

Federalismo e as Políticas Públicas de Saúde: o Rio de Janeiro em evidência

Federalism and Public Health Policies: the Rio de Janeiro in evidence

Gabriel Silva Rezende

Como citar esse artigo. REZENDE, G. S. Federalismo e as Políticas Públicas de Saúde: o Rio de Janeiro em evidência. *Mosaico - Revista Multidisciplinar de Humanidades*, Vassouras, v. 13, n. 2, p. 34-47, mai./ago. 2022.



Resumo

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e com a consolidação do Estado federativo no Brasil, os municípios ganharam maior protagonismo na condução da política de saúde pelo aumento de suas responsabilidades no planejamento, financiamento, na regulação e prestação de serviços de saúde no âmbito local. Ao mesmo tempo, presenciou-se nos anos subsequentes à aprovação do texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde de 1990, a necessidade de adequação estrutural para a produção de políticas de saúde. Sendo que, no atual contexto de crise financeira que estabelece restrições orçamentárias aos gastos sociais, o Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se em meio a um desafio sem precedentes. Para analisar tamanho impacto de responsabilidades, o artigo propõe conceituar os desdobramentos da dinâmica federativa sobre as políticas públicas, especialmente de saúde, enquanto uma especificidade auferida pela Constituição. Propõe-se também compreender seus desdobramentos na trajetória da saúde no Estado e no Município do Rio de Janeiro, tendo em vista que, comparativamente com outras unidades da Federação, é o que mais possui recursos disponíveis, ao mesmo tempo em que é o que não produz estaticamente os melhores resultados em saúde. Sendo uma consequência, dentre outros fatores, de seu status sui generis, marcado pela ambivalência do município e suas estruturas de ex-capital do país, ex-Estado da Guanabara e atual capital fluminense. Para isso, utilizamos a literatura referente ao tema e a análise qualitativa, de cunho explicativa, no intuito de desvelar as interfaces do federalismo e das políticas públicas de saúde após a promulgação da Carta Magna de 1988 e sua articulação com os entes federados.

Palavras-chave: Federalismo; Políticas Públicas de Saúde; Rio de Janeiro.

Abstract

After the enactment of the Federal Constitution of 1988 and with the consolidation of the federative state in Brazil, municipalities gained greater prominence in the conduct of health policy by increasing their responsibilities in planning, financing, regulating and providing health services at the local level. At the same time, in the years following the approval of the constitutional text and the Organic Health Law of 1990, the need for structural adaptation for the production of health policies was witnessed. In the current context of financial crisis that establishes budgetary restrictions on social spending, the Unified Health System finds itself in the midst of an unprecedented challenge. In order to analyze such an impact of responsibilities, the article proposes to conceptualize the unfolding of the federative dynamics on public policies, especially in health, as a specificity granted by the Constitution. It also proposes to understand its unfoldings in the trajectory of health in the State and Municipality of Rio de Janeiro, considering that, compared to other units of the Federation, it is the one that has the most available resources, at the same time that it is the one that does not statically produce the best results in health. This is a consequence, among other factors, of its sui generis status, marked by the ambivalence of the municipality and its structures of former capital of the country, former State of Guanabara, and current capital of Rio de Janeiro. For this, we used the literature related to the theme and qualitative analysis, of an explanatory nature, in order to reveal how interfaces of federalism and public policies after the promulgation of the Federal Constitution of 1988 and its articulation with the federated entities.

Keywords: Federalism; Public Health Policies; Rio de Janeiro.

Nota da Editora. Os artigos publicados na Revista Mosaico são de responsabilidade de seus autores. As informações neles contidas, bem como as opiniões emitidas, não representam pontos de vista da Universidade de Vassouras ou de suas Revistas.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (CF-1988) trouxe em seu arcabouço, inovações em relação ao arranjo federativo entre a União e os entes federados e, conseqüentemente, novas implicações na dinâmica federativa do país. Estabelecendo especificidades no federalismo brasileiro e intervenientes

Afiliação dos autores

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

* Email de correspondência: gabrielsrezende10@gmail.com

Recebido em: 23/02/2022. Aceito em: 02/06/2022.

desdobramentos sobre as relações intergovernamentais e a produção de políticas públicas.

O tamanho da Federação brasileira e o grau de autonomia de seus membros são únicos. De modo que é composto pela Federação, 26 estados, Distrito Federal e 5.570 municípios¹, que são entes federados autônomos política e administrativamente, com diferentes portes populacionais, desenvolvimento socioeconômico e capacidades estaduais. Além dos desafios inerentes ao modelo de federalismo, à implementação de políticas nacionais e à proteção de direitos, também são derivativos da obrigatoriedade dos textos constitucionais que determinam a atuação conjunta de todos os entes e estabelecem responsabilidades conjuntas, almejando a obtenção da garantia de bens e serviços. Como afirmaram Jaccoud e Vieira (2018), além de exigir um claro compromisso de cooperação entre os municípios, o que representa um grande desafio para a articulação do trabalho da federação, principalmente entre os estados e municípios.

Nesse sentido, o pano de fundo da promulgação da Constituição de 1988 incluiu a descentralização das políticas públicas no âmbito das exigências democráticas das décadas de 1970 e 1980. Dado que, como argumenta Arretche (2002), políticos e intelectuais das mais diversas ideologias concordam que a excessiva tomada de decisão e a centralização dos regimes militares levaram à ineficiência, à corrupção e à falta de participação no processo de tomada de decisão. Desse modo, a descentralização, como valor obtido na redemocratização, produziria eficiência, participação, transparência, prestação de contas (*accountability*²) e outras virtudes esperadas pela gestão pública.

A rigor, após a promulgação da CF-1988, com a consolidação da institucionalização do sistema federal, evidenciou-se a implementação generalizada de programas de descentralização, especialmente em política social. A fim de implementar um plano de descentralização abrangente, a política social transfere grande parte das funções de gestão para os governos estaduais e municipais brasileiros (ARRETCHÉ, 2002; 2012). Não obstante, desde a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), diversos mecanismos de coordenação intergovernamental foram firmados, e responsabilidades conjuntas foram estabelecidas para a implementação de políticas específicas ou gestão de serviços; instâncias e ferramentas foram criadas para o pactuação desses compromissos, bem como o repasse de recursos federais e estaduais vinculados ao município, sendo o Executivo Municipal o principal executor das ações e serviços de saúde (JACCOUD; VIEIRA, 2018). Em alguns casos, o estabelecimento de entraves entre os entes federativos é um agravante, como a falta de cooperação e coordenação intergovernamental e as relações frágeis com a gestão eficaz dos recursos das políticas públicas.

