



A MATERIALIZAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA: ANÁLISE COMPARADA DE TRÊS MUNICÍPIOS ALAGOANOS

THE MATERIALIZATION OF FUNDAMENTAL RIGHTS IN PUBLIC HEALTH POLICIES: A COMPARATIVE ANALYSIS OF THREE CITIES IN ALAGOAS

LA MATERIALIZACIÓN DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES EN LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA: ANÁLISIS COMPARADO DE TRES CIUDADES DE ALAGOAS

Douglas Dias dos Santos Silva¹

RESUMO

No trabalho em evidência examinamos as condições de gestão, implementação e significância das políticas sociais de saúde nos municípios de Água Branca, Delmiro Gouveia e Pariconha — todos componentes do alto sertão de Alagoas. A investigação discute a efetivação do direito humano fundamental à saúde e os percalços encontrados para que este direito seja realizado. Analisa-se, também, como fatores do mundo político, jurídico e sociológico são influentes nas pastas de saúde pública locais. Constatou-se que o Sistema Único de Saúde — SUS — representa o único meio à saúde institucionalizada que $\frac{3}{4}$ da população local possui; este indicador é apresentado de forma integrada para uma melhor compreensão da dinâmica e entendimento dos fatores sociais da saúde. Metodologicamente, procedemos uma pesquisa bibliográfica, seguida de um levantamento de indicadores e observação sistemática dos respectivos Conselhos Municipais de Saúde. Concluiu-se que o aperfeiçoamento dos serviços de saúde pública passa pela integração entre os entes federados, inclusive com a existência de problemas dos quais a vontade isolada do município em resolver é inócua. Por fim, a materialização do direito fundamental está imersa de confluências e desencontros com os condicionantes sociais de saúde.

Palavras-chave: Direitos Fundamentais. Políticas Sociais. SUS. Controle Social. Gestão de Saúde.

ABSTRACT

In the work in evidence we examined the conditions of management, implementation and significance of social health policies in the cities of Água Branca, Delmiro Gouveia and Pariconha — all of these cities are components of Alagoas' upper outback. The investigation discusses the realization of the

¹ Bacharel em Ciência Política pelo Centro Universitário Internacional – UNINTER -, bacharelado em Direito pela Universidade do Estado da Bahia – UNEB/DEDC VIII -, pesquisador do Programa de Iniciação Científica em Direitos Humanos, Atores Internacionais e Solução de Controvérsias, coordenado pelo Dr. Eduardo Biacchi Gomes. Contato: douglasdias530@gmail.com

fundamental human right to health and the obstacles found for this delivery to be carried out. It also analyzes how factors in the political, legal and sociological world are influential in local public health portfolios. It was found that the Unified Health System (Sistema Único de Saúde [SUS]) represents the only means of institutionalized health that $\frac{3}{4}$ of the local population has; this indicator is presented in an integrated manner for a better understanding of the dynamics and comprehension of the social factors of health. Methodologically, we carried out a bibliographic research, followed by a survey of indicators and systematic observation of the respective Municipal Health Councils. It was concluded that the improvement of public health services involves integration between the federated entities, including the existence of problems which the municipality's isolated will to resolve is harmless. Finally, the materialization of the fundamental right is immersed in confluence and disagreements with social health conditions.

Keywords: Fundamental rights. Social policies. SUS. Social Control. Health Management.

RESUMEN

En este trabajo examinamos las condiciones de gestión, implementación e importancia de las políticas sociales de salud en las ciudades Água Branca, Delmiro Gouveia y Pariconha — todas integrantes del alto *sertão* de Alagoas. La investigación analiza la puesta en práctica efectiva del derecho fundamental a la salud y los obstáculos encontrados para que ese derecho se garantice. Se estudia también cómo factores del mundo político, jurídico y sociológico inciden sobre las secretarías locales de salud pública. Se pudo constatar que el Sistema Único de Salud — SUS — representa el único acceso a la salud institucionalizada del que dispone $\frac{3}{4}$ de la población local; este indicador se presenta de forma integrada para mejor comprensión de la dinámica y de los factores sociales de la salud. Metodológicamente, realizamos una investigación bibliográfica, seguida de una recolección de indicadores y observación sistemática de los respectivos Concejos Municipales de Salud. Se concluye que el mejoramiento de los servicios de salud pública pasa por la integración de los entes federales, incluso por la existencia de problemas frente a los cuales la sola voluntad del municipio es insuficiente para resolverlos. Finalmente, la materialización del derecho fundamental está penetrada por confluencias y desencuentros con los condicionantes sociales de la salud.

Palabras-clave: Derechos Fundamentales. Políticas Sociales. SUS. Control Social. Gestión de la Salud.

1 INTRODUÇÃO

No Estado político atual é comum o uso da justificativa de restrições orçamentárias para motivar o melhor aperfeiçoamento da distribuição de recursos. Sem entrar no mérito da questão, este trabalho pretende evidenciar situações

adversas — que não esta — existentes para consolidação dos resultados que serão entregues ao tecido social na pasta de saúde pública em três municípios de Alagoas.

