos sólidos por milhão de habitantes por região;

- ampliação da cobertura de atendimento e utilização do prontuário eletrônico; e
- ampliação de pesquisas, mantendo a aquisição de insumos necessários para programas de vacinação e de distribuição de remédios.

Diante da necessidade do SUS implementar as orientações do TCU para que gestores e conselheiros tenham atuação que contribua com o aprimoramento da governança na política de saúde, cabem dois questionamentos diante do que foi depreendido do documento do PPA e da Mensagem Presidencial:

- 1) Como garantir que a orientação trazida na mensagem presidencial para incentivar a aprovação do PPA, de fato se consolide na realidade da política da saúde para os próximos anos, considerando que não existe possibilidade de expansão da política?
- 2) Como ocorrerá a ampliação de cobertura e de pesquisas ou manutenção da estratégia de saúde família diante de tendente esvaziamento de pactuações para expansão dos serviços nos espaços institucionais de debate interfederativo?

Diante da redução da capacidade de fomento financeiro do ente União, outras propostas de emendas à Constituição foram encaminhadas pelo governo ao Congresso. Nelas, observa-se um direcionamento à **descentralização como alternativa aos elevados custos financeiros**, que servem como indutores para implementação das políticas públicas em âmbito local.

O denominado “Pacote Econômico” consolidado pelas Propostas de Emenda à Constituição – PECs aborda os seguintes pontos:

- Criação de uma ferramenta para contingenciar temporariamente o orçamento de estados e municípios;
- Extinção de municípios com menos de 5 mil habitantes e arrecadação própria menor do que 10% da receita total – que seriam incorporados a municípios vizinhos com capacidade de arrecadação própria;
- Divisão dos recursos da venda do pré-sal entre estados, municípios e União;



- Criação do estado de emergência fiscal, que proibirá a criação de despesas obrigatórias e reajustes de benefícios previdenciários em momentos de crise fiscal intensa;
- Gastos mínimos obrigatórios com saúde e educação serão considerados conjuntamente – permitindo a cada gestor que escolha onde gastar mais, respeitadas suas circunstâncias e prioridades;
- Governos em situação financeira esgarçada ficam proibidos de dar reajuste a servidores, criar cargos, reestruturar carreiras ou criar verbas indenizatórias;
- Previsão da redução de 25% no salário e na jornada de servidores públicos para melhorar contas públicas;
- Suspensão da realização de novos concursos por até dois anos;
- Desindexação das despesas obrigatórias em casos de emergência fiscal;
- No caso do governo federal, o estado de emergência fiscal será quando o Congresso autorizar o descumprimento da chamada regra de ouro (que proíbe o endividamento para pagar despesas correntes, como salários). Nos estados, quando a despesa corrente ultrapassar 95% da receita corrente.
- A PEC do Pacto Federativo prevê a extinção do Plano Plurianual - PPA. Com isso, programas e obras ganham previsão no orçamento para que os fluxos de recursos não sejam interrompidos;
- O governo quer, ainda, que seja aprovado o Marco Institucional da Nova Ordem Fiscal, que determina que leis e decisões judiciais que criam despesas só tenham eficácia quando houver previsão no orçamento;
- A intenção da equipe econômica é que benefícios tributários sejam reavaliados a cada quatro anos. No âmbito federal, a partir de 2026, não poderão ultrapassar 2% do PIB. Enquanto isso estiver acima desse teto, não pode haver concessão, ampliação ou renovação desses incentivos;
- Entre as medidas para desobrigar, desindexar e desvincular receitas, chamadas por Guedes de 3Ds, está a transferência de 14% do Fundo de Amparo ao Trabalhador – FAT para o BNDES.



- Além do uso de R\$ 220 bilhões de estoque dos fundos públicos para o pagamento da dívida pública, o governo pretende extinguir a maior parte dos 281 fundos até o fim do segundo ano subsequente à aprovação da PEC.

Vale destacar que a literatura acadêmica nacional e internacional contempla o debate que o Congresso Nacional e a sociedade brasileira terão que fazer sobre o incentivos à competição em prol da inovação

Paul Peterson (1995), na obra *The Price of Federalism*, analisa a experiência recente dos governos estaduais estadunidenses frente aos novos desafios financeiros e ao aumento de demandas por ampliação das políticas públicas. A competição abre caminho para a inovação, mas também pode ter efeitos negativos, mais particularmente no campo das políticas sociais.

Abrucio (2005) destaca parte da obra na qual o autor percebeu o fortalecimento de uma visão acerca do federalismo: a de que os cidadãos “votam com os pés”, ou seja, podem escolher o lugar que otimize melhor a relação entre carga tributária e políticas públicas.

Diante disso, os estados ficaram entre duas opções: ou forneciam um cardápio amplo de proteção social, tendo como efeito um “*Welfare magnets*”, isto é, mais pessoas, sobretudo as mais pobres que se locomoveriam em direção aos locais com maiores ofertas, aumentando os gastos públicos e, em tese, diminuindo a competitividade econômica daquele lugar; ou, ao contrário, os governadores deveriam constituir uma estrutura mínima de prestação de serviços públicos e baixar os impostos, reduzindo, com isso, a afluência dos mais pobres àquela região e, novamente em tese, elevando a competitividade econômica e a oferta de emprego do ente federativo que optasse por esta via – Peterson denomina essa situação de *race to the bottom*.

Entre o efeito de *Welfare magnets* e o *race to the bottom*, Abrucio (2005) indica que muitos governadores nos EUA escolheram a segunda opção, de modo que o aumento da competição levou à redução de políticas de combate à desigualdade. Nesse

sentido, o modelo competitivo levado ao extremo piorou a questão redistributiva nos Estados Unidos.

Diante das características dos municípios e estados brasileiros, em termos de arrecadação e desenvolvimento humano, depreende-se que o ente Federal não pode abrir mão da sua responsabilidade indutora na manutenção da oferta de políticas públicas, mesmo em contexto de desafios, como situação de restrição orçamentária.

#### **1.4 O fortalecimento da coordenação governamental com base na cooperação entre os entes federativos**

A coordenação federativa pode realizar-se, em primeiro lugar, por meio de regras legais que obriguem os atores a compartilhar decisões e tarefas – definição de competências no terreno das políticas públicas, por exemplo.

Além dos marcos normativos definidores de competências, podem ser instituídos **fóruns federativos, com a participação dos próprios entes** – como os senados em geral – ou instâncias que eles possam acionar na defesa de seus direitos – como as cortes constitucionais. Segundo Arretche, o federalismo não pode prescindir de uma cultura política baseada no **respeito mútuo e na negociação no plano intergovernamental**, sendo que, a forma de funcionamento das instituições representativas, como os partidos e o Parlamento, pode favorecer certos resultados intergovernamentais (ARRETCHÉ, 2004).

Diante de diversos atores e elementos que contribuem com uma melhor ou pior coordenação interfederativa, o governo federal tende a desempenhar um **papel coordenador e/ou indutor para que os estados e municípios conheçam os rumos da política e consigam voltar aos objetivos diante das dificuldades, especialmente problemas financeiros e administrativos.**

Ademais, segundo Arretche, a União possui capacidade de arbitrar conflitos políticos e de jurisdição, incentivando a atuação conjunta e articulada entre os níveis de governo no terreno das políticas públicas.



A cooperação para efetivação da política de saúde no Brasil está calcada em diversos princípios e regras constitucionais.

Inicialmente, destaca-se que todos os níveis de governo são responsáveis pela gestão da política de saúde.

Art. 23. É **competência comum** da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

(...)

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência; (BRASIL, 1988, grifo nosso).