Portanto, o objetivo deste trabalho foi compreender as implicações e os desdobramentos da dinâmica federativa sobre as políticas públicas, especialmente de saúde, enquanto uma especificidade auferida pela CF-1988. Da mesma forma que se destaca a trajetória da saúde no Estado Rio de Janeiro com uma população de 17.463.349 pessoas³ e, notadamente, no município do Rio de Janeiro com 6.775.561 pessoas⁴, que vem sofrendo ao longo dos últimos anos uma grave crise no sistema público de saúde. Sublinhamos o caso do Rio de Janeiro, pois merece especial atenção, tendo em vista a comparação com outras unidades da Federação é o que mais possui recursos disponíveis, ao mesmo tempo que não produz estaticamente os melhores resultados em saúde (perfil e taxa de mortalidade).

A metodologia do presente artigo concentra-se a partir da literatura referente ao tema, por meio de uma análise qualitativa, de cunho explicativa. No sentido de desvelar as interfaces do federalismo e

1 De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), **IBGE/ Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>. Acesso: 11 jul. 2022.

2 *Accountability*, em termos gerais, implica em responsabilidade (objetiva e subjetiva), controle, transparência, obrigação de prestação de contas, justificativas para as ações que foram ou deixaram de ser empreendidas pelas instituições, organizações e demais atores políticos envolvidos (MORAIS; TEIXEIRA, 2016).

3 De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), **IBGE/ Estado do Rio de Janeiro**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/panorama>. Acesso: 11 jul. 2022.

4 Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), **IBGE/ Município do Rio de Janeiro**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>. Acesso: 11 jul. 2022.

das políticas públicas de saúde após a promulgação da Carta Magna de 1988. Do mesmo modo que se fez necessária a complementação metodológica quantitativa ao expormos as estatísticas referentes aos serviços e recursos destinados à saúde entre os entes federados, de forma comparativa.

Para isso, o presente trabalho se dividirá em três seções de análise. A primeira, corresponde ao federalismo e a descentralização do poder do Estado, além da sua inflexão no modelo de políticas públicas, especialmente de saúde. Em segundo, abordamos o direito à saúde e o SUS no contexto da coordenação federativa, bem como as especificidades desveladas na CF-1988 e a Reforma Sanitária dos anos 1990. Por fim, analisamos a infraestrutura e os recursos da saúde no Estado do Rio de Janeiro, em termos comparativos com as demais unidades da federação e os desafios impostos com a descentralização: na gestão, planejamento e orçamento e na implementação do modelo de saúde.

Federalismo e a Descentralização na Produção de Políticas Públicas no Brasil

Durante todo o regime militar, as relações intergovernamentais do Estado brasileiro eram, na verdade, mais próximas das características de um Estado unitário do que de um Estado federal. Tendo em vista que governadores e prefeitos de capitais e grandes e médias cidades não possuíam autonomia política, pois os cargos públicos eram designados por meio da seleção de lideranças militares, ou seja, seu poder político não foi revisto por eleições democráticas livre, isto é, sufrágio universal direto. Além disso, governadores e prefeitos detinham pouca autonomia financeira, pois a centralização instituída pela reforma fiscal de 1960 concentrou os recursos no Governo Federal (ARRETCHE, 2002).

Foi somente no final da década de 1980 que o Brasil restabeleceu a fundação de um Estado federal. A redemocratização, especialmente a restauração das eleições diretas em todos os níveis de governo, e a descentralização fiscal da Constituição de 1988, mudaram profundamente a base de poder dos governos locais (CARVALHO, 1994). Ao mesmo tempo, a descentralização fiscal ampliou significativamente seu poder sobre os recursos fiscais, ação que se deveu ao aumento da parte dos tributos federais, que foram automaticamente transferidos para as prefeituras e que passaram a ter poder tributário sobre as contribuições relacionadas. Portanto, a descentralização envolve particularmente a distribuição das funções administrativas entre os vários níveis de governo. A forma mais diversa que permite a transferência de recursos e a alocação de funções possibilita que um nível específico de governo execute funções de gestão para políticas próprias, independentemente de sua autonomia política e fiscal (ARRETCHE, 2002).

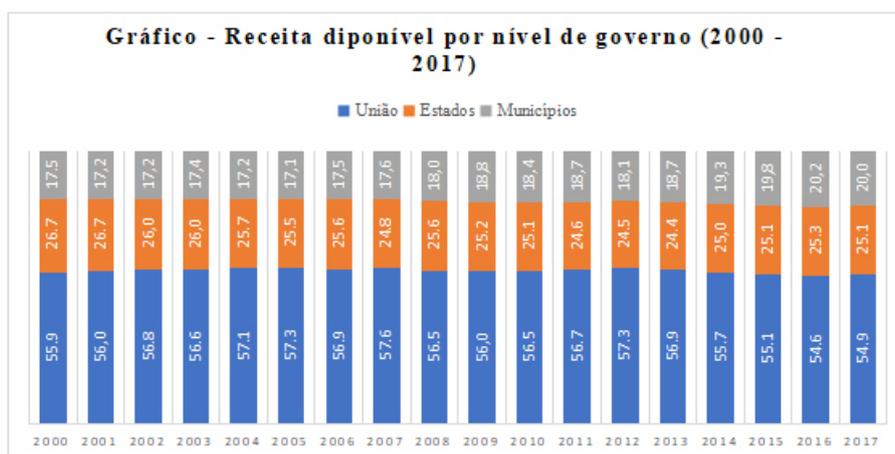
No início dos anos de 1990, segundo Arretche (2002), as instituições políticas federativas, no Brasil, já estavam plenamente instauradas, ao passo que a gestão de políticas públicas iniciou a transição de políticas altamente centralizadas no governo federal (devido ao legado do regime militar), para a cooperação descentralizada entre os entes da federação. Sobretudo, em referência à gestão e ao financiamento das políticas de saúde, habitação, merenda escolar, livro didático, assistência social etc.

É crível salientar que a letargia do processo de descentralização da política social no Brasil, até meados da década de 1990, pode levar a crer que se trata de uma manifestação do poder de veto dos governos locais, o que é plausível. São várias as razões para acreditar que, de fato, estes (no seu conjunto) se recusaram a assumir a responsabilidade, pela gestão das políticas sociais e pretendiam manter a sua autonomia, para utilizar os recursos recém-adquiridos para a descentralização fiscal. No entanto, a capacidade do governo de Fernando Henrique Cardoso de implementar reformas de política social mostra que os governos locais não foram capazes de vetar, de modo extensivo, um plano amplo de transferência de muitas funções de gestão para os municípios (ARRETCHE, 2012).

