

LEIASS

LINHA EDITORIAL INTERNACIONAL DE APOIO AOS SISTEMAS DE SAÚDE

Municípios e Saúde



Brasília, 2019 – 1ª Edição

Municípios e Saúde

© 2019 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde – LEIASS – Volume 3

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

Tiragem: 500 exemplares.

Brasília, setembro de 2019.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

M966 Municípios e saúde / Editores científicos Fernando Passos Cupertino de Barros, Zulmira Hartz. – Brasília, DF: CONASS, 2019.
92 p. : il. ; 19 x 24,5 cm – (LEIASS; v. 3)

Inclui bibliografia
ISBN 978-85-8071-057-1

1. Saúde – Administração dos serviços de saúde. 2. Saúde pública. I. Barros, Fernando Passos Cupertino de. II. Hartz, Zulmira. III. Série.

CDD 362.1068

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2019

AC Mônica Feres Kanaan Machado	PB Geraldo Antônio de Macedo
AL Alexandre Ayres	PE André Longo
AM Rodrigo Tobias de Souza Lima	PI Florentino Alves Veras Neto
AP João Bittencourt da Silva	PR Beto Preto
BA Fábio Vilas Boas	RJ Edmar Santos
CE Carlos Roberto Martins Rodrigues Sobrinho	RN Cipriano Maia
DF Osnei Okumoto	RO Fernando Rodrigues Máximo
ES Nésio Fernandes de Medeiros Junior	RR Cecília Smith Lorezom
GO Ismael Alexandrino Júnior	RS Arita Gilda Hübner Bergmann
MA Carlos Eduardo de Oliveira Lula	SC Helton de Souza Zeferino
MG Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva	SE Valberto de Oliveira Lima
MS Geraldo Resende	SP José Henrique Germann Ferreira
MT Gilberto Figueiredo	TO Luiz Edgar Leão Tolini
PA Alberto Beltrame	

DIRETORIA DO CONASS 2019/2020

PRESIDENTE

Alberto Beltrame (PA)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Geraldo Resende (MS)

Região Nordeste

Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA)

Região Norte

Fernando Rodrigues Máximo (RO)

Região Sudeste

Nésio Fernandes de Medeiros Junior (ES)

Região Sul

Beto Preto (PR)

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando Passos Cupertino de Barros

ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

ASSESSORIA PARLAMENTAR

Leonardo Moura Vilela

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Adriane Cruz

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

Antônio Carlos Rosa de Oliveira Junior

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Lourdes Lemos Almeida

ASSESSORIA TÉCNICA

Carla Ulhoa André

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Fernando Avendanho

Fernando P. Cupertino de Barros

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Heber Dobis Bernarde

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

René José Moreira dos Santos

Tereza Cristina Lins Amaral

Viviane Rocha de Luiz

CONSELHO EDITORIAL

Alethele de Oliveira Santos

Adriane Cruz

Fernando P. Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

Marcus Carvalho

René José Moreira dos Santos

Tatiana Rosa

INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL – IHMT

CONSELHO DE GESTÃO

Paulo Ferrinho (Diretor)

Henrique Silveira (Subdiretor)

Maria do Rosário Oliveira Martins (Subdiretora)

Paula Costa (Administradora)

CONSELHO CIENTÍFICO

Lenea Campino (Presidente)

Ricardo Parreira (Prof. /Vice-Presid.)

CONSELHO PEDAGÓGICO

Miguel Viveiros (Presidente)

CONSELHO DE ÉTICA

Filomena Pereira (Presidente)

DIREÇÃO DE SERVIÇOS DE GESTÃO FINANCEIRA E PATRIMONIAL

Carla Brás (Diretora de Serviços)

GABINETE DE COOPERAÇÃO E RELAÇÕES EXTERNAS

Ana Sofia Calaça

GABINETE DE COMUNICAÇÃO E MARKETING

Isa Alves (Coordenadora)

UNIDADES DE ENSINO E DE INVESTIGAÇÃO

Clínica Tropical

Reynaldo Dietze (Diretor)

Microbiologia Médica

Miguel Viveiros (Diretor)

Parasitologia Médica

João Pinto (Diretor)

Saúde Pública e Internacional e Bioestatística

Jorge Simões (Diretor)

CONSELHO EDITORIAL – LEIASS

CONASS

Fernando Passos Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

René José Moreira dos Santos

IHMT

Isabel Craveiro

Luis Lapão

Zulmira Hartz

EDITORES CIENTÍFICOS

Fernando Passos Cupertino de Barros

Zulmira Hartz

TRADUÇÃO

Bié Tradução de Línguas

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Aurora Verso e Prosa

PROGRAMAÇÃO VISUAL E DIAGRAMAÇÃO

Marcus Carvalho

SUMÁRIO

Apresentação	8
Introdução	10
Capítulo 1 – Modelos infraestaduais de organização administrativa e financeira: as regiões autônomas e os Municípios.....	20
Capítulo 2 – A mudança dos papéis dos municípios no desenvolvimento e implementação dos cuidados de saúde: desafios e oportunidades na Inglaterra.....	28
Capítulo 3 – O papel dos municípios na transformação do Sistema de Saúde: uma perspectiva da Espanha	52
Capítulo 4 – Municípios e serviços de saúde na Alemanha.....	64
Capítulo 5 – Descentralização da saúde no Brasil: uma trajetória incompleta.....	68

APRESENTAÇÃO

O terceiro volume da série LEIASS – Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde, produzido pelos esforços conjuntos do CONASS e do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT NOVA), aborda um tema de grande relevância para a análise do papel exercido pelos municípios, em diferentes países, no tocante à descentralização dos sistemas de saúde.

Um desafio comum a muitos países é o de encontrar o nível adequado para a realização e implementação de políticas e administração da saúde. Muitos deles têm descentralizado as competências em matéria de saúde, procurando o equilíbrio de ganhos em saúde, equidade no acesso aos cuidados e eficiência no sistema de saúde. Analisando os argumentos a favor e contra, em muitos casos, os mesmos motivos são utilizados para justificar o movimento em direções opostas, mas dada a natureza multidimensional complexa de descentralização, há dificuldades em atribuir os resultados unicamente à descentralização, ao contrário de outras características do sistema de saúde.

A presente publicação decorre das discussões havidas num seminário internacional promovido pelo IHMT NOVA em Lisboa, em outubro de 2018, e que reuniu especialistas de diferentes países. Foram quatro os objetivos que ali se pretendeu atingir: (1) aprofundar aspectos doutrinários e modelos teóricos associados ao tema dos municípios e a saúde; (2) conhecer e analisar realizações concretas nesta área; (3) avaliar o impacto de um processo de intervenção dos municípios na saúde; e (4) discutir desenvolvimentos futuros desse processo.

Como poderão constatar, há diferentes maneiras de atribuir papéis e responsabilidades ao nível municipal no tocante à organização e à oferta de serviços de saúde, que variam de um país a outro, em decorrência de múltiplos fatores e diferentes contextos. Entretanto, é cada vez maior a importância de conhecer e de comparar esses modelos, de modo a defender as conquistas dos sistemas públicos de saúde e, mais ainda, aperfeiçoar seu funcionamento em benefício dos cidadãos.

Alberto Beltrame
Presidente do CONASS

Paulo Ferrinho
Diretor do IHMT NOVA

INTRODUÇÃO

Jorge Simões

Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa

Um desafio comum no desenho e na organização dos sistemas de saúde é encontrar o nível adequado para a realização e a implementação de políticas e administração da saúde. Muitos países têm descentralizado as competências em matéria de saúde, procurando o equilíbrio de ganhos em saúde, equidade no acesso aos cuidados e eficiência no funcionamento do sistema. Analisando os argumentos a favor e contra, em muitos casos, os mesmos motivos são utilizados para justificar o movimento em direções opostas, mas dada a natureza multidimensional e complexa de descentralização, há dificuldades em atribuir os resultados à descentralização.

Em Portugal, o tema é controverso. Formalmente, a descentralização é uma palavra-chave do enquadramento constitucional do Serviço Nacional de Saúde (SNS). De um ponto de vista meramente normativo, o SNS é gerido em nível regional, com responsabilidade pelo estado de saúde da população, a coordenação de todos os níveis de prestação de cuidados de saúde e a distribuição de recursos financeiros de acordo com as necessidades da população. Esse princípio está em consonância com as tendências das reformas verificadas em muitos países, onde a descentralização é encarada como um meio eficaz de melhorar a oferta de serviços e a alocação de recursos de acordo com as necessidades, envolver a comunidade no processo de tomada de decisão relativa à saúde e reduzir as desigualdades em saúde. Contudo, na prática, a responsabilidade pelo planeamento, financiamento e gestão do SNS permanece altamente centralizada. Com efeito, na prática, a participação dos municípios portugueses nas políticas de saúde e na gestão das unidades do SNS é modesta, destacando-se a sua participação no conselho de administração das unidades locais de saúde e um conjunto restrito de responsabilidades, no âmbito dos cuidados de saúde primários, que a Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto, contemplou no quadro de transferência de competências para as autarquias locais.

É, portanto, um tema difícil e pouco analisado em Portugal. Por isso, em outubro de 2018, o Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa organizou o Seminário “Municípios e Saúde”, que pretendeu constituir uma viagem por diversos países, para melhor conhecer a relação entre os seus municípios e a saúde.

Esse seminário pretendeu atingir quatro objetivos fundamentais: aprofundar aspetos doutrinários e modelos teóricos associados ao tema dos municípios e a saúde; conhecer e analisar realizações concretas nesta área; avaliar o impacto de um processo de intervenção dos municípios na saúde; discutir desenvolvimentos futuros desse processo.

A viagem analisou, entre outros, os modelos de intervenção dos municípios na saúde em países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa – CPLP (Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste) e em países da Europa (Alemanha, Espanha, Itália, Inglaterra e Suécia).

Das intervenções no Seminário, nasceu este número da Revista. Para sua elaboração, escolhemos cinco textos.

O primeiro, de **Nuno Cunha Rodrigues**, português, professor na Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, desdobra-se em quatro partes.

Na primeira parte, enuncia-se a teoria do federalismo financeiro. Diz o autor que o ponto de partida da análise das relações financeiras entre diferentes níveis de governo reside na afirmação segundo a qual o financiamento deve seguir a função, ou seja, deve ser a despesa a predeterminar a receita. Assim, teremos que definir se e quando se justifica avançar para a descentralização de competências, associando, desde logo, a receita necessária. Será o alcance do benefício a ditar se o bem em causa deve ser provido pelo nível central ou por outros níveis de decisão (regional ou local). Por exemplo, o alcance do benefício da iluminação pública será de âmbito local; o das Forças Armadas é de âmbito nacional; já a definição da Política Agrícola Comum terá uma dimensão europeia. Isso justificaria que, à medida que novas atribuições e competências fossem transferidas do Estado central para os governos infraestaduais, estes fossem obtendo novas receitas ou vissem ampliadas as já existentes. A ligação entre as competências transferidas e os recursos financeiros necessários acabou, contudo, por não se fazer. Ao invés, verificou-se uma transferência de verbas casuística nos orçamentos anuais do Estado, determinada, em grande medida, pelas conjunturais possibilidades financeiras do Estado.

Em seguida, analisa o modelo de organização político-administrativo e financeiro das regiões autónomas dos Açores e da Madeira. Aqui, permitiu-se que as regiões autónomas passassem a dispor de uma autonomia financeira que compara e vai mais além, em alguns domínios, do que autonomias de outros Estados, como as comunidades autónomas espanholas ou as regiões de estatuto especial da Itália. Nota-se, porém, que a autonomia financeira outorgada visa atenuar os custos de insularidade que se verificam nas regiões autónomas e diluir as assimetrias económicas existentes quando comparadas com outras regiões do continente. No plano da descentralização financeira, as regiões autónomas correspondem, por isso, a um nível intermédio de decisão que se interpõe entre o Estado central e as autarquias locais.

Na terceira parte, procura-se estudar o modelo das autarquias locais, em particular, dos municípios. A amplitude da autonomia financeira concedida pelo legislador constituinte às autarquias locais é bem menor do que a das regiões autónomas: as autarquias locais não dispõem do poder de adaptação do sistema fiscal nacional, mas apenas da afetação de um conjunto relevante de receitas tributárias. No entanto, a dimensão da autonomia financeira das autarquias locais tem vindo a ser ampliada uma vez que se vai ganhando consciência de que as decisões mais eficientes são as tomadas o mais próximo possível das populações – encontrando-se aqui afirmado o

princípio da subsidiariedade – e, por outro lado, atendendo à gradual transferência de competências da administração central para as autarquias locais.

Por fim, o autor aborda a reforma em curso, em Portugal, que visa dotar as autarquias locais de novas competências conferidas pelo Estado central, especialmente no domínio da saúde e da educação.

A nova Lei-quadro da transferência de competências para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais segue, no que respeita, a transferência de competências e, em grande medida, o disposto em diploma de 2015, que estabelecia o regime de delegação de competências nos municípios e entidades intermunicipais no domínio de funções sociais. Estes dois setores – educação e saúde – serão, seguramente, áreas de difícil concretização da transferência de competências para as autarquias locais.

Por quê? Desde logo, porque importa debater, previamente, a forma como o Estado encara a realização de políticas sociais nessas áreas. A salvaguarda desses direitos fundamentais deve ser realizada pelo Estado ou por entes infraestaduais de base territorial que, no caso das autarquias locais, não dispõem sequer de poder legislativo? Até onde pode ir a transferência de competências para as autarquias locais, sabendo-se que, por meio desta, o Estado central se desonera de certas obrigações? A transferência de competências para as autarquias locais, nomeadamente no domínio da saúde e da educação, será feita de forma ad hoc, isto é, município a município. Será, por isso, uma verdadeira reforma?

Assim, o autor interroga-se, finalmente, se não podemos estar a criar um país assimétrico em que municípios idênticos prestam serviços públicos de natureza e qualidade diversa, nomeadamente no domínio da educação e da saúde.

Anna Coleman, inglesa, professora na Universidade de Manchester, constata que, em muitos países do mundo, existe um desafio comum: encontrar o nível adequado de administração e implementação de numerosas políticas públicas. Muitos países descentralizaram, em certa medida, a responsabilidade pela saúde básica, procurando o melhor equilíbrio entre a melhoria da saúde, a equidade no acesso aos serviços, a eficiência e a relação custo-benefício, considerando a complexidade causada pelo envelhecimento das populações e pelas pessoas que vivem mais tempo com múltiplas condições de saúde, em um contexto de limitações orçamentais. Devido à natureza complexa da descentralização/desconcentração e a múltiplas outras iniciativas que são desenvolvidas ao mesmo tempo, é difícil atribuir resultados às concretas políticas. Além disso, o sucesso de tais políticas também depende, em larga medida, do contexto; por isso, as lições aprendidas em um país (ou parte de um país) são, muitas vezes, difíceis de serem exportadas para outros. Vários países europeus (por exemplo, Dinamarca, Noruega e Suécia) aprovaram, nos últimos 15 anos, legislação que,

de diferentes formas, oferecem aos governos locais papéis-chave na saúde pública. Na prática, porém, a responsabilidade pelo planejamento, financiamento e gestão dos serviços de saúde, especialmente na Inglaterra, continua a ser altamente centralizado.

No Reino Unido, só a partir dos anos de 1970 é que a desconcentração, em nível nacional (país), tornou-se uma questão política importante; e, desde o final da década de 1990, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte têm alguns poderes autônomos delegados pelo Parlamento do Reino Unido. Isso permitiu que os países permanecessem como parte do Reino Unido, mas podendo desenvolver formas de autogoverno e alcançar uma maior autonomia.

Apesar da desconcentração, os sistemas de saúde em cada país do Reino Unido têm objetivos e valores semelhantes: são financiados por impostos, têm cobertura universal, são abrangentes, cobrem todas as necessidades da saúde e são gratuitos para toda a população.

Espera-se que o novo plano de longo prazo do NHS clarifique quais serão os papéis da administração local, parcerias descentralizadas e outras formas de subdivisões administrativas potenciais. Nos próximos anos, a busca do nível subdivisivo administrativo ideal vai continuar.

Roberto Nuño-Solinís, espanhol, professor na Universidade de Deusto, em Bilbao, em Espanha, afirma que o papel desempenhado pelos municípios espanhóis nos cuidados de saúde é marginal. Falta-lhes o poder, os recursos e a visibilidade necessários. Essa realidade é o resultado de dois processos que ocorreram nas últimas quatro décadas: a descentralização das competências da saúde para as regiões espanholas e a centralização radical pelas regiões dos recursos existentes. Na última década, os serviços regionais de saúde têm desenvolvido estratégias ativas para a transformação do sistema de saúde para enfrentar a realidade de uma população envelhecida, com uma elevada prevalência de cronicidade e multimorbidade. Como resultado dessas estratégias, estão surgindo modelos clínicos e organizacionais mais integrados, eficientes e sustentáveis. Do mesmo modo, ficou provado que o potencial de eficiência dos novos modelos é muito maior quando os serviços sociais também são integrados. Dado que esses serviços de proximidade são geridos pelos municípios, começa a emergir um novo modelo de combinação saúde-social. Nesse contexto, os municípios têm potencial para recuperar a proeminência dada a sua proximidade com o cidadão, a possibilidade de proporcionar oportunidades de participação e a capilaridade da sua rede de serviços.

Uma compreensão adequada do papel atual e futuro dos municípios no setor de saúde espanhol requer a identificação e a análise em profundidade de uma série de quatro macrotendências de alto impacto esperado, que o autor descreve como *tsu-*

namis. Uma metáfora que não procura evocar o catastrofismo, mas uma mudança radical na realidade existente.

O primeiro *tsunami* é o envelhecimento da população, que também tem um impacto transversal; e as projeções existentes apontam a Espanha como o país mais idoso do mundo em 2040. Além disso, juntamente com o envelhecimento da população, é também possível observar a diminuição progressiva do número de prestadores de cuidados informais devido à incorporação maciça de mulheres no trabalho.

Acompanhando esse prolongamento da longevidade, há um aumento na prevalência de condições crônicas e multimorbidade. Ambos os fenômenos estão associados ao envelhecimento, por conseguinte, não é de surpreender que 91,8% da mortalidade na Espanha seja atribuída às doenças crônicas. O aumento da população idosa, com múltiplas condições crônicas, traduz-se em um aumento da procura de serviços de saúde e de cuidados prolongados.

Uma terceira macrotendência é o efeito de inovações biofarmacêuticas e tecnológicas, que ajudaram no aumento da sobrevivência e na redução da letalidade de muitas doenças. Essas inovações estão contribuindo para a mudança, por meio do efeito da transformação digital, de setores inteiros da atividade econômica, modificando, de forma radical, comportamentos e normas sociais.

Por último, outra tendência maciça é o despovoamento e o envelhecimento do mundo rural, no qual os impactos demográficos descritos são fortemente impulsionados pelo fluxo migratório do campo para a cidade. Na Espanha, esse fenômeno é particularmente visível no Noroeste Peninsular e no chamado deserto Celtiberiano.

Esses quatro *tsunamis* são combinados com a escassez de recursos; e não existem soluções milagrosas para enfrentar a crônica insuficiência orçamental do setor público da saúde, sendo necessário apostar na melhoria da técnica e da eficiência distributiva dos recursos disponíveis, juntamente com as políticas de racionalização e priorização de benefícios.

Como resultado desses quatro *tsunamis*, uma agenda muito completa para a transformação dos serviços sociais e de saúde emerge juntamente com a necessidade de repensar os sistemas sociais e de saúde. Nesse processo de transformação, é notória a ausência do âmbito municipal, excluído do setor da saúde nas últimas décadas, por meio de um conjunto de reformas legislativas e de decisões políticas. O papel dos municípios na saúde é residual, e não existem iniciativas relevantes para incentivá-lo. Isso não invalida o papel que as administrações locais desempenham na proteção e na promoção da saúde, em iniciativas como o Projeto Cidades Saudáveis, promovido pela OMS.

Holger Pressel, alemão, de AOK Baden-Württemberg, afirma que, em teoria, no modelo de previdência social financiado por contribuições do sistema Bismarck, como é o caso alemão, os municípios não desempenham um papel relevante.

Todavia, na prática, os municípios cumprem várias tarefas obrigatórias no sistema de saúde alemão, em especial, a prestação de cuidados de internação no âmbito do planejamento hospitalar e a prestação de serviços de emergência. Além disso, os municípios são obrigados a cumprir as tarefas do Serviço Público de Saúde (ÖGD).

