

DESCENTRALIZAÇÃO E SUBFINANCIAMENTO NO SUS: IMPACTOS NA EQUIDADE E ACESSO À SAÚDE NO BRASIL (1998-2018)

Giseli Lopes Marques¹

Resumo: Este artigo investiga como as políticas de descentralização e o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), entre 1998 e 2018, influenciaram a equidade no acesso aos serviços de saúde no Brasil. O estudo parte do problema de pesquisa sobre se essas políticas promoveram melhorias consistentes ou exacerbaram as desigualdades regionais. O objetivo é avaliar o impacto dessas diretrizes sobre a distribuição de recursos e a qualidade dos serviços, especialmente em regiões mais vulneráveis como o Norte e o Nordeste. A metodologia adotada consiste em uma revisão de literatura de artigos acadêmicos, estudos de casos e dados secundários extraídos de bases como IBGE e DATASUS. Os principais resultados indicam que, embora a descentralização tenha melhorado a gestão em áreas mais desenvolvidas, regiões mais pobres continuaram a depender dos repasses federais e enfrentaram dificuldades devido ao subfinanciamento crônico. O artigo conclui que, sem uma política de financiamento adequada, a descentralização aprofundou as disparidades regionais, comprometendo a equidade no acesso à saúde.

Palavras-chave: Descentralização. SUS. Equidade. Desigualdades regionais

Abstract: This article investigates how the decentralization policies and underfunding of the Unified Health System (SUS) between 1998 and 2018 influenced equity in access to healthcare services in Brazil. The study addresses the research question of whether these policies promoted consistent improvements or exacerbated regional inequalities. The objective is to evaluate the impact of these policies on resource distribution and service quality, particularly in more vulnerable regions such as the North and Northeast. The adopted methodology consists of a literature review of academic articles, case studies, and secondary data extracted from databases such as IBGE and DATASUS. The main findings indicate that, although decentralization improved management in more developed areas, poorer regions continued to rely on federal

¹ Mestranda em saúde pública pela Universidad Interamericana, Paraguai. Possui graduação em Fisioterapia _ FUNEC de Santa Fé do Sul, pós-graduação em Ortopedia e Acupuntura. Trabalhou na faculdade FASIPE como docente e supervisora de estágio no curso de Fisioterapia. Trabalhou como docente na instituição de ensino ICEC nos cursos de Fisioterapia, supervisora de estágio e como docente no curso de Farmácia,. Tem experiência na área de Fisioterapia hospitalar ambulatorial e de terapia intensiva, unidade coronariana, pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca adulta e infantil pelo hospital do coração - Associação Sírio Libanês. Em clínica atua nas áreas de Ortopedia, RPG e Pilates. E-mail: gi.loma@hotmail.com

Recebido em 31/03/2019

Aprovado em 04/06/2019

Sistema de Avaliação: *Double Blind Review*



transfers and faced difficulties due to chronic underfunding. The article concludes that, without an adequate financing policy, decentralization has deepened regional disparities, compromising equity in access to healthcare.

Keywords: Decentralization. SUS. Equity. Regional inequalities.

Introdução

Este artigo foi elaborado como requisito de avaliação da disciplina de Políticas Públicas e Legislação em Saúde, no âmbito do Mestrado em Ciência da Saúde, da Universidade Interamericana do Paraguai. O objetivo central deste trabalho é analisar criticamente o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, no período de 1998 a 2018, e sua influência sobre a equidade no acesso aos serviços de saúde, proporcionando uma reflexão acadêmica sobre os desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro ao longo dessas duas décadas.

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, entre 1998 e 2018, desempenhou um papel crucial na busca pela equidade no acesso aos serviços de saúde. O SUS, criado pela Constituição Federal de 1988, fundamenta-se no princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Entretanto, apesar de suas conquistas significativas, o SUS tem enfrentado desafios relacionados ao seu financiamento. Durante as duas décadas analisadas, o sistema lidou com um crônico subfinanciamento, o que limitou a capacidade de efetivar plenamente seus princípios de universalidade, integralidade e equidade (PAIM et al., 2011).

