

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO E SOCIOCONÔMICAS – ESAG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

Curso: MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO

Grupo de Pesquisa: Políticas Públicas e Desenvolvimento

**DESAFIOS NA GESTÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E NA
EQUIDADE DO FINANCIAMENTO: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS
MUNICÍPIOS DE BELÉM (PA) E FLORIANÓPOLIS (SC)**

015.367.632-92

Florianópolis

2026

1. INTRODUÇÃO

Durante a antiguidade, civilizações como a mesopotâmica, egípcia, chinesa e greco-romana, existiam algumas ações que predispunham as políticas públicas de saúde, através de iniciativas incluíam normas de higiene, controle de abastecimento de água, construção de sistemas de esgoto, aquedutos e regulamentação de práticas médicas, mas que não se configuravam ainda como sendo políticas universais, mas que mantinham uma manutenção de ordem social (Tulchinsky; Varavikova, 2014).

Durante a transição da Idade média para a Idade Moderna, não existia um modelo organizado de saúde nem políticas públicas estruturadas para controlar a circulação de pessoas entre continentes, a propagação de doenças tornou-se frequente, principalmente porque suas causas eram desconhecidas. As primeiras ações de saúde pública no Brasil se dão já em seu período colônia, o Estado não atuava diretamente na área da saúde, essas ações eram voltadas à população, em geral, realizadas por instituições filantrópicas e direcionadas ao enfrentamento de epidemias. (De Oliveira, 2012).

A vinda da família real ao Brasil representou um marco para o desenvolvimento da saúde pública, que posteriormente, com a criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, consolidou-se uma maior organização das ações em saúde pública e ampliou-se a participação da sociedade nas discussões governamentais sobre o tema. Já no período da república, diante das epidemias e sua resposta de controle através de campanhas de vacinações, a saúde enfrentou um momento de grande tensão histórica, devido a revoltas da população por exemplo. Mas também de conquista, com a criação da lei ELOI até a criação dos institutos de aposentadorias e pensões (Carvalho, 2013).

A criação do SUS, ocorre conjuntamente à promulgação da Constituição Federal de 1988 sendo ele concebido como um sistema público universal, descentralizado e orientado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade após tantas modificações. A descentralização da gestão e do financiamento, embora tenha ampliado a autonomia dos entes subnacionais, também impôs desafios relacionados às diferentes capacidades administrativas, técnicas e fiscais dos estados e municípios (Souza, 2025).

Apesar de seu caráter universal, o SUS se desenvolve em um contexto de profundas desigualdades regionais, econômicas que impactam na sua organização, no financiamento e na

oferta dos serviços de saúde à população, tornando a efetivação do direito à saúde fortemente dependente da capacidade local de arrecadação, planejamento e gestão municipal. (IBGE, 2022)

A título de limitações no tempo para o estudo pretende-se analisar duas capitais, Belém (PA) e Florianópolis (SC), cidades localizadas em regiões diametralmente opostas e com características e realidades inseridas em contextos socioeconômicos e regionais distintos, nesse contexto percebe-se contrastes significativos entre essas duas capitais, enquanto Belém, situada na Região Norte, maior volume populacional, maiores vulnerabilidades socioeconômicas, Florianópolis, na Região Sul, apresenta população menos numerosa, melhores indicadores socioeconômicos, condições mais favoráveis para a organização e gestão da rede de serviços de saúde (IBGE, 2022).

Não se trata apenas de compreender, sob uma perspectiva normativa, o processo de descentralização das estruturas administrativas no Brasil, mas também de analisar as condições concretas em que esse sistema vem sendo implementado e desenvolvido ao longo do tempo. Embora o SUS tenha sido concebido como um sistema universal, equitativo e descentralizado, sua implementação ocorre de forma heterogênea entre os municípios, especialmente em razão das diferentes capacidades administrativas, demográficas, técnicas e fiscais. (IBGE, 2022; VIANA; LIMA, 2011).

Dessa forma, este projeto de pesquisa de mestrado está centrado na análise da efetivação das políticas públicas de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), comparando especificamente como as capacidades fiscais e administrativas influenciam a equidade no financiamento e na oferta de serviços do SUS em Belém e Florianópolis levando-se em consideração as desigualdades regionais presentes em todo o território nacional.

