

CAPÍTULO 5

Descentralização da saúde no Brasil: uma trajetória incompleta

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). Rua 7, 201 apto 202, Setor Oeste, Goiânia/GO, CEP 74.110-090, Brasil. fernandocupertino@gmail.com

Flavio A. de Andrade Goulart

Médico. Doutor em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz. Professor (titular) aposentado da Universidade de Brasília. Rua Imbuías, 10 – CEP 71.608.680. Brasília-DF. Brasil. goulart.fa@gmail.com

Resumo

O artigo apresenta uma visão crítica sobre a municipalização da saúde no Brasil, a partir do contexto histórico de suas origens. Aponta seus pontos positivos, suas fragilidades, os problemas decorrentes de sua implementação e as perspectivas atuais. Para tanto, os autores baseiam-se em seu envolvimento pessoal com a temática e na intimidade com o desenrolar do processo desde seus primórdios, seja na condição de médicos do sistema público de saúde, seja como gestores do SUS nos níveis municipal, estadual e federal, apoiando-se ainda na literatura existente sobre o assunto. À guisa de conclusão, enumeram-se os fatores que deveriam ser levados em conta no contexto atual, no sentido de avançar na descentralização, conservando-se os benefícios e resultados positivos da municipalização, porém corrigindo as distorções e os problemas surgidos no decorrer do tempo. Apresenta-se, ainda, uma breve análise comparativa entre os processos de descentralização no Brasil e em Portugal.

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. A comparative briefing about health decentralization in Brazil and Portugal is also included.

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 (SUS), pautado nas diretrizes de descentralização, atenção integral e participação da comunidade, com o financiamento tripartite assegurado pela União e pelos estados, Distrito Federal e municípios¹. Foi assim introduzido um modelo federativo inovador, caracterizado pela responsabilização das três esferas de governo, dotadas de autonomia pela Constituição, além de amplas atribuições na gestão das políticas públicas. A relação de interdependência que se estabeleceu em tal modelo é indissociável da noção de que a autoridade é exercida pela negociação entre os entes, sem caráter de subordinação².

Por outro lado, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), confirmando e detalhando as diretrizes constitucionais, estabeleceu em seu art. 7º, inciso IX, as diretrizes de 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 disso, a Lei Orgânica estabelece, em seu art. 18, as competências dos municípios no tocante à saúde³.

À luz da realidade, todavia, percebe-se que a federação brasileira convive, ainda atualmente, 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. Dessa maneira, o sentido de uma forma federativa de organização do 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 estabeleça⁴.

Detalhando um pouco mais alguns dos problemas ainda pendentes no processo de descentralização da saúde no Brasil, podem ser apontadas algumas questões, a saber: (a) estruturais, derivadas de cenários que os legisladores constituintes ou os gestores, particularmente no Ministério da Saúde, não puderam prever ou, se previram, não enfrentaram devidamente, podendo ser incluídas aqui as diversas situações que

derivam do caráter próprio federação brasileira e de seu entorno político e cultural, por exemplo, a extrema dependência do governo “de cima”, as limitações no enfrentamento das desigualdades sociais, as diferentes motivações dos níveis estaduais e municipais na implementação das políticas; (b) falhas na decisão política dos gestores, devido a uma regulação federal especialmente dura, sem deixar de ser, muitas vezes, transitória, intempestiva e fragmentada, com escassa indefinição de conteúdos de gestão e de assistência em cada nível de governo, em função de conflitos político-partidários entre os estados e municípios; (c) não decisão ou não enfrentamento de questões, de que são exemplos a manutenção ou a mudança apenas superficial do modelo assistencial, ainda muito focalizado na oferta de serviços, nas tecnologias e na assistência hospitalar; a não integração intersetorial das políticas sociais; a debilidade dos mecanismos de controle, além da integração incompleta entre as assistências individual e coletiva⁵.

