

# A municipalização da saúde no Brasil: uma visão crítica

*The municipalization of health in Brazil: a critical view*

---

**Fernando P. Cupertino de Barros**

Médico; Mestre e Doutor em Saúde Coletiva; Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (Brasil); Assessor técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Brasil

## Resumo

O artigo apresenta uma visão crítica sobre a municipalização da saúde no Brasil, a partir do contexto histórico das suas origens. Aponta os seus pontos positivos, as fragilidades, os problemas decorrentes da implementação e as perspectivas atuais. Para tanto, o autor baseia-se no seu envolvimento pessoal com a temática e na intimidade com o desenrolar do processo desde os seus primórdios, seja na condição de médico do sistema público de saúde, seja como gestor municipal e estadual que foi entre os anos de 1988 e 2006, apoiando-se ainda na literatura existente sobre o assunto. À guisa de conclusão, enumera os fatores que deveriam ser levados em conta no contexto atual, no sentido de se avançar na descentralização, conservando-se os benefícios e resultados positivos da municipalização, porém corrigindo as distorções e os problemas surgidos no decorrer do tempo.

### Palavras Chave:

Descentralização da saúde, municipalização, sistemas de saúde.

## Abstract

The article presents a critical view on the municipalization of health in Brazil, from the historical context of its origins. It points out its strengths, weaknesses, problems arising from its implementation and the current perspectives. For this, the author is based on his personal involvement with the subject and on the intimacy with the process since its beginnings, whether as a physician of the public health system or as a municipal and state manager that was between the years of 1988 and 2006, still relying on existing literature on the subject. By way of conclusion, it enumerates the factors that should be taken into account in the current context, in order to move forward in decentralization, preserving the benefits and positive results of municipalization, but correcting the distortions and problems that have arisen over time.

### Key Words:

Decentralization of health, municipalization, health systems.

## Introdução

O advento de uma nova Constituição Federal no Brasil, em 1988, introduziu uma mudança radical no panorama social, ao definir a saúde como “um direito do cidadão e um dever do Estado”, além de diversos outros direitos fundamentais. Para tanto, a Carta Magna estabeleceu a conformação de um sistema único de saúde pautado nas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, com o financiamento tripartite assegurado pela União, pelos estados, Distrito Federal e municípios. [1] Foi assim introduzida a noção de um modelo federativo inovador, caracterizado pela presença das três esferas de governo, cada qual dotada de autonomia e com amplas responsabilidades na gestão das políticas públicas. A relação de interdependência que se estabeleceu no modelo adotado é indissociável da noção de que a autoridade é exercida pela negociação entre os entes, sem caráter de subordinação. [2] Por outro lado, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990) estabeleceu em seu artigo 7º., inciso IX, a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios” e a “regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde”. Além de assim dispor, o referido diploma legal estabelece, em seu artigo 18, as competências dos municípios no tocante à saúde. [3]

Todavia, à luz da realidade, percebe-se que a federação brasileira convive, ainda nos dias atuais, com um quadro de importantes desigualdades regionais, geradoras de uma excessiva dependência da maioria de Estados e Municípios com relação aos recursos financeiros originários da União. Desta forma, o sentido de uma forma federativa de Estado perde força ante a incapacidade de gestão das atividades e funções atribuídas a cada um de seus entes. Ademais, essas desigualdades são agravadas e perpetuadas pela arrecadação tributária extremamente desigual entre estados e municípios. Para atenuar tal situação, há um sistema de transferências obrigatórias das receitas arrecadadas pela União para estados e municípios e, também, de parte daquelas arrecadadas pelos estados para seus respectivos municípios. Contudo, esse mecanismo não é capaz de, por si só, sanar o problema das desigualdades, o que impede que um verdadeiro federalismo cooperativo se estabeleça. [4]

Numa brevíssima retrospectiva histórica, há que se salientar que de modo diverso ao estabelecido pela Constituição Federal de 1988, os governos militares pós-1964

limitavam sua atuação na área da saúde apenas pela adoção de medidas de natureza preventiva e de atividades de vigilância epidemiológica e sanitária. Para o acesso aos serviços de saúde de natureza médico-hospitalar, somente os beneficiários da Previdência Social, de caráter contributivo, eram contemplados, enquanto que os demais cidadãos valiam-se da caridade das entidades filantrópicas, especialmente das Santas Casas de Misericórdia. Assim, agravaram-se naquele período vários problemas estruturais que já vinham de décadas anteriores, como a elevada presença de doenças infecciosas e parasitárias, as altas taxas de mortalidade e morbidade infantis e maternas, além da própria mortalidade geral da população. A política de proteção social à altura visava, tão-somente, ao exercício do poder de controle, de modo a amenizar tensões e a legitimar o regime de exceção frente à sociedade, que não participava por nenhuma forma das instâncias de decisão.

Nesse ambiente de ausência de democracia, de pouca saúde, de falta de participação da sociedade nas decisões políticas, de centralização excessiva na condução e na administração da saúde, é que surgiu o Movimento da Reforma Sanitária, cujos postulados terminaram por consolidar-se num sistema universal de saúde, adotado pelos constituintes e expresso na Constituição Federal vigente. Nas palavras de um de seus próceres, Sérgio Arouca [5], “... a Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.”

