

A GOVERNANÇA DOS RECURSOS PÚBLICOS DA SAÚDE NO BRASIL**Helder Kiyoshi Kashiwakura****Andréa de Oliveira Gonçalves****RESUMO**

Ao tratar dos recursos públicos, observam-se dificuldades de coordenação orçamentária, bem como frágil estrutura do sistema que opera ações na Atenção Básica no Brasil. Este artigo descreve o contexto de alocação de recursos financeiros públicos em saúde na Atenção Básica (AB), considerando-se os princípios de governança orçamentária, complementado com a análise das variáveis relacionadas à infraestrutura e a alocação de gastos em saúde. Trata-se aqui de um estudo descritivo qualitativo que descreve o contexto de alocação de recursos financeiros referentes ao financiamento da saúde, verificando-se a incidência dos princípios de governança orçamentária. Posteriormente, realiza-se a verificação do comportamento das variáveis relacionadas à infraestrutura e gastos em saúde. Defende-se a necessidade de se melhorar a governança dos recursos da saúde, tendo sido constatado que os resultados evidenciam dificuldades que se refletem na alocação de recursos financeiros nos municípios brasileiros.

Palavras chave: Governança orçamentária; Atenção primária à saúde; Atenção básica; Gastos em saúde nos municípios; Infraestrutura da atenção básica.

JEL: G3; I18; H51; H75.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 REFERENCIAL TEÓRICO	2
2.1 Governança pública	2
2.1.1 Aspectos da governança pública na saúde	3
2.1.2 Governança federativa	4
2.1.3 Distribuição de competências	5
2.2 Governança orçamentária	6
2.2.1 Governança orçamentária na saúde: princípios	7
2.2.2 Princípios de governança definidos por Ostrom	7
2.2.3 Princípios aplicáveis à governança de recursos orçamentários	8
2.3 Processo de repasse de recursos da saúde aos municípios	13
3 PERCURSO METODOLÓGICO E A CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	18
3.1 O percurso utilizado	18
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
4.1 Contexto de alocação de recursos financeiros públicos em saúde	21
4.2 Os gastos e a infraestrutura em saúde	39
5 CONCLUSÕES	43
REFERÊNCIAS	44

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O papel das relações federativas na governança do SUS	5
Figura 2 - Alocação de recursos na atenção básica (ciclo 2)	39
Figura 3 - Distribuição da tipologia por média de escore das UBS por estado (ciclo 2)	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Blocos e Princípios de governança orçamentária	9
Quadro 2 - Rol dos doze princípios de governança orçamentária	10
Quadro 3 - Normas analisadas, compreendendo o período de 1988 a 2017	18
Quadro 4 - Princípios de governança orçamentária e condições de sucesso	19
Quadro 5 – Exemplo de palavras-chave utilizadas na identificação dos princípios de governança orçamentária	22
Quadro 6 - Incidência dos princípios de governança orçamentária na legislação relativa ao financiamento da saúde, por cronologia das normas	23
Quadro 7 - Incidência dos princípios de governança orçamentária e instrumentos no financiamento da saúde	24
Quadro 8 - Ocorrência do princípio 1A (delimitação de fronteiras de recursos)	26
Quadro 9 - Aspectos que facilitam ou dificultam a governança orçamentária na saúde.	35
Quadro 10 – Características para cada tipo de UBS	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparativo, entre países, do PIB <i>per capita</i> , gasto e desempenho em saúde, de 2001 a 2006	16
Tabela 2 - Comparativo, entre países, do PIB <i>per capita</i> , gasto e desempenho em saúde, de 2014 a 2017	17
Tabela 3 - Tipologia das UBS por regiões geográficas (ciclo 2)	41

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o sistema de saúde por ser universal, atende em torno de uma população de quase 200 milhões de pessoas. É um desafio para a ação estatal, tanto pelo montante de recursos aplicados, quanto pelas necessidades de prestação de um serviço que busca atender necessidades desiguais da população assistida, ou, ainda, pelos desafios apresentados na urgência de coordenação de um sistema que envolve todos os entes públicos da Federação.