Assim, o estudo busca responder a seguinte pergunta: Em que medida o financiamento do SUS promove equidade entre essas duas capitais, quais os desafios enfrentados administrativamente, tecnicamente e fiscalmente impactam a execução dessas políticas frente as crescentes demandas atuais, e como isso deve ser organizado nos níveis federal, estadual e municipal?

Para responder a essa pergunta o estudo define o seguinte objetivo geral: Analisar comparativamente os efeitos das capacidades institucionais na equidade do SUS entre os municípios de Belém (PA) e Florianópolis (SC), considerando as diferenças regionais, socioeconômicas e as capacidades administrativas, técnicas e fiscais que influenciam o financiamento, a organização e a oferta dos serviços de saúde.

Como objetivos específicos tem-se:

1. Comparar as políticas públicas de promoção e prevenção em saúde implementadas no âmbito do SUS em Belém (PA) e Florianópolis (SC).
2. Identificar os principais desafios enfrentados pela gestão pública na implementação dessas políticas.
3. Examinar a percepção de gestores e profissionais de saúde sobre a implementação das ações de promoção e prevenção.
4. Apontar possibilidades de aprimoramento da gestão das políticas de promoção e prevenção no SUS.

2. JUSTIFICATIVA

Do ponto de vista social, este trabalho se justifica no sentido do monitoramento e análise das políticas públicas desde sua implantação até seus critérios para um financiamento mais equitativo diante de regiões distintas em tempos atuais. A escolha dos municípios de Belém (PA) e Florianópolis (SC) justifica-se por representarem realidades regionais distintas, situadas em contextos socioeconômicos e demográficos contrastantes diferentes. Enquanto Belém apresenta maior volume populacional, cultura distinta e maiores vulnerabilidades socioeconômicas, Florianópolis possui população menos numerosa e melhores indicadores, fatores que podem influenciar diretamente a organização e a gestão da rede de serviços de saúde (IBGE, 2022).

As conquistas dos direitos sociais, de saúde e previdência social são resultado de muita luta da população, dos trabalhadores, de entidades sociais, e tantas outras organizações, que travaram muitas batalhas no decorrer da História, o que culminou com a Constituição Federal de 1988. Direitos estes que vêm sendo ameaçados constantemente pelas fragilidades que o próprio sistema enfrenta, de falta de reajuste dos valores repassados, atrasos nos repasses financeiros, gestão desqualificada em alguns setores, entre outros (Polignano, 2020). Foram décadas de luta por um sistema mais igualitário e universal, com necessidade de uma estrutura organizativa, participativa e transparente, por meio da elaboração de políticas públicas, formação dos profissionais da saúde, gerenciamento, fiscalização, investimento de recursos e participação da comunidade, para garantir a existência e eficiência de um Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, a relevância desta pesquisa reside na necessidade de compreender não apenas o desenho normativo da descentralização do SUS, mas as condições concretas sob as quais as

políticas públicas de saúde são implementadas dentro de cada contexto real. Academicamente, ressalta-se que há poucos estudos, os quais comparam equidade entre regiões Norte e Sul sob perspectiva fiscal-administrativa.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. Contexto Histórico

No período que compreendeu o Brasil colônia para a república, não havia um modelo de saúde, muito menos um modelo de política estruturada para organizar a grande circulação de pessoas vindas de outros continentes. Devido à grande exploração dos recursos naturais e trabalho escravo, a propagação de doenças era quase inevitável com abertura dos portos, já que a causa das doenças eram desconhecidas e eram tratadas através de medidas consideradas peculiares para época, como rezas, feitiçarias e o uso de ervas medicinais, sendo assim essa era a única alternativa que a população dispunha de buscar tratamento. (De Oliveira, 2012).

O Estado não tinha uma participação direta sobre a saúde e essa ficava sob o encargo da Igreja e de instituições filantrópicas sendo voltada a população considerada mais privilegiada, a qual usufruía de técnicas mais avançadas feitas pelo Barbeiro, além de práticas realizadas pelos jesuítas (De Oliveira, 2012).

