

## Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro

Funding, public spending and management of health resources: the current situation in a Brazilian State

Valéria Rodrigues Leite<sup>1</sup>  
Kenio Costa Lima<sup>1</sup>  
Cipriano Maia de Vasconcelos<sup>1</sup>

**Abstract** *This article investigates the issue of funding and the decentralization process in order to examine the composition, application and management of resources in the healthcare area. The sample surveyed involved 14 municipalities in the state of Rio Grande do Norte, Brazil. The research involved data gathering of financial transfers, the municipality's own resources and primary healthcare expenses. Management analysis included a survey of local managers and counselors. It was seen that the Unified Health System is funded mainly by federal transfers and municipal revenues and to a far lesser extent by state resources. Funds have been applied predominantly in primary healthcare. The management process saw centralization of actions in the city governments. Municipal secretarial offices and councils comply partially with legislation, though they have problems with autonomy and social control. The results show that planning and management instruments are limited, due to the contradictions inherent to the institutional, political and cultural context of the region.*

**Key words** *Health funding, Decentralization, Public health policies, Health management*

**Resumo** *O artigo aborda a temática do financiamento e o processo de descentralização tendo como objetivo examinar a composição, a direção e a gestão dos recursos na área da saúde. A amostra investigada foi constituída por 14 municípios do Estado do Rio Grande do Norte. A pesquisa envolveu coleta de dados referente às transferências, recursos próprios municipais e gastos com atenção básica. Na análise da gestão foi realizado um levantamento junto aos dirigentes locais e conselheiros. Observa-se que o financiamento do Sistema Único de Saúde se faz às expensas das transferências federais e receitas municipais, com pequena participação dos recursos estaduais. A direção dos gastos tem privilegiado a atenção básica. No processo de gestão, verifica-se centralização das ações nas prefeituras. As secretarias municipais e os conselhos cumprem em parte a legislação e apresentam dificuldades na autonomia e o controle social. Os resultados mostram que os instrumentos de planejamento e gestão são limitados em função das contradições presentes no contexto institucional, político e cultural no âmbito regional.*

**Palavras-chave** *Financiamento em saúde, Descentralização, Políticas públicas de saúde, Gestão em saúde*

<sup>1</sup> Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Odontologia Universidade Federal do Rio grande do Norte. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Av. Salgado Filho 1787, Lagoa Nova. 59072-970. Natal RN. leite@ufrnet.br

## Introdução

A temática do financiamento e o processo de descentralização da saúde no Brasil têm povoado a agenda de gestores, movimentos sociais e pesquisadores interessados na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Alguns estudos comparativos<sup>1,2</sup> exploraram os desafios da condução nacional da política de saúde em federações que vêm passando por processos de descentralização. Banting e Corbett<sup>1</sup>, ao compararem as implicações do federalismo para as políticas de saúde em cinco países, consideraram como variáveis relevantes a abrangência, o detalhamento e a forma de definição da política no âmbito nacional. Já France<sup>2</sup> alega que o desafio da construção de um sistema nacional de saúde em um país federativo é refletir a heterogeneidade das necessidades regionais e, ao mesmo tempo, reduzir as desigualdades para concretizar a cidadania nacional. Por isso, a consideração das peculiaridades do federalismo e da trajetória da política de saúde no Brasil é importante para a discussão do período recente, considerando que o país vive um período de redefinições, voltadas ao delineamento da nova estrutura das relações federativas<sup>3</sup>, com atuação na correção dos desequilíbrios regionais através do processo de descentralização. No que se refere ao Brasil, à classificação que melhor se aplica ao Sistema Único de Saúde (SUS) seria a de descentralização como devolução. Descentralização, nessa perspectiva, implica na ampliação da autonomia das esferas estaduais e municipais, que requisitarão qualificação para a realização de um conjunto de funções públicas<sup>4</sup>.

