

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA DA SAÚDE**

DAWSON ROCHA DOS SANTOS

A DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Belo Horizonte

2019

DAWSON ROCHA DOS SANTOS

A DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção de título de Especialista em Gestão Pública.

Orientadora: Narrayra Granier Cunha

Belo Horizonte

2019



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Curso de Especialização em Gestão Pública no Setor da Saúde

ATA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO do Senhor(a) **Dawson Rocha dos Santos**, REGISTRO Nº **2017760255**. No dia 04/05/2019 às 16:20 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Trabalho de Conclusão de Curso - TCC, indicada pela Coordenação do Curso de Especialização em Gestão Pública, para julgar o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "**A DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**", requisito para a obtenção do **Título de Especialista**. Abrindo a sessão, o(a) orientador(a) e Presidente da Comissão, **Narrayra Granier Cunha**, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares de apresentação do TCC, passou a palavra ao(à) aluno(a) para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, seguido das respostas do(a) aluno(a). Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do(a) aluno(a) e do público, para avaliação do TCC, que foi considerado:

() APROVADO

APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA - PRAZO MÁXIMO DE 7 (SETE) DIAS

() NÃO APROVADO

73 pontos (setenta e três) trabalhos com nota maior ou igual a 60 serão considerados aprovados.

O resultado final foi comunicado publicamente ao(à) aluno(a) pelo(a) orientador(a) e Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o(a) Senhor(a) Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 04/05/2019.

Prof. Narrayra Granier Cunha
(Orientador(a))

Prof(a). Walesson Gomes da Silva

Prof(a). Daniele Oliveira Xavier







Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Curso de Especialização em Gestão Pública no Setor da Saúde

MODIFICAÇÃO EM TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Modificações exigidas no TCC do(a) aluno(a) Dawson Rocha dos Santos, número de matrícula 2017760255.

Modificações solicitadas:

Fazer a adequação da metodologia.

O prazo para entrega do TCC contemplando as alterações determinadas pela comissão é de no máximo 7 dias, sendo o(a) orientador(a) responsável pela correção final.


Prof(a). Narrayra Granier Cunha
(Orientador(a))


Assinatura do(a) aluno(a): Dawson Rocha dos Santos

Atesto que as alterações exigidas Foram Cumpridas
 Não foram cumpridas

Belo Horizonte, 11 de maio de 2019

Professor Orientador


Assinatura

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	8
4 FORMAS ORGANIZATIVAS DO ESTADO BRASILEIRO.....	10
5 DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS.....	11
6 PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS DO SUS.....	13
7 METODOLOGIA	17
8 RESULTADOS.....	19
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28

RESUMO

O presente artigo tem como tema a descentralização do SUS na administração pública, enfatiza o SUS como um dos grandes pilares das políticas públicas executadas no Brasil, cujo problema de pesquisa é, a descentralização é efetiva na administração pública?. A descentralização tem como escopo uma gestão administrativa municipalizada na prestação das ações e serviços de saúde e percebe-se com isso um paradoxo da política brasileira em que a estrutura tecnocrata do Estado centralizador é forçado a conviver com a autonomia político-administrativa dos entes federados, conforme art.18, caput, da CF/88, de qualquer forma, tal estruturação política implicou pontos positivos, como pontos negativos no desenvolvimento do SUS. A metodologia utilizada foi revisão bibliográfica baseado em rol legislativo (CF/88, Lei 8.080/90, Lei 8.142/90, NOB-SUS 01/93, NOAS-SUS 01/2001), fontes do Ministério da Saúde, que é o grande fomentador do SUS, livros, periódicos, conferências, cartilhas, artigos científicos e tantos outros materiais que coadunaram com o tema. Foram utilizados como base de dados a SciELO, portal de teses e dissertações da UNICAMP e publicações especializadas pertinentes ao assunto. O trabalho privilegiou os seguintes tópicos: Sistema Único de Saúde; formas organizativas do Estado brasileiro; descentralização do SUS e pontos positivos e negativos do SUS. Por fim, nota-se que a estrutura administrativa do Estado brasileiro ainda é bastante burocrática, mesmo que os anseios políticos, econômicos e sociais ditam perspectivas diferentes e a descentralização do Sistema Único de Saúde é uma tentativa de ajuste a essas mudanças.

Palavras-chave: Descentralização; Municipalização; SUS.

ABSTRACT

This article focuses on SUS decentralization in public administration, emphasizes SUS as one of the great pillars of public policies implemented in Brazil, whose research problem is, decentralization is effective in public administration ?. Decentralization has the scope of a municipalized administrative management in the provision of health actions and services and it is possible to perceive a paradox of Brazilian politics in which the technocratic structure of the centralizing state is forced to live with the political-administrative autonomy of the federated entities, according to art.18, caput, of CF / 88, in any case, such political structuring implied positive points, as negative points in the development of SUS. The methodology used was a bibliographic review based on a legislative roll (CF / 88, Law 8.080 / 90, Law 8.142 / 90, NOB-SUS 01/93, NOAS-SUS 01/2001), sources of the Ministry of Health, which is the SUS, books, periodicals, conferences, booklets, scientific articles and so many other materials that matched the theme. SciELO, a portal of theses and dissertations of UNICAMP and specialized publications pertinent to the subject were used as a database. The work focused on the following topics: Unified Health System; organizational forms of the Brazilian State; decentralization of SUS and positive and negative aspects of SUS. Finally, it is noted that the administrative structure of the Brazilian State is still quite bureaucratic, even though political, economic and social aspirations dictate different perspectives and the decentralization of the Unified Health System is an attempt to adjust to these changes.

Keywords: Decentralization; Municipalization; SUS.

1 - INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema a descentralização do SUS na administração pública cujo problema de pesquisa é “a descentralização é efetiva na administração pública?”. Para tanto foram utilizados como marco teórico os livros “SUS: avanços e desafios” obra confeccionada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (2006); a 9ª Conferência Nacional de Saúde, além dos artigos “Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde” (2004); “SUS Brasil: a região de saúde como caminho” (2015) e “Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas (2016).

Convém ressaltar a importância da descentralização do SUS, sendo administrado diretamente pelos municípios, em vez de ficar centralizado na esfera federal. Afinal de contas, há previsão legislativa que se encontra respaldada pela Constituição Federal de 1988 em seu art.18, caput que confirma essa ideia, in verbis: “A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição”. Para reforçar ainda mais essa ideia convém ressaltar também o art.30, caput, inciso VII, do diploma mencionado, que assevera: “Compete aos Municípios: prestar, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”. E finalmente, para ratificar tal entendimento o art.198, caput, inciso I, preconiza: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo”.

A justificativa para apoiar essa ideia é muito simples corroborada pelos especialistas “(...) o município é o melhor gestor para a questão da saúde, por estar mais próximo da realidade da população do que as esferas estadual e federal” (BARATA, TANAKA, MENDES, 2004, p.15).