As ações em saúde voltadas para população passaram a ser realizadas através de instituições filantrópicas e destinadas para casos de epidemia da época (Carvalho, 2013). Somente em 1829, com a criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, elas ficaram em cargo da saúde pública (De Oliveira, 2012). A saúde pública passou a ser vista como estratégica para manter a ordem social e o desenvolvimento econômico, levando à criação de ações de vigilância sanitária, regulamentação das profissões médicas e medidas de saneamento, apoiadas pelo avanço científico e pela organização administrativa do Estado (Nunes, 2000).

Dando um salto mais ao futuro, em 1982 a saúde ganha um novo foco, voltada para os programas de Atenção Primária, projeto que visava se tornar a porta de entrada das instituições públicas que se mantinha pelas diferentes esferas de governo e seguia os princípios da Regionalização e Hierarquização, modelo presente hoje em nosso SUS. Se iniciaram debates para a criação de um sistema que tinha como meta criar um sistema de atribuições que possuía

referência e contrarreferência de prioridade para rede pública de serviços para a saúde, em complemento a rede privada. (Reis; De Araújo; Cecílio, 2012).

Ao longo do século XX, a saúde passou a ser reconhecida como direito social, consolidando-se no contexto do Estado de Bem-Estar Social e na criação de sistemas universais baseados na universalidade, equidade e integralidade. No Brasil, esse processo culminou na Constituição Federal de 1988, que instituiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), influenciado por tendências internacionais e pelos desafios históricos do País (Carvalho, 2013).

3.2. Princípios do SUS

O SUS, com sua implantação baseando-se a constituição cidadã de 1988 como sendo parte de um conjunto de direitos que todos os brasileiros passariam a gozar a partir dali, sendo a Seguridade Social, composta pela saúde, previdência e assistência social, em sua concepção, o SUS obedece a três princípios e diretrizes segundo a lei orgânica de saúde; a igualdade, a universalidade e a integralidade (Paim, 2010).

3.2.1. Universalidade

“Universal é aquilo que é comum a todos” (Paim, 2010, p. 111). O SUS possui programas de ampliação de cobertura e garantias de saúde a população brasileira, como a distribuição e descentralização da saúde em regiões estratégicas, as quais desafogam as capitais que por sua vez acabam se tornando centros para atendimentos de maior complexidade, estas se ampliaram por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS) e dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), adotando os princípios da universalidade e integralidade (Paim, 2010).

3.2.2. Integralidade

“A Lei 8.080/90 refere-se à integralidade da assistência, entendida como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Paim, 2010, p. 112).

Ainda segundo Paim (2010), a integralidade pode ser compreendida a partir de diferentes perspectivas. Ela propõe a articulação contínua entre ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, abrangendo os níveis de prevenção. Pressupõe também uma prática profissional que considera simultaneamente as dimensões biológica, psicológica e social. Além disso, defende que o cuidado se mantenha integrado entre os diversos níveis de complexidade do sistema de saúde. Por fim, essa integralidade é resultado da articulação de políticas públicas voltadas à transformação das condições de vida e ao enfrentamento dos determinantes sociais e dos riscos de adoecimento por meio de ações intersetoriais.

3.2.3. Equidade

Entende-se esse termo como sendo a qualificação da igualdade. Este princípio não necessariamente existe na legislação federal. Equidade é a igualdade adjetivada pela justiça. Pela equidade busca-se tratar diferentemente os diferentes (equidade vertical) e igualmente os iguais (equidade horizontal), para que no fim todos possam concorrer em pé de igualdade de oportunidades. No SUS, a equidade se traduz em tratar diferentemente a partir das necessidades de saúde de cada paciente ou população (Carvalho, 2013).

Paim (2010), por outro lado, defende que a equidade costuma ser associada à ideia de igualdade, mas, no campo da saúde, refere-se sobretudo à redução das desigualdades evitáveis e injustas. Segundo ele, tratar todos da mesma forma pode perpetuar desigualdades já existentes, especialmente no acesso aos serviços. Por isso, a equidade pressupõe oferecer mais a quem mais necessita, ajustando a distribuição de recursos conforme as necessidades reais. A universalidade do SUS pressiona por melhor qualidade dos serviços, já que envolve diferentes grupos sociais, e a oferta universal pode ser uma estratégia para garantir às camadas populares um cuidado mais qualificado. Assim, a equidade se expressa como prática de justiça pública, visto que no Brasil diferentes parcelas da população não possuem o mesmo acesso, econômico, social, ambiental, de transporte, moradia, educação, dentre outros, dessa forma a equidade é

orientada pela identificação de grupos prioritários e pela responsabilidade compartilhada entre os atores envolvidos.

