

## GESTÃO SISTÊMICA DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE: UM NOVO PARADIGMA PARA A PROMOÇÃO DO EQUILÍBRIO FINANCEIRO NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Ricardo Hermany<sup>1</sup>

Adriane Medianeira Toaldo<sup>2</sup>

**RESUMO:** A Constituição Federal de 1988 assegura o acesso igualitário e universal à saúde, todavia, a realidade demonstra que esse tem sido o principal problema apontado pela população em relação às muitas deficiências existentes decorrentes de políticas públicas ineficientes. Por isso, se faz necessário pensar em soluções que sejam mais amplas do que o contínuo aumento de recursos humanos, financeiros e técnicos para um problema que cresce a cada dia. O presente ensaio tem como finalidade analisar o problema da saúde no Brasil a partir da ótica do seu financiamento e da proposição de um novo modo de pensar a saúde, através do pensamento sistêmico, que poderia coordenar os esforços para melhorar o atendimento, no sentido de obter uma nova compreensão da realidade. Conclui-se que para se mudar a situação da saúde no Brasil, à gestão sistêmica pode ser a chave para um novo paradigma que compreenda que todas as ações em prol dos direitos da população são ações efetivas de saúde, que deve haver uma ação integrada entre as diversas esferas de poder e os entes federados, bem como entre as diversas instituições de saúde e que esta ação integrada ocorra sob a égide do município com acompanhamento contínuo da população, visando sua inclusão social. Somente desta maneira estar-se-á atingindo um equilíbrio financeiro com a otimização dos recursos existentes, a partir do poder local.

**Palavras-chave:** Direito à Saúde. Equilíbrio Financeiro. Gestão sistêmica. Municípios Brasileiros. Novo Paradigma.

**ABSTRACT:** The Federal Constitution of 1988 guarantees the equal and universal access to health care , however, the reality is that this has been the main problem identified by the population in relation to the many shortcomings resulting from inefficient policies . Therefore , it is necessary to think of solutions that are broader than the continuous improvement of human, financial and technical resources to a problem that is growing every day. This paper aims to analyze the health problem in Brazil from the perspective of its funding and proposing a new way of thinking about health through systems thinking , which could coordinate efforts to improve customer service , to get a new understanding of reality . It is concluded that to move the health situation in Brazil , the systemic management can be the key to a new paradigm to

---

<sup>1</sup>Pós-Doutor em Direito Administrativo Municipal pela Universidade de Lisboa/Portugal. Chefe do Departamento de Direito da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Professor do Programa de Pós-Graduação em Direito – Mestrado/Doutorado da UNISC. Doutor em Direito pela Universidade do Vale dos Sinos. Advogado. hermany@unisc.br

<sup>2</sup>Doutoranda e Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, UNISC. Professora na Universidade Luterana do Brasil, ULBRA – Campus Santa Maria. Advogada. adriane.toaldo@terra.com.br. Integrante do grupo de pesquisa Gestão Local e Políticas Públicas, coordenado pelo professor Pós-Doutor Ricardo Hermany do Programa de Pós-Graduação em Direito-Mestrado/Doutorado da UNISC.

understand that all actions for the rights of the population are effective health actions , there must be an integrated action between the various spheres of power and federal agencies as well as between different health institutions and that this integrated action takes place under the aegis of the municipality with continuous surveillance of the population , aiming at their social inclusion . Only this way will be - reaching financial balance by optimizing existing resources , from the local government.

**Keywords:** Right to Health. Financial Balance. Systemic management. Brazilian Municipalities. New Paradigm.

## INTRODUÇÃO

O cidadão que chega na unidade básica de saúde ou na emergência de um grande hospital verifica que o atendimento não tem sido adequado, desrespeitando seus direitos e sua condição humana. Não compreende porque precisa ficar horas em uma fila sem a garantia de ser atendido, sabendo que a saúde é um dever do Estado para consigo.

Da mesma forma, os profissionais de saúde também ficam perplexos, apesar de sua dedicação em atender a população. A cada ano que passa, aumenta o número de usuários sem que haja o correspondente aumento de recursos financeiros, técnicos e humanos. Além disso, há muito desperdício de verbas na compra de equipamentos, remédios e na reforma e ampliação das áreas de atendimento, devido a uma política ineficaz e corrupta.

Há de se considerar, também, que as ações de saúde são executadas sem muita coordenação entre os entes federados, de forma que os recursos envolvidos, em muitos casos, são desperdiçados pela duplicidade de políticas públicas com os mesmos propósitos. E como não há acompanhamento efetivo da população, os governantes sentem-se livres para decidir como distribuir os recursos, favorecendo uns em detrimento de outros.

Neste artigo, propõe-se que seja repensado o sentido da gestão das políticas públicas de saúde, reordenando os antigos paradigmas para uma atuação pautada na gestão sistêmica. Para tanto, em um primeiro momento, atenta-se para debater de que maneira acontece o financiamento da saúde pública no Brasil, através das inúmeras leis e dispositivos existentes. A seguir, se analisa as principais características do pensamento sistêmico e como este pode contribuir para repensar o modelo existente. Por fim, aplica-se a gestão sistêmica naquilo que ela pode ser

mais eficaz, em uma administração integrada que promova o equilíbrio financeiro, garantindo o bem-estar e a saúde da população a partir do espaço público local.

## 1 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

A Constituição Federal de 1988, conforme seu art. 186, preconiza que o direito à saúde é um direito de todos e dever do Estado e que a mesma deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. O mesmo artigo prediz que a população tem direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Ainda, em seu art. 6º, a saúde é caracterizada como um direito social, juntamente com a educação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, a infância e a assistência aos desamparados (BRASIL, 2007).