Sendo assim, a política de saúde vem desenvolvendo mecanismos próprios que interagem, num contexto específico, com variáveis estruturais e institucionais desenvolvidas pelos atores que atuam nesse setor. No caso, a discussão sobre os aspectos de melhor gestão dos recursos financeiros, merece uma análise mais cuidadosa do processo de descentralização, particularmente da esfera municipal descentralizada da saúde<sup>5</sup>.

Muitos são os trabalhos que buscam analisar o financiamento da saúde no Brasil, quase sempre abordando, de forma agregada, os três níveis da federação<sup>6-11</sup>. Embora se reconheça a enorme heterogeneidade de estados e municípios brasileiros e a particularidade dos gastos com saúde nestas unidades, ainda são poucos os estudos que abordam este tema em contextos regionais ou de estados/municípios específicos, salientando-se aqui os recentes trabalhos de Viana et al.<sup>12</sup>, Fortes et al.<sup>13</sup> e Mendes et al.<sup>14</sup>.

Assim, o artigo pretende contribuir com essa discussão, apresentando o resultado de uma pesquisa sobre a análise do processo de descentralização na área da saúde no Estado do Rio Grande do Norte, respondendo algumas questões relativas ao setor saúde: Qual a proporção de participação dos entes federativos na composição das receitas da saúde e na direção dos gastos? A alocação dos recursos federais, estaduais e municipais contribui para superar as desigualdades nas disponibilidades de recursos para a saúde? Os recursos de custeio e investimento estão coerentes com as propostas de organização regionalizada e hierarquizada do sistema? Como se define a destinação de investimentos? O gasto com saúde esta obedecendo ao que determina a resolução do Conselho Nacional de Saúde? A atenção Básica tem sido privilegiada na efetivação do Gasto? Na gestão dos recursos, o dirigente tem autonomia na definição da despesa? O Fundo Municipal de Saúde funciona conforme previsto na Lei? O Conselho de Saúde participa na definição orçamentária e na fiscalização da utilização dos recursos?

## Métodos

Para responder às questões de pesquisa foram selecionados 14 municípios das 07 regionais de saúde do Estado do Rio Grande do Norte (dois por regional), com base em dois critérios, quais sejam: ser o município com o maior número de habitantes e possuir menos que 5.000 habitantes. Para estes últimos, realizou-se uma escolha aleatória de qual município integraria a amostra, uma vez que em todas as regionais havia mais de um município com o referido critério

Para a elaboração do embasamento teórico, tomou-se como base a questão federativa, e a descentralização, pois em federações, é importante considerar as repercussões da definição de responsabilidades e dos mecanismos de articulação entre esferas de governo para as políticas públicas, além de elementos de natureza institucional (trajetória setorial) ou política (escolhas dos atores em um dado cenário).

Dessa forma, optou-se pelo enfoque das políticas públicas de saúde definidas a partir da constituição de 1988, tomando como base as leis 8.080<sup>15</sup> e 8.142<sup>16</sup>, as sucessivas Normas Operacionais Básicas NOB 01/91, NOB 01/93, NOB 01/96 Norma Operacional de Assistência a Saúde NOAS 01/01, NOAS 01/02 e a Emenda Constitucional 29<sup>17</sup>.

Para a análise da composição e direcionamento dos recursos, o período do estudo correspondeu aos anos 2003, 2004 e 2005, verificando-se os dados financeiros referente às transferências SUS, à despesa com recursos próprios e à atenção básica. Esta análise teve como fonte as informações existentes no SIOPS “um sistema de coleta e processamento de dados sobre receitas totais e gastos com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo”<sup>18</sup>. Com relação aos investimentos na área foram coletados dados sobre os convênios federais e estaduais.

Os dados de repasse dos recursos do Governo Federal foram obtidos no Ministério da Saúde, sede estadual, com informações sobre os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e Fundação Nacional de Saúde (Funasa). A coleta dos dados sobre os Convênios Estaduais foi realizada na Secretaria do Estado do Rio Grande do Norte, verificando os convênios celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde (Sesap).

Essas informações foram agregadas em uma única fonte, um banco de dados, apresentando informações referentes às regiões e à população, os diversos componentes individualizados e agregados (somatórios) das Despesas com Saúde na Subfunção Administrativa Direta, Subfunção Vinculadas e Informações Complementares.