Isso leva ao indício de que o pressuposto que a Constituição de 1988 propiciou um movimento bastante extenso à descentralização do poder, principalmente, com a noção de municipalização, o que derivaria em um enfraquecimento da União frente às unidades subnacionais e uma atomização dos prefeitos nos municípios, sem nenhum tipo de coordenação política mais ampla, torna-se completamente refutável. Arretche (2012) argumenta que a descentralização profunda nunca ocorreu, porque tal ação teria como resultado a incapacidade de aprovação de algumas leis ou emendas, como a lei de responsabilidade fiscal

(BRASIL, 2000)⁵ (devido ao excesso endividamento dos estados e municípios), bem como a inviabilidade da União coordenar políticas públicas de âmbito municipal como SUS entre outras. Em tese, houve sem dúvidas um processo descentralizador nas políticas públicas, no panorama da execução, já que foi transferida para os municípios a responsabilidade pela infraestrutura urbana, saúde, educação, iluminação pública etc. Todavia, a decisão do desenho dessas políticas públicas permanece centralizado.

De fato, o contexto pós redemocratização renovou o debate sobre as relações entre os entes federativos, como visto. Com a Constituição de 1988 favorecendo os estados e municípios em maior grau. Em questões fiscais, o imposto de renda e sobre produtos industrializados, que juntos somados chegavam a 80% dos impostos federais, vinculando a União à obrigação de transferir 18% para os Estados, 20% para os Municípios e 3% para Programas Regionais nos primeiros anos da década de 1990, segundo Carvalho (1994). No gráfico subsequente evidencia-se dados atualizados sobre a receita disponível em cada nível de governo entre os anos de 2000 a 2017, como podemos perceber, parte considerável desses recursos são destinadas à execução de políticas públicas, principalmente no nível municipal.



Fonte: Gráfico adaptado do Anuário Multi Cidades/Frente Nacional de Prefeitos, 2019.

Por conseguinte, a configuração descentralizada da formulação de políticas públicas no texto constitucional destaca o protagonismo dos atores municipais na arena política e impõe novos desafios ao processo de implementação das políticas públicas. Por um lado, abre possibilidades de transformar as relações Estado-sociedade e de conduzir maiores experimentos em nível local. Por outro, é sabido que grande parte das cidades brasileiras (as menores em população) não possui grande quantidade de renda, depende de repasse de recursos entre governos, tem capacidade limitada para aumentar sua autonomia política e financeira, e não estão sujeitas à descentralização (LIMA, 2013). Isso acarreta dificuldades administrativas em muitas cidades, como treinamento e garantia de pessoal público qualificado, restringindo assim as condições de exercício das prefeituras (SOUZA, 2002).

A descentralização e as relações fiscais

Em termos de relações fiscais, a maioria das ações ocorre entre a União e os municípios, quase sem intermediários estaduais. O repasse estadual por meio do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) é particularmente importante para cidades grandes e médias, regiões com grande

5 A Lei de Responsabilidade Fiscal estabelece um conjunto de normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, mediante ações para prevenir riscos e corrigir desvios que possam afetar o equilíbrio das contas públicas. Disponível em: BRASIL. **Lei Complementar no 101**, de 4 de maio de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm. Acesso em: 11 jul. 2022.

demanda de políticas públicas e regiões com maior população. Porém, de acordo com Lima (2013), embora o principal mecanismo de transferência tributária adotado pelo governo federal seja de natureza redistributiva (transferência automática de fundos de participação municipal e SUS), este domina o repasse regular dos governos estaduais. Em última análise, eles limitam as ferramentas pelas quais os governos estaduais são responsáveis horizontalmente, o que irá obter compensação financeira e reduzir a desigualdade na capacidade de gasto municipal.

Ao passo que é importante predizer que o tratamento uniforme das esferas subnacionais, principalmente os Estados, que estão mais relacionadas à redução relativa de suas receitas, inclusive pelo pagamento de suas dívidas com a União, que foi federalizada no final da década de 1990, são decorrentes da descentralização da política social. Esses fatores, limitam a iniciativa do governo estadual em novos investimentos em infraestrutura e áreas sociais.

Consubstancialmente, Souza (2006) afirma que o Brasil adotou um modelo de federalismo simétrico em uma federação assimétrica. Dois fatores fortalecem ainda mais esse modelo de simetria. Em primeiro lugar, as regras sobre a autoridade, recursos e políticas públicas das entidades locais são capítulos detalhados da Constituição Federal, deixando pouco espaço de manobra para medidas específicas. Em segundo lugar, o Supremo Tribunal Federal (STF) sistematicamente determinou que as constituições e leis estaduais passem a refletir os dispositivos federais ou monopólios federais, o que impõe uma hierarquia de constituições e normas legais, embora a Constituição não estipule claramente tais princípios.

No entanto, apesar da existência de numerosos poderes concorrentes, na prática, ainda existe uma grande lacuna entre as disposições da Constituição Federal e a sua aplicação. O objetivo do federalismo cooperativo está longe de ser alcançado por duas razões principais. Em primeiro lugar, devido às enormes desigualdades financeiras, técnicas e de gestão, os governos locais têm diferentes habilidades para implementar políticas públicas. A segunda é a falta de mecanismos constitucionais ou institucionais que estimulem a cooperação, tornando o sistema altamente competitivo. O que mais se evidencia no federalismo brasileiro, segundo Souza (2006), é a ausência de mecanismos de coordenação e cooperação intergovernamentais, o que acaba inibindo o estabelecimento de canais de negociação que mitiguem a competição entre os entes federados.

Não obstante, conforme analisado por Abrucio (2005), a coordenação federal aqui entendida se dá por meio de expressões, que levam ao estabelecimento de parcerias em diferentes secretarias de governo e diferentes secretarias de políticas públicas. A coordenação é o elemento básico para buscar o equilíbrio entre autonomia e interdependência governamental e amenizar os conflitos existentes entre eles, o que conduz ao modelo essencial de cooperação. Sendo que existem vários mecanismos para coordenar políticas: leis e instrumentos regulatórios projetados para alocar funções e capacidades de gestão; agências federais e mecanismos de negociação intergovernamental; o funcionamento normal das agências representativas; a coordenação e / ou função indutora do governo federal / estadual. No entanto, a dificuldade está na implementação dessas políticas que penetram nas assimetrias intergovernamentais e regionais (LIMA, 2013).

Com efeito, a política social estabeleceu suas próprias características para a divisão do poder e das funções do Estado, bem como para o estabelecimento de mecanismos e instrumentos de coordenação e cooperação. Por exemplo, em termos de política de saúde, foram formulados instrumentos e normas que possibilitam ajustes em nível estadual, diferentes ritmos e situações foram impostos ao processo de descentralização do SUS e a desigualdade nas unidades locais foi respondida com flexibilidade. Por outro lado, enfatiza o estabelecimento e fortalecimento de fóruns de negociação e pactuação entre os gestores do SUS, bem como a gestão compartilhada na área da Saúde.