3.3. Federalismo e Capacidade Estatal

Segundo De Araújo (2012), a Constituição Federal de 1988, estabelece a saúde como um direito universal gratuito e igualitário, sendo assim, cabe aos entes federativos, Governo Federal, Estados e Municípios, o encargo de atuar para a garantia da promoção, proteção e recuperação da saúde em território nacional pelos parâmetros supracitados. Há a necessidade de uma divisão de responsabilidades no campo da administração pública a fim de regulamentar, fiscalizar e controlar as atividades do âmbito sanitário. O SUS reproduz a disposição onde os três níveis de governo, federal, estadual e municipal, atuam de forma autônoma e se integram na gestão das ações e serviços de saúde em seus territórios, assim constitui-se estrutura institucional denominada: federalismo sanitário brasileiro.

Segundo Vidotti (2012), O artigo 196 da constituição de 1988 e subsequentes, assim como Lei Federal nº 8.080/90, estabelecem a hierarquização e regionalização dos serviços em saúde, onde atendimentos e atribuições básicas pertencem ao âmbito municipal e as de maior complexidade são reservadas às demais esferas governamentais. A gestão única de saúde entre os níveis federal, estadual e municipal ocorre de maneira autônoma e descentralizada, além disso cabe a cada ente federativo a obrigação de financiar, com recursos próprios e, mediante repasses financeiros da União aos Estados e Municípios, dos Estados aos Municípios e assim por diante, as atribuições e encargos atrelados à saúde, com base no princípio da solidariedade.

Dessa forma, entende-se que a promoção da saúde no Brasil e seus desafios não são somente enfrentados no âmbito da gestão Federal, Estadual ou Municipal, mas das três em conjunto atuando em modo de acoplamento estrutural, como relatado por Vidotti (2012), onde, por uma visão sistêmica, estabelece-se que essa interação entre esses sistemas autônomos, é constante e equilibrada, sem a perda de suas respectivas autonomias.

3.4. Diferenças de repasse de verbas para as regiões norte e sul do Brasil durante o período de 2018-2022

Nos estados, embora o piso constitucional de 12% tenha sido amplamente cumprido, alguns enfrentaram dificuldades em manter a sustentabilidade do financiamento, especialmente em regiões do Norte e do Sul, que apresentaram diferenças marcantes nos percentuais de aplicação. Esses desafios destacam a urgência de estratégias para reduzir desigualdades regionais e fortalecer o financiamento público em saúde de forma sustentável e equitativa (Pereira, 2025, p. 64).

O trabalho de Pereira (2025) ressalta que, mesmo dentro das regiões geográficas do País o acesso, repasse e gestão da saúde não são homogêneos, entretanto, uma tendência se evidencia entre as regiões Norte e Sul do país, sendo que a primeira tem maior valor médio do montante de recursos por habitante (R\$/hab.), mas ainda assim possui o maior índice de desigualdade no país, com uma diferença entre R\$/hab. máximo e mínimo de R\$ 4.080. No outro extremo, a segunda apresenta a menor diferença entre R\$/hab. máximo e mínimo de R\$ 388. Isso evidencia as discrepâncias e a complexidade do gerenciamento, da gestão de saúde e a necessidade de um critério mais equitativo referente ao acesso a saúde pela população

4. METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa comparativa com análise de indicadores, com caráter exploratório e descritivo, especificamente nos pontos financiamento, cobertura, indicadores no período dos últimos 10 anos, 2015-2025 com foco na avaliação da eficiência de um modelo de saúde universal sob o ponto de vista equitativo no Brasil, destacando suas especificidades em relação às políticas públicas que o estruturam especificamente em duas capitais Brasileiras, Florianópolis - SC e Belém - PA. Além disso realizar-se-á a obtenção de dados secundários através de instituições como IBGE, DATASUS e FNS através de relatórios municipais onde será realizada a análise comparativa de indicadores e análise documental. O estudo também pretende a realização de entrevistas com gestores públicos nos dois municípios.