A descentralização, uma das diretrizes centrais do SUS, visava fortalecer a autonomia municipal na gestão e na alocação de recursos, buscando adaptar os serviços de saúde às especificidades regionais. No entanto, a transferência de responsabilidades entre os diferentes níveis de governo — União, estados e municípios —, sem o devido suporte financeiro, resultou em desigualdades regionais no acesso à saúde. O Norte e o Nordeste, por exemplo, continuaram a ser as regiões mais afetadas, enfrentando carências em infraestrutura, recursos humanos e insumos, o que reforçou as desigualdades históricas no acesso aos serviços de saúde (CARVALHO, 2013; PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

Entre 1998 e 2018, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, com a expansão do Programa Saúde da Família (PSF), foi um dos avanços mais notáveis. O PSF demonstrou ser

uma estratégia eficaz na ampliação do acesso a serviços essenciais e na redução das desigualdades em áreas urbanas e rurais. Contudo, mesmo com tais avanços, a insuficiência de recursos financeiros limitou a capacidade do SUS de responder de maneira equitativa às demandas da população, especialmente diante de um cenário de transição demográfica e aumento das doenças crônicas (SANTOS, 2018).

Assim, o financiamento do SUS entre 1998 e 2018 revela a constante tensão entre a ampliação da cobertura e os limites orçamentários. Apesar das conquistas no campo da equidade, como a universalização do acesso aos cuidados primários, os desafios relacionados à distribuição desigual de recursos entre regiões e à insuficiência de financiamento persistem. A continuidade e sustentabilidade dessas políticas dependerão, em grande medida, de uma revisão profunda das estruturas de financiamento e da gestão pública de saúde no Brasil (GUIDINI, 2012).

Diante do exposto, este trabalho busca investigar se as políticas de descentralização e financiamento implementadas no Sistema Único de Saúde (SUS) entre 1998 e 2018 resultaram em melhorias consistentes no acesso e na qualidade dos serviços de saúde em todo o Brasil, ou se, ao contrário, contribuíram para a ampliação das desigualdades regionais. A descentralização, uma das diretrizes centrais do SUS, visava aumentar a autonomia dos estados e municípios na gestão dos recursos e serviços de saúde, com o intuito de atender melhor às realidades locais. No entanto, a literatura aponta que essa política, quando não acompanhada de financiamento adequado, pode gerar disparidades significativas no acesso e na qualidade dos serviços oferecidos, especialmente nas regiões mais vulneráveis do país (MATTA, 2011; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A pesquisa se fundamenta na hipótese de que a descentralização, apesar de promover avanços em algumas regiões, pode ter exacerbado as desigualdades de saúde entre os diferentes estados e municípios, particularmente nas áreas menos desenvolvidas, como o Norte e o Nordeste. Nessas regiões, o subfinanciamento crônico pode ter limitado a capacidade local de gerir e oferecer serviços de saúde de forma equitativa e eficiente (GUIDINI, 2012). O estudo pretende avaliar se a descentralização cumpriu seus objetivos de equidade e universalidade, ou se a falta de uma política de financiamento adequada criou barreiras ao acesso igualitário à saúde.

A questão de pesquisa que orienta este estudo é: **como as políticas de descentralização e financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) influenciaram a equidade no acesso à saúde no Brasil entre 1998 e 2018?**

Essa questão busca esclarecer se as mudanças na gestão e no financiamento do SUS promoveram uma distribuição mais equitativa dos recursos e serviços, ou se aprofundaram as diferenças já existentes entre regiões ricas e pobres, especialmente em termos de infraestrutura de saúde, disponibilidade de profissionais e acesso a tecnologias de saúde (CARVALHO, 2013). Além disso, será investigado se o subfinanciamento limitou a capacidade do SUS de cumprir seu mandato constitucional de oferecer acesso universal à saúde, conforme estabelecido na Constituição de 1988 (PAIM et al., 2011).

