

# DESCENTRALIZAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE SUA INTERFERÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Laudiceia Garcia Neves\*  
Norma Irene Soza Pineda\*\*

A descentralização das ações e serviços de saúde representa um dos principais componentes do processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, visa facilitar à população um maior acesso aos serviços de saúde, contrapondo-se ao modelo centralizador anterior. Este estudo teve por objetivo analisar o processo de descentralização no SUS, descrevendo a sua interferência nos serviços de saúde nos últimos anos. Realizou-se revisão de literatura, a partir das bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde - Bireme e da Scientific Electronic Library Online - Scielo; por meio de uma abordagem qualitativa são discutidos artigos científicos publicados entre os anos de 2000 a 2011 sobre descentralização dos serviços de saúde. Foi possível constatar que o processo de descentralização é reconhecido como importante estratégia do SUS para favorecer o princípio do acesso a saúde a população, sendo que contribui para a expansão de determinados segmentos do setor saúde, favorecendo também a regionalização dos serviços de saúde. Entretanto, existem ainda algumas lacunas a serem preenchidas na gestão em saúde como: interferência político-partidária, melhor administração de verbas públicas destinadas ao setor saúde e investimento na contratação e profissionalização de gestores capacitados a assumir cargos de gerencia; estes são critérios fundamentais para que a descentralização ocorra de forma fidedigna aos propósitos traçados.

**Palavras-chave:** Serviços de saúde. Descentralização. SUS. Políticas de saúde.

The decentralization of the actions and health services represents one of the main components of the process of implementation of the Single Health System (SHS) in Brazil, which enables the population to have greater access to health services, going against the centralizing model previously established. The objective of the present study was to analyze the decentralization process of the SHS describing its interference in health services in the last years. A literature review was carried out from the Virtual Health Library - Bireme and Scientific Electronic Library Online - Scielo databases by applying a qualitative approach whereas articles published between 2000 and 2011 regarding the decentralization of health services are discussed. It was found that the decentralization process is recognized as an important strategy of SHS to promote the principle of access to health care to the population, contributing to the expansion of certain segments of the health sector, encouraging also the regionalization of health services. However, there are still some gaps to be filled in health management such as: political-partisan interference, better administration of public funds intended for the health sector and investment in hiring and professionalization of managers able to assume positions of manages; These are fundamental criteria so that decentralization may occur in reliable fashion as to the purposes established.

**Key-words:** Health services. Decentralization. SHS. Health politics.

---

\*Enfermeira FAMAM/Especialista em Gestão em Saúde - UNEB (Universidade do Estado da Bahia, Colegiado do Curso EAD em Gestão em Saúde) e-mail [laudiceiaagarcia@hotmail.com](mailto:laudiceiaagarcia@hotmail.com);

\*\*Professora Orientadora do curso de Especialização em Gestão em Saúde pela Universidade do Estado da Bahia, e-mail: [normaszoa@hotmail.com](mailto:normaszoa@hotmail.com)

## INTRODUÇÃO

O processo de descentralização do sistema público de saúde no Brasil visa melhorar a eficiência com a finalidade de proporcionar à população acesso aos serviços de saúde que venha suprir às necessidades referentes ao processo saúde/doença. Entende-se por descentralização a transferência de poder administrativo e técnico do âmbito federal ao municipal através da habilitação na gestão plena do sistema pela NOB-96. (VIEIRA et al., 2007)

O Ministério da Saúde do Brasil passou por um processo de redefinição político-institucional nos anos 90, e um dos movimentos que caracterizou este período foi a descentralização político administrativa, que fortaleceu autoridades sanitárias, como exemplo têm-se gestores estaduais e municipais da saúde, por meio de um processo que envolveu diversas fases de negociação o que resultou na repartição de poderes. (VIANA-MACHADO, 2009)

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser vista como uma lei fundadora de uma nova ordem social na saúde, baseada nos princípios de universalidade e igualdade, e organizado sob as diretrizes da descentralização (acesso e universalidade dos serviços de saúde), participação da comunidade e atendimento integral (MENICUCCI, 2009). Assim a descentralização foi iniciada dentro do processo de redemocratização, isso porque os regimes autoritários tinham como características aspectos como exclusão e centralização, e intervenções sociais fragmentadas (MENDES 2001).

Segundo Viana e Machado (2009) na implantação do SUS, houve mudanças referentes a conflitos intergovernamentais em saúde, como redistribuição das responsabilidades das esferas de governo. Entretanto, ainda continua a necessidade da existência de uma coordenação federativa, que ofereça subsídios necessários para que as esferas estaduais e municipais possam cumprir as ações propostas a fim de aprimorar os serviços de saúde públicos favorecendo de uma forma mais intensa o alcance dos objetivos da política de saúde de combate as desigualdades, possibilitando a existência de políticas de acordo com realidades territoriais e sociais distintas.