A missão central do ÖGD é proteger e promover a saúde dos cidadãos. O serviço público de saúde é, geralmente, regulado nos 16 estados federais por suas próprias leis estaduais, portanto, o ÖGD vem dependendo das ações específicas de cada estado. Em Baden-Württemberg, o ÖGD cumpre uma variedade de tarefas, por exemplo, planejamento da saúde e relatórios sobre saúde, promoção e prevenção, bem como proteção da saúde e controle de infecções. Essa tarefa é realizada pelas autoridades sanitárias dos distritos urbanos e rurais como parte das unidades administrativas municipais. Outras tarefas obrigatórias dos municípios nos cuidados de saúde decorrem de regulamentações nacionais individuais. Um exemplo disso em Baden-Württemberg são as conferências municipais de saúde. Trata-se de “diálogos de campo”, no âmbito dos distritos rurais e urbanos, responsáveis pelos processos regionais de desenvolvimento dos objetivos locais de cuidados de saúde.

Além das tarefas obrigatórias, os municípios têm a possibilidade de se voluntariar para os cuidados de saúde. Os exemplos incluem o estabelecimento de uma instalação para cuidados de proximidade, a criação de um lar de idosos, bem como o serviço de orientação municipal para aqueles que necessitam de cuidados. Além disso, os municípios têm a possibilidade de desenvolver centros de assistência médica. Ao criar um centro de saúde comunitário, os municípios podem influenciar ativamente os cuidados médicos locais. No entanto, até o momento, eles têm feito pouco uso dessa opção. Todavia, é concebível que essas opções sejam adotadas com maior frequência no futuro, especialmente nas zonas rurais.

Fernando Cupertino de Barros, médico e professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, e **Flavio de Andrade Goulart**, médico e professor da Universidade de Brasília, apresentam uma visão crítica sobre a municipalização da saúde no Brasil, apontando seus pontos positivos, suas fragilidades, os problemas decorrentes de sua implementação e as perspectivas atuais.

A nova Constituição Federal no Brasil, em 1988, introduziu uma mudança radical no panorama social ao definir a saúde como “um direito do cidadão e um dever do Estado”, além de diversos outros direitos fundamentais. Para tanto, a Carta Magna estabeleceu a conformação de um Sistema Único de Saúde (SUS), pautado nas diretrizes de descentralização, atenção integral e participação da comunidade, com

o financiamento tripartite assegurado pela União e pelos estados, Distrito Federal e municípios. Foi assim introduzido um modelo federativo inovador, caracterizado pela responsabilização das três esferas de governo, dotadas de autonomia pela Constituição, além de amplas atribuições na gestão das políticas públicas. A relação de interdependência que se estabeleceu em tal modelo é indissociável da noção de que a autoridade é exercida pela negociação entre os entes, sem caráter de subordinação.

No entanto, o Brasil convive, ainda atualmente, com um quadro de importantes desigualdades regionais, geradoras de uma excessiva dependência da maioria de estados e municípios com relação aos recursos financeiros originários da União. Dessa maneira, o sentido de uma forma federativa de organização do Estado perde força ante a incapacidade de gestão das atividades e funções atribuídas a cada um de seus entes. Há três elementos que se destacam como resultado do impacto fortemente positivo da municipalização da saúde do Brasil e que têm merecido a atenção de inúmeros estudiosos: a proximidade dos cidadãos com o sistema e com os serviços de saúde, a ampliação do acesso a ações e serviços de saúde e a melhoria de diversos indicadores de saúde. Além disso, deve ser citada a instituição de um *modus operandi* relativamente inédito nas políticas públicas do País, qual seja o da responsabilização municipal, não só na saúde como em outras políticas públicas.

Identificam, também, pontos negativos: o financiamento público do SUS no Brasil, que tem sido, ao longo dos anos, absolutamente insuficiente; a heterogeneidade dos municípios, pois o Brasil conta, atualmente, com 5.570 municípios; e as dificuldades com o modelo de descentralização escolhido, que não conseguiu efetivar a integração entre os entes por meio da regionalização da atenção, conforme previsto na Constituição. Ademais, os autores, colocam uma questão fundamental: e se fôssemos começar de novo?

Respondem que: o caminho a ser adotado, hoje, deveria ser o de descentralizar a saúde em bases regionais, com governação regional e em uma articulação solidária entre os municípios. Não se trata de considerar que a municipalização tenha sido um erro; antes, foi uma necessidade, dadas a conjuntura, as exigências sociais por mudanças e o imperativo de implantar um sistema de saúde que apresentava uma grande novidade: a saúde como um direito de cidadania. Hoje, contudo, percebe-se que a radicalidade nessa opção de se descentralizar uniformemente, ignorando as imensas disparidades dos municípios entre si, trouxe benefícios inequívocos, mas provocou imensos problemas que ainda estão por ser solucionados: a municipalização não conseguiu lograr a integração de serviços, instituições e práticas nos territórios, tampouco a formação de arranjos mais cooperativos na saúde.

Outros elementos deveriam somar-se aos anteriores para que um movimento de descentralização, efetivamente, colhesse os resultados a que se propõe: descentralizar responsabilidades segundo as capacidades dos municípios e, ao mesmo tempo, fo-

mentar uma articulação solidária e cooperativa entre eles; trabalhar a organização dos serviços de saúde em redes regionais integradas, com atribuições bem definidas, com financiamento suficiente e com gestão qualificada; estabelecer uma política de recursos humanos com o envolvimento das três esferas de governo, abrindo-se a possibilidade de que a responsabilização operacional e financeira possa ser eventualmente localizada em estruturas regionais ou mesmo estaduais, e não apenas municipais; fortalecer as instâncias administrativas das secretarias municipais de saúde, tornando-as aptas a realizar suas funções com eficiência e eficácia, inclusive na utilização dos sistemas de informação não apenas como repositório de dados, mas como material necessário à permanente avaliação dos resultados e à correção de rumos; modelar a rede de serviços de modo a responder às realidades epidemiológicas e demográficas, tendo os cuidados de saúde primários como o nível de coordenação da linha de cuidados em saúde; aprimorar a qualidade dos cuidados de saúde primários; enfrentar o problema da existência de grande número de hospitais de pequeno porte, sem viabilidade econômica e sem eficácia na prestação de serviços, destinando-os a outros tipos de tarefas; promover uma articulação sinérgica com o setor privado, de modo especial com as entidades filantrópicas, a fim de racionalizar custos, potencializar eficiência e facilitar o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde por eles requeridos.

Por todo o exposto, a descentralização da saúde no Brasil necessita encontrar os meios para vencer tantos desafios, de modo a tornar possível o sucesso do SUS em sua missão de possibilitar que a saúde seja mesmo um direito de cidadania, expresso na capacidade de agir de modo organizado e efetivo nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos cidadãos.

Em **suma**, a análise comparativa da participação dos municípios nos serviços de saúde mostra-nos realidades diversas, espelho de diferentes percursos políticos e sociais e características geográficas.

Em poucos países, a gestão e a responsabilidade dos serviços de saúde competem aos municípios ou aos órgãos de administração local. Na maioria dos países, existem experiências de descentralização ou desconcentração das competências para o âmbito municipal, ou local, com graus diferentes de resultados.

Essas experiências destacam duas questões fundamentais: por um lado, a necessidade de contar com organizações locais capazes de atender a uma crescente procura de cuidados integrados, combatendo, portanto, a fragmentação que continua a ser generalizada em todo o mundo; por outro, a proximidade das autoridades de saúde em nível local pode promover a agilidade e a transparência da informação, que, ao mesmo tempo, incentiva a participação dos cidadãos. As organizações locais podem responder às especificidades do território, bem como incentivar a participação dos cidadãos, desempenhando um papel consultivo, mas também um papel regulador dos serviços.

Os municípios desenvolvem, em muitos casos, programas de proteção social e promoção da saúde, dentro de um conceito mais amplo que pode ser chamado de serviços de proximidade. Desenvolvem, muitas vezes, uma grande variedade de soluções para questões de integração entre diferentes linhas de serviços, encontram fórmulas de trabalho para incentivar a participação pública e constroem sistemas de gestão flexíveis, que fornecem muitos serviços por meio de diferentes estruturas e processos organizacionais: fundações, parcerias, empresas públicas, redes. Essas fórmulas constroem pontes entre os cidadãos e os órgãos de direção, gerando maior grau de sensibilização, aumentando os níveis de decisões informadas e de influência da população na tomada de decisões nas políticas de saúde.

CAPÍTULO 1

Modelos infraestaduais de organização administrativa e financeira: as regiões autônomas e os Municípios

Nuno Cunha Rodrigues*

Professor Associado da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa

Titular de uma Cátedra Jean Monnet

Portugal

* Este texto corresponde à intervenção realizada no seminário sobre os municípios e a saúde no dia 18 de outubro de 2018. Agradeço ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa e ao Senhor Professor Jorge Simões o convite para participar no seminário.

Resumo

O artigo corresponde à conferência de abertura realizada no dia 18 de outubro de 2018 no seminário sobre os Municípios e a Saúde, que teve lugar na aula magna do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) da Universidade Nova de Lisboa. O texto desdobra-se em quatro partes. Na primeira parte, enuncia-se a teoria do federalismo financeiro. Em seguida, analisa-se o modelo de organização político-administrativo e financeiro das regiões autónomas. Na terceira parte, procura-se estudar o modelo das autarquias locais, em particular, dos municípios. Por fim, aborda-se a reforma em curso que visa dotar as autarquias locais de novas competências conferidas pelo Estado central, especialmente no domínio da saúde e da educação.

Palavras-chave: Teoria do Federalismo Financeiro. Regiões Autónomas Autarquias Locais. Descentralização da saúde.

Abstract

The article corresponds to the opening conference held on October 18, 2018 in the seminar on Municipalities and Health that took place in the Institute of Hygiene and Tropical Medicine (IHMT) of the New University of Lisbon. The text unfolds in four parts. The first part states the theory of financial federalism. Next, the model of political-administrative and financial organization of the Autonomous Regions is analysed. The third part seeks to study the model of local authorities, particularly municipalities. Finally, the current reform is examined, which is aimed at empowering local authorities with new tasks, especially in the field of health and education.

Key-words: *Theory of Financial Federalism. Autonomous Regions. Local Authorities. Decentralization of health.*

A teoria do federalismo financeiro

Foi-me proposto que analisasse dois modelos infraestaduais de organização administrativa e financeira de base territorial: as regiões autónomas e os Municípios.

Trata-se de um desafio complexo, no momento em que se discute a transferência de novas competências para os municípios.

Segundo a teoria do federalismo financeiro, o ponto de partida da análise das relações financeiras entre diferentes níveis de governo reside na afirmação segundo a qual o financiamento deve seguir a função, ou seja, deve ser a despesa a predeterminar a receita¹.

Assim, teremos que definir se e quando se justifica avançar para a descentralização de competências, associando, desde logo, a receita necessária.

Será o alcance do benefício a ditar se o bem em causa deve ser provido pelo nível central ou por outros níveis de decisão (regional ou local).

Por exemplo, o alcance do benefício da iluminação pública será de âmbito local; o das Forças Armadas é de âmbito nacional; já a definição da Política Agrícola Comum terá uma dimensão europeia.

Isso justificaria que, à medida que novas atribuições e competências fossem transferidas do Estado central para os governos infraestaduais, estes fossem obtendo novas receitas ou vissem ampliadas as já existentes.

Disso mesmo fazia eco a anterior Lei das Finanças Locais, a Lei n.º 2/2007 – ao prever que a transferência de competências fosse acompanhada dos recursos financeiros adequados – ou, mais recentemente, o Decreto-Lei n.º 30/2015, de 12 de fevereiro.

A ligação entre as competências transferidas e os recursos financeiros necessários acabou, contudo, por não se fazer.

Ao invés, verificou-se uma transferência de verbas casuística nos orçamentos anuais do Estado, determinada, em grande medida, pelas conjunturais possibilidades financeiras do Estado, pontualmente determinadas.

Certo é que a teoria do federalismo financeiro permite compreender a criação de estruturas político-administrativas infraestaduais, aptas a aproximar o poder de decisão das populações regionais ou locais.

O modelo de organização político-administrativo e financeiro das regiões autónomas

O 25 de abril possibilitou a concretização de antigas aspirações autonomistas das populações insulares, que se tinham confrontado, desde sempre, com a forte tradição centralista do Estado português².

1. Sobre esta teoria vide, por todos, Cabral NC. A teoria do federalismo financeiro. 2. ed. Coimbra: Almedina; 2015.

2. Sobre a evolução histórica das Regiões autónomas, vide Ferreira EP, Rodrigues NC. O poder autonómico. In: Reis A, Rezola MI, Santos PB, coordenadores. Dicionário de História de Portugal: o 25 de abril. Lisboa: Figueirinhas; 2018, p. 10-23.

Desde 1976, a Constituição da República Portuguesa consagra um regime político administrativo próprio dos arquipélagos dos Açores e da Madeira com fundamento, como refere o artigo 225.º da Constituição, “nas suas características geográficas, económicas, sociais e culturais e nas históricas aspirações autonomistas das populações insulares”.

Este regime traduz-se, atualmente, na consagração de:

- i) Autonomia política (existência de órgãos de governo próprios);
- ii) Autonomia normativa (competência legislativa e regulamentar no âmbito territorial próprio);
- iii) Autonomia administrativa (competências e funções não inteiramente subordinadas à administração central);
- iv) Autonomia económica e financeira (com a garantia de recursos económicos e financeiros adequados e suficientes para a prossecução das tarefas constitucionais e legalmente atribuídas às regiões);

A criação das regiões autónomas constituiu, por tudo isto, uma das mais profundas inovações constitucionais no domínio das estruturas do Estado. Trouxe aos dois arquipélagos um conjunto de meios que permitiu uma mudança nas sociedades de ambas as regiões. Atente-se, em particular, na autonomia financeira.

É sabido que, nas regiões autónomas, o aprovisionamento de bens públicos revela-se de maior acuidade diante dos custos de insularidade e da necessidade de afetar bens públicos cujos benefícios têm uma difusão espacial diferenciada³.

Daí decorre a necessidade de uma ampla autonomia política e financeira que possibilite ao decisor, ante as idiosincrasias regionais, apreender e decidir conforme as necessidades da população regional.

A autonomia financeira outorgada às regiões autónomas visa, por isso, possibilitar o aumento da eficiência económica decorrente de uma afetação de recursos mais ajustada às preferências dos cidadãos.

Compreende-se, também assim, a outorga de autonomia financeira às regiões autónomas, no contexto da autonomia política afirmada desde a versão inicial da Constituição de 1976.

No entanto, foi só com a revisão constitucional de 1997 que a matéria respeitante ao regime das finanças das regiões autónomas (vide artigo 164.º, alínea t) passou a ser prevista como sendo da reserva absoluta da Assembleia da República, o que possibilitou, mais tarde, a aprovação da primeira versão da Lei de Finanças das Regiões Autónomas (LFRA), em 1998.

3. Sobre a evolução histórica das finanças das Regiões autónomas e contendo elementos adicionais sobre o atual enquadramento jurídico-financeiro, vide Cabral NC, Rodrigues NC. Finanças dos subsectores: finanças da segurança social; regionais e locais. Coimbra: Almedina; 2017, p. 159-210.

Até então, o relacionamento financeiro entre o Estado e as regiões autónomas era feito, anualmente, por meio de negociações políticas, o que não conferia qualquer certeza jurídica ou estabilidade financeira às regiões autónomas.

É apenas a partir de 1997 que, por intermédio da Lei de Finanças Regionais, criaram-se regras que esclareceram as relações financeiras entre o Estado e as regiões autónomas, evitando as vicissitudes das constantes negociações políticas.

Permitiu-se que as regiões autónomas passassem a dispor de uma autonomia financeira que compara e vai mais além, em alguns domínios, do que autonomies de outros Estados-membros como as comunidades autónomas espanholas ou as regiões de estatuto especial da Itália. Basta pensar no princípio da reversão total dos impostos gerados ou arrecadados nas regiões autónomas.

Note-se, porém, que a autonomia financeira outorgada visa atenuar os custos de insularidade que se verificam nas regiões autónomas e diluir as assimetrias econômicas existentes quando comparadas com outras regiões do continente.

No plano da descentralização financeira, as regiões autónomas correspondem, por isso, a um nível intermédio de decisão que se interpõe entre o Estado central e as autarquias locais.

Aqui chegados, é importante proceder a duas notas relativas às autarquias locais sediadas nas regiões autónomas:

- i) O quadro legal e financeiro em que as autarquias locais sediadas nas Regiões autónomas se movem é rigorosamente igual ao das autarquias locais sediadas no continente, aplicando-se-lhes, da mesma forma, a Lei de Finanças Locais;
- ii) Podem existir algumas especificidades no relacionamento financeiro entre as autarquias locais localizadas nas regiões autónomas e estas Regiões, em particular no contexto das competências que estão neste momento a ser transferidas.

É que as autarquias locais localizadas nas regiões autónomas podem ser chamadas a prosseguir competências e atribuições que, de alguma forma, sobrepõem-se às áreas justamente consideradas nos Estatutos Político-administrativos como matérias de interesse específico regional (como acontece, por exemplo, no domínio da saúde, educação, ação social, ambiente ou ordenamento do território).

Nesses casos, estando no âmbito da respetiva autonomia política e administrativa, as regiões autónomas podem financiar as autarquias locais nela localizadas, regulando, mediante diplomas legislativos e regulamentares próprios, os termos dessa colaboração e/ou delegação de competências.

É justamente por isso que o artigo 9.º da Lei-quadro da transferência de competências para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais – Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto – prevê que esta “não abrange as atribuições e competências das regiões autónomas”, sendo a “transferência de atribuições e competências para as autarquias locais nas regiões autónomas dos Açores e da Madeira” regulada por diploma próprio, mediante iniciativa legislativa das respetivas assembleias legislativas.

No caso de as competências serem atualmente exercidas pelas regiões autónomas, o financiamento deverá ser assegurado por transferências do Orçamento da região autónoma para as autarquias locais.

O modelo financeiro das autarquias locais

As autarquias locais resultam igualmente da Constituição de 1976, sendo justamente consideradas como um dos exemplos de sucesso da nossa democracia⁴.

É certo que a amplitude da autonomia financeira concedida pelo legislador constituinte às autarquias locais é bem menor do que a das regiões autónomas.

De forma exemplificativa, as autarquias locais não dispõem do poder de adaptação do sistema fiscal nacional – como acontece com as regiões autónomas –, mas apenas da afetação de um conjunto relevante de receitas tributárias – como acontece com o IMI ou o IMT.

As autarquias locais dispõem ainda de receitas próprias provenientes do Fundo de Equilíbrio Financeiro (FEF) e do Fundo Social Municipal (FSM).

O FSM prevê subvenções específicas e condicionadas à sua utilização em três áreas sociais, Saúde, Educação e ação Social.

A distribuição do FSM atende a critérios *ad hoc*, como sejam a frequência do ensino pré-escolar e básico, o número de utentes em centros de saúde ou em lares, prevendo-se penalidades para o caso de utilização para outros fins. A descentralização de competências nesse domínio já se iniciou portanto.

Com efeito, e ao longo dos anos, a dimensão da autonomia financeira das autarquias locais tem vindo a ser ampliada uma vez que se vai ganhando consciência de que as decisões mais eficientes são as tomadas o mais próximo possível das populações – encontrando-se aqui afirmado o princípio da subsidiariedade – e, por outro lado, atendendo à gradual transferência de competências da administração central para as autarquias locais.

4. Sobre a evolução histórica das finanças das autarquias locais e contendo elementos adicionais sobre o atual enquadramento jurídico-financeiro, vide Cabral NC, Rodrigues NC. Finanças dos subsectores: finanças da segurança social; regionais e locais. Coimbra: Almedina; 2017, p. 211-269.

Podemo-nos interrogar sobre a bondade dessa transferência de que hoje se fala, mas que não é, em rigor, uma novidade. Vejamos.

Recentemente, foi aprovada a Lei-quadro da transferência de competências para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais. Essa lei segue, no que respeita à transferência de competências e, em grande medida, o disposto no Decreto-Lei n.º 30/2015, de 12 de fevereiro, que estabelecia o regime de delegação de competências nos municípios e entidades intermunicipais no domínio de funções sociais.

Mais tarde, ainda no decorrer deste ano, serão aprovados os diplomas setoriais da descentralização, como sejam nas áreas da saúde e da educação (ainda que, reitero, não se trate de uma novidade absoluta)⁵.

Estes dois setores – educação e saúde – serão, seguramente, áreas de difícil concretização da transferência de competências para as autarquias locais.

Por quê? Desde logo, porque importa debater, previamente, a forma como o Estado encara a realização de políticas sociais nas áreas da Segurança Social; a Saúde e a Educação.

Pergunto: a salvaguarda desses direitos fundamentais deve ser realizada pelo Estado ou por entes infraestaduais de base territorial que, no caso das autarquias locais, não dispõem sequer de poder legislativo?

Até onde pode ir a transferência de competências para as autarquias locais, sabendo-se que, por meio desta, o Estado central se desonera de certas obrigações?

Qual deve ser a dimensão do Estado central?

Não devem existir critérios que obriguem à retração da descentralização, como sejam a existência de economias de escala?

Podemos impor essa reforma às autarquias locais unilateralmente?