Tudo isso faz com que a descentralização das ações de saúde no Brasil, nos termos da Constituição Federal de 1988, embora em permanente evolução, ainda padeça de um dilema essencial, não resolvido, qual seja o do descompasso entre as boas intenções dos constituintes, dos gestores ou dos militantes da Reforma Sanitária e as ações concretas dos governos, motivado por questões de fundo político, cultural, conceitual e operacional. Isso se vê agravado, também, por posturas comuns da militância pró-SUS, tendente a não se abrir para a discussão de mudanças, o que deveria na verdade se constituir como debate necessário entre sociedade política e sociedade civil do País. A verdade é que, na saúde, muitas das promessas da celebrada Constituição Cidadã de 1988 ainda faltam cumprir-se, parafraseando Fernando Pessoa⁵.

Em uma 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 e baseado no mérito, eram contemplados, enquanto os demais cidadãos só podiam contar com a caridade das entidades filantrópicas, especialmente das Santas Casas de Misericórdia. Há que se ressaltar, também, a maneira quase “heroica” da singular atuação de alguns municípios e estados da federação, que optaram por investir em serviços de saúde para sua população, mesmo ao arripio de marcantes dificuldades, particularmente financeiras e institucionais, com carência de respaldo legal para tanto⁶. 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 época visava simplesmente ao exercício do poder de controle, de modo a amenizar tensões e a legitimar o regime de exceção perante sociedade, que não participava por nenhuma forma das instâncias de decisão.

Foi 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 que surgiu o assim chamado Movimento da Reforma Sanitária, cujos postulados terminaram por consolidar-se em um sistema universal de saúde, adotado pelos constituintes e expresso na Constituição Federal vigente.

Tal processo de reforma na saúde, entretanto, às vezes tratado como um amplo “movimento social”, precisa ser mais bem qualificado. Alguns de seus estudiosos, como, por exemplo, Paim⁷, defendem que o SUS nada deve aos políticos, sendo fruto de conquista efetiva da sociedade civil. Os políticos, de fato, pegaram carona na construção do sistema de saúde, mas quanto ao caráter e dimensão real de tal “sociedade civil”, há ressalvas a serem feitas, pois a formação do SUS representaria muito menos do que a ação coordenada e intencional de quaisquer “movimentos sociais” mais amplos, como, por exemplo, sindicatos, partidos políticos, instituições acadêmicas e entidades de moradores. A não ser que se possa chamar de “movimento social” uma articulação de intelectuais e membros da burocracia pública, que começou a se adensar entre os anos 1970 e 1980, com localização geográfica preferencial nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Isso representou, sem dúvida, uma articulação forte e bem fundamentada nos ideais das reformas de saúde europeias pós-Segunda Guerra, sobretudo bem-sucedida no Brasil, mas, de toda forma, não seria possível credenciá-lo, por si só, como um autêntico “movimento social”. Mesmo que o fosse, é preciso lembrar que outros atores sociais, igualmente ou ainda mais importantes, não estavam, de fato, engajados, pelo menos formalmente, como é o caso dos grandes sindicatos das áreas industrializadas do País, na luta pela reforma do sistema de saúde⁸.

Nas palavras de um dos próceres de tal articulação, Sergio Arouca⁹,

“[...] 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 em uma 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 buscar a participação da comunidade em um ambiente de retomada democrática após praticamente 25 anos de regime militar; e) a busca de 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, embora, sem dúvida, o padrão histórico da federação brasileira fosse pouco propício a tais inovações¹⁰.

Por último, e de grande importância estratégica, cabe destacar a escolha do fortalecimento dos cuidados de saúde primários, ou Atenção Primária à Saúde (APS), 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. Dessa 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 forma¹¹.

Nesse aspecto, cabe lembrar que a APS, que no Brasil costumeiramente é denominada Atenção Básica, embora seja supostamente algo implícito na Constituição Federal e nas leis do SUS, não se encontra nelas totalmente explicitada, havendo apenas menção, no art. 198 da Carta Magna, a que as ações e serviços públicos de saúde fazem parte de rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com diretrizes de atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas e participação da comunidade, entre outros aspectos¹².