Durante a década dos anos 80, a descentralização propiciou a ampliação da oferta de serviços e da participação popular. Nos últimos anos têm sido identificados como benefícios da descentralização a ampliação da rede assistencial, a diversificação da oferta de serviços em atenção primária e dos serviços de alta e média complexidade; e algumas medidas relativas à reorganização do modelo de atenção. (VIEIRA et al., 2007)

Assim, a descentralização dentro do SUS parte da necessidade de oferecer serviços de saúde justos à população em contradição aos serviços centralizados e

excludentes, chegando a ser um processo fundamental por estar baseado em princípios democráticos. Entretanto, precisa ser melhor compreendida juntamente com os aspectos político, social e econômico que a envolve.

Diante deste contexto surgiu a seguinte indagação: como o processo de descentralização vem ocorrendo e qual a sua interferência no sistema de saúde no Brasil na última década? Este estudo tem como objetivo analisar o processo de descentralização dos serviços de saúde, percorrendo sobre seu percurso, identificando a sua interferência no processo saúde tanto nos aspectos positivos como nos negativos. Os resultados do estudo são fundamentais para maior compreensão do processo de descentralização, sua interferência e contribuições na assistência a saúde no Brasil.

## SAÚDE NO BRASIL E DESCENTRALIZAÇÃO: BREVE HISTÓRICO

A trajetória histórica de saúde no Brasil envolveu vários fatos marcantes, entre eles a mudança de um modelo curativo para um modelo de atenção integral, assim é importante conhecer o percurso da Saúde no Brasil pra que se tenha uma concepção maior do contexto que envolve o processo saúde/doença nos dias atuais.

Carvalho e Barbosa (2010, p.18) comentam que entre as décadas de 1960 à 1980 a população não previdenciária, sofria com a discriminação, pois apenas aqueles trabalhadores ligados a Previdência Social podiam usufruir dos atendimentos de saúde. Felizmente esse sistema teve características negativas, como por exemplo, a baixa capacidade de controle sobre os prestadores de serviços contratados o que levou a explosão de altos custos para o sistema público, já que o setor público tinha dificuldades de controle sobre os prestadores de serviços contratados e também tinha suas prioridades voltadas à medicina curativa o que resultava em maiores gastos.

Na década de oitenta com a crise financeira aconteceu a transição para a Seguridade Social o marco inicial desse período foi a criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). Carvalho e Barbosa (2010) comentam que “os programas mais relevantes do CONASP foram à implantação do Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMPHPS) e o de implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS)”. Esse último programa, as AIS, consistiu no principal instrumento de mudança do sistema, pois a partir dele o sistema de saúde percorreu uma progressiva trajetória para a universalização e para a descentralização dos serviços e ações em saúde.

Assim, Santos (2009) comenta sobre a Reforma

Sanitária como um movimento que se destacou na luta pela universalização dos serviços de saúde. Para Santos (2009) a Reforma Sanitária organizada no final da década de setenta foi um movimento ilustre, pois logrou escrever o direito a saúde como dever do Estado, “bem como garantir a montagem de um sistema assistencial público, integrado e universal” na Constituição de 1988.

Melo e Santos (2007) inferem que o movimento da reforma sanitária ocorrido nas décadas de 70 e 80 foi o ponto auge para ocorrência da luta por um sistema descentralizado, dessa forma no Brasil a descentralização das ações de saúde permitiria maior equidade na solução dos problemas de saúde, pois as regiões brasileiras possuem demandas específicas agravadas por diferenças sócio-econômicas.

Para Paim e Teixeira (2007) a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) ressaltava um conjunto de mudanças no Estado, na sociedade e na cultura, objetivando a melhoria da situação de saúde, por isso enfocava critérios como a totalidade de mudanças, defendendo o princípio de que a saúde é direito de todos e dever do estado. Nesse percurso se chegou à proposta da implementação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, o qual viria a ter como característica serviços de saúde democráticos e descentralizados, com participação das três esferas de governo definindo suas responsabilidades.

Ainda sobre a Reforma Sanitária, Silva et al. (2007, p.355) comenta que a descentralização tem sido um dos principais componentes da Reforma Sanitária, as diretrizes foram consentidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 86, sendo que a descentralização dos serviços de saúde tem destaque na década de oitenta com as Ações Integradas de Saúde e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), ganhando assim maior abrangência e estabilidade na aprovação de suas bases descritas em Lei.