O desempenho das políticas de saúde depende de recursos orçamentários e financeiros, resultantes de negociações em arenas de decisão em que os interesses são, por vezes, divergentes e contrapostos, em que usuários possuem níveis de entendimento e acesso diferenciado às informações. Tais características ensejam a necessidade de instituições previsíveis, transparentes e esclarecidas, que formam a governança do setor. E esta pode ser uma das dificuldades, como a necessidade de coordenação orçamentária, que colocam em risco as medidas de enfrentamento adotadas pelos entes federativos.

Segundo o Banco Mundial (World Bank, 2003), a deficiência na gestão orçamentária vem sendo, continuamente, apontada como uma das principais razões pelas quais os governos dos países em desenvolvimento têm dificuldades em transformar gastos públicos em serviços efetivos.

É nesse contexto que este trabalho, parte de uma pesquisa mais ampla, faz uma reflexão acerca dos mecanismos de decisão dentro de um contexto federativo e de competências distribuídas, que proporcionam coordenação e integração entre os entes e atores envolvidos.

Desse modo, objetiva-se descrever o contexto de alocação de recursos financeiros públicos em saúde na Atenção Básica (AB), considerando-se os princípios de governança orçamentária, complementado com a análise das variáveis relacionadas à infraestrutura e a alocação de gastos em saúde, no sentido analisar a tipologia e a alocação dos recursos financeiros em saúde nos municípios.

Este estudo está estruturado em cinco seções, a partir desta introdução. A seção 2 apresenta o contexto teórico, com aspectos relacionados à governança orçamentária. A seguir, expõe o percurso metodológico. A seção 4 traz os resultados e as discussões no tocante à governança na alocação de recursos orçamentários na área da saúde, e a análise das variáveis relacionadas aos gastos em saúde e a infraestrutura da AB. Por fim, são apresentadas as considerações finais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Ao se estudar a governança no financiamento da atenção básica, é fundamental tratar dos aspectos que influenciam, tanto positivamente, quanto negativamente, a alocação dos recursos financeiros e orçamentários. Nesse aspecto, o entendimento da governança, como o conjunto de regras ou arranjos institucionais que governam o processo de alocação de recursos orçamentários ou financeiros, é essencial para se entender como se desenvolve esse processo.

Neste tópico, são apresentados os arcações teóricos sobre os princípios jurídico-legais do sistema de saúde e a governança orçamentária, assim como sobre o repasse de recursos da saúde.

2.1 Governança pública

Estudos demonstram que a governança está intimamente ligada a benefícios obtidos nas políticas públicas, que, além de redução de custos, proveem o melhor aproveitamento dos recursos e a satisfação da população atendida pelos serviços.

O papel da boa governança como chave para a eficácia do desenvolvimento tem sido enfatizado nos últimos anos. Segundo o Banco Mundial (WORLD BANK, 2003), a alocação de recursos públicos para os bens e serviços adequados pode não levar a resultados desejáveis se as instituições orçamentárias, que envolvem formulação, execução e monitoramento dos recursos orçamentários, apresentam-se com deficiência. Conforme esse órgão, a deficiência na gestão orçamentária vem sendo, continuamente, apontada como uma das principais razões pelas quais os governos dos países em desenvolvimento têm dificuldades em transformar gastos públicos em serviços efetivos.

Ainda de acordo com o Banco Mundial (2007), a boa governança é resumida pela formulação de políticas previsíveis, abertas e esclarecidas (com processos transparentes), uma burocracia imbuída de um *ethos* profissional e uma forte sociedade civil participante de assuntos públicos, em que todos os atores se comportam em consonância com a lei.