Inicialmente é necessário dizer que saúde pública é uma garantia a ser ofertada pelo Estado Brasileiro, conforme estabeleceu o constituinte originário: “Art.196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CRFB, 1988, grifo nosso), tendo em vista este exposto é importante ter em mente que as três esferas administrativas do Estado possuem competência para prestação destes serviços.²

Ainda neste sentido, a saúde, como elemento necessário a existência humana é um campo para averiguarmos em que passo se encontra a realização dos direitos fundamentais e a superação do fenômeno da baixa constitucionalidade, este caracterizado pela inefetividade ou pouca evidenciação da ordem constitucional (STRECK, 2014, p. 85).

[...] Democracia é, além da vontade da maioria, a *realização dos direitos fundamentais*. Só haverá democracia real onde houver liberdade de expressão, pluralismo político, acesso à informação, à educação, inviolabilidade da intimidade, o respeito às minorias e as ideias minoritárias etc. (SANTA CATARINA, 2010)³

Assim, democracia e direitos fundamentais possuem estreito relacionamento e a saúde pública neste contexto, diferente das outras políticas, caracteriza-se pela imediata reivindicação dos cidadãos, dado que a vida é o bem maior do ser humano. Dessa forma, cabe ao Estado a competência de materializar este direito no cotidiano de todos e ainda prezar pelas diretrizes da própria democracia, como: normas democráticas, eleições livres e periódicas e respeito às autoridades públicas (MORAIS, 2018), considerando isso:

² A lei complementar 141/2012 definiu os percentuais mínimos que cada ente federado deve aplicar na pasta da saúde, “A instituição dos valores mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente com ações e serviços de saúde pelas 03 esferas de governo levou em conta os seguintes percentuais: 15% para municípios, 12% Estados e 15% para União à partir de 2020” (CONASEMS, p. 20, 2015)

³ Integralmente disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/9119367/recurso-especial- resp-1185474-sc-2010-0048628-4/inteiro-teor-14265399> Acesso em 06 de outubro de 2019.

O estudo do direito à saúde no Brasil leva a concluir que *os problemas de eficácia social desse direito fundamental devem-se muito mais a questões ligadas à implementação e à manutenção das políticas públicas de saúde já existentes [...] do que à falta de legislação específica*. Em outros termos, o problema não é de inexistência, mas de execução (administrativa) das políticas públicas pelos entes federados. (Decisão STA 175, Min, Gilmar Mendes – grifo nosso)⁴

Como visto, o obstáculo para a consolidação das políticas sociais de saúde, para além de normativos, carece de ações, entregas, alocação de recursos, serviços ao cidadão *et cetera*. Contudo, não pretendemos apontar a democracia como um problema, mas suas ambiguidades no que se refere à entrega de resultados é latente, isto devido aos seus rituais excepcionais. Quando analisamos as políticas sociais de saúde pública o prisma norteador é uma demanda sempre maior que a oferta; isso significa que se o Estado possuísse recursos infinitos, ainda assim não bastaria para resolver todos os problemas de saúde.

Assim, constitui o escopo deste trabalho a relação entre (1) situações adversas para o alcance de demandas legítimas dos cidadãos, a (2) implementação de políticas sociais de saúde e a (3) concretização da ordem constitucional, a partir da materialização dos direitos fundamentais. O relacionamento dinâmico destes vetores são o mote aqui discutido, ressaltando de antemão que por termos trabalhado com uma amostra de apenas três municípios — Água Branca, Delmiro Gouveia e Pariconha, todos no estado de Alagoas — não é o propósito estender os resultados para todos os municípios brasileiros; contudo, deve-se levar em conta que a realidade da quase totalidade dos municípios de pequeno e médio porte são semelhantes.

Para efeitos desta pesquisa, realizamos o estudo da legislação básica do Sistema Único de Saúde — SUS — (ver CONASS, 2011), visitas *in loco* a todos os municípios investigados, com destaque para acompanhamento das reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e análise dos indicadores municipais de saúde. Apresentaremos essa tarefa no desenvolvimento deste trabalho, mostrando a conexão destes com os vetores descritos no parágrafo supracitado, além da conclusão que apresenta algumas sugestões possíveis para contribuir com resolução dos problemas.

⁴ Integralmente disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/sta175.pdf>
Acesso em: 06 out. 2019.

2 DESENVOLVIMENTO

Preliminarmente, é importante salientar que por ser componente do núcleo dos direitos fundamentais, que são por sua vez expressão dos direitos humanos constitucionalizados (VENERAL *et al*, 2014), o direito à saúde está imerso em diferentes planos para sua concretização; assim, quando essa entrega é bem sucedida ao destinatário final, significa dizer que tivemos uma cooperação entre as esferas políticas, jurídicas e sociológicas. Dessa forma, a dinâmica existente em cada um destes campos é definidora para a realização dos fins colimados pela constituição. Com isso em vista, apresentaremos situações adversas nas quais cada uma destas esferas influi no resultado das políticas sociais de saúde.