Diante do exposto, pode-se perguntar por que razão se defendeu, à época, a descentralização como um dos eixos norteadores do sistema que estava a ser criado. Há pelo menos cinco bons motivos que a justificam: (a) o primeiro, de natureza política, consistiu numa forma estratégica para atenuar o poder excessivamente concentrado no nível central; (b) o fato de o Brasil ser um país de dimensões continentais, envolvendo múltiplas realidades e que contava com desigualdades regionais ainda mais importantes que as de agora; (c) a necessidade de reconhecer e respeitar as peculiaridades e necessidades locais e de encontrar soluções para os problemas identificados; (d) a tentativa de se buscar a participação da comunidade num ambiente de retomada democrática

após praticamente 25 anos de regime militar; (e) a busca de se dar maior transparência e eficiência à alocação de recursos públicos para a saúde e maior agilidade para a solução dos problemas.

No modelo de descentralização escolhido, o financiamento da saúde foi estabelecido como responsabilidade das três esferas governamentais, introduzindo a participação municipal, praticamente inexistente até então. As ações e atividades inerentes aos cuidados de saúde primários passaram a ser atribuição e responsabilidade dos municípios, com alguma ajuda financeira federal e estadual. Criaram-se instâncias permanentes de concertação, de modo a aprovar, consensualmente, políticas, programas e ações a serem desenvolvidas (Comissão Intergestores Tripartite, no nível federal, com representação do Ministério da Saúde, dos Secretários Estaduais de Saúde e dos Secretários Municipais de Saúde; Comissão Intergestores Bipartite, nos Estados, com representação destes e dos municípios que os compõem). Buscou-se, ainda, uma forma ascendente de formulação das políticas de saúde, a partir das conferências e conselhos municipais de saúde, com repercussão das discussões e proposições sobre o nível estadual e, finalmente, sobre o nível federal.

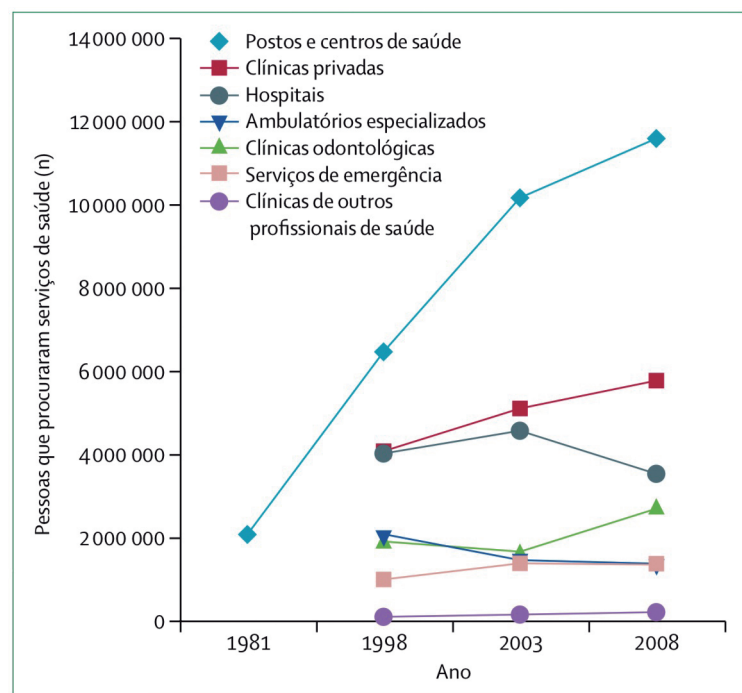
Por último, e de grande importância estratégica, cabe destacar a escolha do fortalecimento dos cuidados de saúde primários como pedra angular de organização do sistema de saúde, o que se deu, inicialmente, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. Ambos introduziram duas importantes inovações: o enfoque sobre a família, e não mais sobre a saúde individual, e o aspecto integrador com a comunidade, procurando fugir assim de um modelo médico-hegemônico. Desta forma, alguns aspectos adquiriram relevância para a implantação do PACS: a escolha do agente comunitário de saúde e as condições institucionais de gestão local, envolvendo a mobilização da comunidade, processo seletivo, capacitação e avaliação; a formação dos conselhos de saúde; o grau de autonomia financeira, o capital humano disponível e a capacidade instalada das recém-nascidas secretarias municipais de saúde. É, pois, lícito afirmar que o PACS foi um importante braço auxiliar na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde, contribuindo diretamente para que a municipalização da saúde tomasse forma. [6]

## Pontos positivos

Há três elementos que se destacam como resultado do impacto fortemente positivo da municipalização da saúde do Brasil e que têm merecido a atenção de inúmeros estudiosos: (a) a proximidade dos cidadãos com o sistema e com os serviços de saúde; (b) a ampliação do acesso a ações e serviços de saúde e (c) a melhoria de diversos indicadores de saúde. [7, 8, 9, 10]

A proximidade dos cidadãos com o sistema e com os serviços de saúde pode ser vista como uma consequência direta do imperativo constitucional que define a saúde como um direito de cidadania, mas reflete, também, um movimento de aproximação dos cidadãos em direção às políticas públicas de saúde, consequência de um sistema que contemplou a participação da comunidade como um de seus elementos centrais. Neste ponto, o processo de municipalização, ao trazer para mais perto dos cidadãos as discussões e a instância de decisão sobre as ações e serviços de saúde a ela prestados, prestou imensa contribuição para a consolidação do sistema público de saúde.