Contudo, a questão da cooperação intergovernamental é classificada como uma política específica, mesmo que o espaço institucional e os mecanismos, no âmbito mais amplo do Governo Federal, não sejam revistos de forma a criar as condições políticas e econômicas necessárias para a coordenação federal. Basta enfatizar a grave assimetria de poder e a desigualdade entre as esferas de governo. A desigualdade regional é uma característica original da Federação brasileira e, até o momento, sucessivos governos não

abordaram adequadamente essa questão em termos de cooperação e coordenação de políticas públicas (ISMAEL, 2012).

O SUS na coordenação federativa

Conforme mencionado na seção anterior, a Constituição Federal vigente (BRASIL, 1988) determina a autonomia político-administrativa dos entes federados, mas ao mesmo tempo estabelece ações conjuntas e coordenadas na lógica sistemática de implementação das políticas de saúde. Assim, conforme disposto nos artigos 196 e no artigo 198 da CF-1988, a saúde é considerada um direito civil garantido pelo Estado, e tem como princípio a universalidade e igualdade de acesso às ações e serviços de promoção, proteção e restauração. Como um dos meios para garantir esse direito, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado para formar uma rede regional e hierárquica que interliga os serviços prestados pelos órgãos públicos aos diversos entes da Federação, enquanto os órgãos privados utilizam a Lei de forma unificada, observando abordagens complementares (que podem ser empregadas por essas entidades) e seguindo as diretrizes de descentralização, serviços integrados e participação comunitária (JACCOUD; VIEIRA, 2018).

A Descentralização das Políticas Públicas de Saúde

É notável que a Constituição de 1988 levou o Brasil a dar um grande salto político em direção aos direitos de cidadania. Entre a criação oficial do Ministério da Saúde, em 1953, cuja competência concentrava-se fundamentalmente nos programas de controles de epidemias e a promulgação da Lei 8.080 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), que ratifica as diretrizes constitucionais ao atribuir à direção municipal do SUS a competência de “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações de saúde, e gerir e executar os serviços de saúde”, bem como participar do “planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual”, decorreu-se no intervalo de 37 anos (MUÑOZ, 2011, p. 221). Dessa forma, ao longo desse curto espaço de tempo, o Brasil caminhou de um sistema de saúde segmentado com cobertura parcial e com grande parte da população excluída para um sistema público, universal e gratuito.

Para isso, aponta Arretche (2002), a agenda da reforma do desenho constitucional tinha como objetivos universalizar o acesso aos serviços e descentralizar sua gestão. Ou seja, a reforma interrompeu o modelo prévio assentado sobre o princípio contributivo e transferiu aos municípios responsabilidades de gestão da prestação de serviços, mantendo a participação federal no financiamento da política. Objetivando-se, assim, uma reforma que envolvesse o princípio ordenador do direito à saúde e o modelo centralizado de prestação de serviços.

Portanto, a descentralização e a universalização da Política Federal de Saúde e a consequente construção do SUS passaram a ser a norma constitucional da CF-1988. Arretche (2002) afirma que embora o princípio da universalidade do acesso aos serviços públicos de saúde se torne efetivo, logo após a promulgação da Constituição, a municipalização dos serviços significou o processo de reorganização da estrutura dos serviços nacionais, cuja principal consequência foi a transferência das atividades, até então exercidas na esfera federal, para os municípios. Este novo modelo foi baseado na separação entre financiamento e provisão dos serviços, de modo que os fundos ficaram a cargo das três esferas de governo e a prestação dos serviços é da responsabilidade do município (LIMA, 2013). Por conseguinte:

além da determinação para atuação coordenada dos entes da Federação para o funcionamento do SUS, expressa no art. 198, a CF/1988 não deixa dúvidas de que, nesse campo, a autonomia dos municípios e dos estados não é absoluta, uma vez que o cuidado com a saúde foi incluído no rol de competências comuns das três esferas de governo (art. 23) e que a prestação desse tipo de serviço à população pelos municípios deve se dar com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados (art. 30).(JACCOUD; VIEIRA, 2018, p. 11).

Nesse sentido, a Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990) estabelece como órgãos responsáveis pelo desenvolvimento das funções de competência do Poder Executivo na área de saúde o Ministério da Saúde no âmbito nacional, e as secretarias de saúde ou órgãos equivalentes nos âmbitos estadual e municipal. A partir dessa definição, o termo “gestor do SUS” passou a ser amplamente utilizado em referência ao ministro e aos secretários de saúde. Tornando-se o gestor do SUS como a “autoridade sanitária” em cada esfera de governo (LIMA, 2013).

Lima (2013) e Arretche (2002), apontam que a política de saúde desenvolveu um mecanismo próprio de orientação e coordenação, para permitir o ajuste das tensões federais durante a descentralização e regionalização do SUS. A fiscalização desses processos é realizada pelo Ministério da Saúde por meio de padronização, e é confirmada por inúmeros decretos anuais, geralmente relacionados ao mecanismo financeiro, que favorece o cumprimento e implementação das políticas municipais e estaduais.

Sob o prisma dos desafios que o texto Constitucional e a Lei 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) traz para governos subnacionais, destacamos o lapso profundo entre conceber uma ideia e a efetividade do modelo a ser adotado. Visto que definir seu marco jurídico e fazê-lo funcionar em condições eficientes e satisfatórias nem sempre são realidades palatáveis. Principalmente porque, como analisa Muñoz (2011), o SUS atualmente é uma realidade da qual dependem cerca de 70% da população brasileira e, assim, como toda política de Estado requer monitoramento e ajustes permanentes.

Um balanço positivo, a partir da Lei Orgânica da Saúde, é que o acesso aos serviços de saúde, por sua vez, aumentou ao longo das três últimas décadas. O percurso de 30 anos do Sistema Único de Saúde se caracterizou, indubitavelmente, por importantes mudanças na atenção à saúde da população. Desde a ampliação da oferta de serviços e profissionais vinculados ao SUS e das possibilidades de acesso, as mudanças nos padrões de utilização estão entre os principais elementos variáveis, como analisa Viacava *et al.* (2018). Mas, por outro lado, é importante destacar os desafios históricos, dentre os quais estão a relação público-privado na prestação dos serviços de saúde, as marcantes desigualdades regionais e o subfinanciamento são marcas intermitentes ao longo de sua evolução enquanto um sistema coordenado centralizadamente e executado de modo descentralizado pelos governos subnacionais⁶.