Do ponto de vista político e jurídico, o Brasil insere-se dentro dos paradigmas mais exemplares como Estado Democrático de Direito, pois assegura universalmente o acesso a um direito considerado essencial para a qualidade de vida. O problema reside na efetividade destas medidas, pois a obrigatoriedade consubstanciada na Carta Magna está longe de ser aplicada para a população e o sonho de uma saúde de qualidade para todos ainda constitui uma utopia, pois ele foi caracterizado como um direito fundamental social, conforme aponta Lima (2010, p. 247), inserido em uma ordem constitucional que tem como finalidade a promoção do bem-estar e da justiça social, visando o bem comum através do atendimento de todos da comunidade.

Garantir a efetividade dos direitos sociais, afirma Leal (2009, p. 73), constitui o grande desafio do Estado Social de Direito. Trata-se de garantir justiça social efetiva aos cidadãos, no sentido do desenvolvimento da pessoa humana<sup>3</sup>.

O direito à saúde está garantido a todos, como preceitua (Scaff, 2011, p. 78), independente de raça, sexo, credo origem e outros possíveis discrimenes fáticos ou jurídicos, sendo entendido como um dever do Estado, que independe do seu fracionamento federativo ou organizacional. Ou seja, sendo uma obrigação do poder

---

<sup>3</sup> Leal (2009, p. 75) chama estas obrigações de paradoxo democrático, constituindo um certo grau de opressão domesticada, pois através do imposto tem-se a geração de recursos para fortalecer a vontade da maioria, na proteção de direitos fundamentais (individuais, sociais, coletivos, difusos, etc).

público está explícita a sua obrigatoriedade, tanto em nível de União como de Estado e Município.

Além do enquadramento da saúde como um direito social de obrigatoriedade do Estado, a Constituição também previu, em seus artigos, de onde viriam os recursos para o custeio desse direito, reconhecendo seu caráter prestacional, através de uma garantia financeira, como preconiza o art. 195 (BRASIL, 2007)<sup>4</sup>. Além disso, a Constituição prevê que outras fontes de custeio podem ser criadas por lei complementar. Ao mesmo tempo, discrimina os recursos mínimos a serem direcionados para este tipo de gastos por cada ente federado, conforme o parágrafo 2º do art. 198 (BRASIL, 2007)<sup>5</sup>.

No entanto, a legislação complementar, que deveria ter sido estabelecida conforme preconiza o art. 198, não ocorreu, causando graves prejuízos para a população, pois deixou os entes federativos sem a fixação do devido percentual de prestação em saúde e sem limites mínimos de fonte de custeio para garantir financeiramente este importante direito social, como pontua Scaff (2011, p. 87), fazendo com que a norma constitucional que determina as obrigações de cada ente federado perdesse sua eficácia.

Apesar disso, a norma constitucional inscrita no art. 77 do ADCT (Ato das Disposições Constitucionais Transitórias) criou uma espécie de regulamentação transitória das fontes para serem destinadas à saúde, que serve de referência para

---

<sup>4</sup> Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; b) a receita ou o faturamento; c) o lucro; II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201; III - sobre a receita de concursos de prognósticos. IV - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar.

<sup>5</sup> § 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. § 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: I - os percentuais de que trata o § 2º; II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

todos os entes federados. Scaff (2011, p. 88) salienta que todos estes recursos (federais, estaduais, distritais e municipais) teriam que ser reunidos em fundo financeiro de saúde.

Portanto, há uma destinação, ainda que transitória, do que deve ser aplicado à saúde, que implica, para a União, um aumento de 5% em relação ao que foi gasto no ano anterior (esta medida vale para o ano 2000), de 12% para os Estados e de 15% para os municípios, conforme as suas fontes de recursos. Os Estados contam com recursos do ICMS, do Imposto de Renda retido na fonte, dos percentuais que forem repassados em virtude da competência residual da União, do Fundo de Participação dos Estados (FPE), e das parcelas transferidas pela União por conta do IPI-Exportação. Os municípios e o Distrito Federal, por sua vez, tem como fontes de renda o IPTU, O ITBI, o ISS, a parcela correspondente ao Imposto Territorial Rural (ITR), a parcela correspondente ao Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), a parcela correspondente ao ICMS, os recursos do Fundo de Participação dos Municípios (FMP) e a parcela correspondente do IPI-Exportação (SCAFF, 2011, p. 88).

Através do que foi exposto acima, pode-se tirar algumas conclusões a respeito do financiamento da saúde. A primeira delas é que há uma concentração de recursos de cima para baixo, fazendo com que o município, que é o ente federado que concentra as necessidades concretas da população, dependa de recursos a serem passado pelos Estados e União, além de uma fonte própria de impostos locais. Ou seja, ele arca com a maior parte das políticas públicas de saúde para atendimento ao cidadão sem possuir as devidas verbas necessárias. O segundo ponto a ser observado na legislação acima é que as disparidades entre os municípios vão se perpetuar, pois os repasses sempre serão dados de acordo com a geração de receita que o próprio município produz, em termos de exportação, circulação de mercadorias, circulação de veículos, atividades industriais, imposto de renda, imposto rural e outras modalidades de arrecadação. Assim, prevê-se que para os municípios maiores sempre haverá maiores verbas (justificadas, é claro, pelo número de sua população, mas não somente por este motivo), o que permitirá investir em melhores serviços de saúde. Aos municípios pequenos sobra a alternativa de investir apenas no transporte de pessoas até os maiores centros, sobrecarregando ainda mais estes locais com o aumento da demanda. Cria-se, assim, uma clara divisão entre municípios fornecedores de serviços de saúde, que



devem atender a sua população e a de outros, e municípios fornecedores de “pessoas doentes”, que investem seus poucos recursos em deslocamentos que, de outra forma, poderiam ser utilizados para fomentar serviços locais de saúde. Scaff (2011, p.94) entende que a solução deveria ser um tratamento desigual, uma quebra da isonomia, pois não tem sido suficiente para resolver os problemas da saúde, como se viu acima.

