

Fabrcia Helena Linhares Coelho da Silva Pereira¹

UM OLHAR CRÍTICO À DESCENTRALIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM ATENÇÃO HOSPITALAR

A critical look at the decentralization of public health services in hospital care

¹Universidade Federal do Cear. Faculdade de Direito. Fortaleza/CE, Brasil.

Correspondência: fabriciahc@gmail.com

Recebido: 15/06/2018. Revisado: 29/11/2018. Aprovado: 20/02/2019.

RESUMO

Este trabalho objetiva identificar o panorama de contratação do setor privado sem fins lucrativos pelo Sistema Único de Saúde para realização de serviços de saúde de média e alta complexidade em atenção hospitalar, e a relação desse panorama com a diretriz de descentralização do Sistema Único de Saúde, que deve garantir atendimentos desde os grandes centros urbanos até as zonas onde os serviços públicos são mais escassos. Nesse aspecto, questiona-se a contratação expandida de serviços hospitalares privados representa um afastamento das direções nacional e estadual da execução dos serviços de saúde a partir da municipalização generalizada de serviços de saúde. A metodologia de pesquisa é exploratória e descritiva, com base bibliográfica na literatura do Direito Sanitário e do Direito Administrativo. Especialmente a partir da análise dos gastos públicos com serviços hospitalares, colhidos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, nos últimos cinco anos, identifica-se que as entidades sem fins lucrativos tiveram mais investimento em produção hospitalar do que as esferas da administração pública direta e indireta de todos os entes. A título de contribuição para a busca de soluções para o problema, conclui-se que a menor participação da gestão nacional do Sistema Único de Saúde na prestação de serviços de saúde acarreta maior compra de serviços da iniciativa privada pelos entes, descumprindo a determinação constitucional de complementariedade da participação do setor privado no Sistema Único de Saúde. Ademais, a prestação de serviços hospitalares nesses moldes promove a falta de equilíbrio na alocação de leitos hospitalares, o que compromete a igualdade de condições no acesso às ações e aos serviços de saúde, objetivo da descentralização, e o adequado funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Palavras-Chave

Descentralização; Rede Hospitalar; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study aims to identify the Brazilian National Health System contracting scenario of the nonprofit private sector for the accomplishment of medium and high complexity health services in hospital care and its relationship with the Brazilian National Health System decentralization guideline, which should guarantee care from the large urban centers, to areas where public services are scarcer. In this aspect, it is questioned if the expanded contracting of private hospital services represents a departure from the national and state directorates of the execution of the health services from the generalized municipalization of health services. The research methodology is exploratory and descriptive, based on the Health and Administrative Law literature. Especially from the analysis of public expenditure on hospital services collected from the Informatic Department of the Brazilian National Health System in the last five years, it is identified that nonprofit organizations had more investment in hospital production than the direct and indirect public administration spheres of all public entities. As a contribution to the search for solutions to the problem, it is concluded that the process of less participation of the national Brazilian National Health System management in the provision of health services entails the greater purchase of services from the private sector by the entities, disregarding the constitutional determination of complementarity of the private sector's participation in the Brazilian National Health System. In addition, the provision of hospital services in these ways promotes a lack of balance in the allocation of hospital beds, which compromises equal conditions in access to health services and actions, that is the decentralization objective, and the proper functioning of the Brazilian National Health System.

Keywords

Decentralization; Hospital Network; Brazilian National Health System.

Introdução

A fim de que sejam alcançadas a universalidade e a igualdade no acesso das ações e serviços de saúde, bem como a redução de doenças e de desigualdades – objetivos das políticas públicas sociais e econômicas –, a Constituição Federal de 1988 (CF/88)¹ desenhou um sistema público de saúde que prezasse pela prevenção e que fosse integral, único e gratuito. A organização das ações dentro desse sistema público, estabeleceu a CF/88, ocorreria em uma rede regionalizada e hierarquizada. Essa rede seria estruturada em torno de ações descentralizadas e atendimento integral, contando com a participação da comunidade.

Outrossim, não se poderia construir um sistema de saúde complexo sem uma adequada interpretação dessas características que o modelo constitucional brasileiro determinou para a saúde. Nesse sentido, é importante que os estudiosos do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como aqueles que fazem parte dele, estejam dispostos a debater os argumentos e as questões mais atuais e práticas que surgem acerca da saúde pública no Brasil. Nesse aspecto, cabe abordar, inclusive com nuances críticas, diretrizes do SUS como a **regionalização** – considerando que as recomendações do Banco Mundial para o Brasil em 2017 despertam reflexões acerca dos limites das redes locais de atenção à saúde e como elas podem ser, em alguma medida, prejudiciais especialmente em municípios menores – e a **hierarquização** – como a divisão de competências sanitárias pode colaborar com a melhor prestação de saúde.

A revisão dos critérios de rateio entre entes federativos com base em suas responsabilidades sanitárias é uma meta do Objetivo 13 do Plano Nacional de Saúde (2016-2019)², que é “melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS”.

Este trabalho parte de uma pesquisa bibliográfica na literatura do Direito Sanitário e do Direito Administrativo que trata das diretrizes do SUS, juntamente com a pesquisa e análise dos dados disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), via tabulador de dados públicos desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (TABNET-DATASUS)³, acerca dos gastos de média e alta complexidade com serviços hospitalares, segundo a natureza jurídica do titular da produção (administração pública direta e indireta de todos os entes e entidades sem fins lucrativos), no período compreendido entre janeiro de 2014 e setembro de 2018. Com isso, propõe-se a discutir as nuances da descentralização

¹BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaoconsolidado.htm. Acesso em: 11 dez. 2019.

²MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. *Plano Nacional de Saúde: PNS 2016-2019*. Brasília-DF: 2016. p. 89. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2016_2019_30032015_final.pdf.

³MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). *DATASUS*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qgbr.def>. Acesso em: 21 nov. 2018.

da rede de atenção à saúde e a estudar os reflexos da municipalização de serviços de saúde de média e alta complexidade na produção hospitalar adquirida pelo SUS junto ao setor privado sem fins lucrativos, limitados aos tetos de produção hospitalar sem considerar de fato as necessidades locais de saúde.

Nesse sentido, o trabalho questiona qual é o panorama da contratação de serviços hospitalares privados pelo SUS durante o período examinado, e como a maior produção hospitalar privada decorre do afastamento das direções nacional e estadual da execução dos serviços de saúde, delegando a gestão da saúde aos municípios, independentemente de sua capacidade, e, depois, às entidades sem fins lucrativos.

As soluções adotadas até setembro de 2018, consistentes na contratação da rede privada para suprir a ausência de serviços da administração pública, não deveriam ser regra, a fim de evitar que o sistema público fosse permeável e dependente da iniciativa privada.