Da mesma forma, existe o compartilhamento de responsabilidades no âmbito legislativo, o que deve ocorrer com base na observância das regras gerais disciplinadas pelo ente federal.

Como bem observa Laranja (2018), as leis complementares federais existem para disciplinar a cooperação entre os entes, tendo em vista a realização de objetivos comuns. Segundo a autora, “a óbvia finalidade é evitar choques e dispersão de recursos e esforços, coordenando-se as ações das pessoas políticas, com vistas à obtenção de resultados mais satisfatórios” (MENDES; BRANCO, 2015, p. 840 *apud* LARANJA, 2018, p. 41).

A autora desenvolve o tema sobre a cooperação da seguinte forma:

A cooperação intergovernamental aponta para a resolução pactuada de uma problemática que respeite a dois ou mais entes políticos num Estado composto. Neste caso, a cooperação atende aos imperativos de discursividade e participação que legitimam os projetos compostos. Aqui, as técnicas cooperativas evitam a unidimensionalidade porque promovem a participação dos entes periféricos nos processos decisórios centrais que os afetam ou interessam – e noutra medida também **patrocinam a harmonização das vontades parcelares a partir a intervenção homogeneizadora do poder central**. A cooperação intergovernamental ainda atende a imperativos de eficiência naquelas situações em que as componentes sistêmicas resolvam gerir interesses e competências concertadamente, através da prestação conjunta de serviços às populações. Sucintamente, a cooperação intergovernamental (numa perspectiva procedimental) serve à resolução pactuada de controvérsias competenciais, à criação de procedimentos de participação global destes entes periféricos nos processos decisórios centrais, à prossecução de soluções concertadas para a gestão de interesses e competências comuns, à instituição de órgãos mistos para a gestão e prestação de serviços. **Ou seja, através de instrumentos cooperativos, o poder central e os periféricos (ou estes entre si) assumem voluntariamente compromisso relativos ao exercício de suas respectivas competências: compromissos de planificação**



**conjunta de certas actividades administrativas, compromissos de actuação conjunta em certas obras e serviços, compromissos de delegação de funções entre as partes, compromisso voltados à elaboração de certas normas jurídicas, etc.** (SILVEIRA, 2007, p. 454-455 *apud* LARANJA, 2018, p. 42, grifo nosso)

Sobre o assunto, a Constituição Federal estabelece que:

Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal **legislar concorrentemente** sobre:

(...)

XII - previdência social, proteção e defesa da saúde;

Quanto às atribuições do ente local, os Municípios, a Constituição Federal de 1988 prevê:

Art. 30. Compete aos Municípios:

(...)

VII - prestar, com a **cooperação técnica e financeira da União e do Estado**, serviços de atendimento à saúde da população (BRASIL, 1988).

Observa-se que a responsabilidade do município demanda duas ações fundamentais da União e dos estados: **cooperação técnica e financeira**. Especialmente porque, no Brasil, o federalismo cooperativo foi implementado constitucionalmente por reivindicação dos estados mais pobres, com objetivo de atenuar as disparidades com os estados mais ricos e desenvolvidos (LARANJA, 2018).

A CF/88 ainda previu que entre as situações que possibilitam intervenção nos níveis de gestão está a não aplicação de recursos mínimos das receitas locais para a manutenção dos serviços públicos de saúde, o que constitui norma indutora com forte caráter punitivo para os entes que incorrem na não aplicação mínima de recursos.

Art. 35. O Estado não intervirá em seus Municípios, nem a União nos Municípios localizados em Território Federal, exceto quando:

(...)

III – não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços

Públicos de saúde; (BRASIL, 1988).

As regras do texto constitucional ainda resguardam que, do total de emendas individuais realizadas por parlamentares, a metade deverá ser destinada a ações e

serviços públicos de saúde. Esse dispositivo viabiliza especialmente parcela da recomposição orçamentária em tempos de ajuste fiscal.

Art. 166. Os projetos de lei relativos ao plano plurianual, às diretrizes orçamentárias, ao orçamento anual e aos créditos adicionais serão apreciados pelas duas Casas do Congresso Nacional, na forma do regimento comum.

(...)

§ 9º As emendas individuais ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas no limite de 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que a metade deste percentual será destinada a ações e serviços públicos de saúde.

§ 10. A execução do montante destinado a ações e serviços públicos de saúde previsto no § 9º, inclusive custeio, será computada para fins do cumprimento do inciso I do § 2º do art. 198, vedada a destinação para pagamento de pessoal ou encargos sociais (BRASIL, 1988).

Diante dos objetivos da Seguridade Social cunhados na Constituição Federal, destaca-se em contexto de ajuste fiscal a universalidade da cobertura e do atendimento; e a equidade na forma de participação no custeio.

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes **objetivos**:

I – universalidade da cobertura e do atendimento;

II – uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III – seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV – irredutibilidade do valor dos benefícios;

V – equidade na forma de participação no custeio;

VI – diversidade da base de financiamento;

VII – caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (BRASIL, 1988).

O financiamento foi projetado de forma que a ampliação das receitas dos entes reverta em ampliação do financiamento para o incremento dos programas e ações de caráter continuado ou não. Nesse sentido, havendo ampliação comprovada da

arrecadação, pode haver pressão dos parlamentares e da sociedade pela revogação da emenda constitucional n. 95.

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais

I – do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:

a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;

b) a receita ou o faturamento;

c) o lucro;

II – do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201;

III – sobre a receita de concursos de prognósticos.

IV – do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar.

§ 1º As receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União.

§ 2º A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

§ 3º A pessoa jurídica em débito com o sistema da seguridade social, como estabelecido em lei, não poderá contratar com o Poder Público nem dele receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios.

§ 4º A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no art. 154, I.

§ 5º Nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.

§ 6º As contribuições sociais de que trata este artigo só poderão ser exigidas após decorridos noventa dias da data da publicação da lei que as houver instituído ou modificado, não se lhes aplicando o disposto no art. 150, III, “b”.

§ 7º São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

§ 8º O produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais e o pescador artesanal, bem como os respectivos cônjuges, que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, sem empregados permanentes, contribuirão para a seguridade social mediante a aplicação de uma alíquota sobre o resultado da comercialização da produção e farão jus aos benefícios nos termos da lei.

§ 9º As contribuições sociais previstas no inciso I do caput deste artigo poderão ter alíquotas ou bases de cálculo diferenciadas, em razão da atividade econômica, da utilização intensiva de mão-de-obra, do porte da empresa ou da condição estrutural do mercado de trabalho.

§ 10. A lei definirá os critérios de transferência de recursos para o sistema único de saúde e ações de assistência social da União para os Estados, o Distrito Federal e os



Municípios, e dos Estados para os Municípios, observada a respectiva contrapartida de recurso. (BRASIL, 1988).

As diretrizes dos fundamentos do SUS foram estabelecidos no texto original da Constituição Federal de 1988, o que possibilitou “a oportunidade de efetivar um sistema integrado e gratuito que cuida da prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde, fortalecendo a cidadania” (BRASIL, 2011, p. 7).

Desde sua origem, o SUS foi pensado com a finalidade de garantir a aproximação do usuário do serviço com o prestador. O município concentrou o papel principal na formulação de políticas de saúde, sendo o responsável pela prestação do serviço e pela gestão.

#### **DA SAÚDE**

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º;

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 1988).



## **2 A PERSPECTIVA DE GOVERNANÇA DO TCU E A NECESSIDADE DE ADAPTAR A BOA GOVERNANÇA FRENTE AOS NOVOS DESAFIOS**

### **2.1 Gestores e conselheiros – qualificação dos métodos de atuação**

O documento do TCU sobre governança sintetiza **ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES** do órgão para **conselheiros e gestores da política de saúde**.