2.1.1 Aspectos da governança pública na saúde

Rajkumar e Swaroop (2008), ao analisar os resultados sobre gastos públicos, governança e resultados, concluíram que o impacto do gasto público nos resultados é maior

quando há boa governança, porém, esse impacto poderia estar bem abaixo de seu verdadeiro pleno potencial. Esses autores concluíram que os gastos públicos praticamente não têm impacto sobre os resultados de saúde e educação em países mal governados. Afirmam que os resultados apresentados em seu estudo têm implicações importantes para melhorar a eficácia do desenvolvimento dos gastos públicos. De acordo com os autores, as lições são particularmente relevantes para os países em desenvolvimento (como é o caso do Brasil), onde o gasto público em educação e saúde é relativamente baixo, e o estado de governança é frequentemente pobre.

Em países em desenvolvimento, nem sempre as relações entre gastos e resultados são totalmente claras. De acordo com Filmer *et al.* (1997), os dados internacionais sistemáticos que sustentam forte correlação entre o aumento das despesas de APS ou o acesso e os melhores resultados de saúde não são fortes em países que ainda não atingiram a maturidade em termos de governança. Embora haja evidências de relação positiva entre gastos públicos com saúde e indicadores de saúde selecionados. A qualidade das instituições do país, também desempenha papel fundamental na determinação da eficácia dos gastos com a saúde (RAJKUMAR e SWAROOP, 2002; SCHIEBER *et al.*, 2006).

De acordo com o Banco Mundial (2004), para que os serviços funcionem, é necessário mudar as relações institucionais entre os atores-chave, haja vista que ajustar os insumos sem reformar as instituições que produzem ineficiências não levará a melhorias sustentáveis. Essa é uma indicação clara do papel das instituições na prestação de serviços para os pobres, ou seja, o sucesso na prestação desses serviços depende da prestação de contas e da boa governança por parte das instituições. O Banco Mundial (WORLD BANK, 2004) afirma que os serviços bem-sucedidos para pessoas pobres emergem de relações institucionais em que os atores, incluídos indivíduos, organizações, governo e empresas, são responsáveis uns com os outros. Além dos aspectos citados, Ibrahim (2017) afirma que políticas e arranjos políticos são importantes para se determinar a provisão bem-sucedida de serviços sociais em qualquer país, particularmente nos países menos desenvolvidos.

2.1.2 Governança federativa

Um aspecto importante, ausente em grande parte dos países considerados modelos para análise em estudo sobre teorias de desempenho de políticas públicas, é a questão do federalismo, dado que a maioria desses países apresenta pequenas dimensões territoriais,

aspecto que faz com que modelos bem-sucedidos em outros países nem sempre sejam totalmente adequados aqui.

Levando em conta aspectos relacionados ao federalismo e à descentralização, a governança do SUS (Sistema Único de Saúde) possui, assim, uma configuração institucional composta por instâncias e mecanismos de compartilhamento de poder com vistas a assegurar a participação dos estados e dos municípios na elaboração das políticas e dos programas, no planejamento nacional, na alocação de recursos financeiros e na tomada de decisão nos rumos da política de saúde no país (BRASIL, 2016).