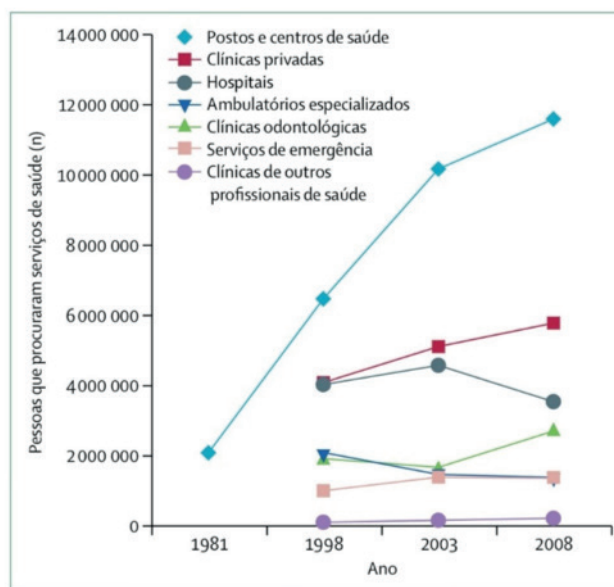
Pontos positivos

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 saúde¹³⁻¹⁶. Além disso, deve ser citada a instituição de um *modus operandi* relativamente inédito nas políticas públicas do País, qual seja o da responsabilização municipal, não só na saúde como em outras políticas públicas.

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 que 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. Nesse 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. Em termos do acesso a ações e serviços de saúde, são referenciais os trabalhos de Paim et al.¹⁴, 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 do setor da saúde e do número de unidades de cuidados de saúde primários implantadas nos municípios brasileiros. Outros autores relatam que a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), implementada graças à municipalização, está associada, de modo consistente, à redução nas mortalidades pós-neonatal e infantil, assim como à diminuição do baixo peso ao nascer, ao

aumento da cobertura dos cuidados pré-natais e a excelentes índices de cobertura vacinal na maioria dos municípios e ainda à sensível redução das hospitalizações devidas a diabetes ou a acidentes cerebrovasculares^{13,17}.

Figura 1. Demanda por serviços de saúde segundo o tipo de serviço



Fonte: Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. Acesso e utilização dos serviços de saúde. The Lancet [periódico on line]. 2011 [acesso em ano mês dia]; Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

Pontos negativos

• O financiamento

O financiamento público do SUS no Brasil 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 (Quadro 1). 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 *deficit* importante de financiamento público para a saúde no Brasil o que, sem dúvida nenhuma, compromete sua capacidade de resposta.

Quadro 1. Gasto em saúde em países selecionados, 2012

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
Brasil	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

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

Figura 2. Gasto em percentual do orçamento público total no Brasil e em países selecionados, 2012

País	Gasto em saúde em percentual do orçamento público
Brasil	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

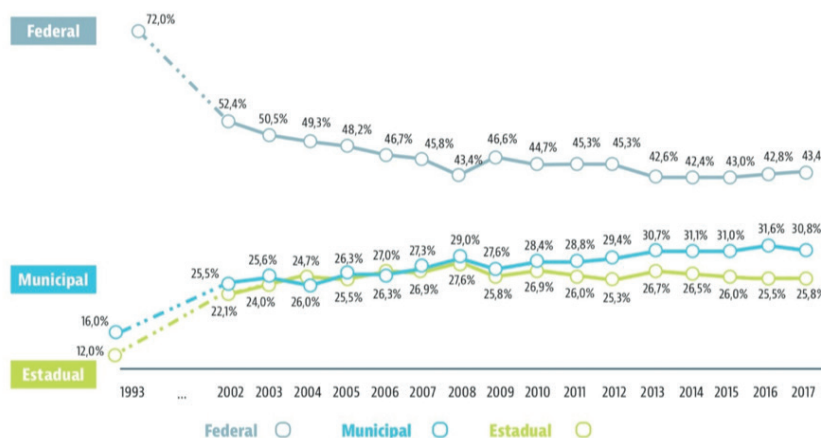
Fonte: World Health Organization. World health statistics, 2015. Geneva, WHO; 2015.