As recomendações, chamadas também de orientações, não possuem caráter normativo, mas vinculam todos os subordinados hierárquicos ao órgão que expediu a recomendação/orientação.

Diante do fato de que os órgãos de controle fiscalizam a aplicação dos recursos públicos e que a reprovação de contas pode incorrer em responsabilização do gestor da política, o TCU decidiu consolidar diversos documentos com caráter orientador, com a finalidade de colaborar na responsabilidade de gerir e controlar recursos públicos.

As notas técnicas e os acórdãos do TCU formam a jurisprudência administrativa do órgão, constituindo um direcionamento da melhor forma de uso e interpretação das leis. A observância das notas técnicas e dos acórdãos por parte dos servidores e agentes públicos objetivam evitar possíveis ações judiciais.

Para além dos gestores, os conselheiros adquiriram espaço junto aos órgãos de controle da execução das políticas públicas, em decorrência das suas responsabilidades constitucionais de acompanhamento e fiscalização.

No Brasil, o modelo de democracia representativa não é restritivo, pois prevê instâncias de participação da população nas diretrizes e controle das políticas públicas. Dessa forma, o Estado brasileiro garantiu ao cidadão não apenas o direito de eleger seus representantes para defender seus interesses nas instâncias de poder, como também o direito de participar de forma direta na discussão e formulação das políticas públicas.

Documentos orientadores, em formato de manual, são fundamentais no processo do aprimoramento da gestão local da oferta do serviço público. A formação e



capacitação de gestores e conselheiros não é muito comum no Brasil, mas pode contribuir como uma melhor efetividade na entrega das ofertas de saúde.

Gestores e Conselheiros são movidos essencialmente por vivências e experiências, que fortalecem sentimento de zelo pela coisa pública, independentemente dos interesses de grupos aos quais pertencem. Diante das características locais que impulsionam gestores e conselheiros a agir, o documento do TCU para gestores e conselheiros utiliza linguagem gerencialista distante da realidade e dos problemas vivenciados localmente.

O conteúdo se apresenta sob uma forma normativista que dificulta comunicação direta. O caráter gerencialista do Guia apresenta soluções objetivas para solucionar problemas comuns da burocracia estatal.

**Ocorre que procedimentos preconizados sob a égide gerencialista encontram certa dificuldade com interlocutores acostumados com soluções práticas da vida cotidiana.**

Por esse motivo, surge o movimento do pós-NPM, que identifica, na nova gestão pública, elementos que buscam “tornar o governo melhor informado, mais flexível e menos exclusivo” (CAVALCANTE, 2017, p. 25). É um movimento que melhor conecta atores, colocando o cidadão em lugar de destaque e funcionando com uma participação mais ativa, tanto na formulação quanto no controle.

Cavalcante (2017) consolida as tendências do pós-NPM em nove princípios e diretrizes: colaboração e parcerias; redes; visão integrada e holística da gestão pública; accountability e responsividade; participação e engajamento; liderança; coordenação e controle; *e-government* e tecnologia de informação e comunicação - TIC; e fortalecimento da burocracia pública.

Essas tendências pós-NPM se dão de forma gradual na Administração Pública, não havendo uma ruptura do modelo tradicional, mas surgindo em forma de inovação na gestão.

Vale evidenciar, como identificado por Cavalcante (2017), que já vem sendo desenvolvida uma teoria que busca contemporizar as tendências em período denominado de pós-NPM.

Nesse novo momento, o gerencialismo traz novas demandas para a Administração Pública, quais sejam:

- Parcerias;
- Redes;
- Visão integrada e holística da gestão pública;
- Prestação de contas;
- Participação e engajamento;
- Liderança;
- Coordenação e controle;
- Informação; e
- Fortalecimento da burocracia pública.

As adequações aos princípios do gerencialismo remetem a um caráter incremental na configuração dos princípios e das diretrizes de gestão, mas também ressaltam aspectos que remetem a mudanças significativas.

A tendência que se vislumbra para aprimorar a gestão pública indica uma **visão mais realista e equilibrada entre setor público, privado e sociedade civil** (CAVALCANTE, 2017) em contraposição à perspectiva, hegemônica nos anos 1970 e 1980, de exaltação do mercado e da aplicação de seus instrumentos no campo da administração pública.

Essa tendência por uma nova orientação no campo da administração pública também irá refletir nos instrumentos de gestão processos/serviços inovadores, impactando na necessidade de uma nova forma de orientar gestores e conselheiros para o aprimoramento da execução de políticas públicas.

Um grande desafio para o aprimoramento da gestão pública, que ainda não encontra novo desenho, são os indicadores de desempenho para questões complexas e em arcabouços institucionais variados de políticas públicas que estão em constantes mudanças (CAVALCANTE, 2017).

O Guia do TCU já traz alguns elementos do Pós-NPM, mas depreende-se com a análise que ainda há muito para ser aperfeiçoado, especialmente frente aos novos temas como Parcerias, Redes e Fortalecimento da burocracia pública, que são superficialmente desenvolvidos no Guia.

Parceria é termo utilizado apenas uma vez no Guia, ao se referir às Parcerias Internacionais na Figura 1: Interlocação das secretarias de saúde com os demais atores.

Redes foi tema mais abordado para tratar da governança colaborativa, mas sem indicação sobre formas de articulação local, interesses em jogo, compromissos etc.

O Guia do TCU apenas refere-se de forma genérica à atuação em Redes, sem que os secretários ou conselheiros tenham indicativos sobre a relevância desse aspecto para o aprimoramento das ofertas da política de saúde:

(...) o papel de ordenar as redes está diretamente ligado à noção de planejamento. A atenção básica deve reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros níveis de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (PNAB, 2017 apud BRASIL, 2018, p. 71).

## **2.2 Apontamentos sobre o Guia de avaliação e monitoramento do TCU para a política de saúde**

O Guia de Governança e Gestão em Saúde do TCU busca aplicabilidade nas Secretarias e Conselhos de Saúde, como descrito no próprio título do documento.

O documento foi publicado em agosto de 2018, e logo na abertura explicita os problemas que o SUS enfrenta para garantir qualidade e efetividade para as ações e serviços de saúde ofertados à população brasileira.

Os exemplos citados são “falhas” relacionadas aos seguintes aspectos:

- a. aquisição, armazenagem e distribuição de medicamentos;
- b. planejamento de aquisições de equipamentos e materiais hospitalares; e
- c. deficiências nos planos de saúde.



Essas “falhas” ocasionariam “desperdício de recursos públicos” e necessidade de documento orientador por parte do TCU para explicitar conceitos e diferenças entre governança e gestão.

A introdução ao documento cita que o Brasil é signatário da Agenda 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável, através de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS.

O aprimoramento da execução da política de saúde levou o TCU a realizar o “Levantamento Nacional de Governança e gestão em saúde”, realizado em 2015 e 2016.

O trabalho representou também uma forma de contribuir para o aprimoramento sobre o tema nas organizações responsáveis pelo bom andamento das políticas públicas de saúde brasileiras em nível estadual, municipal e distrital: os conselhos e as secretarias de saúde. **O levantamento considerou a autoavaliação dos gestores e conselheiros de saúde.** Trabalhos que envolvem a autoavaliação de controles (Control Self Assessment - CSA) vêm sendo executados há alguns anos pelo TCU, a exemplo dos trabalhos de governança nas áreas de TI, de pessoal, de segurança pública e de aquisições.”

(...) (BRASIL, 2018, p. 5).

O levantamento resultou nos Acórdãos 1130/2017-TCU e 1840/2017-TCU, da relatoria do Ministro Bruno Dantas, ambos do Plenário, cujos relatórios apontaram a necessidade de melhorias na governança e na gestão dos conselhos e secretarias de saúde brasileiros.