Embora tenham sido coletados todos os dados sobre os recursos direcionados para as funções supracitadas, na análise final, para uma melhor compreensão, optou-se trabalhar apenas as variáveis que respondem às questões de pesquisa. Desta forma a análise está fundamentada na despesa total com município, despesa com recursos próprios, transferências SUS, atenção básica, convênio federal e convênio estadual.

Para a identificação da gestão e a equidade do sistema, o processo de investigação, ocorrida em 2006 e 2007, partiu do levantamento das informações relativas aos municípios selecionados, através de pesquisa eletrônica no caderno de informação da secretaria executiva do Ministério da Saúde, elaborando um diagnóstico sobre os municípios selecionados. Posteriormente, efetuou-se uma consulta na Secretaria Municipal da Saúde, aos documentos<sup>19</sup> relativos ao Plano Municipal de Saúde, Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA), Programação Pactuada Integrada (PPI) e o Relatório de Gestão (resultados).

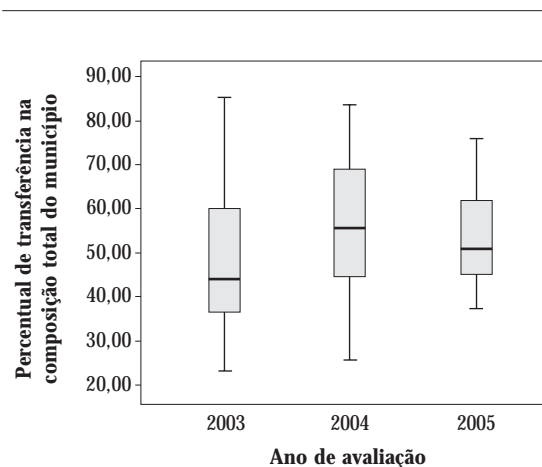
Paralelamente, foi analisado o Fundo Municipal de Saúde tomando como base a Portaria de nº 548, de 12 de abril de 2001, onde estabelece que o orçamento deva respeitar as políticas e os pro-

gramas de trabalho das Secretarias de Saúde, observando a Agenda de Saúde e o Plano de Saúde, elaborados e aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

Posteriormente após a análise desses instrumentos de planejamento e gestão foi elaborado um levantamento das Atas<sup>20</sup> do Conselho Municipal de Saúde verificando sua atuação na elaboração e participação nos instrumentos de planejamento. Em seguida foram realizadas as entrevistas semiestruturadas, individual e em grupo com pessoas selecionadas. A seleção foi de acordo com os critérios de ocupação de cargo, onde foram entrevistados quatorze secretários municipais e representantes do Fundo Municipal de Saúde e quarenta e dois conselheiros municipais.

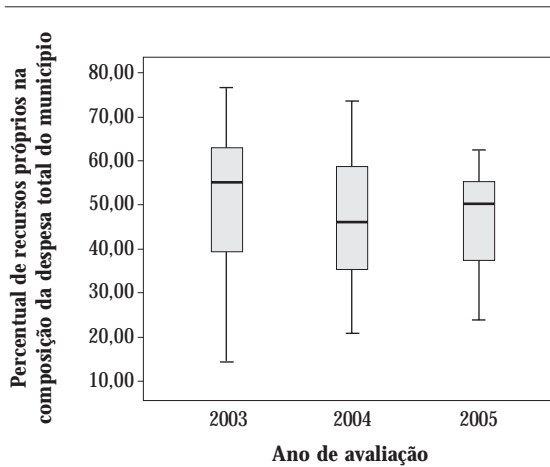
## Resultados

Com relação à análise da composição da despesa total, os dados apresentaram equivalência dos recursos provenientes do governo federal (Figura 1), repasse das transferências SUS, e do governo municipal, através dos recursos próprios (Figura 2), sem que tenha havido diferença significativa para o conjunto dos municípios estudados. Esse resultado indica uma tendência à uniformidade e ao declínio na variabilidade, se considerados os anos de 2003 e 2004. Na direção dos gastos, o recurso que apresentou maior representatividade na amostra foi a Atenção Básica (Figura 3) e não ocorre homogeneidade na sua aplicação. Os recursos provenientes de convênios estaduais apresentaram uma mediana baixa