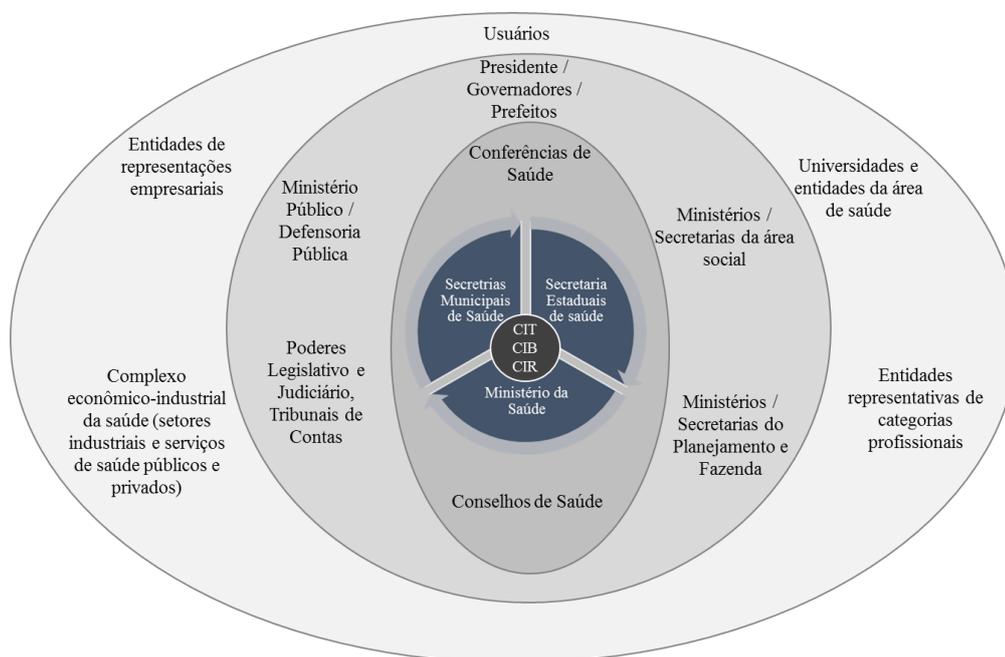
Assim, a dinâmica da governança federativa influencia e é influenciada por diferentes atores sociais ou políticos, como a sociedade civil (que gera a demanda), a iniciativa privada, as instituições de ensino e de pesquisa, os Poderes Legislativo e Judiciário, os órgãos de controle, fiscalização e defesa dos direitos e outros órgãos do Poder Executivo que atuam na área social ou de planejamento e orçamento. Sob essa lógica, a iniciativa privada encontra-se no círculo mais externo (Figura 1), enfatizando seu caráter complementar ou suplementar de oferta e demanda, que se apresenta como provedora de bens e de serviços a ser incorporada ao sistema quando há insuficiência de oferta pelo Estado (BRASIL, 2016).

Como instâncias de decisão, as comissões intergestores exercem um importante papel ao atuar como fórum de negociação e pactuação entre os entes das três esferas de governo. No âmbito nacional, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é um fórum de negociação e de pactuação entre os representantes dos gestores das três esferas de governo. Assim, integram a CIT os representantes da direção do MS (Ministério da Saúde), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 2012; 2016).

Nesse sentido, os atores sociais influenciam a governança federativa do SUS, contribuindo na produção de debates, na realização de fóruns setoriais, na elaboração e na divulgação de documentos de referência e na realização de estudos e pesquisas.

O diagrama da Figura 1, a seguir, mostra onde e como são estabelecidas as escolhas do governo e da sociedade no que se refere à saúde pública.

Figura 1 - O papel das relações federativas na governança do SUS



Fonte: Brasil (2016).

2.1.3 Distribuição de competências

Dentro da governança federativa a configuração das relações intergovernamentais do SUS é definida na CF/88 e na Lei n.º 8.080/1990, que aborda o tema mais detalhadamente (BRASIL, 2016). Objetivando definir o acesso à saúde como universal, integral e equânime, tem-se uma arquitetura de organização federativa que combina um conjunto de competências comuns ou concorrentes de cada esfera.

Desse modo, cabe às três esferas, em conjunto, a definição de mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde, o monitoramento do nível de saúde da população, a elaboração de normas para a regulamentação da contratação de serviços privados, o gerenciamento de recursos orçamentários e financeiros, a definição de políticas de recursos

humanos, a realização de planejamento de curto e médio prazo e a promoção da articulação de políticas e planos de saúde (BRASIL, 2016).

2.2 Governança orçamentária

A governança orçamentária é entendida por Barcelos (2012) como o conjunto de regras (instituições formais e informais) que orientam as relações políticas, econômicas e sociais subjacentes ao processo de alocação de recursos no setor público. Nesse conceito de governança, é incluído o modo de interpretar e aplicar tais regras, uma vez que as instituições orçamentárias são concebidas e executadas por atores humanos.

