

# Reflexões sobre descentralização do SUS e o direito à saúde

## Reflections on SUS decentralization and the right to health

### Isabela Tavares Amaral

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro na área de Política, Planejamento e Administração em Saúde- UERJ, Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Enfermeira e Especialista em Saúde da Família pela UFF, e Professora da Área de Saúde Coletiva do Instituto de Enfermagem do Centro Multidisciplinar da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) Macaé, RJ, Brasil;  
E-mail: isabela.t.amaral@gmail.com; ORCID: 0000-0003-4043-6020

Contribuição dos autores: A autora delineou estudo, desenvolveu a pesquisa e a escrita textual que foi parte de capítulos teóricos de sua Tese de Doutorado em Saúde Coletiva intitulada: “A judicialização do direito à saúde e o diálogo entre instituições jurídicas e políticas: um estudo de caso sobre a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro”, defendida em 2022, no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro – RJ, Brasil. A autora também fez a revisão final do manuscrito antes de submetê-lo. Se responsabiliza pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: A autora declara não possuir conflito de interesses.

Recebido em: 09/08/2023

Aprovado em: 07/10/2024

Editor responsável: Julio César Schweickardt

**Resumo: Objetivo:** O objetivo do presente ensaio teórico é desvelar se existe uma interface associativa entre a descentralização do SUS e a efetivação do direito à saúde no Brasil. **Método:** O presente ensaio deriva de reflexões tecidas no desenvolvimento da etapa teórica de uma Tese de Doutorado, que buscou analisar um estudo de caso acerca de uma experiência entre instituições políticas e jurídica. **Resultados:** Há uma complexidade de contextos históricos e fatores sociais que configuram o direito à saúde como um fenômeno social, que, embora forjado em robusto arcabouço jurídico, na prática, nem sempre corresponde àquilo que se cristalizou enquanto norma. Entende-se que, para o contexto brasileiro, a descentralização por si só como uma diretriz organizativa da gestão do SUS, visando à municipalização dos serviços sem o provimento das condições adequadas para tal, pode inclusive incrementar os desafios postos à efetivação do direito à saúde no Brasil. **Considerações finais:** É preciso encontrar meios de fortalecimento da gestão pública municipal e estadual, incluindo a possibilidade de aumento dos gastos no setor saúde, ao contrário da opção estatal legitimada na EC 95. De outra forma, a descentralização nunca evidenciará a potência do controle social e da capacidade de uma gestão local fortalecida em um contexto tão heterogêneo de distribuição de recursos e permeado pelas heranças dos “ismos” que remontam a história da formação da burocracia pública no Brasil. São necessárias contribuições científicas que possam nortear ações político-institucionais que tornem a saúde um direito constitucional a ser priorizado.

**Palavras-chave:** Direito à Saúde; Gestão em Saúde; Sistema Único de Saúde; Políticas Públicas de Saúde.

**Abstract: Objective:** The objective of this theoretical essay is to reveal whether there is an associative interface between the decentralization of the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) and the realization of the right to health in Brazil. **Method:** This essay is based on reflections developed during the theoretical stage of a Doctoral Thesis, which sought to analyze a case study concerning interaction among political and legal institutions. **Results:** There is a complexity of historical contexts and social factors that render the right to health a social phenomenon, which, although forged within a robust legal framework, in practice, does not always align with its normative crystallization. It is posited that within the Brazilian

context, decentralization as an organizational directive of SUS management, aiming for the municipalization of services without providing adequate conditions may indeed even the challenges posed to the realization of the right to health in Brazil. **Final considerations:** It is necessary to find means to strengthen municipal and state public management, including the possibility of increasing health sector expenditures, contrary to the state option legitimized in Constitutional Amendment 95 (Emenda Constitucional 95- EC 95). Otherwise, decentralization will never reveal the potential for social control and the capacity of a strengthened local management in such a heterogeneous context of resource distribution, influenced by the legacies of “isms” that trace back to the history of the formation of public bureaucracy in Brazil. Scientific contributions are essential to guide political-institutional actions that prioritize health as a constitutional right.

**Keywords:** Right to Health; Health Management; Health Unic System; Health Policy.

## INTRODUÇÃO

A compreensão da saúde, como direito no Brasil, tem seu marco com o movimento de Reforma Sanitária, sobretudo na expressão política da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que viabilizou, em 1988, a inserção do capítulo “Saúde” na Constituição. Desde então, o processo de efetivação desse direito vem se consolidando em paralelo ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no país.

Nesse sentido, diversos percalços vêm surgindo nessa trajetória como complicadores que, somados aos desafios inerentes de “ser Brasil”- como, por exemplo: dimensão territorial, desigualdades sociais e disparidades regionais, tornam a experiência brasileira de um sistema universal de saúde extremamente singular e complexa.

A questão do acesso aos serviços de saúde no Brasil parece já ser parte de um “senso comum”, traduzido nas “longas filas de espera” que protagonizam notícias veiculadas pela imprensa, e que permeiam o imaginário social na associação ao serviço público no Brasil de um modo geral.