Quanto à ampliação do acesso a ações e serviços de saúde, são referenciais os trabalhos de Paim et al. (2011), ao mostrar que o número de pessoas que buscam a atenção básica à saúde aumentou de 450% entre 1981 e 2008 (Figura 1), o que pode ser atribuído a um crescimento vultoso do tamanho da força de trabalho



**Figura 1** - Demanda por serviços de saúde segundo o tipo de serviço

Fonte: Paim, Travassos, Almeida, Bahia e Machinko. Acesso e utilização dos serviços de saúde. The Lancet, 2011. Disponível em [http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925\\_brazil1.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf)

do setor da saúde e do número de unidades de cuidados de saúde primários implantadas nos municípios brasileiros. [8] Outros autores relatam que a expansão da estratégia de Saúde da Família, implementada graças à municipalização, está associada, de modo consistente, à redução nas mortalidades pós-neonatal e infantil, assim como à diminuição do baixo peso à nascença, ao aumento da cobertura dos cuidados pré-natais e a excelentes índices de cobertura vacinal na maioria dos municípios e ainda a sensível redução das hospitalizações devidas a diabetes ou a acidentes cerebro-vasculares. [7,11]

| País           | Gasto total em saúde % PIB | Gasto público em saúde % PIB | Gasto público como % do gasto total em saúde | Gasto público em saúde per capita US\$ PPP |
|----------------|----------------------------|------------------------------|--|--|
| <b>Brasil</b>  | 9,6                        | 4,5                          | 47,5   | 659  |
| Argentina      | 6,8                        | 4,7                          | 69,3   | 1.074                                      |
| Chile          | 7,3                        | 3,4                          | 47,7   | 768  |
| Costa Rica     | 10,1                       | 7,5                          | 74,7   | 1.088                                      |
| Cuba           | 8,6                        | 8,1                          | 94,2   | 381  |
| Panamá         | 7,2                        | 10,1                         | 68,6   | 892  |
| Uruguai        | 8,6                        | 55,5                         | 64,5   | 1.028                                      |
| Canadá         | 10,9                       | 7,6                          | 70,1   | 3.229                                      |
| Estados Unidos | 17,0                       | 7,9                          | 47,0   | 4.153                                      |
| Holanda        | 12,7                       | 10,1                         | 79,6   | 4.295                                      |
| Itália         | 9,2                        | 7,1                          | 77,3   | 2.438                                      |
| Suécia         | 8,2                        | 7,7                          | 81,3   | 1.615                                      |
| Reino Unido    | 9,3                        | 7,8                          | 84,0   | 2.716                                      |
| França         | 11,6                       | 8,9                          | 77,4   | 3.259                                      |

Figura 2 - Gasto em saúde em países selecionados, 2012

Fonte: World Health Organization. World health statistics, 2015. Geneva, WHO, 2015

| País           | Gasto em saúde em percentual do orçamento público |
|----------------|---|
| <b>Brasil</b>  | 7,9   |
| Argentina      | 22,5  |
| Chile          | 14,9  |
| Costa Rica     | 27,7  |
| Cuba           | 11,5  |
| Panamá         | 12,7  |
| Uruguai        | 19,3  |
| Canadá         | 18,5  |
| Estados Unidos | 20,0  |
| Holanda        | 20,0  |
| Itália         | 14,0  |
| Suécia         | 13,4  |
| Reino Unido    | 16,2  |
| França         | 15,8  |

Figura 3 - Gasto em percentual do orçamento público total no Brasil e em países selecionados, 2012

Fonte: World Health Organization. World health statistics, 2015. Geneva, WHO, 2015

## Pontos negativos

### • O financiamento

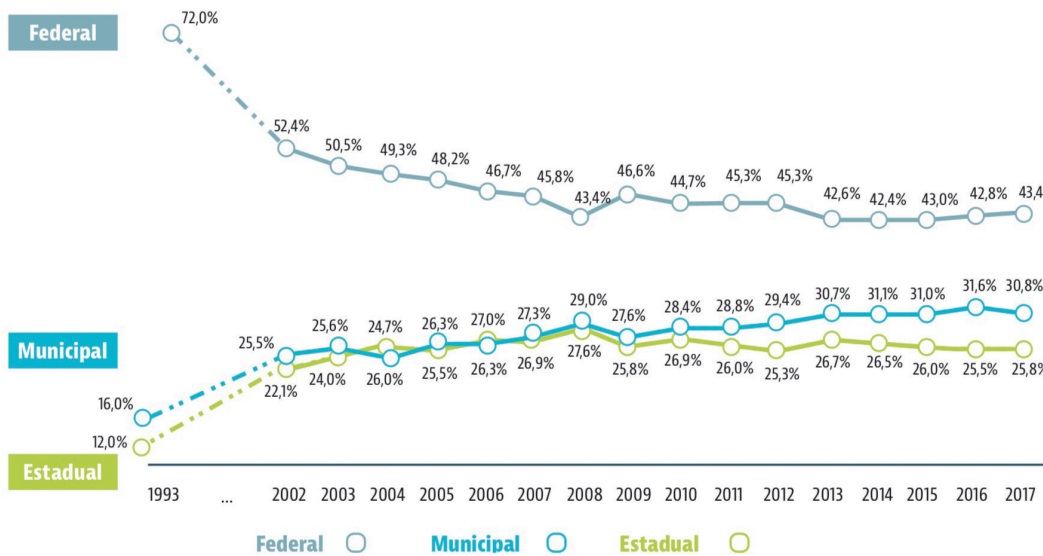
O financiamento público do sistema de saúde no Brasil, o SUS (Sistema Único de Saúde) tem sido, ao longo dos anos, absolutamente insuficiente. Mesmo que em termos globais os gastos totais com saúde aproximem-se da média dos países da OCDE, a porção pública desse financiamento é inferior a 50% dos gastos totais (Figura 2). Por outro lado, quando se levam em conta os gastos em saúde em função do percentual que ocupam no orçamento público, os dados reforçam cabalmente

