

**PLANEJAMENTO E GESTÃO MUNICIPAL DO FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO EM UMA REGIÃO DE SAÚDE CATARINENSE**

Daniela Savi Geremia^a

<https://orcid.org/0000-0003-2259-7429>

Darlan Cristiano Kroth^b

<https://orcid.org/0000-0003-2664-857X>

Ianka Cristina Celuppi^c

<https://orcid.org/0000-0002-2518-6644>

Jéssica Ferreira^d

<https://orcid.org/0000-0002-8284-7883>

Adelyne Maria Mendes Pereira^e

<https://orcid.org/0000-0002-2497-9861>

Sulamis Dain^f

<https://orcid.org/0000-0002-4118-3443>

Resumo

O objetivo deste artigo é compreender a percepção dos gestores municipais de saúde sobre as condições de financiamento do Sistema Único de Saúde na região oeste catarinense. Trata-se de um estudo de caso quanti-qualitativo, descritivo. Participaram gestores municipais de saúde que integravam a Comissão Intergestores Regional. A coleta de dados ocorreu por entre-

^a Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Professora na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: daniela.geremia@uffs.edu.br

^b Economista. Doutor em Desenvolvimento Econômico. Professor na UFFS. Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: dckroth@uffs.edu.br

^c Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Bolsista de Doutorado Capes/Proex no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: iankacristinaceluppi@gmail.com

^d Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Enfermeira no Hospital das Clínicas da UFMG/EBSERH. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: ferreira.jessica@ebserh.gov.br

^e Enfermeira. Doutora em Saúde Pública, com Pós-Doutorado em Saúde Global. Professora e Pesquisadora na ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: adelyne.pereira@ensp.fiocruz.br

^f Economista. Doutora em Ciência Econômica. Livre Docente pelo Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora Titular Aposentada da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: suladain@gmail.com

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul. SC-459, km 2, s/n, sala 308, Fronteira Sul. Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89.812-270. E-mail: daniela.geremia@uffs.edu.br

vista semiestruturada e com dados do Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde. As entrevistas foram analisadas pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo, que resultou em duas ideias centrais: transferências intergovernamentais e planejamento e gestão de recursos municipais de saúde. Evidenciam-se as competências e esforços dos gestores municipais frente ao financiamento do Sistema Único de Saúde, as dificuldades de cooperação regional, o excesso de condicionalidades para uso dos recursos, indicando a necessidade de revisão dos instrumentos indutores da política de saúde, a necessidade de maior comprometimento financeiro do Governo Federal, e o fortalecimento de instâncias com atuação potencializadora de coordenação e cooperação dos entes federados na operacionalização das políticas. Nota-se a falta de espaço fiscal para aplicação de recursos que contribuam para a retomada da atividade econômica e uma nova agenda de financiamento. As principais dificuldades estão relacionadas ao excesso de condicionalidades e à desconsideração das necessidades da região no empenho de recursos públicos.

Palavras-chave: Financiamento dos sistemas de saúde. Gestão em saúde. Descentralização.

MUNICIPAL PLANNING AND MANAGEMENT OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM FINANCING: A CASE STUDY IN A HEALTH REGION OF SANTA CATARINA, BRAZIL

Abstract

This study sought to understand the perception of municipal health managers on Unified Health System financing in western Santa Catarina, Brazil. A quantitative and qualitative descriptive case study was conducted with municipal health managers who made up the Regional Interagency Committee. Data were collected by semi-structured interviews and from the Public Health Budget Information System. The interviews were analyzed using the Discourse of the Collective Subject, which resulted in two central ideas: intergovernmental transfers and municipal health resources planning and management. Results highlight municipal managers' skills and efforts regarding Unified Health System funding, the difficulties of regional cooperation, and the excessive conditions for the use of resources. This points to the need to review health policy instruments, the need for greater financial commitment by the federal government, and strengthening bodies that may enhance coordination and cooperation between states in operationalizing policies. There is a lack of fiscal space for resource application that contributes to the resumption of economic activity and a new funding agenda. The main difficulties are related to excessive conditions and the disregard towards the needs of the region regarding public resources allocation.

Keywords: Health system financing. Health management. Decentralization.

PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN MUNICIPAL DE LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD: ESTUDIO DE CASO EN UNA REGIÓN DE SALUD CATARINENSE

Resumen

El objetivo de este estudio es comprender la percepción de los gestores municipales de salud sobre las condiciones de financiación del Sistema Único de Salud (SUS) en la región oeste de Santa Catarina (Brasil). Se trata de un estudio de caso descriptivo cuantitativo y cualitativo. Participaron los gestores municipales de salud que formaron parte de la Comisión Interinstitucional Regional. La recolección de datos ocurrió por entrevistas semiestructuradas y con datos del Sistema de Información del Presupuesto de Salud Pública. Para el análisis de las entrevistas se utilizó el método del Discurso del Sujeto Colectivo, lo que resultó en dos ideas centrales: las transferencias intergubernamentales y la planificación y gestión de los recursos sanitarios municipales. Se evidencian las habilidades y esfuerzos de los gestores municipales con relación al financiamiento del SUS, las dificultades de la cooperación regional, el exceso de condicionalidades para el uso de los recursos, lo que indica la necesidad de revisar los instrumentos que inducen la política de salud, la necesidad de mayor compromiso financiero del gobierno federal, y el fortalecimiento de instancias con acción potenciadora de coordinación y cooperación de las entidades federativas en la puesta en operación de las políticas. Falta espacio fiscal para aplicar los recursos que contribuyan a la reanudación de la actividad económica y una nueva agenda de financiamiento. Las principales dificultades están relacionadas con el exceso de condicionalidades y el desconocimiento de las necesidades de la región en el compromiso de los recursos públicos.

Palabras clave: Financiación de los sistemas de salud. Gestión en salud. Descentralización.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a conformação e organização das regiões de saúde está fundamentada no modelo federativo de governo, que implica estruturas de gestão capazes de acomodar diferentes interesses em busca de coesão política, econômica e social. Contudo, fatores de competição e cooperação entre as esferas de governo, federal, estadual e municipal influenciam diretamente na maneira de o governo dar respostas às necessidades dos cidadãos¹.