I. Regionalização e hierarquização como marca da descentralização da rede de saúde

O sistema de saúde propõe-se a ser único, contudo regionalizado, em nível de organização, e hierarquizado, a fim de auxiliar seu funcionamento nas mais diversas complexidades de serviços. Além disso, a organização do SUS enquanto sistema traça certa descaracterização pontual da lógica federativa, em que os entes possuem mais autonomia: nele, identifica-se uma integração obrigatória entre os entes federativos para a coordenação e a cooperação das ações e dos recursos disponibilizados.

Gilberto Bercovici⁴ melhor explica o tom da coordenação e da cooperação no ordenamento jurídico brasileiro destacando que a CF/88 é a fonte da cooperação entre os entes e, ainda que fora dos casos apontados na Carta Magna como hipóteses de cooperação, predominam a separação e a independência no exercício das competências constitucionais. A coordenação pressupõe que a União e os entes federados tenham a mesma função, mas em âmbito e em intensidade distintos, com prevalência da atribuição federal⁵, sendo este o tipo de competência para legislar sobre defesa da saúde (art. 24, XII, CF/88). Já a cooperação designa a União e os outros entes a exercer a competência em conjunto com os demais, mas com interdependência, dificultando que um ente execute com exclusividade ou prevalência determinada função; a cooperação é revelada nas competências comuns⁶, a exemplo da competência para cuidar da saúde pública, comum a todos os entes (art. 23, II, CF/88).

Considerando que não se poderia construir um sistema único de saúde baseado na cooperação entre os entes estatais sem um mecanismo de organização,

⁴BERCOVICI, Gilberto. *Desigualdades regionais, Estado e Constituição*. São Paulo: Max Limonad, 2003. p. 151-154.

⁵*Id. Ibid.*, p. 151.

⁶*Id. Ibid.*, p. 152-153.

a CF/88, ao estabelecer as bases do SUS, determinou também que a organização desse sistema público fosse regionalizada e hierarquizada. O artigo 198 da CF/88 traz as diretrizes, como contornos e características, do sistema público de saúde, dentre elas a descentralização, ao lado do atendimento integral e da participação da comunidade, que devem se dar no contexto da regionalização e da hierarquização.

Para Fernando Aith⁷, a regionalização diz respeito a uma descentralização política, estabelecida em níveis de competência de cada ente federativo, somada à cooperação entre esses diversos entes. Ou seja, a regionalização baseia-se na autonomia federativa ligada ao consenso obtido nas instâncias administrativas criadas para favorecer essa cooperação, como as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite (CIB e CIT).

A hierarquização, por outro lado, está relacionada com a organização do atendimento em distintos níveis de complexidade⁸. Os atendimentos devem partir dos mais simples (atenção primária, como consultas e curativos) até os mais complexos (atenção secundária, como pequenas cirurgias; e atenção terciária, como cirurgias de maior porte).

Para Sueli Gandolfi Dallari e Vidal Serrano Nunes Júnior⁹, enquanto a regionalização diz respeito a uma organização por circunscrições territoriais, a hierarquização está relacionada com uma organização em distintos níveis de complexidade, em um sistema de referência e contrarreferência que permite a racionalização do uso dos recursos, tendo em vista que a unidade de atenção primária tanto realiza seus atendimentos de menor complexidade quanto referencia casos de maior complexidade a um serviço secundário ou terciário.

Assim, todos esses contextos da rede expressam sua característica descentralizada, admitindo-se, em consequência, que os serviços devem ser prestados pelos municípios exceto quando possuam dimensão nacional ou regional. Essa concepção, alerta Jorge Munhós de Souza¹⁰, não elimina a característica de nosso modelo federativo, em que a União concentra a arrecadação, mas estabelece responsabilidades de execução aos entes de modo inverso a seu poder de investimento próprio – ou seja, a União continua sendo o ente arrecadador em essência, mas a execução dos serviços, inclusive de saúde, devem ser realizados, em regra, pelos municípios, exceto aqueles de dimensão regional e nacional ou quando o município responsável não puder realizá-lo.

Identifica-se que o federalismo do sistema de saúde, em face da diretriz da descentralização, pode ser considerado **centrífugo** (que tende a se afastar do

⁷AITH, Fernando Mussa Abujamra. *Teoria geral do direito sanitário brasileiro*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2006. p. 395-396.

⁸SOUZA, Jorge Munhós de. *Diálogo institucional e direito à saúde*. Salvador: Editora Jus Podivm, 2013. p. 210-211.

⁹DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. *Direito sanitário*. São Paulo: Editora Verbatim, 2010. p. 83-84.

¹⁰SOUZA, Jorge Munhós de. *op. cit.*, p. 212-213.

centro), tendo em vista a grande autonomia dos entes subnacionais para a aplicação de políticas de saúde. Já o modelo federativo de organização do Estado brasileiro é mais **centrípeto** (que tende a se aproximar do centro), concedendo poderes aos entes subnacionais sem deixar de concentrar a capacidade de unidade no ente nacional, por intermédio de seu alto poder material e normativo.

Desse modo, pode-se dizer que, em essência, a regionalização pressupõe uma descentralização coordenada por normas que dividem a atribuição da União, dos estados e dos municípios no SUS. Tomando por base a divisão do sistema em termos de complexidade dos serviços (hierarquização), e ainda que a União tenha maior poder de arrecadação – e, portanto, de gastos –, denota-se que a direção nacional do SUS teria mais condições de arcar com o financiamento dos sistemas de alta complexidade e que a direção local estaria mais apta à gestão de sistemas de baixa complexidade. É dessa forma com que se podem relacionar e harmonizar a regionalização e a hierarquização.

A coordenação e o consenso advindos do entendimento adequado desses conceitos acarretam os debates e as decisões em torno das CIB e CIT, instâncias administrativas colegiadas criadas para favorecer os consensos que organizam a regionalização¹¹, territorialmente falando, mas também em torno dos tipos de atendimento com base na complexidade do serviço (hierarquização).

Contudo, o atual modelo de sistema de saúde, estruturado em redes descentralizadas, não permite grandes reflexões acerca da confusão que se pode fazer quando a regionalização torna-se justificativa para a execução de ações e serviços de saúde quase integralmente pelos municípios, desconsiderando que a hierarquização poderia avançar mais nas decisões das CIB e CIT.

Assim, é importante debater a municipalização dos serviços de saúde, notadamente aqueles que os municípios não têm condições de realizar, ainda que a intenção constitucional ao estabelecer a descentralização seja garantir o acesso a esses serviços nas mais diversas realidades do Brasil e que, para isso, o país tenha optado por atribuir maiores responsabilidades aos municípios na década de 1990.