Neste sentido, cabe primeiramente falar sobre a utilização do SUS como um palanque político nas unidades administrativas. Por se tratar de uma pasta com alta visibilidade e demanda excedente, a escolha do secretário da pasta — nos municípios analisados — costuma ser fruto de uma aliança do prefeito com alguma liderança federal ou estadual. Essa costuma ser tanto uma forma de captação de recursos quanto de governabilidade.⁵ Tal relação cria uma situação de dependência política do município e mina a sua autonomia. O principal problema causado por essa dependência é alta volatilidade de secretários (CONASS, 2018), pois há uma subsunção aos contornos políticos momentâneos.

Ainda neste passo, é necessário mencionar as implicações que esta interferência política causa; apesar das secretarias possuírem um estafe permanente para garantir a gestão dos processos de saúde — p. ex. monitoramento de convênios, de transferências constitucionais, acompanhamento de políticas já implementadas, elaboração da prestação de contas e outros — já apontamos em Silva (2019)⁶ que estes municípios possuem considerável parcela de pessoal contratado, ou seja, sem vínculo permanente com a administração pública local. Isso gera um mal-estar social, pois tendem a agir em benefício dos acolitados políticos em uma quebra radical com

⁵ A Ec.86 determinou que metade das emendas parlamentares fossem destinadas a ações e serviços públicos de saúde, com isso tanto prefeitos quanto deputados buscam-se mutuamente (CONASS, 2015, p. 47).

⁶ Pessoal sem vínculo permanente com a administração local: Água Branca: 15,4%; Delmiro Gouveia: 42,5%; Pariconha: 31,3%. (SILVA, 2019, p. 92).

o princípio da impessoalidade na administração ou mesmo da igualdade prevista nas diretrizes do SUS⁷; dessa forma, fragiliza-se a confiança que os populares tem de que aquela instituição cumpre sua missão institucional.

A situação descrita *prima facie* constitui um empecilho a ser superado para a efetivação dos direitos fundamentais, em específico o direito à saúde. Ainda neste plano é necessário dizer que quando se ignora a igualdade na oferta de serviços públicos, acaba-se beneficiando populações não alvo e promovendo efeitos diametralmente opostos como concentração de renda ou iniquidades em saúde.

Estudos vêm demonstrando que o principal mecanismo por meio do qual as iniquidades de renda produzem um *impacto negativo na situação de saúde é o desgaste do chamado capital social, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos.* (BUSS; PELLEGRINI, 2007, p. 82).

Destarte, sintomático do fenômeno descrito, é importante mencionar a significância que ações como essas representam para o funcionamento do sistema de saúde pública como um todo, não são casos isolados, são endêmicos de todas as esferas que ofertam os serviços de saúde; prova disso é o fato de que o Brasil, mesmo assegurando em tese um sistema de saúde universal, igualitário e para todos, em 2003 já era o segundo país com maior número de planos de saúde privados do mundo (CONASS, 2003, p. 234)⁸, atrás apenas dos EUA país no qual a saúde é integralmente entregue ao setor privado. Mendes complementa (2001, p.5, grifo nosso):

[...] a baixa qualidade dos serviços públicos gera e perpetua uma *baixa expectativa em relação ao que pode ser oferecido*, tanto por usuários quanto pelos prestadores de serviços, contribuindo assim para gerar um ciclo vicioso de insatisfação e frustração de gerentes e usuários. Neste cenário, *as alternativas para os usuários têm sido o abandono do serviço (exit)* e, para os gerentes, a implantação de práticas gerenciais consideradas exitosas no setor privado.

⁷ Importante destacar que durante as pesquisas de campo e no correr do ano de 2019, os três municípios investigados por este trabalho assinaram com o Ministério Público do Estado de Alagoas, Termos de Ajustes de Condutas – TAC – se comprometendo a realizar concurso público para preencher tais vagas. Sobre Água Branca, disponível em: <http://www.aguabranca.al.gov.br/noticias/991> Acesso em 07 de outubro de 2019; Sobre Delmiro Gouveia, disponível em: <https://www.delmirogouveia.al.gov.br/index.php/noticias/gabinete-do-prefeito/prefeito-padre-eraldo-assina-tac-para-realizacao-de-concurso-publico> Acesso em 07 de outubro de 2019; Sobre Pariconha não há publicação no portal oficial do município, contudo disponível em outras fontes na internet.

⁸ Atualmente são 47.104.169 beneficiários de planos de saúde privados dados de junho/2019. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais> Acesso em 07 de outubro de 2019.