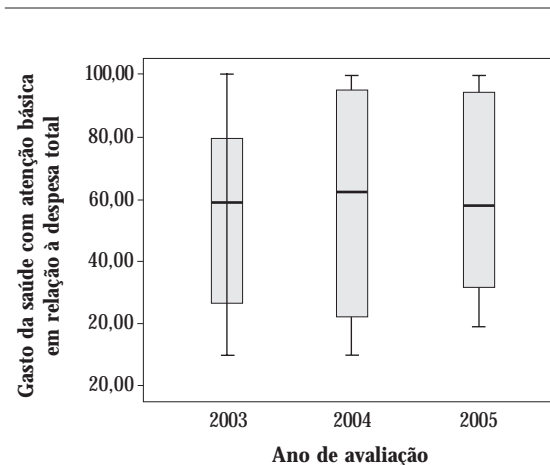


**Figura 1.** Recursos de Transferência na composição da despesa total.

(Tabela 1) e retrata a inexistência da aplicação de recursos em investimento e a pouca participação do estado na composição das receitas da saúde. Tal comportamento indicou homogeneidade durante o período estudado.



**Figura 2.** Recursos próprios na composição da despesa total



**Figura 3.** Gasto com atenção básica em relação à despesa total.

**Tabela 1.** Recursos provenientes do Convênio Estadual com relação à Despesa Total.

Ano	Mediana	Q25-Q75	Soma dos postos	Fr	P
2003	0	0-3,68	25,5	3,389	0,1837
2004	0	0-1,81	26,0		
2005	0,26	0-3,15	32,5		

Fonte: Secretaria do Estado do Rio Grande do Norte

No que se referem à gestão, as secretarias municipais de saúde, apesar de estarem amparadas pelos instrumentos de planejamento, na maioria das vezes, apresentam-se como simples prestadoras de serviços. Os instrumentos de planejamento são insuficientes, uma vez que, quando existem, apontam basicamente os objetivos e metas, focado nas exigências normativas, e não retrata a realidade local.

Na autonomia setorial, pode-se dizer que existe uma concentração das ações de saúde nas secretarias de finanças das prefeituras, principalmente na questão orçamentária, decorrente da ausência de estrutura nas secretarias municipais. Na maioria dos municípios, o planejamento dos recursos é elaborado pelas prefeituras, especificamente pelo contador, e em alguns casos, a direção dos recursos não indica a necessidade da população.

Essa constatação pode ser feita partindo da análise documental, elaborada na pesquisa de campo, onde se verifica que na maioria dos municípios, a Proposta Orçamentária apresenta-se em conformidade com o Plano de Saúde, porém não traduz as necessidades da população, uma vez que não são realizadas pesquisas e estudos de demanda, e a articulação com os poucos técnicos na área da saúde e com o Conselho Municipal de Saúde é praticamente inexistente. Muitas vezes esses documentos são basicamente repetições das ações dos anos anteriores, comprometendo o Art. 36 da Lei 8.080/90, que estabelece o plano de saúde e a proposta orçamentária.

Os demonstrativos orçamentários financeiros constituem materiais essenciais para o acompanhamento, e a fiscalização por parte do conselho (lei 8.080-Art. 33), porém este enfrenta problemas: as informações demoram a ser repassada e algumas vezes nem ocorre. Os conselheiros não têm capacidade para interpretar os dados, não existe compromisso com relação às suas responsabilidades, ocorrendo substituições constantes na equipe, o que dificulta treinamentos e algumas vezes existem divergências políticas entre conselheiros e prefeito. Sendo assim, o processo de planejamento e orçamento (art. 36) não é fundamentado em sugestões dos órgãos deliberativos.