Corroborando com este pensamento o Ministério da Saúde (2004) infere que com a conquista da democracia a sociedade teve uma participação ativa na construção de proposições políticas para a saúde durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde. A implementação do sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) foi essencial para a implantação do SUS que tem como princípios e diretrizes a integralidade, equidade e maior acesso aos serviços de saúde pela população.

Menicucci (2009) evidencia que na década de 90, foram elaborados instrumentos para a gestão pública descentralizada de estabelecimentos de saúde, realizando o acompanhamento de serviços e tornando mecanismos de pagamento homogêneo, buscando a partir daí a organização da assistência que foi o foco da atuação setorial desde o início da implantação do SUS; tendo como desafio substituir o modelo hospitalocêntrico a fim de realçar os princípios de universalidade e integralidade, dando enfoque às ações de promoção

e prevenção da saúde.

O Ministério da Saúde (2004, p.77) complementa que na década de 90, a política de saúde foi marcada pela “construção do SUS, descentralização das ações, dos serviços e da gestão; melhorias na gerencia e na capacidade de regulação; redução das desigualdades na distribuição de tetos financeiros da assistência à saúde para as regiões, entre outros serviços. Carvalho (2010) infere que nesta mesma década o SUS encara o teste da realidade e a implantação da sua concepção.

As Normas Operacionais Básicas consistiram num importante instrumento para a implantação e operacionalização do SUS, principalmente no que se refere à descentralização; por representar instrumentos reguladores específicos do processo de descentralização do SUS devido aos mecanismos financeiros a elas ligados. (Ministério da Saúde, 2004, p.49)

Corroborando com este pensamento Teixeira (2002) comenta sobre o percurso histórico da descentralização em saúde discorrendo que a elaboração e implementação das Normas Operacionais Básicas foram fundamentais no processo de reorientação da gestão do SUS, construído ao longo de anos e descrito como um movimento pendular de descentralização/centralização. Focaliza o início da descentralização exatamente com a implementação das NOB de 1993 e especialmente a de 1996 que levaram a redefinição de competências e ações das esferas de governo no que tange a gestão, organização e prestação de serviços de saúde, através da transferência de recursos do nível federal e estadual para o nível municipal.

Spedo, Tanaka e Pinto (2009) complementam que a descentralização do sistema e serviços de saúde implementada no Brasil contribuiu para importantes avanços no sentido da construção do Sistema Único de Saúde. Ressaltam que a descentralização foi impulsionada pelo Ministério da Saúde por consequência de sucessivos instrumentos normativos como as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB), que foi caracterizado como um “certo jeito NOB de fazer o SUS”. Porém, a rigidez normativa e o detalhamento excessivo desses instrumentos representaram limitações à operacionalização da descentralização por consequência de uma pactuação que levasse em consideração a realidade locorregional e a assimetria dos municípios brasileiros.

O Ministério da Saúde (2006 p. 72) no documento do pacto pela Vida, em defesa do SUS e Gestão, descreve a regionalização como eixo estrutural da dimensão de gestão, ou seja, a regionalização deve orientar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

Diante desse contexto, vê-se o percurso histórico da descentralização da saúde no Brasil e os processos, normas e fatos históricos que influenciaram e impulsionaram a sua concepção, fatos importantes para a com-

preensão das características e interferências da descentralização no processo de gestão em saúde atual no país.

## DESCENTRALIZAÇÃO PARA GESTÃO PÚBLICA

O processo de descentralização dos serviços de saúde iniciou desde a década de 90 como proposta para impulsionar a universalização dos serviços oferecidos pelo SUS, e desde então o desenvolvimento do processo e seu impacto na saúde merece atenção devendo ser estudado e avaliado para o reconhecimento das contribuições do mesmo no quadro de saúde da esfera municipal.

O processo de descentralização predominante no Brasil é do tipo político-administrativo, envolvendo não apenas a transferência de serviços, mas também a transferência de poder, responsabilidade e recursos, antes concentrados no nível federal, para estados e, principalmente para os municípios. A década de 90 testemunha a passagem de um sistema extremamente centralizado para um cenário em que centenas de gestores – municipais e estaduais – tornam-se atores fundamentais no campo da saúde.

Corroborando com este pensamento, Juliano e Assis (2004) discorrem que em seu aspecto geral o Brasil está consolidado em três níveis políticos administrativos, sendo eles: União, Estados e Municípios. Dividido em 27 Estados e possuindo respectivamente 5.561 municípios, o que explica a adoção do processo de descentralização como viabilizador das políticas públicas, já que as diferentes regiões divergem nos seus aspectos socioeconômicos, culturais, demográficos, sanitários, dentre outros.