Os municípios têm papel de destaque e estratégico na condução da política de saúde brasileira, materializando assim a descentralização, que é um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS)². Esse movimento rumo à municipalização, na saúde, foi conduzido pelo

Ministério da Saúde, com as devidas pactuações nas instâncias federativas, tendo como fator determinante a formalização das transferências federais fundo a fundo³. Nesses termos, a assunção de maiores responsabilidades pelos municípios passou necessariamente pelo recebimento de recursos federais, que foi acomodada pela vinculação de recursos próprios através da Emenda Constitucional n. 29/2000^{4,5}. Portanto, pode-se considerar que o financiamento teve papel determinante para o progresso da descentralização no SUS^{3,6}.

A implementação da descentralização de recursos federais deu-se por meio de dois instrumentos principais: as transferências condicionadas e o planejamento articulado com o processo orçamentário municipal, que a partir de 2006 incorporou também a gestão por resultados^{2,7-10}. Em que pese a efetividade desse modelo para consolidar a descentralização do SUS e a obtenção de resultados satisfatórios para a política nacional de saúde, muitos municípios o questionam, gerando crescente descontentamento¹¹.

Por um lado, há a compreensão de que os municípios têm assumido um conjunto crescente de responsabilidades, o que, sem a devida contrapartida financeira por parte do Governo Federal, tem causado restrições na oferta local de ações e serviços de saúde. Por outro lado, os municípios se ressentem da perda de graus de liberdade para conduzir a política de saúde local, principalmente em termos das condicionalidades exigidas pelas transferências do SUS. Como resultado, os municípios ampliaram sua participação no financiamento da saúde, apesar de suas restrições financeiras, sem a devida autonomia para aplicar esses recursos¹².

Essa percepção dos municípios originou o movimento “SUS Legal” no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que resultou na flexibilização da aplicação dos recursos da área da saúde, através da Portaria GM/MS n. 3.992/2017¹³, que altera o formato das transferências federais, gerando maior flexibilidade na utilização dos recursos por parte dos municípios. A flexibilidade da utilização dos recursos consiste na substituição dos repasses via blocos de financiamento, para apenas duas contas: custeio e investimento. Tal flexibilização na utilização de recursos é vista com grande preocupação por parte de acadêmicos, sanitaristas e formuladores de políticas, pois se de um lado não prevê maiores recursos para os municípios, por outro lado, não garante que a aplicação dos recursos seja direcionada para ações estratégicas alinhadas com objetivos nacionais^{14,15}.

Nessa perspectiva, é reconhecida a complexidade da gestão municipal do financiamento da saúde, uma vez que é um desafio conciliar descentralização autônoma e cooperação federativa. A partir da influência do federalismo na política de saúde, se devem considerar os arranjos federativos como mecanismos centrais para ações públicas cooperativas e/ou compartilhadas, capazes de conduzir os problemas comuns de uma região.

Este estudo partiu do contexto histórico de reivindicações dos gestores municipais por maior autonomia na alocação de recursos da saúde e de um período marcado por restrições orçamentárias e que considera uma série de mudanças econômicas sobre o financiamento do SUS. De mais a mais, a motivação se dá em compreender a gestão do financiamento municipal e seus arranjos regionais apontando elementos que contribuem para o debate das políticas de saúde locais. Apresenta-se a seguinte questão de pesquisa: qual é a percepção dos gestores municipais de saúde da região oeste catarinense sobre as condições de financiamento do SUS?

O objetivo deste estudo é compreender a percepção dos gestores municipais de saúde sobre as condições de financiamento do SUS na região oeste catarinense. Espera-se contribuir para o debate científico a respeito das competências e dos esforços de municípios de uma região de saúde, quanto à gestão do financiamento do sistema público de saúde. Assim, amplia-se o escopo de conhecimentos que influenciam a prática profissional e gerencial, temática que é uma das prioridades nas agendas de pesquisa em saúde, mas é pouco debatida sob uma abordagem quanti-qualitativa.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa e descritiva, desenvolvida por meio de estudo de caso, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul pelo parecer n. 1.297.346. O estudo foi desenvolvido por pesquisadores vinculados a cinco instituições de ensino e pesquisa, fruto de um trabalho que aliou a perspectiva de fortalecimento de redes interinstitucionais, bem como o comprometimento da pesquisa aplicada à gestão do SUS e a articulação com suas esferas de coordenação federativa nos âmbitos local e regional. É um recorte do projeto matricial “Gestão Pública do SUS: ênfase no financiamento e planejamento dos serviços de saúde na região do extremo oeste catarinense”.

Realizou-se um estudo de caso em profundidade junto à Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de saúde oeste de Santa Catarina (SC) (daqui em diante, CIR Oeste SC), por meio de entrevistas semiestruturadas com gestores municipais e análise de indicadores do Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde (Siops) em caráter complementar à análise qualitativa. A análise dos indicadores selecionados contribui para a compreensão das falas dos gestores sobre as condições do financiamento na região.

O cenário do estudo de caso foi a região de saúde oeste de Santa Catarina, que é uma das 16 regiões de saúde do estado catarinense e é composta por 27 municípios, contemplando um total de 350 mil habitantes em 2015. Conforme classificação do IBGE, os municípios que

compõem a CIR Oeste SC selecionados para este estudo pertencem à mesorregião oeste de Santa Catarina, que contempla 118 municípios e cerca de 25% da população do estado.

O perfil socioeconômico da CIR Oeste SC é de pequenos municípios (80% com população até 15 mil habitantes), com economia voltada para agropecuária e agroindústria e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) médio de 0,73, considerado alto para os padrões das Nações Unidas. O maior município é Chapecó, que concentra boa parte dos serviços de média e alta complexidade, e é considerado polo regional de referência para os demais municípios da região.

Os participantes da pesquisa foram os secretários(as) municipais de saúde ou seus representantes legais. Delimitou-se como critério de inclusão ser integrante da reunião ordinária da CIR realizada no município de Chapecó, nas dependências da Agência de Desenvolvimento Regional (ADR), em dezembro de 2015. Atendendo a este critério, a pesquisa totalizou 13 participantes, sendo que, do total de 27 municípios, três gestores não manifestaram interesse em participar da pesquisa, e onze não compareceram à reunião. As entrevistas foram encerradas em função da saturação dos dados.

As entrevistas foram mediadas por um roteiro semiestruturado com questões acerca do planejamento da saúde, financiamento do SUS e redes de atenção à saúde. Foram gravadas e posteriormente transcritas, organizadas em tabelas e analisadas. Cabe destacar que as entrevistas foram realizadas no final de 2015 e representam a percepção dos gestores naquele momento. Para compreender o contexto do financiamento municipal do SUS naquele período, foram analisados dados secundários disponíveis no Siops, referentes aos cinco anos anteriores às entrevistas. Busca-se correlacionar esses indicadores às experiências e percepções dos gestores.