II. O movimento de prestação de saúde pelos municípios em todos os níveis de atenção

A prestação das ações e serviços públicos de saúde no Brasil foi estruturada em torno das redes de atenção, conferindo uma perspectiva sistêmica às questões de saúde. A partir da criação do sistema, é possível estabelecer programas de prevenção e promoção da saúde e, assim, possibilitar que as ações de saúde em rede estejam dentro dos objetivos da universalidade e da equidade. Como apontado no manual de qualificação dos gestores do SUS:

¹¹AITH, Fernando Mussa Abujamra. *Teoria geral do direito sanitário brasileiro, cit.*, p. 396.

Em uma rede, os equipamentos e serviços não funcionam de forma isolada, responsabilizando-se conjuntamente pelo acesso, atenção integral e continuidade do cuidado à saúde das pessoas. [...] Para isso, é preciso definir as unidades que compõem a rede por níveis de atenção (hierarquização) e distribuí-las geograficamente (regionalização). Em um nível mais básico estariam as unidades dotadas de tecnologias e profissionais para realizar os atendimentos mais frequentemente necessários (ex.: vacinas, consultas com médicos generalistas, com médicos das especialidades básicas e com outros profissionais de saúde). Em um nível mais especializado, estariam situados os hospitais, os ambulatorios e as unidades de diagnose e terapia capazes de realizar aqueles procedimentos menos frequentemente necessários (ex.: cirurgia cardíaca, neurocirurgia, ressonância nuclear magnética, transplantes de medula óssea)¹².

Ademais, faz parte da configuração de uma rede descentralizada de saúde a organização por regiões de saúde, que podem abranger mais de um município. Isso estimulou, inclusive, a realização de consórcios de saúde, que começaram a ser bastante celebrados na década de 1990 como alternativa dos gestores para uma municipalização “acelerada em uma federação marcada por grande proporção de pequenos municípios que não têm condições de garantir isoladamente a oferta de serviços necessária à atenção da saúde da população em seu âmbito territorial”¹³. Ainda no contexto da reconfiguração das redes de atenção à saúde em torno dos municípios, está a maior participação da iniciativa privada na despesa pública de saúde em face do aumento na atribuição de ações e serviços de saúde aos governos municipais nas décadas de 1990 e 2000¹⁴, frise-se, em todos os níveis de atenção.

Não por outra razão, como levanta Nilson do Rosário Costa¹⁵, a participação dos municípios nas despesas totais em saúde subiu de 12,3%, em 1995, para 18%, em 2012. Já os estados mantiveram os mesmos 25% dos gastos públicos totais. Já a participação proporcional da despesa federal foi reduzida de 61,7% para 57% entre 1995 e 2012. Analisa o autor que, a despeito de reconhecer que o SUS tem sido bem-sucedido na atenção primária, “é necessário chamar atenção, entretanto, para o fato de que o governo central brasileiro destina parcela pouco significativa da execução financeira como incentivo para os municípios desenvolverem a atenção primária”¹⁶. Por outro

¹² KUSCHNIR, Rosana *et al.* Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: OLIVEIRA, Roberta Gondim de; GRABOIS, Victor; MENDES JUNIOR, Walter Vieira (Orgs.) *Qualificação de gestores do SUS*. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009. p. 128.

¹³ *Id. Ibid.*, p. 135.

¹⁴ COSTA, Nilson do Rosário. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1169, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401065&Ing=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.28192016>.

¹⁵ *Id. Ibid.*, p. 1169.

¹⁶ *Id. Ibid.*, p. 1170.

lado, boa parte dos recursos da União é destinada à compra de serviços de alta complexidade por todos os entes, inclusive estados e municípios, como destaca Costa:

A estagnação do processo de descentralização na atual década resultou que 37% dos recursos da saúde federais foram executados em 2013 diretamente pelo MS [Ministério da Saúde] via a Fundação Nacional de Saúde e o restante 45%, destinados também à compra pelos governos central, estadual e municipal de interações, serviços e medicamentos de alto custo¹⁷.

Se para atenção primária parece haver uma redução de importância, com repasse insuficiente de recursos pelo Governo Federal para esse nível da rede, para a atenção de alta complexidade há uma maior transferência de recursos, objetivando a compra de serviços pelos municípios. Essa disparidade, além de desconsiderar a maior vocação dos entes municipais para a atenção básica, revela um processo de planejamento regional inadequado ao ordenamento do SUS, com a aplicação apenas formal dos conceitos de hierarquização e justificando tendências mais cômodas, como o repasse da prestação de serviços de maior complexidade aos municípios e à iniciativa privada.

Consoante exposto na Nota Técnica n. 28/2016 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)¹⁸, o percentual do Produto Interno Bruto (PIB) aplicado em saúde no Brasil variou de 3,19% em 2002 para 3,94% em 2015. Esse crescimento do investimento em saúde com base no PIB deveu-se, em grande medida, ao incremento realizado pelos estados e municípios no financiamento do SUS. Os gastos em saúde da União passaram de 1,66% do PIB em 2002 para apenas 1,69% do PIB em 2015. No mesmo período, os estados passaram de 0,72% para 1,03% do PIB, e os municípios foram de 0,81% para 1,22% do PIB em gastos em ações e serviços públicos de saúde.

O crescimento nos investimentos dos entes subnacionais em saúde deu-se também com o uso de recursos próprios. Identifica-se que, em 2004, os recursos próprios representavam, em média, 18% dos gastos dos municípios em saúde e, em 2015, esse percentual chegou a 23,3%. Já os estados aumentaram de 11,9% para 13,5% a participação de recursos próprios no total aplicado em saúde entre 2004 e 2015.

A rede de atendimento do SUS também tem sido questionada por causa da ausência de planejamento regional para definição e ordenação dos serviços. Chioro Reis et al.¹⁹ destacam que a expansão das redes ocorre a partir de decisões tomadas

¹⁷ COSTA, Nilson do Rosário. *op. cit.*, p. 1170.

¹⁸ VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. *Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil*. Brasília-DF: Ipea, 2016. p. 18-25. (Nota Técnica; n. 28). Disponível em: http://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf. Acesso em: 04 jun. 2018.

¹⁹ REIS, Ademar Arthur Chioro dos et al. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1045-1054, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401045&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26552016>.

isoladamente pelos entes, seguidas de pedidos de recursos ao Governo Federal de modo desarticulado. Assim, concluem, “trata-se de uma ‘expansão errante’, que não considera o planejamento e a pactuação regional necessários para a sustentabilidade do sistema.”