Quanto ao objetivo geral do trabalho analisou-se a importância da descentralização no SUS, princípio constitutivo expresso na Constituição Federal de 1988, como um processo de autonomia político-administrativa dos municípios na condução da política de saúde, que por sua vez, está respaldado no art.18, caput, do diploma acima mencionado (CF/88; BARATA,

TANAKA, MENDES, 2004; PINAFO, CARVALHO, NUNES, 2016; PALHA, NUNES, 2003).

Quanto aos objetivos específicos pontuou-se os seguintes tópicos: compreender historicamente o SUS (Ministério da Saúde, 2018; CONASS, 2006; CARVALHO, BARBOSA, 2014; PALHA, VILLA, 2003); identificar os principais avanços e obstáculos do SUS (CONASS, 2006; PINAFO, CARVALHO, NUNES, 2016; PALHA, VILLA, 2003); sugerir a descentralização como estratégia de implantação (CF/88; BARATA, TANAKA, MENDES, 2004; PALHA, VILLA, 2003).

O método de pesquisa foi revisão bibliográfica, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, de cunho teórico, que analisou o processo de descentralização. Além de livros, periódicos, cartilhas, conferências, artigos científicos, utilizou-se todo um rol taxativo específico relacionado ao tema, a saber: Constituição Federal de 1988; Lei nº8.080 de 19 de setembro de 1990 e Lei nº8.142 de 28 de dezembro de 1990; NOB-SUS 01/93 (Portaria nº545 de 20 de maio de 1993); NOAS-SUS 01/2001 (Portaria nº95 de 26 de janeiro de 2001). Como base de dados foram consultados a SciELO, portal de teses e dissertações da UNICAMP, sites do Ministério da Saúde, que é o grande fomentador do SUS.

O trabalho, com os tópicos acima elucidados, destinou-se a esclarecer o tema/problema proposto, pois abarcou em sua essência a descentralização como uma política-administrativa que o Governo Federal se incumbiu em concretizá-la, sendo assim ficou dividido da seguinte forma: histórico do Sistema Único de Saúde, formas organizativas do Estado brasileiro, a descentralização e os pontos positivos e negativos do SUS, posteriormente, a metodologia aplicada, análise de resultados e, para fechar, as considerações finais.

Donde se conclui, que a questão posta pelo respectivo trabalho, foi crucial para o entendimento do SUS e de sua dimensão no Estado brasileiro, haja vista, o complexo arcabouço administrativo, político e jurídico que o sistema comporta e consubstanciá-lo não é tarefa fácil. Portanto, o trabalho tem como escopo uma análise crítica acerca da descentralização do SUS.

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

De acordo com o Ministério da Saúde (2018) o Sistema Único de Saúde – SUS é um dos maiores sistemas de saúde do mundo. Os serviços prestados pelo SUS alcançam desde a assistência primária (postos de saúde) até o de maior complexidade, como a assistência terciária (transplantes de órgãos, cirurgias) de forma integral, universal e gratuita em consonância à Constituição Federal de 1988. Hodiernamente atende mais de 180 milhões de brasileiros, significa que “saúde é direito de todos e dever do Estado” (art.196, do citado diploma).

Outrora, a prestação de serviço em saúde era exclusiva a uma categoria de profissionais que pagavam pela cobertura em saúde, ou seja, um modelo médico assistencial privatista, onde somente aqueles trabalhadores que tinham condições de pagar pelo atendimento médico eram beneficiados com a assistência à saúde. Os outros ficavam à mercê da filantropia do Estado ou de alguma entidade beneficente – as Santas Casas de Misericórdia (CONASS, 2006; CARVALHO, BARBOSA, 2014).

Completamente oposto ao que a Constituição Federal de 1988 promulgou, que contempla expressamente que a seguridade social é a mantenedora, em boa parte, da saúde, previdência e assistência social dos cidadãos brasileiros, com a missão incontestada de acolher os excluídos/desabrigados, independentemente de contribuição social (LOAS, **Lei nº8.742, de 7 de dezembro de 1993**). Tal amparo doutrinário encontra-se ratificado na Carta Magna, in verbis: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (art.195, da CF/88).

Tal conquista constitucional surgiu a partir de 1982, com os Secretários Estaduais de Saúde, que se reuniram e fundaram o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, que juntos ao movimento sanitário, lutaram por mudanças substanciais na saúde, que até então era acanhada e privilegiava uma sociedade elitista (CONASS, 2009). Foi com Sérgio Arouca, médico sanitário e militante, que em 1986, filiado com outros integrantes de partido pela

reforma sanitária e os movimentos sociais, lançaram as bases constitucionais do Sistema Único de Saúde, acolhidas pela CF/88, através da sua mais importante conferência, a VIII Conferência Nacional de Saúde; a 12ª Conferência denominada Conferência Sérgio Arouca (BUSS, 1991; PALHA, VILLA, 2003; CONASS, 2006).

O relatório final da conferência colocou três grandes referenciais para a reforma sanitária brasileira: um conceito amplo de saúde; a saúde como direito da cidadania e dever do Estado; e a instituição de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da universalidade, da integralidade, da descentralização e da participação da comunidade. (BRASIL, CONASS, 2006, p.24-25)

Diante desse cenário surge o SUS que a Constituição Federal de 1988 instituiu como “direito de todos e dever do Estado” (art.196) que, por ora, fora regulamentado pelas Lei nº8.080 de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, e da Lei nº8.142 de 28 de dezembro de 1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”, mais conhecidas como Lei Orgânica da Saúde (CONASS, 2006).

Deduz dessa inferência legislativa que o SUS é universal, ou seja, que abarca todas as pessoas que queiram usufruir do sistema de saúde público. Além desse princípio basilar da universalidade conta, também, para a sua estruturação, com os princípios doutrinários da integralidade e equidade - são os de caráter teleológico do SUS (o fim a que foi proposto). Fecha, o rol principiológico, os organizativos (os meios para se obter os fins), que é pertinente ressaltar a regionalização e a hierarquização, a municipalização e a descentralização que juntos compõem o arcabouço do SUS (PALHA, VILLA, 2003; GONÇALVES, 2014).

A Constituição Federal de 1988 traz todo um arcabouço normativo do que se pretende com a prestação de serviço em saúde à população e como ela será organizada e financiada. Os artigos legislativos enunciados são tratados de forma ampla e não detalhada, mas abarcaram o essencial para a sua consubstanciação - “o resultado foi um texto constitucional sobre saúde moderno e abrangente, um dos mais avançados do mundo, na Constituição Brasileira de 1988” (BUSS,1991, p.298).

Compreende desde o art.193 até o art.204 que de alguma forma consolida a saúde no Brasil.