Os indicadores selecionados expressam os movimentos locais diante dos esforços e competências para a gestão do financiamento do SUS e, apesar de seus limites, permitem compreender alguns desafios dos arranjos federativos na cooperação dos municípios com as regiões de saúde. Ainda, cabe esclarecer que alguns indicadores e informações referem-se à Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que os municípios são os principais responsáveis por esse nível na rede de atenção à saúde.

Esta pesquisa traz contribuições para a compreensão local e regional do financiamento do SUS, pois a caracteriza por meio de indicadores selecionados para o município-polo, a região de saúde (com e sem o município-polo, para análise de possíveis distorções) e o estado: despesa total em saúde por habitante (DTS/hab); receita de transferências do SUS por habitante (TSUS/hab); despesas em saúde com recursos próprios por habitante (DRP/hab);

percentual de recursos advindos de transferências do SUS sobre a despesa total em saúde (%TSUS/DTS); percentual de despesas realizadas com recursos próprios conforme percentual estipulado pela EC n. 29/2000% (DRP_EC29). Também analisa a evolução do número de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), da cobertura populacional da ESF e do número de profissionais de saúde do SUS por mil habitantes nos municípios da CIR Oeste SC em 2010 e 2015, anos de corte da pesquisa a partir das experiências dos gestores.

O material empírico qualitativo foi analisado por meio do Método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que consiste em uma ferramenta qualitativa que procura expressar da maneira mais fidedigna possível o pensamento de uma população sobre determinado tema^{16,17}. Lefèvre e Lefèvre¹⁷ sugerem que para a construção de um DSC inicialmente se analisa isoladamente as questões, identificando e sublinhando as expressões-chave (EC) das ideias centrais (IC). As EC são trechos das entrevistas que revelam a essência do conteúdo, enquanto as IC descrevem sucintamente o sentido de um conjunto de EC selecionado.

Posterior, agrupam-se as IC de sentido semelhante e constroem-se os DSC sobre a temática analisada. Assim, os resultados estão apresentados em duas IC que foram definidas a partir das falas dos entrevistados: (1) dilemas das transferências intergovernamentais no SUS; e (2) desafios de planejamento e gestão de recursos municipais da saúde. Neste estudo de caso, o DSC contribui para a compreensão coletiva das experiências vivenciadas pelos gestores, possibilitando fomentar o debate na região, mas também refletindo sobre a cooperação, competição da organização federativa de governo na indução e operacionalização do SUS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

DILEMAS DAS TRANSFERÊNCIAS INTERGOVERNAMENTAIS NO SUS

O financiamento do SUS é tripartite, ou seja, as ações e serviços são custeados por recursos advindos de transferências do Ministério da Saúde (MS), das Secretarias Estaduais de Saúde e dos recursos próprios dos municípios, garantidos pela Lei Complementar n. 141/2012. Além do financiamento, os governos locais precisam seguir vários dispositivos quanto a planejamento, aplicação e prestação dos recursos. Em termos da oferta de serviços de saúde, os municípios são responsáveis pelos serviços de APS e pela articulação com os demais serviços que compõem a rede assistencial na garantia de um cuidado integral e contínuo.

O **Quadro 1** apresenta uma síntese dos principais indicadores de financiamento dos municípios da CIR Oeste SC, disponibilizados pelo Siops (2019)¹⁸ para o período de 2010 a 2015. A apresentação dos indicadores tem o objetivo de demonstrar o perfil dos recursos, sua evolução no período e complementar a percepção dos gestores que é realizada em seguida.

É possível verificar que a despesa total em saúde por habitante dos municípios da CIR Oeste SC, cresceu 66,6% entre 2010 e 2015, acompanhando o crescimento verificado no estado e no país no período. No entanto, na CIR Oeste SC, há um valor médio de 23% acima dos demais municípios do estado. Esses valores são muito próximos quando se inclui ou exclui o município de Chapecó na região, demonstrando que apesar de ser o maior município da região, ele não se destaca nos indicadores de financiamento – por exemplo, sua despesa média fica acima dos demais municípios da região apenas no ano de 2015.

Quadro 1 – Indicadores de financiamento (em R\$) de saúde municipal de Chapecó, média dos municípios da CIR Oeste SC e dos municípios do estado de Santa Catarina, Brasil – 2010 a 2015

Indicador	Munic./Reg./UF	2010	2011	2012	2013	2014	2015
População	Chapecó	174.185	186.336	189.052	198.188	202.009	205.795
	CIR s/ CH	144.634	140.389	140.628	143.361	143.659	143.951
	CIR Oeste	318.819	326.725	329.680	341.549	345.668	349.746
	SC	6.118.727	6.316.906	6.362.734	6.634.250	6.727.148	6.744.385
DTS/Hab	Chapecó	534,45	595,59	687,09	734,43	871,30	954,96
	Média CIR s/ CH	549,91	634,33	750,47	777,84	895,72	913,62
	Média CIR Oeste	549,33	632,90	748,12	776,23	894,82	915,15
	Média SC	440,23	498,96	605,87	613,58	726,15	747,12
TSUS/ Hab	Chapecó	323,76	381,70	428,14	479,26	450,78	569,75
	Média CIR s/ CH	140,47	151,37	226,76	227,81	265,08	262,44
	Média CIR Oeste	147,26	159,90	234,21	237,12	271,95	273,82
	Média SC	124,65	144,05	189,80	195,90	226,13	227,96
DRP/Hab	Chapecó	191,07	215,76	256,84	238,62	332,10	366,80
	Média CIR s/ CH	397,50	485,15	521,05	563,67	613,15	659,88
	Média CIR Oeste	389,86	475,17	511,27	551,63	602,75	649,02
	Média SC	310,12	359,79	414,96	430,43	477,21	508,48
%TSUS/DTS	Chapecó	60,58	64,09	62,31	65,26	51,74	59,66
	Média CIR s/ CH	26,26	25,32	31,23	30,68	30,05	30,04
	Média CIR Oeste	27,53	26,76	32,38	31,96	30,85	31,14
	Média SC	29,57	30,49	32,69	32,94	31,79	31,50
%DRP_EC29	Chapecó	20,42	20,32	22,27	19,52	25,07	26,58
	Média CIR s/ CH	18,14	18,28	19,14	19,04	18,73	19,40
	Média CIR Oeste	18,23	18,36	19,25	19,06	18,97	19,67
	Média SC	19,44	18,90	20,65	20,70	21,15	21,54

Fonte: Elaboração própria com base em dados do MS/Siops de 2019.