Em geral, na análise das funções delineadas para a União, Estados e Municípios nas políticas de saúde evidenciam a ausência de padrões de autoridade e responsabilidade claramente delimitados em diversos campos da política. Do mesmo modo que há o excesso de detalhamento em algumas áreas (por exemplo, a assistência à saúde) e escassez em outras (tais como a de formação de recursos humanos para a saúde). Além disso, na maioria das vezes como ressalta Lima (2013), observa-se uma mistura entre competências comuns concorrentes e específicas, de cada esfera, nos diversos campos de atuação do Estado na saúde, que nem sempre se compatibilizam com a escala de influência da atuação de cada gestor (nacional, estadual, municipal e regional).

Diacronicamente, a Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde também trouxeram uma nova abordagem, conforme já analisado, que introduziram mudanças importantes em vários eixos de ação, como a descentralização da operação do Sistema de Saúde que passa a ser executada no âmbito dos municípios, por intermédio das transferências diretas e automáticas da Receita Federal; a organização dos serviços, fortemente baseada na Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de Equipes de Saúde da Família (ESF), cuja integralidade do sistema deveria ser garantida pela hierarquização dos serviços por níveis de complexidade. O que presume a articulação entre as unidades de serviços municipais, estaduais e federais; e o financiamento, que passou a ser feito por fontes da receita do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e com a inclusão de novas bases, como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), o Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP) e o lucro líquido das empresas, com a criação da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLI) (JACCOUD; VIEIRA, 2018).

Não obstante, a responsabilidade pelo financiamento da saúde, segundo a legislação, deve ser

6 Os entes subnacionais correspondem aos entes da Federação, conforme a redação do Art. 18. da CF/88, sendo eles o Município, os Estados Federados e o Distrito Federal. Para mais dados e informações ver: Viacava *et al.* (2018).

compartilhada pelas três esferas de governo. Lima (2013) assevera que a definição legal de um orçamento da seguridade social, as características do sistema tributário e as desigualdades da federação brasileira evidenciam a importância do financiamento federal na saúde. É notório que o peso do governo federal no financiamento da saúde ainda é importante, embora a participação relativa da esfera federal no gasto público em saúde tenha diminuído gradativamente desde o início da década de 1990, ao mesmo tempo em que se contabiliza o aumento relativo da participação dos municípios e dos estados, conforme previsto a partir das Diretrizes Constitucionais de Descentralização dos Serviços entre as Unidades Federativas.

Contudo, grande parte dessas transferências é condicionada ou vinculada a programas específicos, o que restringe o poder de decisão dos demais gestores, das três esferas, sobre os recursos transferidos e limita a capacidade da União em reduzir as desigualdades nas condições de financiamento em saúde dos estados e municípios (LIMA, 2013).

Nesse contexto, as condições para um projeto de descentralização eficaz para atingir os objetivos da Política Nacional de Saúde - ou seja, garantir o acesso universal às ações e serviços de saúde e uma atenção integral que atenda às necessidades e exigências de diferenciação populacional - não têm sido garantidos. Em consequência, os resultados da descentralização da saúde brasileira são contraditórios e altamente dependentes dos pré-requisitos locais. Conforme Souza (2002) apontou, as características dos sistemas de saúde descentralizados são muito diferentes em todo o país, refletindo as diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais para a prestação de cuidados de saúde, bem como as diferentes regulamentações políticas de governadores e prefeitos.

Em relação à gestão municipal, Mello *et al.* (2007 apud LIMA, 2013) enfatizam questões políticas e institucionais, como descontinuidades políticas, fragilidades técnicas e alta rotatividade de secretários municipais. Com isso, foram diagnosticadas as fragilidades estruturais e técnicas das secretarias estaduais e municipais de saúde, o que acaba refletindo o papel dos governos estaduais e municipais, que muitas vezes sofrem com crises fiscais recorrentes e até abandonam a agenda da saúde e seu papel de articulação da produção políticas públicas para a população.

Tendo em vista esse cenário, analisaremos na próxima seção o caso das políticas públicas de saúde no Rio de Janeiro, tendo em consideração que comparativamente em relação a outras unidades da federação o estado do Rio de Janeiro é o que possui mais recursos (maior quantidade de leitos, de médicos e mais gastos públicos com saúde), sem, contudo, produzir os melhores resultados de saúde.

O Caso do Rio de Janeiro na Produção de Políticas Públicas de Saúde

Na análise de Jacob, Hees e Waniez (2015), o Estado do Rio de Janeiro e, principalmente, sua capital homônima, constituem um desafio para aqueles que almejam compreender sua verdadeira dimensão. No caso do município do Rio de Janeiro, ao lado da imagem de paraíso tropical existe uma cidade com acentuados contrastes sociais.

De fato, o cenário fluminense nos últimos cinco anos, apresentou o crescimento da criminalidade em níveis alarmantes. De acordo com Instituto de Segurança Pública (ISP) foram 5.033 mortes violentas, em 2016. Isso significa um número cerca de 20% maior do que em 2015, e o Estado, por sua vez, recorre à intervenção das Forças Armadas, desde 2007. A grave crise fiscal que assolou o Estado com déficit superior a 17 bilhões de reais, motivou o decreto de calamidade financeira em maio de 2016. Ao passo que o ajuste fiscal proposto, compromete a prestação de serviços essenciais à população, com os hospitais e unidades de saúde, já sucateados - estendendo a dificuldade também na maioria dos municípios - que não têm conseguido renovar contratos com prestadores de serviços e se veem forçados a suspender certas atividades; e o desemprego que atingiu em 2016, mais de 960 mil pessoas que estavam à procura de emprego em todo o Estado (GRACINO JÚNIOR; REZENDE, 2020). A pesquisa do Plano Nacional de Domicílios (Pnad), divulgada pelo IBGE, apontou ainda que em 2015 a taxa de desemprego chegou a 13,4%, na Região Metropolitana do Rio, a taxa de desemprego saltou de 7,7% para 13, 2%. Na capital, o

índice dobrou em um ano, passando de 5,2% para 10,4%⁷.

Além disso, após a promulgação da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, a partir de 2016, a situação se tornou mais difícil, impondo uma agenda severa ao sistema previdenciário e com forte impacto na saúde. O novo sistema fiscal aprovado pelos parlamentares da Câmara dos Deputados e do Senado congelou os principais gastos federais nos próximos 20 anos e afetou gravemente os direitos sociais, estimando-se a diminuição da proporção dos gastos federais em saúde de 1,8% para 1,45% ou 1,2% ou 0,99%, a depender da taxa de crescimento do PIB (O'DWYER *et al.*, 2019).

Diante desse cenário de intensificação dos constrangimentos econômicos e sociais, observamos como o Estado do Rio de Janeiro, tem sido o epicentro de diversas crises no país. Potência petrolífera, sede de megaeventos (como a Jornada Mundial da Juventude em 2013, a Copa do Mundo de 2014, os Jogos Olímpicos de 2016 entre outros) e fonte de diversos escândalos políticos. Sob o prisma de competência de políticas públicas, esta seção analisa alguns elementos acerca do diagnóstico do setor de saúde no Rio de Janeiro, tais como infraestrutura e recursos, utilização dos serviços públicos e os resultados comparados com outras unidades da Federação.