O art.193, do diploma supracitado, diz: “A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais” (BRASIL, CF/88, p.64). Já assevera logo a importância do bem-estar social para uma qualidade de vida saudável. Os arts.194 e 195 falam da seguridade social que engloba à saúde, à previdência e à assistência social. De suma relevância, pois esboça seus princípios e como se dará o seu financiamento, ou seja, por toda a sociedade, de forma direta e indireta, e mediante recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (KERTZMAN, 2011; LOPES JÚNIOR, 2011). Os arts.196 a 200 especificam a seção saúde. São delineados os tópicos pertinentes à sua consubstanciação, tais como os princípios doutrinários do SUS: universalidade, equidade e integralidade e os organizativos, a saber: descentralização, regionalização, hierarquização e participação social, por fim, fala de sua competência (PALHA; VILLA, 2003).

De acordo com Moura (2013, p.6) “o princípio da universalidade não está expresso em dispositivo constitucional, mas é norma facilmente extraído do art.196 da Constituição Federal de 1988, que prevê o acesso universal às ações e serviços de saúde (...)”, implica que todos têm direito à saúde sem distinção de cor, raça, credo. Além de abarcar a universalidade, o SUS também tem caráter gratuito e igualitário (princípio da equidade), ou seja, não é cobrado qualquer tipo de pagamento ou contraprestação da população aos seus serviços prestados e todos serão atendidos de acordo com a ordem de classificação de risco - “esse princípio significa simplesmente que o SUS deve ser gratuito e acessível a qualquer pessoa que dele precise, independentemente de contribuição previdenciária” (GONÇALVES, 2014, p.16).

Outro princípio norteador do SUS é a descentralização insculpida no art.198, caput, inciso I, da CF/88 e representa uma das formas organizativas que o Estado brasileiro se incumbiu em concretizá-la, mas esbarra ainda hoje na forte centralização política-administrativa do Governo Federal (SANTOS; CAMPOS, 2015).

2.2 FORMAS ORGANIZATIVAS DO ESTADO BRASILEIRO

O Estado brasileiro é formado pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito (art. 1º, da CF/88) e determina autonomia político-administrativa aos seus entes federados (art. 18, caput, do mesmo diploma

supracitado). Como forma organizativa do Estado encontra-se a centralização, descentralização, concentração e a desconcentração (AMORIM, 2006).

Conforme Amorim (2006) a centralização caracteriza-se por uma administração de Estado em que a prestação de serviços é diretamente exercida por ela mesma através de seus órgãos/agentes públicos. Na descentralização o Estado cria por lei outra personalidade jurídica (autarquias/fundações) e transfere determinado serviço público a essas entidades. Concentração ocorre quando os órgãos menores do Estado são absorvidos pelos órgãos centrais e desconcentração é o inverso da concentração, ou seja, o Estado distribui os serviços para outros órgãos da mesma esfera administrativa.

A descentralização das ações e dos serviços de saúde tem sido parte integrante das políticas brasileiras de saúde desde o início da década de 80 com as estratégias das Ações Integradas de Saúde (AIS) e dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). É, contudo, após a promulgação da Constituição de 1988 que a descentralização se institucionaliza enquanto política, passando a ser uma das principais diretrizes setoriais. Na década de 90, o processo de descentralização se acelera, a partir da edição das Normas Operacionais Básicas, em particular as NOB-01/93 e 01/96, e se associa a propósitos de redefinição do modelo assistencial. (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005, p.65)

Mesmo sendo a descentralização um dos enfoques de autonomia administrativa dos municípios, essa autonomia político-administrativa dos municípios constitui uma autonomia relativa, pois os entes federados encontram-se submetidos aos comandos da União na composição de sua estrutura organizativa (MEIRELLES, 2009). Uma tímida mudança em relação a essa situação política-administrativa centralizadora do Governo Federal, para com os entes federados, foi pensada e de certa forma efetivada com o dec.-Lei 200/67 que instituiu a administração indireta (autarquias, fundações e sociedades de economia mista). Descentralização foi a palavra de ordem com o objetivo de desburocratizar a máquina pública brasileira no período militar, mesmo assim “(...) soa quase como uma farsa falar-se em sistema com autonomia local e regional, o que não existe na prática do SUS, ante as dependências uns dos outros para a configuração sistêmica da saúde e a falta de adequação da administração pública” (SANTOS; CAMPOS, 2015, p.442).

2.3 DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS

De acordo com o Ministério da Saúde através do CONASEMS (2009, p.115) a descentralização “é o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, estados, Distrito Federal e municípios”. Significa, a priori, que os municípios detêm capacidade administrativa e organizativa para comandar e gerir o sistema de saúde com coparticipação dos outros entes federados na subvenção do SUS de forma regionalizada e hierarquizada. O objetivo finalístico dessa estruturação política, jurídica, organizativa volta-se exclusivamente para a população no acesso integral aos serviços de saúde.

Preconiza categoricamente e acertadamente Gonçalves (2014, p.17 apud CARVALHO, 2007) “o fortalecimento da gestão municipalizada do SUS está fundamentado na gestão dos municípios e não centrado no Governo Federal, trata-se de uma estratégia fundamental para o acesso integral da população à promoção, proteção e recuperação da saúde”. Para Barata; Tanaka; Mendes (2004, p.15) “a implantação da descentralização opõe-se à tradição centralizadora da assistência à saúde no Brasil e vem promovendo a noção de que o município é o melhor gestor para a questão da saúde (...)”. Por fim, sustenta Buss (1991, p.300) “o Município (...) é teoricamente capaz de organizar um sistema de saúde mais adequado às necessidades de seus habitantes, por encontrar-se mais próximo do espaço concreto onde vivem as pessoas e mais sensível às pressões e reivindicações da população”.

Porém, essa descentralização voltada para os municípios não está desvinculada de outras diretrizes do SUS, não menos importante, como a regionalização e a hierarquização. Subentende-se que o Sistema Único de Saúde deve se organizar de acordo com uma rede, numa cadeia de informações e assistência, na prestação de serviços em saúde, tal como assevera o art.198, caput, inciso I, da CF/88, “os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada em um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo” (BRASIL, CF/88, p.65).

Segundo a Constituição de 1988, o SUS é definido como um Sistema descentralizado com comando único; isso necessariamente implica em delegar autonomia para que Estados e Municípios formulem e implementem as respectivas políticas de saúde. (VIEGAS; PENNA, 2013, p.187)

Todavia, é imprescindível dotar os municípios consubstancialmente de autonomia político-administrativa para comandar a efetivação dessas políticas públicas. De acordo com Meirelles (2009) essa autonomia político-administrativa dos entes federados ainda permanece relativa e não absoluta. Sem, contudo, perder de vista a integração técnica e, principalmente, financeira da União e Estados na corresponsabilidade de gerir o sistema de saúde, para a efetiva descentralização do SUS, é o que preceitua o art. 30, caput, inciso VII, da CF/88, in verbis: “Compete aos Municípios: VII - prestar, com cooperação técnica e financeira da União e Estado, serviços de atendimento à saúde da população” (BRASIL, CF/88, p.20).