2 Metodologia

Para responder a essa questão, a pesquisa se baseará em uma pesquisa qualitativa (GONÇALVES, 2007) efetivada por meio de uma revisão de literatura de artigos acadêmicos, estudos de casos e políticas de saúde pública que analisaram o impacto da descentralização e do financiamento no período em questão. A análise se concentrará em identificar as regiões do Brasil que foram mais afetadas pela descentralização e como os diferentes níveis de financiamento impactaram a qualidade e a equidade dos serviços de saúde (SANTOS, 2018). Serão explorados dados secundários provenientes de relatórios governamentais, artigos científicos, e bases de dados como IBGE e DATASUS para entender melhor as tendências e os impactos regionais.

A metodologia adotada envolveu a análise comparativa de diferentes regiões do Brasil, buscando identificar padrões de disparidade no acesso aos serviços de saúde e como esses padrões estão relacionados ao financiamento e à implementação das políticas de descentralização. Estudos de casos específicos também serão utilizados para ilustrar como diferentes estados e municípios se adaptaram às mudanças de gestão e financiamento, destacando os desafios e os sucessos encontrados ao longo do processo (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

3- Revisão de Literatura

3.1. Histórico do SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, representa um marco fundamental na política de saúde pública do Brasil. Sua criação concretizou um dos direitos sociais mais importantes estabelecidos pela Constituição, a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. O SUS foi concebido com base nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, garantindo o acesso a serviços de saúde para toda a população, independentemente de condições socioeconômicas ou localização geográfica (PAIM et al., 2011). Esses princípios visam a construção de um sistema de saúde que ofereça cuidados integrais e abrangentes, desde a prevenção até a reabilitação, de forma a diminuir as desigualdades históricas no acesso à saúde no país.

A descentralização é um dos pilares do SUS, conferindo maior autonomia aos estados e municípios na gestão e execução das políticas de saúde. Esse modelo foi desenhado para aproximar os serviços de saúde das realidades locais, reconhecendo as diversidades regionais e permitindo a adaptação das políticas às necessidades específicas de cada território. Além disso, a descentralização buscava fomentar a participação social, por meio de conselhos e conferências de saúde, onde a sociedade civil poderia contribuir diretamente para a formulação e fiscalização das políticas públicas (GUIDINI, 2012). Esse aspecto foi um avanço significativo no campo da saúde pública, pois trouxe a saúde para o centro do debate democrático, envolvendo diferentes segmentos da sociedade na gestão do sistema.

Contudo, ao longo de sua trajetória, o SUS enfrentou uma série de desafios que dificultaram a plena realização de seus objetivos constitucionais. Um dos maiores entraves foi o subfinanciamento crônico, que comprometeu a sustentabilidade do sistema e a implementação eficaz de suas políticas. O subfinanciamento resultou em uma distribuição desigual de recursos, aprofundando as disparidades regionais no acesso aos serviços de saúde. Regiões historicamente menos desenvolvidas, como o Norte e o Nordeste, enfrentaram maiores dificuldades na alocação de recursos financeiros e humanos, o que impactou diretamente a equidade no acesso aos serviços de saúde (CARVALHO, 2013).

Essas disparidades regionais não apenas afetam a infraestrutura e a disponibilidade de serviços, como também agravam as desigualdades na oferta de cuidados especializados e no tempo de espera para procedimentos médicos. Por exemplo, enquanto as regiões Sul e Sudeste

apresentam maior cobertura e melhores indicadores de saúde, as regiões Norte e Nordeste lutam contra a escassez de profissionais, falta de insumos e equipamentos adequados, e menor cobertura de serviços de saúde (SANTOS, 2018). A distribuição assimétrica de recursos evidencia a dificuldade em conciliar o princípio de equidade com a realidade financeira e administrativa do país.