DTS/Hab = Despesa total em saúde por habitante; TSUS/Hab = Receita de Transferências do SUS por habitante; DRP/Hab = Despesas em saúde com recursos próprios por habitante; %TSUS/DTS = percentual de recursos advindos de transferências do SUS sobre a despesa total em saúde; %DRP_EC29 = percentual de despesas realizadas com recursos próprios conforme percentual estipulado pela EC n. 29/2000.

Com relação às transferências do MS por habitante (TSUS/hab), observa-se um crescimento médio acima de 80% entre 2010 e 2015. Em termos absolutos, os municípios da CIR Oeste SC receberam um valor *per capita* maior comparado com os demais municípios catarinenses, sendo que essa diferença se amplia a partir de 2012. Já o indicador de despesas com recursos próprios dos municípios por habitante (DRP/hab), também ficou maior para os municípios da CIR Oeste SC, em que a diferença se situou entre R\$123,00 considerando Chapecó e R\$113,00 sem o município polo.

Quando considerados esses indicadores em termos percentuais, verifica-se que, do total de despesas com saúde (%TSUS/DTS), os municípios da CIR Oeste SC contemplaram uma média de 30% de transferências do MS, um pouco abaixo da média dos municípios catarinenses, que é de 31,5%. No caso de Chapecó, esse percentual ultrapassa 60%. Em relação ao percentual de recursos próprios (%DRP_EC29), conforme Lei Complementar n. 141/2012, esses percentuais ficam em média de 18,9% na região, contra a média de 20,4% dos municípios do estado. Nesse indicador específico, verifica-se o esforço dos municípios em direcionar recursos para a área da saúde, tendo em vista que a legislação preconiza um percentual mínimo de 15%.

Na síntese dos indicadores apresentados no **Quadro 1**, compreende-se um melhor comprometimento do financiamento da saúde por parte dos municípios da CIR Oeste SC, quando comparados com seus pares do estado, principalmente no quesito despesas totais por habitante e com recursos próprios. Embora os fatores determinantes das despesas em saúde sejam diversos e estejam fora do escopo deste trabalho, é possível afirmar que os municípios da CIR Oeste SC realizaram esforços para ampliar a oferta de serviços de saúde locais. Os dados de cobertura de APS, apresentados na **Tabela 1**, corroboram essa afirmação.

A maior participação dos municípios no financiamento da saúde gera questionamentos e insatisfação por parte dos gestores municipais, como pode ser verificado pelo DSC1. O principal questionamento refere-se ao baixo comprometimento do Governo Federal no repasse de recursos, na medida em que a União é responsável pela maior arrecadação no país e centralização dos tributos de maior impacto fiscal¹⁹.

“Os recursos muitas vezes são insuficientes porque os repasses do Governo Estadual e Federal chegam atrasados, então o município tem que arcar com custos que não são dele. A gente faz bastante com pouco, faz milagre.” (DSC 1).

Tabela 1 – Número de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), cobertura populacional da ESF e número de profissionais de saúde do SUS por mil habitantes nos municípios da CIR Oeste SC – 2010 e 2015

Município	2010			2015		
	Eq ESF	Cobert. ESF	Prof. do SUS*	Eq ESF	Cobert. ESF	Prof. do SUS*
Chapecó	37	91%	7,2	47	93%	9,0
Águas de Chapecó	2	100%	8,8	3	100%	9,4
Águas Frias	1	100%	15,8	1	100%	12,9
Arvoredo	1	100%	11,1	1	100%	13,3
Caibi	3	100%	7,6	3	100%	8,5
Caxambu do Sul	2	100%	11,9	2	100%	12,1
Cordilheira Alta	1	100%	9,6	2	100%	9,6
Coronel Freitas	3	86%	6,3	2	68%	6,4
Cunha Porã	3	90%	6,7	4	100%	7,0
Cunhataí	1	100%	12,2	1	100%	13,7
Formosa do Sul	1	100%	10,5	1	100%	9,7
Guatambú	2	100%	8,1	2	100%	10,1
Irati	1	100%	9,2	1	100%	12,1
Jardinópolis	1	100%	12,7	1	100%	13,9
Nova Erechim	1	73%	6,2	1	68%	7,1
Nova Itaberaba	2	100%	8,9	2	100%	12,2
Paial	1	100%	15,7	1	100%	18,6
Palmitos	5	100%	8,5	5	100%	9,1
Pinhalzinho	4	92%	7,3	7	100%	10,6
Planalto Alegre	1	100%	8,2	1	100%	15,3
Quilombo	4	100%	10,2	5	100%	9,8
Riqueza	2	100%	9,0	2	100%	11,1
Santiago do Sul	1	100%	12,6	1	100%	18,2
São Carlos	4	100%	5,8	4	100%	9,6
Serra Alta	1	92%	9,1	1	100%	11,0
Sul Brasil	1	95%	8,5	1	100%	10,7
União do Oeste	1	97%	5,6	1	100%	9,5
Média CIR s/ CH	50	97%	9,1	56	98%	11,2
Média CIR	87	97%	9,4	103	97%	11,1
Média SC	1.358	93%	8,5	1.675	96%	9,2

Fonte: Elaboração própria com base no sistema de informações de saúde¹⁸.

O subfinanciamento crônico enfrentado pelo SUS faz com que alguns gestores dos municípios brasileiros se vejam obrigados a extrapolar o investimento mínimo de 15% da arrecadação própria em saúde e ampliar sua responsabilidade sobre a organização e o financiamento do SUS^{20,21}. Por outro lado, considerando que a base de tributação é baixa nos municípios pequenos, a extrapolação do patamar de 15% não é garantia de recursos suficientes para manter as ações de serviços de saúde municipal^{20,21}.