Inobstante, ao comparar o cenário geral de beneficiários de planos de saúde privados no Brasil, com o dos municípios investigados vemos que a proporção de usuários destes serviços é mínima, assim como também no estado de Alagoas, pois a cobertura de planos privados alcança apenas 11% da população nesta unidade federativa. Sem tecer conjecturas mais elaboradas sobre este ponto, uma das possibilidades explicativas para o desencontro dos macroindicadores com a realidade local pode ser dado pelo indicador de renda. Após consultar dados do PNAD, constatamos que a renda média dos municípios somadas em 2010 gira em torno de R\$ 400,00 mês.⁹

Invariavelmente, quer a permanência aconteça por predileção ou por outros fatores, essa demonstração *per se* comprova a importância que o SUS tem para a efetivação do direito à saúde, o que reafirma a necessidade de constante aperfeiçoamento deste sistema. No quadro 01 – abaixo – temos a cobertura da Atenção Básica de Saúde – ABS – em contraste com a cobertura de planos de saúde privados no mesmo período.¹⁰

QUADRO 01 – COBERTURA DE SAÚDE POR MUNICÍPIO JUN/2019:¹¹

Município	Planos de saúde privados	% da população	População estimada coberta pela ABS/SUS	% da população
Água Branca	199	1%	20.162	100%
Delmiro Gouveia	1.418	2,7%	30.600	59,12%

⁹ Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/> Acesso em 08 de outubro de 2019.

¹⁰ “[...] a Atenção Básica deve ser a principal porta de entrada ao sistema de saúde e ser ofertada integral e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras. Para isso, é importante adotar estratégias que permitam minimizar desigualdades/inequidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.” (BRASIL, 2018, p. 23)

¹¹ Desenvolvido com base em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor> e <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> ambos os Acessos 08 de outubro de 2019.

Pariconha	46	0,4%	10.527	100%
TOTAL	1.663	2%	61.289	74%

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar/ Informação e Gestão da Atenção Básica

Nesse íterim, merece destaque o fato de que o sistema de saúde público como dado é o único acesso a profissionais de saúde que a parcela majoritária da população local possui. É possível perceber, que mesmo longe da perfeição, o SUS representa uma redução de danos e sua conjugação com a democracia constitucional brasileira flui no sentido de garantir este direito fundamental, ainda que neste processo contradições, obstáculos e limitações aconteçam. Perquirindo o objetivo deste trabalho, a proposta aqui não é realizar uma defesa apaixonada do SUS, porém considerando que o mesmo é uma política em construção, urge justamente evidenciar seus pontos fortes e fracos. Neste plano, Silva et al (2014, p. 721) aponta que:

A dimensão organizativa da ABS tem sido pouco registrada na literatura. No entanto, nos estados do Nordeste – entre eles, Alagoas –, ela tem sido marcada, de forma geral, por problemas tais como: inadequada estrutura física dos serviços; insuficiência e perfil dos profissionais de saúde; e irregular monitoramento e avaliação das ações, de forma que ainda é uma política em construção. (grifo nosso)

No campo jurídico, por sua vez, problemas de outra ordem afetam o funcionamento do sistema. É visível, na crítica especializada, uma constante evocação de uma simplificação normativa, “[...] é preciso diminuir e flexibilizar a questão normativa do Sistema Único de Saúde. É muita normatização e pouca ação [...] a *diminuição da burocracia que existe hoje no SUS* [é um dos] grandes desafios.” (CONASS, 2018, p. 9)

[...] os recursos federais são transferidos de forma muito engessada, em várias linhas de repasses, entre as automáticas, que são destinadas a todos os entes da Federação, e os incentivos, que estão sujeitos à adesão por parte do ente, o que dificultaria a gestão local, fazendo com que sobrem recursos para algumas finalidades e falem para outras. Levantamento feito sobre os recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde revela que eram possíveis até 115 linhas de repasses 22 para os municípios e 96 para os estados em 2016. (IPEA, 2018, p. 18-19, grifo nosso)

Em uma situação prática, em 2013 o Departamento Nacional de Auditoria do SUS realizou uma fiscalização no Município de Água Branca- AL e evidenciou que

recursos destinados para a atenção básica indígena fora utilizado para pagamento de consulta com especialistas médicos para este mesmo público, contudo, ao término da fiscalização a equipe de auditores recomendou à devolução, ao Ministério da Saúde destes recursos com acréscimos e atualização monetária.¹² Evidentemente não estamos defendendo o afastamento do princípio da legalidade, porém, é exemplificativo de como em dadas situações a lei age como obstáculo para a realização dos direitos fundamentais, ainda que o pano de fundo seja a defesa da coisa pública.

Prosseguindo, mais um detalhe chamativo merece ser apresentado, 2/3 dos municípios investigados por nós possui a maioria de sua população concentrada na zona rural; no último município citado, por exemplo, esta população está distribuída entre cerca de 50 povoados, o que dificulta sobremaneira a entrega de qualquer política pública, pois exige uma logística muito maior. Pudemos presenciar em uma reunião de dado Conselho Municipal de Saúde — CMS — o representante da gestão solicitar uma resolução autorizativa para alocar recursos de um convênio estadual em uma Unidade Básica de Saúde diferente da destinatária, isto porque existem unidades de saúde que não dispõem de população suficiente na sua área de ação para que seja contemplada com convênios específicos.

QUADRO 02 – POPULAÇÃO MUNICIPAL CENSO 2010:¹³

Município	População estimada	População urbana	Hab./Km ²
Água Branca	19.337	26%	42,6
Delmiro Gouveia	48.096	72%	79,1
Pariconha	10.264	27%	39,7

Fonte: IBGE

O ponto a ser destacado com isso é que assim como o campo político influi no resultado das políticas de saúde, o mesmo se dar com o campo normativo. Ressalte-

¹² Na íntegra disponível em: <http://consultaauditoria.saude.gov.br/visao/relatorio/relatoriopage.html?3> Acesso em 14 de outubro de 2019; ver constatação 281038.