Nesse contexto do processo de descentralização da saúde no Brasil, relatório do Banco Mundial indicou que a maioria dos municípios brasileiros possui alta produtividade na atenção primária mesmo diante de restrições de recursos, o que influi em seu baixo desempenho, segundo os indicadores da análise realizada. Já na atenção secundária e terciária, a produtividade dos municípios é baixa, ou seja, tem pouca eficiência. Conclui o relatório que:

A maior parte da ineficiência é motivada pelo grande número de pequenos hospitais e o pequeno tamanho dos municípios (que são pequenos demais para fornecer serviços de saúde em uma escala eficiente). A eficiência varia conforme a localização e a população, pois muito da ineficiência deriva do pequeno tamanho dos hospitais (menos de 100 leitos), o que prejudica sua eficiência. De fato, o sistema brasileiro de saúde é caracterizado por um grande número de pequenos hospitais, que foram construídos para prestar serviços em regiões menos urbanizadas. A maioria dos hospitais brasileiros opera em pequena escala, e 61% possui menos de 50 leitos (o tamanho ideal estimado é de 150 a 200 leitos para obter economias de escala). As taxas de ocupação dos leitos também são muito baixas: em média, 45% nos hospitais do SUS, e somente 37% nas unidades de terapia intensiva. Esses números estão muito abaixo das médias da OCDE (71%) e da taxa de ocupação desejável (entre 75% e 85%)²⁰.

No que se refere à atenção hospitalar, o manual para gestores do SUS destaca que os demais componentes da rede influenciam a atuação dos hospitais, especialmente que “as características do primeiro nível de atenção – o nível de cobertura alcançado, acessibilidade, grau de resolutividade – determinam a demanda que será gerada para o cuidado realizado nos hospitais”²¹.

Dá se destacar a importância de os municípios cumprirem sua demanda na atenção primária, considerando que o êxito nas atividades em nível básico impacta as demandas hospitalares. Entretanto, há grande diferença na configuração de regiões de saúde, considerando que há municípios de menor porte e municípios que atendem às demandas de populações oriundas das mais diversas localidades, inclusive de outros municípios e estados, conhecidas como “cidades-estados”.

²⁰UM AJUSTE justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Brasil: revisão das despesas públicas. Brasília-DF: Grupo Banco Mundial, 2017. p. 115. Relatório elaborado por uma equipe do Banco Mundial chefiada por Antonio Nucifora (Economista-Chefe para o Brasil, Banco Mundial). Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/pdf/121480-REVISED-PORTUGUESE-Brazil-Public-Expenditure-Review-Overview-Portuguese-Final-revised.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2017.

²¹KUSCHNIR, Rosana *et al. op. cit.*, p. 150.

Entretanto, percebe-se que o movimento de municipalização dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção pouco observou essas particularidades e acabou por desenvolver as mesmas bases de saúde existentes no modelo de medicina previdenciária. Vasconcelos e Pasche²² apontam a manutenção da natureza centralizadora e permeável aos interesses do mercado nas instituições sanitárias, ainda que incompatíveis com o SUS, o que fez a descentralização dos serviços de saúde em prol dos municípios ocorrer de forma contraditória, tendo em vista que os recursos e o controle do sistema continuaram centralizados na esfera federal. Adicionalmente, a contradição também afeta a execução dos serviços de alta complexidade hospitalar, como aborda este trabalho.

Sendo a administração dos recursos do sistema ainda centralizada e com reduzido grau de investimentos pela esfera federal, a realização dos serviços é prejudicada, especialmente daqueles mais caros, que os municípios não teriam estrutura para realizar, como os serviços de saúde de alta complexidade hospitalar.

Portanto, imprescindível que se façam leituras críticas acerca do processo de descentralização dos serviços públicos de saúde no contexto da paulatina diminuição da participação da gestão nacional no sistema, o que pode gerar um prejuízo à configuração do próprio SUS, como abordaremos a seguir.

III. Questões decorrentes da descentralização da atenção hospitalar no caminho da municipalização

Diante da interpretação dada à diretriz constitucional da descentralização da rede de atenção à saúde, como abordamos nos tópicos anteriores, é necessário que se reflita qual é a medida da participação dos municípios no SUS. Uma consequência que pode ser apontada em face da municipalização de serviços de saúde, em especial na atenção secundária e na terciária, é o grande número de serviços hospitalares financiados com recursos da média e alta complexidade (MAC) realizados por entidades sem fins lucrativos (fundação privada, serviço social autônomo, entidade sindical, organização religiosa e associação privada). Em análise dos dados constantes no SIH/SUS dos últimos cinco anos, disponíveis no DATASUS, identifica-se que o valor de recursos do SUS destinado às entidades sem fins lucrativos para atenção hospitalar é superior ao aplicado pela administração pública direta e indireta de todos os entes.

Analisando-se os dados de procedimentos hospitalares do SUS²³, entre janeiro de 2014 e setembro de 2018, com os critérios “natureza jurídica”²⁴, “Ano/

²²VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 554.

²³MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), cit.

²⁴As esferas jurídicas correspondem ao primeiro nível desta classificação, com detalhamento de esfera de governo, quando cabível: **administração pública: federal, estadual ou Distrito Federal, municipal e outros**; entidades empresariais: empresa pública ou sociedade de economia mista e demais entidades empresariais; **entidades sem fins lucrativos**; pessoas físicas; instituições extraterritoriais; não especificado ou ignorado.

mês de processamento”, “valor serviços hospitalares”, as entidades sem fins lucrativos tiveram mais investimento em produção hospitalar de média e alta complexidade do que as esferas da administração pública direta e indireta de todos os entes. Ressai dessa análise que, de janeiro a setembro de 2018, as associações privadas e demais entidades sem fins lucrativos receberam entre 10% e 12% a mais de investimentos em produção hospitalar do que as unidades da administração direta. Em 2017, essa diferença foi menor, variando entre 3,8% e 10%, como apontado na Tabela 1.

Tabela 1. Valores de serviços hospitalares por ano/mês de processamento, segundo a natureza jurídica do receptor, em 2017 e 2016.

Ano/mês	Natureza jurídica: administração pública (R\$)	Natureza jurídica: entidades sem fins lucrativos (R\$)	Pagamento a maior para entidades sem fins lucrativos (%)
2018			
Setembro	419.466.642,40	473.957.948,34	12,99%
Agosto	450.676.494,70	498.943.534,64	10,71%
Julho	445.239.849,13	499.366.017,66	12,16%
Junho	435.645.907,74	488.322.238,12	12,09%
Mai	442.340.368,17	488.185.770,91	10,36%
Abril	432.731.256,18	484.698.629,69	12,01%
Março	428.429.893,54	477.489.335,90	11,45%
Fevereiro	401.365.946,16	442.724.293,21	10,30%
Janeiro	422.196.068,21	466.785.725,06	10,56%
Média mensal	430.899.158,47	480.052.610,39	
2017			
Dezembro	381.374.933,83	422.904.351,58	10,89%
Novembro	396.508.948,89	426.428.066,83	7,55%
Outubro	410.964.364,43	428.341.269,73	4,23%
Setembro	403.554.916,73	432.992.241,38	7,29%
Agosto	422.141.502,90	439.977.715,46	4,23%
Julho	416.793.899,35	440.707.495,59	5,74%
Junho	407.409.451,87	429.709.186,37	5,47%
Mai	423.908.545,79	445.300.336,69	5,05%
Abril	386.719.846,98	410.563.431,12	6,17%
Março	411.173.548,19	426.871.920,54	3,82%
Fevereiro	365.019.892,47	394.101.989,25	7,97%
Janeiro	385.143.903,52	411.322.628,91	6,80%
Média mensal	400.892.812,91	425.768.386,12	

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), consolidados no DATASUS.