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 3), o que impossibilita a expansão dos serviços, a recuperação e a conservação das estruturas prediais e de equipamentos e que, 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 faça 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 SUS¹². Entre os anos de 2016 e 2017, registrou-se diminuição da representação da carga tributária federal frente ao Produto Interno Bruto (PIB), porém a mesma relação se manteve estável para municípios (Figura 4).

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 às entidades hospitalares privadas sem fins lucrativos, indústria químico-farmacêutica, indústria automobilística, entre outras). Estudos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea registram que, por meio de renúncias fiscais, cerca de R\$ 25 milhões (pouco mais de € 5 milhões) 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 5)¹⁸.

Figura 3. Composição dos gastos com ações e serviços públicos de saúde.



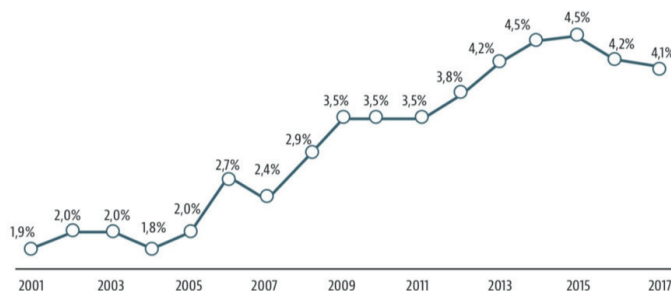
Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Ministério da Saúde, 2018¹⁸.

Figura 4. Carga tributária bruta por esfera de governo, que leva em conta PIB oficial divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em março de 2018.

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%
TOTAL	2.025.988	2.123.198	32,37%	32,36%

Fonte: Tesouro Nacional, 2018¹⁸.

Figura 5. Total de gastos tributários em percentagem do PIB



Fonte: Ministério da Fazenda. Secretaria de Acompanhamento Fiscal, Energia e Loteria, 2018¹⁸.

• 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, entre outros aspectos. Calvo et al.¹⁹ propuseram uma estratificação dos municípios em grupos homogêneos, de modo a permitir a avaliação de seu desempenho em saúde. 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 três grupos: municípios com menos que 25 mil habitantes (pequeno porte), municípios com 25 mil 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; taxa de urbanização e densidade demográfica; 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, mesmo naqueles 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, com 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, senão estará fadada ao fracasso. Nesse sentido, Albuquerque e cols.¹⁶ 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.

Acresce ainda que, na peculiar organização federativa brasileira, cada ente é praticamente autônomo e soberano, assim, as transferências de atribuições e competên-

cias encontram-se diretamente relacionadas com as chamadas barganhas federativas. Trata-se de um sistema político no qual convivem enormes desigualdades estruturais e administrativas, aspectos agravados pela dimensão territorial do País. Dessa forma, de acordo com Souza²⁰, devem ser lembrados fatores que permitiriam uma compreensão mais abrangente da descentralização no Brasil, quais sejam: a) estruturais, como a capacidade fiscal e a capacidade administrativa; b) institucionais, as políticas prévias, as regras constitucionais e a engenharia operacional inerente à prestação de bens e serviços, assim como da ação política indutiva das esferas de governo interessadas em transferir responsabilidades; além de d) tradição de participação política local, ou cultura cívica.

• 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 controle²¹.

Estudos relacionadas com os 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 objetivos²². 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 governos²³.