A atuação dos Conselhos Municipais, em todos os municípios, apesar do suporte legal, não cumpre o seu papel, na medida em que apresenta diversas dificuldades. Não dispõe de pessoal qualificado para as exigências da lei, principalmente no que diz respeito ao cumprimento da fiscalização orçamentária. Os cursos de capacitação não são suficientes para uma atuação que

responda o cumprimento da lei. Outro ponto a ser considerado é a falta de compromisso dos conselheiros e a renovação do mandato, dificultando a continuidade dos participantes que já tem algum entendimento.

A fiscalização por parte do conselho (lei 8.080-Art. 33) enfrenta problemas. Existe, em parte, o cumprimento das secretarias (prefeituras) no que diz respeito aos instrumentos de planejamento, porém os conselhos municipais apresentam-se à margem desse processo. A articulação com a secretaria, prefeitura e até mesmo com a população é insuficiente ou inadequada, particularmente no que se refere ao planejamento e orçamento. Sendo assim, esses instrumentos não são fundamentados em sugestões dos órgãos deliberativos, o que provavelmente não traduz a realidade local.

Uma análise abrangente do processo com base na combinação dos vários olhares permite identificar que em geral os princípios e as diretrizes do SUS são seguidos nas ações municipais e apresentam universalidade de acesso aos serviços. Porém, ao assumir a gestão de recursos e as responsabilidades inerentes à gestão da saúde local, a maioria dos municípios não estava com capacidade institucional para assumir as tarefas exigidas pelas diretrizes da descentralização, comprometendo a implementação das atividades com relação à integralidade e equidade.

## Discussão

Em decorrência da descentralização, na política de saúde registram-se, no Brasil, nos últimos vinte anos mudanças nos cinco atributos relevantes para a caracterização do federalismo destacados por Obinger et al.<sup>21</sup>: “os arranjos institucionais e regras para decisões nacionais com vistas a incorporar interesses territoriais (por meio das comissões intergovernamentais na saúde); o conjunto de atores com base territorial (ampliação dos atores envolvidos na implementação da política, como gestores locais e conselheiros de saúde); os arranjos legais para definir responsabilidades entre níveis de governo (leis da saúde, normas operacionais do SUS e outras portarias); os arranjos de transferências fiscais intergovernamentais (mecanismos de financiamento, tipos e volume das transferências federais, mudanças na participação das esferas de governo no gasto em saúde); os arranjos informais entre governos, verticais e horizontais (relações entre gestores do SUS e governantes)”. Apesar do esforço para atender esses atributos e conseqüentemente as exi-

gências da descentralização algumas observações, a partir desse estudo, podem ser levantadas.

As transferências federais voltadas para a equalização, ora das receitas disponíveis, ora das necessidades de gastos, ainda apresentam-se relevantes na composição dos recursos disponíveis para a saúde. Isto representa, conseqüentemente, uma maior responsabilidade da esfera federal na definição das regras e diretrizes da aplicação dos recursos, indicando que o atual modelo de descentralização se encontra em fase de conformação e acomodação.

A relevância dos recursos federais<sup>22</sup> não favorece uma maior equidade no gasto público em saúde por que: 1) não permitem, na sua maioria, a redistribuição de recursos para estados e municípios com maiores dificuldades orçamentárias, pois sua forte associação com a oferta e a produção impede ampliar as receitas disponíveis em estados e municípios com menor capacidade de arrecadação. 2) desconsideram as possibilidades reais de aporte de recursos e ampliação de gasto a partir das receitas próprias das esferas subnacionais, fruto das regras que informam o federalismo fiscal no Brasil.

Apesar da relevância dos recursos federais, o avanço da implementação das políticas de saúde resultou na queda relativa dos recursos da União<sup>23</sup> e maior participação dos municípios no financiamento. Ainda que tenha havido uma diminuição da participação do governo federal no financiamento da saúde pública, ela não foi acompanhada da redução de sua presença na determinação da política, principalmente em nível de atenção básica.