A transferência de competências para as autarquias locais, nomeadamente no domínio da saúde e da educação, será feita de forma *ad hoc*, isto é, município a município. Será, por isso, uma verdadeira reforma?

Não podemos estar a criar um país assimétrico em que municípios idênticos prestam serviços públicos de natureza e qualidade diversa, nomeadamente no domínio da educação e da saúde?

É certo que a Lei-quadro, de 2018, recentemente aprovada, enumera, no artigo 2.º, um conjunto de princípios e regras que procuram assegurar, a final, uma uniformidade nacional na prestação de serviços aos cidadãos (é necessário atentar, por exemplo, na garantia de qualidade no acesso aos serviços públicos; na exigência de coesão ter-

5. Entretanto, foram publicados os Decretos-Lei n.ºs 97 a 107/2018, de 29 de novembro, que concretizaram a transferência de competências para os órgãos municipais em diversos domínios.

ritorial ou na garantia da universalidade e da igualdade de oportunidades no acesso ao serviço público).

No entanto, serão tais proclamações suficientes para permitir que a qualidade dos serviços prestados, a universalidade e acessibilidade destes sejam assegurados?

Ademais, como concretizar, a respeito de cada atribuição, poderes funcionais associados à transferência de competências como sejam poderes de regulação; de financiamento ou de gestão?

É que, note-se, passa a ser competência dos órgãos municipais, entre outros aspectos, participar no planeamento, na gestão e na realização de investimentos relativos aos estabelecimentos públicos de educação e de ensino bem como a novas unidades de prestação de cuidados de saúde primários.

Está em causa ainda saber identificar, de forma clara, os níveis de atuação do governo local – por exemplo, ensino básico (por contraposição ao ensino secundário e superior) – ou as atribuições cometidas aos governos locais – por exemplo, pessoal não docente, infraestruturas escolares ⁶.

Será que, no final, as ideias da teoria do federalismo financeiro que começaram por ser referidas – de harmonia com as quais deve ser a despesa a predeterminar a receita – estão a ser acolhidas na reforma em curso?

Estamos efetivamente a transferir para as autarquias locais funções sociais do Estado acompanhadas do respectivo e efetivo financiamento?

Note-se que essas interrogações não são contrárias à defesa de políticas descentralizadoras, nomeadamente nos domínios da saúde e da educação, à luz da teoria do federalismo financeiro e do princípio da subsidiariedade – constante quer do Tratado da União Europeia, quer da Constituição da República Portuguesa – anteriormente afirmados.

A reforma em curso é, por tudo isto, determinante para a melhoria do funcionamento do Estado e para o aumento do bem-estar dos cidadãos.

6. Recentemente, a OCDE criticou a reforma em curso em Portugal, referente à descentralização da educação, por considerar que esta devia permitir atribuir aos municípios a responsabilidade por todos os assuntos operacionais, incluindo a contratação de pessoal docente. Vide p. 22 do estudo intitulado OECD Reviews of School Resources: Portugal 2018. O estudo pode ser consultado em <https://www.oecd.org/portugal/oecd-reviews-of-school-resources-portugal-2018-9789264308411-en.htm>

CAPÍTULO 2

A mudança dos papéis dos municípios no desenvolvimento e implementação dos cuidados de saúde: desafios e oportunidades na Inglaterra

Anna Coleman

*PhD, School of Health Sciences, University of Manchester
Centre for Primary Care, Williamson Building, Oxford Road, Manchester M13 9PL
Tel.: 0161 2757621
e-mail: anna.coleman@manchester.ac.uk*

Resumo

Encontrar o nível certo de implementação e administração para numerosas Políticas Públicas é um desafio. Isto é provado, particularmente, no que se refere aos cuidados de saúde. Muitos países têm responsabilidades descentralizadas, em certa medida, para a saúde, procurando o melhor equilíbrio entre a melhoria da saúde, equidade no acesso aos serviços, eficiência e custo-benefício, em diferentes contextos políticos, padrões de trabalho históricos e questões específicas enfrentadas pelas suas populações. Na Inglaterra, há, atualmente, um impulso no sentido de um planejamento estratégico, em mais longo prazo, baseado na localidade, e de testar um novo trabalho integrado para resolver os dilemas estabelecidos pelos “problemas perversos”¹. Os desafios persistentes ao trabalhar além das fronteiras organizacionais, para tirar o máximo proveito dos orçamentos restritos, só serão superados se todos os potenciais parceiros se envolverem desde o início no melhor nível de tomada de decisões e de execução (subsidiaridade). Na Inglaterra, acaba de ser publicado um novo “Plano a Longo Prazo para o Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service – NHS*)”², que pode ajudar a proporcionar segurança e clareza em mais longo prazo sobre a forma como os sistemas de saúde, utilizando o planejamento baseado na localidade, irão se desenvolver e quais serão os papéis da administração local, das organizações de saúde, das parcerias descentralizadas e de outras formas de subdivisões administrativas em potencial. Os atuais planejamentos baseados na localidade já iniciados devem permitir uma melhor utilização dos orçamentos reduzidos, com um trabalho local inovador, mas apenas se os obstáculos de longa data no trabalho conjunto forem superados.

Palavras-chave: Municípios. Autoridades locais. Serviço Nacional de Saúde. Serviços de saúde. Planejamento baseado na localidade.

Introdução

A definição de município no dicionário é uma cidade, vila ou outro distrito que possua existência corporativa e geralmente seu próprio governo local; uma comunidade sob jurisdição municipal; ou órgão dirigente de tal distrito ou comunidade³. Pode ser descrito como uma subdivisão administrativa com fins gerais; e, até recentemente, na Inglaterra, teríamos definido com segurança estas áreas como áreas de governo

local (autarquia local). Nos últimos anos, a definição tornou-se mais complexa com a introdução de múltiplas novas formas de governação devido ao desenvolvimento da desconcentração, novos modelos de cuidados de saúde e acordos de planeamento local entre setores que potencialmente se sobrepõem para ter impacto na saúde e nos cuidados de saúde da população.

Em muitos países do mundo desenvolvido, existe um desafio em comum: encontrar o nível adequado de administração e implementação de numerosas políticas públicas. Muitos países descentralizaram, em certa medida, a responsabilidade pela saúde básica, procurando o melhor equilíbrio entre a melhoria da saúde, a equidade no acesso aos serviços, a eficiência e a relação custo-benefício, contra as complexidades causadas pelo envelhecimento das populações e pelas pessoas que vivem mais tempo com múltiplas condições de saúde, em um momento de limitação orçamentária. Devido à natureza complexa da descentralização/desconcentração e múltiplas outras iniciativas que serão desenvolvidas e promulgadas ao mesmo tempo, é frequentemente difícil atribuir conclusões e resultados às políticas únicas. Além disso, o sucesso de tais políticas também depende muito do contexto, por isso as lições aprendidas em um país (ou parte de um país) são, muitas vezes, difíceis de serem traduzidas para outros. Muitos países europeus (por exemplo, Dinamarca, Noruega⁴ e Suécia⁵) aprovaram, nos últimos 15 anos, legislações que, de diferentes formas, oferecem aos governos locais papéis-chave na saúde pública, incluindo equidade de saúde. Na prática, porém, a responsabilidade pelo planejamento, financiamento e gestão dos serviços de saúde, especialmente na Inglaterra, continua a ser altamente centralizado.

Nessa perspectiva, este artigo irá expor uma breve história do contexto inglês nos serviços de saúde e atenção básica nos últimos 50 anos. Isso abrangerá a tendência geral de os governos de todas as convicções políticas centralizarem o poder, mas, ao mesmo tempo, darem mais responsabilidade ao governo e às organizações locais de saúde (dentro do Serviço Nacional de Saúde – *National Health Service* – *NHS*). Algumas das iniciativas introduzidas para facilitar o trabalho conjunto entre organizações de diferentes setores (incluindo o NHS, as autoridades locais e o setor voluntário) na Inglaterra serão descritas, juntamente com a política atualmente favorecida para o “planejamento baseado na localidade”. O caso específico da desconcentração da saúde e dos cuidados sociais na Grande Manchester (GM) será brevemente discutido, mostrando como as subdivisões administrativas, recentemente em desenvolvimento, estão tentando resolver os obstáculos persistentes em sistemas inteiros que trabalham em toda a saúde e atenção básica e os seus mais variados fatores determinantes.

Métodos

Este artigo foi preparado e apresentado pela primeira vez no seminário sobre municípios e saúde, na Aula Magna do Instituto de Higiene e Medicina Tropical – IHMT da Universidade Nova de Lisboa – Nova, Lisboa, Portugal (outubro de 2018). O seminário visava alcançar quatro objetivos fundamentais: aprofundar um entendimento sobre os municípios e a saúde; trocar conhecimentos sobre realizações concretas nesta área; avaliar o impacto dos municípios na saúde; e discutir os desenvolvimentos futuros desse processo. No artigo que elaborei sobre a história do envolvimento dos municípios (governo local/autoridade) nos serviços de saúde, descrevi os desafios, oportunidades e a evolução da situação na Inglaterra. O caso específico da desconcentração da saúde e dos cuidados sociais na GM é brevemente descrito antes de concluir, sugerindo algumas formas potenciais de ajudar a superar os obstáculos tradicionais em um planejamento baseado na localidade, mais integrado com os serviços de saúde, dentro de um contexto de limitação orçamentária e envelhecimento das populações.

O Reino Unido e a desconcentração

Nos últimos 150 anos, a tendência dos governos do Reino Unido, de todas as convicções políticas, tem sido centralizar o poder. Só nos anos 1970 é que a desconcentração, em nível nacional (país), tornou-se uma questão política importante. Desde o final da década de 1990, o Reino Unido tem sido um estado unitário onde os países da Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte têm alguns poderes autônomos delegados pelo Parlamento do Reino Unido. Isso permitiu que os países permanecessem como parte do Reino Unido, mas podendo desenvolver formas de autogoverno e alcançar uma maior autonomia. Para facilitar isso, o Parlamento do Reino Unido conferiu vários poderes legislativos ao Parlamento Escocês eleito, à Assembleia Nacional do País de Gales e à Assembleia da Irlanda do Norte. Além disso, há a desconcentração executiva para o Governo Escocês (ex-executivo), o Governo da Assembleia Galesa e o Executivo da Irlanda do Norte (embora este último seja atualmente problemático). Cada um deles é responsável perante o Parlamento ou Assembleia do respectivo país e tem representação no Parlamento do Reino Unido em Westminster⁶.

De acordo com Coleman et al.⁶⁽³⁷⁷⁾, “desconcentração pode ser definida como a transferência ou delegação de poderes para um nível inferior, especialmente pelo governo central para uma administração local ou regional”. Contrastam a desconcentração

com o federalismo (por exemplo, EUA), uma vez que os poderes atribuídos à autoridade subnacional podem ser temporários e revogados pelo governo nacional. Para mudar os poderes federais, é necessária uma mudança constitucional. A nova gestão pública inspirou as reformas dos anos 1990⁷, que introduziram a desregulamentação, a delegação e a descentralização como meios de alcançar a eficiência, a concorrência e a capacidade de resposta na prestação do serviço público. Paralelamente, as reformas reforçaram o papel central do governo por meio da imposição de novas metas de desempenho, regulamentação e outros mecanismos de auditoria.

Enquanto a Escócia, a Irlanda do Norte e o País de Gales se aproveitaram da formação de legislaturas independentes e de uma maior descentralização no final da década de 1990, o mesmo não aconteceu na Inglaterra até muito mais tarde. Durante um período intermediário, houve muita frustração, pois todas as decisões que afetavam a Inglaterra foram tomadas por um Parlamento localizado no sudeste do país, com a argumentação de que tinha pouca percepção das questões enfrentadas pelo norte. Os apelos a uma maior descentralização na Inglaterra, da direita do espectro político, sugeriram que a descentralização geraria maior prosperidade e apoiaria a inovação, enquanto para os de esquerda, uma proposta de desconcentração de poder, orçamentos e tomada de decisões longe do governo nacional seria um contrapeso à desigualdade observada entre o norte e o sul do país.

Normalmente, as modalidades de desconcentração são definidas em detalhes por meio da legislação primária que define a extensão e o âmbito dos poderes descentralizados (tal como foi feito com a desconcentração para a Escócia, para o País de Gales e para a Irlanda do Norte). No entanto, dentro da Inglaterra, ainda não foi promulgado tal acordo legislativo. Como resultado, o país continua a ser governada pelo Parlamento Nacional do Reino Unido, enquanto as jurisdições descentralizadas também têm estruturas de assembleia regional.

Apesar da desconcentração no Reino Unido entre países, os sistemas de saúde locais em cada país ainda têm objetivos e valores semelhantes, são financiados por impostos com cobertura universal (o que significa que o padrão e a qualidade da prestação do serviço de saúde são esperados ser os mesmos em todo o país), são abrangentes e cobrem todas as necessidades da saúde. O que é importante é que os cuidados são gratuitos para toda a população que precisa dele, ao invés de somente para aqueles que podem pagá-lo⁸. Cada país tem também uma forma de governo local em funcionamento – tanto a Escócia como o País de Gales têm autoridades unitárias por todo lado, enquanto a Inglaterra tem uma mistura de tipos (uma e duas camadas). No entanto, desde o final da década de 1990, tem havido divergências políticas nos serviços de saúde. Por-

tanto, para evitar confusão, o foco deste estudo será apenas na situação inglesa. Este artigo irá fazer uma breve descrição do poder local inglês (autarquias), associada aos serviços públicos de saúde, o NHS, para definir um contexto dentro do qual irá apresentar algumas das iniciativas e políticas introduzidas no sistema para permitir uma maior atuação conjunta e o uso eficiente dos orçamentos reduzidos, considerando cada uma das mais complexas necessidades da população.

Governo Local na Inglaterra

Foi sugerido^{9,10} que, até muito recentemente, a Inglaterra era um dos estados europeus mais centralizados, com muitos serviços públicos sob o controle do governo nacional, tais como serviços de saúde, educação, transportes e desenvolvimento econômico. O Governo Local está dividido em mais de 350 autoridades locais na Inglaterra, que têm um papel mais limitado nos serviços de saúde do que muitos outros municípios dos países europeus. Apenas 25% do seu orçamento é obtido localmente por meio de impostos prediais⁹, sendo a maior parte do financiamento feita pelo governo central, estreitamente ligado à fiscalização e ao acompanhamento do desempenho. A partir de 2020, estima-se que 75% (em oposição aos 50% atualmente) dos impostos arrecadados de empresas locais sejam gastos localmente e com os principais subsídios do governo sendo gradualmente eliminados¹¹⁽⁴⁾. Isso proporciona oportunidades para utilizar uma maior parcela dos fundos angariados localmente, mas também aumenta os riscos potenciais se os fundos não forem disponibilizados. Está também em curso uma revisão¹² em torno do financiamento das autoridades locais individuais (*Fair Funding Review*) que “terá consequências potencialmente de longo alcance para todos os Conselhos”¹¹⁽⁴⁾ em termos de recursos recebidos e, portanto, serviços prestados que podem ser pagos.

No passado, as autoridades locais na Inglaterra criaram inúmeros serviços públicos, tiveram um papel de liderança no desenvolvimento econômico e estabeleceram muitos serviços públicos locais; e os seus líderes políticos eram, muitas vezes, figuras públicas sênior com posição nacional¹³. No entanto, sucessivos governos nacionais privaram as autoridades locais de grande parte da sua independência⁹. Além disso, em comparação com muitos outros países europeus, como a Suécia e a Alemanha, as autoridades locais inglesas tiveram um papel muito menor no sistema de saúde nos últimos 40 anos. As autoridades locais na Inglaterra trabalham com os seus conselheiros eleitos, residentes e outras partes do setor público para determinar e cumprir as prioridades locais. Fornecem uma variada gama de serviços, quer diretamente por meio dos seus

empregados, quer por meio da demanda de serviços de organizações externas, e são responsáveis pelo “bem-estar” econômico, social e ambiental da sua área.

Entre 1994 e 2011, a Inglaterra foi subdividida em 9 regiões não estatutárias, sendo esta a divisão subnacional mais elevada da Inglaterra. Desde a introdução das autoridades combinadas, em 2011, estas já não desempenham esse papel, mas continuam a ser utilizadas para fins estatísticos e administrativos. Abaixo disto, no nível mais local, há uma variedade de camadas simples (autoridades unitárias ou paróquias civis, as *Unitary Authorities*, os bairros ou freguesias chamados de *London Boroughs*, Distritos Metropolitanos) e duplas (condados com distritos de nível inferior associados) de autoridades locais, cujo número mudou ao longo do tempo. Durante o século XX, a estrutura do governo local foi reformada e racionalizada, com as áreas do governo local diminuindo em quantidade e aumentando em extensão, e as funções dos conselhos locais foram alteradas.

Existem atualmente cerca de 125 autoridades de camada única, 33 autoridades de camada superior e 201 autoridades de camada inferior. Uma autoridade unitária é responsável por todos os serviços do governo local em sua área, enquanto nas áreas dualistas, as responsabilidades são divididas entre os dois níveis, tornando as disposições e relações potencialmente mais complexas e caras (uma vez que cada nível é apoiado por oficiais locais e conselheiros eleitos). Nenhuma autoridade local tem controle direto sobre os serviços de saúde (NHS) (diferentemente dos relacionados com a saúde pública), mas tem responsabilidades por serviços que afetam os mais variados determinantes da saúde, tais como a saúde ambiental, saúde pública, habitação, transporte e lazer, e tem um papel a desempenhar na promoção do “bem-estar” da população¹⁴.

Antes da Lei do Localismo de 2011¹⁵, o único envolvimento direto de uma autoridade local com os serviços de saúde era por meio da Lei de Saúde e Assistência Social, de 2001¹⁶, que conferia às autoridades locais de camada superior/unitárias (aqueles com responsabilidades de assistência social) poderes específicos. Este incluía o direito de examinar e analisar as questões relativas aos serviços de saúde, de apresentar relatórios e recomendações aos organismos do NHS e de exigir que esses organismos fornecessem as informações solicitadas sobre o planejamento, comissionamento, a prestação e o funcionamento dos serviços de saúde¹⁷.

O objetivo da Lei do Localismo, de 2011¹⁵, era facilitar a devolução de maiores poderes de tomada de decisão do controle do governo nacional para mais próximo de indivíduos e comunidades. Nesse momento, cinco novas Autoridades Combinadas (um órgão jurídico permitindo vários conselhos locais trabalharem em conjunto com funções adicionais delegadas a partir do governo nacional – transporte, economia, regeneração),

com um trabalho em conjunto mais ambicioso, de delegação de poderes e recursos, foram estabelecidas ao lado de Parcerias Empresariais Locais (*Local Enterprise Partnerships* – LEPs que integraram as agências de desenvolvimento regional) e 26 Cidades de Negócios entre 2011 e 2013¹⁸. Em muitos casos, no entanto, o governo nacional manteve o controle sobre grande parte dos gastos, resultando em uma falta de poderes locais¹⁹. Existem atualmente nove autoridades combinadas em toda a Inglaterra, sete com acordos de desconcentração e prefeitos eleitos diretamente^{20,21} – GM sendo a primeira em abril de 2011. Mais descentralização para a GM requereu mais mudanças na legislação primária, e isso não foi anunciado até novembro de 2014 (ver seção posterior).

Muitas autoridades locais têm visto a desconcentração como um mecanismo para acessar um maior financiamento, embora o acordo de ter um presidente da câmara eleito localmente seja uma condição prévia para esse financiamento adicional. O processo de desconcentração tem, de acordo com Richards e Smith ²²⁽³⁹⁰⁾,

[...] criado uma situação em que as autoridades locais controlavam politicamente o trabalho, ao invés de se opor aos cortes do governo conservador como o fizeram na década de 1980, na verdade reforçou a sua capacidade de reduzir as despesas ao aplicar mais cortes, como parte de um acordo tácito de barganha para garantir mais poderes.

No entanto, esse tipo de desconcentração sugere vantagens consideráveis para a administração central, uma vez que o financiamento, em níveis reduzidos, é transferido para autoridades combinadas que têm responsabilidade (e prestação de contas) pela entrega dos serviços²³.

Saúde Pública

Nos termos da Lei da Saúde e Assistência Social, de 2012²⁴, (2012 Health and Social Care Act – HSCA12), a responsabilidade por muitos serviços e funções de saúde pública foi devolvida às autoridades locais, em que se encontrava antes da reorganização de 1974 (nos termos da Lei de Administração Local (*Local Government Act* – LGA) de 1972²⁵). De acordo com a LGA²⁶, a transferência de responsabilidades da saúde pública ao abrigo da Lei (2012) foi uma das extensões mais significativas dos poderes e deveres do governo local em uma geração, representando uma oportunidade única de mudar o foco do tratamento da doença para a promoção da saúde e assistência social. Essas mudanças foram algumas das menos controversas de todas as mudanças sob Lei de 2012, como algumas que falavam da saúde pública “voltando para casa”²⁷, e outras destacando as oportunidades de recentralizar a saúde pública sob os determinantes sociais como doença e desigualdades²⁸.