A realidade percebida em 2015 se tornou ainda mais complexa nos anos seguintes. A partir de 2016, o país enfrentou um cenário de múltiplas crises (política, econômica e institucional), marcada pela austeridade fiscal e congelamento dos gastos federais com saúde instituído pela Emenda Constitucional n. 95/2016. O nível federal é aquele capaz de promover redistribuição dos recursos fiscais e redução das desigualdades, gerada, em outros motivos, pela desigual arrecadação tributária e baixo poder de gasto de alguns municípios, sobretudo os de menor porte, como os do caso aqui estudado. Esses fatores, atrelados ao aumento das responsabilidades locais na condução das políticas públicas de saúde, geram importantes debates em direção à revisão do pacto federativo, afinal, o regime fiscal atual está centrado em conter os gastos públicos²².

A queda de arrecadação federal e estadual impacta a esfera municipal, principalmente aqueles pequenos municípios que apresentam alta dependência de transferências intergovernamentais (destacadamente o Fundo de Participação dos Municípios – FPM), mas também os grandes municípios, especialmente pela Cota-Parte do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS). As consequências recaem sobre os governos locais, que são obrigados a executar as políticas e ainda cumprir os limites de gasto e endividamento da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)²³.

Outro questionamento refere-se ao perfil dos repasses do MS. Neste quesito, há duas situações que se sobressaem. A primeira refere-se à elevada subdivisão do repasse financeiro em inúmeros itens orçamentários no interior dos blocos de financiamento. Até 2017, vigorou o repasse via blocos de financiamento definidos pelo Pacto pela Saúde. Nestes, o repasse para ações específicas poderia chegar a até 75 rubricas, dependendo do porte do município²⁴. Na percepção dos gestores entrevistados, diante de suas experiências, esse quantitativo criava dificuldades no gerenciamento das contas, limitando o uso dos recursos segundo necessidades dos municípios, conforme pode ser verificado nos DSC 2 e 3.

“Os recursos da saúde, ele está dentro dos blocos, então eu tenho tanto de recurso que vem do Ministério da Saúde pra gastar em determinada ação. Tá, então naquele bloco o recurso já vem meio que carimbado.” (DSC 2).

“Existem vários planos do Governo Federal, do Governo do Estado que chegam para os municípios e os municípios têm que atender e tem um custo, e às vezes [...] o recurso não é suficiente.” (DSC 3).

A segunda situação refere-se ao excesso de condicionalidades impostas aos repasses¹⁹. Embora estudos venham evidenciando a importância das condicionalidades²⁵, os gestores expõem o número muito grande de programas e uma desproporcionalidade em relação ao que é exigido pelo MS, em comparação com os recursos enviados e a capacidade técnica dos municípios, como pode ser evidenciado nos DSC 2 e 3. Nesse sentido, o excesso de programas não desenhados adequadamente para a realidade dos municípios e, principalmente, com baixo volume de recursos, impõe dificuldades em sua efetivação e muitos são realizados de maneira protocolar, ou seja, apenas para receber os recursos.

A falta de aprimoramento desse mecanismo/instrumento ao longo do tempo pode estar fragilizando-o. Um exemplo dessa situação foi a publicação da Portaria GM/MS n. 3.992/2017¹³, que define mudanças nas regras das transferências federais, extinguindo os blocos de financiamento. A implementação desta portaria e seus impactos sobre a manutenção de algumas políticas consideradas estratégicas para a promoção de saúde da população, como é o caso da ESF, é a principal preocupação dos formuladores de políticas e pesquisadores de gestão da saúde. Apesar da autonomia dos gestores municipais, a preocupação reside nos processos de tomada de decisão sobre a prioridade de alocação dos recursos¹⁴.

Na primeira ideia central (IC), aqui apresentada, verificou-se que os municípios da CIR Oeste SC realizaram esforços para ampliar investimentos em saúde. Através de dados do Siops, foi possível avaliar que os municípios ampliaram significativamente suas despesas em saúde por habitante no período de 2010 a 2015, acompanhando o movimento nacional e aplicando, em média, um valor superior aos demais municípios do estado. Essa mesma situação foi verificada em relação aos recursos próprios, em que os valores médios da CIR Oeste SC ficaram 27% acima dos valores de seus pares do estado. O percentual obrigatório ficou em média 18,9%, acima dos 15% exigidos pela legislação.

Com relação às transferências do SUS, apesar de os municípios da CIR Oeste SC terem vislumbrado aumentos nos repasses, superando em média os demais municípios catarinenses, os gestores questionaram pelo menos três aspectos: (1) o baixo comprometimento dos recursos federais; (2) o perfil dos repasses, em termos de quantidade de rubricas e nível de condicionalidades para execução; e (3) a natureza das emendas parlamentares,

que ampliaram sua participação no orçamento. Para os gestores municipais, esses três aspectos criam muitas dificuldades para o planejamento e gestão dos recursos, agravados pelo ambiente de subfinanciamento do SUS.

DESAFIOS DO PLANEJAMENTO E GESTÃO DE RECURSOS MUNICIPAIS DA SAÚDE

O planejamento no âmbito do SUS é considerado um mecanismo essencial para a gestão do sistema de saúde e para a definição de prioridades e investimentos na organização dos serviços de saúde. Existem diversas normativas que buscam operacionalizá-lo no cotidiano dos serviços nas três esferas de governo, organizando-o de forma contínua, articulada e integrada²⁶. De forma complementar, o processo de planejamento garante espaços deliberativos para articulação entre os atores institucionais do Estado e da sociedade civil, como o Conselho Municipal de Saúde e as Conferências de Saúde, de modo a transpor diversas perspectivas em torno de planejamento e gestão – instâncias que contribuem para a formação de arranjos federativos em prol de garantia da autonomia dos entes e da cooperação governamental.

Apesar de o processo de planejamento do SUS ser definido de acordo com as melhores práticas da gestão pública e social, ele contém restrições intrínsecas em virtude de sua complexidade de elaboração e por estar sujeito a inúmeras normatizações⁷. Essas dificuldades na elaboração e execução do planejamento foram percebidas nos municípios da CIR Oeste SC, conforme demonstradas pelas DSC de 4 a 9, ainda que os entes estejam cumprindo com as normativas. As principais dificuldades encontradas foram: (1) falhas de coordenação; (2) primazia do financiamento em detrimento das condições de saúde do município; e (3) prevalência de visão conservadora a respeito dos modelos de atenção à saúde.

As falhas de coordenação podem estar atreladas a déficits de capacidade técnica dos gestores e das equipes da secretaria de saúde. Com relação ao gestor, pesa o fato de o cargo ser indicação política, de modo que nem sempre são priorizadas pessoas com conhecimentos de gestão e/ou da área da saúde. É importante fortalecer apoio e suporte técnico dos demais entes às secretarias, principalmente do Governo Estadual, corresponsável por coordenar as regiões.