a constatação de que existe um déficit importante de financiamento público para a saúde no Brasil o que, sem dúvida nenhuma, compromete sua capacidade de resposta.

Agrava-se ainda mais o problema do financiamento quando se analisa o comportamento dos aportes de recursos públicos oriundos das esferas federal, estadual e municipal ao longo dos anos. Há um crescente comprometimento dos recursos municipais e estaduais para o custeio das ações e serviços de saúde no âmbito do sistema público, com significativa retração da contrapartida do nível federal ao longo dos últimos 25 anos (Figura 4), o que impossibilita a expansão dos serviços, a recuperação e conservação das estruturas prediais e de equipamentos e,

sobretudo, impede maiores progressos e investimentos no capital humano necessário à prestação de serviços em âmbitos local e regional.

Vale lembrar que o Brasil convive com um regime de forte concentração tributária no nível federal, o que faz com que a descentralização de encargos e obrigações para os entes subnacionais não se faz acompanhar da correspondente destinação dos recursos resultantes das contribuições dos cidadãos. Atualmente, a União, que detém 60% da arrecadação de tributos, arca com 42% do financiamento do SUS, enquanto os municípios arrecadam 17% da carga tributária brasileira e se responsabilizam por 32% do financiamento do SUS [12]. Entre os anos de 2016 e 2017, registrou-se diminuição da representação da carga tributária federal frente ao PIB, porém a mesma relação se manteve estável para municípios em apenas 2,25%, contra os volumosos 21,20% do Federal (Figura 5).



**Figura 4** - Composição dos gastos com ações e serviços públicos de saúde  
**Fonte:** Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Ministério da Saúde, 2018 [12]

**CARGA TRIBUTÁRIA BRUTA POR ESFERA DE GOVERNO**

| CTB          | R\$ MILHÕES      |                  | %PIB*         |               |
|--------------|------------------|------------------|---------------|---------------|
|              | 2016             | 2017             | 2016          | 2017          |
| Federal      | 1.332.253        | 1.390.984        | 28,28%        | 21,20%        |
| Estadual     | 553.077          | 584.489          | 8,84%         | 8,91%         |
| Municipal    | 140.658          | 147.625          | 2,25%         | 2,25%         |
| <b>TOTAL</b> | <b>2.025.988</b> | <b>2.123.198</b> | <b>32,37%</b> | <b>32,36%</b> |

**Figura 5** - Carga tributária bruta por esfera de governo, que leva em conta PIB oficial divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 01.03.2018  
**Fonte:** Tesouro Nacional, 2018 [12]



**Figura 6** - Ministério da Fazenda. Secretaria de Acompanhamento Fiscal, Energia e Loteria, 2018[12]  
**Fonte:** Ministério da Fazenda. Secretaria de Acompanhamento Fiscal, Energia e Loteria, 2018[12]

Outro fator apontado como também responsável pelo subfinanciamento público em saúde diz respeito às renúncias fiscais (a dedução dos gastos com planos de saúde, profissionais de saúde, clínicas e hospitais no Imposto de Renda, das concessões fiscais as entidades hospitalares privadas sem fins lucrativos, indústria químico-farmacêutica, indústria automobilística, dentre outras).

Estudos do Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada registram que, por meio de renúncias fiscais, cerca de R\$ 25 mil milhões (cerca de pouco mais de 5 mil milhões de euros) deixaram de ser arrecadados do total de gastos federais em saúde em 2013. O valor, apenas da renúncia fiscal, correspondeu a 30% dos gastos na área de saúde naquele ano. Parte disso diz respeito ao gasto tributário, subsídio que nos últimos anos alcançou a representatividade acima de 4% do PIB, ou seja, o mesmo valor destinado conjuntamente pela União, Estados e municípios ao financiamento da saúde no País. (Figura 6). [12]

**• Heterogeneidade dos municípios**

O Brasil conta atualmente com 5.570 municípios, que apresentam grande heterogeneidade entre si quanto à dimensão territorial, população, capacidade econômica, disponibilidade de recursos humanos, características demográficas e epidemiológicas dentre outras. Calvo et al. (2016) pro-