O sistema de saúde pública na Inglaterra sofreu uma reorganização substancial, com uma transferência abrangente de responsabilidades de saúde pública das organizações locais do NHS para as autoridades locais e Saúde Pública na Inglaterra (*Public Health England* – PHE) – sendo esta última uma nova agência do executivo que integrava uma vasta gama de antigos organismos, incluindo a Agência de Proteção da Saúde. A PHE foi responsável, em âmbito nacional, pela proteção da saúde, incluindo o planejamento de emergência e a melhoria da saúde. Essas mudanças estruturais tiveram implicações na forma como a função da saúde pública na Inglaterra foi abordada, organizada e realizada²⁹. No âmbito do novo sistema, o NHS continua a ser vital para proteger e melhorar a saúde da população e continua a ser responsável pela prestação de alguns serviços de saúde pública (por exemplo, imunizações e serviços de triagem) e pela promoção da saúde por meio da atividade clínica. No entanto, fora da área clínica, as principais responsabilidades pela melhoria da saúde das populações locais – incluindo a redução das desigualdades no domínio da saúde – são de competência das autoridades locais de camada superior e unitárias. Assim, a responsabilidade e a prestação de contas de muitos serviços tornaram-se muito mais complicadas.

Havia uma expectativa de que as autoridades locais seriam mais capazes de proporcionar melhorias de saúde nas populações locais do que o NHS foi no passado recente. De acordo com o Departamento de Saúde³⁰⁽⁴⁾,

[...] integrar a saúde pública no governo local permitirá uma maior coordenação e eficácia – os serviços serão planejados e prestados no contexto dos determinantes sociais mais amplos da saúde, como pobreza, educação, habitação, emprego, criminalidade e poluição.

Não obstante, essa situação opõe-se a um período de austeridade financeira sem precedentes, que afeta todos os serviços públicos, mas, especialmente, a administração local na Inglaterra e os desafios crescentes das escolhas de estilo de vida da população, com aumento das desigualdades entre os grupos sociais³¹. A LGA³² sugere que o financiamento para a saúde pública será reduzido em 14% (cerca de £ 531mi) até 2020. Enquanto dar responsabilidade para autoridades locais possibilita maiores oportunidades de trabalho mais próximo com outros serviços, impactando em amplos determinantes da saúde, a falta de financiamento, especificamente para a saúde pública, pode contrariar quaisquer benefícios.

O NHS na Inglaterra

A Lei do NHS, de 1948, transferiu às autoridades locais a gerência de hospitais para o recém-formado NHS, deixando as autoridades locais responsáveis pelos serviços

comunitários e pela saúde pública (até 1974). Isso deixou uma separação entre a saúde (livre no ponto de entrega para todos – o primeiro sistema de saúde na sociedade ocidental a oferecer⁸) e a assistência social (meios testados, com menos e menos financiamento público ao longo do tempo). A tensão entre o nível nacional e local também tem sido uma questão em curso no NHS. Embora financiado pelos impostos, a estrutura da tomada de decisões permitiu a discrição e a autonomia locais. No entanto, isso tem levado periodicamente às questões de equidade, prestação de contas e diferencial geográfico, conhecido no Reino Unido como a loteria do código postal³³.

Desde 1991, o NHS inglês tem sido organizado em torno de uma divisão entre “comissionamento” e “prestação” de serviços da saúde. Os regulamentos associados a essa separação simbolizam uma relação contratual baseada na ideia de “cliente” e “prestador de serviços”, com comissários que especificam o serviço necessário, e prestadores que concorrem para o prestar. Trata-se de uma cisão artificial introduzida para criar um mercado quasi-saúde, com concorrência interna e externa³⁴.

A maior mudança nos últimos tempos no NHS inglês ocorreu devido à Lei de Saúde e Assistência Social de 2012. A sua intenção fundamental refletiu-se no título precedente do Livro Branco (White Paper), de 2010, “libertar os profissionais e prestadores” do controle de cima para baixo³⁵. Procurou colocar os médicos no centro das decisões de comissionamento, complementado por uma ênfase no localismo para aproximar as decisões de comissionamento aos pacientes individuais. As reformas resultaram em uma reorganização de cima para baixo do NHS, criou uma maior marketização e concorrência, e novos sistemas de governança e prestação de contas. Entre outras coisas, a Lei de 2012²⁴ estabeleceu vários novos organismos, alguns dos quais são brevemente descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Organizações de saúde selecionadas, introduzidas ao âmbito da Lei da Saúde e Assistência Social 2012

Organização	Descrição
Grupos de Comissionamento Clínico (<i>Clinical Commissioning Groups - CCGs</i>)	Organizações de comissionamento de saúde que substituíram os Fundos de Cuidados Primários (<i>Primary Care Trusts – PCTs</i>) em abril de 2013, responsáveis pelo planejamento e compras dos serviços de saúde NHS. Os CCGs são organizações de membros lideradas por médicos de família (<i>General Practitioner – GPs</i>), para ganhar voz clínica.

Organização	Descrição
NHS inglês	Órgão executivo com responsabilidade delegada (por meio de mandato anual) de prestação de serviços de saúde previstos para ser “livre de interferência política diária” ³³⁽³⁰⁾ , define as prioridades e direção do NHS e incentiva o debate nacional para melhorar os serviços de saúde.
Saúde Pública da Inglaterra	Tornar o público mais saudável e reduzir as diferenças entre a saúde de diferentes grupos, promovendo estilos de vida mais saudáveis, aconselhando o governo e apoiando a ação do governo local, do NHS e da população, assim como proteção da saúde.
Conselhos de Saúde e Bem-Estar	Organizados pelas autoridades locais, reunindo o NHS, a saúde pública, a assistência social para adultos e os serviços infantis, incluindo representantes eleitos e outros, para planejar a melhor forma de satisfazer as necessidades da sua população local e combater as desigualdades locais na saúde. Definir a direção estratégica local. Sem poderes legais, tinham de confiar na persuasão e na influência dos parceiros.

Além disso, os consórcios da fundação do NHS não têm fins lucrativos, são empresas de benefícios públicos. Eles são parte do NHS e fornecem a maior parte dos serviços de saúde mental, ambulância e hospital. Os consórcios da Fundação do NHS foram criados para transferir a tomada de decisão do governo central para as organizações e comunidades locais. Os fundos de consórcios não são dirigidos pelo governo, por isso têm maior liberdade para decidir, com os seus governadores e membros, a sua própria estratégia e como os serviços são geridos. O Livro Branco de 2010³⁵ defendia a concorrência entre os fornecedores como o melhor meio para aumentar a inovação e a produtividade, e especificava um papel para o seu regulador (Monitor, recente melhoria do NHS) para promover a concorrência e evitar comportamentos anticompetitivos.

O Livro Branco³⁵ utilizou a linguagem do localismo e da descentralização, com ênfase na libertação dos organismos de saúde locais (CCG) do controle nacional, permitindo-lhes operar de forma mais adequada às condições locais e encontrar soluções, em parceria com as autoridades locais. Esse novo localismo destinava-se a me-

lhorar os resultados por meio de um enfoque nas necessidades locais, em que “local” é definido como uma dimensão suficiente para operacionalizar a contratação e gerir o risco financeiro. Além disso, o Livro Branco³⁵ propunha que se baseasse no poder das autoridades locais para promover o bem-estar, por meio da criação de Conselhos de Saúde e Bem-estar.

Na sequência da introdução da Lei²⁴, de 2012, muitas iniciativas políticas têm procurado melhorar o nível de autonomia local no sistema de saúde, incluindo os CCGs e os consórcios da Fundação do NHS. A Visão para os Próximos Cinco Anos³⁶, de 2014, argumentou que “a Inglaterra é muito diversa para uma abordagem de tamanho único” no modelo de atenção à saúde, mas isso nos leva de volta à questão constante dos serviços que estão sendo projetados e fornecidos localmente para atender às necessidades específicas e, portanto, a diversidade na oferta dependendo do local de moradia na Inglaterra.

A integração da saúde e dos cuidados sociais na prestação de serviços de saúde tem sido um objetivo de longa data de muitos governos, mas revelou-se desafiadora e complexa, na tentativa de superar os obstáculos profundos e de longa data dessa integração. Isso não foi apoiado pela Lei de Saúde e Assistência Social, de 2012²³, que lançou uma longa sombra enfatizando a escolha, a concorrência e os mercados sobre as parcerias e a colaboração. A lógica da Visão para os Próximos Cinco Anos³⁶, e o planejamento do sistema, é, de acordo com a Confederação do NHS³⁷⁽¹²⁾, que “os sistemas locais devem ser capazes de liderar a forma como os serviços são projetados e prestados”. Eles continuam a afirmar que “existe apoio para uma liderança local mais forte dentro do serviço, mas na prática, tanto os mecanismos regulatórios como os comportamentos a nível local e nacional têm [até a data] impedido a plena realização desta visão”. No entanto, isto não impediu que um fluxo aparentemente interminável de iniciativas de integração focalizada fosse testado, algumas das quais como descrito abaixo.

Iniciativas de integração na Inglaterra

Ao longo dos últimos 20 anos, tem havido inúmeros apelos para que os serviços de saúde, com impactos nos mais variados fatores determinantes da atenção básica, tornem-se mais integrados. No decorrer desse período, tem havido muitas iniciativas políticas na Inglaterra com intuito de reparar isso, por meio de diferentes fronteiras organizacionais, especialmente autoridades locais e saúde. Estes incluem:

- A seção 75³⁸ da Lei do NHS de 2006 – centralização dos orçamentos – introdução de flexibilidades adaptadas às necessidades locais não eram as mesmas em toda a parte, mas ainda com o controle centralizado (orçamentos/fiscalização);
- Conselhos de Saúde e Bem-estar (2012, descrito no Quadro 1³⁹);
- O Fundo Better Care (*Better Care Fund* – BCF) – anunciou que o ciclo de despesas de 2013 é um programa que se estende para ambos, NHS e governo local, buscando serviços de atenção à saúde integrados. O BCF incentiva a integração, exigindo que os CCGs e as autoridades locais celebrem convênios orçamentais conjuntos e cheguem a um acordo sobre o plano de despesas integrado a partir de fontes de financiamento já existentes⁴⁰.
- Entre 2013 e 2015, foram selecionados Pilotos de Cuidados Integrados (2103) para desenvolver e testar diferentes formas de juntar serviços de saúde e assistência social em toda a Inglaterra, com o objetivo de melhorar os cuidados, a qualidade e a eficácia dos serviços prestados;
- Novos modelos de cuidados (*Vanguards*) introduzidos em 2015, nos quais foram selecionadas 50 vanguardas para liderar o desenvolvimento de novos modelos de cuidados. Pretendia-se que os regimes bem-sucedidos fossem ampliados e/ou implementados, partilhando conhecimentos especializados com outros que desejassem trabalhar da mesma forma.

Apesar de muito esforço, Miller e Glasby⁴⁰⁽¹⁸⁰⁾ sugerem que:

[...] enquanto o cuidado integrado continua a ser um objetivo declarado da política, parece que temos lutado para ir além do projeto demonstrador, pilotos e caminhos [...] para um estágio onde novas formas de trabalho se tornem parte do convencional.

Foram também introduzidas algumas iniciativas mais amplas do setor público (incluindo elementos de saúde, autoridades locais e governo nacional) para promover abordagens locais de financiamento e configuração de serviços. Estes incluíram 13 sítios-pilotos em 2009, orçamentos comunitários para Toda a Localidade em 2011, a iniciativa de famílias problemáticas de 2013, e acordos ingleses de desconcentração mais recentes. Para mais detalhes, ver Miller e Glasby⁴⁰.

Planejamento baseado na localidade

Ao longo dos últimos anos, tem-se centrado cada vez mais no desenvolvimento de melhores serviços integrados e de iniciativas locais. De acordo com Hammond et

al.⁴¹, localidade está emergindo como um conceito para reorganizar os sistemas de saúde sob austeridade na Inglaterra. A Visão para os Próximos Cinco Anos (*Five Year Forward View – FYFV*), do NHS³⁶, publicado em 2014, foi um documento de planejamento de cinco anos que estabeleceu uma visão positiva para o futuro com base em novos modelos de cuidados. Isso centrou-se na prevenção, na capacitação dos doentes, no envolvimento das comunidades e na utilização de novas formas de trabalho. Definiu uma abordagem centrada nas melhorias e resultados dos serviços; na coprodução de grandes estratégias nacionais de melhoria; na evolução ao longo do tempo; e no apoio à liderança e à energia existente no sistema. Esse foi o primeiro documento, segundo Timmins⁴², a afirmar que “as estruturas do NHS não tinham que ser as mesmas em todos os lugares”.

Recentemente, Parcerias/Planos de Sustentabilidade e Transformação (*Sustainability and Transformation Plans / Partnerships – STPs*) foram rapidamente desenvolvidos em toda a Inglaterra. Eles foram primeiramente definidos sob o guia de planejamento compartilhado do NHS 16/17-20/21 como parte dos mecanismos para entregar no FYFV³⁶. Inicialmente, tratava-se de 44 unidades geográficas criadas para cobrir toda a população, em que as organizações locais colaboram para chegar a um consenso sobre as mudanças nos serviços de saúde e atenção básica. Esses STPs variaram na cobertura da população de 300 mil a 2,8 milhões (GM), com uma população média de 1,2 milhão. Em alguns locais, as áreas abrangidas por essas parcerias refletem as fronteiras estabelecidas da administração local, embora isso nem sempre seja prático devido à forma como as pessoas utilizam os serviços de saúde. As áreas dos STPs não têm poderes jurídicos, e as decisões só podem ser tomadas de acordo com as delegações autorizadas aos principais executivos envolvidos no processo dos STPs. Cada área de STP tem um líder; a maioria vem dos Consórcios de Fundação, Consórcios do NHS (ambos sendo tipos de organizações provedoras) ou dos CCGs, com poucos líderes vindo das autoridades locais. Esses líderes, nomeados pelo NHS inglês, são responsáveis pela fiscalização do planejamento em todo o sistema de saúde, incluindo a reconciliação de diferentes interesses, muitas vezes concorrentes, de diferentes organizações. Muitos desenvolvimentos estão a ser impulsionados a partir do NHS e, em alguns casos, não envolveram as autoridades locais de forma adequada ou precoce no processo.

No início, os STPs visavam analisar as áreas de melhoria da qualidade e desenvolvimento de novos modelos de cuidados, promoção da saúde e do bem-estar e melhoria da eficiência dos serviços. Os STPs, apresentados num período muito curto (setembro de 2016), foram, em muitos casos, considerados demasiadamente ambiciosos. Testemunhas numa sessão de provas da Comissão Parlamentar de Saúde, em 11 de outubro

de 2016, manifestaram várias preocupações sobre a forma como os STPs tinham sido dominados pelas expectativas de poupança financeira, eliminando oportunidades de se concentrar na melhoria da qualidade e dos serviços⁴³.

Apesar das preocupações manifestadas, alguns STPs foram encorajados a passar para a fase seguinte da organização, denominada Sistemas Integrados de Cuidados (*Integrated Care Systems – ICSs*). Estes assumirão uma responsabilidade coletiva pelos recursos e pela saúde da população em toda a sua área, a fim de proporcionar cuidados conjugados e mais bem coordenados. Terão mais controle sobre todo o funcionamento do sistema de saúde local e terão de trabalhar em estreita colaboração com o governo local e outros parceiros. Em troca, os líderes de sistemas de cuidados integrados ganharão maiores liberdades para gerenciar o desempenho operacional e financeiro dos serviços em sua área para permitir um melhor planejamento do sistema. Espera-se que, trabalhando em conjunto com as autoridades locais, e com base na experiência de outras organizações, por exemplo, instituições de caridade locais e grupos comunitários, o NHS possa ajudar as pessoas a terem uma vida mais saudável durante mais tempo, e a manterem-se fora do hospital quando não precisam de lá estar.

Uma grande questão para os STPs e ICSs, neste momento, é que eles não têm uma posição jurídica formal. Eles não podem, por exemplo, ter um orçamento próprio, o dinheiro não flui por meio deles e a responsabilidade é difícil, pois eles não têm nenhum conselho formal ou oficial responsável. A tomada de decisões é por meio da verificação com as organizações de que são compostas e, tal como os Conselhos de Saúde e Bem-Estar, o único poder que têm é a persuasão e a sugestão: criar confiança entre os seus constituintes e acordar uma direção estratégica. De acordo com Hammond et al.⁴⁰⁽²¹⁷⁾,

STPs fecham as dimensões políticas da elaboração de políticas públicas, associando empoderamento do ‘lugar’ com ‘localidade’ para empreender recursos altamente limitados na gestão de sistemas de saúde, distanciando a responsabilidade dos processos políticos nacionais.

Na orientação recentemente publicada “Derrubar barreiras para uma melhor saúde e atenção básica”⁴⁴⁽³⁾, sugere-se que:

[...] ao garantir que as decisões sejam tomadas no nível mais apropriado, e capacitar os líderes locais para fazer o planejamento em torno das necessidades a longo prazo dos usuários, os sistemas de saúde podem fazer melhorias simples e práticas para as comunidades locais.

As orientações sublinham a importância do desenvolvimento de parcerias com serviços associados aos fatores determinantes mais variados da saúde (por exemplo, saúde pública, habitação e lazer) e afirmam que os STPs/ICSs devem basear-se em planos das autoridades locais para melhorar a saúde e o bem-estar. Além disso, sugerem

que os STPs evoluíram significativamente, desde 2016, na reflexão das necessidades locais, mas que cada área está em uma fase de progresso muito diferente e as prioridades variarão de acordo com a localidade. A GM (em fase de desconcentração) é um exemplo de STP que se desloca para ICS e, apesar de uma longa e bem-sucedida história de trabalho conjunto, a plena participação das autoridades locais tem sido, por vezes, problemática. A seção seguinte nos dará um panorama muito breve de algumas das mudanças que ocorreram até a presente data na GM.

Desconcentração da Saúde e assistência social na GM

Em fevereiro de 2015, o governo anunciou planos para transferir o controle das despesas de saúde e assistência social na GM para um novo conselho de parceria estratégica, reunindo 10 autoridades locais, 12 grupos de comissionamento clínico (CCGs), 15 consórcios do NHS e consórcios da Fundação, e o NHS inglês⁴⁵. O acordo foi negociado muito rapidamente, após o anúncio de novos poderes descentralizados na GM em novembro de 2014.

Foi aprovada a legislação que deu ao governo amplos poderes para transferir responsabilidades de saúde e assistência social, deveres estatutários e recursos de organismos públicos existentes para outros organismos públicos ou autoridades. Um plano ambicioso (publicado em dezembro de 2015⁴⁶), incluindo reformas, acordos de governança e metas, foi definido e aprovado pelo recém-criado Conselho de Parceria Estratégica para a Saúde e Assistência Social de Manchester. O plano⁴⁶ definiu quatro temas de alto nível para a reforma: melhoria da prevenção da saúde da população, transformação dos cuidados e apoios comunitários, cuidados agudos e especializados padronizados, apoio clínico e serviços administrativos padronizados. Por acordo, a GM foi autorizada a utilizar este plano como sua submissão ao STP.

A GM se beneficiou grandemente por mais de duas décadas de liderança estável e de estreita cooperação política entre as 10 autoridades locais (1986: a Associação das Autoridades da Grande Manchester – *Association of Greater Manchester Authorities* – AGMA formou-se como uma associação voluntária destas autoridades, na sequência da abolição do Conselho do Condado da Grande Manchester) e, mais recentemente, dos 12, agora 10, na sequência de uma fusão, CCGs (2005: a Associação de Trustes de Atenção Primária na GM, criada com autoridade formal de tomada de decisão conjunta para demandar conjuntamente serviços de saúde em toda a área), que se deu, pelo menos inicialmente, como uma área para tentar o planejamento ba-

seado na localidade, integrando saúde e atenção básica, uma vantagem distinta sobre outras áreas na Inglaterra.

Os órgãos do NHS e as autoridades locais da GM podem delegar a sua tomada de decisão para outros órgãos formais de administração. No caso dos CCGs, tem sido delegado para a Associação de CCGs; para os provedores, existe uma federação de provedores; e as autoridades locais têm trabalhado, dessa forma, ao longo de muitos anos com a AAGM. No entanto, apesar disso, o Conselho de Comissionamento (o conjunto entre comissários de autoridades locais e CCGs) operou na sombra por vários anos, já que a autoridade delegada não podia ser acordada e o Programa Juntos Mais Saudável, para racionalizar a assistência hospitalar em todo rastro da GM, provou ser muito mais complicado do que o esperado⁴⁷.