Paim e Teixeira (2007) inferem que a institucionalização da gestão do SUS possui características do processo de descentralização dirigido pelo objetivo da implantação do pacto federativo acrescentado na constituição de 1988, sendo que este processo tem sido citado nos últimos anos pela implementação de políticas e estratégias que se originaram na missão de repartições gestoras em cada esfera de governo.

Assim, Menicucci (2009) refere que nas duas últimas décadas vem acontecendo a ampliação da rede pública que ressalta o esforço em relação ao aprofundamento do processo de descentralização, gerando pressão sobre os governos locais e também esforço em relação a universalização da assistência a partir da garantia de acesso a atenção primária e de reversão do modelo assistencial centrado no atendimento hospitalar.

Seta (2010, p. 65-73) comenta que a descentralização assume em seu conceito diversos significados, porém, independentemente de ser uma descentralização política, administrativa ou desconcentração, a mesma tem como característica duas faces: a realiza-

ção descentralizada de ações e a transferência de recursos financeiros das esferas mais externas de governo para as mais internas.

Desta forma Sampaio et al. (2011) salientam que critérios como a promoção de processos de planejamento estratégico, torna possível maior descentralização do poder decisório, favorecendo que cada nível organizacional seja responsável por problemas referentes ao seu poder resolutivo, evidenciando-se desta forma a relevância da descentralização de responsabilidades e a adequação das competências aos diferentes níveis organizacionais para a resolução de problemas.

Viana e Machado (2009) comentam que a descentralização está ligada diretamente à democratização e às mudanças na gestão pública em uma versão federativa, assim a intensidade da descentralização em saúde no Brasil perpassa em dimensões representadas pela transferência de serviços e servidores públicos; responsabilidades e atribuições; recursos financeiros e poder para a política de saúde.

Spedo, Tanaka e Pinto (2009) salientam que a Reforma Sanitária promulgava por a descentralização dentro do marco de redemocratização do país, sendo uma estratégia para aproximar os serviços de saúde às necessidades dos cidadãos, de forma a ampliar espaços democráticos, promovendo a participação social e o poder local. Por outra parte, o projeto de reforma do estado defendia a descentralização como ponto estratégico de modernização da administração pública, dividindo responsabilidades com a sociedade e com o mercado e restringindo desta forma o papel do Estado.

Desta forma Varquez (2011) explicita que apesar da trajetória irregular, houve um aumento real nos repasses federais, que poderia ter sido maior se não fosse que o PIB não teve seu percentual elevado, porém ocorreu forte expansão dos recursos estaduais e principalmente municipais destinados à saúde, elevando a participação de uma forma ou de outra de cada esfera no financiamento da política em saúde.

Para Melo e Santos (2007) a esfera municipal ganhou destaque com o processo de descentralização, pois o âmbito municipal foi o que mais ganhou com este processo por motivo de o município ser a esfera de governo que mais se beneficiou da partilha dos recursos financeiros e de poder. Porém a descentralização também aumentou as responsabilidades na gestão e oferta de serviços e ações de saúde na esfera municipal; favoreceu a partilha de poder e responsabilidades na implantação e implementação das políticas públicas de saúde.

Diante desse contexto Barreto e Silva (2004) afirmam que a descentralização objetivou aproximar o gestor político do cidadão e elaborar mecanismos para o controle público e social, buscando definir as prioridades locais; qualificar a fiscalização e controle da aplicação dos recursos municipais, assim como também a

melhor utilização daqueles recebidos mediante transferências intergovernamentais voltados a aplicação na saúde.

Segundo Machado (2002, apud Ministério da Saúde, 2004, p. 49) os eixos como a normatização e os mecanismos financeiros constroem a base da regulação da descentralização da gestão do sistema pelo gestor federal. Através desta base se relacionam formas de regulação da política nacional de saúde pelo gestor federal do SUS, como exemplo: apoio e capacitação técnico dos gestores estaduais e municipais, capacitação de recursos humanos pelo SUS, controle e avaliação de sistemas, financiamento de pesquisas, implementação de novas estruturas de regulação da rede de serviços.

Para Barreto e Silva (2004) a descentralização favorece a aproximação do gestor político ao cidadão através da municipalização da política e maior controle público com a criação dos conselhos municipais de saúde; aos prestadores de serviços e trabalhadores da saúde dentre outros. O gestor estadual foi o que sofreu maior impacto no processo de descentralização ao ter suas funções originais substituídas por uma função de coordenação, apoio e regulamentação do sistema estadual de saúde.

Em resumo, é possível afirmar que a implementação do processo de descentralização interferiu e modificou a gestão pública na saúde, dando novos ressignificados as obrigações do gestor público estadual e municipal, tornando consideravelmente maior as atribuições municipais em relação às políticas de saúde.