Em razão de todo esse complexo administrativo, político e jurídico do SUS e desde sua consolidação na legislação pátria até aos atuais dias é que é possível pontuar em sua trajetória vários avanços como também obstáculos que permeiam sua existência.

2.4 PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS DO SUS

Diante desse panorama histórico, administrativo, legislativo, organizativo do SUS é que certos autores, dentre eles Menicucci (2009) e o próprio CONASS (2006), delineiam vários avanços já conquistados pelo sistema de saúde em diversos serviços e ações pelo país afora, razão pela qual não faltam literaturas especializadas a relatar os seus méritos, como, também, os seus desafios.

Segundo Carvalho; Barbosa (2014) o ponto primordial de avanço na prestação de serviço em saúde à população brasileira foi à mudança de paradigma de uma assistência que outrora era prestada somente àqueles trabalhadores que tinham carteira assinada e que contribuíam para a Previdência Social e para os trabalhadores informais (àqueles com profissões não regulamentadas) uma prestação de serviços médico-assistencial privatista em detrimento aos desassistidos desse sistema que restavam a eles somente a caridade das instituições filantrópicas – as Santas Casas de Misericórdias, por uma de âmbito universalista, que veio a denominar-se Sistema Único de Saúde, tendo como uma das principais diretrizes, a descentralização, art.198, inciso I, da CF/88.

Outra mudança positiva, conforme Dagnino (2014), foi a saída de um Estado administrativo centralizador (Estado Herdado) em que todo o aparelho estatal ficava a cargo do Governo

Federal (poder concentrador e autoritário) para um Estado descentralizador (Estado Necessário) onde cada vez mais a participação social (inserção social) direciona os caminhos das políticas públicas e, talvez, a de maior projeção seja o Sistema Único de Saúde – SUS donde se encontram os princípios basilares de sua consubstanciação, em especial, a descentralização.

A descentralização do SUS, mesmo sendo relativa (MIRELLES, 2009), proporcionou uma reorganização do sistema de modo a privilegiar a regionalização e hierarquização coadunando com os princípios doutrinários e organizativos numa cadeia de serviços prestados à população desde a atenção primária até a de alta complexidade concedido de forma integral e gratuita (princípio da integralidade e equidade). Além das publicações NOB-SUS 1993 (Portaria nº545 de 20 de maio de 1993); NOB-SUS 1996 (Portaria nº2.203 de 5 de novembro de 1996); NOAS-SUS 2001 (Portaria MS/GM nº95 de 26 de Janeiro de 2001) e NOAS-SUS 2002 (Portaria nº373 de 27 de fevereiro de 2002) que ratificaram o papel importante da descentralização com enfoque na municipalização na solidificação do Sistema Único de Saúde.

Em contrapartida, apresentam-se também obstáculos (pontos negativos) que emperram a consubstanciação do SUS, a saber: a política nacional influenciada pelas grandes potências, que se traduz numa política escancaradamente neoliberal, onde a iniciativa privada ganha destaque nessa condução política e ideológica de Estado, prejudicando os princípios basilares do SUS, os doutrinários e os organizativos, com redução de investimentos na área da saúde pública (FERNANDES, 2017). Reflexo dessa política é o que vem acontecendo abruptamente com o congelamento de repasse financeiro em saúde por um período de 20 (vinte) anos, de acordo com a Promulgação da Emenda Constitucional (BRASIL, PEC 95/2018).

Outro ponto relevante de obstáculo para a concretização do SUS é a desigualdade social no Brasil, algo tão cruel para o desenvolvimento do país, que se traduz numa perversidade inadmissível para um Estado que se diz constitucionalmente Democrático de Direito, art.1º, caput, CF/88. Há má distribuição de renda e falta de oportunidades que desencadeiam esta aberração social, como consequência, muitos ficam privados do atendimento em saúde, em sentido pleno, gerando exclusão, falta de cidadania e o enfraquecimento da democracia

(BUSS, 1991; Organização Pan-Americana de Saúde 1998; 12ª Conferência Nacional de Saúde, 2003).

A desigualdade social que se manifesta pela crescente concentração de renda, acarretando pobreza e exclusão social, constitui um desafio para garantir os direitos de saúde da população. Para efetivar o direito à saúde é necessário romper a espiral que caracteriza os processos de exclusão, engajando-se no projeto de gerar condições e oportunidades de desenvolvimento social, compreendido como a apropriação mais equânime das riquezas geradas pela sociedade. Depende, portanto, do provimento de políticas sociais e econômicas que assegurem desenvolvimento econômico sustentável e distribuição de renda, cabendo especificamente ao SUS a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades de forma equitativa. (BRASIL, 12ª Conferência Nacional de Saúde, 2003, p.8)

Também de considerável importância para a não expansão do SUS, ferindo os seus princípios constitutivos, é o quadro limítrofe em que o sistema de saúde atua (barreira territorial; subfinanciamento; mix público/privado etc.), conseqüentemente, não abarcaria toda a população na assistência em saúde por várias razões já conhecidas, a mais importante delas, o difícil acesso aos serviços de saúde por populações que estão nos mais longínquos lugares numa verdadeira barreira territorial (KUSCHNIR; CHORNY; LYRA 2014). Implica dizer “que sua cobertura é da ordem de 75% da população com importantes barreiras de acesso” (PNAP, 2018), razão pela qual alguns municípios ficam aquém do amparo assistencial em saúde pública. Segundo Buss (1991, p.297) “(...) permanecem as diferenças abismais nas condições de saúde e acesso a bens e serviços sanitários entre grupos sociais, regiões, segmentos populacionais”.

Ponto de desafio na gestão administrativa do SUS é quanto à sua assistência. O SUS ainda possui um modelo de sistema centrado na doença (na alta complexidade), tonificando ainda mais o capital da saúde e aumento dos gastos aos cofres públicos. O desafio é substituir esse modelo, para um sistema com foco na prevenção, objetivando a descentralização municipalizada no fortalecimento da atenção primária, garantindo bem estar físico, social e mental dos usuários.

O controle social, por meio dos Conselhos de Saúde, Associações de bairro, das Comissões de Saúde, das Organizações não Governamentais se inserem nessa perspectiva como participação efetiva da população e suas organizações na condução da coisa pública – “participação da sociedade na formulação, acompanhamento e verificação das políticas públicas” (OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013, p.2330 apud STOTZ). A participação ainda está bem aquém do

desejável, por várias razões, mas não se pode olvidar, que é imprescindível a atuação desses organismos sociais no controle das políticas públicas e suas práticas de intervenção.

