

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
FACULDADE DE DIREITO

**O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DA SAÚDE
PÚBLICA NO BRASIL. DA LEI ELOY CHAVES AO SUS.**

Brendo Washington Alves Silva

Rio de Janeiro

2023

**O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DA SAÚDE
PÚBLICA NO BRASIL. DA LEI ELOY CHAVES AO SUS.**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré requisito para a obtenção do Grau de Bacharel em DIREITO, sob a orientação do Professor, Dr EMILIANO BRUNET

Data da aprovação: 10/07/2023

Banca Examinadora:

Emiliano Brunet – Orientador

Daniel Capechi – Membro da Banca

Rio de Janeiro/ RJ

Julho/ 2023

CIP - Catalogação na Publicação

W837p Washington Alves Silva , Brendo
O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DA
SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL. DA LEI ELOY CHAVES AO SUS.
/ Brendo Washington Alves Silva . -- Rio de
Janeiro, 2023.
53 f.

Orientador: EMILIANO BRUNET.
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade
Nacional de Direito, Bacharel em Direito, 2023.

1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE . 2. DESCENTRALIZAÇÃO.
3. FEDERALISMO. 4. SAÚDE PÚBLICA. 5. POLÍTICAS
PÚBLICAS. I. BRUNET, EMILIANO, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas
Faculdade Nacional de Direito
Coordenação de Monografia

ATA DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

DATA DA APRESENTAÇÃO: 10/07/ 2023

Na data supramencionada, a **BANCA EXAMINADORA** integrada pelos (as) professores (as)

1. EMILIANO BRUNET

2. DANIEL CAPECCHI

3. _____

4. _____

Reuniu-se para examinar o **TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO - TCC** do discente:

NOME COMPLETO DO ALUNO:

BRENDO WASHINGTON ALVES SILVA

DRE: 117049105

TÍTULO DA MONOGRAFIA: O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: DA LEI ELOY CHAVES AO SUS. BREVES COMENTÁRIOS ACERCA DE SAÚDE PÚBLICA E FEDERALISMO.

APÓS A EXPOSIÇÃO DO TRABALHO DE MONOGRAFIA PELO (A) DISCENTE, ARGUIÇÃO DOS MEMBROS DA BANCA E DELIBERAÇÃO SIGILOSA, FORAM ATRIBUÍDAS AO DISCENTE AS SEGUINTE NOTAS POR EXAMINADOR (A):

	Respeito à Forma (Até 2,0)	Apresentação Oral (Até 2,0)	Conteúdo (Até 5,0)	Atualidade e Relevância (Até 1,0)	TOTAL
Prof. Orientador(a)	1,5	2,0	4,5	1,0	9,0
Prof. Membro 01	1,5	2,0	4,5	1,0	9,0
Prof. Membro 02					
Prof. Membro 03					
MÉDIA FINAL					9,0 (nove)

OBS: Professor Orientador tem prerrogativa de referendar as notas dos membros da **BANCA EXAMINADORA** assinando por todos.

Assinatura do **PROF. ORIENTADOR (A):** Emiliano Brunet

EMILIANO RODRIGUES BRUNET DEPOLLI
PAES:07274640780

Assinado de forma digital por EMILIANO RODRIGUES BRUNET DEPOLLI
PAES:07274640780
Dados: 2023.07.10 22:08:27 -03'00'

NOTA: 9,0

Assinatura **PROF. MEMBRO 01:** Daniel Capecchi

NOTA: 9,0

Assinatura **PROF. MEMBRO 02:** _____

NOTA: _____

Assinatura **PROF. MEMBRO 03:** _____

NOTA: _____

MÉDIA FINAL (Disciplina MONOGRAFIA JURÍDICA III): **9,0 (nove)**

Agradecimentos,

À Deus, meus guardiões de Aruanda , minha família e em especial ao meu orientador que com paciência e humanidade me ajudou e conduziu esse processo. Gratidão.

RESUMO

O processo de afirmação do Sistema único de saúde no Brasil reflete igualmente os rumos tomados pela nação nas últimas décadas. O progressivo reconhecimento da necessidade de concretização dos direitos sociais e da atuação estatal em prol da promoção da saúde pública refletem o amadurecimento da sociedade em relação aos benefícios trazidos pelo regime democrático. Os desafios do SUS passam além da efetiva manutenção da estabilidade democrática pelo respeito as regras definidoras do pacto federativo e pela importância do município para a promoção de políticas públicas locais. Nesse sentido entender a trajetória institucional da saúde pública traduz-se em compreender os desafios do país no campo das políticas públicas e ajuda a delinear os horizontes que nós, enquanto sociedade, pretendemos alcançar.

PALAVRAS CHAVES: SUS- DESCENTRALIZAÇÃO- SAÚDE – PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA- SAÚDE PÚBLICA – LEGISLAÇÃO ACERCA DA SAÚDE- PUVBLICIZAÇÃO- SERVIÇOS PÚBLICOS- DESCENTRALIZAÇÃO. POLÍTICAS PÚBLICA. LEI ELOY CHAVES. DESENVOLVIMENTO SOCIAL. PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. NOB 196. IASS

ABSTRACT

The affirmation process of the Unified Health System in Brazil also reflects the paths taken by the nation in recent decades. The progressive acknowledgment of the need to materialize social rights and state action in favor of promoting public health reflect the maturation of society in relation to the benefits brought by the democratic regime. The challenges of SUS go beyond the effective maintenance of democratic stability by respecting the defining rules of the federative pact and the importance of the municipality for the promotion of local public policies. In this sense, understanding the institutional trajectory of public health translates into understanding the country's challenges in the field of public policies and helps to outline the horizons that we, as a society, intend to achieve.

KEY WORDS: SUS- DECENTRALIZATION- HEALTH – FAMILY HEALTH PROGRAM- PUBLIC HEALTH – LEGISLATION ABOUT HEALTH- PUBLICIZATION- PUBLIC SERVICES- DECENTRALIZATION. PUBLIC POLICIES. ELOY CHAVES LAW. SOCIAL DEVELOPMENT. FAMILY HEALTH PROGRAM. NOB 196.

Sumário

NOTAS INTRODUTÓRIAS.....	1
METODOLOGIA	3
REVISÃO DE LITERATURA.....	4
AUTONOMIA FACTUAL VERSUS AUTONOMIA LEGAL.....	11
OS MUNICÍPIOS NO SUS.....	13
CONTROVÉRIAS RECENTES	17
SUS: ANTECEDENTES E HISTÓRICOS E PRINCÍPIOS BASILARES.....	19
O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE.....	23
8ª CONFERÊNCIA DE SAÚDE.....	27
SUS PÓS REGULAMENTAÇÃO.....	31
O SUS EM PRINCÍPIOS.....	32
LEI 8.080 E A NOB 196.....	38
LEI 8.142 DE 1993.....	45
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	47
RELAÇÃO ENTRE A ESTRÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A CORREÇÃO DE DESIGUALDADES RESGIONAIS.....	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
BIBLIOGRAFIA.....	53

NOTAS INTRODUTÓRIAS

No aniversário de 35 anos da Constituição de 1988 o Brasil reúne motivos para comemorar e pontos de inflexão que demandam forte atenção da sociedade civil e da classe política. Um deles é o SUS. Há muito o que se comemorar: O avanço da ampliação da cobertura do serviço que atende milhares de brasileiros desde os programas de implantação do saneamento básico até os atendimentos de média e alta complexidade, passando por programas de nutrição, educação sanitária e dispensação de medicamentos.

Por outro viés, as longas filas, o progressivo processo de subfinanciamento e o fosso de desigualdades regionais que atravessam o sistema que convive com cíclicos processos de sucateamento nos convidam a refletir sobre a importância de preservar e aperfeiçoar o sistema público de saúde, sendo esse inegável bastião da concretização dos direitos sociais anunciados e pretendidos pela carta magna, conforme pontuam D'AVILA E SALIBA (2016).¹

“Nessa perspectiva, têm sido reveladas contradições e lacunas entre o aparato legal e normativo do SUS e a execução das políticas de saúde. Tais contradições estão pautadas no sucateamento do sistema, devido não somente ao subfinanciamento, mas também à indisponibilidade e desvalorização de trabalhadores, à ausência de medicamentos nas unidades e à dificuldade de acesso dos usuários aos serviços”

Evento recente, a pandemia da covid-19 impôs grandes desafios administrativos ao poder público brasileiro em suas três dimensões, tornando o momento inédito do ponto de vista jurídico, político e inegavelmente sanitário. O papel dos sistemas públicos de saúde ganhou especial relevo graças à ímpar contribuição do SUS para o enfrentamento da pandemia expressando de maneira inédita as dimensões da saúde pública no país.

Na seara institucional a necessidade de combate ao quadro sanitário em curso, demandou intensa atividade política e, sobretudo, legislativa. O evento mobilizou de maneira

¹ Ávila, L. S., & Saliba, G. R. (2017). A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E SUA INTERFACE COM A JUSTIÇA SOCIAL. *Revista De Direito Sanitário*, 17(3), 15-38. Disponível em : <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i3p15-38>. Acessado em 04. De Jun de 2023.

inédita na história recente a intercessão de União, Estados e Municípios no planejamento, desenvolvimento e execução de políticas públicas de saúde.

No entanto, apesar de necessária, tal articulação é de longe um dos maiores desafios permanentes com o qual convive a gestão das políticas pública no que diz respeito à promoção dos serviços de saúde no âmbito nacional , uma porque o SUS se notabiliza como sistema **Unitário e Nacional** de Saúde no seio de um modelo de organização político -administrativa dotado de características regionais, políticas e econômicas extremamente complexo, dois porque a promoção da saúde pública , em função da sua própria natureza dinâmica e ilimitada impõe severos desafios para um regime econômico- financeiro combatido de premente escassez e limitações.

Insta salientar que a aparente desarticulação que inicialmente abalou a federação brasileira no limiar do enfrentamento à pandemia apesar de adstrita a um período histórico reflete de um carretel de dificuldades estruturais que advém do modelo de organização social brasileiro de modo que investigar suas características traduz-se em verdadeiro exercício com vistas à compreensão dos caminhos para o aprimoramento da execução e efetivação dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde em especial no tocante à **Descentralização** no contexto do Federalismo Brasileiro.

No presente daremos ênfase ao papel do Município enquanto ente federativo no processo de construção do Sistema Único de Saúde e sua importância para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde local tendo em vista a estatura constitucional adquirida pelo ente a partir de 1988.

METODOLOGIA

A metodologia adotada no presente trabalho será a exploração bibliográfica de conteúdos referentes ao tema além da análise dos diplomas legislativos *in casu*.

A escolha do tema se origina diante do desafio da construção de um ambiente jurídico e político baseado no fortalecimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde através da investigação da marcha histórico-institucional do modelo de saúde pública adotado no país desde 1923 com a aprovação da lei Eloy Chaves que institui a chamada medicina previdenciária ao criar um sistema de assistência médico hospitalar que a princípio atende a faixa da população formalmente inserida no mercado de trabalho, passando pela criação da estrutura estatal de saúde pública com a criação do INPS e do INANPS, pelo PIASS- Programa de Interiorização das Ações de saúde e Saneamento Básico adotado pelo regime militar com o objetivo pretense de fortalecimento da descentralização da saúde pública na década de 1970, chegando aos marcos legais que o período democrático conferem ao tema como a lei 8.080/1990 que regulamentou a previsão e os princípios do Sistema Único de Saúde e delimitou as atribuições de cada ente da federação e a lei 8.143/1993 que disciplina a participação popular no processo de gestão do SUS.

Por fim se analisará o arcabouço legal do Programa de Saúde da Família dentro da Estratégia Nacional de saúde Primária e sua relação com o objetivo descentralizador da saúde pública no país.

As pesquisas que lançam luz sobre o sistema federalista brasileiro e suas particularidades, podem e devem muito contribuir para o aperfeiçoamento da engenharia política do país, sobretudo diante de fatos como a pandemia da covid-19 que reafirmam a importância da atuação **cooperativa e coordenada** entre os entes na promoção de direitos fundamentais e sociais.

A escolha do tema também, atende a um anseio político, que modestamente se reflete na própria trajetória do curso de Direito quando aos estudantes é ensinado o valor da efetivação

dos direitos sociais para a construção de uma sociedade isenta de miséria e com pleno exercício da cidadania por seus cidadãos.

Em um contexto de intensos conflitos intra-poderes, cumpre à academia ainda que por meio do seu componente mais singelo, promover com compromisso científico e ético, a investigações sobre a aplicação das múltiplas categorias com as quais convive diariamente.

Compreender, investigar e estudar a estruturação da proposta de descentralização do federalismo a é se entregar ao desafio de aclarar como em uma sociedade guiada pelo signo da legalidade e da subserviência à constituição, a desarticulação entre os entes federados e a omissão quanto aos seus deveres prestacionais e o uso não republicano das prerrogativas públicas, podem se converter em efeitos nefastos a toda uma população, em contraste com a atuação conjunta dos entes no enfrentamento de potestades que atingem a todos os nacionais, indiscriminadamente.