Estudo realizado por Campelli e Calvo<sup>10</sup> no período de 2000 a 2003 onde foram avaliadas as Unidades Federativas do Brasil mostra que após a EC-29 os gastos públicos apresentam uma tendência crescente nas aplicações dos recursos em saúde. “A despesa por habitante, que era de R\$ 201,20 em 2000, aumentou para R\$ 304,18 em 2003. Porém, a União vem reduzindo sua participação relativa no financiamento da saúde após a EC-29. Em 2000 sua participação era de 59,8%; em 2001 de 56,2%, em 2002 de 53,1% e em 2003 de 48%”. Constata-se que, de um lado há uma diminuição da participação da União, por outro, há o conseqüente aumento relativo dos gastos em saúde para os Estados e Municípios.

O Rio Grande do Norte apresenta cenário semelhante. Na composição da Despesa Total com saúde, os recursos provenientes do governo federal (transferências) e do governo municipal (recursos próprios) apresentam equivalência. A

participação dos recursos federais, na composição dos recursos públicos de saúde, apesar de significativa, vem reduzindo gradativamente. Em 2003, esse percentual ficou abaixo de 50%, invertendo a composição do financiamento.

Os resultados apontam para o aumento da participação dos municípios na composição dos recursos, enquanto que a participação do estado é insignificante. Mais responsabilidades e aportes financeiros ficaram sob a égide dos municípios.

Porém, as transferências de recursos e de responsabilidades, do governo federal para o municipal, não foi acompanhado de investimentos mais substantivos na rede pública de serviços. Os escassos recursos são destinados na maioria das vezes para a manutenção dos equipamentos. Observa-se que existe precariedade na aplicação de inversões e no capital fixo, o que dificulta a implantação do SUS. O direcionamento não está coerente com as propostas de organização regionalizada e hierarquizada. Além de ser muito baixo, não existe planejamento para a aplicação baseado nas necessidades locais. São necessários novos investimentos para permitir uma oferta de saúde adequada.

Com relação à direção dos recursos em termos de finalidades, estes obedecem ao que determina a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A Atenção Básica vem sendo privilegiada na direção dos recursos, porém não ocorre uma homogeneidade na aplicação dos mesmos. Embora esse movimento seja importante e na direção correta, somente indica que houve ampliação dos serviços, mas não o suficiente, uma vez que a aplicação dos recursos nos municípios se diferencia e não são suficientes para cobrir a demanda e, conseqüentemente, os princípios da equidade. De acordo com Marques<sup>24</sup>, a ampliação do campo de ação da Atenção Básica indica o crescimento da importância da estratégia da política de saúde implementada pelo Ministério da Saúde.

Na apreciação do processo de planejamento e gestão, no estado, assim como identificado em trabalho realizado por Mendes<sup>5</sup>, verifica-se que houve variações nas estratégias de descentralização, associadas a movimentos de reconfiguração das funções dos municípios na implantação das políticas de saúde.

No entanto, a descentralização per se não é suficiente para a concretização do SUS. Os seus avanços efetivos estão intimamente relacionados a outros aspectos relevantes para a consolidação do sistema, como o adequado aporte de recursos financeiros, o fortalecimento da capacidade gestora nos três níveis de governo e a permeabi-

lidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos<sup>25</sup>.

A descentralização<sup>12</sup> ao permitir a ampliação significativa de transferências de recursos e maior poder de arrecadação a estados e municípios, não estabeleceu um processo pactuado de redefinição de funções e competências de gestão na área social. Consta-se a necessidade de adotar iniciativas com vistas a aumentar o aprimoramento desses mecanismos, tornando mais efetivas a participação social e o controle público sobre a utilização dos mesmos e aumentar a transparência, a eficácia e a equidade na utilização dos recursos.

Embora ocorram iniciativas de acompanhamento e de avaliação através do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana em indicar diretrizes para formuladores de política e gestores desses instrumentos ainda permanece uma lacuna entre o que é planejado e o que é implementado.