E, diga-se, os municípios são os responsáveis pela manutenção do setor da saúde, visto que gastam uma média de 22% do orçamento total com o pagamento de servidores, funcionamento em postos e hospitais, aquisição de remédios e manutenção de ambulâncias, quando se sabe que o mínimo exigido é apenas 15%, segundo a EC nº 29. (ZIULKOSKI, 2013, p. 10) No momento de descentralização da saúde e desobrigação de entes, “os municípios chegam a gastar até 30% de suas receitas anuais em ações e serviços de saúde, na busca do cumprimento de suas responsabilidades e até mesmo de compromissos que não assumiram”, ou ainda, investem em serviços que são de responsabilidade de outras esferas de governo. (CNM, 2011, p. 7).

Para Figueiredo (2007, p. 156-7), o direito à saúde só estará garantido se a organização social e estatal privilegiar o poder local, reordenando-se, assim o pacto federativo, pois a responsabilidade cabe ao município, mas este não possui a autonomia nem os recursos para efetivar este direito. No entender deste autor, a municipalização dos serviços de saúde vem ao encontro da posição de vanguarda que deve ser ocupada pelo município no federalismo brasileiro, privilegiando os espaços local e regional<sup>6</sup>.

Além disso, Leal (2009, p. 83) entende que o simples argumento da escassez de recursos dos cofres públicos não pode autorizar o esvaziamento dos direitos fundamentais, como é o caso da saúde, em face da vida humana e da sua dignidade, havendo interferência do judiciário para garantir sua efetivação. Cordeiro (2012, p. 111) chama este conjunto de direitos sociais de mínimo existencial, sem o

---

<sup>6</sup> A municipalização, segundo este autor, conforma vários aspectos da efetivação do direito à saúde, pois a decisão das políticas públicas em saúde deve atentar para o interesse local, seja no planejamento nacional do sistema, seja no exercício das competências constitucionalmente asseguradas ao ente municipal. “A presunção em favor da responsabilidade municipal pela disponibilização das prestações materiais necessárias à concretização do direito à saúde. Com arrimo nesses mesmos fundamentos, pode-se também afirmar a presunção em favor da vigência do princípio da subsidiariedade, ou seja, do reconhecimento da responsabilidade sucessiva - subsidiária e não solidária, portanto - pelo oferecimento dessas prestações materiais em saúde, reconhecida a partir do ente local em direção ao ente nacional (FIGUEIREDO, 2007, p. 157).

qual não se pode falar em dignidade humana. Sabe-se que o problema do sistema público de saúde e da sua gestão e planejamento já é antigo reclamando a sociedade moderna por novos modelos de gestão nas organizações estatais, ultrapassando a rigidez da burocratização de procedimentos e da hierarquização excessiva dos comandos decisórios (FARAH, 2001. p. 129-130), ou seja, uma gestão integrada do sistema de saúde.

## **2 A GESTÃO SISTÊMICA NA ÁREA DA SAÚDE: UM NOVO PARADIGMA**

Durante este século, segundo Capra (2002, p. 33) a mudança do paradigma mecanicista para o sistêmico tem ocorrido em diferentes formas e com diferentes velocidades nos vários campos do conhecimento. A tensão maior reside entre “as partes” e o “todo”, ao qual o autor denomina a ênfase nas partes de “mecanicista”, “reducionista” ou “atomística”; já a ênfase no todo, é designada de “holística”, “organísmica” ou “ecológica”. No entanto, no século XX, a perspectiva holística, tornou-se conhecida como “sistêmica”, e a maneira de pensar que ela implica passou a ser conhecida como “pensamento sistêmico”.(CAPRA, 2002, p. 33)

A partir destas premissas, o pensamento sistêmico abrange a compreensão da totalidade do indivíduo, mas pode ser associado a outras totalidades presentes na sociedade, como a integralidade do cuidado em saúde, a organização sistêmica de uma determinada gestão ou a integração das equipes, dos recursos e dos profissionais de um determinado segmento. A gestão sistêmica ainda é uma novidade para uma sociedade que passou séculos procurando a rota contrária, a da especialização, pois exige dos gestores um pensamento integrado em todos os sentidos, seja ela do atendimento ao paciente ou da maneira como se gerencia a unidade de saúde.

Para Andrade et al. (2006, p. 94), o pensamento sistêmico consiste na aplicação de um conjunto de passos sistematizados de forma organizada, de modo que a cada passo se atinjam resultados que servem como entrada nos passos subsequentes. Nesta forma de pensar, a realidade é percebida em camadas, que constituem níveis diferenciados, os quais vão sendo entendidos em direção a um aprofundamento maior. Segundo estes autores, o método sistêmico é constituído de passos que permitem estes mergulhos nos níveis de realidades, através da definição de uma situação complexa de interesse, da apresentação da história por meio de

eventos, da identificação das variáveis-chave, da análise dos padrões de comportamento, da percepção de modelos mentais, da projeção de cenários e do direcionamento estratégico para planejar ações e reprojeter o sistema.