Considerando a coexistência do SUS com os chamados “Planos privados de Saúde”, que hoje atendem 26,3% da população brasileira <sup>1</sup>, em termos dos serviços de saúde disponíveis de um modo geral, conforma-se um acesso extremamente segmentado da população com diferenciadas condições e utilização dos serviços. Uma vez que quem possui planos privados de saúde pode também acessar o SUS. Além disso, o próprio SUS possui ofertas de serviços disponibilizados de modos diferentes ao longo do território nacional, nem sempre coerentes com um planejamento que considere efetivamente atender às necessidades de saúde das pessoas.

Sendo assim, a desigualdade no acesso aos serviços pode ser analisada tanto do ponto de vista do modo de coexistência dos sistemas: público e privado e como as condições sociais e econômicas determinam a facilidade ou dificuldade de acesso a serviços de maiores densidades tecnológicas, quanto do ponto de vista da suficiência de disponibilidade da oferta dos serviços, de acordo com a localização territorial de onde se vive. Ressalta-se ainda que o fator “território onde se vive” pode determinar que tipos de serviços de saúde são ou não acessíveis em tempo oportuno de preservação da vida.

Nesse aspecto, questiona-se como garantir um acesso universal e igualitário em um país com 5.570 municípios de características socioeconômicas e capacidades de gestão tão diferente. Há de se admitir que, no Brasil, faz diferença onde você adocece.

Além do desafio do acesso aos serviços de saúde, vale ainda mencionar o desafio da integração entre estes. Seja entre a rede pública e privada ou mesmo dentro do próprio SUS. Em um debate acerca da conformação histórica dos sistemas de saúde da América Latina, Levcovitz e Couto<sup>2</sup> afirmam que, apesar da expansão da oferta médico-assistencial estatal, com significativa expansão do setor público incluindo emergências, saúde pública e programas de combate a doenças infecciosas, houve uma incorporação parcial de características originadas do Welfare State, “simultâneas à livre expansão da assistência médico-hospitalar privada, [...] posteriormente, organizada na forma de planos/seguros de pré-pagamento individuais, familiares ou empresariais.” Para eles:

Esse processo consolidou a fragmentação operacional dos nossos sistemas, reforçada por múltiplos fatores: desigualdades socioeconômicas profundas;

estratificação das classes sociais e segregação de grupos da população; [...] debilidade da capacidade reitora da Autoridade Sanitária; modelos de atenção contrários à integração, centrados na doença, no cuidado de episódios agudos e na atenção hospitalar; programas verticais, focalizados em doenças e riscos, com separação extrema dos serviços de atenção às pessoas<sup>2:103</sup>.

Essas fragilizações, que podem ser percebidas no processo histórico de consolidação do SUS como parte do sistema de proteção social no Brasil, tem conformado o “retrato” de um sistema de saúde que ainda enfrenta desafios importantes para garantir acesso dos indivíduos a uma rede de atenção à saúde que funcione de modo integrado e que efetivamente atenda às necessidades de saúde da população de modo equânime.

Embora sejam estes apontamentos feitos por pesquisadores da área da saúde coletiva há décadas, desde o advento do SUS, a atualidade deste “retrato” do sistema parece perdurar com fases de oscilação entre alguns avanços e enormes perdas, principalmente no que tange à garantia de financiamento adequado para um sistema de saúde que se pretende único, universal e descentralizado.

Entende-se que a descentralização é a diretriz constitucional da organização do SUS, e que ela pode denotar formas diferenciadas de apropriação nas práticas de gestão, que de uma forma ou outra vão apontar para a desconcentração político-administrativa da gestão do sistema.

Sabe-se que a forma de descentralização apreendida historicamente no Brasil, ou seja, a expressão da descentralização na organização da política pública de saúde brasileira é a municipalização como direcionadora da gestão do SUS, sem desconsiderar a corresponsabilidade de estados e da União com a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada território.

Nesse viés, o objetivo do presente ensaio teórico é desvelar se existe uma interface associativa entre a descentralização do SUS e a efetivação do direito à saúde no Brasil, entendendo que esta via direcionadora da gestão do sistema pode trazer implicações significativas para o modo como este direito se operacionaliza na realidade dos serviços de saúde do país, com foco no âmbito dos municípios. Um segundo questionamento que norteou

a construção argumentativa do presente ensaio consiste em: o que mais ainda pode ser dito da descentralização do SUS, do ponto de vista das práticas de gestão por ela direcionadas nas esferas municipais no contexto brasileiro?

## METODOLOGIA

O ensaio é uma “composição textual argumentativa que permite enunciar elementos concretos e abstratos com suficiente conflito, a fim de facultar que o leitor acompanhe o processo de combinação e transformação de ideias, podendo complementá-las ou delas duvidar [...]”<sup>3:92</sup>.

O presente ensaio deriva de reflexões tecidas no desenvolvimento de uma Tese de Doutorado, que buscou analisar um estudo de caso acerca de uma experiência entre instituições políticas e jurídica, em prol da efetivação do direito à saúde, a partir da aproximação entre profissionais da área do Direito e profissionais ligados diretamente à gestão do SUS na esfera municipal, principalmente.