A aproximação do SUS real ao SUS inscrito na legislação, entretanto, além de medidas incrementais, necessita de iniciativas que possam corrigir distorções e contradições, a exemplo dos mecanismos de repasse de recursos, e qualificar os processos de gestão. Isso exige, necessariamente, um novo pacto, capaz de ampliar o grau de responsabilidades entre gestores, sobretudo nos espaços local e estadual, que juntos, com o apoio do Ministério da Saúde e de programas de Cooperação Técnica – CT devem construir as múltiplas conexões no âmbito regional<sup>4</sup>.

É importante identificar as ações do Ministério da Saúde como estratégia instrumental para fomentar a capacidade dos estados e municípios do país, promovendo o desenvolvimento nacional autônomo da saúde, com referência aos princípios de igualdade, eficácia, eficiência, sustentabilidade e participação. Adotar programas que fortaleçam a representação e visem o alinhamento dos recursos humanos, financeiros e tecnológicos, em busca de estabelecer processos e mecanismos para que a CT aconteça de forma planejada, organizada e participativa.

Esses programas podem estar relacionados aos conceitos de desenvolvimento institucional e organizacional, compreendendo os processos de melhoramento global à procura de um melhor desempenho de seus resultados. Nesse sentido, se faz necessário considerar a definição das políticas internas e externas, da estrutura e do funcionamento organizacional e do estilo de gestão; de acordo com os fatores externos que condicionam o trabalho da organização; e outros aspectos-chave para estabelecer o funcionamento da instituição.

Desenvolver, a nível local, ações de planejamento e permitir melhor monitoramento, controle, avaliação e informe dos resultados, a fim de contribuir para um resultado esperado regional. Nesse sentido, é necessário ampliar a presença e a capacidade das instituições para apoiar programas e prioridades nacionais, mediante o fortalecimento dos níveis estaduais/municipais. Manter uma estreita relação política, estratégica e técnica com parceiros mediante a definição de redes de relacionamento de instituições públicas e privadas, permitindo que cada integrante mantenha sua independência em relação à rede e aos demais integrantes, para compartilhar objetivos e decisões e permitir que cada ator possa contribuir para a execução da cooperação.

Faz-se necessário “apostar na capacidade de organização dos Conselheiros de Saúde das três esferas de gestão do SUS”, investir na capacitação de seus agentes, criando redes de informações e de troca de experiências. Tais iniciativas são determinantes para que “os recursos mínimos para a saúde previstos na EC-29 sejam realmente assegurados nas leis orçamentárias, para que sejam empenhados em tempo hábil, sem contingenciamentos e sejam executados”. Os Conselhos de Saúde têm agora referência de valores financeiros para aprovarem ou não as prestações de contas do SUS<sup>26</sup>.

É importante fazer alusão ao papel a ser desempenhado pelo controle social na efetivação deste dispositivo constitucional, que é, apesar de todas as dificuldades, o melhor caminho para a consolidação do SUS. As considerações de Rezende<sup>26</sup> também apontam para essa direção, ao destacar que é necessário “apostar na capacidade de organização dos Conselheiros de Saúde das três esferas de gestão do SUS”. A vigilância do Tribunal de Contas e do Ministério Público pode configurar um Controle Social mais efetivo<sup>10</sup>.

Além disso, a adesão ao Pacto pela Saúde, em fevereiro de 2006, coloca para a gestão do SUS nos municípios um conjunto de responsabilidades e compromissos sanitários, com o objetivo de fortalecer a capacidade gestora do sistema de saúde. Essa situação está expressa tanto na pactuação das prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida, quanto na discussão das responsabilidades do Pacto de Gestão.

O debate, mais uma vez, está aberto. As divergências, entretanto, não devem servir para distanciar, mas para produzir o consenso entre todos aqueles que propugnam pelo fortalecimento do SUS. A publicação dos resultados da investigação deverá contribuir com a discussão sobre os mecanismos de alocação de recursos e a formulação da política de saúde, planejamento e gestão, no âmbito estadual e municipal, embasadas nas análises realizadas.