Desta forma, ao aplicar o pensamento sistêmico na gestão da saúde<sup>7</sup>, seria necessário identificar as camadas existentes e fazer uma análise aprofundada de sua organização. Tome-se, por exemplo, a integração entre os diversos profissionais de saúde na composição de equipes e aplique-se nestas formas de organização o pensamento sistêmico. Seria preciso identificar como acontece a interação do conhecimento das diferentes categorias, se há hierarquia na relação entre estas, se os procedimentos foram criados em conjunto ou estabelecidos por determinada função, se há necessidade de atuação conjunta em todas as situações, se os pacientes reagem bem a este tipo de atendimento e se as atividades executadas em conjunto geram soluções mais apropriadas ou tornam o processo mais lento e oneroso. Gestão sistêmica, nesse caso, significaria olhar o processo conjuntamente, mas descartar ou manter procedimentos específicos conforme a necessidade. Ao definir uma situação complexa de interesse e desenhar o mapa sistêmico, estar-se-á indo além da simples observação empírica que tem conduzido muito da gestão em saúde.

Parte do pressuposto da gestão sistêmica também consiste na estratégia de desenvolver soluções internas a partir do conhecimento gerado na própria instituição, como afirma Bohmer (2012, p. 193), ou seja, a partir das próprias experiências, entendidas de modo sistêmico, é que se encontrariam soluções mais efetivas na organização dos processos em saúde. Este autor defende a ideia de novos papéis, responsabilidades e relações dentro do sistema de saúde, criando o que se chama de nova arquitetura de planejamento. Esta nova visão de como gerenciar o sistema de saúde passa por uma redefinição dos papéis dos profissionais de saúde e por uma mudança de comportamento do paciente, sendo que ambos devem ser preparados para esse nova situação. E esta possibilidade só pode existir na medida em que haja um fluxo contínuo de conhecimento que permita a mudança constante.

---

<sup>7</sup> Para SILVA JÚNIOR, PAZ, (2008, p. 73) gestão em saúde “é a atividade e a responsabilidade de dirigir um Sistema de Saúde (municipal, estadual ou nacional) mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os secretários municipais e estaduais de saúde e o Ministro da Saúde, que representa, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.”



Desta forma, diferentes processos clínicos analisados em conjunto podem fornecer protocolos mais eficientes de atendimento das demandas existentes. Um bom exemplo disso são os consórcios regionais de saúde, que não modificam as estruturas locais existentes, mas promovem a maximização de sua utilização, ao centralizar as informações sobre sua disponibilidade. Estes consórcios funcionam muito bem ao detectarem ociosidade de recursos em setores específicos, canalizando atendimentos para estas áreas. O que Bohmer (2012, p. 219) defende é um design integrado para a prestação de serviços de saúde que se operacionaliza através diversas formas de capacitação, sendo que cada uma delas se completa com as outras de forma sistêmica. O design integrado, na visão deste autor, englobaria capacitação operacional, medição do desempenho, controle do sistema de atendimento, detecção de anomalias, análise dos resultados e ajuste e redesenho conforme as necessidades apontadas. Como esta prática é circular, estará sempre se autoalimentando, gerando novas melhorias de forma contínua e nem sempre na mesma ordem. O importante nesta proposta é que o conteúdo das mudanças é sistêmico por que a mudança em um destes itens automaticamente influencia a mudanças dos outros.

Em se tratando de cuidado, pode-se visualizar uma integralidade a partir das necessidades dos usuários, como apontam Silva Júnior, Alves e Alves (2005, p. 81), pois estes autores entendem que as necessidades em saúde são conceitos histórica e socialmente construídos, mas só podem ser captados se trabalhados em uma necessidade individual. Saúde, em uma visão integrada, pressupõe ter boas condições de vida, ter acesso às mais modernas tecnologias de saúde para aproveitar melhor a vida e poder prolongá-la, ter vínculos afetivos de referências e confianças nos profissionais de saúde e ter graus crescentes de autonomia no modo de levar a vida, sendo que os serviços de saúde devem ser capazes de dar respostas a estas necessidades<sup>8</sup>.

Propostas como o acolhimento dentro de uma perspectiva de humanização podem contribuir para melhorar os serviços em saúde dentro de um pensamento

---

<sup>8</sup> Estes autores entendem que uma proposta integral de atendimento pode ser traduzida pela proposta de acolhimento, entendido como um dispositivo para repensar a organização do trabalho, dos serviços e da própria política de saúde. O acolhimento do paciente não se reduz à sua dimensão física (sala/ambiente), nem à recepção da demanda (simpatia e educação), mas incorpora suas dimensões como postura do profissional na relação com os usuários, como técnica de escuta e reflexão sobre problemas e necessidades e como princípio reorientador dos serviços (SILVA JÚNIOR, ALVES E ALVES, 2005, p. 82)

sistêmico. O atendimento era rápido, simples e prático, pois havia outros “números” a serem atendidos. Não se percebia que, do outro lado do balcão, havia uma pessoa, com sentimentos, pensamentos e necessidades que iam muito além da simples medicação. A dificuldade de ouvir o outro, como afirmam Silva Júnior, Alves e Alves (2005, p. 82) também era visível na relação com outros profissionais, pois cada um queria saber somente do seu campo de conhecimento.

Apesar de o uso de saberes compartimentalizados com baixa articulação entre si, que fragmentam a atenção ao usuário, ainda ser hegemônico, novos olhares estão surgindo. Em um tempo mais recente, percebeu-se que era necessário ampliar o atendimento para romper com essa visão técnica e fragmentada, além de unir os profissionais de saúde em equipes multiprofissionais, para atender de forma mais integrada. Esses profissionais, além de operarem o cuidado ao paciente, gerenciam a busca de outros recursos específicos, articulando-os e otimizando resultados, evitando ainda sobreposições ou contradições nas propostas terapêuticas. Como se observa, a gestão sistêmica apresenta várias vantagens na área da saúde, em especial o de promover o equilíbrio das finanças no espaço público local.