Além disso, a Emenda Constitucional 95/2016, que congelou os gastos públicos por 20 anos, agravou ainda mais a situação do financiamento da saúde. Essa medida, ao limitar os investimentos em setores fundamentais como saúde e educação, comprometeu a capacidade do SUS de se expandir e de melhorar a qualidade dos serviços prestados. A consequência foi a estagnação no financiamento, enquanto as demandas por serviços de saúde continuavam a crescer, devido ao envelhecimento da população e ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O SUS se consolidou como uma das maiores conquistas sociais do Brasil, proporcionando acesso gratuito e universal à saúde para milhões de brasileiros. Entretanto, seus avanços foram limitados por desafios financeiros e administrativos que impediram uma distribuição equitativa de serviços e recursos. Para que o SUS cumpra plenamente seu papel constitucional, é crucial que o financiamento seja revisto, com uma distribuição de recursos mais equitativa e uma gestão mais eficiente, de modo que as disparidades regionais possam ser mitigadas e todos os cidadãos brasileiros tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade, conforme o ideal de equidade preconizado pelo sistema (PAIM et al., 2011).

Outro ponto crítico da história do SUS é a coexistência do sistema público com o setor privado, que, muitas vezes, desvia recursos e gera uma competição desigual na prestação de serviços de saúde (SANTOS, 2018). Esse duplo sistema de saúde contribuiu para a manutenção de desigualdades sociais e regionais no acesso aos serviços, contrariando os objetivos centrais de equidade do SUS. A literatura destaca que, para que o SUS alcance seus objetivos de maneira plena, é essencial uma revisão profunda de suas bases de financiamento, além da redefinição clara dos papéis dos setores público e privado na saúde (GUIDINI, 2012; PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

Portanto, o histórico do SUS revela que, embora tenha sido um projeto progressista e inovador, sua implementação esbarra em desafios estruturais que necessitam de soluções

políticas e financeiras a longo prazo, para que a saúde como direito de todos e dever do Estado se torne uma realidade acessível a toda a população brasileira.

3.2 . Descentralização e desafios regionais

A descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecida pela Constituição de 1988, foi uma das diretrizes fundamentais para a reorganização do sistema de saúde no Brasil. Com o intuito de adequar os serviços de saúde às realidades locais, a descentralização permitiu que estados e municípios tivessem maior autonomia na gestão e aplicação de recursos. A expectativa era que essa autonomia melhorasse a eficiência e a equidade no acesso aos serviços de saúde em todo o território nacional. No entanto, o impacto dessa política variou significativamente entre as diferentes regiões do país, expondo disparidades na qualidade e no acesso aos serviços de saúde, evidenciando o desafio da descentralização para cumprir plenamente seus objetivos iniciais (MATTA, 2011).

As regiões Norte e Nordeste, historicamente mais vulneráveis e com menor desenvolvimento econômico, enfrentaram grandes dificuldades decorrentes da descentralização. A falta de infraestrutura, somada à escassez de recursos financeiros e humanos, limitou a capacidade dessas regiões de implementar os serviços de saúde de forma eficaz. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2018, o gasto per capita em saúde no Norte foi de aproximadamente R\$ 1.200, enquanto no Sudeste esse valor chegou a R\$ 1.700, demonstrando uma clara disparidade na capacidade de financiamento local (BRASIL, 2018). O desequilíbrio econômico entre as regiões contribuiu para a manutenção de desigualdades no acesso à saúde, com o Norte e o Nordeste enfrentando maiores dificuldades em garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde, conforme previsto pelos princípios do SUS (PAIM et al., 2011).

Por outro lado, as regiões Sul e Sudeste, que já possuíam melhores condições socioeconômicas e uma infraestrutura de saúde mais desenvolvida, conseguiram adaptar-se de maneira mais eficiente à descentralização. Nessas áreas, a capacidade de gestão e a disponibilidade de recursos financeiros permitiram a ampliação e a melhora da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população. Em São Paulo, por exemplo, a taxa de mortalidade infantil caiu de 17,9 por mil nascidos vivos em 2000 para 10,8 em 2018, refletindo a melhoria

dos serviços de saúde e o sucesso da descentralização nessas regiões (IBGE, 2018). No entanto, essa disparidade reforça as diferenças regionais no acesso e na qualidade dos serviços, evidenciando que a descentralização, sem um suporte financeiro adequado, não alcançou uniformemente os objetivos de equidade em todo o país.