O caráter exploratório visa ampliar o conhecimento sobre o tema, possibilitando o levantamento de informações relevantes para melhor entendimento do problema investigado. Já a abordagem descritiva permite apresentar e sistematizar fatos históricos, políticas, leis e processos

organizacionais, além de comparar indicadores e contextos municipais, contribuindo para a análise das desigualdades e dos desafios na efetivação da equidade em saúde.

Os dados secundários obtidos das plataformas mencionadas anteriormente permitirão a obtenção de um panorama geral sobre a realidade atual do financiamento do SUS nessas duas capitais. As entrevistas com gestores permitirão a obtenção de dados empíricos sobre as dificuldades reais enfrentadas por esses profissionais diariamente no âmbito da administração das instituições de saúde nos contextos estratégico e tático do campo da gestão em saúde.

5. VIABILIDADE / IMPLEMENTAÇÃO

Ao analisar as diferenças na efetivação da equidade entre essas duas capitais, a importância do estudo será de contribuir para aperfeiçoamento do sistema de Saúde e de monitoramento sobre financiamento, gestão e desigualdades regionais, a fim de subsidiar decisões de financiamento e gestão no SUS.

Este estudo também visa a criação de material técnico científico relevante a comunidade acadêmica em relação às diferenças entre essas regiões no que tange ao âmbito da equidade de financiamento no SUS. O trabalho também pretende realizar a criação de um modelo analítico de equidade intermunicipal a fim de propor recomendações de gestão pública no âmbito do SUS.

6. CRONOGRAMA

DATA	ATIVIDADES	STATUS
1º SEMESTRE	Cursar disciplinas do Programa Revisão Bibliográfica e Fundamentação Teórica	A realizar
2º SEMESTRE	Cursar disciplinas do Programa Participar de congressos e eventos	A realizar

	Publicação de trabalhos acadêmicos Definição da Metodologia Coleta de dados para Pesquisa	
3º SEMESTRE	Análise e Sistematização de Dados Participar de congressos e eventos Publicação de trabalhos acadêmicos Estágio Docência	A realizar
4º SEMESTRE	Redação final da pesquisa Apresentação e Defesa da dissertação.	A realizar

7. REFERENCIAS:

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil *Estudos avançados*, v.27, n. 78, p. 7-26 2013.

DALLARI, Sueli Gandolfi. *O direito à saúde*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 22, p. 57–63, 1988.

DE ARAÚJO DOURADO, Daniel; DALLARI, Sueli Gandolfi; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. *Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização do Sistema Único de Saúde*. Revista de Direito Sanitário, v. 12, n. 3, p. 10-34, 2012.

DE OLIVEIRA, Andre Luiz. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. *Revista Encontros Teológicos*, v.27, n.1, 2012.

FLEURY, Sônia. *Política social e democracia no Brasil*. São Paulo, Cortez, 2009.

NUNES, Everardo Duarte. *Sobre a história da saúde pública: ideias e autores*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 251–264, 2000.

PAIM, Jairnilson et al. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. The Lancet, Londres, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva; DA SILVA, Lígia Maria Vieira. *Universalidade, integralidade, equidade e SUS*. Boletim do Instituto de Saúde-BIS, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010.

PEREIRA, B. L. S. et al. *Financiamento da Saúde no Brasil: perspectivas dos estados e municípios*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde–CONASS, 2025.

REIS, Denizi Oliveira; DE ARAÚJO, Eliane Cardoso; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. *Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde*. São Paulo, UNIFESP, 2012.

SOUZA, Rogério Batista de. *Problemas e desafios enfrentados pela gestão pública na saúde brasileira*. *Lumen et virtus*, v. 16, n. 46, p. 1709–1724, 2025.

SZWARCWALD, Célia Landmann et al. *Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003*. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 5, p. 11–22, 2005.

TULCHINSKY, Theodore H.; VARAVIKOVA, Elena A. *A history of public health. In: The new public health*. 2014. p. 1–42.

UGÁ, Maria Alicia Dominguez; MARQUES, Rosa Maria. *O financiamento do SUS: trajetória, contexto e desafios*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 109–119, 2005.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de. *Descentralização e coordenação federativa no SUS*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2697–2708, 2011.

VIANNA, Solon Magalhães. *A política de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

VIDOTTI, Alexandre Ferrari. *A responsabilidade das esferas de governo federal, estadual e municipal, pela atuação hierarquizada e regionalizada no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça, v. 6, n. 21, p. 209-230, 2012.