O relatório do TCU aponta que, com o envelhecimento populacional, existe a necessidade de reorganização do sistema de saúde com vistas à sustentabilidade. Soma-se a esse fato o crescimento no financiamento do sistema que, entre 2006 e 2016, foi de 167%, um crescimento acima da inflação e do PIB.

A ótica de redes de atenção em saúde, chamada de governança colaborativa, prevê atuação horizontal para alcance dos objetivos do SUS. Apesar disso, o SUS deve estar alicerçado principalmente pelos conselhos e secretarias estaduais e municipais de saúde.

Segundo o documento, o objetivo do Guia do TCU é incentivar uma mudança positiva de comportamento para os gestores e conselheiros.

O guia traz como conceito de governança e gestão o seguinte:

Governança no setor público compreende essencialmente os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade.

Gestão é um sistema de controles e processos necessários para alcançar os objetivos estratégicos estabelecidos pela direção da organização. O gerenciamento está sujeito às diretrizes, às políticas e ao monitoramento estabelecidos pela governança corporativa (BRASIL, 2018, p. 15).

Segundo o Guia, a Governança possui as seguintes características: o que fazer, direção, avaliar, direcionar, monitorar, por meio da atuação de lideranças (Conselho e Alta Administração – Governador, Prefeito, Secretário e dirigentes subordinados). Já a Gestão tem as características relacionadas a como fazer, processo de trabalho, planejar, executar, avaliar, agir por meio dos Gestores.

A governança surge da necessidade de existirem mecanismos que reduzam os riscos dos conflitos de interesses. No caso do setor público, o conflito de interesse público com o privado que pode comprometer o interesse coletivo ou influenciar o desempenho da função pública.

Segundo as orientações do TCU, as Secretarias de Saúde municipais devem estar preparadas para liderar o diálogo com toda a rede do setor de saúde e com outros setores que se relacionam com a política de saúde. E, para tanto, são avaliados e monitorados conforme direcionamento dos conselheiros que representam os cidadãos.

**Diante dessas orientações trazidas no Guia do TCU, surgem os seguintes questionamentos:**

- **Como saber se um secretário está preparando para as atribuições de gestão?**
- **Quais espaços de formação e capacitação estão disponíveis para os gestores?**
- **Como o ente União pode e deve apoiar na formação e capacitação dos gestores?**
- **Como garantir a excelência na fiscalização sem afetar a pluralidade na composição dos conselhos?**

Já para os Conselhos de Saúde, a orientação do Guia é que devem exercer o papel de guardiões dos princípios, dos valores, e do sistema de governança em relação às Secretarias de Saúde. Os conselhos devem definir as diretrizes para a construção dos planos de saúde (estratégias para o período de 4 anos). As secretarias propõem os planos e os conselhos aprovam. O conselho de saúde deve monitorar os resultados com base nas informações de gestão e outras fontes como os relatórios do tribunal de contas correspondente ou ainda relatórios do sistema de auditorias do SUS ou informações da mídia.

O Guia ainda traz a informação que os conselhos devem monitorar os resultados da gestão com base nas informações da execução da política e relatórios do Tribunal de Contas ou relatórios de auditorias. Cabe inferir que esse trabalho de análise demanda, para além da experiência do conselheiro, alguma capacitação para que a análise seja aprimorada.

A formação e capacitação de conselheiros se faz necessária diante de atribuições com tamanha especificidade como a aprovação da Programação Anual de Saúde – PAS, que segundo o Guia do TCU, deve estar alinhada com as leis orçamentárias e passar pelo crivo do Conselho de Saúde.

Para desenvolver atividades tão complexas, o Conselho deve ser organizado e fazer planejamento com apoio dos governos. Segundo o Guia do TCU (2018, p. 31, grifo nosso): **É importante assegurar a autonomia, a capacitação permanente dos conselheiros, instalações físicas adequadas e recursos humanos e materiais suficientes**”.

O Guia de Governança e as novas diretrizes do NPM indicam que a abordagem gerencialista para Administração Pública deve ser analisada em conjunto com as responsabilidades dos entes federados para que a oferta do serviço ocorra de forma eficiente.



Nesse sentido, o Guia do TCU já expressa que as ações do nível federal de governo devem contribuir para assegurar:

- a. **Capacitação permanente dos conselheiros** – construir junto com o conselho federal cursos e materiais de apoio para formação, ceder estrutura da administração federal para realização de cursos online, fazer em conjunto com o conselho nacional formação e capacitação para conselheiros; e
- b. **Instalações físicas adequadas para o conselho** – cabe a gestão local garantir. Para assegurar atuação da gestão local, cabe aos atores locais cobrar do Prefeito e acionar o Ministério Público se necessário. A cultura de concentração de poder local, clientelista ou coronelista pode contribuir para dificultar instalação de conselhos.

O(a) secretário(a) de saúde exerce liderança organizacional (execução dos planos para cumprimento de objetivos e metas institucionais) – sendo que a responsabilidade final pelos resultados produzidos permanece com a autoridade delegante.

Considerando que o Guia do TCU aponta que o Secretário de Saúde é responsável pela avaliação, direcionamento e monitoramento da gestão da secretaria de saúde, sem dúvida deve haver suporte de formação e capacitação para tanto no âmbito da Administração Pública Federal.

Diante dessas orientações do Guia do TCU para gestores e conselheiros, novos questionamentos surgem:

- O que compete ao MS e ao próprio SUS para contribuir na efetividade da liderança organizacional e para que o secretário possa avaliar, direcionar e monitorar?
- O que já é realizado e quais iniciativas ainda podem ser desenvolvidas para fortalecer a orientação do TCU para as gestões e conselhos?
- Como reduzir o risco de que o gestor municipal não esteja vinculado aos interesses da população?

**O aprimoramento do relacionamento do gestor com as partes interessadas na execução da política de saúde encontra as seguintes orientações na proposta do TCU (Guia de Governança do TCU):**

- Estabelecer e divulgar canais de comunicação da secretaria de saúde com as diferentes partes interessadas e assegurar sua efetividade, consideradas suas características e possibilidades de acesso;
- Utilizar mecanismos para tratar informações (telefone comum, 0800, email, mensagens eletrônicas, caixa de sugestões, atendimento presencial);
- Fortalecer a ouvidoria; e
- Avaliar e monitorar os canais de comunicação.

Tais orientações já estão contempladas na Resolução CNAS nº 554/2017.

**Resolução do CNS nº 554/2017, terceira diretriz, inciso II:**

Para que o monitoramento seja eficaz faz-se necessário o estabelecimento e divulgação de canais de comunicação com as diferentes partes interessadas, com o intuito de conhecer os problemas na prestação de serviços de saúde que mais afetam a população e de reduzir o risco de que a atuação do ente federado não reflita os interesses das partes afetadas.

O debate na gestão pública muitas vezes é tomado por visões generalistas e baseadas em estereótipos, pois existem poucos estudos com metodologia adequada e referência empírica que viabilize orientações factíveis a serem observadas pelos gestores.

Segundo Cavalcante (2017), as fragilidades do conhecimento sobre governança também tendem a gerar problemas de excessivo normativismo nas propostas de mudanças, bem como adaptações inadequadas a realidades bastante díspares.

Por esse motivo, os documentos orientadores sobre governança tendem a não produzir os efeitos esperados, pois a generalização sobre procedimentos bem realizados em um governo não necessariamente se aplica a outro.