“Outro mal estar de gerenciamento/implementação e outros ciclos de políticas públicas” (RUAS, 2014, p.44; UDE, 2008) é a individualidade, setorialidade de conduzir o programa social, ou seja, cada entidade se apodera de determinada atividade/programa sem dialogar com outros órgãos/setores para um melhor entendimento e resolução do problema a ser enfrentado. Sem contar quando não há interrupção do programa em razão da mudança de governo e/ou desprestígio de continuar com o programa por falta de interesse. O que vem a prejudicar em muito a proposta da regionalização, hierarquização e descentralização dos municípios (intercâmbio) na prestação de serviços de referência e contrarreferência, a chamada intersetorialidade.

Essa estruturação em rede, a notória regionalização e hierarquização das ações e serviços de saúde, inerentes à descentralização desencadeou alguns desafios, a saber: sobrecarga no atendimento no município referência em razão da migração de outros usuários (de outras localidades geográficas para o polo referência) sem o devido planejamento para receber esta demanda; falta de conhecimento dos usuários de como funciona o SUS o que sobrecarrega o atendimento nos hospitais (problemas que poderiam ser resolvidos na atenção primária); quantitativo de profissionais insuficientes para lidar com a situação (por exemplo, falta de médicos nas unidades de atenção básica); o sistema de informatização na rede SUS ainda engatinhando com outros municípios (SANTOS, CAMPOS, 2015; MOURA, 2018).

Para finalizar, “Alguns autores apontam a descentralização das políticas de saúde como um dos elementos que impulsiona o aumento dos custos ao imprimir maior diversidade e dificuldades de articulação aos sistemas de saúde nacionais” (CRIVELLI et al., 2006, p.79-80).

3 - METODOLOGIA

O método de pesquisa foi revisão bibliográfica, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, que analisou o processo de descentralização na administração pública. Além de livros, periódicos, cartilhas, conferências, artigos científicos, utilizou-se todo um rol taxativo específico relacionado ao tema, a saber: Constituição Federal de 1988; Lei nº8.080 de 19 de setembro de 1990 e Lei nº8.142 de 28 de dezembro de 1990; NOB-SUS 01/93 (Portaria nº545 de 20 de maio de 1993); NOAS-SUS 01/2001 (Portaria nº95 de 26 de janeiro de 2001). Como base de dados foi consultado a SciELO, portal de teses e dissertações da UNICAMP (2019), sites do Ministério da Saúde, que é o grande fomentador do SUS. Privilegiou-se tal método por retratar uma pesquisa qualitativa, de cunho teórico, em razão da literatura especializada disponível sobre o tema.

Por se tratar de uma análise teórica da descentralização na administração pública, abordou-se os seguintes tópicos com o objetivo de esclarecer o tema/problema proposto: o Sistema Único de Saúde embasado no site do Ministério da Saúde (2018), CONASS (2006), Carvalho, Barbosa (2014), Palha, Villa (2003); as formas organizativas da administração pública, em especial, a centralização e a descentralização, tendo como referencial nesse estudo as lições conceituais de Amorim (2006), Meirelles (2009); a descentralização do SUS baseado no CONASEMS (2009), Barata; Tanaka; Mendes (2004), Buss (1991); pontos positivos e negativos do SUS de relevância o artigo de Pinafo; Carvalho, Nunes (2016).

Dentre os artigos estudados, fundamentalmente, foram utilizados, no processo da descentralização: “Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde” (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004) e quanto aos pontos positivos e negativos do SUS: “Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas” (PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016), fazendo um contraponto desses artigos o trabalho “SUS Brasil: a região de saúde como caminho” (SANTOS; CAMPOS, 2015). A escolha por tais artigos foi em razão da pertinência do conteúdo ao que foi colocado como objeto de estudo nessa pesquisa, ou seja, “a descentralização é efetiva na administração pública?”.

Outros tópicos também foram abordados para corroborar a pesquisa, a saber: a autonomia político-administrativa dos municípios com relação aos outros entes federados, que, trata-se, de uma autonomia relativa e não absoluta, embasado no art.18, caput, CF/88 e Meirelles (2009); O regramento legal do Sistema Único de Saúde tendo como amparo a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº8.080 de 19 de setembro de 1990 e Lei nº8.142 de 28 de dezembro de 1990 no que concerne à descentralização, além da NOB-SUS 01/93 (Portaria nº545 de 20 de maio de 1993), NOB-SUS 1996 (Portaria 2.203 de 5 de novembro de 1996), NOAS-SUS 2001 (Portaria nº95 de 26 de janeiro de 2001) e NOAS-SUS 2002 (Portaria nº373 de 27 de fevereiro de 2002). Essas escolhas foram necessárias ao trabalho, em razão de um esclarecimento inicial do que seja o SUS, quais são as formas organizativas do Estado brasileiro, para adentrar naquela que é de maior relevância, qual seja, a descentralização e a autonomia dos entes federados, no caso, a do município que assume, conforme mandamento legislativo, a descentralização.

4 - RESULTADOS

Será apresentado nesta análise, através de um quadro exemplificativo, os tópicos pertinentes ao trabalho, a saber: a descentralização do SUS, a autonomia político-administrativa dos entes federados, os pontos positivos e negativos da descentralização, com o objetivo de averiguar a efetividade da descentralização na administração pública, que é o problema elencado.

Autores e/ou embasamentos legislativos	Ideias e/ou assuntos
Buss (1991).	A IX Conferência Nacional de Saúde - “O município é capaz de organizar um sistema de saúde mais adequado às necessidades de seus habitantes”.
9ª Conferência Nacional de Saúde (1994). Art.198, caput, inciso I, da CF/88; NOB-SUS 1993 (Portaria nº545 de 20 de maio de 1993); NOB-SUS 1996 (Portaria nº2.203 de 5 de novembro de 1996); NOAS-SUS 2001(Portaria nº95 de 26 de janeiro de 2001) e NOAS-SUS 2002 (Portaria nº373 de 27 de fevereiro de 2002).	A municipalização é o caminho. A descentralização do SUS.
Art.18, caput da CF/88; Dec.-lei 200/67; Hely Lopes Meirelles (2009).	Autonomia político-administrativa dos entes federados, para Meirelles autonomia relativa.
Art.30, caput, inciso VII, da CF/88.	Compete aos municípios prestar serviços em saúde, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado.
Barata, Tanaka, Mendes (2004).	“O município é o melhor gestor para a questão da saúde”.
Pinafo, Carvalho, Nunes (2016).	A descentralização da gestão em saúde para o ente municipal.
Santos, Campos (2015).	A regionalização e hierarquização como processos posteriores à descentralização.
CONASS (2006); Pinafo, Carvalho, Nunes (2016).	Avanços e desafios do SUS.