Elaboração própria.

Em 2016, as entidades sem fins lucrativos chegaram a receber, no mês de janeiro, 23% de pagamentos a maior do que as entidades do setor público em produção hospitalar. Já em 2015, no mês de dezembro, a diferença percentual de maiores investimentos da MAC na atenção hospitalar privada em relação à administração pública chegou a 31%. Em 2014, identifica-se a maior proporção de pagamentos para o setor privado de produção hospitalar, perfazendo até 39% a mais do que os gastos nas administrações direta e indireta de todos os entes, o que ocorreu no mês de dezembro, conforme detalhamento da Tabela 2.

Tabela 2. Valores de serviços hospitalares por ano/mês processamento segundo Natureza jurídica do receptor, em 2014, 2015 e 2016.

Ano/mês	Natureza jurídica: administração pública (R\$)	Natureza jurídica: entidades sem fins lucrativos (R\$)	Pagamento a maior para entidades sem fins lucrativos (%)
2016			
Dezembro	387.060.385,67	456.337.250,32	17,90%
Novembro	386.420.567,41	447.953.532,84	15,92%
Outubro	395.523.799,00	462.139.000,50	16,84%
Setembro	407.251.815,94	451.682.602,71	10,91%
Agosto	430.749.529,02	468.079.013,70	8,67%
Julho	415.130.736,09	469.406.816,69	13,07%
Junho	417.903.451,05	462.798.259,42	10,74%
Mai	388.002.746,84	473.204.095,95	21,96%
Abril	382.031.516,82	460.095.559,25	20,43%
Março	380.189.101,95	469.141.478,58	23,40%
Fevereiro	360.506.927,64	437.990.163,17	21,49%
Janeiro	360.711.159,83	446.176.089,13	23,69%
Média mensal	392.623.478,105	458.750.321,855	
2015			
Dezembro	347.798.697,14	457.823.264,97	31,63%
Novembro	364.832.454,32	466.211.359,12	27,79%
Outubro	373.274.699,86	467.144.423,52	25,15%
Setembro	375.542.561,95	481.435.470,46	28,20%
Agosto	384.722.068,32	480.393.829,62	24,87%
Julho	387.552.735,19	488.636.088,58	26,08%
Junho	375.878.801,17	476.463.492,86	26,76%
Mai	371.191.921,84	471.546.674,70	27,04%
Abril	364.680.432,54	459.108.437,37	25,89%
Março	357.808.877,00	465.350.375,33	30,06%
Fevereiro	338.743.274,82	428.764.651,83	26,58%
Janeiro	347.843.410,97	447.934.053,03	28,77%
Média mensal	365.822.494,59	465.901.010,11	

Continua

Descentralização de serviços públicos de saúde hospitalares

Continuação

Ano/mês	Natureza jurídica: administração pública (R\$)	Natureza jurídica: entidades sem fins lucrativos (R\$)	Pagamento a maior para entidades sem fins lucrativos (%)
2014			
Dezembro	322.755.460,04	450.680.141,86	39,64%
Novembro	347.789.872,92	461.355.413,49	32,65%
Outubro	362.153.905,05	478.586.164,35	32,15%
Setembro	361.388.515,97	476.110.551,69	31,74%
Agosto	365.978.771,79	480.240.572,07	31,22%
Julho	363.135.748,85	479.564.274,92	32,06%
Junho	339.853.586,26	453.871.524,01	33,55%
Mai	359.632.192,85	460.429.228,88	28,03%
Abril	325.911.549,08	439.739.556,60	34,93%
Março	332.565.708,38	422.460.159,51	27,03%
Fevereiro	324.916.055,53	421.072.702,80	29,59%
Janeiro	343.288.270,52	429.189.538,48	25,02%
Média mensal	345.780.803,10	454.441.652,38	

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), consolidados no DATASUS.

Elaboração própria.

Ressai dessa análise que, diante de uma tendência de prestação de saúde hospitalar pela iniciativa privada, há um rompimento da complementariedade prevista na CF/88. Desse modo, defende-se que os movimentos de prestação de serviços hospitalares pelo SUS por entidades privadas e de regionalização do sistema cada vez mais localizada são fenômenos com implicações recíprocas. Se a responsabilidade por serviços hospitalares é fragmentada, por consequência a iniciativa privada acabará por ser mais contratada, haja vista que os municípios de menor porte não têm condições de realizar, de forma direta, ações e serviços de média e alta complexidade hospitalar, tendo que contratá-los de instituições, em geral, filantrópicas.

Analisando-se as tendências dos serviços públicos, notadamente as de privatização de serviços essenciais, Nuria Cunill Grau²⁵ destaca que, nos países que empreenderam reformas, identificam-se dois setores atuantes na saúde e na educação: um privado, de grande extensão, e um público, pequeno, sustentado por pagamentos diretos e que financia o primeiro. Assim, a experiência de serviços que foram transferidos para execução em nível subnacional tendeu a favorecer a

²⁵ GRAU, Nuria Cunill. O que tem acontecido com o público nos últimos trinta anos? Balanços e perspectivas. Trad. José Geraldo Leandro Gontijo e Telma Menicucci. In: GONTIJO, José Geraldo Leandro et al. *Gestão e políticas públicas no cenário contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. p. 330.

iniciativa privada, seja com a delegação da execução dos serviços, seja com a privatização, “ou foram ainda mais fragilizados, por trás da figura dos financiamentos compartilhados, impossíveis de serem assumidos pelas municipalidades ou pelas entidades locais pobres”²⁶.

Nesse particular, o relatório do Banco Mundial²⁷ produzido em 2017 apontou que o Brasil gasta mal e de forma desigual em saúde, indicando que essa ineficiência resulta principalmente da **fragmentação** do sistema público de saúde, especialmente o alto número de pequenos hospitais, o que impede economias de escala na prestação de serviços.

Mesmo que se conteste essa apuração do Banco Mundial acerca da má distribuição de leitos hospitalares no Brasil, tendo em vista o conhecido problema de lotação nos hospitais dos grandes centros, não se pode dizer que o grau de investimentos na saúde privada para realização de serviços hospitalares, como destacado nas Tabelas 1 e 2, seja um dado irrelevante.