¹³ Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=27&dados=8> Acesso em 14 de outubro de 2019.

se que neste cenário de turbulenta produção de atos normativos de toda ordem, a Lei de Participação da Comunidade no SUS – 8.142/90 – trouxe uma medida de segurança, tanto para a gestão pública quanto para os cidadãos; para o primeiro trouxe a possibilidade de contar com a anuência da comunidade para realizar atividades rodeadas por insegurança jurídica e para os cidadãos a possibilidade de participar das decisões públicas.¹⁴

A saúde como manifestação de bem-estar social envolve uma série de elementos objetivos e subjetivos que resulta de vários aspectos da inserção social de um cidadão, cuja qualidade requer a ação simultânea de uma série de políticas que são parte dos direitos sociais definidos na Constituição. (OUVERNEY; NORONHA, 2013, p. 157).

Apesar da participação social ser uma condição de validade para a execução das políticas sociais de saúde pública, a mera existência dos CMS não basta para indicar que os cidadãos estão compondo o processo de decisão (COELHO, 2012; CONASEMS, 2015). Mesmo a composição sendo paritária, a gestão municipal acaba sempre direcionando a pauta, o que por sua vez afasta os conselheiros, que passam a se enxergar como meros mecanismos para legitimar as decisões tomadas pela gestão. Dessa maneira, sempre que há a convocação esporádica para uma nova reunião, os conselheiros se deparam com um dilema: ir para amenizar os problemas municipais de saúde ou deixar a situação agravar-se.

QUADRO 03 – CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE:¹⁵

Município	Norma Instituidora	Nº de componentes
Água Branca	Lei 500/2005	8
Delmiro Gouveia	Lei 1.127/2015	12
Pariconha	Lei 126/2007	12

Fonte: Tribunal de Contas do Estado de Alagoas

¹⁴ “§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, *cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.*” (Lei 8.142/90 – grifo nosso)

¹⁵ Disponível em: <http://acompanhamento.tce.al.gov.br/> Acesso em 15 de outubro de 2019.

Apesar da existência da lei ser uma condição necessária para existência do CMS, a mesma é insuficiente para garantir que os resultados dele derivados serão realmente democráticos; isto depende muito de quanto recurso/subsídio o gestor municipal concederá e do grau de institucionalização do Conselho frente à comunidade local que desconhece as atribuições deste. Dois fatores exemplificativos merecem ser mencionados, o primeiro deles é que nenhum destes conselhos possuem redes sociais próprias ou oficiais, nas convocações impera a informalidade. O segundo fator é que as próprias resoluções e atas não são publicadas no Diário Oficial como pugna cada um dos respectivos regimentos internos; a impressão que fica é que há falta vontade para dar vida a letra fria da lei.

Vimos que o campo político e o jurídico carecem de novos contornos que primem pela efetividade do resultado. Os direitos fundamentais, por exemplo, antes de se materializarem passam por uma infinidade de procedimentos para sua realização; assim política e a lei precisam estar em harmonia para se fazer a entrega ao cidadão. Contudo, existem outros vetores capazes de possibilitar ou inviabilizar a garantia de acesso à saúde.

Em linhas anteriores, mostramos a importância do SUS, sendo o único acesso à saúde institucionalizada que $\frac{3}{4}$ da população local possui. Cabe neste aspecto, ressaltar uma dinâmica social essencial para que fins de saúde coletiva sejam alcançados. Não bastasse a complexidade envolta na própria política e no mundo das leis, surge e merece destaque apresentar como a lógica da ação de mercado — entenda-se de acumulação — infere nos serviços públicos, mais especificamente nos profissionais que realizam a saúde pública. É preciso considerar que “[...] saúde se faz com pessoas, com médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde [...] Profissionais de saúde, por exemplo, em uma estratégia Saúde da Família (ESF), representam 90% do custo. E 70% do custo em um hospital são com recursos humanos.” (CONASS, 2018, p. 13).

Dessarte, a dificuldade inerente à gestão de saúde pública municipal, combinada com os fatores jurídicos, políticos e a alta dispersão territorial dos populares que afetam os municípios investigados, acabam por esbarrar em mais um obstáculo no caminho para garantir o cumprimento do direito à saúde.