O Guia do TCU indica a necessidade de se estabelecer a estratégia da secretaria de saúde para que haja uma boa governança em âmbito local. Segundo as orientações, a estratégia da Secretaria de Saúde ocorre a partir das deliberações das conferências, pactuações dos gestores nas Comissões Intergestores Regionais – CIR, Bipartite – CIB e Tripartite – CIT que impactam o planejamento.

As orientações do Guia trazem elementos normativos bastante palpáveis, mas não adentram em problemas fáticos, como, por exemplo, a necessidade de que os documentos das deliberações, conferências e pactuações demandam uma Secretaria Executiva bem estruturada e organizada, que possa sistematizar documentos e normativas para análise dos conselheiros.

O que cabe ao Ministério da Saúde nesse campo? Propor debate na CIT sobre pactos de aprimoramento da gestão (com objetivos e metas)? Vislumbra-se que um tema que poderia ser pautado na CIT pelo ente federal é a reunião de informações regionais sobre lacunas no campo do apoio administrativo nos Conselhos, que seriam fornecidas pelos Conselhos Municipais e previamente compilada pelos Conselhos Estaduais. Isso porque certamente uma boa estrutura de apoio administrativo nos Conselhos favorece a boa governança.

Vale destacar que, para além do financiamento, a pauta de temas administrativos nos Conselhos também possui caráter indutivo, o que consolida e aperfeiçoa a política pública de saúde.

### **2.3 Governança em redes e articulações locais**

O produto anterior elucidou a adequação das orientações do Guia do TCU com a Resolução Nº 23, de 17 de agosto de 2017, que “Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS”.



A Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e definiu que as Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que **integradas** por meio de **APOIO TÉCNICO, LOGÍSTICO e de GESTÃO**, buscam garantir a integralidade do cuidado.

A implementação das REDES de Atenção à Saúde – RAS tende a ser identificada como uma forma de garantir maior eficácia nas ofertas de saúde, melhorando a eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional e contribuindo significativamente para o avanço do processo de efetivação do SUS.

A RAS é uma proposta que visa inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços para produzir maior impacto nos indicadores de saúde da população.

Contudo, um sistema integrado de saúde, conformado em redes, **demanda atuação permanente por parte de gestores e conselheiros** em perspectiva de **construção contínua nos territórios**. Para tanto, é necessário avaliar os estágios de implementação do SUS em cada localidade e região com referência em indicadores factíveis e mensuráveis.

Aqui vislumbra-se uma nova atribuição para o ente federal que não está explicitada no Guia de Governança do TCU, mas que tem relevância indubitável para o aprimoramento da governança local. **Os indicadores para medir os estágios de implementação do SUS devem ser propostos pelo governo federal, com vistas a unificar o monitoramento e o resultado do alcance da política pública de saúde em nível nacional.**

Lembra Laranja (2018) que o arranjo do SUS representa, desde a Constituição de 1988, uma estrutura complexa fundada nos pilares da descentralização, da participação, da universalidade e da integralidade dos serviços prestados.

As articulações locais para garantir a oferta de saúde devem levar em consideração que o pilar central do modelo de promoção da saúde é entender as necessidades e as demandas da população para quem o serviço será prestado, avaliando,

assim, que cada região possui sua particularidade, sua cultura, sua condição sociopolítica, e suas necessidades diferentes das outras (BRASIL, 2009a).

As necessidades e demandas da população são debatidas e deliberadas em intensos debates realizados em Conferências, que refletem a construção da rede de saúde necessária para o aperfeiçoamento e manutenção do SUS no município.

As características constitucionais do modelo de gestão de saúde no Brasil, que encontram na descentralização e na participação suas principais características, constituem elementos inovadores na construção de uma rede de articulação interfederativa de sucesso.

A governança em redes descrita por Calmon e Costa (2013), já mencionada no produto anterior, induz à compreensão de que o foco não está nem no governo central nem nas comunidades ou atores locais, e sim na interação entre esses distintos atores, que se relacionam de modo interdependente, fora das perspectivas de autoridade e controle ou de centralização ou descentralização.

Assim, o sucesso na implementação das políticas públicas deve ser medido pela interação com troca de informações, objetivos e recursos, o que pode ocorrer em espaços de apoios técnicos promovidos pela União ou pelos estados. Esses espaços proporcionam, além da formação e capacitação, um rico espaço de trocas de boas práticas, viabilizando aprimoramento da política de saúde por meio da governança colaborativa, afastando o modelo *top-down*, segundo o qual a implementação exitosa é aquela em que os resultados ocorrem conforme o planejado.

**Por meio da governança em redes, busca-se atingir não apenas os interesses dos atores locais, mas a realização da ação coletiva.**

Afirma-se que a atenção básica é capaz de resolver 80-90% dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2011; CAMPOS, 2007), nível de atenção a que, no



Brasil, atribuiu-se a incumbência de coordenar o cuidado e ordenar as Redes de Atenção à Saúde- RASs (BRASIL, 2017).

Considerando que a execução da governança em nível local representa um esforço de superar obstáculos históricos presentes na administração dos serviços públicos de saúde no Brasil, vale destacar que os princípios do Sistema Único de Saúde são adequados para enfrentar a necessidade de atuação em redes.

O papel de coordenação da oferta dos serviços visa a transformação de um sistema de atenção à saúde fragmentado em um sistema com o formato de Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2011). Nesse sentido, cabe à atenção básica elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos individualizados e acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RASs (BRASIL, 2017), atuando como o centro de comunicação entre esses pontos.

Já o papel de ordenar as redes está diretamente ligado à noção de planejamento. A atenção básica deve reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros níveis de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2017).

Para garantir a coordenação e ordenação local das redes de saúde, o arranjo institucional precisa ser robusto e efetivo no sentido de garantir uma infraestrutura de interação das políticas públicas, o que pode ser realizado por meio do desenho de um programa de capacitação com foco em problemas reais e debate sobre possíveis soluções.

#### **2.4 Diretrizes da boa governança e governança territorial**

As diretrizes da boa governança publicadas no Guia do TCU foram construídas pela *The Chartered Institute of Public Finance and Accountancy* – CIPFA, que é um instituto profissional para contadores que trabalham nos serviços públicos, agências nacionais de auditoria, em grandes empresas de contabilidade e em outros órgãos onde o dinheiro público precisa ser gerenciado.



O Guia reproduz tais diretrizes como linhas administrativas gerais. Nesse sentido, a **boa governança** dependeria do conhecimento e consciência do gestor local dos elementos que traduzem a boa governança, que garantiria uma boa governança na sua gestão desde que orientasse as suas ações observando os seguintes aspectos:

- a) focar o propósito da organização em resultados para cidadãos e usuários dos serviços;
- b) realizar, efetivamente, as funções e os papéis definidos;
- c) tomar decisões embasadas em informações de qualidade;
- d) gerenciar riscos;
- e) desenvolver a capacidade e a eficácia do corpo diretivo das organizações;
- f) prestar contas e envolver efetivamente as partes interessadas;
- g) ter clareza acerca do propósito da organização, bem como dos resultados esperados para cidadãos e usuários dos serviços;
- h) certificar-se de que os usuários recebem um serviço de alta qualidade;
- i) certificar-se de que os contribuintes recebem algo de valor em troca dos aportes financeiros providos;
- j) definir claramente as funções das organizações e as responsabilidades da alta administração e dos gestores, certificando-se de seu cumprimento;
- k) ser claro sobre as relações entre os membros da alta administração e a sociedade;
- l) ser rigoroso e transparente sobre a forma como as decisões são tomadas;
- m) ter, e usar, estruturas de aconselhamento, apoio e informação de boa qualidade;
- n) certificar-se de que um sistema eficaz de gestão de risco esteja em operação;
- o) certificar-se de que os agentes (comissionados ou eleitos) tenham as habilidades, o conhecimento e a experiência necessários para um bom desempenho;
- p) desenvolver a capacidade de pessoas com responsabilidades de governo e avaliar o seu desempenho, como indivíduos e como grupo;
- q) equilibrar, na composição do corpo diretivo, continuidade e renovação;
- r) compreender as relações formais e informais de prestação de contas;
- s) tomar ações ativas e planejadas para dialogar com e prestar contas à sociedade, bem como engajar, efetivamente, organizações parceiras e partes interessadas;
- t) tomar ações ativas e planejadas de responsabilização dos agentes;

- u) garantir que a alta administração se comporte de maneira exemplar, promovendo, sustentando e garantindo a efetividade da governança; e
- v) colocar em prática os valores organizacionais.