Cabe lembrar que, ao final dos anos 1990, houve uma inflexão na política de descentralização da saúde no Brasil, com a emissão da chamada Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS, aperfeiçoada gradativamente nos anos subsequentes, substituindo o caráter de “todo poder aos municípios” vigente nos primeiros anos do SUS, em troca de relações mais bem definidas e mais harmônicas entre os entes federativos, abrindo espaço para maior participação e poder de decisão dos Estados²⁴.

Assim, 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 nº 7.508/2011, que estabeleceu de maneira mais clara e detalhada as obrigações e responsabilidades dos entes federados para com a saúde, por meio de um Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP; e a Lei nº 12.466/2011, que reforçou a necessidade da articulação federativa. Embora tenha havido progressos sob a ótica 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 plenitude²¹.

• Modelo assistencial inadequado

Intimamente relacionado com a municipalização da saúde, o esforço empreendido pelo Brasil no fortalecimento dos cuidados de saúde primários, especialmente por intermédio da ESF, está ligado 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. 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 desfavorecidas¹⁵. Todavia, o Brasil vive, já há alguns anos, um processo de acelerada transição demográfica e epidemiológica, que, na opinião de Vilaça²⁵, exige um modelo de redes de atenção à saúde como resposta ao quadro sanitário brasileiro, que destoa dos 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 mais bem aquinhoados sejam penalizados pelo grande afluxo 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 munícipes.

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 território, 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 País²⁶. 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 domiciliares²⁷. 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 caracterização²⁸.

Também relacionados com os 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 em um 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 Mundial²⁹ 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 ESF, 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. 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 dental³⁰. Para além do aspecto da ampliação de acesso e cobertura, porém, há que se preocupar também com a efetiva qualidade dos serviços oferecidos à população. Nesse 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 Família³¹⁻³⁶; e, o que é ainda pior, ensejando a desconstrução de ganhos já obtidos, como se pode depreender das conclusões de Shimizu e Carvalho Júnior³⁷. Tais percalços podem também resultar de um viés recorrente nas políticas públicas no Brasil, qual seja o de tratar igualmente entes desiguais, somado à falta de ênfase em arranjos regionais, mais do que locais e ao enfoque apenas formal na formação de redes.

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 em uma 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 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 solucionados¹⁴⁻¹⁶. 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, tampouco a formação de arranjos mais cooperativos na saúde³⁸.

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 planejamento 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 processo³⁹.

Outros elementos, no entender destes autores, 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, abrindo-se a possibilidade de que a responsabilização operacional e financeira possa ser eventualmente localizada em estruturas regionais ou mesmo estaduais, e não apenas municipais, também com modelos alternativos de gestão mais flexível, diferentes daqueles previstos no chamado Estatuto do Funcionário Público (Lei 8.112), de forma a 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; f) aprimorar a qualidade dos cuidados de saúde primários, nomeadamente pelo bom funcionamento da ESF; g) enfrentar o problema da existência de grande número de hospitais de pequeno porte, sem viabilidade econômica e sem efi-

cácia na prestação de serviços, destinando-os a outros tipos de tarefas, de forma complementar e integrada à rede assistencial; h) promover uma articulação sinérgica com o setor privado, de modo especial com as entidades filantrópicas, a fim de racionalizar custos, potencializar eficiência e 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 Dussault⁴⁰. 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 população⁴¹. Por outro lado, citando Vargas et al.³⁹, Melo et al.⁴² 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. Além disso, não deve ser esquecida a necessidade de desenvolvimento de estratégias intensivas de capacitação de gestores, considerando que o modo tradicional de escolha desses profissionais pelos mandatários municipais, estaduais e mesmo no Governo Federal muitas vezes recai sobre a indicação ou filiação política do escolhido, mais do que sua experiência ou competência técnica concreta na área.

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 SUS 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.

Descentralização e municipalização da saúde: há lições recíprocas entre Brasil e Portugal?

Considerando que o presente texto circulará em publicação que atingirá simultaneamente um público português e brasileiro, além de outras nacionalidades, na seguin-

te seção, serão abordadas algumas questões a respeito dos processos de descentralização e municipalização da saúde no Brasil e em Portugal.