Por causa dessa realidade, o planejamento já contém problemas em sua elaboração, pois não é utilizado para orientar a execução dos trabalhos e, principalmente, não é monitorado, conforme pode ser demonstrado pelos DSC 4 e 5. O resultado de um planejamento inadequado são as grandes dificuldades para atingir as metas sanitárias e o desperdício de recursos nos municípios. Por exemplo, sem levar em conta o planejado, os gestores deixam de ter uma visão sistêmica e de médio e longo prazo sobre a saúde, sendo conduzidos pelas demandas cotidianas do setor, em que são priorizadas demandas de reabilitação em vez de promoção e prevenção.

“Como eu disse antes, as prioridades a gente tem de ir vendo conforme a demanda do município. Nós temos muitas coisas que são prioridade, são desde o posto, reforma e ampliação, que nem a academia que nós estamos terminando pra fazer o melhor trabalho. Então, são coisas que vem vindo, mês a mês vão aparecendo outras coisas e nós temos que ir atrás, né?” (DSC 4).

“Falta muita coisa, falta muita coisa porque não houve planejamento, então a gente acabou fazendo muita coisa que deveria ter sido planejada e não foi. Até o plano anual ele ficou meio assim... fraco né, se tivesse programado mais coisas, com certeza talvez teria se pensado na questão financeira e em como os programas do projeto se implementariam.” (DSC 5).

A segunda maior dificuldade verificada refere-se a uma distorção do papel do planejamento. Em vez de o planejamento orientar as prioridades e auxiliar na definição do quantitativo de recursos financeiros, a peça de planejamento é subjugada aos recursos previamente definidos, reforçando os dilemas de subfinanciamento e excesso de condicionalidades, já mencionadas na seção anterior.

“Nós organizamos de acordo com o recurso que o estado e o ministério repassam pelos blocos. As prioridades já vêm definidas de cima para baixo, o Governo Federal transfere os recursos já carimbados.” (DSC 6).

“[...] De acordo com as necessidades, acredito eu, com as demandas principalmente. Se bem que a maioria dos recursos vem meio que destinado já pra uma coisa, pra um determinado programa, uma determinada ação [...]” (DSC 7).

Conforme exposto pelos DSC 6 e 7, as condicionalidades impostas pelo MS, principalmente pela via das transferências, induzem as prioridades no planejamento municipal. Se, por um lado, existe a compreensão de que as condicionalidades diminuem a discricionariedade dos gestores municipais, por outro, podem sugerir que os gestores se sentem desobrigados a realizar um planejamento mais alinhado com as condições de saúde do município.

Há de se ponderar que os diferentes instrumentos de planejamento e as instâncias de pactuação previstas pelo SUS proporcionam graus de liberdade para a proposição de ações e para a operacionalização das diferentes políticas nacionais pelos entes municipais. Essa visão é

corroborada pelos dados do **Quadro 1**, que demonstra que mais de 60% dos recursos da saúde dos municípios da região oeste catarinense têm origem de arrecadação própria, e, portanto, apresentam maior grau de discricionariedade.

Quando passamos a considerar a autonomia e a responsabilidade dos municípios, a análise da condução dos serviços de APS ganha maior relevo, por se tratar do nível de atenção de maior responsabilidade para os pequenos municípios. Nesse sentido, os dados da **Tabela 1**, apresentam alguns indicadores ESF e do número de profissionais de saúde, que são representativos dos serviços de APS no Brasil. Verifica-se que os municípios da CIR Oeste SC atingiram uma cobertura da ESF média de 97% da população entre os anos de 2010 e 2015, sendo que a cobertura é inversamente proporcional ao porte populacional dos municípios. O número de equipes passou de 87 em 2010 para 103 equipes em 2015, lideradas por Chapecó que ampliou o atendimento em dez unidades. O número de profissionais da área da saúde por mil habitantes passou de 9,4 em 2010 para 11,1 em 2015. Tais indicadores estão acima da média estadual, indicando os esforços realizados pelos municípios da CIR Oeste SC em fortalecer a APS.

A análise dos dados secundários e das entrevistas permite afirmar que os gestores reconhecem a importância da APS no SUS, ainda que apontem a disputa dos recursos entre APS, média e alta complexidade. A maioria dos gestores, conforme pode ser verificado pelo DSC 8, apontam a APS como algo “básico” na área da saúde. O DSC 9 reflete a preocupação no direcionamento de recursos para a média e alta complexidade.

“O nosso principal investimento sempre tem que ser a atenção primária. É o que nós temos que cumprir perante a lei, o básico a gente faz. Nós precisamos focar muito na questão do cuidado e da prevenção, porque se a atenção primária não funcionar, as filas da atenção secundária e terciária vão aumentar.” (DSC 8).

“A dificuldade está sendo que os municípios acabam investindo valores altos em hospitais, valores altos em média e alta complexidade e valores altos para o deslocamento de pacientes para o TSB, a gente investe muito nisso.” (DSC 9).

Dessa forma, é bem possível considerar que os gastos em APS, apresentados na **Tabela 1**, sejam resultado das condicionalidades impostas pelo MS e dos interesses próprios dos municípios, o que é corroborado pelos resultados de um estudo de caso realizado na Bahia²⁷ que afirma que, apesar de os repasses do Governo Federal constituírem fração importante para o financiamento da APS, estes ainda são insuficientes para sua sustentação, exigindo que os municípios

se responsabilizem por parte importante do financiamento da APS em nível local, destinando um volume adicional de receitas próprias não cobertos pelos governos estadual e federal.

No que se refere à segunda ideia central (IC), planejamento e gestão de recursos municipais, sobressaíram três situações que criam restrições para a elaboração, execução e monitoramento do planejamento em saúde em nível municipal: (1) falhas de coordenação; (2) primazia do financiamento em detrimento das condições de saúde do município; e (3) prevalência de visão conservadora a respeito dos modelos de atenção à saúde.