Para isso buscou-se, na primeira parte do presente ensaio, dialogar com autores que abordam a temática do direito à saúde na perspectiva de seus desafios em um país de herança histórica permeada por desigualdades sociais ainda não superadas, e construção de um *modus operandi* extremamente particular da burocracia estatal.

E, na segunda parte, aborda-se a questão da descentralização do SUS, do ponto de vista de sua dimensão histórica, mas também dos seus desdobramentos para a gestão do SUS e, conseqüentemente, para a oferta de serviços na rede.

Embora seja evidente a quantidade de materiais produzidos a respeito da descentralização do sistema, defende-se que este princípio pode culminar na potencialização de desafios cruciais para a consolidação de um SUS que seja de fato único e regido pela integralidade no acesso aos serviços. Tendo em vista nossa constituição histórico-federativa e sendo esta uma zona de interface importante deste princípio com a concretização do direito à saúde no Brasil.

## A EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: ENTRE A LEGALIDADE E A REALIDADE

Há uma complexidade de contextos históricos e fatores sociais que configuram o direito à saúde como um fenômeno social no país. Fenômeno este que, embora forjado em robusto arcabouço jurídico, o direito à saúde, na prática, nem sempre corresponde àquilo que se cristalizou enquanto norma. Seja na própria Constituição ou ainda nos textos infraconstitucionais.

Nesse aspecto, ressalta-se o ganho de força normativa das normas constitucionais no Constitucionalismo contemporâneo contextualizado no movimento jurídico-acadêmico denominado de doutrina brasileira da efetividade<sup>4</sup>. Nela, o argumento central consiste na constatação de que para além da eficácia jurídica da norma, é necessário o aprofundamento sobre a eficácia social no sentido do quanto ela é capaz de produzir efeitos concretos no cotidiano da sociedade<sup>4,5</sup>. E é nesse sentido que o termo “efetividade”, relacionado ao direito à saúde, é empregado neste estudo.

Sobre a referida Doutrina brasileira de efetividade, Luís Roberto Barroso<sup>4</sup> afirma que a mesma busca superar o que ele chamou de disfunções crônicas da formação nacional, que se concretizam em certa insinceridade normativa acerca do uso da Constituição como uma mistificação ideológica e na ausência de determinação política em garantir o cumprimento dela. No mesmo âmbito, Barroso e Barcellos<sup>6:26</sup> defendem que:

Prevaleceu entre nós a tradição europeia da primeira metade do século, que via a lei fundamental como mera ordenação de programas de ação, convocações ao legislador ordinário e aos poderes públicos em geral. Daí porque as Cartas brasileiras sempre se deixaram inflacionar por promessas de atuação e pretensos direitos que jamais se consumaram na prática. Uma história marcada pela insinceridade e pela frustração. O desrespeito à legalidade constitucional acompanhou a evolução política brasileira como uma maldição, desde que D. Pedro I dissolveu a primeira Assembleia Constituinte.

Por outro lado, Lynch e Mendonça<sup>7</sup> tecem críticas à doutrina da efetividade ao nosso passado constitucional ressaltando, dentre outros aspectos, que “o exame da efetividade no passado não pode ser orientado pelos critérios das democracias contemporâneas”<sup>7:996</sup>. Os autores acrescentam ainda que:

A hipótese da insinceridade normativa pressupõe a existência de uma única interpretação constitucional legítima da constituição: aquela que é impedida pelas

elites. Entretanto, textos jurídicos - e textos constitucionais ainda mais - raramente gozam de consenso hermenêutico. Há sempre disputas, motivadas por diferentes interesses e valores, em torno do significado de seus dispositivos <sup>7:997</sup>.

Em que pesem a característica anacrônica do texto constitucional de 88 e a complexidade hermenêutica das normas positivadas nos textos constitucional e infraconstitucionais, considera-se que, de fato, o direito vivo, ou seja, aquele observado nas práticas cotidianas enquanto dinâmica social<sup>5</sup> - nem sempre corresponde ao direito positivo -àquele presente textualmente na norma jurídica<sup>5</sup>. Essa situação necessariamente implica no reconhecimento de algumas “insinceridades normativas” e alguns casos de não observância da legalidade constitucional.

Além disso, outro aspecto a ser considerado é a compreensão de que “ausência vontade política” é uma percepção reducionista que não justifica com a precisão necessária a confluência dos elementos sociais, ideológicos, políticos e econômicos inerentes a determinado período histórico, que permeiam as tomadas de decisão no Estado brasileiro, seja em qualquer das três esferas administrativas.

Uma visão interessante acerca dessa contraposição entre o que se identifica enquanto aplicação prática da norma jurídica, envolta em seus limites e materializações de poder e o que se tem positivado no texto constitucional é o questionamento feito por Ferdinand Lassale<sup>8:51</sup>:

Quando podemos dizer que uma Constituição escrita é boa e duradoura? A resposta é clara e parte logicamente de quanto temos exposto: Quando essa Constituição escrita corresponder à Constituição real e tiver suas raízes nos fatores do poder que regem o país. Onde a Constituição escrita não corresponder à real, irrompe inevitavelmente um conflito que é impossível evitar e no qual, mais dia menos dia, a Constituição escrita, a folha de papel, sucumbirá necessariamente, perante a Constituição real, a das verdadeiras forças vitais do país.