Outro problema enfrentado pelos gestores é a ausência ou insuficiência, e a dificuldade de fixação de profissionais, principalmente médicos e enfermeiros, em alguns municípios brasileiros, particularmente aqueles de pequeno porte e mais distantes dos grandes centros urbanos. (CONASS, 2003, p. 147)

Evidenciando tal situação, em 2016 a Controladoria Geral da União — CGU — realizou auditorias no âmbito da saúde nos municípios de Delmiro Gouveia e Pariconha, interessadamente ambas tiveram o mesmo resultado consolidado: “Descumprimento, por parte de profissionais de saúde, de carga horária semanal prevista para atendimento no Programa Saúde da Família”,¹⁶ outro aspecto que chama atenção é que muitos dos contratos de trabalho eram omissos quanto à carga horária semanal a ser cumprida. Este fenômeno foi conceituado por Paula (2017, p. 143) como “jogo da negociação”:

Esse “jogo da negociação” [...] se refere [a] relação com as inúmeras estratégias que os gestores têm tomado para lidar com a falta de médicos no município, tais como *diminuir sensivelmente a carga horária e continuar pagando como se o médico estivesse presente* ou aumentar o salário em uma proporção quase inviável para o orçamento do município. (grifo nosso)¹⁷

Sem embargos, no quadro 04 abaixo, realizamos um levantamento para demonstrar a verossimilhança das palavras acima. Frequentemente a gestão municipal está em uma situação de desvantagem no que diz respeito à contratação de profissionais médicos, isto porque em Alagoas 84.3% dos médicos aptos do Estado estão concentrados na capital Maceió, ficando o restante 717 (15.7%) médicos para serem disputados pelos demais 101 municípios (SCHEFFER *et al*, 2018, p. 47).¹⁸

QUADRO 04 – CARGA HORÁRIA SEMANAL PER CAPITA CONTRATADA DE MÉDICOS:¹⁹

¹⁶ Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/> Acesso em 15 de outubro de 2019; Auditorias nº 00190.031648/2013-61 e 00190.020168/2014-55.

¹⁷ Paula (2017, p.143) ao questionar um entrevistado sob tal situação obteve que “algumas das cidades no interior do país no norte e nordeste [chegam] a fazer contratações por 40 horas semanais, mas se contentam com o médico vir uma vez por semana. Médicos que tinham vínculos com 04, 05 prefeituras de 40 horas cada.” (sic)

¹⁸ Número total de médicos no Estado de Alagoas: 4.575; razão população/médicos em Alagoas: 1,6; razão população/médicos na capital Maceió: 3,78 (SCHEFFER, M. *et al*, 2018, p. 44).

¹⁹ Desenvolvido com base em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Index.asp?home=1> Acesso em 15 de outubro de 2019.

Município	CH MÉDIA ²⁰	Desvio padrão	Nº de médicos na amostra ²¹
Água Branca	80.6	13.4	6
Delmiro Gouveia	82	21.3	12
Pariconha	86.4	31.4	7

Fonte: CNES

A situação descrita possui grande relevo, pois mostra as dificuldades enfrentadas pelos municípios para a consolidação do direito à saúde. Para amenizar esta ausência de médicos, o Governo Federal criou em julho de 2013 o programa Mais Médicos (BRASIL, 2015), contudo, nas localidades investigadas por este trabalho, não há a comprovação de que as oito vagas autorizadas – três em Água Branca, quatro em Delmiro Gouveia e uma em Pariconha -²² estão ocupadas com profissionais, pois é o médico quem escolhe a região que deseja trabalhar; porém, cabe mencionar que após o abandono do programa pelos médicos cubanos em 2018 a vaga disponível em Pariconha não mais foi preenchida.

Não obstante, demonstramos elementos consistentes que são representativos das dificuldades que precisam ser contornadas para que no campo da sociedade civil o direito fundamental à saúde se materialize, seja em uma consulta médica, na aquisição de um medicamento, na limpeza de um ferimento, em uma cirurgia de alta complexidade ou mesmo em uma ação preventiva da vigilância sanitária. A política conduz o processo dentro dos estreitos limites dados pela lei e a sociedade democrática organiza-se de modo que “a razão de ser do Estado [seja] a efetivação dos direitos fundamentais” (CONASS, 2015, p.33). Ainda no mesmo sentido, não se deve ignorar o fato de que as políticas sociais de saúde estão incluídas entre outras que também são ofertadas pelo poder público; isso torna ainda mais dinâmico e

²⁰ Metodologia: através de sorteio 50% dos estabelecimentos de saúde de cada município foi selecionado, em seguida, em cada um destes estabelecimentos selecionamos os médicos, generalistas ou especialistas, o número de médicos na amostra corresponde ao número de médicos encontrados; o número total de médicos é 23, pois um destes possui vínculo com os três municípios e outro com dois municípios.

²¹ Encontramos: um médico com 20 horas, três médicos com menos/igual a 60 horas e 19 médicos com mais de 60 horas – sendo que sete destes possuem mais de 100 horas semanais contratadas; com exceção do médico com 20 horas, todos os demais possuem vínculo com mais de um município.

²² Disponível em: <http://www.maismedicos.gov.br/consulta-por-cidade#> Acesso em 16 de outubro de 2019.

multifacetado o processo da consolidação social da saúde, pois existem empreendimentos que refletem diretamente no quadro de saúde de uma população, contudo, fogem ao campo de gestão desta pasta. No quadro abaixo temos a expressão do gerenciamento municipal e seus resultados.