### **3 GESTÃO SISTÊMICA DO DIREITO À SAÚDE: UMA NOVA ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DO EQUILÍBRIO FINANCEIRO NA ESFERA LOCAL**

O grande problema da saúde pública, no Brasil, é o seu financiamento, que, sempre, foi deficiente. Antes do Sistema Único de Saúde – SUS – o financiamento era realizado através das contribuições dos trabalhadores organizados que ficavam vinculados à Previdência. A partir da Constituição da República de 1988 foi reconhecido o direito à saúde devida pelo Estado como universal, independentemente de contribuição prévia ao sistema, o que tornou o financiamento desta política pública ainda mais precário. O Constituinte de 1988 também deu nova forma à organização do sistema federativo brasileiro, redefinindo o papel dos municípios como entes federados autônomos e a consequente descentralização do sistema de saúde pública. Esse modelo federativo possibilitou a transferência de diversas atribuições, responsabilidades e recursos da instância federal para os estados e municípios definirem a organização e gestão da política de saúde, o que, aliás, na prática, não se concretizou, devido “à não-efetivação de transferências de

recursos da União e dos estados para os municípios, compatíveis com as demandas apresentadas pelo nível local.”(CUNHA, CUNHA, p. 2003, p. 16). A bem da verdade é que, tanto no Brasil, como na União Europeia, as autarquias locais continuam dependentes das transferências financeiras do poder central (NABAIS, 2007, p. 56), o que dificulta, na prática, a concretização da descentralização administrativa. Portanto, cuidar da saúde sem receitas, no espaço municipal, é impossível.

A responsabilidade pelo financiamento da saúde pública é das três esferas de governo, conforme prevê o artigo 195 da Constituição Federal. Na mesma direção andou a Emenda Constitucional nº 29/2000 que prevê, também, o montante que cada nível de governo deve investir em saúde, sendo: Estados(12%) e municípios e ao Distrito Federal (15%), produto de suas arrecadações financeiras.<sup>9</sup>

A Lei 8.080/90 regulamenta as políticas de saúde definidas na Constituição Federal, também define os critérios relativos ao repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde, disposto no art. 35, mais conhecida como a Lei Orgânica da Saúde. Já a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, por sua vez, surgiu em razão do veto de vários dispositivos da lei anteriormente referida, trata da participação da sociedade na gestão da saúde, além de estabelecer o repasse de recursos para os municípios. Essa lei trata do Fundo Nacional de Saúde e diz como e onde os recursos desse fundo serão investidos, podendo ser utilizados somente para financiar as ações e serviços de saúde. Como a Constituição Federal atribuiu à Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO - o papel de definir a cada ano o montante a ser gasto em saúde, a Lei 8.080/90 não pôde, para não ser inconstitucional, estabelecer um percentual mínimo a ser gasto com ações e serviços de saúde. No artigo 31, consta que “o orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades [...] tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.”

Como se pode observar o orçamento público municipal é de extrema importância para a consolidação das políticas públicas de saúde, porque interfere diretamente no planejamento econômico do município. Não se pode ignorar que o orçamento, desde o início, representou, uma importante conquista como instrumento disciplinador das finanças públicas, sendo sua principal função manter o equilíbrio

---

<sup>9</sup> Emenda Constitucional nº 29/2000.

financeiro e evitar ao máximo a expansão dos gastos. Assim, se pode dizer que o orçamento “é um plano que expressa em termos de dinheiro, para um período de tempo definido, o programa de operações do governo e os meios de financiamento desse programa.”(GIACOMONI, 1998, p.62). Na maioria das vezes, em decorrência do limitado orçamento público do município, se faz necessário priorizar o investimento em algumas políticas públicas, em detrimento de outras, o que acaba gerando a precária gestão nos serviços de saúde pública na esfera local de governo. Importa referir que a lei orçamentária deve obedecer vários requisitos, notadamente o capítulo relativo as finanças públicas da Constituição Federal, bem como a Lei de Responsabilidade Fiscal – Lei Complementar nº 101/00 – esta última, muitas vezes, um limitador para efetivação das políticas de saúde.

Apesar da legislação prever expressamente, o repasse de recursos para os municípios, no entanto, esses valores tem sido insuficientes diante da crescente demanda da população. Assim, a gestão sistêmica afigura-se como novo paradigma na busca do equilíbrio no orçamento das políticas públicas de saúde na esfera local de governo.

Entre entender o pensamento sistêmico na teoria e aplicá-lo na prática, existe uma grande diferença, pois os desafios que se impõem são grandes e iniciam com o rompimento da visão fragmentada que foi ensinada por séculos. Andrade et al. (2006, p. 395) entendem que isto pode ser feito através do conceito de árvores, que são as dimensões organizacionais sobre as quais vai se realizar a gestão de mudança de ação. Estas árvores organizacionais são as maneiras pela qual o pensamento sistêmico se estabelece, podendo ser através da formação de grupos em rede, desenvolvimento de competências, sistemas de indicadores e índices de sustentabilidade e referenciabilidade, criando um mapa sistêmico de intervenção. Estes mapas podem ter diversas formas e se organizam de acordo com cada uma das instituições no qual são aplicados.

Quando a gestão sistêmica for aplicada na saúde, ela deve conter no mínimo, três tripés relacionados com os níveis de atuação no Brasil, ou seja, federal, estadual e municipal, para os quais devem ser identificadas as competências atuais (mesmo que sejam comuns) e as competências futuras em nível sistêmico, devendo ser levada em conta a possibilidade de que um dos entes concentre a administração, pois em tese uma gestão sistêmica não deveria ter responsabilidades concorrentes.