Assim sendo se passa a a) analisar a caracterização institucional do da figura do Município no ordenamento jurídico brasileiro no seio no modelo federalista, b) o cortejo institucional do SUS pós 1988 no tocante à políticas públicas de saúde Municipal e sua interface com o federalismo brasileiro , c) breve análise crítico descritiva do programa de saúde da família através da observação da legislação institucional que o regulamenta e sua correlação com o federalismo e com os entes municipais

Tal investigação se dará através do método descritivo-comparativo da legislação correlata ao SUS através da avaliação dos instrumentos normativos que regulamentaram o programa no momento da sua fundação tais sejam o SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, as leis 8.080 e a 8.142 e as Normas Orientadoras Básicas (Nob's) com vistas à identificação de elementos e institutos que (in) viabilizem ou não um modelo de política pública lastreado na descentralização, e sua interface modelo federalista brasileiro no tocante à repartição de atribuições de competências como elementos concretizadores ou não dos princípios da universalidade e da integralidade e descentralização do SUS no contexto do federalismo brasileiro.

REVISÃO DE LITERATURA – O FEDERALISMO E SUA IMPORTÂNCIA PARA UM MODELO DE SAÚDE PÚBLICA DESCENTRALIZADO.

Objeto anunciado deste trabalho o Sistema Único de Saúde contemporâneo se estrutura em torno do pilar da descentralização. Em se tratando de federalismo enquanto valor inerente a um Estado nacional, essa forma de organização político-espacial ilustra com precisão os desafios que o SUS tem para se manter atuante na vida de milhares de brasileiros do Oiapoque ao Chuí, atravessando literalmente um país cortado por severas desigualdades, desequilíbrios na distribuição demográfica, rotas variadas de crescimento e dilemas estruturais cujos debates em torno de soluções mostram-se estéreis. Por tanto: compreender o SUS em sua essência significa compreender o federalismo.

Assim sendo, discussão que se coloca de fundo, não é concebível sem o conhecimento ainda que perfunctório acerca do modelo de federalismo brasileiro, presente na maior parte do cortejo institucional do Estado Nacional e suas características.

De partida cumpre salientar que a concepção do Federalismo reside na certa constatação que esse se traduz-se em última instância em forma de **Estado**. A ciência política na acepção moderna atribuída a NICOLAU MAQUIAVEL² apud SIDRAQUE ANACLETO³ (2008) trata do Estado enquanto fenômeno de dominação política de um grupo sobre uma parcela social. Tal definição aponta o autor não abrange as categorias posteriormente apresentadas pela ciência política contemporânea como o *povo, governo e o território* eis que essas viriam a ser construídas em um momento posterior pelo direito e pela própria ciência política com o desabrochar do Estado moderno.

² MAQUIAVEL, Nicolau. **O Príncipe**. Tradução de Maria Lucia Cumo. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1996.

³ ANACLETO, Sidraque David Monteiro. O Federalismo Brasileiro e a Jurisdição Constitucional. 2008. p. 19. Disponível em: . Acesso em: 05 de Jun de 2023.

Define SILVA (2011)⁴ o federalismo como resultado da descentralização política e administrativa, baseada na repartição objetiva de atribuições que são simultaneamente materiais e de poder com vistas à convergência do exercício da atividade pública com os interesses locais em sua dimensão mais íntima de modo a preservar-se o modelo central de poder político e os sistemas locais igualmente.

Assim, a federação apresenta-se forma de *organização política e geográfica* híbrida dotada de várias manifestações circunscritas ao desenho físico onde ocorre, razão pela qual é importante pontuar que não há consenso acerca da definição acadêmica do conceito, possuindo o mesmo apenas características elementares e variáveis no tempo e no espaço em que se manifesta conforme destaca QUINTILLANO (2012).⁵

Esse modelo congrega um aspecto que é primeiro físico correlacionado ao formato de Estado que se adota de modo que sua compreensão passa antes pela adoção dos conceitos da Teoria Geral do Estado ao dividir as organizações políticas hoje denominadas como Estado em Unitárias e compostas.

Por tanto o federalismo ocorre com o exercício plural do poder político na delimitação espacial naqueles Estados compostos por mais de um ente que ostenta autonomia político-administrativo.

Na experiência histórica, em que pese o modelo de federação passar a ser adotado em maior recorrência a partir da superação do chamado antigo regime e da eclosão de sistemas republicanos de poder primeiro na América do Norte e posteriormente na Europa, as características do fenômeno federativo podem ser observadas em diversos momentos da história mundial, sobretudo quando há ruptura com modelos autocratas de poder que em geral caracterizam-se pela concentração de poder geográfico e político.

Isso reflete a característica do federalismo enquanto modelo político de ruptura e transição. Ruptura porque inaugura no segundo milênio a descentralização político – geográfica ao superar o modelo centralizado régio e de transição ao servir de sustentáculo para propiciar o florescimento de regimes políticos voltados à superação de formas de poder não representativas

⁴ 1 - Curso de direito constitucional positivo/ José Afonso da Silva. - 35. ed., rev. e atua/ até a Emenda Constitucional n. 68, de 21.12.2011. São Paulo: Malheiros, 2011.

⁵ QUINTILLANO, Leonardo David. AUTONOMIA FEDERATIVA: DELIMITAÇÃO NO DIREITO CONSTITUCIONAL BRASILEIRO. TESE/DOCTORADO- UNIVERSIDADE DE SAÚ PAULO- USP- SÃO PAULO. 2012. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2134/tde-26082013-162030/pt-br.php>. Acessado em 05 de Jun de 2023.

como as monarquias. Há exata relação entre o surgimento do movimento republicano por exemplo e a superação do modelo unitário de Estado proposto pelo sistema imperial no Brasil conforme pontua conforme pontua SIDRAQUE (2008).

Na escala global é o modelo norteamericano de federação que triunfa a partir da independência das 13 colônias em 1887, apresentando-se um sistema sólido baseado na divisão de atribuições e necessária cisão entre esferas de poder, de modo a particularizar o seu exercício em substituição à estrutura unitária de organização político-espacial que dá lugar a um difuso sistema composto por autonomia e divisão dos seus entes, concomitantes irmanados e equivalentes na formação de uma figura política soberana.

“A Convenção Constitucional dos Estados Unidos, de 1789, foi o cenário que propiciou intensos debates e conflitos entre os Estados e suas lideranças políticas, expressos nos textos federalistas de 1788. Este processo político originou uma das formas mais típicas de sistema federativo no qual se almeja o maior grau de conservação dos poderes regionais e a nítida separação de funções frente à União. Daí decorrem a separação de funções federativas, a revisão judicial e o equilíbrio entre contraditórios a fim de evitar a concentração de poder em indivíduos ou regiões” (RIBEIRO, et al 2018).⁶

Tal experiência institui do ponto de vista histórico o exemplo do chamado **federalismo centrípeto**, concebido a partir da organização de entes autônomos que decidem abdicar de parcela do seu autopoder a princípio com finalidades que se restringiam ao caráter bélico militar, em uma quase aliança confederada para enfrentar a metrópole inglesa.

Destaca COUTINHO (2010)⁷ que essa variante do federalismo pavimentou o espaço para que um modelo de Estado Federal americano fosse estruturado, no entanto parcela da autonomia dos entes concessionários restou inabalada razão pela qual ao longo do cortejo histórico o modelo político adotado no país preservou diferenças regionais, autonomias locais e faculdades de cada Estado.

⁶ RIBEIRO, MOREIRA, OUVENEY, PINTO, SILVA- Federalismo e Políticas Públicas no Brasil. Características institucionais e desigualdades regionais. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/C3hTNXwkCW9Rgfhh4P7D76y/?lang=pt#>.

⁷ COUTINHO, Marcos Dupin- O Federalismo, o Município e a legislação sobre assuntos de interesse local. BRASÍLIA, 2010. Pg.25.

Isso é refletido no sistema eleitoral baseado em um colégio eleitoral cujo número de delegados de cada um dos 50 estados possui diferenças , nas legislações penais , variável em cada uma das unidades e na própria organização política que se expressa de múltiplas maneiras.

No Brasil, a experiência prevalente é a do chamado **federalismo centrífugo**, caracterizado pela **descentralização** do raio de poder de uma estrutura central unitária que se subdivide em unidades distintas e **autônomas**, dotadas de **suficiência política, administrativa e legislativa** resultante da superação do paradigma monarca com a proclamação da República em 1889.

Destaca Coutinho (2010) que esse modelo passa a vigorar no Brasil após a ruptura do sistema imperial-unitário, o que se dá com o golpe civil militar que culmina com a proclamação da república em 1891.

No entanto , apesar desse evento célebre promover do ponto de vista formal o abandono do modelo unitário, o panorama fático assinala que há uma infinidade de desafios do ponto de vista prático para a efetivação da proclamada autonomia dos entes federados em relação à União, isso porque como se esperaria , em um país caracterizado pela dispersão populacional, concentração de recursos e poder político, os entes refletem arranjos sociopolíticos díspares e que favorecem um modelo de divisão de recursos e poder por si só desigual.

Ainda nessa linha destaca LINHARES: MESSEMBERG: PALLOTI⁸ o caráter bifurcado do federalismo enquanto modelo político de organização sendo a sua composição baseada rotineiramente por duas partes independentes e cooperadas que se unitarizam: O poder central e os Estados membros.

Nesse interim, é a constituição de 1891 que inaugura o modelo federalista no Brasil. O completo abandono da estrutura monarca de poder fez eclodir a necessidade de um sistema político capaz de acolher e sintetizar o espírito republicano e acalmar os ânimos dos segmentos sociais em ebulição diante de um contexto desde então desigual já combatido pelas reivindicações da massiva população pobre e ex escrava que vivia às voltas com o poder central.

⁸LINHARES, MENSSEMBERG, PALLOTI -Agenda de Federalismo e Relações Intergovernamentais na Diest: novas perspectivas teóricas e temáticas. Brasília,2021. Disponível:https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10640/1/bapi_29_agenda_federalismo.pdf. Acessado em 04 de Jul de 2023.

Nesse contexto de insurgências a segmentação do poder com a substituição das províncias pelos Estados, prevista essa expressa no artigo 2º da constituição de 1891, permitiu ao novo regime a repartição dos ônus político das questões sociais que se abatiam sob o país na transição para a o século.

Desde então os Estados seguem como a principal característica distintiva entre o modelo de organização política adotado durante o império e era republicana , razão pela qual conquistaram ao longo do século 20 e das sucessivas cartas constitucionais em vigor nesse espaço temporal, prerrogativas políticas e econômicas que em maior ou menor proporção foram permitindo o processo de desenvolvimento das suas autonomias locais.

No entanto deve-se observar que tal processo nem sempre é linear e se traduz em ganhos efetivos do ponto de vista da autonomia local. Há perdas e ganhos. Há o que possa ser considerado avanço do ponto de vista da proposta do modelo federalista como a conquista de instrumentos econômicos capazes de assegurar autonomia (Sistemas de repasses, arcabouços legais protetivos dos direitos dos entes subnacionais), como há também o que se pode definir como retrocessos tendo em vista o processo histórico as vezes assolado por supressões bruscas de autonomia local.

Nessa senda é mister pontuar que o federalismo brasileiro fundou-se ao longo da sua afirmação em três grandes eixos, tais sejam a *independência política e administrativa dos seus integrantes*, a *vedação ao direito de secessão* e a *existência de relação política e administrativa para com um núcleo de poder central*, cuja composição política dá se por preenchimento equitativo dos demais entes subnacionais através do exercício da sua autonomia política, participando desde logo da vida decisória do ente central por meio da estrutura legislativa bicameral tal qual reafirma José Afonso da Silva a autonomia dos entes que compõe as federações é elemento cuja natureza não se confunde com a soberania, essa, somente detida pelo ente central, de modo que a razão de ser do sistema baseia-se na concepção de que a permanência dos entes subnacionais no arranjo nacional traduz-se em condição mútua que garante a existência daquele ao passo que viabiliza a manutenção desse. SILVA (2011)⁹

A **autonomia** é, portanto, a primeira característica indissociável de um ente subnacional em um sistema federativo bem como sua negação completa à secessão. Sua gênese teórica liga-se ao atributo de insubordinação do ente subnacional para com o ente central.

⁹ SILVA, Curso de Direito Constitucional Positivo, 2011.pg 484.