Em Portugal, como é bem sabido, o sistema de saúde não chega a ser amplamente descentralizado até o nível dos concelhos (municípios), como ocorre no Brasil, o que torna difícil ou mesmo supérflua qualquer comparação. Com efeito, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) português é operado diretamente, em todo o território, pelo Ministério da Saúde, em Lisboa, e por Administrações Regionais, ligadas diretamente a ele, com participação reduzida dos níveis subnacionais locais. Tentar traçar paralelos entre os dois países esbarraria, também, na diferente dimensão entre eles, além da estrutura política correspondente. O que é possível fazer, assim mesmo com cautela, é assinalar pontos de convergência e de divergência nos processos respectivos, procurando nestes possíveis ensinamentos ou diretrizes, seja em termos operacionais ou mesmo de “não fazer”⁴³.

Assim, tal tema poderia ser abordado mediante três diferentes questões: a municipalização da saúde, tal como aquela realizada no Brasil, teria alguém tipo de aplicabilidade em Portugal ou vice-versa? Quais fatores facilitadores da descentralização estão presentes no caso do SNS português? Haveria lições a aprender na evolução do SNS, não apenas na descentralização, passíveis de aplicação ao SUS brasileiro?

Com efeito, o modelo brasileiro de municipalização em saúde não é nem poderia ser aplicável extensivamente a Portugal, pois se trata de realidades muito diferentes. A recíproca também é verdadeira. Algumas dessas diferenças podem ser citadas: a) Portugal é um país unitário, com pouco mais de 10 milhões de habitantes; o Brasil é uma federação de 200 milhões, com grande nível de autonomia entre os entes (União, estados e municípios); b) as relações, sem dúvida, mais harmônicas no primeiro caso, nem de longe se comparam à competição e ao predatismo vigentes na federação brasileira; c) o poder em Portugal se ramifica e se exerce também abaixo da autoridade correspondente à dos Prefeitos no Brasil, no caso, os Presidentes de Câmaras, graças à existência das Freguesias, praticamente correspondentes aos bairros das cidades brasileiras, onde também se discute, vota-se e executam-se medidas relativas aos problemas locais, aproximando os cidadãos, de fato e de direito, do processo de gestão em saúde; d) o tipo de processo eleitoral em Portugal, sintonizado com tal ramificação de poder, sem dúvida é mais orgânico à democracia, graças aos instrumentos de voto por áreas, formação de listas, liberdade de candidaturas e outros; e) as diferenças culturais também são certamente importantes, além das demográficas; f) mesmo sendo um país que saiu de uma longa ditadura, apenas uma década antes do Brasil, Portugal já tinha tradição milenar de poder local por meio de autênticas comunidade cívicas (Concelhos, Freguesias).

Quanto aos fatores facilitadores do processo de descentralização de políticas públicas vigentes em Portugal, pode-se dizer, sem impedimento de que existam também obstáculos a tal processo, que alguns aspectos concorrem para um melhor desempenho das políticas públicas nesse país, entre outros: a) a referida ramificação local do Poder Político por intermédio das Freguesias; b) o menor nível de desigualdade econômica, social e sanitária que o país apresenta, quando comparado ao Brasil; c) a infraestrutura urbana, social e sanitária disponível, incomparavelmente mais desenvolvida do que no Brasil, e significativa mesmo em termos europeus; d) os processos políticos de negociação e defesa de interesse público mais desenvolvidos; e) o sistema político-eleitoral.