No entender de Silva Júnior, Alves e Alves (2005, p. 85), é preciso haver uma certa radicalização das propostas de gestão democrática no sentido de privilegiar o cuidado e a construção da integralidade na saúde como direito de cidadania, propondo-se uma estrutura de rede que assegure todas as possibilidades de satisfação das necessidades dos usuários, através de “uma malha de serviços ininterruptos” organizados de forma progressiva.

Assim, deveriam ser asseguradas as capacidades de interlocução, negociação, associação fina entre técnica e política de responsabilização dos diversos níveis assistenciais, garantindo disponibilidade de recursos para alimentar a linha de cuidado, fluxos assistenciais centrados no usuário, instrumentos que garantam uma referência segura aos recursos da rede, garantia de contra-referência às equipes que atuam no nível primário, transferência para a unidade básica do processo de atendimento terapêutico e gestão colegiada envolvendo os diversos atores que controlam os recursos assistenciais (SILVA JÚNIOR, ALVES e ALVES, 2005, p. 85).

No entender de Lucchese<sup>10</sup> (2013, p. 4), o que deve ser procurado em uma gestão que seja integradora são diversos desafios. Um deles consiste em garantir a coexistência de diferentes soluções institucionais na organização descentralizada do Sistema Único de Saúde – SUS, que possam contemplar a heterogeneidade dos problemas regionais e a diversidade cultural do País, sem colocar em risco a unidade doutrinária e operacional do sistema nacional de saúde, tão necessária para efetivar os princípios constitucionais. O que esta autora propõe é uma descentralização e unificação de ações em âmbito local, para que os recursos das políticas públicas sejam realmente utilizados em prol da saúde do cidadão, verdadeiro detentor deste direito social. No mesmo sentido, a autora aponta para um equilíbrio ótimo entre regulação, responsabilidade e autonomia da gestão compartilhada do sistema entre as três esferas político-administrativas do Estado brasileiro (União, Estados e municípios), no contexto de novas relações

---

<sup>10</sup> Patrícia Lucchese (2013, p. 3) defende a ideia de que os diferentes atores sociais devem fomentar o diálogo e a negociação em todos os lugares deste imenso país, pressionando para a transformação qualitativa dos processos de gestão não apenas para a efetividade da política de saúde, mas também para o alcance de objetivos mais amplos orientados ao desenvolvimento social, como a redução das enormes desigualdades sociais e de saúde, o fortalecimento do exercício ético e eficaz da gestão governamental com maior participação social, a criação de mecanismos de coordenação intra-setorial eficientes para incorporar todos os cidadãos excluídos dos benefícios sociais e a promoção da harmonia entre políticas econômicas e sociais e estabelecer para a produção de iniciativas que produzam impacto sobre as condições de saúde da população.



intergovernamentais e de recomposição do Pacto Federativo. Aqui vale salientar que esta proposta condiz com o princípio da subsidiariedade, que preconiza ser a administração local a mais indicada para gerir as políticas públicas de um modo geral e de saúde, em nível particular. Lucchese (2013, p. 4) apresenta ainda dois desafios importantes: o de estabilizar o financiamento setorial e interferir no processo de alocação de recursos dos orçamentos públicos para a saúde, com vistas à equidade e o de construir novas formas de responsabilização dos governantes e cidadãos, dos gestores e dos usuários, como forma de acompanhamento e avaliação do desempenho e dos resultados das políticas setoriais. Estas duas propostas merecem maior espaço de consideração.

Nesta perspectiva, no ano de 2006, o Ministério da Saúde publicou o Pacto pela Saúde, através da Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, promovendo mudanças significativas nos processos de organização e gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, notadamente no que toca a cooperação técnica e financeira do Estado e da União com os municípios, buscando assim uma organização integral da saúde em seus diversos segmentos e, por via de consequência, uma melhora para todo sistema de saúde. (SILVA JÚNIOR, PAZ, 2008, p. 74) Todavia, na realidade, tais mudanças ainda caminham em passos lentos.

Recentemente, também em função das mobilizações que ocorreram em todo o Brasil, houve uma destinação de recursos para a saúde decorrente dos royalties do pré-sal, o que colocaria os recursos em um patamar considerável para um País que deseja se desenvolver e sair da linha de pobreza. No entanto, essa alocação de recursos ainda não deverá ocorrer de forma descentralizada, perdendo-se boa parte do montante e de sua eficácia nos meandros da administração por parte da união. É lamentável que estes recursos não venham diretamente ao município, pois o poder local<sup>11</sup> é comprovadamente o mais capacitado para gerar qualquer tipo de recurso, pois é no município que vive a população e sabe-se de suas dificuldades.<sup>12</sup> Além disso, a gestão local pode e deve contar com o apoio da população na gestão destas políticas públicas, o que torna sua aplicação mais eficaz. Salienta-se ainda

---

<sup>11</sup> Para Oliveira (2005, p. 18) o poder local “salienta a existência, ao nível das comunidades locais, de um poder que se afirma e limita o poder central, chamando a atenção para outros centros de poder a nível territorial. É, neste sentido, uma manifestação moderna do princípio da separação dos poderes em sentido vertical.”

<sup>12</sup> “o melhor clima das relações entre cidadãos e autoridades deve iniciar-se nos municípios, tendo em vista o conhecimento recíproco, facilitando o diagnóstico dos problemas sociais e a participação motivada e responsável dos grupos sociais na solução dos problemas, gerando confiança e credibilidade.” (BARACHO, 1996. p. 19)

que há o debate em torno de quais Estados e municípios deverão receber maiores parcelas destes recursos, pois são considerados produtores, ou se haveria uma distribuição equitativa, independente de algum tipo de classificação.