É a manifestação da capacidade de auto-gestão, autonomia da vida política e exercício do poder local sem intermédio de um ator político que não seja aquele escolhido pelos eleitores locais. Nesse rol se incluem a capacidade de legislar acerca dos seus próprios tributos bem como de cobrá-los e fiscalizar sua arrecadação, prerrogativas asseguradas aos entes subnacionais pelo ordenamento político, capacidade de exercício pleno da cena política local caracterizada pela eleição periódica e renovação de poderes legislativos e executivos locais, bem como a necessária existência de uma constituição Estadual e uma lei orgânica municipal que regulamentem a institucionalidade e as questões comezinhas da vida pública do Estado e das cidades conforme destaca SILVA (2011).

Na formulação das teorias majoritárias sobre o tema, os desafios de ordem política (disparidade de representação na câmara federal, da autonomia, capacidade arrecadatória, índices de desenvolvimento díspares) faz com que a definição e o *esquadrinhamento* da enfrenta dificuldades para sua caracterização como é o próprio macro tema do federalismo ganhando algumas características pontuais que auxiliam na sua definição.

Destaca ainda José Afonso da Silva¹⁰ (2011) que a autonomia apregoada pelo ordenamento brasileiro a partir de 1988 caminha rumo à afirmação dos entes subnacionais enquanto centros de poder com capacidade de **auto-gestão, auto regulação e vida política estável** e concreta que independe dos designios dos atores políticos da União Federal.

É aparentemente essa a escolha do constituinte de 1988 que a torna cristalina nos termos do artigo 18:

Art. 18. 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. (BRASIL, 1988).

Mais que isso, a forma federativa de Estado e consequente vinculação legal da União à autonomia dos demais entes plasmou-se como garantia fundamental e cláusula pétrea no texto da carta política promulgada em 1988, de modo que não se possa olvidar quanto à essa característica imane dos Estado e Municípios conforme expressa BONAVIDES (2003).¹¹

¹⁰ SILVA, 2011, Curso de Direito Constitucional positivo

¹¹ BONAVIDES, Teoria do Estado 2003. pg.183.

A AUTONOMIA FACTUAL VERSUS AUTONOMIA LEGAL

A autonomia dos entes subnacionais se destaca pela auto capacidade de organização política. Na contramão da dourada perspectiva da autonomia enquanto expressão do Federalismo MARTINS (2015) que o modelo legislativo adotado pelo Brasil, sobretudo a partir da Constituição de 1988 , caracterizado pelo estabelecimento de competências legislativas gerais detidas pela União em detrimento da capacidade de edição de regras chamadas de **interesse local** pelos entes subnacionais cujo vigor por vezes se condiciona à existência das já ditas regras gerais (CRFB, ART 23) (BRASIL,1988) termina por suscitar uma percepção da atmosfera federativa baseada em um arranjo político que subjetivamente apontaria para a subordinação dos núcleos difusos de poder ao ente central ao menos do ponto de vista legislativo.

Esse aspecto reforça que o atual modelo legislativo de poder pode influenciar e privilegiar os interesses de unidades da federação com maior representação no parlamento quando da discussão de temas cuja competência para a edição de normas gerais seja da União Federal.

Por vezes o Supremo Tribunal Federal foi instado a se manifestar sobre o tema e decidiu e tem assim reiterado ao longo do cortejo institucional que quando do conflito entre Estados, Municípios e União Federal sobre aspectos que envolvam atribuições e competências dos mesmos prevalecerá o princípio da **Predominância do interesse** que indica que deve deter o exercício da competência seja legal ou material, o ente que melhor representa a miríade de interesses em debate. (MORAES,2015,pg 318) ¹².

A saída da jurisprudência parece satisfatória na medida que a constituição disciplina em seus artigos (21,22 e 23) o rol de competências legislativas de cada ente, restando apenas um exercício de subsunção do fato à norma, todavia quando se trata de políticas públicas cuja finalidade abarca a satisfação de direitos sociais como a saúde cujo salvaguardo é regra cogente para todos os entes e direito a ser fruído invariavelmente por administrados em todas as parcelas do território nacional a compreensão do regime de repartição de competências apresenta notória dificuldade.

¹² MORAES, Direito Constitucional,2015. Pg. 318.

Outrossim observa BONAVIDES¹³, (2003) muito embora a formal simetria política e administrativa que circunda a estrutura do federalismo brasileiro, haverá momentos em que a União é chamada a assumir papel decisivo no curso do exercício dos atributos federativos, dada sua capacidade legislativa geral legada pela constituição.

Temer (2010)¹⁴ defende que há situações que para além da competência legislativa ampla, revelariam maior concentração de recursos e atribuições no ente central, tal qual a possibilidade de decretação de intervenção federal pela União, bem como a atribuição ao presidente da república, representante da União Federal, a prerrogativa de nomeação dos representantes da mais alta corte do poder judiciário nacional, corte essa, constitucionalmente afetada para decisão de eventuais litígios entre entes subnacionais e a União Federal.

Nessa linha, BONAVIDES ainda (2004) reitera que a existência da União Federal enquanto instituição que ocupa posição diversa dos demais entes na estrutura unitária, traduz-se em condição *sinequanon* para a preservação da higidez da autonomia dos próprios **Estados Membros**, na medida em que impõe **cooperação política e administrativa** (através do sistema de solidariedade tributária) entre esses, como contrapartida a abstenção de exercício heterônomo de poderes para além das suas delimitações territoriais.

Assim acrescenta TEMER (2010) que a relação entre os entes federados na seara das políticas públicas, poderá se guiar por dois princípios motrizes, tais sejam: O da **coordenação** e da **cooperação**, de modo que tal qual a distinção que se dá entre autonomia e soberania, categorias previamente debatidas na engenharia federalista e que a compõe, faz se necessária a concepção de que aquela caracteriza o exercício de atividade central, diversa da concentradora na gestão das políticas públicas ao passo que essa traduz-se em atuação conjuntas dos entes federados para a oferta e a administração dos serviços públicos.

¹³ BONAVIDES, Teoria do Estado, 2004 pg.184.

¹⁴ TEMER, Elementos de Direito Constitucional, 2010.

O MUNICÍPIO NO SUS

A distinção do federalismo brasileiro em relação aos modelos internacionais fica por conta da figura do município não tão comum nos demais sistemas de federação existentes, tendo em vista a escolha por modelos de organização regional baseados em características geográficas e econômicas que favorecem a criação de zonas e condados, instituições desprovidas das características jurídicas de um município, tal sejam **a autonomia política, financeira e organizacional**, conforme pontua (MORAES, 2015).¹⁵

É justamente nesse traço distintivo do federalismo brasileiro que reside uma das estratégias de compreensão do modelo de organização do **SUS** a partir de sua instituição e dos obstáculos por ele enfrentados, sobretudo tendo em vista o fato de que na conformação institucional do **Sistema Único de Saúde** do país, as atribuições dos **municípios** são elementares para o alcance do objetivo institucional do programa de descentralizar as práticas assistência médico hospitalar.

É nas cidades onde vivem as pessoas. A frase dita muitas vezes em debates políticos por candidatos de matriz municipalista expressa a importância dos municípios na construção do arranjo político brasileiro. Datado da década de 1930 o processo de expansão do número de municípios no país denota também o desenvolvimento do federalismo e da repartição de poder que se origina com o advento da república.

Nessa esteira a história reflete que o processo de afirmação institucional brasileiro não ocorreu de forma uniforme e equânime. Desde o século XVI foram os ciclos econômicos que ditaram a rota do poder e definiram o modus operandi do processo de urbanização e o ritmo em que o mesmo se deu. Não atoa a figura do Município que sempre esteve presente na vida institucional do país só ganha status e autonomia relevante na década de 1980.

Nessa linha, são as alterações políticas e institucionais propostas pela constituição de 1988 que finalmente conferem uma nova e relevante roupagem à figura do Município. Indiscutivelmente, em um Estado baseado em um modelo de distribuição de poder descentralizado são as cidades os centros mais característicos dessa morfologia política.

¹⁵ MORAES, Direito Constitucional, 2015, pg .314.

Isso reflete a importância historiográfica do cortejo institucional dos municípios enquanto instituição indicadora das alterações da dinâmica de poder que o país viveu ao longo das décadas.

Na lição de Hely Lopes Meirelles (1991¹⁶) apud OLIVEIRA (2002)¹⁷ que ao longo desse trajeto no país houve um movimento regular de supressão quanto à autonomia política municipal que teria vivenciado o fenômeno praticamente em todos os estágios políticos até aqui ensaiados no contexto nacional:

“No regime monárquico o Município não a teve, porque a descentralização governamental não consultava aos interesses do imperador; na primeira república não a desfrutou, porque o coronelismo sufocou toda a liberdade municipal e falseou o sistema eleitoral vigente, dominando inteiramente o governo local; no período revolucionário (1930-1934) não a teve, por incompatível com o discricionarismo político que se instaurou no país; na Constituição de 1934 não a usufruiu, porque a transitoriedade de sua vigência obstou à consolidação do regime; na Carta outorgada de 1937 não a teve, porque as Câmaras permaneceram dissolvidas e os prefeitos subordinados à interventoria dos Estados”

E se o Município ilustra com fidelidade os obstáculos para a construção de um regime de federalismo factual e não meramente formal, a realidade institucional e dispare das cidades parece ignorar os mandamentos constitucionais acerca da **autonomia local**.

A caracterização do município portanto precede um esquadramento do já citado modelo de repartição de competências expressos na Constituição da República. Para além de uma porção territorial alocada dentro do território estadual, a cidade se apresenta como organismo político dotado de um feixe de prerrogativas e atribuições legais que se aproxima da vida cotidiana dos cidadãos.

¹⁶MEIRELLES, Hely Lopes. Direito Municipal brasileiro. 5. ed. São Paulo, 1991.

¹⁷ FABRUZ; FERREIRA. O Município na estrutura federativa brasileira. Um Estudo comparado, 2002. Belo Horizonte. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.

De partida a atual conformação constitucional em seu artigo 18 anuncia a autonomia do ente municipal enquanto expressão do modelo de organização federalista. A novidade em relação à constituição de 1967 se dá justamente pela posição em que o ente se encontra. No texto anterior somente aos Estados e a União se atribuía a característica de componente da República Federativa do Brasil.

Art 1º - O Brasil é uma República Federativa, constituída sob o regime representativo, pela união indissolúvel dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios. (BRASIL,1967)

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: (BRASIL,1988)

Muito embora citasse formalmente a autonomia dos entes municipais em seu texto , a constituição de 1967 e as emendas representadas pelos atos institucionais editados pela Ditadura militar culminaram na supressão gradativa dessa prerrogativa começando paulatinamente pela construção de um texto constitucional vago e cheio de lacunas quanto à figura dos município , indo até o ato institucional mais contundente do regime militar tal seja o Ato institucional número 5 que entre outras limitações de poder local, possibilitava à junta militar a nomeação de interventores diretos nos executivos municipais.

São mantidas a Constituição de 24 de janeiro de 1967 e as Constituições Estaduais; O Presidente da República poderá decretar a intervenção nos estados e municípios, sem as limitações previstas na Constituição, suspender os direitos políticos de quaisquer cidadãos pelo prazo de 10 anos e cassar mandatos eletivos federais, estaduais e municipais, e dá outras providências. (BRASIL, 1968).

Trata-se de momento impar na trajetória institucional dos municípios marcado pela virulenta supressão política, administrativa e institucional desses entes na medida em que o AI-5 criou para o regime militar a hiper prerrogativa de também legislar acerca das matérias de interesse municipal além da concessão de poderes para dissolução dos poderes legislativos municipais e cassação dos chefes do executivo.

Os reflexos desse modelo de tutela municipal experimentado pelo regime de exceção podem ser observados ainda hoje nos indicadores de desenvolvimento institucional dos municípios quanto aos seus sistemas de governança e gestão. Não raro a estrutura municipais apresentam sistemas com deficiências claras no tocante à transparência, *complice* e moralidade na aplicação dos recursos.

Com a promessa de superação desse delicado momento da vida institucional do país, a constituição de 1988 dá um largo passo, ao menos formal rumo ao reconhecimento da autonomia municipal e da criação de estruturas de controle interno que zelem pelo cumprimento dessa autonomia na realidade municipal, sobretudo ao fortalecer os legislativos municipais ao descrever com maior clareza o seu feixe de atribuições, a impositividade dos repasses dos duodécimos pelo executivo para as câmaras locais e a definição do número de vereadores eleitos tendo como indexador o número de habitantes local

Na curva histórica é possível afirmar que a figura do município é instituída já com o sistema de capitanias hereditárias durante o limiar do processo de colonização brasileiro. A fundação da Vila de São Vicente datada de 1532 é o embrião do que hoje viria a ser a cidade de São Paulo e o processo de municipalização da geografia do país conforme LEME (2004)¹⁸.

Insta salientar que conforme observa Pedro Taques de Almeida Paes Leme (2004) o processo de criação das cidades na era colonial atendia ao objetivo da metrópole de viabilizar o processo econômico de colonização de modo que são os ciclos econômicos é que ditam o avanço da marcha urbana. Durante o ciclo do extrativismo o eixo urbano se localizou na região de São Vicente e a partir daí se estende acompanhando o ritmo que o desenvolvimento da atividade econômica foi tomando até o processo de interiorização do país.