Walshe et al.⁹ identificaram três mecanismos possíveis de ação nos planos de desconcentração da saúde e assistência social na GM: em primeiro lugar, o princípio da subsidiaridade e governança – melhorar a coordenação e a colaboração na tomada de decisão em toda a área, para tomar decisões coletivas sobre as mudanças que estão sendo feitas ao nível mais apropriado; nível da autoridade local, o CCG ou GM; em segundo lugar, a integração em torno de lugares e pessoas, com integração de governança, planejamento e entrega de serviços de uso compartilhado de sistemas e recursos; e, em terceiro lugar, a eficiência e a eficácia – enfrentar os problemas mais vastos de desemprego, habilidades, o crime e o que mais impacta a saúde e o bem-estar da população.

Desde o acordo de desconcentração de 2015, muito esforço tem sido dado para estabelecer relações, estabelecer acordos de governança e produzir e estabelecer estratégias e planos. A Parceria GM abraçou a complexidade e começou a lidar com a reconfiguração em todo o sistema. Uma vez que eles não têm base estatutária, as reformas da saúde e da assistência social na GM podem ser descritas como uma “suave” desconcentração. O acordo entre o Departamento de Saúde e Assistência Social, os organismos nacionais (NHS inglês, NHS Melhorias) e as organizações locais do NHS, as autoridades locais e outros, na GM, é administrativo. Com o poder brando, vêm menos alavancas formais aplicáveis sobre as organizações do NHS, e ainda menos em relação às autoridades locais. O Fundo de Transformação (financiamento adicional para facilitar a mudança) foi utilizado de forma criativa para motivar a mudança, mas trata-se de um financiamento não recorrente, e o sistema ainda precisa funcionar eficazmente e cumprir os objetivos nacionais em relação aos quais as organizações individuais são avaliadas. Organizações acostumadas a ver um ao outro como concorrentes, especialmente provedores, estão agora sendo convidadas a terem um alinhamento mais próximo, e as prestações de contas organizacionais estão pesando contra a responsabilidade de

desconcentração dos cuidados de saúde e assistência social ao considerar as maiores necessidades da população da GM⁴⁷.

As novas formas de trabalho estão começando a emergir lentamente e incluem: a prestação de cuidados de saúde integrados por meio de dez únicas funções de comissionamento, com base na autoridade local, que trabalham com serviços de saúde e assistência social; local único de serviços hospitalares, reunindo os provedores de serviços hospitalares; e uma série de locais de organizações de cuidados para facilitar o funcionamento conjunto dos serviços de saúde comunitária, assistência social, serviços de GP, serviços de saúde mental, serviços voluntários e provedores do setor privado. As alterações na legislação destinadas a facilitar um melhor funcionamento de uma nova gestão e a prestação de contas em todo o sistema da GM serão também fundamentais⁴⁸.

A desconcentração da saúde e dos cuidados sociais na GM ainda está em transição, e é demasiadamente cedo para avaliar o seu sucesso⁴⁸. Os comissários e os fornecedores investiram esforços significativos no desenvolvimento de um sistema integrado com implicações associadas em matéria de responsabilização, compartilhamento de riscos, sistemas de dados e mão de obra. Muitos veem a desconcentração dos serviços de saúde como uma oportunidade, mas outros têm fortes reservas. Por exemplo, Timmins⁴²⁽²²⁾ sugere que é uma “tentativa genuinamente emocionante e interessante para melhor lidar com a saúde e as assistências sociais”, mas “com grandes reservas sobre o rumo que este caminho pode levar – entregar ao governo local”. Muito está ainda por se testar e muitos continuam a assistir com grande interesse aos “desenvolvimentos” da GM.

Discussão e conclusões

Ao reconhecer que diferentes formas de trabalho eram necessárias nos sistemas de saúde em desenvolvimento na Inglaterra, estamos interessados na quantidade de desconcentração e envolvimento dos municípios nos serviços de saúde e assistência social. As questões fundamentais do envelhecimento da população (financiamento da assistência social), as múltiplas e complexas necessidades dos indivíduos, a austeridade e os orçamentos limitados foram alguns dos fatores que impulsionaram o processo de parceria, juntamente com as dificuldades em trabalhar com organizações/setores. É necessário abordar os mais variados fatores determinantes da saúde, muitos dos quais são prestados pelas autoridades locais (transporte, habitação, trabalho

etc.); e o NHS já não pode ser apenas um serviço de tratamento dos doentes, trabalhando isoladamente.

Na Inglaterra, muitas iniciativas locais serão impulsionadas pelo NHS (FYFV³⁶, novos modelos de cuidados, STPs/ICSs etc.), mas há que dar atenção à inclusão do governo local na tomada de decisões e nos planos desde o início. Isso não pode ser deixado até o meio do processo, pois todas as partes locais precisam engajar-se e desempenhar um papel significativo para enfrentar os desafios de “problemas graves”¹ que são difíceis ou impossíveis de resolver, por várias razões: conhecimento insuficiente ou contraditório, o número de pessoas e opiniões envolvidas, o grande ônus econômico e a natureza interligada desses problemas com outros problemas. Para tal, é necessário apoiar a experimentação de diferentes formas de trabalho para além das fronteiras organizacionais (permitindo erros, regimes regulamentares, financiamento), e dar tempo para testar (e não apenas pilotos de curto prazo).

O “Plano a Longo Prazo da NHS”² (no momento que escrevo, acaba de ser publicado (7/1/19), atrasado devido ao BREXIT – a retirada do Reino Unido da União Europeia) fornece uma estrutura para o planejamento local para os próximos 5 anos e mais além. Ele afirma que os ICSs serão centrais para a sua entrega, até abril de 2021, vão cobrir toda a Inglaterra e que

[...] haverá uma expectativa clara [...] não apenas para fornecer alta qualidade de cuidados e gestão financeira... mas de assumir uma responsabilidade com os fornecedores de sistemas, por objetivos maiores em relação aos recursos do NHS e a saúde da população⁴⁹⁽¹²⁾.

Descreve igualmente as potenciais alterações legislativas destinadas a apoiar os desenvolvimentos, por exemplo, a eliminação das restrições ao comissionamento por “localidade”, a eliminação das regras de concorrência contraproducentes, o apoio ao trabalho intersetorial (com as autoridades locais) e uma incidência específica na redução das desigualdades (acesso e resultados). As organizações do NHS que trabalham em conjunto localmente, os conselhos locais e outros serão convidados a publicar os planos locais até abril de 2019; e até o outono de 2019, os seus planos quinquenais.

Escrevendo antes de sua publicação, a Confederação do NHS³⁷⁽¹⁾ sugeriu que o plano do NHS de longo prazo:

[...] oferece a oportunidade de focar e abordar [estas] barreiras e construir sobre os esforços iniciais daqueles que têm se esforçado para implementar o sistema trabalhando localmente, embora reconhecendo que para alguns sistemas, esta transição será mais prolongada e desafiadora do que para outros.

Apelaram para que se concentrasse no trabalho em estreita parceria em nível local, com maiores liberdades para apoiar e capacitar o desenvolvimento de sistemas

locais e a reorientação da regulamentação da gestão do desempenho (de organizações individuais), visando ao apoio à melhoria. Isso reconheceu que a melhoria da saúde depende de organizações que trabalham em conjunto, além das fronteiras (autoridades locais, NHS etc.), em parceria com o nível mais adequado para tirar o melhor proveito dos orçamentos, serviços e processos, obtendo os melhores resultados para todos. Será necessário retirar ensinamentos das áreas descentralizadas, como a GM e os vários outros tipos de sítios-piloto, a fim de permitir que as alterações sejam efetuadas de forma mais eficaz em toda a Inglaterra.

A Inglaterra também pode aprender com as iniciativas implementadas em outros países europeus. Por exemplo, um recente estudo escandinavo⁴⁹ encontrou uma “falta de apoio vertical e de alinhamento entre o nível nacional e regional com o nível local. Horizontalmente dentro do município, uma coordenação insuficiente entre os setores políticos inibe uma governança eficaz da equidade na saúde”. Eles concluem que a mudança de uma política de foco em “saúde em todas as políticas” para uma de “equidade de saúde para todas as políticas” poderia melhorar a apropriação de tal política em todos os setores municipais.

Existe incerteza suficiente com o aumento das exigências no sistema de saúde na Inglaterra e das dificuldades permanentes de trabalhar de forma mais integrada, para além das fronteiras organizacionais, quando todas as organizações dentro e fora do NHS e do governo local são reguladas separadamente, e não como um todo. A implementação bem-sucedida da política de saúde requer objetivos claros e consistentes, teoria causal adequada, incentivos adequados, implementadores habilitados e apoio de todas as partes interessadas⁵⁰. Espera-se que o novo plano de longo prazo do NHS² permita uma certeza em longo prazo e uma maior clareza sobre a forma como os sistemas de saúde, utilizando o planejamento local, desenvolver-se-ão e quais serão os papéis da administração local, parcerias descentralizadas e outras formas de subdivisões administrativas potenciais. Nos próximos anos, a busca do nível subdivisional administrativo ideal vai continuar. No entanto, a menos que a legislação mude e que sistemas de saúde/parcerias locais estejam autorizados a ter mais liberdade para trabalhar de forma diferente, usando o total de controle do sistema e que seja regulamentado como tal, os benefícios de um trabalho integrado em nível local (município) podem, uma vez mais, não serem plenamente alcançados.

Agradecimentos

Com agradecimentos:

Ao Prof. Jorge Simoes e ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade de Lisboa por me convidarem para participar do seminário original no mês de outubro de 2018; à Fundação Friedrich Ebert Stiftung, Centro de Cuidados Primários de Manchester, pela cobertura de despesas; e ao Dr. Donna Bramwell e ao Prof. Kath Checkland por suas sugestões no projeto original deste artigo/apresentação.

Referências

1. Rittel HWJ, Webber MM. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sci.* 1973;4:155-169.
2. The NHS Long Term Plan (2019). NHS England. [Accessed on 2019 jan 7]. Available from: www.longtermplan.nhs.uk.
3. Dictionary.com. [Accessed on 2018 nov 1]. Available from: <https://www.dictionary.com/browse/municipality>.
4. Tallarek née Grimm MJ, Helgesen MK, Fosse E. Reducing social inequities in health in Norway: concerted action at state and local levels? *Health Policy.* 2013;113(3):228-35.
5. Hogstedt C. The Swedish public health policy and the National Institute of Public Health. V. 64. London: Taylor & Francis; 2004.
6. Coleman A, Segar J, Checkland K (2015). The devolution project in Greater Manchester: Introduction to the special issue. *Representation.* 2015;51(4):377-384.
7. Gruening G. Origin and theoretical basis of new public management. *International Public Management Journal.* 2001;4(1):1-25.
8. Klein R. *The New Politics of the NHS from creation to reinvention* 6th edition Radcliffe Publishing. Oxford; 2010.
9. Walshe K, Coleman A, McDonald R, Lorne C and Munford L. Health and social care devolution: the Greater Manchester experiment. *BMJ.* 2016;352:i1495.
10. Smith DM, Wistrich E. *Devolution and localism in England.* Ashgate Publishing; 2014.
11. Local Government association. *Local government funding: Moving the conversation on.* 03 jul 2018. [accessed on 2018 nov 14]. Available from: <https://local.gov.uk/moving-the-conversation-on/funding>.

12. Housing, Communities and Local Government Select Committee. Business rates inquiry; 2018.
13. Ward R. City-state and nation: Birmingham's political history 1840-1930. Phillimore; 2005.
14. Local Government Improvement and Development. The role of local government in promoting wellbeing. Healthy Communities Programme; 2010.
15. Localism Act 2011: Chapter 20. [accessed on 2018 nov 12]. Available from: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2011/20/contents/enacted>.
16. Health and Social Care Act 2001: Chapter 15. [accessed on 2018 nov 12]. Available from: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2001/15/contents>.
17. Coleman A, Glendinning C. Local authority scrutiny of health: making the views of the community count. *Health Expect*. 2004;7(1):29-39.
18. Sandford M. Cities and Local Government Devolution Bill 2015-16 [HL] [online]. House of Commons Library; 2015 [accessed on 2015 sep 16]. Available from: <http://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/CBP-7322>.
19. King's Fund. Devolution: what it means for health and social care in England. Briefing; 2015 [accessed on 2018 nov 12]. Available from: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/devolution-briefing-nov15.pdf.
20. Local Government Association. Combined Authorities a plain English guide. 2016 [accessed on 2018 nov 12]. Available from: <https://www.local.gov.uk/topics/devolution/combined-authorities>.
21. Gains F. Metro Mayors: Devolution, Democracy and the Importance of Getting the 'Devo Manc' Design Right. *Representation*. 2015;51(4):425-437.
22. D Richards, MJ Smith. Devolution in England, the British Political Tradition and the Absence of Consultation, Consensus and Consideration. *Representation*. 2016;51(4):385-401.
23. Leon, S. Making accountability work under asymmetric devolution: the UK case. Paper presented at the 22nd International Conference of Europeanists (CES), Paris, July; 2015.
24. Health and Social Care Act 2012: Chapter 7. [accessed on 18 nov 12]. Available from: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted>.
25. Local Government Act 1972: Chapter 70. [accessed on 2018 nov 12]. Available from: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1972/70/contents>.
26. Local Government Association. Public health. [accessed on]. Available from: <https://www.local.gov.uk/topics/social-care-health-and-integration/public-health>.

27. Gorsky M, Lock K, Hogarth S. Public health and English local government: historical perspectives on the impact of ‘returning home’. *J Public Health (Oxf)*. 2014;36(4):546-551.
28. Marks L, Hunter DJ, Scalabrini S, Gray J, McCafferty S, Payne N, et al. The return of public health to local government in England: changing the parameters of the public health prioritization debate? *Public Health*. 2015;129(9):1194-1203.
29. Peckham S, Gadsby E, Coleman A, Jenkins L, Perkins N, Bramwell D, et al. POENIX: Public health and obesity in England – the new infrastructure examined. Final Report. PRUComm; 2016 [accessed on 2018 nov 12]. Available from: <http://blogs.lshtm.ac.uk/prucomm/files/2016/07/PHOENIX-report-final.pdf>.
30. Department of Health. Improving outcomes and supporting transparency. Part 1A: A public health outcomes framework for England, 2013-2016. 2013.
31. Hunter DJ. Public Health: unchained or shackled? P191-210 In Exworthy M, Mannion R, Powell M Dismantling the NHS? Evaluating the impact of health reforms. Bristol, Policy Press; 2016.
32. Local Government Association. Local Government Funding, moving the conversation on. 2018 accessed on 2018 nov 12]. Available from: https://local.gov.uk/sites/default/files/documents/5.40_01_Finance%20publication_WEB_0.pdf.
33. Exworthy M, Mannion R. Evaluating the impact of NHS reform – policy process and power. In: Exworthy M, Mannion R, Powell M. Dismantling the NHS? Evaluating the impact of health reforms. Bristol, Policy Press; 2016, p. 3-16.
34. Powell M. Orders of change in the ordered changes in the NHS. In: Exworthy M, Mannion R, Powell M. Dismantling the NHS? Evaluating the impact of health reforms. Bristol, Policy Press; 2016, p. 17-38.
35. Department of Health. Equity and Excellence: liberating the NHS. London, The Stationary Office; 2010.
36. NHS England. The Five Year Forward View. 2014 [accessed on 18 nov 2012. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf> .
37. NHS Confederation. Letting local systems lead. How the long-term plan could deliver a more sustainable NHS. London; 2018.
38. NHS Act 2006: Chapter 41. [accessed on 2018 nov 12]. Available from: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2006/41/section/75>.
39. Coleman A, Dhesi S, Peckham S. Health and Wellbeing Boards – the new system stewards. In: Mannion R, Exworthy M, Powell M, editors. Coalition health reforms (2010-2015). Policy Press; 2016, p. 279-299.

40. Miller R, Glasby J. Much ado about nothing? Pursuing the 'holy grail' of health and social care integration under the coalition. In: Mannion R, Exworthy M, Powell M, editors. *Dismantling the NHS? Evaluating the impact of health reforms*. Policy Press; 2016, p. 171-189.
41. Hammond J, Lorne C, Coleman A, Allen P, Mays N, Dam R, et al. The spatial politics of place and health policy: Exploring sustainability and Transformation plans in the English NHS. *Soc Sci Med*. 2017;190:217-226.
42. Timmins N. Devo-health some reservations. In: Quilter-pinner H, Gorsky M. *Devo then, devo now. What can the history of the NHS tell us about localism and devolution of health and care?* IPPR; 2017.
43. O'Dowd A. Transformation plans are overambitious and will not work, say service leaders. *BMJ*. 2016 [accessed on];355:i5545. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.i5545>.
44. NHS Confederation. *Breaking down barriers to better health and care*. 2018 [accessed on 2018 nov 12]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/breaking-down-barriers.pdf>.
45. England NHS. Association of Greater Manchester Authorities, and Greater Manchester Association of Clinical Commissioning Groups. *Greater Manchester health and social care devolution memorandum of understanding*. AGMA; 2015.
46. Greater Manchester Combined Authority. *Taking charge of our health and social care in Greater Manchester*. 2015 [accessed on 2018 nov 12]. Available from: <http://www.gmhealthandsocialcaredevo.org.uk/assets/GM-Strategic-Plan-Final.pdf>.
47. Segar J, Coleman A, Checkland K. Health and social care devolution: it's complicated. March 29, 2016 [accessed on 2018 nov 12]. Available from: <http://blog.policy.manchester.ac.uk/posts/2016/03/health-and-social-care-devolution-its-complicated/>.
48. Walshe K, Lorne C, Coleman A, McDonald R, Turner A. *Devolving health and social care: learning from Greater Manchester*. Manchester: The University of Manchester; 2018 [accessed on 2018 dec 20]. Available from: <https://www.mbs.ac.uk/media/amb/content-assets/documents/news/devolving-health-and-social-care-learning-from-greater-manchester.pdf>.
49. Scheele CE, Little I, Diderichsen F. Governing health equity in Scandinavian municipalities: the inter-sectoral challenge. *Scand J Public Health*. 2018;46(1):57-67.
50. Buse K, Mays N, Walt G. *Making health policy*. London: McGraw-Hill Education; 2012.

CAPÍTULO 3

O papel dos municípios na transformação do Sistema de Saúde: uma perspectiva da Espanha

Roberto Nuño-Solinís, MSc

*Director da Deusto Business School Health, Universidade de Deusto,
Bilbau, Espanha*

Autor Correspondente: Roberto Nuño-Solinís
Deusto Business School Health. Universidade de Deusto
Hnos Aguirre, 2; 48014 Bilbao, Spain
E-mail: roberto.nuno@deusto.es
Telefone: +34-688620027

Resumo

O papel desempenhado pelos municípios espanhóis nos cuidados de saúde é marginal. Falta-lhes o poder, os recursos ou a visibilidade necessários. Essa realidade é o resultado de dois processos que ocorreram nas últimas quatro décadas: a descentralização das competências da saúde para as regiões espanholas e a centralização radical pelas Regiões com competências e recursos preexistentes nos níveis municipal e provincial. Na última década, os Serviços Regionais de saúde têm desenvolvido estratégias ativas para a transformação do sistema de saúde para enfrentar a realidade de uma população envelhecida, com uma elevada prevalência de cronicidade e multimorbidade. Como resultado dessas estratégias, estão surgindo modelos clínicos e organizacionais mais integrados, eficientes e sustentáveis. Do mesmo modo, ficou provado que o potencial de eficiência dos novos modelos é muito maior quando os serviços sociais também são integrados. Dado que esses serviços de proximidade são geridos pelos municípios, começa a emergir um novo modelo de saúde-social. Um que articule as esferas da cura e do cuidado, em que o domicílio é o lugar privilegiado da atenção. Nesse contexto, os municípios têm potencial para recuperar a proeminência dada à sua proximidade com o cidadão, a possibilidade de proporcionar oportunidades de participação e a capilaridade da sua rede de serviços.

Palavras-chave: Municípios. Prestação de cuidados de saúde. Cuidados integrados. Inovação.

Introdução

Uma compreensão adequada do papel atual e futuro dos Municípios no setor de saúde Espanhol requer a identificação e análise em profundidade de uma série de quatro macrotendências de alto impacto esperado, que ousamos descrevê-las como tsunamis. Uma metáfora que não procura evocar o catastrofismo, mas uma mudança radical na realidade existente.

O primeiro *tsunami* é o envelhecimento da população, que também tem um impacto transversal, uma vez que afeta todas as outras tendências que descrevemos neste artigo. O envelhecimento da população espanhola já é uma realidade, mas, além disso, as projeções existentes apontam a Espanha como o país mais idoso do mundo em 2040¹. O envelhecimento é o resultado combinado da redução sustentada do número de crian-

ças por família e do aumento progressivo da expectativa de vida. Por conseguinte, se colocarmos na seguinte perspectiva, o envelhecimento é a consequência lógica, entre outras questões, da incorporação das mulheres no trabalho e no planejamento familiar; juntamente com os progressos na saúde pública e na medicina, o desenvolvimento econômico ligado à economia de mercado e a assistência social. Em outras palavras, é um produto das melhorias impressionantes que a humanidade tem experimentado desde o final do século XIX. Na essência, um grande sucesso, cuja contrapartida é a necessidade imperiosa de novas políticas e de inovação dos serviços, especialmente dos públicos, para poder responder à nova situação. Além disso, juntamente com o envelhecimento da população, é também possível observar a diminuição progressiva do número de prestadores de cuidados informais (e o aumento da sua idade média), devido à incorporação maciça de mulheres no trabalho.