Transportando essas reflexões especificamente para o campo do direito à saúde, é possível identificar dois tipos de conflitos distintos imanentes desta polarização ora descrita como “direito vivo” versus “direito positivo”, conforme Felipe Asensi<sup>5</sup> cita a visão e obra de Eugen Ehrlich. Ou ora também



materializada enquanto “Constituição escrita” versus “Constituição real” conforme citação acima de Ferdinand Lassale<sup>8</sup>.

O primeiro conflito tem sua raiz mais bem delimitada no sentido do não cumprimento explícito da norma. Por exemplo: se algum dos estados da Federação simplesmente deixa de aportar recursos para financiar a saúde, e em seu território os serviços de saúde passam a ser financiados apenas com verbas próprias dos municípios e aquelas repassadas pela União, temos a identificação de um não cumprimento da norma jurídica, uma vez que, no parágrafo primeiro do Art. 198 o financiamento do sistema de saúde deverá contar com recursos da União, dos estados e dos municípios.

Já o segundo tipo de conflito tem um contorno caracteristicamente mais indefinido, pois sua origem repousa naquilo que é expresso de forma mais “genérica” ou pouco precisa, seja no texto constitucional ou nos instrumentos jurídicos infraconstitucionais. Podemos citar, por exemplo, que do ponto de vista do amplo conceito de saúde que envolve condições dignas de vida, no texto constitucional, apesar de ter incorporado o reconhecimento do direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, todos os demais deveres do Estado para com o direito à saúde aparecem “pela genérica expressão de que o Estado deve garantir políticas econômico-sociais ‘voltadas à redução do risco de doenças e outros agravos’”<sup>9:37</sup>.

Esse segundo tipo de conflito representativo do hiato entre o que se propõe na norma jurídica e sua concretude e efetividade no contexto das práticas sociais, é o que tenciona a maior parte dos desafios no campo do direito à saúde.

Ao figurar o campo dos direitos sociais, a efetivação do direito à saúde, no sentido do já citado direito vivo, tem encontrado inúmeros desafios que podem, muitas vezes, apenas refletir conflitos estruturais entre Estado e sociedade inseridos em um contexto histórico, político e econômico, cujas nuances interferem, ou mesmo determinam o *modus operandi* e o grau de efetividade das políticas públicas de um modo geral.

Jairnilson Paim<sup>10:900</sup> corrobora nesse sentido afirmando que “A difusão da

consciência do direito à saúde na população, mesmo que reconhecendo a distância entre a formalização jurídica e a garantia concreta, pode ser considerada outro avanço, capaz de ensejar novas lutas [...]”.

### **A DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: SUAS RAÍZES E SEUS FRUTOS**

Primeiramente, refletindo acerca do que é gestão em saúde no Brasil, ou ainda, mais especificamente, refletindo acerca do que é ser gestor do SUS, destaca-se que o CONASEMS, embora se tratando do gestor municipal, aborda perspectivas que podem, sem sombra de dúvidas, traduzirem-se para os demais níveis de gestão do SUS, conforme visto a seguir:

Responsabilizar-se pela garantia do direito à saúde significa que o gestor do SUS possui a autoridade sanitária em cada esfera de governo, capaz de agir pautado por princípios éticos – políticos - educativos orientados pela Lei Orgânica da Saúde, quais sejam: a universalidade, a integralidade e a equidade. Trata-se de cumprir um dos direitos fundamentais da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o direito à saúde que se ancora na luta da sociedade brasileira pela Reforma Sanitária, na década de 80, do século XX, cujo legado consistiu em atender o anseio popular de justiça social. Como autoridade sanitária, o gestor assume uma responsabilidade pública de agir na garantia da continuidade e consolidação de políticas de saúde de acordo com as diretrizes constitucionais e legais do SUS, e que, portanto, não se encerra no período de um governo <sup>11:16</sup>.

Inegável relevância tem, portanto, o gestor público na operacionalização da política pública de saúde. E essa operacionalização abrange diversas vertentes como, por exemplo: o fortalecimento da regionalização na perspectiva da organização das redes de atenção à saúde, o manejo adequado dos instrumentos de gestão, um sistema adequado de financiamento que possa viabilizar possibilidades que garantam a prestação dos serviços de saúde à população conforme suas necessidades, os desafios que perpassam a descentralização do sistema, dentre outras.

A descentralização da política de saúde acompanha necessariamente o desenho federativo brasileiro, com foco na transferência de poder decisório e na transferência das responsabilidades gestoras e recursos financeiros da União para os estados e, especialmente, os municípios <sup>12</sup>.

O Brasil engendrou a descentralização na gestão do sistema de saúde na

década de 90 através das publicações das Normas Operacionais Básicas (NOBs), cujo foco principal versava sobre a operacionalização do financiamento do setor saúde, que conduziu à municipalização dos serviços, gerando desdobramentos que consolidaram a lógica da operacionalização das políticas de saúde no Brasil até os dias atuais<sup>13</sup>.