A responsabilização da sociedade tem sido apontada, como demonstrou a autora acima, como um fator crucial para que as políticas públicas de qualquer setor e, em especial as de saúde, seja objeto de extrema eficiência. O controle social, através das audiências públicas, do acompanhamento das decisões do poder público, da participação em órgãos de fiscalização e do monitoramento das obras e ações de saúde no município fortalecem a cidadania e que se fortalece ao criar movimentos e grupos que lhes dão a chance de poder lutar por seus direitos.

## CONCLUSÃO

A grave crise pela qual passa a saúde no Brasil exige que se pense soluções a partir de paradigmas diferentes, como é o caso desta proposta de gestão sistêmica. Porém, para se chegar a este nível de compreensão é preciso mudar a maneira como se pensa o problema. Quando os legisladores decidiram ampliar o rol dos direitos sociais e colocar a saúde como um direito de todos e dever do Estado, não se preocuparam com a devida destinação de verbas e com o reaparelhamento da estrutura de saúde que é precária para atender tamanha demanda. Na teoria, o SUS (Sistema Único de Saúde) constitui uma unidade perfeita entre as diversas esferas de poder, pois congrega princípios como equidade, gratuidade e universalidade, propondo atender a população em suas necessidades. Porém, na prática, o que se observa é que a demanda é muito maior do que a receita ou a estrutura pode suportar.

E claro que não se pode atirar pedras sobre tudo que tem sido feito. Mesmo que as mudanças ainda não sejam implementadas através de um pensamento sistêmico, elas devem ser elogiadas pela sua iniciativa. Uma delas é a implantação do SAMU (Serviço Móvel de Urgência), que tem sido relativamente eficaz no sentido de atender as emergências da população, levando o socorro imediato e transportando até a unidade de saúde mais próxima. Outro ponto que deve ser considerado como positivo é a criação das UPAs (Unidades de Pronto Atendimento), que estão efetivamente aliviando as emergências dos grandes hospitais, realizando atendimentos de pequena e média complexidade. Aos poucos, estas unidades estão mostrando a sua importância, ainda mais pelo fato de que são gerenciadas pelo

município, evidenciando que realmente a saúde pública é um problema de gestão. Além disso, cumprem papel importante na vida do cidadão as UBSs (Unidades Básicas de Saúde), que estão sendo reformadas e ampliadas em todo o País. Estas unidades, por estarem localizadas nas regiões de maior concentração de pessoas com baixo poder aquisitivo, constituem o primeiro atendimento da população. Infelizmente, como se viu na grande imprensa, nem sempre a reforma e ampliação destas UBS vêm acompanhada da contrapartida de Estados e Municípios, pois estes não possuem recursos para sua implementação. Assim, resta ao cidadão recorrer às emergências dos grandes hospitais quando está acometido pela sua dor.

Outra questão importante diz respeito aos pequenos municípios e sua precária administração da questão da saúde. Sem ter como investir em atendimento de pequena e média complexidade, estes preferem comprar ambulâncias para transportar seus pacientes para instituições de maior porte, contribuindo para aumentar o contingente de espera.

Muitos itens devem ser pontuados no sentido de se alcançar uma gestão sistêmica para atender os usuários em seu direito à saúde. O primeiro deles deveria ser entender que a questão da saúde também é um problema cultural, na medida em que ela constitui o desaguadouro natural de todas as mazelas de uma população de um país subdesenvolvido. As pessoas que procuram atendimento médico evidenciam alimentação insuficiente e inadequada, moradias insalubres e sem as mínimas condições de higiene, educação precária e falta de conhecimento de posturas adequadas de prevenção, estilo de vida sedentário e estressante. Assim, o primeiro passo para se implantar uma gestão sistêmica seria entender que todo atendimento à população, através dos diversos ministérios e secretarias existentes, constitui um esforço integrado para evitar que as pessoas tenham qualidade de vida e não fiquem doentes.

O segundo passo consistiria em integrar as ações dos diversos entes federativos (União, Estados e municípios) no sentido de unificar as ações que são realizadas isoladamente. Um bom exemplo de ação unificada tem sido as campanhas de vacinação, que mostram que é possível pensar o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma estrutura integrada de atendimento à população. Assim, é necessário que em todas as ações de saúde haja um planejamento das iniciativas, tendo como foco a prevenção, em torno da unificação de propósitos dos entes federados. Sabe-se que, em muitos casos, campanhas de prevenção e atividades

de conscientização são realizadas, em duplicidade, no mesmo município, sem que haja uma coordenação única destas ações, jogando pelo ralo recursos humanos e financeiros.

Em terceiro lugar, deveria haver o planejamento, a partir desta gestão sistêmica, do que se pode fazer pela saúde em nível regional, no sentido de fortalecer a atuação das unidades de saúde nos pequenos e médios municípios, em vez de investir em sistemas de transporte. O mesmo recurso poderia servir para implantar projetos de atendimento e/ou prevenção em nível local, fortalecendo a qualidade de vida da população. Além disso, com a gestão sistêmica, unificar-se-iam os projetos de promoção à saúde em diversos níveis de atendimento.