Acompanhando esse prolongamento da longevidade, há um aumento na prevalência de condições crônicas e multimorbidade. Ambos os fenômenos estão associados ao envelhecimento; e, por conseguinte, não é de se surpreender que 91,8% da mortalidade na Espanha seja atribuída às doenças crônicas². O aumento das populações idosas, com múltiplas condições crônicas, traduz-se em um aumento da procura de serviços de saúde e de cuidados prolongados.

Uma terceira macrotendência é o efeito de inovações biofarmacêuticas e tecnológicas, que ajudaram no aumento da sobrevivência e na redução da letalidade de muitas doenças. Essas inovações estão contribuindo para a mudança, por meio do efeito da transformação digital, de setores inteiros da atividade econômica, modificando, de forma radical, comportamentos e normas sociais.

Por último, outra tendência maciça é o despovoamento e o envelhecimento do mundo rural, no qual os impactos demográficos descritos são fortemente impulsionados pelo fluxo migratório do campo para a cidade. Na Espanha, esse fenômeno é particularmente visível no Noroeste Peninsular e no chamado deserto Celtiberiano.

Esses quatro *tsunamis* são combinados com a escassez de recursos, em uma economia que começa a crescer com taxas moderadas após a crise, em que a cobrança de imposto encontra seus limites na resistência dos contribuintes ao aumento da pressão fiscal e os custos para a competitividade da economia em si. Não existem soluções milagrosas para enfrentar a crônica insuficiência orçamental do setor público da saúde, sendo necessário apostar na melhoria da técnica e eficiência distributiva dos recursos disponíveis, juntamente com as políticas de racionalização e priorização de benefícios.

Como resultado desses quatro *tsunamis*, uma agenda muito completa para a transformação dos serviços sociais e de saúde emerge juntamente com a necessidade de repensar os sistemas sociais e de saúde. Nesse processo de transformação, é notória a ausência do âmbito municipal, excluído do setor da saúde nas últimas décadas, por meio de um conjunto de reformas legislativas e de decisões políticas. Essas duas, que marcaram um caminho de dependência no sistema de saúde espanhol, caracterizam-se pela descentralização do Governo Central para os Governos das Regiões, chamadas de Comunidades Autônomas (CAs) e pela recentralização das competências, historicamente a cargo dos municípios e províncias, para os CAs. No mesmo movimento legislativo, a Lei Geral da Saúde (LGS), que definiu o Sistema Nacional de Saúde Espanhol e seus traços básicos: universalidade; acessibilidade; centrada na atenção primária de saúde; financiada por impostos etc., estabeleceu o caminho para a devolução de poderes às regiões. Por conseguinte, a partir de 2002, à exceção de Ceuta e Melilha, os 17 Estados CAs espanhóis são plenamente competentes para planejar, organizar e gerir os serviços de saúde financiados pelo setor público dos seus territórios.

Consequentemente, após a conclusão do processo de descentralização dos serviços de saúde para os CAs em 2002, o papel dos municípios na saúde é residual, e não existem iniciativas relevantes para o incentivar. Isso se contrasta com o papel que as administrações locais poderiam desempenhar na proteção e promoção da saúde, que já foi amplamente reconhecido, por exemplo, em iniciativas como o Projeto Cidades Saudáveis³, inicialmente promovido pelo Escritório Europeu da Organização Mundial de Saúde (OMS), o qual muitos municípios de nosso país aderiram, cientes de que eles devem promover políticas de saúde nessa área.

Como é sabido, os países da União Europeia (UE) ratificaram no Tratado de Maastricht o princípio da subsidiaridade, segundo o qual as competências sobre um determinado assunto não devem ser assumidas por uma administração territorial de nível superior, enquanto o nível administrativo imediatamente inferior é capaz de gerir eficazmente. Por outras palavras, os serviços públicos devem responder a um princípio de eficácia e proximidade dos cidadãos e fugir de grandes organizações burocráticas ou centralizadas. No entanto, na Espanha, a hipertrofia das administrações regionais, a sua hegemonia e a sua voracidade não só absorveram os recursos existentes no domínio da saúde como privaram os cidadãos de qualquer debate sobre o papel municipal no sistema e a participação cidadã.

A origem desta situação encontra-se nos acordos que tinham de ser alcançados para iluminar a LGS, e é uma das razões para o inexplicável esquecimento dos municípios na lei, apesar do papel que eles desempenharam historicamente no setor da saúde. Além disso, as dificuldades para articular um sistema de participação efetiva (influência real nas decisões) da cidadania no Sistema Nacional de Saúde têm sido defendidas como uma explicação para o papel escasso dado aos municípios na LGS.

Por outro lado, a Lei do Regime Local atribui aos municípios competências em promoção da saúde e proteção (englobado no que, talvez de forma genérica, tem sido chamado de “saúde pública”), e a participação na gestão dos cuidados de saúde e atenção primária (Lei de Bases do Regime Local, artigo 25.2). Do mesmo modo, o desenvolvimento legislativo profuso inclui organismos de participação como os Conselhos de Saúde, em que as administrações locais têm uma presença, embora, por várias razões, a atividade prática desses conselhos de saúde seja testemunhal⁴.

No grande esquema que delineamos, há algumas exceções. Por exemplo, na Catalunha, os municípios têm tido um papel singular na organização dos serviços de saúde. Essa participação é mais visível no ambiente hospitalar e, sobretudo, nas chamadas Organizações Integradas de Saúde (OIS), nas quais as instituições locais participam na governança e gestão de todas as áreas de atendimento relevantes (atenção primária, hospital, centros crônicos ou até mesmo serviços sociais em alguns casos).

A tendência central, em termos de concentração de poder e de orçamento nas Regiões, continua a aumentar. Por exemplo, a maior parte das despesas públicas de 2015 foi para o Sistema Nacional de Saúde Espanhol (SNS), gerido pelas CAs (92,4%), enquanto os serviços ligados aos municípios pagaram apenas 1%. A despesa pública representa 71,1% da despesa total com a saúde, e existe uma elevada variabilidade inter-regional em 2015, – tendo como exemplo, a diferença entre a despesa per capita mais elevada País Vasco -1.548 € e a menor como em Andaluzia -1.004 € per capita foi de 544 €.

A Espanha tem municípios com uma grande diversidade de tamanhos de população: o maior município é Madrid (3.132.463 habitantes), e o menor é Illán de Vacas, em Toledo (6 habitantes). Há 15 grandes cidades na Espanha, habitadas por 250 mil ou mais cidadãos, mas 84% dos municípios têm menos de 5 mil habitantes, representando apenas 13% da população total. Esse fator de dimensão da população torna questionável a possibilidade de transferir competências complexas para o âmbito local. Alguns

países nórdicos, como a Suécia, antes de empreender reformas radicais de descentralização, começaram a reduzir, de forma muito marcada, o número de municípios que favorecem a sua fusão em unidades com maior capacidade de gestão. Na Espanha, esse tipo de reforma parece difícil de ser aplicada em curto prazo. Considerando a questão dos pequenos municípios, outras soluções podem ser exploradas, como a criação de organismos supralocais, que permitam explorar economias de escala.

As autoridades regionais de saúde são responsáveis pelo planejamento executivo dos serviços de saúde pública e pela prestação de atividades de fiscalização e monitoramento da saúde pública (*status* da saúde, determinantes da saúde e riscos para a saúde). A autoridade de saúde também atua como o centro regional da rede nacional de vigilância de epidemias e dos ambientes de atendimento que fornecem programas de triagem baseados no fator populacional. Finalmente, a autoridade de saúde apoia os prestadores de serviços de saúde no desenvolvimento de programas de prevenção e promoção da saúde, mediados por escolas ou organizações não governamentais. Em coordenação com as autoridades regionais de saúde, os municípios são agentes críticos de saúde pública nas seguintes atividades de controle de saúde:

- ambiente: poluição atmosférica, abastecimento e qualidade da água, tratamento de águas residuais, resíduos urbanos e industriais;
- indústrias, atividades e serviços, transportes, ruído e vibrações;
- edifícios e locais de residência ou reunião humana, cabeleireiros, saunas e centros de higiene pessoal, hotéis e centros residenciais, escolas, parques turísticos e áreas de atividade física, esportes e recreação;
- distribuição e fornecimento de alimentos perecíveis, bebidas e outros produtos direta ou indiretamente relacionados com o uso ou consumo humano, tais como meios de transporte;
- cemitérios e política de saúde mortuária.

O envolvimento dos municípios na prestação de serviços de saúde é mínimo. Em algumas regiões, os departamentos de saúde concedem subsídios aos municípios para complementar programas de saúde pública sobre abuso de drogas, educação para a saúde nas escolas, prevenção secundária na saúde mental, riscos ocupacionais, promoção da saúde para as minorias da população etc.

Recentemente, o conselho Interterritorial do SNS aprovou, em janeiro de 2015, o Guia para a Implementação Local da Estratégia do SNS para Promoção e Prevenção da

Saúde⁵. Essa estratégia estabeleceu, pelo menos na teoria (apenas 175 municípios aderiram à estratégia, 2,17% do total), a liderança dos municípios nesse domínio mediante da sua ação intersetorial.

Quando se trata de cuidados de longa duração, os municípios prestam serviços de assistência social no contexto da Lei 39/2006 para a promoção da autonomia pessoal e assistência a Pessoas em Situação de Dependência (SAAD). A prioridade no acesso a cuidados prolongados é determinada pela avaliação do grau de dependência e dos ativos financeiros dos candidatos. Os serviços são copagos de acordo com o tipo de serviço exigido e com a capacidade de pagamento. O pacote de benefícios inclui os seguintes serviços: a) promoção da autonomia pessoal e prevenção de dependência; b) teleassistência; c) assistência residencial (manutenção da casa, cuidados pessoais, centros especializados e serviços de creche); d) residencial (serviços de casa de repouso para dependentes idosos ou residência para pessoas dependentes, adaptado ao tipo de deficiência).

Na Espanha, os benefícios econômicos da integração entre os serviços de saúde e cuidados prolongados foram comprovados⁶, e ambas as atividades tenderão a coincidir em certos grupos populacionais, na sua maioria, idosos, doentes crônicos complexos, pessoas com doenças mentais graves etc. Os cuidados desses grupos exigirão o estabelecimento de planos conjuntos de cuidados entre os serviços de saúde e os serviços de assistência social. A eficácia desses programas de cuidados estará fortemente ligada à capacidade de os concentrar nas necessidades dos indivíduos e na capacidade de oferecê-los em casa (políticas de proximidade).

Embora na Espanha tenha sido aceita, nos últimos anos, a necessidade de enfrentar o desafio da cronicidade de uma forma diferente, tanto na área clínica como nas áreas de gestão e política⁷, isso não significa que tenham sido tomadas medidas com energia e liderança suficientes em todas as Regiões. Pelo menos as regiões pioneiras estão começando a mostrar avanços muito relevantes. Por exemplo, no País Basco, em 2010, esse desafio foi levantado por intermédio de uma estratégia específica que foi implementada e ampliada ao longo dos últimos oito anos⁸. Atualmente, a maioria dos CAs tem desenvolvido uma estratégia para lidar com a cronicidade. Além disso, o Ministério da Saúde, Serviços Sociais e Igualdade desenvolveu uma estratégia de cronicidade em 2012, e várias sociedades científicas promoveram a Declaração

de Sevilha sobre a necessidade de inovação de cuidados para pacientes crônicos. Todas essas estratégias de cronicidade são baseadas no Modelo de Cuidados Crônicos (CCM) de Wagner⁹.

A transformação do modelo de prestação de serviços de saúde deve ser sistêmica, uma vez que ficou demonstrado que as experiências que se concentram apenas em uma dimensão CCM podem não atingir o impacto esperado em eficiência. A fim de realizar ganhos de eficiência, é necessário intervir de forma estruturada sobre múltiplas possibilidades de mudança (as seis dimensões do CCM). Os benefícios da implementação das intervenções subjacentes ao CCM são quase imediatos em termos de indicadores de qualidade, particularmente no processo de métricas, mas também em alguns indicadores de resultado, enquanto o retorno econômico aparecerá em médio prazo; e os resultados na saúde da população, em médio e longo prazo^{10,11}.

A implementação desses modelos não necessariamente exigem um investimento substancial (exceto onde for apropriado, aqueles ligados à tecnologia e aos sistemas de informação), mas a redistribuição de recursos em favor dos cuidados primários e de serviços à comunidade é necessária, bem como o investimento na gestão de mudanças e de tempo para os líderes e facilitadores, profissional de suporte da liderança, formação e ecossistemas, para promover inovação de baixo para cima¹².

Discussão

Na análise comparativa da participação dos municípios nos serviços de saúde, deve-se considerar a diferença entre os países com modelos bismarckianos e os modelos Nacionais de Sistemas de Saúde, em particular os nórdicos. Nos primeiros, o papel local dos municípios limita-se às questões de saúde pública. Neste último caso, os países nórdicos constituem um exemplo quase único em que a gestão e a responsabilidade dos serviços de saúde correspondem aos municípios ou aos órgãos de administração local. Essa diferença entre os países nórdicos e outros países da OCDE também se reflete na integração de cuidados de saúde e de serviços sociais em nível primário¹³. Deixando de lado essa exceção nórdica, existem algumas experiências de descentralização do poder para o âmbito municipal, como Devo Manc¹⁴ no Reino Unido, que nos dá exemplos para acompanharmos de perto.

Essas experiências destacam duas questões principais. Por um lado, a necessidade de contar com organizações capazes de atender a uma crescente demanda de cuidados integrados (serviços de saúde e assistência social), que, até então, tem sido inadequadamente resolvido por linhas de serviços governados por diferentes entidades. Como consequência, a fragmentação dos cuidados continua a ser generalizada em todo o mundo. Nesse contexto, a coordenação dos cuidados de saúde é complexa, o que nos sugere avançar na integração dos serviços. Por outro lado, a proximidade das autoridades competentes, neste caso, as autoridades de saúde em nível local, com apoio político (eleições), promove a agilidade e a transparência da informação, que, ao mesmo tempo, incentiva a participação dos cidadãos. Essas organizações devem responder às especificidades locais, bem como fornecer sistemas estreitos para a participação dos cidadãos, em que podem desempenhar um papel consultivo, mas também um papel regulador desses serviços.

Os municípios, geralmente, assumem a assistência social primária; eles atuam como porteiros para serviços de assistência social de nível primário ou no desenvolvimento de políticas de promoção social na comunidade; também desenvolvem múltiplos programas de proteção social e promoção da saúde, tudo dentro de um conceito mais amplo que tem sido chamado de “serviços pessoais”. Para isso, desenvolveram uma grande variedade de soluções típicas para questões de integração entre diferentes linhas de serviços; encontraram fórmulas de trabalho imaginativas para incentivar a participação pública, tais como processos participativos ambientais e orçamentários, e desenvolveram sistemas de gestão flexíveis, que fornecem muitos serviços por meio de diferentes estruturas e processos organizacionais: fundações, parcerias, empresas públicas limitadas, redes etc.). O eleitorado a este nível costumava estar muito atento às decisões tomadas pelos prefeitos, o que proporciona aos cidadãos um poder de influência direta. Essas fórmulas constroem pontes entre os cidadãos e os seus órgãos dirigentes, gerando maior grau de sensibilização, aumentando os níveis de decisões informadas e de influência do eleitorado na tomada de decisões políticas.

A partir da presença do conselho municipal na governação e gestão dos serviços, seria de se esperar, além de proporcionar uma grande viabilidade aos serviços de assistência social, promover os cuidados integrados por intermédio de uma maior variedade de modelos de gestão e de uma maior adaptabilidade dos serviços às necessidades da população. Além disso, o desenvolvimento de um modelo de aten-

dimento local em âmbito municipal, que integre a gestão de hospitais comunitários, atenção primária, serviços sociais, bem como programas de promoção da saúde e saúde pública, não requer a alteração de qualquer lei, mas simplesmente a implementação das existentes.

Conclusão

O papel desempenhado nos serviços de saúde pelos municípios espanhóis é marginal, uma vez que lhes falta o poder, os recursos e a visibilidade necessários. O mesmo se pode dizer da sua relevância nas políticas de saúde. Essa realidade é o resultado de dois processos que ocorreram nas últimas quatro décadas: a descentralização das competências de saúde para as regiões espanholas e a centralização radical pelas regiões de competências e recursos preexistentes em âmbito municipal e provincial.

Na última década, os Serviços Regionais de Saúde têm desenvolvido estratégias ativas para a transformação do sistema de saúde. Como resultado dessas estratégias, estão surgindo modelos clínicos e organizacionais mais integrados, eficientes e sustentáveis. Do mesmo modo, ficou provado que o potencial de eficiência dos novos modelos é muito maior quando os serviços sociais também são integrados. Dado que esses serviços de proximidade são geridos pelos municípios, começa a emergir um novo modelo de saúde-social. Um que articule as esferas da cura e do cuidado, em que o lar é o lugar privilegiado da atenção. Nesse contexto, os municípios têm potencial para recuperar a proeminência dada à sua proximidade com o cidadão, à possibilidade de proporcionar oportunidades de participação e à capilaridade da sua rede de serviços. Em todo caso, estamos perante um modelo embrionário; e ainda é cedo para dizer se ele pode dar fruto. Isso requer uma nova compreensão da realidade: que a incorporação de autoridades locais em serviços de saúde pode ser um caminho quase inexplorado para o desenvolvimento de um sistema integrado, um modelo de saúde centrado nas pessoas, com maior participação do cidadão e flexibilidade gerencial.

Conflitos de interesses: nenhum

Referências

1. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, Fukutaki K, McGaughey M, Pletcher MA, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios 2016–2040 for 195 countries and territories. *Lancet*. 2018;392:2052-90.
2. Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona PJ, Fernández E, et al. The burden of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease 2016. *Med Clin (Barc)*. 2018 Sep 14 [accessed on 2018 jul 20];151(5):171-190. Available from: [10.1016/j.medcli.2018.05.011](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.05.011).
3. WHO. WHO European Healthy Cities Network. 2018 [accessed on 2018 nov 17]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities>.
- 4.- Pané i Mena O, Vargas Lorenzo I. [Primary care and the local authority. Is municipal involvement in primary health care management possible in Spain?]. *Aten Primaria*. 2002 Nov 30;30(9):581-7.
5. Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J, Sánchez Martínez FI, Repullo JR, Peña-Longobardo LM, et al.. Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2018;20(2):1-179.
- 6.- Costa-Font J, Jiménez S, Vilaplana C. Does Long-Term Care Subsidisation Reduce Unnecessary Hospitalisations. Documento de Trabajo no. 2016-05, Madrid: FEDEA; 2016.
7. García-Goñi M, Hernández-Quevedo C, Nuño-Solinís R, Paolucci F. Pathways towards chronic care-focused healthcare systems: evidence from Spain. *Health Policy*. 2012 Dec;108(2-3):236-45.
8. Urtaran-Laresgoiti M, Álvarez-Rosete A, Nuño-Solinís R. A system-wide transformation towards integrated care in the Basque Country: A realist evaluation. *International Journal of Care Coordination*. 2018;21(3):98-108.
9. Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve chronic illness? *Effective Clinical Practice*. 1998;1:1-4.

10. Coleman K, Austin B, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(1):75-85.
11. Martínez-González NA, Berchtold P, Ullman K, Busato A, Egger M. Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review. *International Journal for Quality in Health Care*. 2014;26(5):561-70.
12. Nuño-Solinís R. Development and implementation of the Chronicity Strategy for the Basque Country (Spain): lessons learned. *Gac Sanit*. 2016 Nov [accessed on];30(Suppl 1):106-110. Available from: [10.1016/j.gaceta.2016.03.011](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.03.011).
13. Diderichsen F. Devolution in Swedish health care. *BMJ*. 1999;318:1156-1157
14. Walshe K, Coleman A, McDonald R, et al. Health and social care devolution: the Greater Manchester experiment. *BMJ*. 2016. Available from: [i1495 https://doi.org/10.1136/bmj.i1495](https://doi.org/10.1136/bmj.i1495).