puseram uma estratificação dos municípios em grupos homogêneos, de modo a permitir a avaliação de seu desempenho em saúde. [13] O “porte populacional” foi considerado como fator específico na identificação dos grupos homogêneos para gestão em saúde, sendo agregado apenas ao final do procedimento. O fator foi estratificado em 3 grupos: municípios com menos que 25 mil habitantes (pequeno porte), municípios com 25 a 100 mil habitantes (médio porte) e municípios com mais de 100 mil habitantes (grande porte). Outros elementos também foram levados em conta, tais como características demográficas; capacidade de financiamento e poder aquisitivo da população; a taxa de urbanização e densidade demográfica; o PIB per capita; percentual de cobertura populacional por planos privados de saúde. Evidenciou-se que a maioria (76,9%) dos municípios brasileiros é de pequeno porte e a análise de agregação segundo as condições que influenciam a gestão em saúde identificou a concentração dos municípios na situação regular (40,5%) ou desfavorável (36,8%). Por outro lado, aqueles com mais de 100 mil habitantes e cujas características demográficas, capacidade de financiamento e poder aquisitivo da população os tenham colocado no grupo de influentes favoráveis da gestão em saúde, deve-se ressaltar o fato de que esses grandes municípios apresentam significativos bolsões de miséria em suas áreas urbanas, as quais possuem dinâmicas sociais próprias que, por vezes, dificultam o equacionamento das ações para o adequado acesso às políticas públicas.

Diante de tais elementos, não é difícil compreender que a municipalização, como estratégia, não pode considerar os municípios igualmente, mas precisa levar em conta suas peculiaridades, seus potenciais e suas dificuldades, do contrário estará fadada ao fracasso. Neste sentido, Albuquerque e cols [10] afirmam, com muita propriedade, que no balanço que se faz da municipalização como modelo de descentralização adotado pelo SUS os resultados são contraditórios, posto que as condições para que um projeto de descentralização capaz de atender às finalidades da política nacional de saúde não foram alcançadas. Contudo, não há como negar quão importante foi a municipalização para a expansão do acesso e da cobertura de serviços e recursos públicos originados dos níveis estadual e municipal.

#### • **As dificuldades com o modelo de descentralização escolhido**

Na década de 1990, o foco da regulação das relações federativas recaiu sobre o processo de descentralização. O aparato institucional montado foi bem-sucedido

nesse objetivo, mas não conseguiu efetivar a integração entre os entes por meio da regionalização da atenção, conforme previsto na Constituição. Ao contrário, as regras da descentralização, particularmente as relativas à transferência de recursos, atuaram no sentido de dificultá-la ao supervalorizar o papel do município como prestador dos serviços e subvalorizar o papel dos estados como instâncias de organização dos processos de gestão, financiamento, fiscalização e controle. [14]

Estudos relacionadas aos temas de políticas de descentralização, redes de atenção e regionalização da saúde apontam as vantagens e as dificuldades no processo de descentralização da saúde adotado no Brasil, sublinhando a incapacidade da municipalização em atingir plenamente seus objetivos. [15] Por outro lado, há que se ter em mente que o princípio da descentralização contido na Carta Magna de 1988 também atingiu setores como a saúde e a assistência social, na tentativa de estruturar um Estado de proteção social. Contudo, as políticas econômicas que, em última instância, são responsáveis pelos recursos necessários à construção e ao funcionamento de um Estado de bem-estar social, mantiveram pesadas características de centralização, o que tem submetido os recursos das políticas sociais às diretrizes econômico-financeiras dos sucessivos governos. [16]

A partir de 2001, normatizações e ações voltadas à organização regionalizada do setor saúde tinham como um de seus objetivos corrigir as distorções do “municipalismo autárquico” e substituir a atitude de competição intermunicipal pela cooperação, a fim de superar barreiras e diferenças de acesso entre cidadãos de diferentes localidades. Nasceram, assim, o Plano Diretor de Regionalização, a Programação Pactuada Integrada e o Plano Diretor de Investimento que, infelizmente, não lograram os resultados esperados de integração regional e articulação intermunicipal, o que levou a mais uma tentativa de correção do modelo, em 2006, com o estabelecimento do Pacto pela Saúde, que também não conheceu grande sucesso. Duas outras medidas foram ainda adotadas, em anos posteriores: a edição do Decreto Presidencial n. 7.508/2011, que estabeleceu de maneira mais clara e detalhada as obrigações e responsabilidades dos entes federados para com a saúde, através de um Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP); e a Lei n. 12.466/2011, que reforçou a necessidade da articulação federativa. Embora tenha havido progressos sob a óptica normativa, a regionalização é afetada pelo contexto e comportamento dos atores regionais e locais, de modo que os resultados esperados ainda não se fizeram sentir em sua plenitude. [14]

### • Modelo assistencial inadequado

Intimamente relacionado à municipalização da saúde, o esforço empreendido pelo Brasil no fortalecimento dos cuidados de saúde primários, especialmente através da estratégia de Saúde da Família, está relacionado a muitos dos méritos dos avanços obtidos. Entretanto, é preciso ressaltar a falta de uniformidade de cobertura, de funcionamento adequado e de qualidade da estratégia quando se analisa o país como um todo. Não pairam dúvidas de que, onde ela foi devidamente implantada, houve melhoria de acesso e redução de desigualdades, especialmente em municípios de menor porte e em populações mais desfavorecidas. [9] Todavia, o país vive já há alguns anos um processo de acelerada transição demográfica e epidemiológica, que na opinião de Vilaça [17] exige um modelo de redes de atenção à saúde como resposta ao quadro sanitário brasileiro, que desafia os padrões internacionais de transição epidemiológica. Uma “tripla carga de doenças” combina infecções, desnutrição e saúde reprodutiva com as doenças crônicas e com o forte crescimento das causas externas, para cujo enfrentamento o modelo assistencial ainda muito voltado apenas para as condições agudas não tem efetividade.