Entretanto, é possível perceber que, ao longo da história do Estado no Brasil, não houve perdas totais das marcas do clientelismo político, do coronelismo, da era escravocrata, da patronagem e da meritocracia, vivenciadas desde o descobrimento do país. Conseqüentemente, o *modus operandi* do Sistema Único de Saúde, nos mais diversos municípios, tem se configurado desde sua concepção enquanto um mosaico de heranças da história da administração pública brasileira.

Traduzindo essa configuração de características tão diversas da administração pública no Brasil para o contexto do SUS, é possível traçar um paralelo importante para com o clientelismo intensamente presente na esfera da gestão das redes de atenção à saúde. Como exemplo pode-se citar, não apenas na esfera municipal, mas na administração pública direta ou indireta da saúde de um modo geral, a distribuição de cargos como os de secretários de saúde e coordenadores de programas/linhas de cuidado, massivamente distribuídos por indicação nem sempre baseada em competência técnica, figuram um típico cenário clientelista. Ou ainda o patrimonialismo que faz a cooptação de diversos atores na sustentação de políticas de governo que nem sempre respondem aos desígnios da sociedade. Nesse sentido, é inevitável pensar na heterogeneidade da configuração do SUS, tão variável quanto às capacidades político-administrativas e econômicas dos 5.570 municípios brasileiros.

Destaca-se que, apesar dessas características jamais abandonarem as concepções do funcionamento da burocracia estatal no Brasil, houve prevalência de algumas delas ao longo dos períodos históricos. E que permaneceram mesmo após o advento da reforma da administração pública brasileira, que por sua vez veio em resposta à crise do Estado dos anos 80 e à globalização da economia, baseada nas ideias da administração pública gerencial<sup>14</sup>.

Há municípios onde, por exemplo, o modelo tradicional burocrata deixou marcas mais fortes e majoritárias quando comparadas às influências das ideias do gerencialismo na condução das políticas públicas de saúde no seu território. Já em outros municípios, a visão de administração pública contida no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) do início da década de 90, que protagonizou a reforma da administração pública brasileira parece ser muito mais facilmente identificada na vivência de gestores, profissionais da assistência e dos usuários do SUS.

As reformas do Estado empreendidas no governo Fernando Henrique Cardoso, especificamente o PDRAE, orientaram-se, sobretudo pela desestatização em seu triplo sentido de: privatização, publicização e terceirização, na tentativa de enfrentar apenas o esgotamento financeiro do Estado brasileiro, com soluções conjunturais a problemas estruturais do processo de extração e alocação de recursos, sendo incapaz de alterar relações entre Estado e sociedade e de mudar o sentido de responsabilidade pública <sup>15</sup>.

Nesse sentido, a "Reforma do Estado", então engendrada nos anos 90 "para torná-lo "gerencial", **regulador**, fora da produção econômica e da prestação de serviços é distinta de uma **Reforma Democrática do Estado** para torná-lo efetivamente público" <sup>16:1828</sup>.

Em corroboração às reflexões necessárias acerca desta reforma do Estado então empreendida nesse contexto histórico, Hésio Cordeiro ressaltou que:

As "reformas do Estado", assim denominadas e que encerram uma concepção instrumentalista dos aparelhos de governo, se tornariam inevitáveis, em função dos novos padrões de competitividade internacional, da eficiência produtiva, da dinâmica do mercado de capitais, das exigências da flexibilidade laboral e da privatização dos ativos estatais. Portanto, era necessário mudar o Estado, que não correspondia mais a uma garantia eficaz de suporte e promoção social. As instituições formuladoras e implementadoras de políticas sociais estavam defasadas, desajustadas historicamente em relação ao papel do Estado no mundo globalizado. Já não se tratava de colocar em prática utopias universalizantes nem políticas focalizadas em grupos sociais carentes. O projeto era estabelecer uma nova racionalidade na gerência pública capaz de conviver com as políticas macroeconômicas que implicam a redução do papel do Estado (de novo, visto como uma "coisa", um instrumento), concentrando-o em funções regulatórias, retirando-o

da prestação direta de serviços, separando funções de financiamento e de provimento de serviços <sup>17:323</sup>.



Essa redução do papel do Estado provoca alterações na configuração do sistema de saúde, que vão consolidando-se ao longo dos anos posteriores, seja diretamente na assistência ou nas formas de gestão do sistema nas três esferas de governo e dos serviços.

Portanto, pode-se afirmar que a heterogeneidade entre os diversos municípios se traduz em desigualdades no acesso aos provimentos e serviços de saúde trazendo à tona disparidades na capacidade de gestão, na capacidade orçamentária e na própria infraestrutura e disponibilidade de serviços nas RAS do ponto de vista municipal e regional. Há um descompasso dos cenários de práticas de saúde com a ideia proposta do sistema ser, de fato, “Único”.