Juliano e Assis (2004) ainda citam que dentre as atribuições do SUS seis estão relacionadas ao campo da Vigilância Sanitária e que as ações desta integram as ações de promoção da saúde, proteção, recuperação e reabilitação. A Vigilância Sanitária denota amplitude e magnitude das suas ações na consolidação da descentralização dentro do SUS, contribuindo desta forma para o maior aumento de acesso a saúde pela população.

## AS VERTENTES DA DESCENTRALIZAÇÃO

A descentralização dos serviços de saúde trouxe avanços para o setor, principalmente quando se leva em consideração o acesso dos serviços de saúde pela população. Entretanto, o processo tem seus aspectos negativos, não pela descentralização em si, mas por os que regem o processo de gestão do sistema descentralizatório. Cabe aqui contextualizar contraposições na visão de literários sobre as faces que permeiam o processo de descentralização nos últimos anos.

Juliano e Assis (2004) comentam que o processo de descentralização do SUS, com suas normas específicas, possibilitou a implementação de medidas que intensificaram a gestão municipal, como por exemplo, a

Programação Pactuada e Integrada (PPI) que foi estabelecida através da NOB-SUS/96. A PPI busca permitir uma distribuição territorial mais justa e equitativa de recursos, objetivando organizar os serviços e práticas dos sistemas e serviços de atenção à saúde no nível local e regional.

Para Dourado e Elias (2011) a descentralização através do seu enfoque municipalista trouxe avanços para o SUS, principalmente no que diz respeito à ampliação da capacidade de gestão dos municípios. O processo possibilitou também a instituição de componentes essenciais para o SUS, tendo como destaque a implementação dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo; a mudança nos critérios de financiamento, e a consolidação dos colegiados intergovernamentais, sendo elas, a Comissão Intergestores Tripartite e as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs).

Em contraposição Paim e Teixeira (2007; p. 1820) inferem que no financiamento público para o SUS ainda persistem características como insuficiência e instabilidade que influenciam diretamente os problemas da gestão, principalmente no que diz respeito aos estabelecimentos de saúde como hospitais e serviços de atenção básica. A falta de profissionalização de gestores e a interferência político-partidária comprometem o funcionamento do SUS.

Vasquez (2011) reforça que segundo um estudo realizado observou-se que os incentivos financeiros estimulam a descentralização dos serviços, porém não cobrem integralmente os custos de oferta dos programas, isso faz com que existam contrapartidas municipais de recursos próprios. Após a adesão dos municípios, foi verificado que os valores que orientam as transferências da União não foram corrigidos de forma correta, o que levou ao aporte de maiores recursos municipais.

Tem sido citado que a descentralização pode ser considerada como "destrutiva", argumentando que, se delega aos municípios as competências de políticas sociais sem os recursos correspondentes e/ou necessários. Essas políticas vêm gerando um profundo desequilíbrio na federação brasileira, retirando dos estados as possibilidades financeiras, técnicas e políticas de planejar e coordenar programas sociais de forma regional e mais equitativa. A delegação de autoridade ao poder local, via descentralização com participação da sociedade, só se efetivaria de fato por meio de esforços ao combate do "coronelismo" e "caciquismo", ou seja, o combate aos esquemas tradicionais de poder das elites locais. (JULIANO E ASSIS, 2004)

Percebe-se que existem diversos fatores que vem a contribuir para o déficit na gestão e operacionalização do SUS, estes fatores citados anteriormente, conseqüentemente também interferem no processo de descentralização dos serviços de saúde, principalmente pela interferência da monopolização política que visa interesses próprios.

## INTERFERÊNCIAS DA DESCENTRALIZAÇÃO NO PROCESSO DA SAÚDE

Discutir a interferência da descentralização no processo saúde ao longo dos últimos anos é fundamental para que se tenha uma maior noção de como o processo vem sendo gerido e como tem interferido no sistema de saúde. Ao longo dessa trajetória da descentralização novas discussões surgem, sobretudo referente às suas vertentes.

Menicucci (2009) infere que a predominância do SUS juntamente com a adoção de propostas como a descentralização dos serviços de saúde faz com que exista maior número de estabelecimentos públicos de saúde, o que tem um impacto significativo sobre a saúde da população. O sistema público de saúde é responsável pela maior parte dos procedimentos e pela cobertura de três quartos da população, é no SUS também que a população encontra cobertura para procedimentos inerentes à saúde coletiva.

O Ministério da Saúde (2004 apud Arret p. 54) salienta que a transferência de responsabilidades e recursos da esfera Federal para os demais níveis de governo não é suficiente para o fortalecimento do caráter democrático do processo decisório na formulação de política, ou seja, o empoderamento institucional das esferas de governo ultrapassa as questões voltadas à política setorial, assim cabe realçar que a descentralização apenas não colabora necessariamente para a concretização do SUS, mais também para outros aspectos relevantes entre eles o adequado uso de recursos financeiros e a permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos.