A reivindicação (luta) pela descentralização ocorreu com a 9ª Conferência Nacional de Saúde em 1994 com o lema “a municipalização é o caminho”. Essa descentralização ainda estava inserida em um Estado demasiadamente centralizador. E um dos pontos centrais da política de

Governo Federal, a partir de 1964, era desburocratizar a máquina pública (dec.-lei 200/67). Ficou latente no Governo Collor, 1990 a 1992, a meta de desestatizar o setor público.

Segundo Silva (1990, p.5):

Entretanto, no espaço existente entre o discurso legal e a vontade política de agir, manifestam-se os interesses dos grupos privatistas do setor saúde, hoje confortavelmente respaldados no verbo governamental que, efusivamente, vêm apregoando à elite empresarial deste país, às nações estrangeiras e ao Fundo Monetário Internacional – FMI, o empenho em desestatizar o aparelho estatal, como fórmula da modernidade.

No entanto, a administração pública brasileira, burocrática, aos moldes da concepção weberiana, se deu no Governo Vargas na década de 30. Com o início da industrialização e a criação de vários órgãos/departamentos públicos no país foi preciso formar um quadro de funcionários bem treinados para lidar com a gestão pública. Daí se estruturou toda uma administração pública direta embasada nos princípios basilares que direcionou os seus servidores, a saber: legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade; o da eficiência só com a Constituição Federal de 1988 passou a fazer parte do seu rol principiológico (art. 37, caput, do diploma em tela).

E mesmo diante das mudanças estruturais ocorridas no Regime Militar, de 1964 a 1985, ainda assim, foi caracterizado como uma administração pública brasileira centralizadora com pouca autonomia de seus gestores e servidores na condução da coisa pública (*res publica*). Até mesmo porque estão diante de um rol taxativo que conduzem os seus atos administrativos, o de maior relevância, o da legalidade, significa, que a administração pública só pode fazer aquilo que a lei determina e/ou autoriza, em oposição aos particulares, que podem fazer tudo aquilo que a lei não proíba.

Com o surgimento das autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista criou-se a administração indireta (Dec.-lei 200/67), dotadas de autonomia administrativa e orçamentária (na lei), tendo como maior participante do capital social o Estado. Significa as entidades federativas dispunham de determinada autonomia político-administrativa (art.18, caput, CF/88), só que estavam estritamente vinculadas ao poder central, ou seja, tratava-se explicitamente de uma autonomia relativa (MEIRELLES, 2009).

A descentralização do SUS, portanto, insere-se nesse contexto como um clamor da sociedade para o replanejamento do sistema de saúde. Conforme Barata; Tanaka; Mendes (2004), as razões que levaram a essa concepção descentralizada como uma das diretrizes precípua do Sistema Único de Saúde, foram: a descentralização como resposta ao estado centralizador do Governo Federal; a abertura da participação popular na formulação da política e implantação de serviços e ações de saúde; a ideia de que o município é o que melhor representa os anseios da população na prestação de serviços em saúde; a fiscalização direta dos cidadãos aos serviços prestados; a direção única em cada esfera de governo rompendo com as direções múltiplas e desintegradas do sistema anterior, além de outras não menos importante.

- A descentralização era uma resposta à estrutura anterior da assistência à saúde, extremamente concentradora e autoritária nas decisões, obviamente inadequada para um país do tamanho e complexidade do Brasil.
- Somente em um sistema descentralizado, seria possível a maior participação de todos os interessados na formulação da política e na implantação de serviços e ações de saúde, adaptados às diferentes regiões e realidades de saúde.
- A noção de que o município é o mais adequado âmbito para tratar a questão da saúde de maneira direta, uma vez que é o ente federado mais próximo da população, capaz, portanto, de identificar as peculiaridades e as diversidades locais e adaptar as estratégias para a superação dos problemas de saúde, de forma integral.
- A associação dessas duas razões implica e evidencia a responsabilidade do gestor municipal, mais acessível à participação, avaliação e fiscalização dos cidadãos, usuários diretos do sistema.
- Nesses moldes, a descentralização também seria uma solução para outro problema herdado do sistema de saúde anterior ao SUS: direções múltiplas e desintegradas, cuja situação exemplar era o duplo comando decorrente da divisão de funções e recursos entre os serviços do Ministério da Previdência Social, de um lado, e do Ministério da Saúde, de outro.
- Daí, a ênfase do texto constitucional, como na Lei nº 8.080 sobre a *"descentralização, com direção única em cada esfera de governo"*. (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004, p.17)

Analisando, historicamente e criticamente, percebe-se que a estrutura organizativa do SUS pautou por uma administração centrada no Governo Federal, através do Ministério da Saúde, tendo como papel primordial em sua gestão político-administrativa a normatização, a fiscalização, o controle, a execução e boa parte do seu financiamento, art.200, da CF/88. Significa que a União ao delegar para o Ministério da Saúde (MS), órgão direto do Governo Federal, a Política Nacional de Saúde (PNS), nada mais faz do que centralizar consideravelmente às ações e serviços de saúde em suas mãos. Quando repassa parte de sua competência político-administrativa aos entes federados não se pode deduzir que trata-se “ipsis litteris” de descentralização, pois é nitidamente coparticipação de responsabilidades dos entes federados na administração e gestão do SUS. Conseqüentemente, quando os Estados e Municípios assumem parte dessas responsabilidades por meio de suas secretarias de saúde, o

fazem diretamente de forma centralizadora, ou indiretamente entregues às autarquias/fundações, pessoa jurídica de direito público, criado por lei, de personalidade distinta ao órgão central, apesar de estarem vinculadas administrativamente a ela – aqui, sim, ocorre a descentralização, em tese.

Portanto, a centralização predomina a administração pública no Estado brasileiro como sendo um grande orientador sobre as políticas públicas aos seus entes federados, dentre tantas outras políticas de Estado. Ela quem, na maioria das vezes, cria leis, normas, princípios que direcionam todas as outras esferas de governo conforme mandamento legislativo. A autonomia dos entes federados, Estados e Municípios, fica adstrita às normas infraconstitucionais, portarias, decretos não podendo de forma alguma contrariar a Carta Magna e/ou Lei Federal.

Não há como ficar atrelado a todo arcabouço legislativo do SUS, vinda do Governo Federal, através do Ministério da Saúde, em que dita aos entes federados como deve ser e como eles desejam que funcione o Sistema Único de Saúde de forma estereotipada, é preciso considerar às peculiaridades sociais e territoriais de cada esfera administrativa. Estudo pertinente da autonomia política-administrativa dos entes federados encontra-se em Meirelles (2009, p.748), que assevera: “O legislador procurou garantir a autonomia dessas entidades (entidades da administração indireta) através de normas impeditivas de sua burocratização, de modo a lhes conceder ampla liberdade de ação na consecução de seus fins”. E prossegue em suas sábias palavras: “Assim é que as considera vinculadas, e não subordinadas, aos respectivos Ministérios, ao mesmo tempo que opõe limites à supervisão ministerial, que não poderá ferir mas deverá assegurar sua autonomia administrativa, operacional e financeira”.