A incorporação da responsabilidade financeira que acompanha o aumento da autonomia de gestão dos seus serviços de saúde penaliza os municípios em certo aspecto, pois fixa um valor mínimo de investimento financeiro em um maior percentual contributivo quando comparado às outras esferas de poder, sendo este um fato apontado como grande entrave para efetivação do direito a saúde e ampliação da oferta de serviços de qualidade no âmbito municipal <sup>13</sup>. Especialmente, tendo em vista a vigência da EC 95, que apenas amplificou os desafios de existência do SUS, em um cenário histórico de financiamento inadequado. Ressalta-se aqui que esse lugar de prioridade financeira jamais foi de fato ocupado pelo SUS. Basta olharmos um pouco para cada fase da história do subfinanciamento crônico da saúde no Brasil que perpassou todos os governos desde sua criação.

Vale ressaltar que somos o único país com mais de cem milhões de habitantes a ter um sistema universal de saúde e, além disso, no Brasil: “A desigualdade na distribuição dos equipamentos de saúde é uma realidade antiga e comum nos contextos mais variados [...]” <sup>18:1292</sup>. E, dentre os países com sistemas universais, “o planejamento e a gestão do sistema de saúde são regionais, não havendo nenhuma descentralização em nível municipal. Na Espanha, por exemplo, atinge o nível estadual, e na Itália, em regiões”

<sup>19:332</sup>.

Nesse aspecto, há que se fazer uma reflexão importante acerca do desequilíbrio na forma como foi incorporada a municipalização, no sentido de certa ausência de uma coordenação e apoio suficientemente forte de estados e um direcionamento mais veemente da União, de modo que fosse possível garantir um sistema de saúde coeso e eficiente em cada um dos municípios brasileiros. O que pode ser justificado e muito pela profunda fragilização na montagem de redes no processo de regionalização do SUS<sup>20</sup>. E, ainda, pelas dificuldades de recursos humanos e outros desafios inerentes às três esferas de governo, certamente decorrentes da não priorização do setor saúde no financiamento público conforme discutido.

Nesse contexto, “a regionalização pode ser considerada como uma diretriz estruturante da descentralização das ações e dos serviços de saúde no SUS, construída na perspectiva de se garantir o direito à saúde por meio do acesso resolutivo”<sup>21:1158</sup>. Além disso, é importante salientar que: “A regionalização no SUS não é uma escolha, é uma determinação constitucional e legal – e uma necessidade”<sup>22:28</sup>.

Segundo o IBGE no Brasil a concentração das pessoas está em centros urbanos acima de 100 mil habitantes, pois a maior parte da população, equivalente a 57% do total habitava apenas 319 dos 5.570 municípios, no ano de 2022<sup>23</sup>. De acordo com os dados do mesmo ano, quase metade (44,8%) dos municípios do país possuíam apenas até 10 mil habitantes<sup>23</sup>, o que revela de certa forma, a existência de “muitos Brasis”. Esse quadro, certamente configura fator agravante para obtenção de êxito na consolidação de um sistema público de saúde de fato único.

Nesse aspecto, embora tratando de um cenário dos anos 90, a citação abaixo traz questões que condicionam até hoje os processos de cuidado estabelecidos no SUS, seja no aspecto macropolítico, ou no aspecto das relações entre usuários e profissionais de saúde, que reflete ainda em grande parte o cenário atual da saúde no Brasil.

As políticas sociais e de saúde perderam sua dimensão integradora, tanto no âmbito nacional como no âmbito regional e estadual, caindo numa visão focalista onde o “local” é privilegiado como o único espaço capaz de dar respostas supostamente mais “eficientes” e acordes às necessidades da população. Retrocedemos a uma visão “comunitária” onde as pessoas e as famílias passam a ser as responsáveis últimas por sua saúde e bem-estar.

Por trás de um falso e importado conceito de *empowerment* está o abandono por parte do Estado de seu papel ativo e determinante nas condições de vida da população, particularmente quando parcelas majoritárias e crescentes da mesma estão na mais absoluta pobreza <sup>24:446</sup>.



É como visualizar uma transferência consecutiva entre “diversas camadas” do referido “local” de responsabilização pela efetivação do direito à saúde, afastando-se cada vez mais da “camada central da União” em direção ao indivíduo. A perspectiva “local” emerge como uma ideia tão potente e definitiva nos padrões de alcance da saúde, que parece superar o propósito da solidez de uma política nacional bem coordenada e adequadamente financiada. Como se o fortalecimento das bases locais de operacionalização do sistema de saúde, seja do ponto de vista das relações interfederativas, do controle social, ou mesmo da corresponsabilização dos usuários, neutralizasse as necessidades de maior aporte e suporte técnico e orçamentário da União, de efetiva coordenação pelos estados e do fortalecimento da regionalização.

Portanto, é impossível esperarmos que haja efetivação do direito à saúde na esfera municipal dos serviços se abrimos mão dessas dimensões. Não descartando a relevância do fortalecimento das bases, no sentido da “camada mais local” de operacionalização do SUS, que é sim de grande importância, entretanto, as dimensões citadas, enquanto “camadas mais centrais” da operacionalização da política de saúde, justamente são as que podem determinar condições mais adequadas para que se desenvolva esse fortalecimento.