QUADRO 05 – ÍNDICE DE EFETIVIDADE DA GESTÃO MUNICIPAL – IEGM – 2018:²³

Município	Nota Geral	I- Educação	I- Saúde	I- Fiscal	I- Ambiente	I- Cidade	I-Gov-TI
Água Branca	53.06	39.0	77.0	62.54	15.0	68.0	49.0
Delmiro Gouveia	54.15	37.0	80.0	51.37	72.0	85.0	66.0
Pariconha	54.96	48.0	88.0	54.07	51.0	83.0	47.0

Fonte: Instituto Rui Barbosa

De modo isolado, visivelmente podemos reparar que o índice de efetividade na pasta da saúde é consideravelmente alto e em posição destacável aos demais indicadores, assim, podemos afirmar que há um esforço para agregar valor e realizar a entrega ao cidadão, porém, se analisarmos a nota geral percebemos que existe pouca integração entre as políticas setoriais municipais. Considerando-se que os princípios dos direitos humanos invocam a universalidade, indivisibilidade e interdependência, a condição dos direitos fundamentais encontram-se cambaleante, ora contemplando a demanda dos cidadãos, outrora postergando devido aos vetores aqui delineados.

3 CONCLUSÃO

A materialização do direito à saúde, conforme os elementos apresentados, carece para sua consolidação que diversos processos sejam gerenciados de forma exitosa com fito no cidadão. Mormente, ainda que haja este esforço, temos obstáculos

²³ Disponível em: <https://irbcontas.org.br/iegm/> Acesso em 17 de outubro de 2019.

de ordem política, jurídica e sociológicas envolvidos na dinâmica das políticas públicas como um todo. Na pasta das secretarias de saúde municipais vimos a forma como estes problemas se apresentam no cotidiano das mesmas: (1) sustentação política dos gestores das pastas, (2) enrijecimento das linhas de repasses orçamentárias, (3) baixa densidade demográfica, (4) carência de profissionais médicos e (5) pouca integração entre as pastas setoriais.

Raramente, políticas públicas complexas possuem soluções simples e se ainda considerarmos que “a sociedade democrática produz uma série de interesses contrapostos” (JUSTEN FILHO, 2018, p. 56) temos a dimensão preliminar da dificuldade em se corrigir os obstáculos existentes para a materialização do direito fundamental à saúde; mais que recursos orçamentários, a construção da saúde pública passa pela integração entre entes federados (ANDREWS; BARIANI, 2010, p. 214) e por maior produção de segurança jurídica que é fortemente abalada com as disputas políticas existentes na fabricação das leis.

Continuando, boa parte dos problemas evidenciados não passam apenas pela vontade da gestão municipal em resolvê-los, como a ausência de médicos ou a enormidades de linhas de repasses, nesta seara apenas a intervenção mútua da União, Estado e Municípios é capaz de ofertar uma intervenção com eficácia social.²⁴ Contudo, claramente há formas da gestão municipal melhorar a forma e o conteúdo das políticas sociais de saúde locais à médio e longo prazo.

Em nossa avaliação, ações de ampliação dos recursos destinados aos CMS são de máxima relevância nesta conjuntura,²⁵ isto porque a ampliação da formação de seus membros, juntamente com recursos como transportes e diárias são essenciais para garantir uma verdadeira atuação, além deste ser um excelente remédio para equilibrar a instabilidade de secretários na pasta, as gestões passam e

²⁴ Acerca da ausência de profissionais médicos, recomendável o cumprimento dos termos da CRFB 88: realização de concurso público, o estabelecimento e obrigatoriedade de cumprimento da carga horária semanal bem como o limite máximo de acumulação de dois cargos públicos; não preenchidas as vagas, a possibilidade de consórcios intermunicipais para contratação de profissionais médicos nos parece a melhor forma de fortalecer as gestões diante da categoria e também de apresentar um paliativo no problema da baixa densidade demográfica. Sobre aspectos da remuneração médica, ver: Andreazi (2003); Girardi et al. (2007) e Neto et al. (2016).

²⁵ Segundo valores do PPA 2018-2021 serão alocados nos respectivos CMS para desenvolvimento de suas atividades: Água Branca R\$ 97.641,00; Delmiro Gouveia R\$ 126.431,00 e Pariconha PPA ilegível.

os conselhos ficam, assim haverá sempre um pessoal qualificado na sociedade civil para moderar as proposta de políticas sociais a serem implementadas.

Ainda acerca dos CMS, é importante destacar a visível necessidade de comunicação entre conselhos, já que as doenças não possuem circunscrição administrativa bem como a saúde. A articulação entre conselhos em uma mesma região é fundamental para antecipar a resolução de problemas que afetam o município vizinho, desse modo, o intercâmbio de experiências entre conselhos é salutar e garante melhores resultados, além do intercâmbio com conselhos de outras pastas correlatas como meio ambiente, infraestrutura , educação *et Cetera*, buscando resolver parcialmente o problema de integração entre as pastas.

Por fim, cabe destacar o fator político, já que a operacionalidade do SUS depende dele para otimizar suas atribuições; enquanto o ocupante de cargo eletivo mira na próxima eleição, o cidadão médio pleiteia sua salubridade para mais um dia de vida e assim a garantia da materialização do direito humano fundamental à saúde está muitas vezes imersa em um mundo de confluência de interesses: o direito é efetivado, mas nem sempre pelos motivos certos, destarte, a ambiguidade presente nas ações ativas do Estado não deixa de estar presente também na pasta de saúde pública.