Complementando Silva; (2007, p. 355-370) refere que as instituições públicas têm seu poder local e sua capacidade de gestão fortalecidos quando a descentralização acontece em correta articulação entre os componentes de governo (projeto de governo, governabilidade e capacidade de governo); a integração desses componentes pode resultar em melhor organização dos serviços de saúde possibilitando maior cobertura e acesso além de otimização do uso dos recursos públicos visando assegurar maior integralidade e efetividade.

Assim Menicucci (2009) comenta sobre os avanços do SUS evidenciando que com a criação de estratégias para a gestão pública descentralizada foram alcançados resultados significativos como o crescimento da produção ambulatorial; sendo que atendimentos básicos cresceram 424%, ao passo que os não básicos apenas 39%. Investimentos na atenção básica resultaram na ampliação do acesso a serviços, na redução da proporção de óbitos por diarreia, tendo passado de 18,1% em 1990 para 10,3% em 2009; e a cobertura do PSF aumentou, alcançando em 2007 a porcentagem de

95% dos municípios; embora enfrentando problemas com a qualidade, a resolatividade e a fixação de recursos humanos. Outro aspecto importante se refere aos avanços em relação à cobertura da saúde bucal, com a implementação do programa Brasil Sorridente.

Viacava (2010) salienta que uma análise dos últimos dez anos mostrou grandes variações no acesso e no uso dos serviços de saúde decorrentes de mudanças no quadro socioeconômico e na política de atenção à saúde. O acesso vem crescendo de forma importante, sobretudo para a população de regiões mais carentes. Entretanto refere-se que ainda persistem grandes desigualdades geográficas e sociais, principalmente no que tange aos serviços de mamografia e odontologia.

De acordo com o contexto exposto acima, problemas de acessibilidade não serão resolvidos de imediato, porém se houver articulação entre municípios através de uma boa gestão, o processo de regionalização minimizaria os problemas de acesso aos serviços de saúde, a exemplo os serviços de mamografia.

Corroborando com este pensamento Guerreiro e Branco (2011) referem que a composição de novos acordos entre gestores favoreceu o estímulo à regionalização e hierarquização no setor saúde nos estados; e contribuiu para o fortalecimento da Comissão Intergestora Bipartite (CIB). Sendo que estes critérios foram impulsionados pela Programação Pactuada e Integrada (PPI) que favoreceu a construção de espaços de discussão, afirmação e decisão de compromissos intergestores, objetivando também o acesso da população a ações e serviços de saúde no âmbito municipal próprio ou em outros municípios, através da oferta de atendimento por encaminhamento pactuado.

A descentralização dos serviços de saúde deve ser acompanhada por gestores compromissados para que os princípios de universalização e integralidade possam ser cumpridos. É necessário que as esferas de governo e seus gestores adquiram o compromisso de gerir o processo de descentralização de forma que o mesmo funcione com eficiência e eficácia. Tendo a concepção de que é coerente que a descentralização e a regionalização sejam trabalhadas conjuntamente em prol de favorecer um melhor acesso aos serviços de saúde.

Ainda torna-se necessário salientar sobre a existência de um bom planejamento regional para um bom processo de descentralização, pois apenas aumentando o poder dos municípios sobre as ações de saúde não é suficiente, ou seja, não se pode esperar que um município de poucos habitantes ofereça à sua população os mesmos serviços que um município maior, de maior número de habitantes e com maiores recursos pode oferecer.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descentralização dos serviços de saúde tem sido um processo fundamental para alcançar o cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante o processo de descentralização tem sido promovido: a existência de um maior número de estabelecimentos públicos de saúde, o uso adequado de recursos financeiros, o crescimento da produção ambulatorial, a ampliação do acesso aos serviços, uma maior cobertura do PSF, avanços na cobertura de saúde bucal, maior participação e controle social, a regionalização das ações e os serviços, e a democratização do sistema público de saúde.

As mudanças nas responsabilidades das esferas de governo (Federal, Estadual, Municipal) com relação às ações de saúde, tem levado a maior poder no âmbito Municipal quando comparado ao âmbito Estadual. Outro aspecto importante é o desenvolvimento de importantes instrumentos para o SUS, como exemplos citam-se os Conselhos de Saúde e principalmente algumas mudanças no financiamento do setor.

Por outro lado ainda evidencia-se uma infraestrutura deficitária seja por recursos humanos, seja por recursos materiais, ou ambos, mascarando um maior número de serviços de saúde para a população; também pode se observar o monopólio político partidário, e desigualdade na distribuição de verbas para os municípios que apesar do processo ter contribuído para o aumento do acesso aos serviços de saúde no país, ainda persistem desigualdades entre regiões.