De outro modo, entende-se que, para o contexto brasileiro, a descentralização por si só como uma diretriz organizativa da gestão do SUS, visando à municipalização dos serviços sem o provimento das condições adequadas para tal, pode inclusive incrementar os desafios postos à efetivação do direito à saúde no Brasil.

Por exemplo, podemos imaginar como seria se a cada mudança de governo nos municípios, não houvesse mudança de cor das paredes das unidades básicas, não houvesse mudança de símbolos ou marcas e cores dos uniformes dos profissionais da Atenção Básica, pois a Atenção Básica é parte

do SUS que é por sua vez uma política de Estado. Como seria se absolutamente todas as unidades básicas de saúde tivessem a mesma disponibilidade de oferta de ações e serviços de saúde, e não houvesse algumas funcionando em casas improvisadas, sem haver sequer um espaço adequado para atendimento à população, enquanto outras unidades esbanjam até usufruir de serviços de paisagismo e jardinagem? Como seria se os prontuários eletrônicos em operação nas Unidades Básicas, escolhidos mediante critérios de contratação distintos em cada município, não fossem múltiplos sem qualquer interface de comunicação com a rede de saúde enquanto parte de um sistema nacional e único? Podemos imaginar um financiamento do sistema de saúde, que minimamente acompanhe o gasto do PIB referente à parcela pública, quando comparado ao de outros países que de igual forma possuem um sistema universal? Tendo em vista que o Brasil vem mantendo um gasto público do PIB em percentual menor do que o de outros países europeus com sistemas universais <sup>25-27</sup>.

Destaca-se nesse aspecto a seguinte afirmativa:

É preciso, ainda que por um momento, direcionar a criticidade para além dos horizontes ideológicos que dicotomizam períodos da história da gestão pública da saúde no Brasil, para compreender que a descentralização tem sido em muitos sentidos, um caminho sem volta, trilhado pelos mais diversos governos. Um caminho capaz de gerar, tanto atalhos produtivos, como marcantes percalços para administração pública com os quais ainda precisamos aprender a lidar <sup>13:626</sup>.

Talvez, principalmente por admitirmos essas fragilizações, o SUS ainda conviva com cenários de baixa resolutividade, e que no aspecto da configuração dos processos de trabalho e da qualidade dos serviços prestados ele seja tudo, menos único. Esse cenário certamente contribui para tornar ainda mais difícil a efetivação do direito social à saúde na sua plenitude.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para além do campo teórico, a gestão municipal do SUS tem implicações na forma como se estabelece o cuidado em saúde nos diferentes territórios e na forma como as políticas públicas e suas diretrizes orçamentárias potencializam ou limitam essa gestão.



Argumenta-se que, através do fortalecimento da regionalização, é possível prospectar a mitigação de iniquidades decorrentes das desigualdades de capacidade de gestão político-administrativa, além de disparidades econômicas e sociais presentes entre os diversos municípios do Brasil. E também daquelas decorrentes das desigualdades na distribuição territorial dos serviços, que interferem diretamente no acesso à saúde pela população, pois a descentralização concretizada enquanto municipalização abarca, conforme visto, uma série de fatores que potencializam entraves estruturais da efetivação do direito à saúde no Brasil através do acesso ao SUS.

É preciso encontrar meios de fortalecimento financeiro, técnico e estrutural da gestão pública municipal e estadual, incluindo a possibilidade de aumento dos gastos no setor saúde, ao contrário da opção estatal legitimada na EC 95. De outra forma, a descentralização nunca evidenciará a potência do controle social e da capacidade de uma gestão local fortalecida em um contexto tão heterogêneo de distribuição de recursos e permeado pelas heranças dos “ismos” (clientelismo, patrimonialismo, dentre outros) que remontam a história da formação da burocracia pública do Estado no Brasil, e refletem cruelmente na falta de continuidade de processos significativamente importantes para efetivação do direito à saúde. Continuidade esta que falta no planejamento em saúde no âmbito nacional, interrompido por períodos marcadamente eleitorais que alteram as cores de unidades de saúde, que mudam “jargões” nos uniformes dos profissionais de saúde.

Portanto, são cada vez mais necessárias contribuições científicas que possam nortear ações político-institucionais que transformem o SUS em política de Estado, e não de governo, como ao longo de todos esses anos foi tratado, principalmente nas esferas municipais, as quais tomam a saúde como bandeira de campanhas eleitorais e não como um direito constitucional a ser priorizado.

### **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Felipe Dutra Asensi pela orientação da Tese pela qual se originou o presente Ensaio Teórico, e ao Professor Eduardo Levcovitz por todos os ensinamentos que inspiraram e inspiram reflexões sobre a

trajetória do SUS, e tanto contribuíram para mim enquanto pesquisadora, professora, e sempre aprendiz.



## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados Gerais: Tabelas de beneficiários de planos de saúde, taxas de crescimento e cobertura. 2024 [Acesso em: 25 jul. 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>.
2. Levcovitz E, Couto MHC. Sistemas de Saúde na América Latina do séc. XXI. In: Nogueira RP, et al (Org). Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas: tendências recentes das políticas sociais na América Latina: estudos e análises 3. Brasília, DF: UnB, ObservaRH, Nesp, Nethis; 2018. 103 p.
3. Rodríguez VG. O ensaio como tese: estética e narrativa na composição do texto científico. São Paulo, SP: WMF; 2012.
4. Barroso LR. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para atuação judicial. Rev Jurisp. 2009 jan-mar;60(188):29-60.
5. Asensi FD. Indo além da judicialização: o Ministério Público e a saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade; 2010.
6. Barroso LR, de Barcellos AP. O começo da História. A nova interpretação constitucional e o papel dos princípios no Direito Brasileiro. Rev EMERJ. 2003;6(23):25-65.
7. Lynch CEC, Mendonça JVS. Por uma história constitucional brasileira: uma crítica pontual a doutrina da efetividade. Rev Direito Prax. 2017;8(2):974-1007.
8. Lassale F. O que é uma Constituição? Hildebrandi AR (Tradução). São Paulo: EDIJUR-Leme; 2024.
9. Mattos RA. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA (Org). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2. ed. revisada. Rio de Janeiro. CEPESC/UERJ: ABRASCO; 2010. p. 35-48.
10. Paim J. Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: “um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Rev Cien Saude Colet [internet]. jun. 2009 [Acesso em: 25 jul. 2024];14(3):899-901. doi:10.1590/S1413-81232009000300025.
11. Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Manual do (a) gestor (a) Municipal do SUS - diálogos no cotidiano [internet]. 2. ed. 2021 [Acesso em: 9 out. 2021]. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual\\_do\\_gestor\\_2021\\_F02-1.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02-1.pdf).
12. Lima LD, et al. Regionalização da saúde no Brasil. In: Giovanella L, et al, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil [internet]. 2. ed. revisada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012 [Acesso em: 10 out. 2021]. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>.
13. Amaral IBST, Asensi FD. A descentralização e o drama da esfera municipal na busca pela institucionalização do SUS no contexto da crise. In: Silva Jr AG, et al (Org). Direitos Sociais e efetividade. Rio de Janeiro: Ágora 21; 2019. p. 617-30.

14. Bresser-pereira LC. Da administração pública burocrática à gerencial. *Rev Serv Pub* [internet]. 1996 jan-abr. [Acesso em: 8 set. 2019];47,121(1):7-40. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/viewFile/702/550>.
15. Costa FL. Condicionantes da Reforma do Estado no Brasil. In: Martins PEM, Pieranti OP (Org). *Estado e Gestão Pública: visões do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: FGV; 2006. p. 133-58.
16. Paim J, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Rev Cien Saude Colet*. 2007;Suppl 12:1819-29.
17. Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Rev Cien Saude Colet* [internet]. 2001 [Acesso em: 10 out. 2021];6(2):319-28. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cR5fBb9MWJRFmvgN4DhrLgN/?format=pdf&lang=pt>.
18. Mello GA, et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Rev Cien Saude Colet* [internet]. 2017 [Acesso em: 8 set. 2020];22(4):1291-310. doi:10.1590/1413-81232017224.26522016.
19. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. *Rev Saude Soc* [internet]. 2017 [Acesso em: 9 jan. 2020];26(2):329-35. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902017000200329](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000200329).
20. Paim J. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Rev Cien Saude Colet* [internet]. 2018 [Acesso em: 9 jan. 2020];22(4):1723-8. doi:10.1590/1413-81232018236.09172018.
21. Carvalho ALB, Jesus WLA, Senra IMVB. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. *Rev Cien Saude Colet* [internet]. 2017 [Acesso em: 25 jul. 2024];22(4):1155-64. doi:10.1590/1413-81232017224.30252016.
22. Santos AO, Almeida LL, Terrazas FV. A Importância Social do SUS. In: Lemos ANLE, Alves SMC (Org). *Direito sanitário: coletânea em homenagem à profa. Dra. Maria Célia Delduque*. São Paulo: Matrioska; 2020. p. 21-35.
23. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). De 2010 a 2022, população brasileira cresce 6,5% e chega a 203,1 milhões [internet]. Agência IBGE notícias. 2023 jun. 28 [Acesso em: 16 ago. 2023]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37237-de-2010-a-2022-populacao-brasileira-cresce-6-5-e-chega-a-203-1-milhoes>.
24. Noronha JC, Soares LT. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Rev Cien Saude Colet* [internet]. 2001 [Acesso em: 9 set. 2021];6(2):445-50. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ffQBwmvLX6KgdDFMtMKYH4k/?format=pdf&lang=pt>.
25. Mendes Á. A Saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa. *Futuros do Brasil: texto para debate* [internet]. 2017 jul. [Acesso em: 8 set. 2021];7. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/28237/2/Aquilas\\_Mender\\_sa%C3%BAde\\_e\\_capitalismo\\_financeiro.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/28237/2/Aquilas_Mender_sa%C3%BAde_e_capitalismo_financeiro.pdf).
26. Ocké-Reis CO. *SUS: o desafio de ser único*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

27. Dain S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. Rev Cien Saude Colet [internet]. 2007 [Acesso em: 20 dez. 2019];Suppl 12:1851-64. doi:10.1590/S1413-81232007000700008.