Hoje o país possui mais de 5.000 municípios localizados nos 26 estados, em 5 regiões distintas e suas características remontam a marcha das atividades econômicas desenvolvidas em seu entorno e ao longo do seu processo de afirmação. No sudeste a maioria dos municípios possui feições urbanas com vocação econômica para a indústria, serviços e comércio segundo o IBGE (2021) nas regiões centro-oeste e norte impera o extrativismo e as atividades adjacentes ao passo que o nordeste e o sul mesclam-se nas atividades industriais, comércio e extrativismo

¹⁸ LEME, Pedro Taques de Almeida Paes. HISTORIA DA CAPITANIA DE S. VICENTE. São Paulo: Melhoramento, sem data de publicação.

.A compreensão do fenômeno de surgimento das cidades passa pela compreensão das rotas dessas atividades econômicas.

Assim sendo é possível destacar que o processo de municipalização do país é também o processo de desenvolvimento econômico que se dá desde o ciclo colonial até a atualidade sendo o mesmo também expressão dos desafios sociais que cada região do país enfrentou e enfrenta tendo em vista suas características locais.

CONTROVÉRSIAS RECENTES

Apesar da consolidação legal da autonomia municipal trazida pela constituição de 1988, os desafios para a efetiva promoção desta se mostram ainda muito vivos nos debates que margeiam a vida pública. Seja no debate acerca da repartição do bolo tributário, seja na previsão constitucional de um rol mitigado de atribuições e competências legais para o Município ou até mesmo no tocante ao desenvolvimento de políticas públicas, sempre há debates que colocam em cheque a viabilidade e a realidade da autonomia municipal no país.

No bojo da ADI 6341 julgada pelo Supremo Tribunal Federal em 2020 quando União e Estados conflitaram acerca das competências para a edição de normas sanitária o repertório argumentativo encapado pela união Federal sustentou-se na alegada precedência que seria legada pela Constituição para aquele ente na medida em que teria o texto lhe reservado um feixe maior de atribuições, operacionais, fiscais, tributárias e legislativas de modo a proceder à atuação da regulamentação da lei federal 13.979 de 2020 impondo regras gerais de observância obrigatória pelos demais entes.

Observa SILVA (2011) ¹⁹que ao longo do século 20, o Brasil vivenciou 3 tendências quanto ao papel da união. De pouco destaque nas primeiras décadas daquele século, passado pelo centralismo durante a ditadura empresarial-militar entre os anos de 1964 e 1985, passando a experimentar um ciclo assentado na busca por um equilíbrio na repartição de competências com o advento da constituição de 1988 e sua legislação infraconstitucional.

Nesse sentido prevaleceu o entendimento de que a União muito embora dotada de larga parcela de poder econômico e político não deve se imiscuir ou obstar o exercício da autonomia

¹⁹ SILVA,2011. Curso de Direito constitucional positivo.

dos entes locais tendo em vista para além do próprio interesse local sob pena de grave comprometimento da autonomia dos entes subnacionais e da harmonia do pacto federativo.

EMENTA: REFERENDO EM MEDIDA CAUTELAR EM AÇÃO DIRETA DA INCONSTITUCIONALIDADE. DIREITO CONSTITUCIONAL. DIREITO À SAÚDE. EMERGÊNCIA SANITÁRIA INTERNACIONAL. LEI 13.979 DE 2020. COMPETÊNCIA DOS ENTES FEDERADOS PARA LEGISLAR E ADOTAR MEDIDAS SANITÁRIAS DE COMBATE À EPIDEMIA INTERNACIONAL. HIERARQUIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. COMPETÊNCIA COMUM. MEDIDA CAUTELAR PARCIALMENTE DEFERIDA. (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2020).²⁰

²⁰ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADI 6341. Relator Ministro Celso de Mello. Brasília. 13 de nov de 2020. Disponível em : https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search?classeNumeroIncidente=%22ADI%206341%22&base=acordaos&sinonimo=true&plural=true&page=1&pageSize=10&sort=_score&sortBy=desc&isAdvanced=true . Acessado em 02 de jun de 2023.

SUS – ANTECEDENTES HISTÓRICOS E PRINCÍPIOS BASILARES- A MEDICINA PREVIDENCIÁRIA.

A vitória do projeto social democrata nos episódios bélicos do século 20 e os acontecimentos de ordem política que daí se seguem colocaram no centro das discussões acerca do papel do Estado, a necessidade crescente de que este atuasse na prestação positiva de serviços necessários à manutenção da organização e controle social.

Abandona-se o dogma do “estado vigilante” e passa-se ao conceito de uma estrutura proativa que não só arrecada impostos e garante a segurança dos indivíduos, rompendo em definitivo com as influências da ótica contratualista moderna.

Inexorável é que a saúde, atividade inerente à própria subsistência das comunidades humanas foi incorporada a esse rol de atribuições estatais doravante, o que impulsionou no mundo um rigoroso processo de publicização dessa atividade, além da aprovação de uma série de legislações que viriam a lhe conferir status de direito social, portanto politicamente exigível na nova conformação jurídica global que se consolida a partir do processo de criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da emissão dos tratados internacionais que se originam no pós guerra.

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros

casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade. (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS – ONU, 1948).²¹

No Brasil o processo de publicização e reconhecimento da saúde enquanto direito social é lento e gradual. Seu processo legal só atinge níveis substanciais a partir da década de 1920 com a promulgação de um conjunto de medidas sociais voltadas para a previdência social (Lei Eloy Chaves) que passaram a assegurar assistência médico-hospitalar e funerária para uma parcela da sociedade economicamente ativa e inserida no mercado de trabalho conforme aponta GUIDINI (2012)²².

Destaca-se que a reconhecida lei Chaves na verdade se tratou de um decreto, o nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923 que instituiu os primeiros sistemas de caixas de aposentadorias e pensão que inicialmente atendiam apenas trabalhadores do setor ferroviário.

No entanto em que se pese tal movimento é cediço que esse processo de “publicização” da saúde tinha caráter censitário na medida em que incorporou aos nascente sistema médico-hospitalar de natureza pública mitigada fatia da população inserida no mercado de trabalho ao passo que desalija um grande contingente de pessoas economicamente vulneráveis e desocupadas que ampliavam os bolsões de pobreza dos centros urbanos.

Havia, de fato, o estabelecimento de uma cidadania regulada, de caráter parcial e concedida por meio da articulação entre a política de governo e o movimento sindical. Dessa forma, acabaram excluídos da cidadania todos os indivíduos que não possuíam ocupação reconhecida por lei, como os trabalhadores da área rural e os trabalhadores urbanos cujas ocupações não estavam reguladas (CARVALHO, BARBOSA, 2010)²³

²¹ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org> Acesso em: 8 de jun 2023.

²² GUIDINI, Cristiane. ABORDAGEM HISTÓRICA DA EVOLUÇÃO DOS SISTEMA DE SAÚDE BRASIELRIO: CONQUISITAS E DESAFIOS. MONOSGRAFIA DE CONSLUSÃO DE CURSO. PÓS GRADUAÇÃO. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. TIO HUGO/ RS-2012. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/2104/Guidini_Cristiane.pdf. Acessado em 04 de jul de 2023.

²³ CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA, Pedro Ribeiro. Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES. Disponível em: CARVALHO, Antônio Ivo de;

O processo de urbanização cujo ápice ocorre entre as décadas de 1950 e 1970 que deslocou para os centros urbanos grandes contingentes populacionais, acaba tornando cada vez maior o desafio para a promoção da saúde pública diante do aumento das demandas locais e inserção do país em um modelo econômico baseado no trabalho industrial e na ampliação do consumo e seus efeitos na saúde pública. Isso exige do poder público uma reorientação do modelo e as diretrizes das políticas públicas nessa área, conforme aponta GUIDINI (2012).

Nesse contexto, a curva histórica mostra que desde a década de 1940 durante o Governo Vargas a criação do serviço Especial de saúde Pública – SESP já se observava uma trajetória institucional com vistas a ampliação da oferta dos serviços públicos de saúde que de forma gradativa foram deixando de se orientar por critérios previdenciários - como a obrigatoriedade e necessária filiação à regimes próprios de previdência pelos trabalhadores para fruição dos benefício- rumo a um caráter público e assistencial ampliativo.

Na década de 1960 se dá a Promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) e a consequente afirmação do processo padronização normativa das espécies dos serviços de saúde a que poderiam ser acessados pelos segurados dos regimes públicos de previdência, já independente do regime de filiação conforme destaca GUIDINI (2012).

No entanto aponta CARVALHO ;BARBOSA (2010) que esse processo não importou em uma ampliação massiva da capacidade de cobertura da rede médico-hospitalar em relação à população geral. Uma porque a maioria dos equipamentos de saúde estavam localizados nas grandes cidades, relegando um largo contingente da população alocado em outras regiões nos rincões do país, outra porque o modelo adotado, o chamado modelo curativo baseava-se na intervenção medicinal através da administração de pacientes sem legar ênfase nos processos terapêuticos de cura de doenças e infecções oriundas de condições regionais e estruturais.

No ano de 1963 aprova-se a Lei 4.214 que cria o FUNRURAL que inclui o trabalhador rural no sistema previdenciário e consequentemente estende a esse segmento da população um acesso ampliado ao sistema de assistência médico – hospitalar . Mas apesar do esforço

BARBOSA, Pedro Ribeiro. Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: https://cesad.ufs.br/ORBI/public/uploadCatalogo/10541817022012Políticas_de_Saude_Fundamentos_e_Direitos_do_SUS_Aula_1.pdf. Acessado em 01 de Jun de 2023.

legislativo a concentração dos equipamentos de saúde nos centros urbanos ainda imponha maiores desafios para o acesso à saúde no interior do país. A reiterada prática do modelo de medicina curativa apontava para uma relação médico-paciente pouco baseada em aspectos multidisciplinares.

Seguinte se dá no ano 1966- Criação do **Instituto Nacional de Previdência Social** (INPS) pelo regime militar e a saúde pública previdenciária sofre um grande revés. Nesse momento ocorre um processo de centralização de instituições previdenciárias de saúde e o fomento da contratação de prestadores privados de serviços médico-hospitalares conforme aponta CARVALHO ; BARBOSA. (2010).

A adoção desse modelo importou em processo de desestruturação da medicina previdenciária no país eis que diminuiu a capacidade de gestão racional dos recursos pela própria previdência social e limitou com a falta de unidade de dados acerca dos pacientes e dos seus processos de busca por serviços médico-hospitalares a capacidade de planejamento estatal acerca da saúde pública.

Em 1974 o governo militar lança o Plano de Pronta Ação Formulada com o objetivo de unificação dos serviços de saúde existentes no país e tal processo ganha seu ápice em 1977 com a criação do INAMPS- **Instituto Nacional de Assistência Médico da Previdência Social**, passando a incorporar SAMHPS -**Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social**– Programas de articulação da política de saúde.

O Plano de Pronta Ação foi formulado em 1974 com o objetivo de universalizar o atendimento médico, principalmente o atendimento de emergência. A Previdência Social comprometia-se a pagar esse atendimento tanto à rede pública quanto à rede privada, independentemente do vínculo previdenciário do paciente. (SCOREL,1999)²⁴

A natureza privatista desse plano criou um Estado de coisas complexos e desafiador para a gestão da saúde pública. É o momento em que a tentativa de racionalização do processo de execução da medicina previdenciária colide com a adoção de uma ideologia liberal quanto ao desenho do Estado razão pela qual a adoção da pretensa desburocratização dos

²⁴ ESCOREL, S. Contexto: o sistema nacional de saúde. In: Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, pp. 51-65. ISBN 978-85- 7541-361-6. Available from SciELO Books.

procedimentos de oferta e uso dos serviços médico-hospitalares culmina com a não planejada expansão da cobertura , por maí os contraditório que pareça, redundando em um completo processo de desorganização do sistema de saúde vigente. (BARBOSA; CARVALHO ,2010)

O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

No ano de 1975 o governo militar promulga a lei 6.229 conhecida como lei do Sistema Nacional de saúde com o pretens o objetivo de alinhar a oferta pública de serviços médico-hospitalares. Trata-se de um esforço inicial para o atingimento da coordenação que viria ser um objetivo declarado do SUS décadas depois. No entanto apesar dos esforços, o modelo ainda se mostrava insuficiente para as demandas do país naquele capítulo.

As principais mudanças propostas por esses mecanismos inseridos no campo político institucional da saúde pública é a destinação de rubricas especiais para articulação de sistemas locais de saúde caracterizados pela construção de um modelo de alinhamento gestacional, operacional e informacional capaz (ou com a promessa) de alcançar as populações brasileiras em sua integralidade desde as capitais até os rincões do país.