Depreende-se que as diretrizes traçadas acima representam uma proposta ideal de boa governança com referencial eminentemente gerencial. A questão que foi observada ao longo do presente produto é: de que forma o governo federal, representado pela União, pode contribuir com a efetividade da oferta de serviços de saúde no âmbito local, considerando seu interesse direto no monitoramento e avaliação da política de saúde em âmbito nacional?

A resposta a essa questão foi desenvolvida ao longo desse produto e, diante das especificidades dos municípios brasileiros, depreende-se que a eficácia das gestões locais depende também da atuação coordenada do ente federal.

O debate sobre o aperfeiçoamento das ofertas de saúde deve ocorrer em espaços que reúnam gestores e conselheiros, caso da CIT e do CNS. Mas além desses espaços institucionais, cabe o planejamento federal e estadual para a realização de apoios técnicos para gestores e conselheiros, que incluam novos atores da sociedade civil, para realização de exercícios práticos que desenvolvam soluções variadas para problemas comuns. Nesse caso, a governança é analisada com referência em características territoriais, para além de normas, diretrizes e manuais.

Considerando que a descentralização é um elemento relevante para a efetivação da política de saúde frente às diversidades regionais, Marta Arretche (2013) reforça que a falta de capacidade técnica de alguns entes federados, fundamentada na desigualdade socioeconômica, fiscal, baixo capital social entre outros, compromete inclusive a identificação dos problemas de gestão que precisam ser enfrentados.

Frente a essa questão, Laranja (2018) acredita que a regionalização da Saúde vem se mostrando como alternativa para minimizar esta falha de competência técnica de alguns entes federados, especialmente reconhecendo a necessidade de inserir novas redes de gestão e de prestação de serviços de saúde.



Os desafios contemporâneos da gestão pública não podem mais contar apenas com diretrizes de boa governança para aprimorar as ofertas da política pública em âmbito local. Nessa seara, passa a ser necessário:

- Inserção de novos atores;
- Gestão participativa e inclusiva;
- Descentralização;
- Fortalecimento dos governos locais; e
- Melhoria das relações com o governo central.

Esses pontos constituem as diretrizes teóricas depreendidas do *corpus* de análise no produto anterior e que se desdobram em novos conceitos de governança, a governança territorial e a governança corporativa.

Para compreender e analisar a relevância do conceito de governança territorial no atual contexto, cabe resgatar os elementos de conjuntura citados nesse produto: ajuste fiscal, congelamento dos gastos públicos, Propostas de Emenda à Constituição que alteram a estrutura do sistema federativo no financiamento das políticas públicas, proposta de redução administrativa do estado no PPA 2020-2023, entre outras.

Diante desses aspectos, identifica-se a necessidade de garantir a coordenação de agentes e instituições de cada região e localidade para definirem novas formas de administrar os fluxos econômicos, políticos e sociais que tendem a serem transferidos para os municípios.

Fuini (2012) elucida que os novos desafios para a consolidação das políticas públicas constituem temática para a análise sob a ótica do desenvolvimento territorial. O autor se questiona: “como observar a manifestação das novas formas de governança territorial oriundas no contexto recente do Brasil, caracterizando as instituições, a natureza privada, pública ou mista e as formas de inserção dos entes federativos nessas novas articulações emergentes?”

O próprio Fuini apresenta como possibilidade a busca pelas experiências dos teóricos institucionalistas da escola francesa, da regulação e dos neoinstitucionalistas americanos sobre as mudanças em curso, trazendo-as e adaptando-as ao contexto



brasileiro, de mudanças do papel do Estado e das formas de regulação das atividades econômicas e do território.

A proposta desse autor seria

caracterizar a importância teórica de estruturas de governança e de regulação na dinâmica territorial local e regional de aglomerados produtivos, considerando ser este um elemento essencial tratado nos estudos e estratégias de planejamento e desenvolvimento territorial atual. Trata-se de uma análise aprofundada das formas de 'governança' e distribuição de poder em circuitos, cadeias e sistemas produtivos com forte componente local e regional, considerando-se a importância das instituições formais e das outras formas de coordenação informal entre atores locais na regulação dos territórios e nos processos de desenvolvimento territorial (FUINI, 2012, p. 94).

A governança territorial não se restringe à organização econômica inter-regional, definida pelo Estado ou por relações de troca puramente mercantis, mas está vinculada à modalidades de **coordenação socioeconômicas mais complexas** que abarcam instituições, convenções, registros de ação e formas de incerteza, definindo, assim, um tipo de regulação, misto entre o político e o econômico, entre o local, o nacional e o global, com forte conteúdo territorial.

Nesse sentido, os ditames dos "bons modos de governança" produzidos na década de 1980 pelo Banco Mundial, com foco na capacidade financeira e administrativa da Administração Pública, para tornar efetivas as ações de implementação de políticas, observando a otimização e gestão de recursos econômicos e sociais mostra-se insuficiente no presente contexto.

A governança territorial identifica na ação local uma alternativa para enfrentar as dificuldades decorrentes da baixa capacidade de financiamento na esfera federal. Assim, os investimentos incidiriam, cada vez mais, com base em negociações entre os poderes locais, incluindo a promoção dos atrativos locais para incentivar o financiamento privado.

Já observamos nos artigos de Abrucio, com base na história dos Estados Americanos, que a competitividade local não necessariamente gera desenvolvimento territorial das regiões. A experiência americana indica que, se o objetivo é desenvolver regiões por meio de seus recursos e ativos territorializados, valendo-se de ferramentas

sociais e políticas, é necessário que se assegurem os padrões sociais de coordenação para que as conquistas de acesso da população sejam preservadas.

Se é difícil para os municípios aplicar o Guia do TCU, a aplicação das ferramentas de governança territorial possui imensos desafios. A aplicação das orientações do TCU vai além das prescrições e diretrizes normativas. Para garantir a sustentabilidade econômica local é preciso ter como referência os costumes e as convenções culturais de cada localidade, o que se realiza com o apoio formal de instituições e organizações voltadas para a governança territorial.

Fato é que os apoios técnicos também podem e devem abordar as possíveis estratégias para compatibilizar os diferentes modos de coordenação entre atores geograficamente próximos em perspectiva de “cesta de produtos”, onde os gestores e conselheiros podem identificar as potencialidades locais para executarem as estratégias mais convenientes.

Diante desses elementos, vislumbra-se que a proposta de Governança do TCU, calcada em perspectivas do G8 (reunião dos oito países mais desenvolvidos) e organizações como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional – FMI e a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE, não condiz mais com os novos desafios que já estão sendo vivenciados pelos municípios brasileiros para construir efetivamente a governança local.

Apesar do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa – IBGC ter lançado novas versões (2004 e 2009) do Código das melhores práticas de governança corporativa, documento que define quatro princípios básicos de governança aplicáveis ao contexto nacional – transparência, equidade, prestação de contas e responsabilidade corporativa –, há uma necessidade de adequação desses princípios.