Quanto às lições que o Brasil pode aprender com Portugal, elas não são poucas, mas devem ser mediadas pelo senso de realidade e pelas características culturais. Ainda assim, podem ser citadas: a) a ousadia de acompanhar a evolução social, sanitária e demográfica por meio das mudanças na Lei de Bases da Saúde ora em curso em Portugal, o que equivaleria, sem dúvida, a gastar energias cívicas também com as mudanças, não apenas com a conservação do status-quo; b) a relativa “modéstia”, ou um senso mais apurado de realidade, que a formação do SNS apresenta desde sua fundação, mostrando que pode ser mais importante entregar o que se promete do que prometer sem poder entregar; c) a distribuição de tarefas entre o público e o privado, prevista constitucionalmente e exercida sem maiores sobressaltos, ressalvados, é claro, a competência, a manutenção e o aprimoramento do poder regulatório do Estado; d) a maior flexibilidade para arranjos normativos e legais, visando, acima de tudo, à sustentabilidade e ao apoio, na realidade, por parte do sistema de saúde, sem abrir mão de uma sempre necessária segurança jurídica; e) o recurso permanente à integração programática e institucional dada pelo lema saúde em todas as políticas^{43,44}.

Referências

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Artigos 196 a 200. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [acesso em 2018 nov 04]. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_196_.asp.
2. Barros FPC, Almeida LL. Planeamento em saúde no Brasil. In: Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. An Inst Hig Med Trop. 2017 [acesso em 2018 nov 4];16(Supl. 1): S43-S50. Disponível em: http://ihmtweb.ihmt.unl.pt/PublicacoesFB/Anais/Anais_vol16_suplemento1_2017/files/assets/common/downloads/publication.pdf.

3. Brasil. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 20 de setembro de 1990 [acesso em 2018 nov 4]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm.
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. 2017 [acesso em 2013 nov 4];4(49):304-330. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/2296>.
5. Goulart FA. Descentralização da saúde pós-Constituição de 1988: entre (boas) intenções e gestos desencontrados. In: Dantas B; Cruxen, E, Santos F; Lago GPL, organizadores. Os Cidadãos na Carta Cidadã. Brasília-DF: Senado Federal. ILB. 2008;V:33-68.
6. Escorel S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz; 1987.
7. Paim J. “SUS não veio dos políticos, foi uma conquista da sociedade civil”, afirma pesquisador [entrevista ao Saúde Popular]. Saúde Popular. 24 set 2015. [acesso em 2018 jul 9]. Disponível em: <https://saude-popular.org/2015/09/sus-nao-veio-dos-politicos-foi-uma-conquista-da-sociedade-civil-afirma-pesquisador/>.
8. Goulart FA. O SUS é fruto realmente de movimentos sociais? Verdade Saúde [internet]. 28 ago 2016. [acesso em 2019 abr 15]. Disponível em: <https://veredasaude.com/2016/08/28/o-sus-e-fruto-realmente-dos-movimentos-sociais/>.
9. Biblioteca Virtual Sergio Arouca. Reforma sanitária. [s.d]. [aceso em 2018 nov 4] Disponível em <https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>.
10. Arretche M. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. In Viana MLW, Gerschman S. A miragem da pós-modernidade – democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1997.
11. Flores O, Sousa MF, Hamann EM. Agentes Comunitários de Saúde: vertentes filosóficas, espaços e perspectivas de atuação no Brasil. Com. Ciências Saúde. 2008 [acesso em 2018 nov 5];19(2):123-136. Disponível em: http://www.esccs.edu.br/pesquisa/revista/2008Vol19_2art05agentes.pdf.

12. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [acesso em 2019 abr 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
13. Harris M, Haines A. Brazil's Family Health Programme. *Br Med J*. 2010;341:c4945.
14. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377:1778-1797.
15. Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Econ*. 2010;19(S1):126-158
16. Albuquerque AC, Cesse EAP, Felisberto E, Samico I, Uchimura LYT, Estima N. 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 [acesso em 2018 nov 6];17(suppl.1):S135-S151. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000600007&lng=en&nrm=iso.
17. Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: a systematic review. *PLoS ONE*. 2017 [acesso em 2018 nov 6];12(8):e0182336. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182336>.
18. Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Documento político e técnico para diálogo com os candidatos nas eleições em 2018. Brasília; 2018 [acesso em 2018 out 12]. Disponível em: http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/07/livreto_presidenciais_tela_F02.pdf.
19. Calvo MCM, Lacerda JT, Colussi CF, Schneider IJC, Rocha TAH. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol Serv Saúde* [online]. 2016 [acesso em 2018 nov 6];25(4):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.
20. Souza C. Relações Intergovernamentais e a Reforma da Administração Pública Local. In: Seminário A Reforma da Administração Pública: Possibilidades e Obstáculos Recife, agosto; 1998.
21. Menicucci TMG, Marques AMF, Silveira GA. O desempenho dos municípios no Pacto pela Saúde no âmbito das relações federativas do Sistema Único de Saúde. *Sau de soc*. 2017 [acesso em 2018 nov 6];26(2):348-366. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170844>.

22. 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. *Cienc saude colet* [online]. 2017 [acesso em 2018 nov 7];22(4):1031-1044. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050551002>.
23. Moreira MR, Ribeiro JM, Ouverney AM. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. *Cienc saude colet* [online]. 2017 [acesso em 2018 nov 8];22(4):1097-1108. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03742017>.
24. Goulart FA. Esculpindo o SUS a golpes de portaria. *Cien saude colet*, Rio de Janeiro. 2001;6(2):293-295.
25. Vilaça EV. As redes de atenção à saúde. *Cien saude colet*. 2010;15(5):2297-2305.
26. Massuda A, Hone T, Leles FAG, et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*. 2018 [acesso em 2018 nov 9];3:e000829. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/3/4/e000829>.
27. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Cien saude colet* [online]. 2015 [acesso em 2018 nov 9];20(11):3547-3552. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.07252015>.
28. Santos FJS. O programa mais médicos: uma avaliação do impacto sobre indicadores de saúde do Brasil [tese]. Natal: Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2018 [acesso em 2018 nov 2]. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/25055>.
29. Brasil. CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde. Coordenador: Fernando P. Cupertino de Barros. Brasília: CONASS; 2018, p.84-86.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de apoio à gestão estratégica. [acesso em 2018 nov 9]. Disponível em <http://sage.saude.gov.br/#>.
31. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2014;38:13-33.
32. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. 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 Debate*. 2014;38(SPE):209-220.

33. Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA, Thumé E, Silveira DSS, Siqueira FV, 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. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2015;15(2):171-80.
34. 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.
35. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, Mota E, Pinto Júnior EP, Luz LA, 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.
36. 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.
37. 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.
38. 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.
39. Vargas I, et al. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. *Health Policy Plan*. 2015 [acesso em 2018 nov 8];30(6):705-717. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czu04>.
40. Entrevista com o professor Gilles Dussault: desafios dos sistemas de saúde contemporâneos, por Eleonor Minho Conill, Ligia Giovanella e José-Manuel Freire. *Cienc. saude coletiva* [online]. 2011 [acesso em 2018 nov 6];16(6):2889-2892. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600026&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600026>.
41. Santos AO, Carvalho MV, Barros FPC. Preocupações brasileiras: futebol e saúde. In: *Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário*. 2017 [acesso em 2018 nov 9];6(supl. 1):146-153. Disponível em <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/download/447/508>.
42. Mello GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana ALA. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Cien saude Colet* [online]. 2017 [aces-

so em 2018 nov 4];22(4):1291-1310. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26522016>.

43. Goulart FA. Saúde em Portugal (VI) – Municipalização da saúde: sim ou não? In: A saúde no Distrito Federal tem jeito! 22 fev 2019 [acesso em 2019 abr 18]. Disponível em: <https://saudenodfblog.wordpress.com/2019/02/22/saude-em-portugal-vi-municipalizacao-da-saude-sim-ou-nao/>.

44. Simões JA, Augusto GF, Fronteira I. Health Systems Transition – Portugal. European Observatory on Health Systems and Policies. 2017;19(2).

Os autores declaram não haver qualquer conflito de interesse a ser assinalado.