Com a discussão das IC e respectivos DSC, o **Quadro 2** procura sintetizar as principais conclusões em termos de avanços e desafios da gestão do financiamento nos municípios da CIR Oeste SC. Percebe-se, ao longo da exposição dos DSC, um apelo muito grande por parte dos gestores municipais por maior autonomia e flexibilidade na alocação dos recursos da saúde, ainda que possam ser realizadas várias ponderações em direção a essa autonomia, dada as características das gestões municipais verificadas na presente pesquisa e a própria organização federativa do país. Nesta conjuntura, duas questões principais podem ser lançadas: em que medida a maior autonomia reflete-se em melhores resultados de saúde? E quais fatores (pré-requisitos) são necessários para que as gestões municipais possam usufruir de maior autonomia?

Quadro 2 – Quadro síntese com resultados das respostas às duas ideias centrais (IC).
Chapecó, Santa Catarina, Brasil – 2015

Categoria de análise (ideias centrais – IC)	Avanços	Desafios
Transferências intergovernamentais no SUS	Maior descentralização dos recursos do MS para os municípios	Grande quantitativo de rubricas e condicionalidades para os municípios
	Maior investimento com recursos próprios dos municípios na área da saúde	Desconsideração da realidade e de necessidades específicas dos municípios
	Direcionamento de investimento em áreas prioritárias (APS, vigilância)	Ampliação de emendas parlamentares desvinculadas às necessidades dos municípios
Planejamento e gestão de recursos municipais de saúde;	Criação de instrumentos inovadores de planejamento intersetorial	Excesso e complexidade dos instrumentos
	Existência de instâncias de pactuação e controle social/descentralização de ações	Falhas de coordenação
	Vinculação de recursos para o SUS	Primazia do financiamento em detrimento das condições de saúde do município
	Priorização do modelo de APS e obrigatoriedade de implementação pelos municípios	Prevalência de visão conservadora a respeito dos modelos de atenção à saúde

Fonte: Elaboração própria a partir dos resultados da pesquisa.

À margem desses questionamentos e em busca de atender ao apelo dos gestores, em um momento de fragilização política do Governo Federal, foi aprovada a mudança no modelo de financiamento da saúde, através da Portaria GM/MS n. 3992/2017¹³. A partir de então, todo o montante recebido do MS é depositado em duas contas, uma de custeio, outra de capital (investimentos). Trata-se de um modelo de transferência fundo a fundo, que altera a regra anterior (transferências federais segundo seis blocos de financiamento), mas que ainda mantém a classificação das subfunções, das ações pactuadas e da programação de trabalho estabelecida no Orçamento Geral da União¹⁵.

Esse processo de redução das contas pode dificultar a fiscalização dos conselhos de saúde, auditorias, pois apresenta em um único extrato bancário o gasto com material de consumo por exemplo, o que gera dificuldades dos gestores em identificar a forma correta de aplicação dos recursos²⁸. Além disso, preocupa a escolha de uma agenda micropolítica municipal que provoque o enfraquecimento das ações de prevenção e promoção da saúde.

A flexibilização dos critérios de transferência financeira de recursos atende aos objetivos do gestor federal de não se eximir da responsabilidade pelos impactos negativos da EC 95/2016 e da conjuntura de austeridade fiscal que assombra o país, repassando integralmente a responsabilidade para os gestores das esferas subnacionais¹⁵. E estes defendem a revisão do modelo de repasse como um movimento de sobrevivência e de enfrentamento ao cenário econômico de crise e acentuado subfinanciamento.

Assim, considerando a realidade vivenciada pelos gestores municipais, verifica-se que a nova proposta de maior autonomia na alocação dos recursos financeiros não resolve os principais dilemas na região oeste catarinense, mas, pelo contrário, pode agravar as dificuldades relacionadas ao planejamento e reforçar o subfinanciamento. No que se refere ao planejamento, além de tornar-se mais difícil a fiscalização e o monitoramento por parte do controle social e dos órgãos de controle, algumas áreas são enfraquecidas, como a APS, que tinha maior visibilidade pela organização dos seis blocos.

Ao considerar o subfinanciamento, entende-se que, sem atrelar as transferências a determinados programas e ações, retira-se o comprometimento do Governo Federal em subsidiá-los, ficando tais programas e ações a cargo do município, ou simplesmente isolados e esquecidos. A autonomia municipal, dada a visível perda de recursos de transferência, “tende a ser comprometida pela queda de receita própria. Consequentemente os municípios não poderão sozinhos, compensar a deterioração das relações fiscais intergovernamentais”^{22:11}, sem contar as dificuldades com as políticas regionais.

A garantia de justiça tributária e do direito de acesso universal à saúde para a composição da receita e gastos deve ser combinada com uma tributação progressiva em impostos diretos, indiretos e suas modalidades de renda e riqueza. Cabe destacar que as propostas de reforma tributária que incluem os impostos sobre as grandes fortunas apresentariam um enorme potencial arrecadatório, suprimindo parte do déficit de recursos da saúde. Assim, o espaço fiscal e a tributação podem ser utilizados como instrumentos de redução das desigualdades²². De mais a mais, os economistas apontam a dependência da retomada do crescimento econômico como essencial para que a reforma tributária de caráter estrutural ocorra, pois implica forte exercício de intermediação política^{29,30}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa apresenta importantes contribuições para o debate da gestão do financiamento do SUS a partir da análise de uma realidade específica: a região oeste do estado de Santa Catarina. O estudo evidencia a percepção dos gestores municipais sobre e a partir das condições de financiamento público de saúde na região. A partir de entrevistas com os gestores municipais de saúde, analisadas pelo método do Discursos do Sujeito Coletivo, foi possível listar nove DSC reunidos em duas IC: (1) Dilemas das transferências intergovernamentais no SUS; e (2) Desafios do planejamento e gestão de recursos municipais da saúde. Em caráter complementar, os dados e indicadores do Siops auxiliaram na compreensão dos depoimentos dos gestores municipais.

Os resultados expostos nas duas IC corroboram algumas evidências da literatura em termos da existência de restrições técnicas e financeiras pelos municípios e da falta de uma cultura de planejamento. Entretanto, apontam também para um esgotamento do modelo de descentralização utilizado no país até o momento, que induz muito mais à competição que à cooperação regional, que passa pela revisão de alguns instrumentos historicamente utilizados, pelo maior comprometimento financeiro do Governo Federal e pelo fortalecimento de instâncias que garantam maior coordenação e cooperação dos entes federados na operacionalização das políticas de saúde.