Nessa esteira destaca-se que é a lei do **Sistema Nacional de Saúde** que pela primeira vez na quadra histórico-institucional do país quem confere aos Estados e Municípios a atribuição de atuação cooperada com a União na promoção da saúde pública:

a) Aos Estados, ao Distrito Federal e aos Territórios:

- 1) Instituir em caráter permanente o planejamento integrado de saúde da unidade federada, articulando-o com o plano federal de proteção e recuperação da saúde, para a região em que está situada;
- 2) Integrar suas atividades de proteção e recuperação da saúde no Sistema Nacional de Saúde;
- 3) Criar e operar com a colaboração dos órgãos federais, quando for o caso, os serviços básicos do Sistema Nacional de Saúde previstos para unidade federada;
- 4) Criar e operar as unidades de saúde do subsistema estadual, em apoio às atividades municipais;
- 5) Assistir técnica e financeiramente os municípios para que operem os serviços básicos de saúde para a população local;
- 6) Cooperar com os órgãos federais no equacionamento e na solução de problemas de saúde de sua área.

b) Aos Municípios:

- 1) Manter os serviços de saúde de interesse da população local, especialmente os de pronto socorro;
- 2) Manter a vigilância epidemiológica;
- 3) Articular seus planos locais de saúde com os planos estaduais e federais para a área;
- 4) Integrar seus serviços de proteção e recuperação da saúde no Sistema Nacional de Saúde. (BRASIL,1975).

No entanto conforme já observado apesar do ensaio de esforços do poder público para a ampliação da oferta de serviços de saúde o sistema vigente não foi capaz de atingir de forma assertiva as necessidades da população brasileira, revelando-se ineficiente o que disseminou na comunidade profissional da saúde e na população como um todo um sentimento de desejo de transformação impresso nos movimento de reivindicação pela superação do modelo centralizado de saúde pública praticado.

O fracasso do modelo privatista de saúde se dá entre outros fatores justamente pela própria natureza de que se reveste. O sistema passa com a “desburocratização” a sofrer sucessivas fraudes e o descontrole de dados que impulsiona um desarranjo sem precedentes no modelo o que só acirrou o processo de exclusão de largos contingentes da população que se mantiveram alijados do acesso à saúde conforme observam CHIORO ; SCAFF (2016) ²⁵.

Assim, é possível observar que é na década de 1970 que a trajetória institucional da saúde pública ganha seu maior impulso na medida em que passa por múltiplas transformações de caráter legal que permitem para o bem ou para o mal do sistema a ampliação da cobertura e o reconhecimento pela sociedade civil da necessidade de construção de um sistema público abrangente capaz de superar os limites previdenciários.

Nesse contexto assume elementar importância as conferências realizadas pelas comunidades profissionais da Saúde que ensejavam a construção de uma agenda de enfrentamento ao momento de exceção política e social que o país vivenciava

É preciso sublinhar que é durante a década de 1970 em meio ao processo de confrontação ao regime militar que os valores que guiariam o SUS nas décadas seguintes começam a ser gestados. É através da mobilização de setores da sociedade civil que enxergam

²⁵ CHIORO ; SCAFF, A implementação do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3_ChioroA.pdf. Acessado em 02 de Jun de 2023.

na saúde pública um mecanismo de combate ao autoritarismo e da eclosão de fortes demandas sociais que se estrutura o movimento sanitário de resistência.

Ainda sob vigência da Ditadura Militar, começam a surgir em vários municípios experiências de implantação de redes de atenção básica à saúde, a partir da ação de profissionais da área de saúde coletiva que ocupam importantes espaços institucionais abertos por novos prefeitos municipais eleitos pelo MDB a partir de 1975/76.(CHIORO ; SCAFF, 2016).

Naquele momento a resposta institucional para o núcleo de reivindicações da comunidade médica e da sociedade civil foi que já se arrastavam desde o limiar da década a implantação em 1976 do PIASS (**PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE**) instituído através do decreto número 78.307 de 24 de Agosto de 1976 que importou em uma destinação de 40 bilhões de cruzeiros para o desenvolvimento de políticas de saúde e saneamento básico na região nordeste.

Em 1976, foi concebido o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS), dirigido por técnicos comprometidos com a proposta do "movimento sanitário" que começava a surgir. Em 1979, ocorreu uma grande extensão da rede ambulatorial pública, principalmente no Nordeste(CHIORO ; SCAFF, 2016).

Apesar dos recursos serem creditados nos cofres estaduais o PIASS representou um passo importante para a descentralização da Saúde no Brasil sobretudo pelo reconhecimento institucional da necessidade de revisão do modelo adotado até então, focado em privilegiar os centros urbanos.

O PIASS define como estrutura prioritária de atuação as comunidades com população de até 20 mil habitantes. O objetivo legal era a ampliação da rede de atendimento com o incremento de profissionais da área médica para fortalecer as demandas locais além da construção de uma rede local de saneamento o que se reflete no processo de promoção de saúde.

Art. 1º. Fica aprovado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste, para o período de 1976-1979, com a finalidade de implantar estrutura básica de saúde pública nas

comunidades de até 20 mil habitantes e de contribuir para a melhoria do nível de saúde da população da Região.

Art. 2º. Constituem diretrizes básicas do Programa I - ampla utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas;

II - ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, inclusive as de caráter endêmico, no atendimento da nosologia mais frequente e na detecção precoce dos casos mais complexos, com vistas ao seu encaminhamento a serviços especializados;

III - desenvolvimento de ações de saúde, caracterizadas por serem de baixo custo e alta eficácia; IV - disseminação de unidades de saúde tipo miniposto, integradas ao sistema de saúde da Região e apoiadas por unidades de maior porte, localizadas em núcleos populacionais estratégicos;

V - integração a nível dos diversos organismos públicos integrantes do Sistema Nacional de Saúde;

VI - ampla participação comunitária;

VII - desativação gradual de unidades itinerantes de saúde, a serem substituídas por serviços básicos de caráter permanente.

Art. 3º. O total de recursos especiais destinados ao Programa, no período 1976-1979), será de Cr\$ 4,0 bilhões (preços de 1976), dos quais Cr\$ 750 milhões em 1976. (BRASIL,1976).

Tal programa culmina em uma iniciativa reativa também ao enfraquecimento da popularidade do governo militar que se vê diante do desafio de arregimentar a população já insatisfeita como o modelo de sociedade implantado e baseado no autoritarismo ao passo que no campo social a vida da população em geral era atravessada por gargalos estruturais.

A importância institucional e histórica do PIASS se reflete na construção das bases de um modelo de saúde pública disperso, regionalizado e local que se orientava pelas necessidades das comunidades onde era experimentado. Seu pioneirismo se dá também na seara médica ao confrontar a medicina curativa dominante até então através da adoção de uma prática clínica baseada na medicina preventiva e na atenção primária iniciada desde a implementação dos

programas de saneamento básico até a adoção de medidas de assistência nas áreas rurais de forte cunho preventivo:

O PIASS, como o PMC, colocava em jogo um modelo alternativo de organização de serviços de saúde para o País, ou pelo menos para áreas rurais, que implicava o fortalecimento relativo do setor público não apenas por meio da ampliação de serviços públicos de Saúde, mas principalmente no interior deste, dando ao setor de saúde pública (o MS e as SES) o comando gerencial dos sistemas regionais de saúde. Os dois programas colocaram-se politicamente na arena setorial enfrentando os interesses hegemônicos privatizantes, e seus processos de implementação foram viabilizados pelos grupos progressistas, que utilizaram a estratégia de conquista de ‘adesão externa’. (ESCOREL , SARA , 1999).

Assim sendo, evidencia-se na trajetória institucional da saúde pública no país um capítulo a ser sublinhado do ponto de vista legal a instituição do PIASS enquanto política pública *descentralizante* da prática da saúde da qual emanam importantes bases com as quais o SUS se estruturaria posteriormente.

Nesse contexto na esfera global surgem as convenções para o debate efetivo da saúde pública. A mais notória é a convenção de 1978 ocorrida na cidade de Alma Ata no Afeganistão cujo resultado foi uma série de diretrizes importantes que balizariam o processo de elaboração do SUS cujo clímax se dará com a constituição de 1988 e sua posterior regulamentação através das leis 8.088 e 8.143.

8ª CONFERÊNCIA DE SAÚDE

Apesar dos esforços do poder público e da própria sociedade civil para a substituição do modelo de saúde centralizado e previdenciário, a década de 1980 ainda é atravessada em boa parte por esse modelo. O quadro de recessão econômica legado pelo fim do “milagre econômico” e o contexto global pressionam de maneira inédita o sistema público de saúde que se vê atormentado diante dos custos e necessidades crescentes da população.

Nesse contexto de perda total de legitimidade do governo militar e completo enfraquecimento do regime do ponto de vista institucional a comunidade médica e parcelas da sociedade civil representada através dos movimentos sociais encontra na saúde pública terreno propício para a confrontação política e institucional do regime razão pela qual o movimento que pleiteava pelas reformas de base social ganha uma extensão na ala da saúde, o chamado movimento da reforma sanitária.

Tal movimento ganhou a conotação de reformista eis que se insere nos contexto de reivindicações pelas chamadas reformas de base que marcam esse capítulo da vida social brasileira em contraste com o modelo autoritário vigente no país e que ainda flertava com a progressiva privatização de serviços públicos essenciais uma vez que a constituição de 1969 atribuía ao setor público caráter subsidiário na oferta de serviços (BRASIL, 1969).

As reivindicações do movimento se baseavam na construção de um modelo de saúde pública que fosse primeiro descentralizado, baseado no combate à doenças e infecções que atingiam a massiva camada da população se reorientando através da adoção de práticas segmentadas de regionalização, descentralização e assunção de um modelo social que ampliasse a definição do conceito de saúde para além da ausência de doença , chegando à uma concepção baseada na saúde enquanto aptidão ao exercício pleno de uma vida feliz, autônoma e socialmente plena.

Nesse sentido acerca da efetiva importância do movimento sanitaria acrescenta FRANÇA²⁶ (2020) :

Podemos afirmar então, que as propostas da Reforma Sanitária resultaram na universalidade do direito à saúde, e ainda que a Reforma Sanitária foi um instrumento ideológico que contribuiu significativamente para elaboração da C. F. de 1988, para implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, e posteriormente para criação do Sistema Único de Saúde - SUS, prevendo assim a participação e o controle social.

²⁶ FRANÇA, Arinaldo de Brito- PRINCÍPIO DA UNIVERSALIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): EM POLÍTICAS NEOLIBERAIS/ JOÃO PESSOA, 2020. Disponível em <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/18029/1/TCC%20ARINALDO%20BRITO%20DE%20FRAN%C3%87A%20para%20dep%C3%B3sito.pdf>. Acessado em 04 de Jul de 2023.

A mais expressiva manifestação política do movimento sanitarista é traduzida na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986 com a participação de mais de 4 mil integrantes de múltiplas áreas relacionadas à saúde e ao setor público. Destaca-se também que tal conferência oportunizou a participação dos usuários do serviço público de saúde nos grupos de trabalho razão pela qual a conferência representa uma importante quebra de paradigma acadêmico e institucional na formulação das políticas públicas.

O resultado da 8ª Conferência foi a elaboração de uma massiva e abrangente quantidade de diretrizes acerca da necessidade de descentralização do sistema público de saúde que posteriormente serviriam para fomentar a elaboração do segmento da saúde na constituição federal de 1988:

“O relatório final apontou o consenso em relação à formação de um sistema único de saúde, separado da previdência, e coordenado, em nível federal, por um único ministério. Também foram aprovadas as propostas de integralização das ações, de regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviço e de fortalecimento do município. O relatório aponta ainda a necessidade de participação popular, através de entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão e na avaliação do sistema.

Outra grande resolução diz respeito a um conceito mais abrangente de saúde, que é descrita no relatório final como uma resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e a serviços de saúde. Os delegados da 8ª atribuíram ao Estado o dever de garantir condições dignas de vida e de acesso universal à saúde, e apontaram a necessidade de integrar a política de saúde às demais políticas econômicas e sociais” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019).

Mais uma vez além de apontar para a descentralização o movimento sanitarista inova ao questionar o modelo curativo de saúde ainda dominante ao estabelecer diretrizes abrangentes quanto ao conceito de saúde, o que posteriormente inspiraria na concepção do SUS a atuação articulada e interministerial para a promoção da saúde pública para além do ministério da saúde

indo desde a atuação da infraestrutura na construção de obras de saneamento básico em regiões desassistidas até o ministério da educação na promoção do acesso das à merenda escolar capaz de garantir nutrição calórica suficiente para o completo desenvolvimento morfológico e psicossocial.