A transparência, integridade e prestação de contas já não são mais suficientes para garantir a boa governança no setor público. Da mesma forma que a crise fiscal dos anos 1980 exigiu um novo arranjo econômico e político internacional, com a intenção de tornar o Estado mais eficiente, o presente momento exige novos arranjos e articulações interfederativas com vista a garantir a oferta de políticas públicas essenciais à população, como é o caso da política de saúde.



Destaca-se, contudo, que além do aparato normativo constitucional, a política de saúde possui um amplo aparato normativo legal e regulamentador que possibilita enfrentar os desafios contemporâneos. A direção única, estabelecida pela CF/88 e pela Lei nº 8.080/90, garante a possibilidade de enfrentamento de problemas específicos em perspectiva de unidade de padrão de oferta, isso porque a competência de execução dos entes está fundamentada em diretrizes gerais da política de saúde.

No passado, houve uma convergência gradativa de organismos como o IFAC, o CIPFA, a OPM, organizações como o *Independent Commission for Good Governance in Public Services* – ICGGPS, Banco Mundial e o *Institute of Internal Auditors*, para o aperfeiçoamento das condições necessárias para a melhoria da governança nas organizações públicas.

Naquele contexto, houve concordância de que, para melhor atender aos interesses da sociedade, era importante garantir o comportamento ético, íntegro, responsável, comprometido e transparente da liderança; controlar a corrupção; implementar efetivamente um código de conduta e de valores éticos; observar e garantir a aderência das organizações às regulamentações, códigos, normas e padrões; garantir a transparência e a efetividade das comunicações; balancear interesses e envolver efetivamente os *stakeholders* (cidadãos, usuários de serviços, acionistas, iniciativa privada).

Esse movimento resultou em diversos documentos sobre Governança no setor público que orientaram a necessidade de avaliação, direção e monitoramento; assim como às interações entre estruturas, processos e tradições, as quais determinam como cidadãos e outras partes interessadas são ouvidos, como as decisões são tomadas e como o poder e as responsabilidades são exercidos (GRAHN; AMOS; PLUMPTRE, 2003).

Contudo, evidencia-se no presente contexto a capacidade dos sistemas políticos e administrativos locais de agir de forma efetiva para resolver os problemas públicos (PETERS, 2012), o que deve ser feito à luz dos fundamentos constitucionais do federalismo brasileiro que desenhou competências e responsabilidades em consonância com os aspectos históricos, políticos e econômicos das regiões brasileiras.



Nesse novo contexto, os sistemas de Corregedoria, Ouvidoria, auditoria interna, assim como Comissões e Comitês devem ser fortalecidos diante das necessidades de acompanhamento do aperfeiçoamento da governança pública.

Mais do que nunca, as instâncias internas e externas de apoio devem atuar no sentido de aprimorar os princípios e orientações para a governança.

As **instâncias externas de governança** são responsáveis pela fiscalização, pelo controle e pela regulação, desempenhando importante papel para promoção da governança das organizações públicas. São autônomas e independentes, não estando vinculadas apenas a uma organização. Exemplos típicos dessas estruturas são o Congresso Nacional e o Tribunal de Contas da União.

As **instâncias externas de apoio à governança** são responsáveis pela avaliação, auditoria e monitoramento independente e, nos casos em que disfunções são identificadas, pela comunicação dos fatos às instâncias superiores de governança. Exemplos típicos dessas estruturas são as auditorias independentes e o controle social organizado.

As **instâncias internas de governança** são responsáveis por definir ou avaliar a estratégia e as políticas, bem como monitorar a conformidade e o desempenho destas, devendo agir nos casos em que desvios forem identificados. São também responsáveis por garantir que a estratégia e as políticas formuladas atendam ao interesse público, servindo de elo principal com o agente. Exemplos típicos dessas estruturas são os conselhos de administração ou equivalentes e, na falta destes, a alta administração.

As **instâncias internas de apoio à governança** realizam a comunicação entre partes interessadas internas e externas à administração, bem como auditorias internas que avaliam e monitoram riscos e controles internos, comunicando quaisquer disfunções identificadas à alta administração. Exemplos típicos dessas estruturas são a ouvidoria, a auditoria interna, o conselho fiscal, as comissões e os comitês.

**Tanto a governança territorial como a governança colaborativa demandam a indução do ente União na perspectiva do apoio técnico para superar contradições presentes nas diversas etapas do ciclo de políticas públicas.**

A execução da governança territorial aliada à governança colaborativa tem a perspectiva de buscar reduzir falhas e dividir os altos custos de implementação das políticas públicas com soluções construídas pelos diversos grupos de interesse.

Além de reduzir possíveis falhas nas prestações de contas, especificamente para a política de saúde, vislumbra-se aprimoramento no monitoramento contínuo de indicadores de qualidade e produtividade nos estabelecimentos; na qualidade e produtividade individual por categoria; no monitoramento da satisfação do usuário; nos protocolos clínicos e protocolos para qualificação dos encaminhamentos; e na avaliação permanente das barreiras e dificuldades ao acesso dos usuários.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde perpassa o aprimoramento da articulação e cooperação interfederativa que não pode prescindir do apoio da União ao planejamento estadual e municipal de gestão da oferta de serviços de saúde.

A estratégia de descentralização se fortifica no texto constitucional de 1988, ressaltando esta forma nas políticas de saúde, de uma descentralização da gestão e da execução dos serviços de saúde, fornecendo aos cidadãos o devido direito assegurado constitucionalmente.

A inovação trazida na década de 1980 continua a ser uma experiência em construção, com alterações ao texto constitucional original que servem de aprimoramento à gestão pública, seja no âmbito federal, estadual ou municipal.

Na Saúde, esse processo é notório, com as prescrições contidas nas legislações basilares do SUS. Assim, as diretrizes para os processos de regionalização, o Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, a implementação de mecanismos de governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, aprovadas pela Resolução nº 23/2017 da CIT, fortalecem os instrumentos que são formulados para a melhoria das políticas de saúde brasileiras.

As significativas diferenças sociais, culturais e econômicas das regiões e municípios brasileiros reforçam a importância da descentralização, não apenas sobre a prestação de serviços, mas para que a população das localidades, principalmente municípios pequenos que se encontram longe dos centros urbanos, consigam ter um acesso amplo à rede de saúde, de acordo com as necessidades do lugar, de suas especificidades e realidades. Resumindo,

A partir do compromisso firmado pelos governantes na Constituição Cidadã, o provimento de serviços e garantias de direitos humanos tidos como fundamentais se insere nesta lógica de descentralização dos órgãos e das estruturas de poder. Devido às assimetrias regionais de um país tão vasto, pensar as políticas públicas como uniformes para toda a extensão territorial é incorrer em uma homogeneização antidemocrática e antirrepresentativa (LARANJA, 2018, p. 67).



O federalismo contemporâneo, flexível e não encaixotado dentro das concepções clássicas de federalismo dual ou cooperativo alemão, caminham para uma abordagem mais descentralizada, referente aos poderes e à gestão, considerando os aspectos territoriais das localidades que são implementados, elaborando um federalismo que seja assimétrico e único, como forma de corrigir as desigualdades e desníveis das regiões, incorporando elementos endógenos comunitários para a constituição das políticas públicas e da gestão pública. Esses novos arranjos abrem portas para se pensar um desenvolvimento de caráter multifacetado.

Hueglin (2015) coloca com virtudes da adoção de um sistema federalista uma maneira de se evitar abuso de poder através de um novo sistema de pesos e contrapesos; permite a autodeterminação das comunidades; se vale de conhecimento local para resolução de problemas; gera políticas públicas menos onerosas com maior capacidade de experimentação em cada centro de poder; e possibilita que um erro cometido em uma esfera não seja repetido em outra (LARANJA, 2018, p. 38).