É necessário que o processo de descentralização dos serviços de saúde aconteça através de métodos de planejamento, organização e articulação entre os diversos níveis de governo, serviços de saúde e equipes intermunicipais, para uma adequada articulação das ações do processo de regionalização dos serviços a fim de aprimorar e favorecer o cumprimento dos princípios do SUS.

São necessários também gestores capacitados e compromissados a fazer com que a operacionalização dos serviços de saúde e suas ações funcionem com eficiência e eficácia, trabalhando em prol de interesses coletivos, se contrapondo à realização de interesses pessoais ou partidários utilizando verbas destinadas a interesses coletivos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO F. I. , SILVA; Z. P. Reforma do Sistema de Saúde e as novas atribuições do gestor estadual. **Rev. São Paulo em Perspectiva**. v.18. n. 3. São Paulo: 2004. p.47-56.

BRASIL. Ministério da Saúde. In. A Gestão do Sistema Único de Saúde Características e Tendências. **Saúde**

**no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília: Ministério da saúde, p. 45-94, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretária Executiva. Coordenação de apoio à Gestão descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília. Ed: Ministério da Saúde, p. 72, 2006.

CARVALHO A. I. **Políticas de Saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2010. 82 pag. ISBN: 978-85-7988-059-9.

DOURADO D. A, ELIAS; P.E.M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev. Saúde Pública**. v. 1 n.45. São Paulo: 2011. p.204-211.

ELIAS P. E. Descentralização e Saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. **Rev. Saúde e Sociedade**. V.5 n.2. São Paulo: 1996. p.17-34.

GIL A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUERREIRO J. V. e BRANCO M. A. F. Dos Pactos Políticos à Política dos Pactos na Saúde. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**. Vol. 6 n.3 Rio de Janeiro: 2011. p.1689-1698.

JULIANO I. A.; ASSIS, M. M. A. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. v.9 n.2 Rio de Janeiro abr./jun.2004. p.493-505.

MELO C. M. M. e SANTOS, T. A. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. **Rev. Texto & Contexto-Enfermagem**. v.16 n.3 Florianópolis jul./set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 16/02/2011. p. 426-432.

MENDES V.M. **Os Grandes Dilemas do SUS**. Salvador-BA: Casa da Qualidade, 2001.

MENICUCCI T. M<sup>a</sup>. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**. v. 25. N.7. Rio de Janeiro jul/2009. p.1620-1625.

NEVES J. L. Pesquisa Qualitativa - características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisa em Administração**. v.1 n.3. São Paulo 2ºSEM/1996. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/>>. Acesso em 07/09/2010.

PAIM J.S, TEIXEIRA; C.F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia**. Out/2007. Disponível em: <[www.a-va3.uneb.br](http://www.a-va3.uneb.br)>. Acesso em: 22/08/2011.

PRESTES M. L. M. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia.** 3 ed. São Paulo: Rêspel, 2005.

SAMPAIO. J. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. *Rev. Ciências e Saúde Coletiva.* v. 16 n. 1. Rio de Janeiro, Jan/2011. p.279-290.

SANTOS. M. P. G. **O Estado e os Problemas Contemporâneos.** Florianópolis: CAPES: UAB, 2009. p.90-99.

SETAM. H. **Gestão da Vigilância à Saúde.** Florianópolis: CAPES: UAB, 2010 (p. 65-73).

SILVA; L. M. V. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, 2007, (p.355-370).

SPEDO S. M, TANAKA; O. Y, PINTO N. R. S. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. *Rev. Card. de Saúde Coletiva.* v. 25 n.8, Rio de Janeiro, 2009. p.1781-1790.

TEIXEIRA C. F. Promoção e Vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência a saúde no SUS. *Cad. Saúde Pública,* p.153-162. Rio de Janeiro, 2002  
VARQUEZ D. A. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. *Rev. Cadernos de Saúde Pública.* V. 27 n.6. Rio de Janeiro, jun. 2011. p.1201-1212.

VIACAVA F. Dez anos de informação sobre acesso e uso de serviços de saúde. *Rev. Cadernos de Saúde Pública.* V. 26 n.12. Rio de Janeiro, dez/2010. p.2210-2211.

VIANA A. L. d'A.; MACHADO C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva.* v. 14 n.3. Rio de Janeiro maio/jun.2009.p.807-817.

## **NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA TEXTURA**

### **LINHA EDITORIAL**

A Revista Textura, periódico da Faculdade Maria Milza, tem por finalidade promover e disseminar a produção do conhecimento, o debate e a socialização de experiências no âmbito das Ciências Humanas e Ciências da Saúde.