4 REFERÊNCIAS

ANDREAZI, Maria de Fátima Siliansky de. **Formas de remuneração de serviços de saúde**. Brasília: IPEA, 2003. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4222 . Acesso em: 20 out. 2019.

ANDREWS, C. W.; BARIANI. E. **Administração pública no Brasil**. 1. ed. São Paulo: UNIFESP, 2010.

BRASIL. **Guia política nacional de atenção básica**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf . Acesso em 12 de out. 2019.

BRASIL. **Programa mais médicos - dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da saúde. 2015. Disponível em:



http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf

Acesso em: 16 out. 2019.

BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900033>.

COELHO, J. S. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 21, p.138-151, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/12.pdf> Acesso em: 15 out. 2019.

CONASEMS. **Lei complementar 141: guia prático para a gestão municipal**. Brasília: Athalaia Gráfica, 2015. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/01/Livro_LC_141_tela.pdf Acesso em: 04 out. 2019.

CONASEMS. **Participação social no SUS o olhar da gestão municipal**. 2009. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/1722/livros> Acesso em: 15 out. 2019.

CONASS. **Direito à saúde**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/DIREITO-A-SAUDE.pdf> Acesso em: 06 out. 2019.

CONASS. **Conselho nacional de secretariados de saúde**. Brasília: 2018. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/edicao-29-outubro-novembro-e-dez-de-2018/> Acesso em: 13 out. 2019.

CONASS. **Legislação estruturante do SUS**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf Acesso em: 04 out. 2019.

CONASS. **Para entender gestão do SUS**. 20. ed. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf. Acesso em: 07 out. 2019.

GIRARDI, S. N. *et al.* **Modalidades de contratação e remuneração do trabalho médico: Os conceitos e evidências internacionais**. 2007. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogo05/Biblioteca/Artigos_pdf/Modalidades%20de%20contratacao%20e%20remuneracao%20do%20trabalho%20medico.pdf Acesso em: 20 out. 2019.

IPEA (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas). **Políticas sociais: acompanhamento e análise: saúde**. 2018. Disponível em:

http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/180622_bps_25_saude.pdf Acesso em: 14 out. 2019.

JUSTEN FILHO, Marçal. **Curso de direito administrativo**. 13. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2018.

MENDES, Vera Lúcia Peixoto. Inovação gerencial na administração pública, cidadania e direitos dos Brasileiros. **Organ. Soc.**, Salvador, v. 8, n. 22, p. 1-16, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-92302001000300008>.

MORAIS, Alexandre de. **Direito constitucional**. 34. ed. São Paulo: Atlas, 2018.

OUVERNEY, Assis Mafort; NORONHA, José. Carvalho. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. *In*: Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173-06.pdf> Acesso em: 15 out. 2019.

PAULA, Juliana Braga de. **Análise do ciclo de política do programa mais médicos no Brasil**: cooperação Cuba Brasil e seus efeitos para o trabalho médico. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2017. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6140/tde-04012018-165436/publico/JulianaBragaDePaulaORIGINAL.pdf> Acesso em: 15 out. 2019.

POLI NETO, Paulo *et al.* Remuneração variável na Atenção Primária à Saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1377-1388. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.02212016>.

SANTA CATARINA. **Recurso especial nº 1.185.474 - SC (2010/0048628-4)**. Administrativo e constitucional – acesso à creche aos menores de zero a seis anos [...]. Criciúma, SC: Superior Tribunal de Justiça, [2010]. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Educacao/Jurisprudencia/STJ-creche%20-%20tese%20reserva%20do%20poss%C3%ADvel.pdf>. Acesso em: 17 set. 2019.

SCHEFFER, Mário. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo: USP, 2018. 286 p. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20\(3\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf) Acesso em: 16 out. 2019.

SILVA, Douglas Dias dos Santos. Implicações da burocracia estatal nas políticas de direitos humanos no alto sertão alagoano. **Cadernos Escola Superior de Gestão Pública, Política, Jurídica e Segurança**. Curitiba, n. 1, v.2, p. 85-101, jan./jun. 2019. Disponível em:



<https://www.uninter.com/cadernosuninter/index.php/ESGCN/article/view/899> Acesso em: 07 de out. 2019.

SILVA, Maria Anielly Pedrosa da *et al.* Atenção Básica em Alagoas: expansão da Estratégia Saúde da Família, do Nasf e do componente alimentação/nutrição. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 720-732, out./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0720.pdf> Acesso em: 12 out. 2019.

STRECK, Lenio Luiz. A baixa constitucionalidade como obstáculo ao acesso à justiça no Terrae Brasilis. **Sequência (Florianópolis)**, Florianópolis, n. 69, p. 83-108, dezembro de 2014. DOI: <https://doi.org/10.5007/2177-7055.2014v35n69p83> .

VENERAL, D. C. *et al.* **Teoria da constituição e do Estado e direitos e garantias fundamentais**. 1. ed. Curitiba: Intersaberes, 2014.