O Rio de Janeiro em Evidência: Breves Apontamentos sobre a Política de Saúde

Em termos de infraestrutura e recursos comparado com outras unidades da Federação, o Estado do Rio de Janeiro possui a maior quantidade de médicos e leitos por habitantes e tem também um dos maiores gastos públicos com saúde. Segundo os dados de Muñoz (2011), relativos ao ano de 2010, a população do Estado correspondia a um total de 8% do total do país e, para essas pessoas, estariam disponíveis 32% dos leitos públicos federais. Só no município do Rio, com uma população de 6.718.903 pessoas, existiam 4.064 leitos públicos federais, que correspondiam a 83% do total disponível no Estado e 20% no total do país. Essa foi uma tendência também observada em outras unidades da federação, muito possivelmente devido à ênfase do modelo de Atenção Primária em Saúde (APS), cuja estratégia prioritária se baseia nas Equipes de Saúde da Família (ESF).

Sendo assim, ao comparamos neste mesmo período os Estados da Região Sudeste, o número de profissionais de saúde por habitantes no Estado do Rio de Janeiro é relativamente maior, contava com 3,4 profissionais por habitante, quando Minas Gerais era 1,7, em São Paulo, 2,4, e no Espírito Santo em torno de 1,8. Enquanto a média brasileira correspondia a 1,8; e Muñoz (2011) ressalta que o Rio de Janeiro possuía 6.457 estabelecimentos de saúde, sendo 36% públicos e 64% privados. Sendo que dos 1.658 estabelecimentos de diagnose e terapia do estado, 95% eram privados e, destes, apenas 21% atendiam pelo SUS. De acordo com a autora, tais dados explicariam o mercado ativo de vendas de plano de saúde estritamente ambulatoriais, sem internação, para que os usuários do SUS pudessem fazer exames fora do sistema sem interromper o tratamento. Em relação as áreas cobertas pela ESF, os dados levantados pela autora correspondem que 33% da população do estado do Rio foi coberta e, no município do Rio de Janeiro, apenas 13% (MUÑOZ, 2011).

No quadro abaixo trazemos alguns dados mais recentes sobre os efeitos da crise econômica, política e da saúde no Município do Rio de Janeiro, entre os anos de 2016 a 2018, ou seja, uma atualização dos dados trabalhados por Muñoz. O período analisado por O'Dwyer *et al.* (2019), tem como recorte temporal iniciado no ano de 2016, pela maior disponibilidade de todos os parâmetros analisados e por ter sido o ano da publicação da EC nº 95/2016, por conseguinte, finalizado no ano 2018, devido ser o levantamento dos últimos dados atualizados publicados naquele período.

7 Dados do Plano Nacional de Domicílios (Pnad) compilados pelo G1 - Globo. Disponível em: <https://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/taxa-de-desemprego-no-rj-chega-a-134-maior-taxa-registrada-pelo-ibge-desde-2012.ghtm> . Acesso em: 22 jun. 2020.

Quadro. Efeitos da crise da saúde no Município do Rio de Janeiro, entre os anos de 2016 a 2018.

Dimensões	Parâmetros	Pontos de Atenção de Referência	Unidade de Medida	2016	2017	2018
Acesso	Cobertura populacional de Equipes de Saúde da Família	APS	Percentual	68,60%	70,90%	64,90%
	Cobertura populacional de Equipes de Saúde Bucal	APS	Percentual	32,00%	30,60%	27,10%
Recursos Humanos	Equipes de Saúde da Família sem médicos	APS	Percentual	5,90%	3,60%	8,00%
	Médicos Total	Todos	N° profissionais	9.906	9.742	8.778
	Médicos APS	APS	N° profissionais	2.774	2.740	2.435
	Agentes Comunitários de Saúde	APS	N° profissionais	6.803	6.642	5.935
Regulação e Gestão	Tempo de resposta de ambulância para urgências da Atenção Primária	Todos	Horas	01:18:13	01:56:06	03:06:00
	Leitos municipais cadastrados no SCNES	AH	Unidade	4.742	4.617	4.351
	Oferta de leitos ao sistema de regulação	AH	Unidade	20.003	16.329	13.754
	Oferta de vagas para exames e consultas com especialista	AE	Unidade	1.425.101	1.283.642	1.211.752
	Média de solicitações pendentes para consultas e exames com mais de 90 dias de inserção no sistema de regulação	AE	Unidade	115.967	93.690	148.649
	Cirurgias realizadas	AE e AH	Quantidade aprovada	622.501	558.539	519.500
Financiamento	Despesa líquida com Ações e Serviços Públicos de Saúde por ano	Todos	Reais	R\$5.396.084,96	R\$5.000.750,79	R\$3.381.462,22
	Receita própria destinada às Ações e Serviços Públicos de Saúde	Todos	Percentual	25,50%	25,80%	21,10%

Fonte: Quadro adaptado de O'Dwyer *et al.*, 2019. Legenda dos pontos de Atenção de Referências: APS - Atenção Primária em Saúde; AH - Atenção Hospitalar; AE - Atenção especializada; Todos - Todos os pontos de Atenção.

Dessa forma, temos as seguintes informações, a partir dos dados compilados de O'Dwyer *et al.* (2019): os leitos do Município do Rio de Janeiro cadastrados, sofreram redução de 3,6% entre 2016 e 2017, e de 5,8% entre 2017 e 2018. A oferta de leitos ao sistema de regulação caiu 18,4% no período 2016- 2017 e 15,8% no período 2017-2018. Esse cenário de diminuição da disponibilidade de leitos para o sistema de regulação caracteriza a dificuldade de acesso ao leito hospitalar na Rede de Urgências do município. Enquanto a oferta de vagas para exames e consultas com especialistas teve decréscimo de 9,9% no período 2016-2017 e de 5,6% no período 2017-2018. Sendo que a média mensal de solicitações pendentes no sistema de regulação teve uma elevação de 58% entre 2017 e 2018. Os dados do quadro também demonstram que as cirurgias realizadas sofreram encolhimento de 10,3% no período de 2016-2017 e de 7,0% no período de 2017-2018, totalizando 16,5% no período.

Visto isso, na tabela a seguir apresentamos os dados de financiamento, seguidos do balanço dos

efeitos da crise financeira sobre as dimensões envolvidas na gestão e provisão de serviços de saúde no município do Rio de Janeiro entre os anos de 2013 a 2018.