Com periodicidade semestral, janeiro e julho, a Revista tem edição em formato impresso e publica trabalhos originais e inéditos, a saber: artigos, resenhas, ensaios, resumos de teses e dissertações.

Além dos dois números ordinários, a Revista poderá publicar números especiais destinados a divulgar produções relevantes de eventos científicos da Faculdade Maria Milza.

### **PROCEDIMENTOS PARA A PUBLICAÇÃO**

1 Os trabalhos devem ser encaminhados em duas vias impressas (sendo uma sem a identificação do autor), acompanhadas de respectiva cópia em formato digitalizado à Secretaria Acadêmica da Faculdade Maria Milza, ou enviados, via internet para [textura@famam.com.br](mailto:textura@famam.com.br).

2 Os trabalhos serão avaliados, no seu mérito científico, pelo Conselho Editorial. É deste Conselho a responsabilidade de apontar se o trabalho foi: aceito, aceito com restrições, não recomendado. A aceitação com restrições implicará em que o autor se responsabilize pelas alterações, as quais serão novamente submetidas ao parecerista. No trabalho aceito, caso existam pequenas inadequações, ambigüidades ou falta de clareza, pontuais do texto, o Conselho Editorial se reserva o direito de corrigi-los para uniformidade do estilo da Revista.

3 Os trabalhos submetidos à análise do Conselho Editorial não terão identificação da autoria, para preservar isenção e neutralidade da avaliação. Do mesmo modo será preservado o anonimato do parecerista, quando do encaminhamento dos pareceres aos autores pela Editora Responsável.

4 A avaliação dos trabalhos tem como parâmetros:

- relevância, pertinência e originalidade do tema;
- contribuição para a área temática em questão;
- qualidade lingüística, com rigor técnico e correção na comunicação.

5 Cada autor só poderá publicar um trabalho em um mesmo número da Revista, e terá direito a um exemplar em que seu trabalho for publicado.

6 É considerado responsável pelo trabalho publicado o autor que o assinou e não a Revista e seu Conselho Editorial. A este Conselho é reservado o direito de vetar a publicação de matérias que não estejam em conformidade com a linha editorial da Revista.

7 O aceite para publicação implica a cessão integral dos direitos autorais à Revista Textura.

### **NORMAS DE APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS**

1. Os trabalhos devem ser apresentados em formato Word (versão 6.0 ou posterior), fonte Times New Roman, tamanho 12, com espaçamento 1,5 cm entre linhas.

2. A página deve estar configurada em A4, margens superior e esquerda de 3 cm, inferior e direita de 2 cm, com alinhamento justificado.

3. Artigos devem conter mínimo de 10 e máximo de 20 páginas.

a) Na primeira página devem constar:

- título em caixa alta, centralizado e negrito;
- logo após o título, o(s) nome(s) do(s) autor(es), apenas as letras iniciais maiúsculas, alinhado(s) à direita, com nota de rodapé para identificação (colocar a nota em asterisco, com instituição a que pertence(m) e cargo que ocupa(m), endereço, telefone, e-mail para contato);
- em seguida, o resumo do trabalho, com o limite de 250 palavras, conforme a NBR 6028 (ABNT), acompanhado de palavras-chave (recomenda-se de 3 a 5), ao qual segue o resumo em inglês, conforme as mesmas orientações dadas para o primeiro.

b) A estrutura do texto deve contemplar: introdução, desenvolvimento, conclusão, referências. Considera-se necessário que esses itens estejam claramente especificados/destacados ao longo do texto. Figuras e tabelas devem estar inseridas no texto e não em seu final ou em separado.

c) As referências devem estar localizadas no final do texto e seguir a NBR 6023 (ABNT).

d) O sistema de citação adotado é o de autor-data, de acordo com a NBR 10520 (ABNT).

e) As notas de rodapé devem ser exclusivamente de caráter explicativo e usadas apenas quando forem estritamente necessárias.

4. Os ensaios devem ter entre 6 e 8 páginas.

5. As resenhas não devem ultrapassar duas páginas, e as obras resenhadas devem ter sido publicadas ou reeditadas em até 02 anos, considerando-se a data de edição da Revista.

6. Os resumos de teses e dissertações devem ter no mínimo 250 palavras e no máximo 500, e conter no

cabeçalho nome do autor, título do trabalho, ano da defesa, número de folhas, instituição. Em nota de rodapé, dados do autor, orientador, banca, data da defesa pública.

7. Prazos para envio de trabalhos:

01 de janeiro a 30 de março, para lançamento de julho;

01 de julho a 30 de setembro, para lançamento de janeiro.

O Conselho Editorial