As desigualdades entre os municípios, as carências em termos materiais e de recursos humanos fazem com que, em muitas regiões, aqueles melhor equipados sejam penalizados pelo grande fluxo de pacientes oriundos de municípios vizinhos, mais pobres e/ou menos organizados e, portanto, incapazes de satisfazer as necessidades de saúde de seus habitantes. Com isso, uma carga adicional de gastos e de necessidades a serem satisfeitas é colocada sobre os ombros de alguns municípios, seja pela incapacidade, seja pela falta de interesse de outros em oferecer, pelo menos, cuidados de saúde primários de qualidade a seus municípios.

Intimamente ligado ao problema do modelo assistencial inadequado, está a questão dos recursos humanos, sobretudo para o trabalho no âmbito dos cuidados de saúde primários. Sabe-se que a escassez de médicos e os desequilíbrios geográficos na distribuição desses profissionais são problemas em sistemas de saúde de diversos países. No Brasil, a escassez de médicos persiste nas áreas rurais e nos cuidados de saúde primários, com especialistas concentrados no setor privado e distribuídos desigualmente em todo o país, levando a grandes disparidades. Embora várias políticas tenham sido desenvolvidas para lidar com a distribuição desigual dos profissionais de saúde, problemas burocráticos não resolvidos na contratação de recursos humanos em

nível local levaram a dificuldades na retenção de médicos. Assim, em 2013, o governo federal lançou o Programa Mais Médicos (PMM) para expandir os cuidados de saúde primários, distribuindo mais de 18 mil médicos, a maioria de Cuba, para áreas carentes em todo o país. [18] Os impactos do programa ainda são objeto de estudo, porém já há trabalhos que mostram um incremento da ordem de 33% nas consultas médicas e de 32% nas visitas domiciliares. [19] Por outro lado, o PMM possibilitou a entrada de mais de 23 mil médicos no território nacional, o que representa um importante provimento desses profissionais, sobretudo nas regiões de maior pobreza e vulnerabilidade. Em matéria de impactos sobre a condição de saúde da população, já se pode observar ligeira redução das hospitalizações por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários, por exemplo, que exigirão estudos de médio e longo prazos para melhor caracterização. [20]

Também relacionados aos desafios de provisão adequada de recursos humanos no âmbito da municipalização da saúde estão: (a) a manipulação político-partidária, que no nível local se faz sentir muito fortemente, o que promove instabilidade nos quadros de recursos humanos qualificados, habitualmente já escassos; (b) as disparidades remuneratórias entre as categorias profissionais num mesmo município e entre municípios vizinhos; (c) as formas precárias de contratação desses profissionais, aliadas à falta de perspectivas de desenvolvimento futuro, por falta de uma carreira formalmente estabelecida. Quando se discute a eficiência dos cuidados de saúde primários, portanto a eficiência do nível municipal na atenção à saúde, estudos do Banco Mundial [21] apontam que existe espaço para aumentar a produção de serviços com os mesmos recursos que hoje são gastos e que o melhor meio de fazê-lo seria aumentar o número de equipes profissionais, nomeadamente para os municípios com baixa concentração desses recursos humanos. Outro aspecto sobre o qual se recomenda forte atuação é o que se refere à rede hospitalar, pois o predomínio de pequenos hospitais, aqueles com menos de 50 camas, determina inviabilidade econômica e ausência de eficiência na prestação de serviços.

Cabe ainda uma palavra sobre a estratégia de Saúde da Família, escolhida como pedra angular da organização do sistema de saúde e modelo preferencial para a oferta dos cuidados de saúde primários no Brasil, a cargo dos municípios. Atualmente, o número de equipes de Saúde da Família distribuídas em todo o país é de 39.872, segundo dados oficiais de 2017, envolvendo 97% do total de municípios e com uma cobertura populacional

que atinge 59,74% da população brasileira. Nelas estão presentes praticamente 258 mil agentes comunitários de saúde, além de médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem e técnicos de higiene dental. [22] Para além do aspeto da amplificação de acesso e cobertura, porém, há que se preocupar também com a efetiva qualidade dos serviços oferecidos à população. Neste particular, a despeito de iniciativas como a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, ao festejado Programa Mais Médicos e ao Programa Nacional de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), de 2011, vários estudos apontam a persistência de diversos problemas que comprometem a qualidade e a eficácia dos cuidados de saúde primários, em especial o trabalho da Saúde da Família [23, 24, 25, 26, 27,28] e, o que é ainda pior, ensejando a desconstrução de ganhos já obtidos, como se pode depreender das conclusões de Shimizu e Carvalho Júnior. [29]

### **E se fôssemos começar de novo?...**

Por tudo o que já foi anteriormente apontado, o caminho a ser adotado, hoje, deveria ser o de descentralizar a saúde em bases regionais, com governação regional e numa articulação solidária entre os municípios. Não se trata de considerar que a municipalização tenha sido um erro. Antes, foi uma necessidade, dadas a conjuntura, as exigências sociais por mudanças e o imperativo de se implantar um sistema de saúde que apresentava uma grande novidade: a saúde como um direito de cidadania. Hoje, contudo, percebe-se que a radicalidade nessa opção de se descentralizar uniformemente, ignorando as imensas disparidades dos municípios entre si, trouxe benefícios inequívocos, mas provocou imensos problemas que ainda estão por ser solucionados. [14,15,16] Em outras palavras, se por um lado foi importante para a expansão da cobertura de serviços e também de recursos públicos provenientes de estados e municípios, por outro a municipalização não conseguiu lograr a integração de serviços, instituições e práticas nos territórios, nem tampouco a formação de arranjos mais cooperativos na saúde. [30]