Insta denotar também a importância dos ministérios responsáveis pela promoção de transferência de renda para populações em situação de extrema miserabilidade condicionada à vacinação e ao acesso à escola. Eis um modelo integrado e multidisciplinar de promoção de saúde.

SUS PÓS 1988– REGULAMENTAÇÃO

Fruto da constituição de 1988 e da aura democrática que pairava sobre a assembleia constituinte o SUS emerge com o objetivo de garantir a efetivação dos compromissos sociais gravados na carta política que vicejava e como mecanismo prático para a garantia do acesso a bens e serviços públicos de saúde pela população brasileira.

No seu limiar o Sistema expressa a o anseio político da geração de congressistas da constituinte de ampliar o escopo de atuação dos entes subnacionais, sobretudo dos Estados que passaram a partir da promulgação do novo texto a contar com um rol de previsões expressas acerca da sua competência legislativa , o que levou para as assembleias locais o protagonismo até então inexistente bem como a criação de um modelo de gestão das políticas públicas cujos agentes se organizam em um formato mais democrático e participativo conforme destaca SOUZA (2019)²⁷.

É importante ressaltar que o projeto sanitaria busava inserir novos sujeitos sociais na definição da política setorial por meio dos Conselhos e Conferências de saúde, dando voz à participação popular, que consiste na maior interessada no desfecho desta política.

A partir desse momento o sistema ganha uma roupagem cujo objetivo deliberadamente declarado seria acompanhar a nova conformação política do país, razão pela qual o SUS enquanto modelo público de prestação de serviço saúde tem no seu DNA a necessidade de unificação do esparso sistema de assistência médico-hospitalar existente no país até então e superação das feições de concentração institucional que caracterizam seus antecedentes.

GUIDINI (2012) nos faz inferir que o modelo de organização pretérito da saúde pública no país antes da constituição de 1988 tratava-se de um espelho que refletia à risca as duras desigualdades regionais presentes em toda a extensão federativa, razão pela qual sua configuração era por si só uma expressão do descompasso do modelo federalista vigente servindo como denunciante dos miasmas regionais suportados pelo país.

Dá se dizer que o SUS é a expressão do federalismo ideal no serviço público. Ao menos sua gênese teórica vislumbra a construção de um sistema em que de forma regionalizada

²⁷ SOUZA, Diogo Vieira de- AMEAÇAS ÀS PRERROGATIVAS E A DEFESA INSTITUCIONAL DAS ASSEMBLEIAS LEGISLATIVAS BRASILEIRAS/ Florianópolis,2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/197722>. Acessado em 31 de mai de 2023.

permitiria que cada ente subnacional, sobretudo os municípios, figura eminentemente oriunda do federalismo brasileiro, desempenhasse a função de prestação do serviço de saúde, garantindo-se ao usuário proteção e efetividade e universal.

No entanto, passados mais de vinte anos desde a regulamentação da previsão constitucional da existência do SUS através da lei federal 8.080 de 1990, os desafios administrativos que circundam o sistema lançam luz sobre as disparidades sociais e regionais comprimidas pelo modelo federalista e as distorções da distribuição de poder gestacionais sob a forma do modelo de concentração de poder econômico pela União federal.

O SUS EM PRINCÍPIOS

Assentado nos pilares da **UNIVERSALIDADE, AUTONOMIA, INTEGRALIDADE e REGIONALIZAÇÃO, (BRASIL, 1988, Artigo 197)** o sistema ancora-se no desenho da federação e reconhece em sua organização que a Saúde é direito de tamanha densidade normativa que transcende as fronteiras físicas dos entes subnacionais que passaram a partir daí a compartilhar o conjunto de responsabilidades na prestação do serviço de saúde com o ente de maior estrutura econômica, normativa e expressão de poder político em uma conformação federalista: A união.

Nesse sentido é preciso compreender que os princípios que norteiam a atividade do SUS são ao mesmo tempo normas de caráter de gestão (uma vez que preceituam o modus operandi do sistema sob a ótica burocrática, vide o exemplo da adoção de modelos regionalizados de prestação de serviço) garantias de que os entes subnacionais, portanto detentores de parcelas menores do bolo arrecadatário e por tanto com menos capacidade de prestação de serviços em

um sistema baseado no custeio de insumos e mão de obra, tenham a autonomia dos seus sub sistemas teoricamente asseguradas.

Franco (2016²⁸) destaca que a organização administrativa do SUS fora pensada pela assembleia constituinte vislumbrando um sistema de saúde que ignora as distorções arrecadatórias as quais o modelo federalista brasileiro está submetido e com o gigante fosso de poder político que separa a União Federal dos demais entes.

Na mesma linha defende o autor que o sistema de financiamento do SUS fora elaborado para prestigiar um modelo de governo em que a massa arrecadatória das unidades da federação traduz-se de maneira equitativa, não com o conjunto de desigualdades regionais e administrativas que enfrenta o Brasil.

Apontar as distorções do modelo de tripartição do SUS é em linhas gerais reconhecer que a principal característica de um regime federalista, a presunção de autonomia factual e não meramente legal e burocrática, assegurada aos entes subnacionais, vincula-se em maior ou menor proporção ao instrumento tributário eleito pela carta política que coordena o processo de construção do federalismo, de sorte que uma análise mais apurada acerca do modelo de financiamento do SUS nos conduz inevitavelmente ao modelo de repartição tributária adotado no país.

Ainda nesse sentido aponta FRANCO (2016) que o financiamento do SUS dada sua magnitude e importância para a efetivação dos direitos fundamentais levou para o texto constitucional a expressão de um modelo fiscal baseado na existência de um conjunto de necessidades literalmente vitais ao exercício da cidadania, dentre eles a saúde e a educação, cujo valor mínimo de verbas a serem destinadas é de natureza impositiva aos entes subnacionais e à própria União Federal, de modo que seu descumprimento acarreta na ocorrência de infração político administrativa que pode redundar em responsabilização dos ocupantes de funções políticas.

No entanto, em que pese o rigor da previsão constitucional, ao seu revés, a prática cotidiana revela que o mandamento constitucional perverteu-se não em um instrumento de proteção à integridade do sistema de público de saúde, mas em verdadeiro artifício contábil-

²⁸ FRANCO, Bruno Bretas - FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS/ Volta redonda, 2016. TRABALHAO DE CONCLUSÃO DE CURSO. GRADUAÇÃO.

fiscal que salvaguarda os gestores na aplicação mínima de recursos quando as demandas que se impõe ultrapassam em muito o aporte realizado.

A criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território. No entanto, possibilitam, também, um elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unicidade do SUS. Há que se integrar, harmonizar e modernizar, com equidade, os sistemas municipais.(BRASIL,1996).

A natureza mandatória dos princípios não é uma novidade no campo jurídico. Desde o processo de afirmação das cartas constitucionais que se dá com o pós guerra a característica cogente dessa espécie normativa tem se tornado objeto de mudanças profundas no paradigma da relação do indivíduo para com o Estado. (BARROSO, 2003)²⁹.

No Brasil ganha destaque o paulatino avanço do processo conhecido como *neoconstitucionalismo* que na dicção de Luís Roberto Barroso traduz-se na conferência de eficácia e práxis aos princípios constitucionais, dilatação da jurisdição constitucional e o reconhecimento da natureza constitucional de ramos autônomos do direito:

Uma das grandes mudanças de paradigma ocorridas ao longo do século XX foi a atribuição à norma constitucional do status de norma jurídica. Superou-se, assim, o modelo que vigorou na Europa até meados do século passado, no qual a Constituição era vista como um documento essencialmente político, um convite à atuação dos Poderes Públicos. A concretização de suas propostas ficava invariavelmente condicionada à liberdade de conformação do legislador ou à discricionariedade do administrador. Ao Judiciário não se reconhecia qualquer papel relevante na realização do conteúdo da Constituição. (BARROSO, 2005)

29 BARROSO, 2003, O Direito constitucional e a efetividade de suas normas: limites e possibilidades da constituição brasileira.

No tocante aos direitos sociais com destaque para a saúde a constituição de 1988 reserva especial posição para os princípios ao estruturar o sistema público de saúde em um núcleo de três grandes princípios dos quais decorrem uma megaestrutura a ser investigada.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. 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:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 1988) .

Destaca-se a influência da trinca de princípios que compõe o artigo 197 da carta política em toda a legislação que a partir daí regula o Sistema Único de saúde e da sua presença expressa nos referidos diplomas. Tal característica reforça o desejo de superação do modelo centralizado de saúde vigente até então com vistas ao alcance de um sistema público equitativo e presente em todas as regiões do país.

De início cumpre a análise mais acentuada acerca da morfologia e da *práxis* do princípio da Universalidade do SUS. Sua compreensão deve guiar a estratégia de concepção do sistema como um todo já que inaugura o rol de feições de que dota a constituição o sistema.

Nesse sentido aponta Luciano Moreira de Oliveira (2013)³⁰ que a acepção jurídica do conceito nem sempre apresenta grau de acerto, o que denota a limitação do direito quanto à compreensão do fenômeno organizativo do SUS muito embora a matriz desse se dê através de instrumentos normativos:

“O emprego da expressão universalidade e as referências ao acesso universal à saúde pelos operadores do Direito são, corriqueiramente, imprecisos. Frequentemente, utiliza-se o princípio da universalidade para tratar do objeto de ações propostas, confundindo-o com o princípio da integralidade. Quando se fala em universalidade, refere-se ao acesso às ações e serviços de saúde, como deixam claro o art. 196 da CR/88 e o art. 7º, I da Lei 8.080/90. Trata-se, pois, da titularidade do direito, e não de seu objeto. Nesse contexto, a garantia de acesso universal pode ser resumida na expressão constitucional de que “a saúde é direito de todos”, o que veda o estabelecimento de pré-requerimento ou discriminações para a fruição do direito. Todos, pela só condição de pessoa, têm direito à saúde e ao acesso às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196 da CR/88)”

Tem -se ainda que a Universalidade seja manifestação do reconhecimento inexorável do dever prestacional do Estado de forma cogente do serviço público de saúde em substituição ao modelo anteriormente adotado onde apesar do caráter público havia a existência de características variáveis e censitárias tais quais a vinculação a sistemas de previdências e ou concessão de seguros e planos individuais empresariais de saúde.

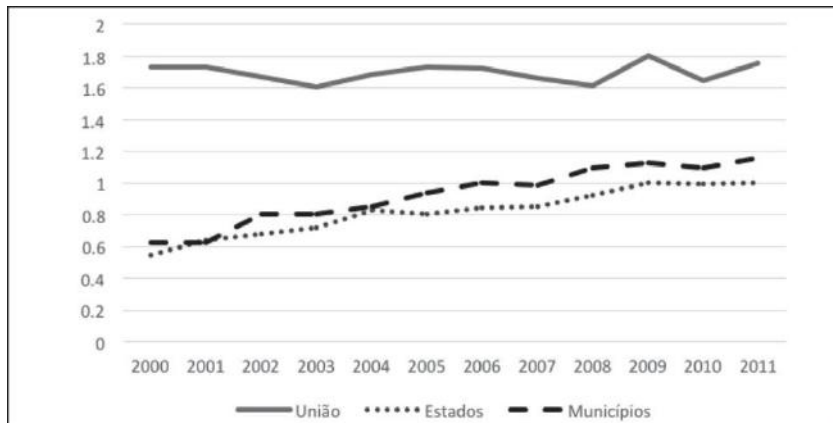
Assim, destaca-se que a **universalidade** é uma norma que se direciona aos usuários e titulares do direito à saúde enquanto manifestação da efetividade dos direitos sociais. É a universalidade que coroa o processo de fruição de um direito social em sua máxima extensão. (MOREIRA,2014) .

O contraponto que se faz ao modelo de saúde pública praticado antes do SUS reside no reconhecimento legal desse direito social ser extensivo à toda a parcela dos usuários dos

³⁰MOREIRA, 2014- Princípio da universalidade do acesso à saúde e a indevida exigência de comprovação de hipossuficiência em juízo. Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/2592408/Luciano_Moreira_de_Oliveira.pdf. Acessado em 31 de mai de 2023.

serviços públicos indistintamente. É a ruptura com o modelo da medicina previdenciária e a extensão do número de usuários do serviço em relação ao que se adotara até o fim da década de 1970. O mesmo pode ser observado no comparativo do aporte de recursos públicos no Sistema de Saúde desde a primeira metade do século 20 conforme evidencia SALDIVA (2018)³¹.

Gráfico que sinaliza a evolução dos investimentos públicos dos três entes a partir do ano de 2000.



³¹ SALDIVA, Paulo Hilário. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras/ São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/vXcGQzQrPkzfq587FbYR7PJ/>. Acessado em 28 de maio de 2023.