O arranjo federativo brasileiro exige de seus entes federativos a capacidade de se trabalhar em cooperação, articulação e integração, criando uma unidade orgânica de relações transversais, como disciplinado no texto constitucional.

Art. 30. Compete aos Municípios:

(...)

VII - prestar, com a **cooperação técnica e financeira da União e do Estado**, serviços de atendimento à saúde da população; (BRASIL, 1988, grifo nosso).

A regionalização da política pública de saúde encontra, na articulação entre os entes federados, um elemento essencial para a gestão do SUS.

A articulação entre os entes deve prever:

- Inserção de novos atores: sociedade civil, empresas e lideranças locais;
- Gestão participativa e inclusiva: atuação ativa de usuários do sistema e disponibilidade de cursos de capacitação para atuação em Conselhos e Fóruns;
- Descentralização: reforçar a relevância de soluções locais, a partir de especificidades e características territoriais;

- Fortalecimento dos governos locais: reconhecimento da CIT como espaço privilegiado para coordenação federativa; e
- Melhoria das relações com o governo central: as relações intergovernamentais precisam estar em harmonia para alcance de objetivos comuns que são materializados nos resultados atingidos.

O Guia do TCU que orienta gestores e conselheiros possui aspectos valorosos nesse processo, mas deve ser complementado com abordagens de governança, linha teórica que será abordada nos próximos produtos, com foco no fato de que governar é um processo eminentemente político-relacional.

**Essa abordagem analisa a governança para além da gestão de riscos, o monitoramento e controle da gestão das políticas públicas. Seu objetivo é analisar e reforçar a construção da legitimidade da ação pública por meio de articulações, participação, parcerias e redes.**

A proposta que será desenvolvida a partir do construto até o presente momento tem o objetivo de contribuir o problema da regionalização do sistema de saúde com uma governança que leva em conta o efeitos das características territoriais, das assimetrias de capacidades e recursos humanos, financeiros, tecnológicos e de estrutura física para o bom desempenho da administração pública.

Na medida em que os municípios apresentem dificuldades para gerir a política pública, é essencial o apoio dos respectivos estados, que, por sua vez, devem ser orientados pela União sobre resultados almejados, conforme orienta as diretrizes da política. O espaço político de articulação da CIT, das CIRs e das CIBs é valioso para debater formas de superação dos problemas comuns.

Diante da orientação da OECD cabe o seguinte questionamento: o que deve ser centralizado e o que deve ser descentralizado para garantir maior eficiência na entrega de uma política pública? E especificamente na política pública de saúde?

A coordenação política da União frente aos gestores locais reduz o acirramento da concorrência de alocação de recursos que tende a ocorrer em conjunturas de ajuste fiscal.

Segundo o Guia do TCU sobre governança, cabe ao ente federal, junto às Secretarias de Saúde, fornecer apoio aos municípios, através das ações de: organizar esse apoio aos municípios; apoiar na execução das atividades atípicas; apoiar o planejamento; prover capacitação; complementar recursos financeiros; e prover apoio logístico para usuários em outros estados (fora do seu domicílio) (BRASIL, 2018).

Sobre os elementos que Informação e Conhecimento, que inclui as Tecnologias de Informação e Comunicação, o Guia (BRASIL, 2018) destaca as seguintes ações que o governo federal deve se valer para auxiliar os municípios: a utilização dos sistemas de informação; utilização de comunidade de práticas, patrocínio da inovação; e apuração e controle de gastos.

Já as trocas de experiência com objetivo de socializar a boa governança devem ocorrer especialmente em apoios técnicos.

O Guia do TCU aponta alguns exemplos de situações que foram identificadas nos municípios e que precisariam de aperfeiçoamento à luz das orientações aos gestores e conselheiros.



## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando. A Coordenação Federativa no Brasil. *Revista Sociologia Política*. Curitiba, 24, p.41-67, junho 2005.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; SANTOS, Adriano Maia dos; SANTOS, Valdomiro da Paixão; SILVEIRA FILHO, Roberto Moreira. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 25, n. 2, p. 320-335, 2016.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo Perspec.*, São Paulo , v. 18, n. 2, p. 17-26, June 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88392004000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000200003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 23 Jan. 2020.

ARRETCHE, Marta. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo. *RBCS* Vol. 14 n.40. Junho 1999.

\_\_\_\_\_. Quando Instituições Federativas Fortalecem o Governo Central? In HOCHMAN, Gilberto; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (Orgs.). *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Economia. Secretaria Especial de Fazenda. Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria. *Mensagem presidencial que encaminha o Projeto de Lei do Plano Plurianual 2020-2023 e seus respectivos anexos*. – Brasília: SECAP/Ministério da Economia, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde Legis - Sistema de*

*Legislação da Saúde*, Brasília, dez. de 2010. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde*, Brasília, set. de 2017. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. *Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde*, Brasília, dez. de 2010. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023\\_18\\_08\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html)

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Portal da Legislação*, Brasília, set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública. Versão 2 – Brasília: TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2014.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. *Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde*. – Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2018.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde. Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011*, 1. Brasília: CONASS, 2011.

CALMON, Paulo; COSTA, Arthur. Redes e governança das políticas públicas. *Revista de Pesquisa em Políticas Públicas*, n.1, julho, 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, Feb. 2007. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso). Acesso: 20 Jan. 2020.



CAVALCANTE, Pedro. *Gestão Pública Contemporânea: do movimento gerencialista ao Pós-NPM*. Texto para discussão (2319). Brasília: Ipea, 2017.

CAVALCANTE, Pedro; PIRES, Roberto. *Governança Pública: Construção de Capacidades para a Efetividade da Ação Governamental*. Nota Técnica n. 24. Brasília: Ipea, julho, 2018.

FUINI, Lucas Labigalini. Compreendendo a governança territorial e suas possibilidades: Arranjos Produtivos Locais (APL) e circuitos turísticos. *Interações*, Campo Grande, v. 13, n. 1, p. 93-104, jan./jun 2012.

GRAHAM, J.; AMOS, B.; PLUPMIRE, T. *Governance principles for protected areas in the 21<sup>st</sup> century*. IUCN, 2003.

IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Perfil dos municípios brasileiros: 2018. – Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2019* – Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

LARANJA, Lara Silva. *Federalismo tridimensional: gestão participativa do SUS – deliberação e democracia nas CIBs e CIT como instrumentos de gestão*. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional). Orientadora: Magda de Lima Lúcio. – Universidade de Brasília, 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

NAKED, Evelin; RABELLO, Maria Celina Guimarães. Administração por Convênios, um instrumento gerencial de políticas – uma análise dos convênios da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 22 (2): 150-8, 1988.

OECD. Organization for Economic Co-Operation and Development. *Man aging across levels of government part one: overview*. 1997. Disponível em: <http://www.oecd.org/governance/budgeting/1902308.pdf> . Acesso em 17 jan. 2020.

SANTOS, Angela Penalva. Autonomia municipal no contexto federativo brasileiro. *Revista paranaense de desenvolvimento*, Curitiba, n. 120, p. 209-230, jan./jun. 2011.



SOARES, Márcia Miranda. Federação, Democracia e Instituições Políticas. *Lua Nova*, n.44. São Paulo, 1998.

PETERS, B. G. Governance as political theory. In: YU, J.; GUO, S. (Eds.). *Civil Society and Governance in China*. New York: Palgrave Macmillan, 2012.

PETERSON, P. *The Price of Federalism*. Washington. D. C.: The Brookings Institution, 1995.