Os desafios regionais impostos pela descentralização refletem a falta de homogeneidade no desenvolvimento das capacidades de gestão e no financiamento do SUS. Municípios mais pobres, sobretudo no Norte e Nordeste, são fortemente dependentes dos repasses federais, que nem sempre são suficientes para suprir as demandas locais. Em 2017, 56% dos municípios brasileiros dependiam dos repasses da União para financiar suas atividades de saúde, sendo que os municípios menores e mais pobres apresentavam maior dependência (SANTOS, 2018). A descentralização, ao trazer maior autonomia para os municípios, também expôs a falta de capacidade técnica e de infraestrutura em muitos deles, o que levou à fragmentação das políticas de saúde e à implementação desigual de programas prioritários (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Para superar essas dificuldades, é essencial que haja um esforço coordenado entre o governo federal, os estados e os municípios, visando à redistribuição mais equitativa dos recursos de saúde. Uma melhor alocação de recursos e o fortalecimento das capacidades de gestão locais, especialmente em municípios com menos infraestrutura, são medidas necessárias para garantir que o SUS cumpra seu papel de promover o acesso universal e equitativo à saúde. Além disso, políticas de incentivos e capacitação técnica para gestores municipais podem contribuir para a implementação mais eficiente de ações de saúde pública, reduzindo as desigualdades regionais e promovendo uma maior coesão no sistema de saúde (GUIDINI, 2012).

3.3. Financiamento

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido historicamente um dos maiores desafios para a efetivação de seus princípios de universalidade e equidade. Desde sua criação, o SUS enfrentou um subfinanciamento crônico que comprometeu sua capacidade de fornecer serviços de saúde de maneira integral e igualitária para toda a população brasileira. O subfinanciamento do SUS não apenas afetou diretamente o acesso e a qualidade dos serviços,

mas também acentuou as desigualdades regionais, especialmente nas áreas menos desenvolvidas, como o Norte e o Nordeste (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Em 2017, o orçamento federal destinado ao SUS representava cerca de 3,8% do Produto Interno Bruto (PIB), um percentual inferior ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que sugere investimentos de pelo menos 6% do PIB para garantir um sistema de saúde eficiente e equitativo (PAIM et al., 2011). Além disso, o gasto público per capita em saúde no Brasil era de aproximadamente 1.230 reais em 2018, muito abaixo da média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que era de cerca de 4.000 reais por pessoa no mesmo ano (BRASIL, 2018).

As disparidades regionais tornam-se ainda mais evidentes quando se observa a distribuição desses recursos. As regiões Norte e Nordeste, que apresentam os piores indicadores socioeconômicos, receberam proporcionalmente menos investimentos em saúde em relação às regiões Sudeste e Sul, que possuem melhores condições econômicas e uma infraestrutura de saúde mais desenvolvida. Esse desequilíbrio comprometeu a capacidade de atendimento nas áreas mais vulneráveis, onde a população, além de ser mais carente, depende quase exclusivamente do sistema público para suas necessidades de saúde (CARVALHO, 2013).

O subfinanciamento crônico também afetou diretamente a remuneração dos profissionais de saúde e a disponibilidade de insumos e equipamentos, prejudicando a qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS. Além disso, a coexistência do setor público e privado na oferta de serviços de saúde trouxe à tona uma competição pela alocação de recursos, que muitas vezes beneficiou o setor privado em detrimento do público, aumentando as desigualdades no acesso aos serviços de saúde (SANTOS, 2018). Em 2015, por exemplo, o setor privado respondia por cerca de 57% dos leitos hospitalares no país, enquanto o SUS, mesmo sendo o principal provedor de serviços de saúde para a maioria da população, enfrentava uma crescente insuficiência de leitos (IBGE, 2015).