LEI 8.088 E A NOB 196

Apesar do entusiasmo oriundo do processo de redemocratização coroado com a promulgação da constituição de 1988 a implementação do SUS não aconteceu instantaneamente. A entrada em vigor do novo texto constitucional apesar de representar um forte avanço institucional no sentido de superação do modelo autoritário de sociedade até então vigente e de reconhecimento da atuação estatal em diversas áreas na prestação comissiva de serviços públicos não foi capaz de por si só induzir as mudanças efetivas para a consolidação do SUS.

O quadro social do país ainda combalido pela forte recessão vivenciada na década de 1980 na escala global, a chamada década perdida, o agravamento das disfuncionalidades no sistema de saúde previdenciária pressionaram na assembleia constituinte a junção de grupos de setores à direita e à esquerda na aprovação de um texto que reconhecesse a saúde enquanto dever do Estado e direito universal de toda a população. (CARVALHO; BARBOSA,2010).

Pressionado pelas reivindicações populares o governo Collor finalmente promulga a lei 8.080/1990 que se constitui como o principal diploma de regulamentação do SUS e os valores professados pela constituição. Tal lei se mostra de forma pioneira ao realizar a ruptura definitiva com o modelo de saúde curativa ao enfatizar a ênfase da atuação preventiva do sistema de saúde pública conforme dicção do artigo 2 da referida lei.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1990)

Assim, além de importar em alterações significativas no reconhecimento legal da saúde pública enquanto serviço universal a lei 8.088 cumpre um importante papel na ruptura institucional com o modelo centralizado adotado pela medicina previdenciária ao estipular as atribuições de cada esfera de governo na construção do SUS.É o reflexo do esforço das pautas sanitárias e a continuação do modelo que se tenta implantar com o PIASS.

MUDANÇAS INSTITUICIONAIS TRAZIDAS PELA LEI 8.088.

O objetivo declarado da lei 8.088 foi a consecução de um sistema de saúde descentralizado e universal que é composto por todas as esferas de governo sendo observado uma direção única de atuação. (BRASIL,1990)

Nesse sentido a legislação enfatiza a prioridade da descentralização político-administrativa com ênfase para a construção de redes municipais de saúde , objetivo que se mostrava no momento da promulgação como maior desafio integrativo do programa já que embora existisse previsão legal nesse sentido a maioria dos municípios do país ainda convivia com sérias limitações econômicas cujo saneamento só se daria com a instituição de diretrizes claras e consistentes de repasse para que se permitisse o financiamento do SUS em seu modelo constitucional.

Por tanto do ponto de vista institucional a lei 8.088 importa em largo avanço para o objetivo da construção de um sistema de saúde descentralizado e integrado , alicerçado na distribuição cooperada de atribuições para cada ente federado.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. (BRASIL, 1990, artigo 9º)

Nota-se que nos artigos 16, 17 e 18 da lei o diploma consagra um rol de competências relativas à União, aos Estados e aos municípios que praticamente se repete salvo a atribuição dos Estados de prestar auxílio financeiro aos municípios para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde. Tal escolha reflete incutido no legislador o desejo de equiparar os entes subnacionais em relação ao seu papel no seio do sistema.

Um aspecto importante é destacar também que a lei 8.088 estabelece critérios objetivos quanto a atribuição dos entes no que concerne à complexidade da oferta e promoção de saúde, ficando aos Estados a atribuição de gestão das unidades equipamentos públicos voltados ao atendimento de demandas de alta complexidade e unidades de referência e aos municípios a atenção primária.

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

Esse esquadramento celebra um momento significativo em relação à racionalidade do sistema público de saúde visto que a definição de diretrizes claras quanto ao perfil de atendimento e oferta de serviços a ser desempenhada por cada ente culmina com a tão desejada previsibilidade administrativa que se necessita a fim de que cada ente subnacional possa desenvolver o planejamento e a melhor execução das políticas públicas locais (FRANCO, 2016).

Nesse sentido é possível concluir que a lei 8.088 é um instrumento regulamentador que viabiliza no campo institucional o alcance de um modelo de saúde pública descentralizado ao racionalizar as atribuições dos Estados e municípios na execução do SUS.

Ainda no esteio da regulamentação do Sistema único de saúde no tocante aos entes subnacionais, em 1996 na seara infralegal e administrativa ocorre a edição da chamada norma operacional 196 , conhecida como NOB 196 , essa editada pelo Ministério da saúde.

A norma operacional em questão faz parte de um conjunto de ações articuladas no campo legal para a racionalização e definição de diretrizes para a execução das políticas públicas de saúde no âmbito dos municípios. Sua análise reflete o espírito da lei 8.080.

A NOB 196 prevê um sistema municipal de Saúde cuja morfologia é apresentada pela norma de forma detalhada. Nota-se um objetivo rumo a construção de um

sistema baseado na oferta local de serviços de assistência médico-hospitalar, esse indissociado da cooperação estadual e federal.

Os estabelecimentos desse subsistema municipal, do SUS-Municipal, não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem precisam ter sede no território do município. Suas ações, desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas), têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral. (BRASIL,1996).

Na outra ponta ao mesmo passo que individualiza a esfera de atuação municipal a NOB avança no sentido de promover a integração entre os demais entes ao preceituar como dever do poder público estadual o processo de integração das unidades municipais de saúde com o sistema estadual e federal, devendo atuar também na concessão de serviços de assistência.

Nota-se o aspecto **cooperativo** que sublinha a morfologia do federalismo brasileiro. Nesse sentido a NOB ainda dispõe de mecanismos integradores com vistas à viabilização de tal objetivo constitucional a saber a expressa referência à **Comissão Intergestores Tripartite (CIT)**, órgão que seria responsável pela materialização efetiva do processo integrativo do SUS nas três esferas federativas.

Inegável que a existência de órgãos plurais como o referido ampliam o aspecto participativo do Sistema Único de Saúde, evidenciando outro objetivo estampado pela Constituição de 1998 quanto ao modelo setorial adotado pelo sistema.

Ainda na engenharia do sistema municipal de Saúde a NOB 96 traça um sistema de cooperativismo municipal delegando aos sistemas locais a possibilidade de assistência mútua em relação aos circunscritivos. Um ponto a ser observado é que a legislação se preocupa com a caracterização das desigualdades regionais e locais apresentadas como óbice á pactuação intermunicipal na gestão da saúde.

Essa intercessão intermunicipal abre espaço também para a realocação financeira do ônus da promoção da saúde na esfera municipal na medida em que a NOB196 preceitua a

possibilidade de integração entre gestores com a finalidade de atendimento a demandas de municípios uns dos outros :

Os sistemas municipais de saúde apresentam níveis diferentes de complexidade, sendo comum estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atenderem usuários encaminhados por outro. Em vista disso, quando o serviço requerido para o atendimento da população estiver localizado em outro município, as negociações para tanto devem ser efetivadas exclusivamente entre os gestores municipais. (BRASIL,1996).

Sob a perspectiva crítica é importante frisar que a lei 8.080/1990 ao destinar aos municípios o papel da atenção básica de saúde determinou ao longo dos anos desde sua promulgação um processo de organização dos sistemas municipais prioritariamente baseado na adoção de atribuições preventivas e de baixa e média complexidade, ficando reservado aos Estados e à União as atribuições de complexidade excedente.

No entanto é justamente a ausência de norma limitadora das atribuições municipais é que se observa um processo desigual de promoção e execução de políticas públicas de saúde nesse âmbito. A oferta de serviços e especialidades e a até mesmo a dispensação de medicamentos é limitada pela capacidade financeira dos entes que em sua conformação possuem disparidades inequívocas razão pela qual a política nacional se vale da cooperação como mecanismo de superação desse desafio.

A realidade revela que municípios com alta capacidade arrecadatória como acontece com as capitais dispõe de maior quantidade de equipamentos públicos de saúde e possuem maior possibilidade de oferta de serviços de atenção primária e prevenção ao passo que aqueles localizados nos confins do país e premidos por dificuldades fiscais se destacam pela precariedade dos seus sistemas locais sempre ou quase sempre necessitados da cooperação permanente e direta dos demais entes subnacionais. (SIQUEIRA,2011) ³²

No tocante ao papel dos gestores estaduais a norma estabelece quatro funções básicas para esse ente da federação de modo que tais funções guardam íntima relação com os objetivos

³² SIQUEIRA, Natália Leão- DESIGUALDADE SOCIAL E ACESSO À SAÚDE NO BRASIL, Juiz de Fora,2011. UFJF. Disponível em: <https://www.ufjf.br/graduacaocienciassociais/files/2010/11/DESIGUALDADE-SOCIAL-E-ACESSO-%C3%80-SA%C3%9ADE-NO-BRASIL-Nat%C3%A1lia-Le%C3%A3o-Siqueira.pdf>. Acessado em 28 de maio de 2023.

do SUS no contexto da federação tais sejam: Gestão, cooperação aos sistemas municipais, subsidiariedade na responsabilidade pelos usuários de municípios com processo de implementação de sistemas locais pendentes e por fim a promoção da articulação intermunicipal no âmbito do Estado (BRASIL,1996)

O êxito da atuação estadual fica condicionada ao aporte de recursos que irrigam os sistemas da CES e da CIB razão pela qual se retoma ao desafio de gestão que passa pelo intrincado sistema de repasses federais para os demais entes subnacionais, desigualdades arrecadatórias, sistemática fiscal e autonomia política invariavelmente.

Não diferente a norma trás a definição do papel do gestor federal a saber:

- a) exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional;
- b) promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS-Estadual;
- c) fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS-Nacional; e
- d) exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS. (BRASIL, 1996).

Com vistas ao alcance desse objetivo de articulação interfederal a norma prevê a participação dos órgãos direta do órgão setorial do poder executivo na alocação de sistemas de diálogo com gestores por meio dos órgãos colegiados acima citados tais sejam a CIB e a CIT, no entanto.

Ainda no tocante aos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde municipal se apresenta a desigualdade político eleitoral no processo de escolha dos líderes e gestores que compõe os sistemas de saúde a nível local.

Esclarece GUIDINI (2012) que a o baixo grau de institucionalidade na estrutura dos órgãos de promoção e execução da saúde pública nas esferas municipais possuem alguns fatores convergentes invariavelmente a saber: mudança constante do rumo de direção política e por tanto de perspectiva administrativa sobre a questão (o que impede a formulação de políticas estruturadas em uma única direção à médio e à longo prazo).

Nesse sentido mais uma vez se apresenta uma característica inerente ao modelo de organização política do federalismo que se repete nos demais entes, tal seja na esfera do governo estadual tal seja na União de modo que se não vivencia alterações locais no rumo da condução das políticas de saúde ,
o município acaba por receber a influência daqueles que junto a ele possuem o dever legal de articulação na promoção dos serviços de saúde.

LEI 8.142 DE 1993

Na esteira de transformações legislativas pertinentes ao desenvolvimento do SUS está outro importante diploma legal tal a seja a lei 8.143 também aprovada no limiar da década de 1990 já no governo Itamar Franco após o impeachment do então presidente Fernando Collor.

A lei 8.142/93 inova ao concretizar a participação democrática da sociedade civil no processo de gestão e elaboração do Sistema Único de Saúde ao instituir mecanismos participativos no seio do SUS como as conferências de saúde e os conselhos deliberativos que viriam a exercer forte influência na elaboração das políticas setoriais de saúde.

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Ao instituir instâncias participativas no seio do SUS propicia uma integração da sociedade civil com o sistema do qual é usuário o que pode importar e ganhos em relação ao

controle de qualidade da prestação dos serviços e ampliar a sensibilidade do sistema em relação as necessidades dos seus usuários conforme pontua SAVI (2015).³³

Outro aspecto relevante trazido pela lei 8.142/1993 é a ampliação dos recursos repassados aos municípios através da previsão de destinação de 70% do Fundo Nacional de Saúde, esse criado desde 1969 sob a égide do governo militar. Trata-se de dotação especial sob poder do governo federal para auxiliar os Estados e Municípios na execução das políticas de Saúde. (BRASIL, 1969).

Como elemento demarcador desse novo modelo de saúde está a instituição do **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)** instituído em 1997 com o objetivo de fortalecer localmente a prática da medicina preventiva através de visitas mensais de agentes de saúde a residências de família a fim de rastrear as necessidades sanitárias de cada membro inserido naquele agrupamento (BRASIL, 1997).

O programa também pode ser inserido no conjunto de esforços para o alcance da descentralização no SUS na medida em que ao longo dos seus 15 primeiros anos de funcionamento chegou a uma cobertura de 76% dos municípios do país (BRASIL, 2001) em seus referidos locais de residência, reforçando o laço entre o usuário e o serviço conforme destaca SALES (2013):

“É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.”

³³ SAVI, Antunes, Camila. Controle social na gestão do SUS: a participação popular na elaboração dos planos municipais de saúde em Santa Catarina. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2019. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/197154/TCC%20PRONTO%20PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>; Acessado em 26 de Maio de 2023.