Se cada ente assumisse a execução das responsabilidades que lhe cabem na atenção à saúde, a expressiva transferência da atenção hospitalar para a iniciativa privada seria evitada, considerando que a fragmentação de serviços especializados é pouco eficiente. Nas mais diversas realidades existentes no Brasil, nem todos os serviços públicos locais podem realizar de forma satisfatória a prestação de saúde em atenção especializada (secundária e terciária), seja por ausência de estrutura física e tecnológica, seja por ausência de recursos financeiros e de pessoal.

É de se deixar claro que uma proposta de aperfeiçoamento da rede de atenção hospitalar a partir da identificação da capacidade de certos municípios em manter e gerir unidades hospitalares ou serviços de atenção hospitalar não significa romper com a regionalização, princípio do SUS expresso no artigo 198 da CF/88. Em que pesem os questionamentos em torno das intenções do Banco Mundial no desenvolvimento de direitos sociais, é inegável que ter um sistema de saúde mais eficiente é intenção dos defensores do SUS. Como questiona Ocke-Reis, “afinal, quem argumentaria contra a introdução de um programa governamental ou serviço hospitalar mais barato, abrangente e eficaz?”²⁸.

Na verdade, para que se evitem a má utilização de leitos em hospitais de pequeno porte e, ainda, a falta de leitos em outros hospitais (problema não citado pelo Banco Mundial, mas corriqueiro na realidade das instituições de saúde), é importante

²⁶GRAU, Nuria Cunill. *op. cit.*, p. 350.

²⁷UM AJUSTE justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Brasil: revisão das despesas públicas, *cit.*

²⁸OCKE-REIS, Carlos Octávio. Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento? *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 613-622, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300012&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462008000300012>.

que antes sejam construídos leitos em hospitais-polo, de maior porte, que possam absorver as demandas dos hospitais menores e que seja superado o problema da localização. Veja-se, assim, que as conclusões do Banco Mundial, mesmo aquelas que podem reforçar a adoção de uma boa estratégia na gestão do SUS, devem ser analisadas com cuidado, tendo em vista que elas podem conduzir a um discurso de redução de financiamento e da importância do SUS, o que é inaceitável.

Não se pode crer que simplesmente fechar hospitais de pequeno porte²⁹ irá melhorar a prestação de serviços públicos de saúde se os recursos não forem utilizados para construção e equipagem de hospitais comprovadamente mais necessários, reduzindo-se, assim, a contratação da iniciativa privada para essas demandas. Uma pista para as necessidades de investimento na atenção hospitalar pode ser exatamente onde e em qual tipo de serviço mais se contrata do setor privado.

Jonh Lister³⁰ aponta que os dados do Banco Mundial, de forma geral e não somente no caso brasileiro, fornecem um total único de leitos de hospitais de todo tipo, para casos agudos, internações prolongadas, maternidade, psiquiatria e instalações especializadas, e que por isso devem ser analisados com cautela. A eficiência da simples redução de leitos é, portanto, questionável devido à falta de análise sobre quais leitos precisam ser diminuídos e, ainda, sobre o aumento dos custos nos hospitais maiores. Além disso, destaca o mesmo autor que a redução de leitos em países mais pobres representou um corte absoluto na prestação de atenção médica, sem considerar as necessidades de saúde.

Ou seja, a melhora na distribuição de leitos pode ser medida contributiva ao SUS, mas antes ela requer investimento do Estado, o que pode, em um primeiro momento, gerar aumento de gastos, mas que serão compensados com a melhor e mais adequada alocação de leitos nas unidades hospitalares no Brasil, consequentemente sem que se dependa de forma tão direta dos leitos da iniciativa privada.

Ocké-Reis destaca que, “na verdade, o incremento da eficiência não deve ser tomado como desculpa para cortar recursos financeiros ou organizacionais do SUS, bem como as filas em um sistema universal de saúde não podem servir para restringir o acesso”³¹. Ao contrário, melhorar a eficiência do sistema pode requerer aumento dos investimentos.

Outrossim, o federalismo sanitário pode esconder uma inércia na responsabilidade sanitária de todos os entes, inclusive porque, sob o pretexto de

²⁹ RAMALHO, Guilherme. Brasil perde 34 mil leitos hospitalares do SUS em oito anos: a diminuição significou queda de 10% no total de leitos entre 2010 e 2018. As informações são do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2018. G1, 09 maio 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/brasil-perde-34-mil-leitos-hospitalares-do-sus-em-oito-anos.ghtml>. Acesso em: 11 maio 2018.

³⁰ LISTER, Jonh. Perguntas equivocadas, respostas equivocadas. In: LISTER, Jonh et al. *¿Por nuestra salud? La privatización de los servicios sanitarios*. Madrid: Traficantes de Sueños, 2010. p. 25.

³¹ OCKE-REIS, Carlos Octávio. *op. cit.*, p. 613-622.

descentralização, alguns estudos³² já defendem que a cooperação sanitária acarreta a centralização das decisões sobre investimentos nos prefeitos e governadores, além de uma baixa responsabilização dos entes federativos pelos resultados observados.

Outro grande fator decorrente da municipalização dos serviços de saúde é a possibilidade de mascarar políticas de corte de gastos sociais. Luciana Dias de Lima³³, analisando o pacto federativo em conjunto com a lógica financeira do Estado (poder de tributar e poder de gastar), afirma que há uma tendência de deslocar o poder de gasto para os níveis periféricos da organização federativa, porém salienta que a descentralização não conduz necessariamente à contenção de gastos, uma vez que os entes subnacionais podem ampliar a oferta de serviços e gerar mais despesas.

Assim, a proposta de revisão na distribuição de leitos no Brasil, além de não ser uma ideia que afrontaria a diretriz da regionalização das redes de saúde, visa ao cumprimento da hierarquização do serviço público de saúde, considerando que nem sempre a localização dos serviços sob responsabilidade do ente menor (município) é a mais adequada, sendo melhor realizada pelo ente maior, ou seja, estadual ou federal. Nesse aspecto, a hierarquização permitiu, inclusive, a divisão das especialidades de tratamento em baixa, média e alta complexidade. Destarte, a ideia ganha reforço quando se analisa a divisão de competências realizada pela Lei n. 8.080/1990³⁴. Quando essa lei estabelece quais são as atribuições das direções nacionais, estaduais e municipais do SUS, especificamente nos incisos que tratam da atenção hospitalar, pode-se identificar que a rede de atenção de alta complexidade não pode ser atribuída à gestão local, cabendo à direção nacional tanto definir quanto coordenar essa rede. À direção estadual, compete identificar hospitais de referência e gerir os sistemas públicos de alta complexidade. Para a direção local, identifica-se, no que se refere à atenção hospitalar, a possibilidade de celebrar convênios com instituições privadas, que podem ser contratadas pelo ente municipal para prestação de serviços de alta complexidade hospitalar.