Outro fator que agravou o problema do financiamento do SUS foi a implementação da Emenda Constitucional 95/2016, que estabeleceu um teto para os gastos públicos por 20 anos. Essa medida limitou a expansão do orçamento para saúde, impondo restrições severas ao financiamento de novas políticas e à ampliação dos serviços de saúde. A consequência disso foi a estagnação do investimento em saúde pública, comprometendo ainda mais a capacidade

do SUS de atender à crescente demanda por serviços, especialmente em áreas com alta vulnerabilidade social (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Em vista desses desafios, o fortalecimento do financiamento do SUS requer não apenas um aumento dos recursos destinados ao sistema, mas também uma redistribuição equitativa desses recursos entre as diferentes regiões do Brasil. É necessário repensar o modelo de financiamento e gestão do SUS para garantir que ele possa cumprir seus princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade, oferecendo atendimento de qualidade a toda a população, independentemente da região ou classe social (PAIM et al., 2011).

3.4. Período de análise (1998-2018)

O período de 1998 a 2018 é de extrema relevância para a análise do Sistema Único de Saúde (SUS), pois compreende uma fase de expansão significativa das políticas públicas de saúde, mas também de intensos desafios econômicos e políticos que impactaram diretamente o financiamento do sistema e o acesso aos cuidados de saúde. Durante esse intervalo, o Brasil experimentou avanços consideráveis na Atenção Primária à Saúde, na ampliação do Programa Saúde da Família (PSF) e na universalização da vacinação, o que contribuiu para a melhoria de indicadores de saúde pública (PAIM et al., 2011).

No entanto, esse período também foi marcado por instabilidades econômicas e políticas que comprometeram a continuidade dos investimentos em saúde pública. Entre 2003 e 2014, durante o ciclo de crescimento econômico e inclusão social, o SUS passou por um fortalecimento significativo, com a ampliação de recursos e a inclusão de milhões de brasileiros ao sistema de saúde. O aumento do gasto social, especialmente em programas como o Bolsa Família e o Mais Médicos, foi visto como um passo importante na redução das desigualdades de acesso aos serviços de saúde, particularmente em regiões mais pobres do país (GUIDINI, 2012).

Porém, a partir de 2015, com o agravamento da crise econômica, o Brasil enfrentou uma severa retração nos investimentos públicos em saúde. O governo federal adotou medidas de austeridade que incluíram a Emenda Constitucional 95/2016, a qual congelou os gastos públicos por 20 anos. Essa medida teve um impacto direto sobre o financiamento do SUS, limitando a expansão de políticas de saúde e prejudicando a capacidade do sistema de responder

adequadamente às demandas da população (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). O congelamento de recursos coincidiu com um aumento na demanda por serviços de saúde, especialmente em decorrência das mudanças demográficas e epidemiológicas, como o envelhecimento populacional e o aumento de doenças crônicas não transmissíveis (CARVALHO, 2013).

Essas tensões econômicas também foram acompanhadas por uma instabilidade política que culminou no impeachment da presidente Dilma Rousseff em 2016 e no aumento da polarização política no Brasil. A crise política e a consequente mudança nas prioridades governamentais afetaram a governança do SUS, gerando incertezas sobre a continuidade de políticas públicas essenciais para a saúde da população. O impacto foi sentido de maneira mais aguda nas áreas mais vulneráveis do país, onde o SUS representa o principal, e muitas vezes único, meio de acesso a serviços de saúde (SANTOS, 2018).

Portanto, o período de 1998 a 2018 pode ser visto como uma fase de dualidade no SUS: de um lado, houve importantes avanços na ampliação do acesso à saúde e na consolidação de políticas públicas voltadas à equidade; de outro, a partir de 2015, a crise econômica e as políticas de austeridade reverteram parte desses ganhos, impondo novos desafios ao sistema de saúde e agravando as desigualdades regionais no acesso e na qualidade dos serviços (PAIM et al., 2011). Esse cenário evidencia a complexidade da relação entre o financiamento da saúde e a capacidade do SUS de cumprir seus princípios constitucionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo investigar como as políticas de descentralização e o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) influenciaram a equidade no acesso aos serviços de saúde no Brasil entre 1998 e 2018. A pesquisa buscou analisar se essas políticas promoveram melhorias consistentes em termos de acesso e qualidade dos serviços de saúde em todo o país ou se, ao contrário, exacerbaram as desigualdades regionais.