## Colaboradores

VR Leite, KC Lima e CM Vasconcelos participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

## Referências

1. Banting K, Corbett S. Federalism and health care policy: an introduction. In: *Health Policy and Federalism Workshop*, 2001 Oct15-16; São Paulo, Brazil.
2. France G. Compatibilità fra il federalismo e gli standard sanitari nazionali. In: France G, organizador. *Federalismo, regionalismo e Standard Sanitari Nazionali*. Milano: Dott. A Gluffré Editora; 2001. p. 169-197.
3. Nóbrega M. *Federalismo seletivo e equalização fiscal* o novo modelo de gestão fiscal e o impacto nos entes subnacionais. In: Mendes GF, organizador. São Paulo: Saraiva; 2005.
4. Pasche D F, Righi L B, Thome HI, Stolz ED. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2006; 20(6):416-422.
5. Mendes NA. *Financiamento, gasto e gestão (SUS)*. A gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001) [tese]. 2005. Campinas: UNICAMP; 2005.
6. Médici A. *Gastos com saúde nas três esferas de governo*: 1980-1990: o financiamento da saúde no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 1994. (Série Economia e Financiamento, 4)
7. Costa RCR. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Rev Sociol Polit* 2002; (18):49-71.
8. Faveret ACSC. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):371-378.
9. Ugá MAD, Piola SF, Porto SM, Vianna, SM. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):417-437.
10. Campelli MGR, Calvo MCM. O cumprimento da Emenda Constitucional n.º 29 no Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(7):1613-1623.
11. Dain S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Cien Saude Colet* 2007;12(Supl.):1851-1864.
12. Viana ALD'A, Novaes HMD, Silva JA, Rocha JSY, Ibañez N, Elias PEM. *Financiamento e gasto com saúde nos municípios paulistas com população superior a 100 mil habitantes (2000-2003)*. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea Consórcio Medicina USP; 2006. (Cadernos de Atenção Básica: Estudos Descritivos, 2).
13. Fortes FBCP, Machado ENM, Matias BD. Gasto público com saúde nos municípios de Minas Gerais: 2000-2002. *Divulg Saude Debate* 2007; 37:69-89.
14. Mendes A, Kayano J, Heimann LS, Junqueira V, Castro IEN, Ferreira MRJ, RM Sena. *Apuração do gasto SUS regionalizado no Estado de São Paulo*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008 (Temas em Saúde Coletiva, 6).
15. Brasil. Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [acessado 2006 maio 1]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>.
16. Brasil. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [acessado 2006 maio 1]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>.
17. Brasil. Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. [acessado 2006 maio 01]. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/ccivil/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>]
18. Brasil. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Afinal, o que é o SIOPS? [acessado 2006 mar 25]. Disponível em: <http://www.siops.datasus.gov.br>.
19. Rio Grande do Norte. Prefeituras Municipais. Documento Oficiais das Prefeituras Municipais de Saúde. Plano Plurianual, Plano Anual, Relatório de Gestão 2003 a 2005.
20. Rio Grande do Norte. Documentos Oficiais do Conselho Municipal de Saúde - Atas das reuniões, Plano Anual, Relatório de Gestão 2003 a 2005.
21. Obinger H, Leibfried S, Castles F. *Federalism and the Welfare State*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
22. Lima LD. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):511-522.
23. Bueno WS, Merhy EE. Os equívocos da NOB/96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? In: 10ª Conferência Nacional de Saúde. Tema: Norma Operacional Básica 01/96, 1997. (Mimeo).
24. Marques RM, Mendes A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad Saude Publica* 2002; 18(Supl.):163-171.
25. Levcovitz E, Yamamoto EK, Silva LAD. Notas sobre a crise de financiamento do setor público no âmbito do SUDS. *Saude Debate* 1989; (27):12-17.
26. Rezende C. *Nota técnica*: a implementação da Emenda Constitucional 29 (Emenda da Saúde). [acessado 2007 mar 18]. Disponível em: <http://www.pt.org.br>

---

Artigo apresentado em 05/04/2011

Aprovado em 16/04/2011

Versão final apresentada em 06/08/2011