Na tentativa de superar as limitações decorrentes do processo de municipalização, a regionalização passou a ser priorizada como macroestratégia para a organização do sistema de saúde brasileiro. No entanto, estudos mostram que o processo de regionalização apresenta pontos fracos que se originam do desenho da política e

do desempenho dos três níveis de governo. A alocação de responsabilidades que são muito complexas para a capacidade e tamanho dos municípios, o abandono de funções essenciais como o planeamento de rede assistencial pelos Estados e o papel estratégico do Ministério da Saúde, a 'invasão' de competências entre níveis de governo e a alta rotatividade política também são destacados como elementos dificultadores do processo. [31]

Outros elementos, no entender deste autor, deveriam somar-se aos anteriores para que um movimento de descentralização, efetivamente, colhesse os resultados a que se propõe: (a) descentralizar responsabilidades segundo as capacidades dos municípios e, ao mesmo tempo, fomentar uma articulação solidária e cooperativa entre eles; (b) trabalhar a organização dos serviços de saúde em redes regionais integradas, com atribuições bem definidas, com financiamento suficiente e com gestão qualificada; (c) estabelecer uma política de recursos humanos com o envolvimento das três esferas de governo, capaz de prover os municípios dos profissionais necessários aos serviços que neles devam ser oferecidos; (d) fortalecer as instâncias administrativas das secretarias municipais de saúde, tornando-as aptas a realizar suas funções com eficiência e eficácia, inclusive na utilização dos sistemas de informação não apenas como repositório de dados, mas como material necessário à permanente avaliação dos resultados e à correção de rumos; (e) modelar a rede de serviços de modo a responder às realidades epidemiológicas e demográficas, tendo os cuidados de saúde primários como o nível de coordenação da linha de cuidados em saúde; (d) aprimorar a qualidade dos cuidados de saúde primários, nomeadamente pelo bom funcionamento da estratégia de Saúde da Família; (f) enfrentar o problema da existência de grande número de hospitais de pequeno porte, sem viabilidade económica e sem eficácia na prestação de serviços, destinando-os a outros tipos de tarefas, de forma complementar e integrada à rede assistencial; (g) promover uma articulação sinérgica com o setor privado, de modo especial com as entidades filantrópicas, de modo a racionalizar custos, a potencializar eficiência e a facilitar o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde por eles requeridos.

Assim, percebe-se claramente que, para além das definições normativas que já colocam a regionalização da saúde como caminho a ser trilhado, muitos são os desafios que devem ser superados. Um dos maiores, sem dúvida, é o baixo grau de profissionalização e o alto nível de politização da gestão dos serviços de saúde, que decorre da falta de tradição em formação



para a gestão e do não emprego da meritocracia para o preenchimento dos postos de direção, como salienta Gilles Dussault. [32] Além disso, a alta rotatividade dos gestores de saúde traz inequívocos prejuízos à continuidade e ao aprofundamento de programas, políticas e ações que têm por escopo a resposta adequada às necessidades de saúde da população. [33] Por outro lado, citando Vargas et al. [31], Melo et al. [34] enumeram as principais dificuldades enfrentadas pelo processo de regionalização adotado no Brasil em quatro grandes categorias: (a) implementação baseada em negociação ao invés de planejamento; (b) grande responsabilidade dos

municípios com baixa capacidade técnica; (c) falhas no planejamento e na coordenação das competências envolvidas; (d) falta de clareza sobre as regras políticas de implementação.

Por todo o exposto, a descentralização da saúde no Brasil necessita encontrar os meios para vencer tantos desafios, de modo a tornar possível o sucesso do Sistema Único de Saúde em sua missão de possibilitar que a saúde seja mesmo um direito de cidadania, expresso na capacidade de agir de modo organizado e efetivo nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos cidadãos.