Em que pese ser competência de todas as esferas executar serviços da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, inclusive da atenção local, não se pode deixar

³²RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga; OUVENEY, Assis Mafort; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1031-1044, abr. 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.03732017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401031&lng=en&nrm=iso).

³³LIMA, Luciana Dias de. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 573-598, 2008. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300010&lng=pt&nrm=iso).

³⁴BRASIL. *Lei n. 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 11 dez. 2019.

de observar que a atenção hospitalar, especialmente de alta complexidade, tem papel reservado mais expressivamente para as direções nacional e estadual. Senão, vejamos o texto da Lei n. 8.080/1990:

Art. 16. À direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

[...]

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

[...]

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

[...]

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

[...]

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

Nesse sentido, uma importante faceta da coordenação nacional do sistema consiste em seu financiamento, que não pode ser dissociado da respectiva necessidade de realização dos serviços de saúde necessários à manutenção do SUS. Contudo, quando o ente central da federação tem maior poder de arrecadação, mas transfere a execução de serviços públicos aos entes subnacionais sem a correspondente fonte de financiamento, o serviço em si estará prejudicado. De acordo com Luciana Dias de Lima³⁵, há um desequilíbrio fiscal entre as esferas de governo que decorre da falta correspondência entre o poder de gasto com as transferências tributárias. Para a autora, os desequilíbrios podem ser gerados pelo elevado poder de arrecadação central, ao passo que os entes subnacionais assumem encargos (desequilíbrio

³⁵LIMA, Luciana Dias de. *op. cit.*, p. 573-598.

vertical), ou ainda por variações de gastos públicos em face de diferentes demandas (desequilíbrio horizontal).

Analisando os dados do financiamento em saúde, Ricart Santos³⁶ defende que a União tem utilizado alguns instrumentos para reduzir seu grau de investimentos em saúde, como a Desvinculação de Receitas de União (DRU), que permite a aplicação em finalidade diversa de 20% dos recursos que deveriam ser aplicados na seguridade social. Assim, conclui que “a federação acha-se desequilibrada no tocante à saúde: estados e municípios encontram-se a carregar maior fardo, se comparado com as suas respectivas possibilidades”³⁷.

No que se refere aos serviços de saúde, a direção nacional, quando transfere a execução de serviços de alta complexidade hospitalar aos municípios sem considerar sua capacidade de prestar diretamente esse tipo de atenção em saúde, abre caminho para a contratação da rede conveniada privada, mantendo os resquícios do modelo de saúde anterior, cuja natureza era centralizadora no ente federal e permeável aos interesses do mercado.

Frise-se que não se defende, como não poderia ser, o retorno a uma centralização da gestão em saúde no ente federal, mas que a descentralização seja mais bem estruturada para que os serviços de saúde sejam garantidos segundo as balizas constitucionais, inclusive no tocante à participação complementar do setor privado e à divisão de competências sanitárias entre todos os entes.

Em síntese, os serviços de saúde devem se basear na descentralização a fim de atingir o maior número de pessoas possível, ou seja, todo serviço de saúde deve se basear nessa diretriz. Para tanto, a rede que reúne todos esses serviços é organizada de modo a ser regionalizada e os serviços, hierarquizados de acordo com o nível de complexidade, caracterizada ainda pela “sincronização executiva entre os componentes da Federação”³⁸ em matéria de saúde.

Tradicionalmente, em especial depois da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), a lógica da descentralização política e administrativa dentro do SUS é a transferência aos municípios do papel de realizar diretamente grande parte das ações e dos serviços de saúde para as pessoas que vivem em seu território ou de contratar terceiros para isso, cabendo aos estados a função de promover a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas municipais³⁹.

³⁶SANTOS, Ricart César Coelho dos. *Financiamento da saúde pública no Brasil*. Belo Horizonte: Fórum, 2016. p. 109.

³⁷*Id. Ibid.*, p. 112.

³⁸SIQUEIRA, Cláudia Aguiar. O município e a saúde: reflexões sobre as balizas impostas pelo ordenamento jurídico vigente para a atuação do poder público local. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 41-49, mar. 2003. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82416/85402>.

³⁹AlTH, Fernando Mussa Abujamra. A saúde como direito de todos e dever do Estado: o papel dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário na efetivação do direito à saúde no Brasil. In: AlTH, Fernando et al. (Orgs.) *Direito sanitário: saúde e direito, um diálogo possível*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. p. 91.

O que se propõe é que a divisão hierarquizada de competências sanitárias possa justificar uma realocação das atribuições, em especial quando se fala em alta complexidade hospitalar sob responsabilidade dos municípios. Desse modo, acredita-se que o SUS precisa de soluções duradouras e que observem as necessidades de saúde, para além de períodos eleitorais ou da mera gestão política, identificando-se que a diretriz da descentralização do SUS deve favorecer o acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde, e não a realização de serviços limitados a tetos de produção da iniciativa privada.

Considerações finais

A partir da CF/88 podemos ler que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único. Contudo, deve-se questionar, em uma perspectiva crítica, quais limites se devem dar à descentralização dos serviços a fim de não converter a regionalização em municipalização de todos os níveis de atenção em saúde, inclusive de atendimentos que os municípios, em especial os de menor porte, não teriam condições operacionais e estrutura adequada de prestar. Isso leva à contratação da rede privada de serviços, que deixa de ser complementar (art. 199, §1º, CF/88) e passa a ser uma das principais realizadoras de serviços públicos de atenção hospitalar.

Tendo em vista a grande presença de entidades privadas nesse setor e o desequilíbrio na alocação de leitos, relaciona-se a falha estrutural na prestação de serviços hospitalares pelo SUS com a regionalização do sistema público de saúde cada vez mais localizada. Diante desses elementos, quanto mais fragmentada for a responsabilidade por serviços hospitalares, mais os hospitais privados serão contratados, haja vista que os municípios de menor porte não têm condições de realizar, de forma direta, ações e serviços de média e alta complexidade hospitalar. Ademais, identifica-se, ainda, a lotação de unidades hospitalares em grandes centros, com demandas que impedem um planejamento viável e duradouro em saúde.

Essas questões são consequência de um processo de municipalização dos serviços de saúde, acompanhado de políticas de corte nos gastos sociais pela gestão nacional do sistema. Mesmo que se reconheça que a competência de realizar ações e serviços de saúde é solidária entre os entes nacionais e subnacionais, e ainda que a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, é uma diretriz do SUS, a atenção hospitalar, especialmente de alta complexidade, possui papel reservado mais expressivamente às direções nacional e estadual do SUS. A Lei n. 8.080/1990, nos artigos 16 a 18, formula que definições, coordenação e gestão dos sistemas de alta complexidade cabem às direções nacional e estadual do sistema.