CAPÍTULO 4

Municípios e serviços de
saúde na Alemanha

Dr. Holger Pressel
AOK Baden-Württemberg

A investigação comparativa sobre a assistência social se distingue entre dois tipos (ideais) de sistemas de previdência: os modelos Bismarck e Beveridge. O modelo Bismarck baseia-se em um sistema de contribuição de previdência social, normalmente associado ao trabalho remunerado. Outra característica dos sistemas Bismarck é a autoadministração dos atores, ou seja, um (certo) estado remoto. O modelo Beveridge, por outro lado, descreve uma garantia de rendimento mínimo financiada por impostos para todos os cidadãos com benefícios geralmente concedidos pelo Estado. No entanto, os sistemas de saúde só podem ser atribuídos a um dos dois sistemas na teoria. Na realidade, sistemas mistos ou híbridos são frequentemente encontrados. Isso é evidenciado também pelo exemplo dos municípios no sistema de serviços de saúde da República Federal da Alemanha. No modelo de previdência social financiado por contribuições do sistema Bismarck, os municípios, na teoria, não desempenham um papel de fato. Na realidade, porém, tem ficado claro que os municípios estão assumindo cada vez mais responsabilidades nos cuidados de saúde.

Os municípios devem cumprir várias tarefas obrigatórias no sistema de saúde alemão. Estas incluem a prestação de cuidados de internação no âmbito do planejamento hospitalar em âmbito provincial e a prestação de serviços de emergência, cada um tendo em conta a devida pluralidade dos portadores. Além disso, os municípios são obrigados a cumprir as tarefas do Serviço Público de Saúde (ÖGD).

A missão central do ÖGD é proteger e promover a saúde dos cidadãos. O serviço público de saúde é, geralmente, regulado nos 16 estados federais por suas próprias leis estaduais, portanto, o ÖGD vem dependendo das ações específicas do estado. Em Baden-Württemberg, o ÖGD cumpre uma variedade de tarefas, por exemplo, planejamento da saúde e relatórios sobre saúde, promoção e prevenção, bem como proteção da saúde, controle de infecções e higiene. Essa tarefa é realizada pelas autoridades sanitárias dos distritos urbanos e rurais como parte das unidades administrativas municipais. Outras tarefas obrigatórias dos municípios nos cuidados de saúde decorrem de regulamentações nacionais individuais. Um exemplo disso em Baden-Württemberg são as conferências municipais de saúde. Trata-se de “diálogos de campo”, em âmbito dos distritos rurais e urbanos e responsáveis pelos processos regionais de análise e discussão, para o desenvolvimento dos objetivos locais de cuidados de saúde.

Além das tarefas obrigatórias, os municípios têm a oportunidade de se voluntariar para os cuidados de saúde. Os exemplos incluem o estabelecimento de uma instalação para cuidados imediatos (com a aprovação da Associação de Médicos do Seguro de Saúde Estatutário), a criação de um lar de idosos, bem como o serviço de orientação municipal para aqueles que necessitam de cuidados e para seus familiares. Além disso,

os municípios têm a oportunidade de fundar um centro de assistência médica (MVZ). Ao fundar um centro de cuidados da saúde comunitário, os municípios podem influenciar ativamente os cuidados médicos locais. No entanto, até o momento, os municípios têm feito pouco uso dessa opção. Todavia, é concebível que essas opções sejam adotadas com maior frequência no futuro, especialmente nas zonas rurais.

Apesar do sistema de Previdência Social na Alemanha, com a correspondente autoadministração dos atores, verifica-se também um aumento na transmissão de competências de cuidados de saúde aos municípios. Isso indica uma evolução no sentido de uma relação complementar entre a autogovernança social e local.

Literatura relacionada

Schölkopf M, Pressel H. Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik [Cuidados de saúde em comparação internacional. Comparação entre sistemas de saúde, relatórios nacionais e política de saúde europeia]. MedizinischWissenschaftlicheVerlagsgesellschaftmbH& Co. KG. Berlin. 3. Auflage; 2017.

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



CAPÍTULO 5

Descentralização da saúde no Brasil: uma trajetória incompleta

Fernando P. Cupertino de Barros

Médico; Mestre e Doutor em Saúde Coletiva; Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (Brasil); Assessor técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Rua 7, 201 apto 202, Setor Oeste, Goiânia/GO, CEP 74.110-090, Brasil. fernandocupertino@gmail.com

Flavio A. de Andrade Goulart

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

Resumo

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

Palavras-chave: Descentralização da saúde. Municipalização. Sistemas de saúde.

Abstract

The article presents a critical view on the municipalization of health in Brazil, from the historical context of its origins. It points out its strengths, weaknesses, problems arising from its implementation and the current perspectives. For this, the author is based on his personal involvement with the subject and on the intimacy with the process since its beginnings, whether as a physician of the public health system or as a municipal and state manager that was between the years of 1988 and 2006, still relying on existing literature on the subject. By way of conclusion, it enumerates the factors that should be taken into account in the current context, in order to move forward in decentralization, preserving the benefits and positive results of municipalization, but correcting the distortions and problems that have arisen over time. A comparative briefing about health decentralization in Brazil and Portugal is also included.

Key-words: Decentralization of health. Municipalization. Health systems.

Introdução

O advento de uma nova Constituição Federal no Brasil, em 1988, introduziu uma mudança radical no panorama social ao definir a saúde como “um direito do cidadão e um dever do Estado”, além de diversos outros direitos fundamentais. Para tanto, a Carta Magna estabeleceu a conformação de um Sistema Único de Saúde (SUS), pautado nas diretrizes de descentralização, atenção integral e participação da comunidade, com o financiamento tripartite assegurado pela União e pelos estados, Distrito Federal e municípios¹. Foi assim introduzido um modelo federativo inovador, caracterizado pela responsabilização das três esferas de governo, dotadas de autonomia pela Constituição, além de amplas atribuições na gestão das políticas públicas. A relação de interdependência que se estabeleceu em tal modelo é indissociável da noção de que a autoridade é exercida pela negociação entre os entes, sem caráter de subordinação².

Por outro lado, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), confirmando e detalhando as diretrizes constitucionais, estabeleceu em seu art. 7º, inciso IX, as diretrizes de descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios” e a “regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde”. Além disso, a Lei Orgânica estabelece, em seu art. 18, as competências dos municípios no tocante à saúde³.

À luz da realidade, todavia, percebe-se que a federação brasileira convive, ainda atualmente, com um quadro de importantes desigualdades regionais, geradoras de uma excessiva dependência da maioria de estados e municípios com relação aos recursos financeiros originários da União. Dessa maneira, o sentido de uma forma federativa de organização do Estado perde força ante a incapacidade de gestão das atividades e funções atribuídas a cada um de seus entes. Ademais, essas desigualdades são agravadas e perpetuadas pela arrecadação tributária extremamente desigual entre estados e municípios. Para atenuar tal situação, há um sistema de transferências obrigatórias das receitas arrecadadas pela União para estados e municípios e, também, de parte daquelas arrecadadas pelos estados para seus respectivos municípios. Contudo, esse mecanismo não é capaz de, por si só, sanar o problema das desigualdades, o que impede que um verdadeiro federalismo cooperativo se estabeleça⁴.

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

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

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

Em uma brevíssima retrospectiva histórica, há que se salientar que de modo diverso ao estabelecido pela Constituição Federal de 1988, os governos militares pós-1964 limitavam sua atuação na área da saúde apenas pela adoção de medidas de natureza preventiva e de atividades de vigilância epidemiológica e sanitária. Para o acesso aos serviços de saúde de natureza médico-hospitalar, somente os beneficiários da Previdência Social, de caráter contributivo e baseado no mérito, eram contemplados, enquanto os demais cidadãos só podiam contar com a caridade das entidades filantrópicas, especialmente das Santas Casas de Misericórdia. Há que se ressaltar, também, a maneira quase “heroica” da singular atuação de alguns municípios e estados da federação, que optaram por investir em serviços de saúde para sua população, mesmo ao arripio de marcantes dificuldades, particularmente financeiras e institucionais, com carência de respaldo legal para tanto⁶. Assim, agravaram-se, naquele período, vários problemas estruturais que já vinham de décadas anteriores, como a elevada presença de doenças infecciosas e parasitárias, as altas taxas de mortalidade e morbidade infantis e maternas,

além da própria mortalidade geral da população. A política de proteção social à época visava simplesmente ao exercício do poder de controle, de modo a amenizar tensões e a legitimar o regime de exceção perante sociedade, que não participava por nenhuma forma das instâncias de decisão.

Foi nesse ambiente de ausência de democracia, de pouca saúde, de falta de participação da sociedade nas decisões políticas, de centralização excessiva na condução e na administração da saúde que surgiu o assim chamado Movimento da Reforma Sanitária, cujos postulados terminaram por consolidar-se em um sistema universal de saúde, adotado pelos constituintes e expresso na Constituição Federal vigente.

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

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

“[...] a Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado”.

Diante do exposto, pode-se perguntar: por que razão se defendeu, à época, a descentralização como um dos eixos norteadores do sistema que estava a ser criado? Há pelo menos cinco bons motivos que a justificam: a) o primeiro, de natureza política,

consistiu em uma forma estratégica para atenuar o poder excessivamente concentrado no nível central; b) o fato de o Brasil ser um país de dimensões continentais, envolvendo múltiplas realidades e que contava com desigualdades regionais ainda mais importantes que as de agora; c) a necessidade de reconhecer e respeitar as peculiaridades e necessidades locais e de encontrar soluções para os problemas identificados; d) a tentativa de buscar a participação da comunidade em um ambiente de retomada democrática após praticamente 25 anos de regime militar; e) a busca de dar maior transparência e eficiência à alocação de recursos públicos para a saúde e maior agilidade para a solução dos problemas.

No modelo de descentralização escolhido, o financiamento da saúde foi estabelecido como responsabilidade das três esferas governamentais, introduzindo a participação municipal, praticamente inexistente até então. As ações e atividades inerentes aos cuidados de saúde primários passaram a ser atribuição e responsabilidade dos municípios, com alguma ajuda financeira federal e estadual. Criaram-se instâncias permanentes de concertação, de modo a aprovar, consensualmente, políticas, programas e ações a serem desenvolvidas (Comissão Intergestores Tripartite, no nível federal, com representação do Ministério da Saúde, dos Secretários Estaduais de Saúde e dos Secretários Municipais de Saúde; Comissão Intergestores Bipartite, nos Estados, com representação destes e dos municípios que os compõem). Buscou-se, ainda, uma forma ascendente de formulação das políticas de saúde, a partir das conferências e conselhos municipais de saúde, com repercussão das discussões e proposições sobre o nível estadual e, finalmente, sobre o nível federal, embora, sem dúvida, o padrão histórico da federação brasileira fosse pouco propício a tais inovações¹⁰.

Por último, e de grande importância estratégica, cabe destacar a escolha do fortalecimento dos cuidados de saúde primários, ou Atenção Primária à Saúde (APS), como pedra angular de organização do sistema de saúde, o que se deu, inicialmente, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. Ambos introduziram duas importantes inovações: o enfoque sobre a família, e não mais sobre a saúde individual, e o aspecto integrador com a comunidade, procurando fugir assim de um modelo médico-hegemônico. Dessa forma, alguns aspectos adquiriram relevância para a implantação do PACS: a escolha do agente comunitário de saúde e as condições institucionais de gestão local, envolvendo a mobilização da comunidade, processo seletivo, capacitação e avaliação; a formação dos conselhos de saúde; o grau de autonomia financeira, o capital humano disponível e a capacidade instalada das recém-nascidas secretarias municipais de saúde. É, pois, lícito afirmar que o PACS foi um importante braço auxiliar na implementação

do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde, contribuindo diretamente para que a municipalização da saúde tomasse forma¹¹.

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

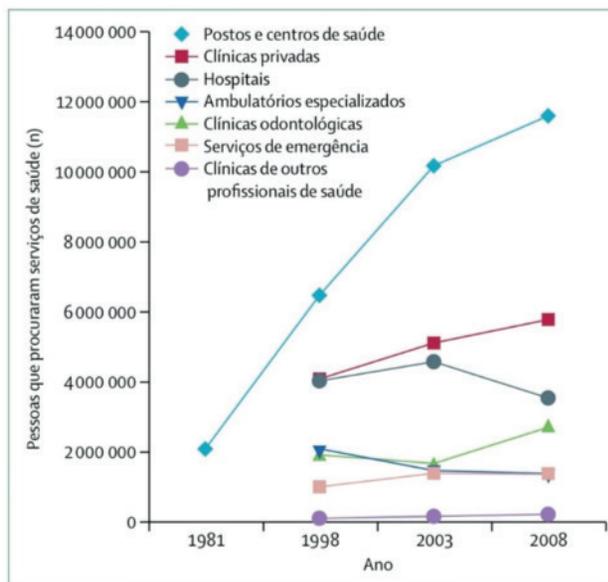
Pontos positivos

Há três elementos que se destacam como resultado do impacto fortemente positivo da municipalização da saúde do Brasil e que têm merecido a atenção de inúmeros estudiosos: a) a proximidade dos cidadãos com o sistema e com os serviços de saúde; b) a ampliação do acesso a ações e serviços de saúde; e c) a melhoria de diversos indicadores de saúde¹³⁻¹⁶. Além disso, deve ser citada a instituição de um *modus operandi* relativamente inédito nas políticas públicas do País, qual seja o da responsabilização municipal, não só na saúde como em outras políticas públicas.

A proximidade dos cidadãos com o sistema e com os serviços de saúde pode ser vista como uma consequência direta do imperativo constitucional que define a saúde como um direito de cidadania, mas que reflete, também, um movimento de aproximação dos cidadãos em direção às políticas públicas de saúde, consequência de um sistema que contemplou a participação da comunidade como um de seus elementos centrais. Nesse ponto, o processo de municipalização, ao trazer para mais perto dos cidadãos as discussões e a instância de decisão sobre as ações e serviços de saúde a ela prestados, prestou imensa contribuição para a consolidação do sistema público de saúde. Em termos do acesso a ações e serviços de saúde, são referenciais os trabalhos de Paim et al.¹⁴, ao mostrar que o número de pessoas que buscam a atenção básica à saúde aumentou de 450% entre 1981 e 2008 (Figura 1), o que pode ser atribuído a um crescimento vultoso do tamanho da força de trabalho do setor da saúde e do número de unidades de cuidados de saúde primários implantadas nos municípios brasileiros. Outros autores relatam que a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), implementada graças à municipalização, está associada, de modo consistente, à redução nas mortalidades pós-neonatal e infantil, assim como à diminuição do baixo peso ao nascer, ao

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

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



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

Pontos negativos

• O financiamento

O financiamento público do SUS no Brasil tem sido, ao longo dos anos, absolutamente insuficiente. Mesmo que em termos globais os gastos totais com saúde aproximem-se da média dos países da OCDE, a porção pública desse financiamento é inferior a 50% dos gastos totais (Quadro 1). Por outro lado, quando se levam em conta os gastos em saúde em função do percentual que ocupam no orçamento público, os dados reforçam cabalmente a constatação de que existe um *deficit* importante de financiamento público para a saúde no Brasil o que, sem dúvida nenhuma, compromete sua capacidade de resposta.

Quadro 1. Gasto em saúde em países selecionados, 2012

País	Gasto total em saúde % PIB	Gasto público em saúde % PIB	Gasto público como % do gasto total em saúde	Gasto público em saúde per capita US\$ PPP
Brasil	9,6	4,5	47,5	659
Argentina	6,8	4,7	69,3	1.074
Chile	7,3	3,4	47,7	768
Costa Rica	10,1	7,5	74,7	1.088
Cuba	8,6	8,1	94,2	381
Panamá	7,2	10,1	68,6	892
Uruguai	8,6	55,5	64,5	1.028
Canadá	10,9	7,6	70,1	3.229
Estados Unidos	17,0	7,9	47,0	4.153
Holanda	12,7	10,1	79,6	4.295
Itália	9,2	7,1	77,3	2.438
Suécia	8,2	7,7	81,3	1.615
Reino Unido	9,3	7,8	84,0	2.716
França	11,6	8,9	77,4	3.259

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

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

País	Gasto em saúde em percentual do orçamento público
Brasil	7,9
Argentina	22,5
Chile	14,9
Costa Rica	27,7
Cuba	11,5
Panamá	12,7
Uruguai	19,3
Canadá	18,5
Estados Unidos	20,0
Holanda	20,0
Itália	14,0
Suécia	13,4
Reino Unido	16,2
França	15,8

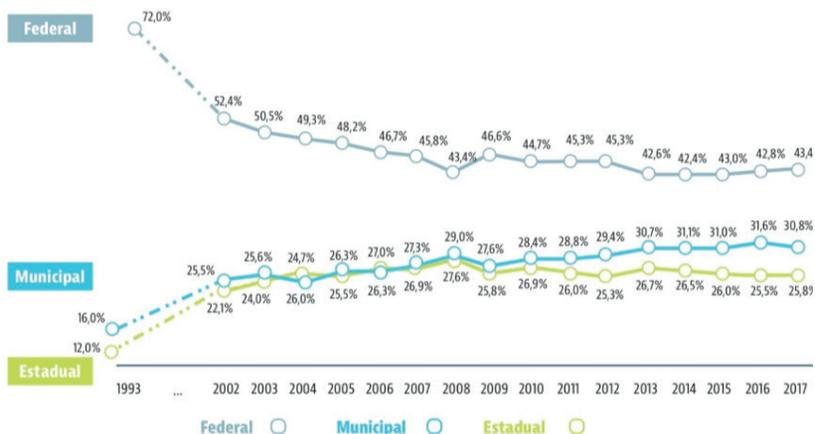
Fonte: World Health Organization. World health statistics, 2015. Geneva, WHO; 2015.

Agrava-se ainda mais o problema do financiamento quando se analisa o comportamento dos aportes de recursos públicos oriundos das esferas federal, estadual e municipal ao longo dos anos. Há um crescente comprometimento dos recursos municipais e estaduais para o custeio das ações e serviços de saúde no âmbito do sistema público, com significativa retração da contrapartida do nível federal ao longo dos últimos 25 anos (Figura 3), o que impossibilita a expansão dos serviços, a recuperação e a conservação das estruturas prediais e de equipamentos e que, sobretudo, impede maiores progressos e investimentos no capital humano necessário à prestação de serviços em âmbitos local e regional.

Vale lembrar que o Brasil convive com um regime de forte concentração tributária no nível federal, o que faz com que a descentralização de encargos e obrigações para os entes subnacionais não faça acompanhar da correspondente destinação dos recursos resultantes das contribuições dos cidadãos. Atualmente, a União, que detém 60% da arrecadação de tributos, arca com 42% do financiamento do SUS, enquanto os municípios arrecadam 17% da carga tributária brasileira e se responsabilizam por 32% do financiamento do SUS¹². Entre os anos de 2016 e 2017, registrou-se diminuição da representação da carga tributária federal frente ao Produto Interno Bruto (PIB), porém a mesma relação se manteve estável para municípios (Figura 4).

Outro fator apontado como também responsável pelo subfinanciamento público em saúde diz respeito às renúncias fiscais (a dedução dos gastos com planos de saúde, profissionais de saúde, clínicas e hospitais no Imposto de Renda, das concessões fiscais às entidades hospitalares privadas sem fins lucrativos, indústria químico-farmacêutica, indústria automobilística, entre outras). Estudos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea registram que, por meio de renúncias fiscais, cerca de R\$ 25 milhões (pouco mais de € 5 milhões) deixaram de ser arrecadados do total de gastos federais em saúde em 2013. O valor, apenas da renúncia fiscal, correspondeu a 30% dos gastos na área de saúde naquele ano. Parte disso diz respeito ao gasto tributário, subsídio que nos últimos anos alcançou a representatividade acima de 4% do PIB, ou seja, o mesmo valor destinado conjuntamente pela União, estados e municípios ao financiamento da saúde no País (Figura 5)¹⁸.

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



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

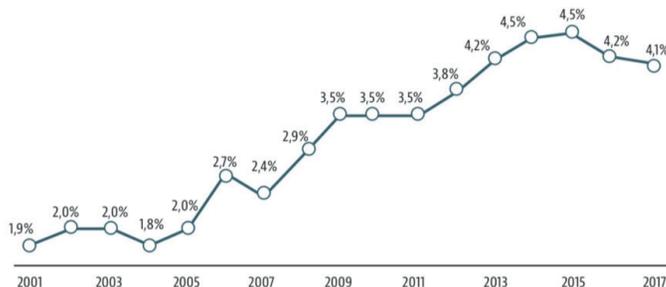
Figura 4. Carga tributária bruta por esfera de governo, que leva em conta PIB oficial divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em março de 2018.

CARGA TRIBUTÁRIA BRUTA POR ESFERA DE GOVERNO

CTB	R\$ MILHÕES		% PIB*	
	2016	2017	2016	2017
Federal	1.332.253	1.390.984	28,28%	21,20%
Estadual	553.077	584.489	8,84%	8,91%
Municipal	140.658	147.625	2,25%	2,25%
TOTAL	2.025.988	2.123.198	32,37%	32,36%

Fonte: Tesouro Nacional, 2018¹⁸.