Mais especificamente, *governança orçamentária* diz respeito ao *conjunto de instituições* que definem o modo pelo qual as transações orçamentárias são discutidas, acordadas, implementadas, monitoradas, fiscalizadas e cumpridas. *Instituições orçamentárias*, por seu turno, correspondem à *coleção de regras* que governam o processo orçamentário ao longo de suas mais variadas instâncias (VON HAGEN, 2007). Assim, cabe ao arranjo de governança orçamentária estabelecer as restrições e os incentivos necessários ao adequado aproveitamento dos recursos públicos (BARCELOS, 2012). Ainda de acordo com esse autor, a capacidade do Estado (ou o sucesso de suas políticas públicas) depende, substancialmente, de uma *adequada governança* de seus *recursos orçamentários*. Se os recursos orçamentários não são disponibilizados em quantidades suficientes ou se não chegam oportunamente às organizações envolvidas em sua realização, dificilmente os objetivos pretendidos pelo Estado poderão ser alcançados.

Com efeito, em casos de ausência ou de deficiência excessiva nos regimes de governança, o aproveitamento dos recursos tende a gerar resultados socialmente indesejáveis, tais como a sobre-exploração, o congestionamento ou a interdição¹, os quais poderão resultar na completa degradação do sistema orçamentário e na falência da capacidade do Estado de gerir suas políticas públicas. Portanto, se o consumo dos recursos levar à sua exaustão ou se esses forem utilizados de maneira improdutiva, ilegal ou injusta, não podendo ser alocados em favor de programas orçamentários em prol da resolução de problemas sociais, o próprio Estado e suas políticas públicas alcançarão resultados trágicos.

¹ No sentido de que, mesmo estando disponíveis em alguma quantidade e sendo necessários à solução de problemas comuns à sociedade, haveria proibição à aplicação dos recursos, os quais permaneceriam enclausurados em uma espécie de cofre de propriedade coletiva (BARCELOS, 2012).

Nesse sentido, Ostrom (1990), em suas pesquisas, revelou que a presença de certos princípios de governança pode promover uma gestão bem-sucedida² dos recursos comuns, evitando-se, assim, a sua utilização predatória. Dessa forma, a sustentabilidade dos mais variados sistemas sociais depende do modo como os princípios de governança atuam na regulação da utilização de recursos (BARCELOS, 2012).

2.2.1 Governança orçamentária na saúde: princípios

Ao se estudar a governança no financiamento da atenção básica, é fundamental tratar dos aspectos que influenciam, tanto positiva, quanto negativamente, na alocação dos recursos financeiros e orçamentários. O entendimento da governança é essencial para se entender como se desenvolve esse processo.

Com fundamento, principalmente nos trabalhos de Ostrom, Barcelos (2012) enumera 12 princípios de governança, cuja presença costuma ser relacionada ao sucesso dos sistemas de recursos comuns (podendo ser naturais ou não) e cuja ausência parece estar associada a resultados coletivamente indesejados.

2.2.2 Princípios de governança definidos por Ostrom

Ostrom (1990), com base em suas pesquisas com instituições efetivas e autogovernadas, desenvolveu princípios que levariam sistemas de recursos comuns a níveis mais elevados de sustentabilidade e de governança sobre as mudanças institucionais (PINTO, 2014).

Por outro lado, na tentativa de sintetizar variáveis usadas pelas teorias dos recursos comuns, Agrawal (2003) agrupou os achados de diversos autores em condições críticas de viabilização da sustentabilidade dos *commons*, conforme os quatro agrupamentos a seguir:

1. características do sistema de recursos;
2. características dos grupos que dependem do sistema de recursos (apropriadores);
3. arranjos institucionais; e
4. ambiente externo.

² Por princípios de governança capazes de promover uma gestão bem-sucedida, entendem-se aqueles capazes de evitar que os usuários sobreutilizem os recursos e aqueles que podem distribuir resultados e benefícios de forma justa e de perdurar ao longo do tempo (AGRAWAL, 2002; BARCELOS, 2012).