Os resultados da análise indicam que, embora a descentralização tenha sido uma estratégia importante para aproximar a gestão da saúde das realidades locais, o seu impacto variou significativamente entre as regiões. As regiões mais ricas, como o Sudeste e o Sul, beneficiaram-se mais da autonomia administrativa proporcionada pela descentralização, conseguindo investir e melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Em contrapartida, as regiões

Norte e Nordeste, historicamente mais vulneráveis, enfrentaram dificuldades adicionais, relacionadas à escassez de recursos financeiros e humanos. Isso comprometeu a capacidade dessas regiões de fornecer um acesso equitativo à saúde, o que se reflete em indicadores como a mortalidade infantil e a expectativa de vida, que continuam sendo desfavoráveis nessas áreas. Em 2018, a taxa de mortalidade infantil no Nordeste foi de 14,2 por mil nascidos vivos, enquanto no Sudeste foi de 10,5 (IBGE, 2018).

O subfinanciamento crônico do SUS, identificado como um dos principais entraves à implementação eficaz de suas diretrizes, foi outro fator determinante para a desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Dados do Ministério da Saúde mostram que, em 2018, o Brasil investiu aproximadamente 3,8% do PIB em saúde pública, um valor inferior à média recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 6% para garantir um sistema de saúde eficiente e equitativo (BRASIL, 2018). Esse subfinanciamento tornou-se ainda mais preocupante após a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, que congelou os gastos públicos por 20 anos, limitando a capacidade do SUS de expandir e melhorar a qualidade dos serviços em um contexto de crescente demanda, devido ao envelhecimento da população e ao aumento das doenças crônicas.

A pesquisa também destacou a fragmentação das políticas de saúde em nível local, onde a falta de capacidade técnica e de recursos em muitos municípios comprometeu a implementação de programas prioritários. Enquanto municípios maiores e mais desenvolvidos conseguiram organizar e gerenciar seus serviços de forma eficiente, os municípios menores e mais carentes, especialmente no Norte e Nordeste, continuaram altamente dependentes dos repasses federais, que nem sempre foram suficientes para atender às necessidades locais. Em 2017, 56% dos municípios brasileiros dependiam de repasses federais para financiar mais de 80% de suas despesas com saúde (SANTOS, 2018).

Diante dessas constatações, conclui-se que, embora o SUS tenha avançado em muitos aspectos desde sua criação, ainda há desafios significativos relacionados à equidade no acesso aos serviços de saúde. A descentralização, sem um suporte adequado de financiamento e capacitação técnica, acabou acentuando as desigualdades regionais, em vez de mitigá-las. Para que o SUS cumpra plenamente seu papel de promover a saúde como um direito universal e equitativo, é essencial rever as políticas de financiamento, garantindo uma distribuição mais

justa dos recursos e investimentos em infraestrutura e capacitação técnica, principalmente nas regiões mais vulneráveis.

Além disso, é necessário um compromisso político contínuo para garantir que o SUS receba os investimentos necessários para lidar com as demandas da população, especialmente em um cenário de mudanças demográficas e epidemiológicas. Um esforço coordenado entre os governos federal, estaduais e municipais é crucial para garantir que todos os brasileiros tenham acesso a serviços de saúde de qualidade, conforme estabelecido pela Constituição de 1988.

Em resumo, o SUS, como uma das maiores conquistas sociais do Brasil, tem o potencial de continuar avançando e melhorando a saúde da população. No entanto, isso só será possível com um financiamento adequado e uma gestão eficaz, que leve em conta as desigualdades regionais e as necessidades específicas de cada localidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão do Ministério da Saúde 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CARVALHO, G. História das políticas de saúde no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, 2013.

GONÇALVES, M. C. S. O uso da metodologia qualitativa na construção do conhecimento científico. **Ciências & Cognição**, v. 10, p. 199-203, 2007.

GUIDINI, C. **Abordagem histórica da evolução do sistema de saúde brasileiro**: conquistas e desafios. Monografia (Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde) – Universidade Federal de Santa Maria, Tio Hugo, 2012.

IBGE. **Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 11, 2011.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 15-35, 2014.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729-1730, 2018.