Figura 5. Total de gastos tributários em percentagem do PIB



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

• Heterogeneidade dos municípios

O Brasil conta, atualmente, com 5.570 municípios, que apresentam grande heterogeneidade entre si quanto à dimensão territorial, população, capacidade econômica, disponibilidade de recursos humanos, características demográficas e epidemiológicas, entre outros aspectos. Calvo et al.¹⁹ propuseram uma estratificação dos municípios em grupos homogêneos, de modo a permitir a avaliação de seu desempenho em saúde. O “porte populacional” foi considerado como fator específico na identificação dos grupos homogêneos para gestão em saúde, sendo agregado apenas ao final do procedimento. O fator foi estratificado em três grupos: municípios com menos que 25 mil habitantes (pequeno porte), municípios com 25 mil a 100 mil habitantes (médio porte) e municípios com mais de 100 mil habitantes (grande porte). Outros elementos também foram levados em conta, tais como características demográficas; capacidade de financiamento e poder aquisitivo da população; taxa de urbanização e densidade demográfica; PIB per capita; percentual de cobertura populacional por planos privados de saúde. Evidenciou-se que a maioria (76,9%) dos municípios brasileiros é de pequeno porte; e a análise de agregação segundo as condições que influenciam a gestão em saúde identificou a concentração dos municípios na situação regular (40,5%) ou desfavorável (36,8%). Por outro lado, mesmo naqueles com mais de 100 mil habitantes e cujas características demográficas, capacidade de financiamento e poder aquisitivo da população os tenham colocado no grupo de influentes favoráveis da gestão em saúde, deve-se ressaltar o fato de que esses grandes municípios apresentam significativos bolsões de miséria em suas áreas urbanas, com dinâmicas sociais próprias que, por vezes, dificultam o equacionamento das ações para o adequado acesso às políticas públicas.

Diante de tais elementos, não é difícil compreender que a municipalização, como estratégia, não pode considerar os municípios igualmente, mas precisa levar em conta suas peculiaridades, seus potenciais e suas dificuldades, senão estará fadada ao fracasso. Nesse sentido, Albuquerque e cols.¹⁶ afirmam, com muita propriedade, que no balanço que se faz da municipalização como modelo de descentralização adotado pelo SUS, os resultados são contraditórios, posto que as condições para que um projeto de descentralização, capaz de atender às finalidades da política nacional de saúde, não foram alcançadas. Contudo, não há como negar quão importante foi a municipalização para a expansão do acesso e da cobertura de serviços e recursos públicos originados dos níveis estadual e municipal.

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

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

• As dificuldades com o modelo de descentralização escolhido

Na década de 1990, o foco da regulação das relações federativas recaiu sobre o processo de descentralização. O aparato institucional montado foi bem-sucedido nesse objetivo, mas não conseguiu efetivar a integração entre os entes por meio da regionalização da atenção, conforme previsto na Constituição. Ao contrário, as regras da descentralização, particularmente as relativas à transferência de recursos, atuaram no sentido de dificultá-la ao supervalorizar o papel do município como prestador dos serviços e subvalorizar o papel dos estados como instâncias de organização dos processos de gestão, financiamento, fiscalização e controle²¹.

Estudos relacionadas com os temas de políticas de descentralização, redes de atenção e regionalização da saúde apontam as vantagens e as dificuldades no processo de descentralização da saúde adotado no Brasil, sublinhando a incapacidade da municipalização em atingir plenamente seus objetivos²². Por outro lado, há que se ter em mente que o princípio da descentralização contido na Carta Magna de 1988 também atingiu setores como a saúde e a assistência social, na tentativa de estruturar um Estado de proteção social. Contudo, as políticas econômicas que, em última instância, são responsáveis pelos recursos necessários à construção e ao funcionamento de um Estado de bem-estar social mantiveram pesadas características de centralização, o que tem submetido os recursos das políticas sociais às diretrizes econômico-financeiras dos sucessivos governos²³.

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

Assim, a partir de 2001, normatizações e ações voltadas à organização regionalizada do setor saúde tinham como um de seus objetivos corrigir as distorções do “municipalismo autárquico” e substituir a atitude de competição intermunicipal pela cooperação, a fim de superar barreiras e diferenças de acesso entre cidadãos de diferentes localidades. Nasceram, assim, o Plano Diretor de Regionalização, a Programação Pactuada Integrada e o Plano Diretor de Investimento que, infelizmente, não lograram os resultados esperados de integração regional e articulação intermunicipal, o que levou a mais uma tentativa de correção do modelo, em 2006, com o estabelecimento do Pacto pela Saúde, que também não conheceu grande sucesso. Duas outras medidas foram ainda adotadas, em anos posteriores: a edição do Decreto Presidencial nº 7.508/2011, que estabeleceu de maneira mais clara e detalhada as obrigações e responsabilidades dos entes federados para com a saúde, por meio de um Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP; e a Lei nº 12.466/2011, que reforçou a necessidade da articulação federativa. Embora tenha havido progressos sob a ótica normativa, a regionalização é afetada pelo contexto e comportamento dos atores regionais e locais, de modo que os resultados esperados ainda não se fizeram sentir em sua plenitude²¹.

• Modelo assistencial inadequado

Intimamente relacionado com a municipalização da saúde, o esforço empreendido pelo Brasil no fortalecimento dos cuidados de saúde primários, especialmente por intermédio da ESF, está ligado a muitos dos méritos dos avanços obtidos. Entretanto, é preciso ressaltar a falta de uniformidade de cobertura, de funcionamento adequado e de qualidade da estratégia quando se analisa o País. Não pairam dúvidas de que, onde ela foi devidamente implantada, houve melhoria de acesso e redução de desigualdades, especialmente em municípios de menor porte e em populações mais desfavorecidas¹⁵. Todavia, o Brasil vive, já há alguns anos, um processo de acelerada transição demográfica e epidemiológica, que, na opinião de Vilaça²⁵, exige um modelo de redes de atenção à saúde como resposta ao quadro sanitário brasileiro, que destoa dos padrões internacionais de transição epidemiológica. Uma “tripla carga de doenças” combina infecções, desnutrição e saúde reprodutiva com as doenças crônicas e com o forte crescimento das causas externas, para cujo enfrentamento o modelo assistencial, ainda muito voltado apenas para as condições agudas, não tem efetividade.

As desigualdades entre os municípios, as carências em termos materiais e de recursos humanos fazem com que, em muitas regiões, aqueles mais bem aquinhoados sejam penalizados pelo grande afluxo de pacientes oriundos de municípios vizinhos,

mais pobres e/ou menos organizados e, portanto, incapazes de satisfazer as necessidades de saúde de seus habitantes. Com isso, uma carga adicional de gastos e de necessidades a serem satisfeitas é colocada sobre os ombros de alguns municípios, seja pela incapacidade, seja pela falta de interesse de outros em oferecer, pelo menos, cuidados de saúde primários de qualidade a seus municípios.

Intimamente ligado ao problema do modelo assistencial inadequado, está a questão dos recursos humanos, sobretudo para o trabalho no âmbito dos cuidados de saúde primários. Sabe-se que a escassez de médicos e os desequilíbrios geográficos na distribuição desses profissionais são problemas em sistemas de saúde de diversos países. No Brasil, a escassez de médicos persiste nas áreas rurais e nos cuidados de saúde primários, com especialistas concentrados no setor privado e distribuídos desigualmente em todo o território, levando a grandes disparidades. Embora várias políticas tenham sido desenvolvidas para lidar com a distribuição desigual dos profissionais de saúde, problemas burocráticos não resolvidos na contratação de recursos humanos em nível local levaram a dificuldades na retenção de médicos. Assim, em 2013, o governo federal lançou o Programa Mais Médicos (PMM) para expandir os cuidados de saúde primários, distribuindo mais de 18 mil médicos, a maioria de Cuba, para áreas carentes em todo o País²⁶. Os impactos do programa ainda são objeto de estudo, porém, já há trabalhos que mostram um incremento da ordem de 33% nas consultas médicas e de 32% nas visitas domiciliares²⁷. Por outro lado, o PMM possibilitou a entrada de mais de 23 mil médicos no território nacional, o que representa um importante provimento desses profissionais, sobretudo nas regiões de maior pobreza e vulnerabilidade. Em matéria de impactos sobre a condição de saúde da população, já se pode observar ligeira redução das hospitalizações por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários, por exemplo, que exigirão estudos de médio e longo prazos para melhor caracterização²⁸.

Também relacionados com os desafios de provisão adequada de recursos humanos no âmbito da municipalização da saúde estão: a) a manipulação político-partidária, que no nível local se faz sentir muito fortemente, o que promove instabilidade nos quadros de recursos humanos qualificados, habitualmente já escassos; b) as disparidades remuneratórias entre as categorias profissionais em um mesmo município e entre municípios vizinhos; c) as formas precárias de contratação desses profissionais, aliadas à falta de perspectivas de desenvolvimento futuro, por falta de uma carreira formalmente estabelecida.

Quando se discute a eficiência dos cuidados de saúde primários, portanto, a eficiência do nível municipal na atenção à saúde, estudos do Banco Mundial²⁹ apontam que existe espaço para aumentar a produção de serviços com os mesmos recursos

que hoje são gastos e que o melhor meio de fazê-lo seria aumentar o número de equipes profissionais, nomeadamente para os municípios com baixa concentração desses recursos humanos. Outro aspecto sobre o qual se recomenda forte atuação é o que se refere à rede hospitalar, pois o predomínio de pequenos hospitais, aqueles com menos de 50 camas, determina inviabilidade econômica e ausência de eficiência na prestação de serviços.

Cabe ainda uma palavra sobre a ESF, escolhida como pedra angular da organização do sistema de saúde e modelo preferencial para a oferta dos cuidados de saúde primários no Brasil, a cargo dos municípios. O número de equipes de Saúde da Família distribuídas em todo o País é de 39.872, segundo dados oficiais de 2017, envolvendo 97% do total de municípios e com uma cobertura populacional que atinge 59,74% da população brasileira. Nelas estão presentes praticamente 258 mil agentes comunitários de saúde, além de médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem e técnicos de higiene dental³⁰. Para além do aspecto da ampliação de acesso e cobertura, porém, há que se preocupar também com a efetiva qualidade dos serviços oferecidos à população. Nesse particular, a despeito de iniciativas como a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, ao festejado Programa Mais Médicos e ao Programa Nacional de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), de 2011, vários estudos apontam a persistência de diversos problemas que comprometem a qualidade e a eficácia dos cuidados de saúde primários, em especial, o trabalho da Saúde da Família³¹⁻³⁶; e, o que é ainda pior, ensejando a desconstrução de ganhos já obtidos, como se pode depreender das conclusões de Shimizu e Carvalho Júnior³⁷. Tais percalços podem também resultar de um viés recorrente nas políticas públicas no Brasil, qual seja o de tratar igualmente entes desiguais, somado à falta de ênfase em arranjos regionais, mais do que locais e ao enfoque apenas formal na formação de redes.

E se fôssemos começar de novo?

Por tudo o que já foi anteriormente apontado, o caminho a ser adotado, hoje, deveria ser o de descentralizar a saúde em bases regionais, com governação regional e em uma articulação solidária entre os municípios. Não se trata de considerar que a municipalização tenha sido um erro; antes, foi uma necessidade, dadas a conjuntura, as exigências sociais por mudanças e o imperativo de implantar um sistema de saúde que apresentava uma grande novidade: a saúde como um direito de cidadania. Hoje, contudo, percebe-se que a radicalidade nessa opção de se descentralizar uniformemente,

ignorando as imensas disparidades dos municípios entre si, trouxe benefícios inequívocos, mas provocou imensos problemas que ainda estão por ser solucionados¹⁴⁻¹⁶. Em outras palavras, se por um lado foi importante para a expansão da cobertura de serviços e também de recursos públicos provenientes de estados e municípios, por outro, a municipalização não conseguiu lograr a integração de serviços, instituições e práticas nos territórios, tampouco a formação de arranjos mais cooperativos na saúde³⁸.

Na tentativa de superar as limitações decorrentes do processo de municipalização, a regionalização passou a ser priorizada como macroestratégia para a organização do sistema de saúde brasileiro. No entanto, estudos mostram que o processo de regionalização apresenta pontos fracos que se originam do desenho da política e do desempenho dos três níveis de governo. A alocação de responsabilidades que são muito complexas para a capacidade e tamanho dos municípios, o abandono de funções essenciais – como o planejamento de rede assistencial pelos Estados e o papel estratégico do Ministério da Saúde –, a ‘invasão’ de competências entre níveis de governo e a alta rotatividade política também são destacados como elementos dificultadores do processo³⁹.

Outros elementos, no entender destes autores, deveriam somar-se aos anteriores para que um movimento de descentralização, efetivamente, colhesse os resultados a que se propõe: a) descentralizar responsabilidades segundo as capacidades dos municípios e, ao mesmo tempo, fomentar uma articulação solidária e cooperativa entre eles; b) trabalhar a organização dos serviços de saúde em redes regionais integradas, com atribuições bem definidas, com financiamento suficiente e com gestão qualificada; c) estabelecer uma política de recursos humanos com o envolvimento das três esferas de governo, abrindo-se a possibilidade de que a responsabilização operacional e financeira possa ser eventualmente localizada em estruturas regionais ou mesmo estaduais, e não apenas municipais, também com modelos alternativos de gestão mais flexível, diferentes daqueles previstos no chamado Estatuto do Funcionário Público (Lei 8.112), de forma a prover os municípios dos profissionais necessários aos serviços que neles devam ser oferecidos; d) fortalecer as instâncias administrativas das secretarias municipais de saúde, tornando-as aptas a realizar suas funções com eficiência e eficácia, inclusive na utilização dos sistemas de informação não apenas como repositório de dados, mas como material necessário à permanente avaliação dos resultados e à correção de rumos; e) modelar a rede de serviços de modo a responder às realidades epidemiológicas e demográficas, tendo os cuidados de saúde primários como o nível de coordenação da linha de cuidados em saúde; f) aprimorar a qualidade dos cuidados de saúde primários, nomeadamente pelo bom funcionamento da ESF; g) enfrentar o problema da existência de grande número de hospitais de pequeno porte, sem viabilidade econômica e sem efi-

cácia na prestação de serviços, destinando-os a outros tipos de tarefas, de forma complementar e integrada à rede assistencial; h) promover uma articulação sinérgica com o setor privado, de modo especial com as entidades filantrópicas, a fim de racionalizar custos, potencializar eficiência e facilitar o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde por eles requeridos.

Assim, percebe-se claramente que, para além das definições normativas que já colocam a regionalização da saúde como caminho a ser trilhado, muitos são os desafios que devem ser superados. Um dos maiores, sem dúvida, é o baixo grau de profissionalização e o alto nível de politização da gestão dos serviços de saúde, que decorre da falta de tradição em formação para a gestão e do não emprego da meritocracia para o preenchimento dos postos de direção como salienta Gilles Dussault⁴⁰. Além disso, a alta rotatividade dos gestores de saúde traz inequívocos prejuízos à continuidade e ao aprofundamento de programas, políticas e ações que têm por escopo a resposta adequada às necessidades de saúde da população⁴¹. Por outro lado, citando Vargas et al.³⁹, Melo et al.⁴² enumeram as principais dificuldades enfrentadas pelo processo de regionalização adotado no Brasil em quatro grandes categorias: a) implementação baseada em negociação ao invés de planejamento; b) grande responsabilidade dos municípios com baixa capacidade técnica; c) falhas no planejamento e na coordenação das competências envolvidas; d) falta de clareza sobre as regras políticas de implementação. Além disso, não deve ser esquecida a necessidade de desenvolvimento de estratégias intensivas de capacitação de gestores, considerando que o modo tradicional de escolha desses profissionais pelos mandatários municipais, estaduais e mesmo no Governo Federal muitas vezes recai sobre a indicação ou filiação política do escolhido, mais do que sua experiência ou competência técnica concreta na área.

Por todo o exposto, a descentralização da saúde no Brasil necessita encontrar os meios para vencer tantos desafios, de modo a tornar possível o sucesso do SUS em sua missão de possibilitar que a saúde seja mesmo um direito de cidadania, expresso na capacidade de agir de modo organizado e efetivo nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos cidadãos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Referências

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

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

12. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [acesso em 2019 abr 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
13. Harris M, Haines A. Brazil's Family Health Programme. *Br Med J*. 2010;341:c4945.
14. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377:1778-1797.
15. Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Econ*. 2010;19(S1):126-158
16. Albuquerque AC, Cesse EAP, Felisberto E, Samico I, Uchimura LYT, Estima N. Regionalização da vigilância em saúde: uma proposta de avaliação de desempenho em uma região de saúde no Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. [online]. 2017 [acesso em 2018 nov 6];17(suppl.1):S135-S151. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000600007&lng=en&nrm=iso.
17. Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: a systematic review. *PLoS ONE*. 2017 [acesso em 2018 nov 6];12(8):e0182336. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182336>.
18. Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Documento político e técnico para diálogo com os candidatos nas eleições em 2018. Brasília; 2018 [acesso em 2018 out 12]. Disponível em: http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/07/livreto_presidenciais_tela_F02.pdf.
19. Calvo MCM, Lacerda JT, Colussi CF, Schneider IJC, Rocha TAH. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol Serv Saúde* [online]. 2016 [acesso em 2018 nov 6];25(4):767-776. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00767.pdf.
20. Souza C. Relações Intergovernamentais e a Reforma da Administração Pública Local. In: Seminário A Reforma da Administração Pública: Possibilidades e Obstáculos Recife, agosto; 1998.
21. Menicucci TMG, Marques AMF, Silveira GA. O desempenho dos municípios no Pacto pela Saúde no âmbito das relações federativas do Sistema Único de Saúde. *Sau de soc*. 2017 [acesso em 2018 nov 6];26(2):348-366. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170844>.

22. Mendes JR, Rasga MM, Ouverney AM, Furtado CMPS. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. *Cienc saude colet* [online]. 2017 [acesso em 2018 nov 7];22(4):1031-1044. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050551002>.
23. Moreira MR, Ribeiro JM, Ouverney AM. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. *Cienc saude colet* [online]. 2017 [acesso em 2018 nov 8];22(4):1097-1108. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03742017>.
24. Goulart FA. Esculpindo o SUS a golpes de portaria. *Cien saude colet*, Rio de Janeiro. 2001;6(2):293-295.
25. Vilaça EV. As redes de atenção à saúde. *Cien saude colet*. 2010;15(5):2297-2305.
26. Massuda A, Hone T, Leles FAG, et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*. 2018 [acesso em 2018 nov 9];3:e000829. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/3/4/e000829>.
27. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Cien saude colet* [online]. 2015 [acesso em 2018 nov 9];20(11):3547-3552. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.07252015>.
28. Santos FJS. O programa mais médicos: uma avaliação do impacto sobre indicadores de saúde do Brasil [tese]. Natal: Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2018 [acesso em 2018 nov 2]. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/25055>.
29. Brasil. CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde. Coordenador: Fernando P. Cupertino de Barros. Brasília: CONASS; 2018, p.84-86.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de apoio à gestão estratégica. [acesso em 2018 nov 9]. Disponível em <http://sage.saude.gov.br/#>.
31. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2014;38:13-33.
32. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Evaluation of the reference and counter-reference system based on the responses of the Primary Care professionals in the first External Evaluation cycle of PMAQ-AB in the state of Paraíba. *Saúde Debate*. 2014;38(SPE):209-220.

33. Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA, Thumé E, Silveira DSS, Siqueira FV, et al. Structure and work process in the prevention of cervical cancer in Health Basic Attention in Brazil: Program for the Improvement of Access and Quality. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2015;15(2):171-80.
34. Clementino F, et al. Acolhimento na atenção básica: análise a partir da avaliação externa do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (pmaq-ab). *Revista Saúde & Ciência Online*. 2015;4(1):62-80.
35. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, Mota E, Pinto Júnior EP, Luz LA, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? *Saúde Debate*. 2014;38(Spe):69-82.
36. Mota RRA, David HMSL. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: questões a problematizar. *Rev. enferm. UERJ*. 2015;23(1):122-27.
37. Shimizu HE, Carvalho Junior DA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Cien Saude Colet*. 2012;17(9):2405-14.
38. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: Lima NT, Gerchman S, Edler FC, Suárez JM, editor. *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 4ª reimpressão; 2015, p. 504.
39. Vargas I, et al. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. *Health Policy Plan*. 2015 [acesso em 2018 nov 8];30(6):705-717. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czu04>.
40. Entrevista com o professor Gilles Dussault: desafios dos sistemas de saúde contemporâneos, por Eleonor Minho Conill, Ligia Giovanella e José-Manuel Freire. *Cienc. saude coletiva* [online]. 2011 [acesso em 2018 nov 6];16(6):2889-2892. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600026&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600026>.
41. Santos AO, Carvalho MV, Barros FPC. Preocupações brasileiras: futebol e saúde. In: *Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário*. 2017 [acesso em 2018 nov 9];6(supl. 1):146-153. Disponível em <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/download/447/508>.
42. Mello GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana ALA. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Cien saude Colet* [online]. 2017 [aces-

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

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

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

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