Nesse sentido, a ampliação do gasto em saúde nos últimos anos se deveu a esforços realizados mais pelos municípios e estados do que propriamente da União, que tem maior poder de arrecadação. Essa circunstância que tem grande potencial

de ser agravada pelos efeitos da Emenda Constitucional n. 95/2016⁴⁰, que limitará o crescimento de qualquer gasto federal pelos próximos 20 anos.

A grande contratação de serviços hospitalares prestados por entidades sem fins lucrativos e, ainda, a existência de leitos em unidades de pequeno porte sem estrutura material e profissional – realidade presente em muitos municípios brasileiros – geram a necessidade de debater melhor a descentralização dos serviços públicos de saúde.

A ideia de que a descentralização representaria maior autonomia dos entes subnacionais – como uma mudança dos parâmetros existentes antes da Reforma Sanitária, quando havia intensa centralização nas prestações de saúde pública – acaba por trazer distorções ao próprio SUS. Em determinados casos, como na alta complexidade hospitalar, a promessa de regionalização ou municipalização dos serviços de saúde funcionou como mecanismo de omissão da direção nacional em serviços estratégicos que necessitavam de maiores investimentos a longo prazo.

Acredita-se, portanto, que deve haver reflexão em torno da prestação de saúde especializada hospitalar para que se possam analisar os ganhos reais com a manutenção de leitos sob a gestão do subsistema municipal para níveis de complexidade mais elevados, considerando que nem todos os municípios têm as mesmas condições estruturais para implementá-los e mantê-los que os estados e a União.

As discussões propostas neste trabalho, bem como os dados levantados que dão conta do maior gasto do SUS em produção hospitalar no setor privado do que na administração pública nos últimos cinco anos, pretendem abrir caminhos e alertar para uma interpretação adequada da descentralização das ações de saúde, que respeite a distribuição e a responsabilização de serviços públicos de saúde entre os entes federativos.

Objetiva-se, com a exposição desses dados, evitar que, por não ser possível ao ente menor prestar serviços de maior complexidade, reste por contratar entidades sem fins lucrativos de modo permanente, favorecendo a permeabilidade das entidades privadas dentro do SUS e rompendo com a determinação constitucional da complementariedade privada no sistema público de saúde.

Com base na pesquisa produzida, conclui-se que a permanente e crescente contratação de serviços hospitalares de quem tem natureza jurídica privada não poderia ser uma constante nos serviços de média e alta complexidade, como vem ocorrendo nos últimos cinco anos, especialmente porque descumpra sistematicamente o pacto constitucional de construção de uma saúde pública integral, universal

⁴⁰BRASIL. *Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016*. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm. Acesso em: 11 dez. 2019.

e prestada diretamente pelo Estado. Nesses termos, reforça-se a necessidade de referir a diretriz da descentralização da rede de atenção à saúde vinculada, necessariamente, às responsabilizações de financiamento e gestão direta dos entes públicos.

Referências

AITH, Fernando Mussa Abujamra. A saúde como direito de todos e dever do Estado: o papel dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário na efetivação do direito à saúde no Brasil. *In*: AITH, Fernando *et al.* (Orgs.) *Direito sanitário: saúde e direito, um diálogo possível*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. p. 73-105.

AITH, Fernando Mussa Abujamra. *Teoria geral do direito sanitário brasileiro*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2006.

BERCOVICI, Gilberto. *Desigualdades regionais, Estado e Constituição*. São Paulo: Max Limonad, 2003.

COSTA, Nilson do Rosário. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1065-1074, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401065&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.28192016>.

DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. *Direito sanitário*. São Paulo: Editora Verbatim, 2010.

GRAU, Nuria Cunill. O que tem acontecido com o público nos últimos trinta anos? Balanços e perspectivas. Trad. José Geraldo Leandro Gontijo e Telma Menicucci. *In*: GONTIJO, José Geraldo Leandro *et al.* *Gestão e políticas públicas no cenário contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. p. 325-355.

KUSCHNIR, Rosana *et al.* Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. *In*: OLIVEIRA, Roberta Gondim de; GRABOIS, Victor; MENDES JUNIOR, Walter Vieira (Orgs.) *Qualificação de gestores do SUS*. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009. p. 125-157.

LIMA, Luciana Dias de. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 573-598, 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300010&lng=pt&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462008000300010>.

LISTER, Jonh. Perguntas equivocadas, respostas equivocadas. *In*: LISTER, Jonh *et al.* *¿Por nuestra salud? La privatización de los servicios sanitarios*. Madrid: Traficantes de Sueños, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. *Plano Nacional de Saúde: PNS 2016-2019*. Brasília-DF: 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2016_2019_30032015_final.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qgbr.def>. Acesso em: 21 nov. 2018.

OCKE-REIS, Carlos Octávio. Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento? *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 613-622, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300012&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462008000300012>.

RAMALHO, Guilherme. Brasil perde 34 mil leitos hospitalares do SUS em oito anos: a diminuição significou queda de 10% no total de leitos entre 2010 e 2018. As informações são do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2018. *GI*, 09 maio 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/brasil-perde-34-mil-leitos-hospitales-do-sus-em-oito-anos.ghtml>. Acesso em: 11 maio 2018.

REIS, Ademar Arthur Chioro dos *et al.* Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1045-1054, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401045&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26552016>.

RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga; OUVENERY, Assis Mafort; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1031-1044, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401031&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.03732017>.

SANTOS, Ricart César Coelho dos. *Financiamento da saúde pública no Brasil*. Belo Horizonte: Fórum, 2016.

SIQUEIRA, Cláudia Aguiar. O município e a saúde: reflexões sobre as balizas impostas pelo ordenamento jurídico vigente para a atuação do poder público local. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 41-49, mar. 2003. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82416/85402>.

SOUZA, Jorge Munhós de. *Diálogo institucional e direito à saúde*. Salvador: Editora Jus Podivm, 2013.

UM AJUSTE justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Brasil: revisão das despesas públicas. Brasília-DF: Grupo Banco Mundial, 2017. 156 p. Relatório elaborado por uma equipe do Banco Mundial chefiada por Antonio Nucifora (Economista-Chefe para o Brasil, Banco Mundial). Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/pdf/121480-REVISED-PORTUGUESE-Brazil-Public-Expenditure-Review-Overview-Portuguese-Final-revised.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2017.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 531-562.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. *Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil*. Brasília-DF: Ipea, 2016. (Nota Técnica; n. 28). Disponível em: http://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf. Acesso em: 04 jun. 2018.

Fabírcia Helena Linhares Coelho da Silva Pereira – Mestrado em Direito pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Ceará (UFC); especialização em Direito Aplicado ao Ministério Público (ESMPU). Membro do Grupo de Pesquisa “Serviços Públicos e condições de efetividade”. Servidora do Ministério Público Federal no Ceará. Fortaleza/CE, Brasil. *E-mail*: fabriciahc@gmail.com