## Bibliografia

1. Brasil. Constituição Federal. Artigos 196 a 200. Disponível em [https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988\\_06.06.2017/art\\_196\\_.asp](https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_196_.asp). Acesso em 04 de novembro de 2018.
2. Barros FPC, Almeida LL. Planejamento em saúde no Brasil. Disponível em [http://ihmtweb.ihmt.unl.pt/PublicacoesFB/Anais/Anais\\_vol16\\_suplemento1\\_2017/files/assets/common/downloads/publication.pdf](http://ihmtweb.ihmt.unl.pt/PublicacoesFB/Anais/Anais_vol16_suplemento1_2017/files/assets/common/downloads/publication.pdf). Acesso em 04 de novembro de 2018.
3. Brasil. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm). Acesso em 04 de novembro de 2018.
4. Ramos EMB, Netto EBM. O federalismo e o direito à saúde na Constituição Federal de 1988: limites e possibilidades ao estabelecimento de um autêntico federalismo sanitário cooperativo no Brasil. *Revista Jurídica*, vol 4, no. 49, Curitiba: 2017, p 304-307. Disponível em <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/2296>. Acesso em 04 de novembro de 2018.
5. Biblioteca Virtual Sérgio Arouca. Reforma sanitária. Disponível em <https://bv-sarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em 04 de novembro de 2018.
6. Flores O., Sousa MF, Hamann EM. Agentes Comunitários de Saúde: vertentes filosóficas, espaços e perspectivas de atuação no Brasil. *Com. Ciências Saúde*. 2008;19(2):123-136. Disponível em < [http://www.esccs.edu.br/pesquisa/revista/2008Vol19\\_2art05agentes.pdf](http://www.esccs.edu.br/pesquisa/revista/2008Vol19_2art05agentes.pdf)>. Acesso em 05 de novembro de 2018.
7. Harris M, Haines A. *Brazil's Family Health Programme*. *British Medical Journal* 2010; 341:c4945.
8. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011;377:1778-1797.
9. Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community - based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Economics*, v. 19, n. S1, p. 126-158, 2010.
10. Albuquerque AC et al. Regionalização da vigilância em saúde: uma proposta de avaliação de desempenho em uma região de saúde no Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2017, vol.17, suppl.1, pp. S135-S151. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292017000600007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000600007&lng=en&nrm=iso). Acesso em 06 de novembro de 2018.
11. Bastos ML et al. The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: a systematic review. Published: August 7, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182336>. Acesso em 06 de novembro de 2018.
12. Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Documento político e técnico para diálogo com os candidatos nas eleições em 2018. Brasília, 2018. Disponível em [http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/07/livreto\\_presidenciais\\_tela\\_F02.pdf](http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/07/livreto_presidenciais_tela_F02.pdf). Acesso em 12 de outubro de 2018.
13. Calvo MCM et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2016, v. 25, n. 4, pp. 767-776. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00767.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00767.pdf). Acesso em 06 de novembro de 2018.
14. Menicucci TMG, Marques AMF, Silveira GA. O desempenho dos municípios no Pacto pela Saúde no âmbito das relações federativas do Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade*, 26(2), 348-366. 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/s10104-12902017170844>. Acesso em 06 de novembro de 2018.
15. Mendes JR, Rasga MM, Ouverney AM, Furtado CMPS. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2017;22(4):1031-1044. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050551002>. Acesso em 7 de novembro de 2018.
16. Moreira MR, Ribeiro JMS e Ouverney AM. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 4 pp. 1097-1108. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03742017>. Acesso em 08 de novembro de 2018.
17. Vilaça EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2297-2305.
18. Massuda A, Hone T, Leles FAG, et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health* 2018;3:e000829. Disponível em <https://gh.bmj.com/content/3/4/e000829>. Acesso em 09 de novembro de 2018.
19. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2015, v. 20, n. 11, pp. 3547-3552. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.07252015>. Acesso em 09 de novembro de 2018.
20. Santos FJS. O programa mais médicos: uma avaliação do impacto sobre indicadores de saúde do Brasil. 2018. 157f. Tese (Doutorado em Administração) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018. Disponível em <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/25055>. Acesso em 02 de novembro de 2018.
21. Brasil. CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde. Coordenador: Fernando P. Cupertino de Barros. Brasília: CONASS, 2018 pp.84-86.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de apoio à gestão estratégica. Disponível em <http://sage.saude.gov.br/#>. Acesso em 09 de novembro de 2018.
23. Fausto MCR, et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*. 2014;38:13-33.
24. Protasio APL, et al. Evaluation of the reference and counter-reference system based on the responses of the Primary Care professionals in the first External Evaluation cycle of PMAQ-AB in the state of Paraíba. *Saúde em Debate*. 2014;38(SPE): 209-220.
25. Tomasi E, et al. Structure and work process in the prevention of cervical cancer in Health Basic Attention in Brazil: Program for the Improvement of Access and Quality. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2015;15(2):171-80.
26. Clementino F, et al. Acolhimento na atenção básica: análise a partir da avaliação externa do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (pmaq-ab). *Revista Saúde & Ciência Online*. 2015;4(1):62-80.

27. Medina MG, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? *Saúde Debate*. 2014;38 Spe:69-82.
28. Mota RRA, David HMSL. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: questões a problematizar. *Rev. enferm. UERJ*. 2015;23(1):122-27.
29. Shimizu HE, Carvalho Junior DA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Cien Saude Colet*. 2012; 17( 9):2405-14
30. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: Lima NT, Gerchman S, Edler FC, Suárez JM, editor. *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 4ª reimpressão, 2015. p. 504.
31. Vargas I et al. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice, *Health Policy and Planning*, Volume 30, Issue 6, 1 July 2015, Pages 705–717, <https://doi.org/10.1093/heapol/czu04>. Acesso em 08 de novembro de 2018.
32. Entrevista com o professor Gilles Dussault: desafios dos sistemas de saúde contemporâneos, por Eleonor Minho Conill, Lígia Giovanella e José-Manuel Freire. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 June; 16( 6 ): 2889-2892. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000600026&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600026&lng=en).
33. Santos AO, Carvalho MV, Barros FPC. Preocupações brasileiras: futebol e saúde. *Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário*, v.6, suplemento parte 1 p.146-153. Brasília: 2017. Disponível em <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/download/447/508>. Acesso em 09 de novembro de 2018.
34. Mello GA et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 4, pp. 1291-1310. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26522016>. Acesso em 04 de novembro de 2018.

### Conflitos de interesses:

O autor declara que não existem conflitos de interesses.