O grande trunfo da gestão sistêmica seria a unificação dos esforços das instituições dos entes federados, tanto aquelas que lidam diretamente com a saúde como aquelas que prestam serviços para atender outros direitos da população, no sentido de promover o bem-estar e a qualidade de vida da população, evitando, assim, o seu adoecimento. E neste ponto que entra a educação em saúde, como parte de um entendimento sistêmico de que o corpo humano precisa estar constantemente se prevenindo. Um outro exemplo consiste em inverter a lógica do constante e ineficaz crescimento da estrutura de saúde, aplicando estes recursos na criação de redes de esgoto, de água potável e na promoção de uma alimentação saudável e entender que estas também são ações de promoção da saúde.

Por fim, também é necessário ressaltar que uma verdadeira gestão sistêmica só pode acontecer quando suas ações estiverem solidificadas no espaço local, sob controle do município e com acompanhamento permanente da população. É na esfera do cotidiano da população que estão às soluções para o problema da saúde, pois os muitos desencontros entre os órgãos gestores fazem com que haja desperdícios de recursos preciosos pela falta de organização. Entende-se, assim, que a gestão deve ser unificada no município, tendo os demais entes federados a função de apoio às suas iniciativas.

Assim, ao congregiar esforços no município, acredita-se que haverá um equilíbrio financeiro promovido pela gestão sistêmica, pois entender-se-á que, na prática, todas as ações desenvolvidas em prol dos direitos do cidadão são, de uma forma ou de outra, ações de saúde, pois a sua não efetivação desaguará na formação de população doente, para a qual nunca haverá recursos suficientes para seu atendimento.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Aurélio; SELEME, Acyr; RODRIGUES, Luís H; SOUTO, Rorigo. **Pensamento sistêmico: caderno de campo: o desafio da mudança sustentada nas organizações e na sociedade.** Porto Alegre: Bookmann. 2006.

BRASIL. Confederação Nacional dos Municípios. **Saúde: O SUS e a efetiva Participação dos Municípios.** Informativo CNM. Maio, 2011. Disponível em [http://www.cnm.org.br/images/stories/DestaquesAreastecnicas/Saude/Informativo\\_-\\_O\\_SUS\\_e\\_a\\_efetiva\\_participao\\_dos\\_Municpios.pdf](http://www.cnm.org.br/images/stories/DestaquesAreastecnicas/Saude/Informativo_-_O_SUS_e_a_efetiva_participao_dos_Municpios.pdf). Acesso em 20 de abril de 2014.

BARACHO, José Alfredo de Oliveira. **O princípio da subsidiariedade. Conceito e evolução.** Rio de Janeiro: Forense, 1996.

BOHMER, Richard M. J. **Arquitetura e planejamento na gestão da saúde:** alinhando o conhecimento médico à administração do sistema de saúde. Porto Alegre: Bookman, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988.** Texto constitucional de 5 out. 1988. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2007.

CAPRA, Fritjof. **A Teia da Vida.** São Paulo: Cultrix, 2002.

CORDEIRO, Karine da Silva. **Direitos Fundamentais Sociais:** dignidade da pessoa humana e mínimo existencial; o papel do poder judiciário. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

CUNHA, Edite da Penha.; CUNHA, Eleonora Schettini M. Políticas Públicas Sociais. In.: **Políticas Públicas.** CARVALHO, Alysso.; SALLES, Fátima.; GUIMARÃES, Marília.; UDE, Walter. (Org.). Belo Horizonte: UFMG, 2003.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. RAP. **Revista Brasileira de Administração Pública.** Rio de Janeiro. v. 35. n. 1. Jan./Fev. 2001. p. 119-144.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito Fundamental à Saúde:** parâmetros para sua eficácia e efetividade. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

GIACOMONI, James. **Orçamento Público.** São Paulo: Atlas, 1998.

LEAL, Rogério Gesta. **Condições e Possibilidades dos Direitos Fundamentais Sociais:** os desafios do poder judiciário no Brasil. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

LIMA, Martonio Mont´Alverne Barreto Lima. Autonomia do município e cultura sobre o poder local. In: HERMANY, Ricardo (Org.). **Gestão local e políticas públicas.** Santa Cruz do Sul, IPR, 2010. pp. 65-80.



LUCCHESI, Patrícia. **Políticas públicas de saúde**. Disponível em: <  
<http://www.ppge.ufrgs.br/ats/disciplinas/11/lucchese-2004.pdf>>. Acesso em  
15.out.2012.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito  
Constitucional**. São Paulo: Saraiva. 2011.

NABAIS, José Casalta. **A autonomia financeira das autarquias locais**. Coimbra:  
Almedina, 2007.

OLIVEIRA, Antônio Cândido de. **A Democracia Local** (aspectos jurídicos). Coimbra:  
Coimbra Editora, 2005.

SCAFF, Fernando Facury. Direito à saúde e os tribunais. In: NUNES, Antônio José  
Avelãs; SCAFF, Fernando Facury. **Os Tribunais e o Direito à Saúde**. Porto Alegre:  
Livreria do Advogado, 2011. pp. 73-129.

SILVA JUNIOR, Jeconias Rosendo da. PAZ, Marsden Alves de Amorim (Coord). e  
Org.) **Saúde Municipal: Orientações para qualificação na gestão**. Confederação  
Nacional de Municípios. Brasília: CNM, 2008. v. 7.

SILVA JÚNIOR, Alúcio Gomes da Silva; ALVES, Carla Almeida; ALVES, Márcia  
Guimarães de Mello. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: MATTO,  
Ruben Araújo de; PINHEIRO, Roseni. **Construção Social da Demanda: direito à  
saúde; trabalho em equipe; participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro:  
GEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

ZIULKOSKI, Paulo. **O Desequilíbrio Federativo e a Crise nos Municípios**. In.:  
Confederação Nacional de Municípios. Brasília: CNM, 2013.