Segundo Pinafo; Carvalho; Nunes (2016, p.1518) essa característica de poder dos entes federados corrobora para prejudicar a efetivação da descentralização na esfera municipal:

Verificou-se em vários estudos que o processo decisório não é efetivamente compartilhado, visto que a esfera municipal detém menos recursos, e tem o poder reduzido, ficando subordinada às decisões das esferas federal e estadual. Há, portanto, distintos graus de poder entre os entes federados, que não os coloca em patamares semelhantes para que o compartilhamento aconteça.

A descentralização tem sido uma das metas mais cobiçadas do SUS a partir da CF/88 por acreditar que a gestão administrativa dos municípios é a esfera competente para lidar, de

forma imediata, com os problemas sociais localizados em sua região. Todavia, é preciso para que isto ocorra de fato, dotar os municípios consubstancialmente de autonomia político-administrativa para comandar a efetivação dessas políticas públicas. De forma tímida é o que vem acontecendo com as NOB-SUS 1993 (Portaria nº545 de 20 de maio de 1993); NOB-SUS 1996 (Portaria nº2.203 de 5 de novembro de 1996); NOAS-SUS 2001 (Portaria nº95 de 26 de janeiro de 2001) e NOAS-SUS 2002 (Portaria nº373 de 27 de fevereiro de 2002). Afinal de contas, são os municípios a porta de entrada, pela atenção básica, ao gigantesco sistema e cada município é detentora de sua especificidade, com isto, atenderia aos conclames da administração municipal (BUSS, 1991). Sem, contudo, perder de vista a integração técnica e financeira da União e Estados na corresponsabilidade de gerir o sistema de saúde, é o que preceitua o art. 30, caput, inciso VII, da CF/88, in verbis: “Compete aos Municípios: VII - prestar, com cooperação técnica e financeira da União e Estado, serviços de atendimento à saúde da população” (BRASIL, CF/88, p.20).

A interdependência dos três entes federados para a consolidação do SUS como sistema universal é imprescindível no que tange, primordialmente, ao seu financiamento haja vista que a maior arrecadação do país é voltada para a União e da União para os Estados e Estados para os Municípios, em regra, é assim que funciona. Sem esse aporte fica difícil efetivar com sucesso os princípios doutrinários e organizativos do SUS e muito menos a sua diretriz fundamental de descentralização na administração pública, pois muitos municípios brasileiros não têm arrecadação suficiente para manter sua estrutura administrativa. Esse é um dos pontos relevantes que inibem a efetivação da descentralização pública, fato que é corroborado pela Emenda Constitucional (PEC 95/2018) que congela o repasse financeiro em saúde por um período de 20 (vinte) anos.

De acordo com Pinafo; Carvalho; Nunes (2016, p.1517-1518):

Em 14 municípios do Rio Grande do Norte, observou-se que o financiamento do SUS é garantido por transferência federal e receitas municipais, com pouca participação de recursos estaduais. Apesar da relevância do recurso federal, a implementação das políticas de saúde é viabilizada pela maior participação dos municípios no financiamento. (...) Além disso, nestes municípios, verificou-se desequilíbrio na pactuação de investimentos financeiros entre o fundo federal e o estadual, observada na insuficiência do estado em cumprir suas contrapartidas. De acordo com a Lei 141/2012 que regulamentou a Emenda Constitucional 29/2000 e dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados e Municípios em ações e serviços de saúde, a União deve aplicar o montante correspondente ao valor à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida

no ano anterior ao da lei orçamentária anual. Os Estados devem aplicar, no mínimo, 12% e os Municípios 15% do orçamento próprio. Um dos maiores entraves da descentralização tem sido o descumprimento do repasse financeiro por parte da União e dos Estados de acordo com percentuais denominados em lei, o que acaba fazendo com que os municípios tenham que aportar um percentual além do que está estabelecido.

Outro aspecto precípuo para a não efetivação da descentralização de maneira satisfatória relaciona-se com o planejamento e a gestão municipal, pois há uma grande rotatividade dos profissionais em gestão administrativa e a falta de planejamento para implantar uma política de saúde que atenda à população. Nas palavras de Pinafo; Carvalho; Nunes (2016, p.1517): “Constatou-se que a alta rotatividade na ocupação dos cargos de gestão e a baixa qualificação formal para o exercício dessas atividades comprometem a operacionalização da descentralização no que diz respeito ao planejamento e gestão”.

Quanto aos aspectos positivos da descentralização as autoras Pinafo; Carvalho; Nunes (2016, p.1514-1516) apontam dentre eles: “a ampliação do acesso em nível local e da cobertura assistencial em relação às ações básicas de saúde; a existência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) é um resultado importante da descentralização” etc. Para Palha; VILLA (2003, p.20) “ela permite a inovação e adaptação do planejamento e programação às condições regionais e locais; atribui responsabilidade e legitimidade ao gestor na medida em que existe a participação da população no processo de tomada de decisão” etc.

Percebe-se, portanto, que a questão/problema posta para a elucidação deste trabalho, “a descentralização é efetiva na administração pública?”, requer ainda alguns ajustes por parte dos entes federados, União, Estados, Municípios, em vários pontos cruciais para que de fato seja uma realidade efetiva nas políticas administrativas dos municípios e fomenta à “(...) noção de que o município é o melhor gestor para a questão da saúde, por estar mais próxima da realidade da população do que as esferas estadual e federal” (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004, p.15).

Passo seguinte, à descentralização, seria a regionalização e a hierarquização, também prevista no art.198, caput, da CF/88, que proporcionaria ao SUS trabalhar em rede dando suporte técnico e assistencial aos municípios de pequeno porte (SANTOS; CAMPOS, 2015).

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o Sistema Único de Saúde, através do Ministério da Saúde, subordinada ao Governo Federal (União), é quem dita às normas e todo o arcabouço legislativo referente ao SUS em esfera nacional de forma estereotipada para todo o território brasileiro na condução da gestão administrativa em sua Política Nacional de Saúde. Há previsão constitucional expresso no art.18, caput, que assevera quanto à autonomia política-administrativa, que os entes federados, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, são autônomos nos termos desta Constituição. Mas infelizmente, a realidade é outra, pois a descentralização está vinculada consideravelmente à política do Governo Federal. Ela quem dita como deve ser o Sistema Único de Saúde aos seus entes federados, trata-se, portanto, de uma autonomia político-administrativa relativa.

A descentralização do SUS é uma das diretrizes insculpidas na Constituição Federal de 1988, que tem como meta a desburocratização do Estado, de uma administração direta para uma administração indireta, ou seja, da centralização para a descentralização, em que os municípios assumem, em princípio, o controle da gestão administrativa nas ações e serviços públicos de saúde.