Os municípios necessitam fazer um grande esforço para alocar recursos próprios a partir de uma base de arrecadação pequena. Adicionalmente, o grande número de condicionalidades tira graus de liberdade para definir a aplicação dos recursos. Os casos mais extremos referem-se às emendas parlamentares, em que muitas vezes não há necessidade imediata do recurso que vem para o município. Nesta perspectiva, os gestores demandam maior autonomia na definição dos recursos pelos governos locais.

Cabe destacar que embora as transferências intergovernamentais sejam expressivas nos municípios da região, elas podem inclusive acirrar disputas e guerras fiscais, pois não têm demonstrado atingir o equilíbrio fiscal esperado para a implementação do SUS. Apesar da luta por autonomia e liberdade de gasto, nota-se a falta de espaço fiscal para aplicar recursos em programas e ações que contribuam para a retomada da atividade econômica, por meio da geração de emprego e aumento da arrecadação dos tributos, além de uma nova agenda de financiamento público que mobilize os governos locais em políticas estruturantes e que os induzam à cooperação.

Compreende-se que os problemas federativos apresentados não podem ser tratados apenas do ponto de vista dos montantes de recursos financeiros e seus critérios de alocação, pois isso implica olhar apenas para uma das questões apresentadas. É inescusável saber como esses recursos são utilizados e se atendem de maneira satisfatória as necessidades de saúde da região. Inclusive, os debates sobre um novo pacto federativo dependem, no plano do financiamento municipal, da capacidade dos governos para superar e atualizar um imaginário tributário obsoleto, adequando-o às novas realidades vigentes no cenário nacional e global, a partir de perspectivas com as propostas de mudanças de reforma tributária em curso no país.

Por fim, sinalizamos que este estudo apresenta limitações em decorrência das constantes mudanças nas políticas de financiamento do SUS nos últimos anos; porém, o período analisado registra uma importante fase de transição que contribui significativamente para um retrato da realidade regional, retratando os esforços na gestão da saúde pública.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Daniela Savi Geremia, Ianka Cristina Celuppi e Jéssica Ferreira.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Daniela Savi Geremia, Darlan Cristiano Kroth, Ianka Cristina Celuppi, Jéssica Ferreira, Adelyne Maria Mendes Pereira e Sulamis Dain.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Daniela Savi Geremia, Darlan Cristiano Kroth, Ianka Cristina Celuppi, Jéssica Ferreira, Adelyne Maria Mendes Pereira e Sulamis Dain.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Daniela Savi Geremia, Darlan Cristiano Kroth, Ianka Cristina Celuppi, Jéssica Ferreira, Adelyne Maria Mendes Pereira e Sulamis Dain.

REFERÊNCIAS

1. Sancho LG, Geremia DS, Dain S, Geremia F, Leão CJS. O processo de regionalização da saúde sob a ótica da teoria dos custos de transação. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22 (4):1121-30.
2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). A gestão do SUS. Brasília (DF): Conass; 2015.
3. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). SUS: avanços e desafios. Brasília (DF): Conass; 2006.
4. Brasil. Emenda Constitucional n. 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. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF); 2000 set 14. Seção 1, p. 1.
5. Piola SF, Vianna SM, organizadores. Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ipea; 2009. (Texto para discussão, n. 1391).
6. Piola SF, Paiva AB, Sá EB, Servo LMS. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Brasília (DF): Ipea; 2013. (Texto para discussão, n. 1846).
7. Fundação Oswaldo Cruz. Manual de planejamento no SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016. (Série Articulação Interfederativa, v. 4).
8. Brasil. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF); 2011 jun 29. Seção 1, p. 1.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): MS; 2013.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF); 2006 fev 23. Seção 1, p. 43-51.
11. Santos RJM, Luiz VR. Transferências federais no financiamento da descentralização. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; 2016.

12. Lobato LVC, Martich E, Pereira IDF. Prefeitos eleitos, descentralização na saúde e os compromissos com o SUS. *Saúde Debate*. 2016;40(108):74-85.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF); 2017 dez 28.
14. Jaccoud L, Vieira FS. Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. Rio de Janeiro (RJ): Ipea; 2018. (Texto para discussão, n. 2399).
15. Funcia FR. Mudança do critério de transferência financeira fundo a fundo a partir de 2018 [Internet]. Campinas (SP): Instituto de Direito Sanitário Aplicado; 2018 [citado em 2020 fev 21]. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-02-janeiro-2018#a0>
16. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul (RS): Educs; 2000.
17. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul (RS): Educs; 2003. (Coleção Diálogos).
18. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (Siops) [Internet]. Brasília (DF): Datasus; 2018 [citado em 2018 dez 20]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0501&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?recsus/cnv/rs>
19. Santos RJM, Luiz VR. Transferências federais no financiamento da descentralização. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro (RJ): ABrES; 2016.
20. Araújo CEL, Gonçalves GQ, Machado JA. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(3):953-63.
21. Geremia DS. Federalismo e gestão metropolitana para o planejamento territorial dos serviços de saúde [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2015.
22. Dain S, Serralha FPNP. Perspectivas de financiamento das políticas sociais à luz do atual impasse fiscal e das relações federativas: como estruturar um novo regime de tributação? Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2017. (Textos para discussão, n. 29).

23. Afonso JR. Imposto de renda e distribuição de renda e riqueza: as estatísticas fiscais e um debate premente no Brasil. *Rev Estud Tribut Aduan*. 2014;1(1):28-60.
24. Benevides RPS. As transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde em 2016. Brasília (DF): Ipea; 2018. (Nota técnica, n. 46).
25. Parmagnani F, Rocha F. Transferências do SUS: substituição de gastos ou recursos adicionais? *Plan Polít Públic*. 2017;48:33-54.
26. Moreira LCO, Tamaki EM. A Programação Pactuada e Integrada como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS. *Interações*. 2017;18(4):99-108.
27. Vasconcellos SC. A problemática do financiamento da Atenção Básica nos municípios no período do Pacto pela Saúde (2006-2010): o caso do estado da Bahia [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2013.
28. Confederação Nacional de Municípios (BR). Mudanças no financiamento da saúde. Brasília (DF): CNM; 2018.
29. Dain S, Castro K. Alternativas para o financiamento da saúde pela União: espaço fiscal e oportunidades para as próximas duas décadas. In: Gadelha P, Noronha JC, Dain S, Pereira TR, organizadores. *Brasil Saúde Amanhã: população, economia e gestão*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2016.
30. Rossi P, Dweck E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(12):e00194316.

Recebido: 31.5.2022. Aprovado: 7.2.2023. Publicado: 24.04.2023.