Tabela. Receitas e Despesas relacionadas às Ações e Serviços Públicos de Saúde no Município do Rio de Janeiro, 2013 - 2018¹ (em milhares de reais)

Ano	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Transferência de Recursos SUS da União	1.826.875	1.746.881	1.465.522	1.541.717	1.417.807	1.539.006
Atenção Básica	410.701	404.410	367.087	413.372	392.548	411.132
Atenção De Média e Alta Complexidade	1.295.753	1.198.424	1.003.005	1.003.802	916.912	963.339
Impostos e Transferências constitucionais e legais vinculadas à saúde	16.628.582	16.048.550	15.368.820	14.701.235	14.107.672	14.632.255
Municipais	12.420.874	11.970.429	11.510.686	11.061.656	10.578.248	10.921.325
Estaduais	3.866.991	3.740.556	3.577.326	3.340.007	3.246.768	3.421.155
União	340.717	337.565	280.807	299.572	282.656	289.776
Despesas Total com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)	5.205.984	5.091.907	4.897.081	5.396.085	5.000.751	3.381.462
Despesas com Recursos Próprios	3.230.169	3.339.564	3.216.437	3.746.410	3.627.571	3.086.726
Percentual de recursos próprios aplicados em ASPS	19,40%	20,80%	20,90%	25,50%	25,70%	21,10%

Fonte: Tabela adaptada de O'Dwyer *et al.*, 2019.

Podemos perceber que de 2013 a 2017 as transferências de recursos SUS da União obtiveram decréscimos em 2014, 2015 e 2017, em uma variação de 4%, 16% e 8%, respectivamente. De modo que as transferências da União relacionadas à Atenção Primária e à Alta e Média Complexidade enfrentaram reduções em 2014, 2015 e 2017, de 2%, 9% e 5% para Atenção Primária à Saúde (APS) e 8%, 16% e 9% para a Alta e Média Complexidade. Em 2018, essas transferências começam a aumentar, sinalizando uma recuperação parcial, muito embora, sem retornar aos patamares de 2013-14. Não obstante, o município reduziu o percentual de aplicação de recursos próprios em saúde em 2018, saindo de 25,7% para 21,1% (O'DWYER *et al.*, 2019).

É notório, ao analisarmos o quadro e a tabela, que a austeridade praticada, especialmente relacionada ao contingenciamento e a impossibilidade orçamentária de gastos e investimentos (não só pela gestão municipal, mas com os efeitos da EC nº 95/2016), implicou na mitigação do desempenho do sistema de saúde e acarretando o tensionamento de interromper a centralidade da agenda de consolidação da atenção primária com realinhamento da ênfase na atenção hospitalar. A crise anunciada no Estado e, principalmente, no Município do Rio de Janeiro é, de fato, uma crise política, social e financeira.

Em adição histórica, o Município do Rio de Janeiro apresenta-se – *mutatis mutandis* – como uma unidade federativa em constate processo de reformulação. Ora como capital do País, depois como um Estado que correspondia o tamanho do Município do Rio de Janeiro, denominado Estado da Guanabara, e, por último, como Município e capital do Estado do Rio de Janeiro⁸. Nesse sentido, a ambivalência das funções da cidade e seus respectivos entraves, diz respeito desde a fusão dos Estados do Rio de Janeiro e da

⁸ Após a Proclamação da República em novembro de 1889, o Rio de Janeiro teve a seguinte trajetória: Distrito Federal republicano (1889-1960); estado da Guanabara (1960-75); e município do Rio de Janeiro (de 1975 em diante). O que nos remete a uma questão delicada sobre qual o lugar que a cidade ocupa na federação brasileira, tarefa hercúlea que foi muito bem desenvolvida e analisada pela pesquisadora Marly da Silva Motta do CPDOC – FGV. Ver: MOTTA, Marly Silva da. **O lugar da cidade do Rio de Janeiro na federação brasileira: uma questão em três momentos.** Rio de Janeiro: CPDOC, 2001.

Guanabara, em 1975⁹, e a política de descentralização do SUS como uma dificuldade adicional. Gerschman (2004 apud MUÑOZ, 2011, p. 222) argumenta que:

...nasce nos anos 70, com a fusão, um conflito federativo entre o município e o estado que se alastra até o presente... Esse conflito induz a não integração e disputas entre o estado e seu município-sede que interferem nas relações federativas enfraquecendo a atuação político-governamental nas duas esferas administrativas... Se esvai a intervenção e definição do município e do estado na implementação da política de saúde. Essa condição abre espaço para o estabelecimento de alianças temporárias e circunstâncias, segundo o interesse político em jogo (GERSCHMAN, 2004 apud MUÑOZ, 2011, p. 222).

Não obstante, a ausência de articulação entre as esferas de governo favorece a duplicidade de funções e esforços, desagrega processos naturalmente integrados que são típicos da assistência à saúde. Ocasionalmente o agravamento das condições existentes em contraste com as necessidades de recompor alianças que garantam a articulação do novo modelo de atenção à saúde – após a CF-1988 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990. Por certo, assevera Muñoz (2011), houve uma pouca evolução na questão do planejamento regional e as regiões metropolitanas, continuam convivendo com problemas conhecidos de sobrecargas e concentração de serviços nas Unidades de Saúde, sendo a região metropolitana do Rio de Janeiro um dos casos mais perceptíveis. É evidente que governos estaduais sujeitos a recorrentes crises fiscais e, em muitos casos, com abandono da agenda da saúde não conseguem cumprir o papel estratégico e essencial de coordenar as políticas regionais em nome de maior equalização.

No caso do Rio de Janeiro, a desarticulação entre as diferentes esferas do governo comprometeu os resultados de saúde da população. O simples fato de possuir mais recursos em comparação a outras unidades federativas, como mencionado anteriormente, não implica, obrigatoriamente, em mais eficiência ou melhores resultados. Ou seja, as respostas para os principais problemas surgem da capacidade de identificar melhor as causas e priorizar as intervenções com maior impacto. Soma-se a esse aspecto a não eficiência em solucionar as falhas de governança, devido a fragmentação do processo de planejamento, orçamento e alocação dos recursos e a ausência de autonomia gerencial pelas falhas de incentivo e de responsabilização que possam se refletir na conduta dos servidores, de modo geral. Muñoz (2011) também enfatiza, a ausência de responsabilização e de incentivos, por parte de gerentes e pessoal, pelo seu comportamento com relação à gestão de recursos, para prestar serviços com qualidade e eficiência. São, de fato, grandes problemas que requerem coordenação e boa gestão. Não quer dizer que não possam ser solucionados, mas necessitam de maior credibilidade e eficiência para enfrentá-los proporcionalmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido à assimetria regional no Brasil, a relação entre federalismo e descentralização da política social não é a mesma. Portanto, a descentralização dessas políticas geralmente ocorre não por meio de disputas de crédito político entre governos em todos os níveis, mas por meio da indução do governo federal. Dessa forma, quando o governo federal coleta condições institucionais para formular e implementar planos de transferência de atribuições aos governos locais, ocorre a descentralização das políticas públicas.