Há que se pensar que o processo de descentralização para cada município como gestor individual das políticas de saúde encareceria substancialmente a estrutura do sistema. Como resposta a esse dispêndio financeiro da efetivação do SUS em cada município, certos autores propõem a regionalização e hierarquização como caminhos posteriores a serem percorridos pelo sistema de saúde, também com previsão constitucional.

Hodiernamente, tem-se o município de grande porte como referência aos outros municípios de pequeno porte na prestação de serviços de saúde, quando esses municípios não têm estrutura técnica, profissional e assistencial para atender à população local, é a chamada referência e contrarreferência, ou seja, estabelecem convênios municipais. Geralmente, os municípios menores recorrem aos de maior porte quando trata-se de assistência de média e alta complexidade, pois demandam maior custo, maior aparato físico, tecnológico e profissional, estrutura que os municípios menores quase sempre não tem.

O escopo da descentralização como princípio organizativo do SUS na transferência de responsabilidade para os municípios encontra-se respaldado, em certos autores, no reconhecimento de que os municípios estão mais próximos da comunidade, sendo assim, conhecedoras de sua realidade imediata e de suas particularidades, apta a prestar diretamente os serviços de saúde à população.

Também de relevância para o processo de efetivação da descentralização é quanto ao repasse financeiro para a manutenção desse gigantesco sistema, imprescindível para o fortalecimento da descentralização municipal. Compete ao Governo Federal distribuir o montante aos Estados, e dos Estados aos Municípios, além da coparticipação dos Estados e Municípios, chamados transferências fundo a fundo. Há previsão legal quanto à matéria que se encontra tanto na CF/88, art.198 e seus respectivos parágrafos, quanto na Lei 141/2012 que regulamentou EC 29/200.

O trabalho abordou aspectos positivos e negativos do SUS, com o objetivo de analisar o processo de descentralização e sua efetivação na constituição do sistema de saúde. A resposta à grande questão/problema posta se a descentralização é efetiva na administração pública há de considerar que ela é relativa, em razão do arcabouço legislativo e o comando da política pública de saúde serem direcionadas pelo Governo Federal, através do Ministério da Saúde e para torná-la de fato efetiva é preciso alguns ajustes de ordem política, administrativa, jurídica, financeira para torná-la uma realidade satisfatória/absoluta.

Para finalizar, a limitação desse trabalho refere-se a uma investigação quantitativa sobre os impactos da descentralização, para o seu aprimoramento, a posteriori, convém ressaltar as diretrizes, também insculpidas da CF/88, da regionalização e hierarquização, fases subsequentes da descentralização.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALEXANDRE, Jorge; HENRIQUE, Diogo. **Burocracia e inserção**: uma proposta para entender a gestão das organizações públicas no Brasil. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 12, n.25, set./dez. 2010, p.312-340. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/soc/v12n25/12.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2018.

ALEXANDRE, Jorge; COSTA, Luciana Assis. **Burocracia e inserção social**: um estudo sobre o Ministério da Saúde na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde Soc.* São Paulo, v.22, n.4, p.1117-1131, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n4/14.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2018.

AMORIM, Gustavo Henrique Pinheiro de. **Direito administrativo**. São Paulo: Barros, Fischer & Associados, 2006.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dínio Vaz. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.13, n.1. Brasília, jan/mar. 2004. Disponível em: <www.scielo.org>. Acesso em: 15 fev. 2019.

BRANDÃO, Thadeu de Sousa. **Parlamentarismo e governo numa Alemanha reconstruída**: política, governo e partidos em Max Weber. *Revista eletrônica Inter-Legere*. n.03, jul./dez. 2008. Disponível em <<https://periodicos.ufrn.br/interlegere/artic le/download/4833/3966>>. Acesso em: 31 jan. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Publicada no Diário Oficial da União n.191-A, de 5-10-1988. Vade Mecum Saraiva / Obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Livia Céspedes e Fabiana Dias da Rocha. 24 ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006.

BRASIL. **Ministério da Saúde - MS.** Disponível em <www.saude.gov.br>. Acesso em 31 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** 3 ed. Brasília, 2009.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/universalidade>>. Acesso em: 04 set. 2018.

BUSS, Paulo Marchiori. A IX Conferência Nacional de Saúde. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 7(3): 297-300, jul/set, 1991.

CANCIAN, Renato. **Burocracia: Max Weber e o significado de “burocracia”.** Portal UOL Educação, 09/04/2007. Disponível em <<https://educacao.uol.com.br/.../burocracia-max-weber-e-o-significado-de-burocracia>>. Acesso em: 31 jan. 2018.

CARVALHO, Antônio Ivo; BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS.** 3ª ed. rev. atual. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília : CAPES: UAB, 2014. 82p.

COELHO, Ricardo Corrêa. **O público e o privado na gestão pública.** 3. ed. rev. atual. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014. 76 p.

DAGNINO, Renato Peixoto. **Planejamento estratégico governamental.** 3. ed. rev. atual. Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2014. 162 p.

DE SETA, Marismary Horsth; REIS, Lenice Gnocchi da Costa; DELAMARQUE, Elizabete Vianna. **Gestão da vigilância à saúde.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014. 146p.

GONÇALVES, Márcio Augusto. **Organização e funcionamento do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014. 132p.

KERTZMAN, Ivan. **Direito Previdenciário**. São Paulo: Barros, Fischer & Associados, 2011.

KUSCHNIR, Rosana Chigres; CHORNY, Adolfo Horácio; LIRA, Anilska Medeiros Lima e. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014. 176p.

LEITE JÚNIOR, Alcides Domingues. **Desenvolvimento e mudanças no Estado brasileiro**. 3 ed. rev. atual. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2014.

LOPES JÚNIOR, Nilson Martins. **Direito previdenciário: custeio e benefícios**. 4 ed. São Paulo: Rideel, 2011.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**. 35ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2009. 839 p.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro/RJ. Disponível em: <www.scielo.org.br>. Acesso em: 26 fev. 2019.

PALHA, Pedro Fredemir; VILLA, Tereza Cristina Scatena. A descentralização como eixo norteador na reorganização e operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**, 2003, p.19-26.

PINAFO, Elisângela; CARVALHO, Brígida Gimenez; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.21, no.5, Rio de Janeiro, mai. 2016. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501511&script=sci...tlnng...>. Acesso em: 26 mar. 2019.

RUAS, Maria das Graças. **Políticas públicas**. 3. ed. rev. atua. Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2014. 130 p.

SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24. n.2, p.438-446, 2015.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4ª ed, Florianópolis, 2005.

SOUZA, L. E. P. F.; SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 65-102.

UDE, Walter. Enfretamento da violência sexual infanto-juvenil e construção de redes sociais. In: CUNHA, Edite da Penha; SILVA, Eduardo Moreira da; GIVANETTI, Maria Amélia de Castro. **Enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil: expansão do PAIR em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008. 402 p.