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

No bojo das transformações sociais que eclodem do processo de promulgação da constituição de 1988 a atenção com a saúde enquanto direito social ganha especial relevância no debate público, razão pela qual há uma forte pressão sob os governos federal, estadual e municipal para a implementação de medidas efetivas e concretas que viabilizem o cumprimento das metas do modelo regionalizado de prestação de saúde anunciado pelo SUS conforme pontua Magalhães (2011).

Nesse diapasão o Programa de saúde da Família desponta como um mecanismo de reorganização da estratégia de atenção básica e passa a conferir ao país um novo modelo de prestação de serviço público descentralizado no contexto da extensão da atuação estatal na concretização de direitos sociais.

Sua base legal está na portaria número 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997 e Portaria nº 1.884/GM que instituem as feições da política de atenção básica nacional ao instituírem e regulamentarem o Piso da Atenção Básica como mecanismos de repasses e dotações orçamentárias para a construção dos programas de medicina preventiva.

O Programa de saúde da família é um instrumento inserido na POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB) e é fruto de uma atuação conjunta de grupos sociais historicamente caracterizados pela reivindicação da implementação de melhoras efetivas na qualidade dos serviços de saúde, sobretudo no tocante à descentralização, daí sua íntima relação com o tema do federalismo e o sistema de saúde municipal brasileiro.

A atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

De partida cumpre estabelecer que uma característica marcante do programa de saúde da família é a delimitação geográfica da atuação das equipes multiprofissionais que atuam no atendimento das populações. As UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) são instaladas nos núcleos urbanos próximos à residência dos seus usuários de modo que cada região possuirá uma unidade de referência onde a política de saúde daquela localidade será praticamente ou totalmente delimitada.

Além do fator geográfico o programa também possui um pilar econômico-social na medida em que o processo de concepção da gestão leva em consideração os níveis locais de pobreza e miserabilidade para a realização dos repasses orçamentários com vistas à correção de desigualdades regionais e construção de um modelo equitativo de distribuição de recursos.

O programa em análise como já dito compõe o próprio Sistema Único de Saúde de modo que inegavelmente reflete a influência dos princípios e fundamentos básicos que incidem sobre o referido sistema. Para além disso destacam-se fundamentos setoriais que conferem materialidade aos objetivos anunciados pela política de atenção básica, os quais se passa a analisar doravante. SAVI (2019).

Ainda na seara da relação do programa de saúde da família com o federalismo nas políticas públicas destaca-se a regra do **território adstrito** que rege o programa e informa a perene ligação entre o processo de planejamento, programação e descentralização das políticas de saúde com o próprio território onde se executa a política de modo que a disponibilidade de dados demográficos, socioeconômicos e geográficos auxilia na concepção do delineamento das necessidades locais.

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

I - ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e responsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir

sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

III - adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2011)

Nesse quesito destaca-se se a forte participação dos órgãos municipais de assistência social no tratamento e coleta de dados que auxiliam o planejamento e execução da política de saúde da assistência básica, marca da descentralização que caracteriza o SUS nesse contexto. (MAGALHÃES,2012)³⁴.

Assim, observa-se que o Sistema Municipal de Saúde dispõe de instrumentos que vão para além da redoma das unidades básicas de saúde e demais unidades de saúde que integram seus referidos sistemas , sua interface com o SUAS- Sistema Único de Assistência Social que na escala local , outra vez promove no seio dos objetivos do federalismo cooperativo a integração cooperativa entre os entes com vistas ao alcance de uma finalidade única, tal seja a promoção da Saúde.

³⁴ MAGALHÃES, Patrícia Lima- PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – UMA ESTRATÉGIA EM CONSTRUÇÃO. Belo Horizonte, 2011. Trabalho de conclusão de curso. Graduação. Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3011.pdf>. Acessado em 02 de Jun de 2023.

Tal integração se dá mediante o trabalho coordenado das secretarias de Assistência social , saúde e em alguns casos até mesmo de desenvolvimento social na esfera município-estado- União de modo que a estratégia de saúde assume papel Inter federativo indispensável para a promoção da saúde pública.

É preciso pontuar assim que o programa de saúde da família não é uma política pública municipal , estadual ou federal e sim uma política pública nacional e federada em que os três entes em diversos momentos atuam de forma isolada ou conjunta com vistas à consecução integrada de um resultado comum. (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2012).

Esse aspecto denota sua importância enquanto ação de Estado no estudo do federalismo uma vez que expressa com precisão o espírito cooperativo que se pretende alcançar com a delimitação do pacto federativo a partir da constituição de 1988 bem como a efetivação dos princípios norteadores do SUS ao conferir universalidade e integralidade e descentralização na prestação do serviço de saúde.

RELAÇÃO ENTRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A CORREÇÃO DE DESIGUALDADES REGIONAIS

Um dos objetivos anunciados da constituição federal de 1988 é a redução das desigualdades regionais que assolam o país oriundas do processo desigual de povoação, desenvolvimento econômico e avanço institucional dos entes federados. Nesse sentido a Estratégia de Saúde da Família enquanto política pública Nacional expressa em suas diretrizes igualmente o objetivo de enfrentamento a tais desigualdades através do serviço de saúde. Neste subtópico analisa-se a forte contribuição socioeconômica das diretrizes legais do programa para a superação dessa questão federal.

Nesse sentido uma breve digressão histórica aponta que a Estratégia de Saúde da Família remonta o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no limiar dos anos 1990 ,desenvolvido em regiões do nordeste do país com o objetivo de ampliação da oferta de serviços de saúde e assistência básica a famílias em situação de vulnerabilidade social. Nesse contexto equipes médicas eram enviadas para regiões favelizadas, com baixos índices de desenvolvimento humano e elevadas taxas de mortalidade.

Na gênese do programa-se expressa o objetivo de ampliação da cobertura populacional e a gradativa aproximação do Estado enquanto agente prestador de serviço do seu usuário final

de modo que a nova rede passa a estar presente na localidade onde reside o paciente-cliente sem a necessidade de deslocamento até regiões afastadas da moradia.

Nesse aspecto o caráter municipal da política pública ganha mais relevo de modo que há consenso de que há forte identificação do usuário para com a prefeitura ente que é o responsável direto pela execução do serviço de saúde diretamente , assumindo a contratação de profissionais que compõe a equipe multidisciplinar e a organização dos serviços de forma contínua .

Durante o processo de enfrentamento da Covid-19 esse aspecto ganhou ainda mais relevo na medida em que evidenciou a importância das unidades básicas de saúde as UBS's como porta de ingresso dos usuários no sistema público de saúde. Desde os exames para detecção do vírus até o processo de vacinação há a presença da rede municipal de saúde que agindo de forma articulada com os demais entes executou a política nacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme modestamente demonstrado, a saúde pública brasileira e sua formulação enfrentou ao longo das décadas incontáveis desafios que são decorrentes das condições demográficas, geográficas, econômicas e sociais do país, razão pela qual a forma federativa de Estado baseada na autonomia local e na descentralização apresenta-se como importante elemento garantidor dos objetivos do Sistema Único de Saúde.

Evidencia-se assim que o processo de afirmação de um Sistema estatal de saúde é fruto do amadurecimento na consciência social acerca do papel do Estado na vida cotidiana do cidadão, tendo acompanhado de perto os ciclos vivenciados pela democracia brasileira ganhado maior ou menor significado a depender dos arranjos de poder dominantes.

Destaca-se o aspecto da descentralização enquanto valor essencial para o alcance da estabilidade do pacto federativo e dos objetivos anunciados pelo Sistema Único de Saúde uma vez que a legislação vigente sobre o tema é coroada pela definição de papel de cada ente no processo de promoção de saúde sendo a atuação cooperativa e coordenada de ambos o principal e mais eficaz meio para o alcance de um serviço de qualidade.

Pontilham-se também alguns desafios que emergem diante do Sistema de Saúde Pública e que invocam especial atenção. Muitos deles de ordem política como a necessidade de maior fortalecimento das políticas de longo prazo de valorização do sistema, a ampliação da rede de atendimento nas áreas favelizadas e a integração tecnológica, instrumento esse de extrema importância para o desempenho eficiente e racional das políticas públicas de saúde.

Destaca-se também a importância crucial dos municípios para o SUS e para o pacto federativo tendo em vista a proximidade desse ente com vida cotidiana do brasileiros de modo que são bem vindos os avanços legislativos no sentido de fortalecer a institucionalidade municipal e propiciar tão logo o cada vez mais recorrente grau de autonomia local para a idealização, planejamento e gestão de políticas públicas locais suficientemente sensíveis aos anseios de cada população.

Por fim, é de se comemorar o avanço histórico que o Sistema público de saúde vem conquistando ao longo das últimas décadas na ampliação da sua capacidade de cobertura e na internalização de diretrizes necessárias e fundamentais para a efetivação de direitos sociais.

Referências bibliográficas

Curso de direito constitucional positivo/ José Afonso da Silva. - 35. ed., rev. e atua/ até a Emenda Constitucional n. 68, de 21.12.2011. São Paulo: Malheiros, 2011.

BONAVIDES, Paulo. Teoria do Estado. 5ª edição, 2003. Malheiros.

MORAES, Alexandre de. Direito Constitucional. 31ª edição. 2015. ATLAS.

Mendes, Eugênio Vilaça. – A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BRASÍLIA/DF: CONASS 2019

GADELHA, Sergio Ricardo Curso Federalismo Fiscal. Federalismo: conceitos e origem. Módulo Escola Virtual da SOF, 2016ª..

LINHARES, MENSSENBERG, PALLOTI -Agenda de Federalismo e Relações Intergovernamentais na Diest: novas perspectivas teóricas e temáticas. Brasília, 2021.

BARROSO, Luis Roberto. Direito Constitucional Brasileiro: o problema da federação. Rio de Janeiro: Forense, 1982.

MEIRELLES, Hely Lopes. Direito Municipal brasileiro. 5. ed. São Paulo: RT, 1991.

Princípio da universalidade do acesso à saúde e a indevida exigência de comprovação de hipossuficiência em juízo/ Luciano Moreira de Oliveira, 2013.

FRANÇA, Arinaldo de Brito- PRINCÍPIO DA UNIVERSALIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): EM POLÍTICAS NEOLIBERAIS/ JOÃO PESSOA, 2020.

SOUZA, Diogo Vieira de- AMEAÇAS ÀS PRERROGATIVAS E A DEFESA INSTITUCIONAL DAS ASSEMBLEIAS LEGISLATIVAS BRASILEIRAS/ Florianópolis, 2019.

FRANCO, Bruno Bretas - FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS/ Volta redonda, 2016.

SALDIVA, Paulo Hilário. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras/ São Paulo, 2018.

SIQUEIRA, Natália Leão- DESIGUALDADE SOCIAL E ACESSO À SAÚDE NO BRASIL, Juiz de Fora, 2011.

MAGALHÃES, Patrícia Lima- PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – UMA ESTRATÉGIA EM CONSTRUÇÃO. Belo Horizonte, 2011. Trabalho de conclusão de curso. Graduação. Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3011.pdf>. Acessado em 02 de Jun de 2023.

Mendes, Eugênio Vilaça. – A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BRASÍLIA/DF: CONASS 2019

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF.

BRASIL, 1923. Decreto nº 4.682, de 24 de Janeiro de 1923. Dispõe sobre a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), para os trabalhadores do setor ferroviário. Rio de Janeiro, 24 de janeiro de 1923, 102ª da Independência e 35ª da República.

BRASIL, 1975. Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975. DISPÕE SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE.—Brasília, 17 de julho de 1975; 154º da Independência e 87º da República. ERNESTO GEISEL

BRASIL, 1990. Lei 8.080, 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. Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

SALIBA, D'AVILA. A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E SUA INTERFACE COM A JUSTIÇA SOCIAL. Belo Horizonte, 2016.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA, Pedro Ribeiro. Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES.

TEMER, Michel. Elementos de Direito Constitucional. 23 ed. São Paulo: Malheiros.

COUTINHO, Marcos Dupin- O Federalismo, o Município e a legislação sobre assuntos de interesse local. BRASÍLIA, 2010.

GUIDINI, Cristiane. ABORDAGEM HISTÓRICA DA EVOLUÇÃO DOS SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: CONQUISTAS E DESAFIOS. MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO DE CURSO. PÓS GRADUAÇÃO. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. TIO HUGO/ RS-2012.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADI 6341. Relator Ministro Celso de Mello. Brasília. 13 de nov de 2020. Disponível em : https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search?classeNumerolIncidente=%22ADI%206341%22&base=acordaos&sinonimo=true&plural=true&page=1&pageSize=10&sort=_score&sortBy=desc&isAdvanced=true . Acessado em 02 de jun de 2023.

FABRUZ; FERREIRA. O Município na estrutura federativa brasileira. Um Estudo comparado, 2002. Belo Horizonte. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.

BRASIL, 1990. LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. 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.