Desta maneira, ao longo da década de 1990, o governo federal teve muito sucesso em transferir a responsabilidade pela gestão da atenção primária à saúde para os municípios brasileiros. De modo que, a descentralização e universalização da política federal de saúde e a consequente construção do SUS passaram a ser a norma constitucional da Constituição de 1988.

Nas políticas públicas de saúde, verifica-se um grau elevado de compartilhamento de funções entre os governos estaduais e municipais, e frente ao elevado número de municípios e assimetrias entre eles, auferindo maior coordenação e cooperação entre os entes federados. Em síntese, o Ministério da Saúde continuou a ter uma função importante na condução da política nacional de saúde, por meio da indução

9 Para mais informações ver em: MOTTA, Marly da Silva. A fusão da Guanabara com o Estado do Rio de Janeiro: desafios e desencantos. In: FREIRE, Américo; SARMENTO, Carlos Eduardo; MOTTA, Marly da Silva (organizadores). **Um Estado em questão**: os 25 anos do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010. p. 19- 56.

e regulação de políticas, exercendo seu poder sobre outras esferas de governo, prestadores de serviços e alguns mercados em saúde. Os municípios ganharam maior protagonismo na condução da política de saúde pelo aumento de suas responsabilidades no planejamento, no financiamento, na regulação e na prestação de serviços de saúde no âmbito local.

Embora o princípio do Direito Universal de acesso aos Serviços Públicos de Saúde passou a ter validade com a promulgação da Constituição, num processo que impactou a reimplantação da estrutura nacional de organização dos serviços, cuja principal consequência foi a transferência de atividades até então desempenhadas pelo nível federal para os municípios. Presenciou-se nos anos subsequentes da aprovação do texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde de 1990, a necessidade de adequação estrutural para a produção de políticas de saúde. Sendo que no atual contexto de crise financeira, que estabelece restrições orçamentárias aos gastos sociais, o SUS encontra-se em meio a um grande desafio sem precedentes. As dificuldades se incrementam a partir de 2016, após a promulgação da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, ao impor uma agenda austera ao Sistema de Seguridade Social, com efeitos diretos para a Saúde. O novo regime fiscal congela o gasto primário federal nos próximos 20 anos, afetando gravemente os direitos sociais constituídos. A austeridade fiscal no Brasil vem acompanhada de uma consequente perspectiva de redução de investimento em programas sociais (como as Equipes da Saúde da Família) podem impactar fortemente na vida da população, especialmente as parcelas mais vulneráveis.

Ao mesmo tempo que casos como o do Rio de Janeiro, em comparação com outras unidades federativas, possuem mais recursos (leitos de hospitais, médicos, gastos com a saúde), mas não produz melhores resultados em saúde pública. Visto que, possuir mais recursos em comparação a outras unidades federativas, não implica, necessariamente, em mais eficiência ou melhores resultados. Torna-se perceptível que a desarticulação entre as diferentes esferas do governo, a falta de responsabilização e incentivos de gestores e servidores, a clara distinção de competências entre governos e ausência de cooperação – notadamente em regiões metropolitanas – comprometeram os resultados de saúde da população. Talvez, a chave para o êxito do federalismo dependa, cada vez mais, da combinação entre a autonomia (autodeterminação dos entes federados) e a cooperação (resolver conflitos cotidianos de natureza vertical e horizontal), mas, para isso, é preciso mitigar a competitividade e os conflitos e, notadamente, de agentes políticos dispostos a fazê-la.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando Luiz. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, n. 24, p. 41-67, 2005.
- ARRETCHE, Marta. **Democracia, Federalismo e Centralização**. Rio de Janeiro: Editora FGV/ Editora Fiocruz, 2012.
- ARRETCHE, Marta. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **Dados**, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 11 jul. 2022.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, que altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 de dezembro de 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 11 jul. 2022.
- BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 de maio de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.

htm. Acesso em: 11 jul. 2022.

CARVALHO, José Murilo de. **O Federalismo Brasileiro em Perspectiva Histórica**. Rio de Janeiro, Mimeo: 1994. 37 p.

G1 – Globo. **Taxa de desemprego no RJ chega a 13,4%, maior registrada pelo IBGE desde 2012**. G1, 23 fev. 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/taxa-de-desemprego-no-rj-chega-a-134-maior-taxa-registrada-pelo-ibge-desde-2012.ghtml>. Acesso em: 22 jun. 2020.

JACCOUD, Luciana; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Federalismo, Integralidade e Autonomia no SUS**: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. Brasília: IPEA, 2018.

JACOB, Cesar Romero; HEES, Dora Rodrigues; WANIEZ, Philippe. **Atlas das condições de vida na Região Metropolitana do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE/ Panorama**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>. Acesso: 11 jul. 2022. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **IBGE/ Estado do Rio de Janeiro**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/panorama>. Acesso: 11 jul. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE/ Município do Rio de Janeiro**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>. Acesso: 11 jul. 2022.

ISMAEL, Ricardo. Celso Furtado, da economia à política. In: MARTINS, Paulo Emílio Matos; MUNTEAL, Oswaldo. **O Brasil em evidência**: a utopia do desenvolvimento. Rio de Janeiro, Editora PUC-Rio; FGV, 2012.

LIMA, Luciana Dias. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In: FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

MORAIS, Leonardo; CARVALHO TEIXEIRA, Maria. Interfaces da Accountability na Administração Pública Brasileira: Análise de uma Experiência da Auditoria Geral do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Eletrônica de Administração**, v. 22, n. 1, p. 77–105, 2016.

MUÑOZ, Flavia Poppe de. A saúde no Rio de Janeiro: o velho compromisso pendente. In: URANI, André; GIAMBIAGI (organizadores). **Rio**: a hora da virada. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p. 213-226.

O'DWYER, Gisele *et al.* A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4555-4567, 2019.

GRACINO JUNIOR, Paulo.; REZENDE, Gabriel. A vez dos eleitos: religião e discurso conservador nas eleições municipais do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de História das Religiões**, v. 13, n. 38, 11 ago. 2020.

SOUZA, Celina. Desenho Constitucional, instituições federativas, e relações intergovernamentais no Brasil pós-1988. In: FLEURY, Sonia (org.). **Democracia, Descentralização e Desenvolvimento**: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2006. p. 187-211.

SOUZA, Celina. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7. n. 3, p. 431-442, 2002.

VIACAVA, Francisco *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.