No entanto, é importante relatar que Agrawal (2007) estudou variáveis destinadas à análise de sistemas de recursos comuns autogovernados. No caso de recursos orçamentários, há uma complexa relação de atores, em vários níveis, que são responsáveis pela captação, pela distribuição e pela execução dos recursos. Os recursos são “produzidos” por atores que não participam diretamente de sua utilização, ou seja, há o papel dos contribuintes e dos usuários dos serviços públicos (PINTO, 2014). Entre esses dois atores, há ainda outros, como os que geram os recursos (*guardians* ou *savers*) e os que executam as políticas públicas (*spenders*), bem como os responsáveis pelo controle e monitoramento dos recursos e serviços.

Barcelos (2012), ao estudar e identificar os princípios de governança que poderiam ser entendidos como relevantes para a coordenação das transações orçamentárias governamentais, afirma que, naturalmente, não há uma resposta única e definitiva. Segundo ele, parte influente da literatura sobre a orçamentação reconhece que os recursos públicos estão sujeitos ao que Garrett Hardin (1968) denominou de “tragédia dos recursos comuns”, uma vez que os recursos orçamentários são marcados tanto por alta subtrabilidade quanto por substancial dificuldade de controle de acesso (OSTROM, 1990; BARCELOS, 2012).

A sustentabilidade de recursos finitos sob condições de controle de acesso complexas exige regras de manejo que sejam capazes de resolver uma série de problemas de ação coletiva. A sobrevivência de um sistema de recursos comuns (como é caso do sistema orçamentário) demanda uma estrutura de governança fundada em princípios que superem os incentivos ao comportamento oportunista individual e fomentem a conduta racional, do ponto de vista coletivo e intertemporal (BARCELOS, 2012).

2.2.3 Princípios aplicáveis à governança de recursos orçamentários

A maior parte dos sistemas de recursos naturais pode ser classificada como sistema de recursos de uso comum (ou *common pool resource* – CPR). Todavia, o conceito de CPR não se aplica, exclusivamente, ao caso de recursos naturais. Ao contrário, exemplos de CPR incluem, também, inúmeros sistemas concebidos pelo homem, tais como tesouro governamental, rede de computação baseada na internet, geração compartilhada de conhecimento e fundos para projetos de investimentos (OSTROM, 2002; BARCELOS, 2012).

Com fundamento, principalmente nos trabalhos de Ostrom, Barcelos (2012) enumera doze princípios de governança, cuja presença costuma ser relacionada ao sucesso dos sistemas

de recursos comuns (podendo ser naturais ou não) e cuja ausência parece estar associada a resultados coletivamente indesejados.

No **Quadros 1 e 2**, a seguir, são condensadas informações sobre cada um dos doze princípios.

Quadro 1 – Blocos e Princípios de governança orçamentária

IA - Delimitação e especificação de recursos	
	Princípio
1A	Delimitação de fronteiras de recursos.
IB - Delimitação e especificação de usuários	
	Princípio
1B	Delimitação de fronteiras de usuários.
II - Regras de alocação e utilização de recursos	
	Princípios
2A	Congruência das regras orçamentárias com as condições locais/setoriais.
2B	Congruência entre usuários e recursos (sustentabilidade fiscal, organizacional, política e social).
III - Processo de decisão	
	Princípios
3A	Arranjos de decisão coletiva (decisões de mobilização e de alocação).
3B	Arranjos de decisão coletiva (mudança de regras).
IV - Processo de controle	
	Princípios
3C	Informações para decisão coletiva (observabilidade das decisões e de seus impactos).
4	Monitoramento de usuários e recursos.
5	Sanções graduais.
V - Coordenação do sistema	
	Princípios
6	Instrumentos para resolução de conflitos.
7	Legitimidade para decidir sobre questões inerentes.
8	Governança baseada em instituições acopladas.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Barcelos (2012), Pinto (2014), Bijos (2014), Ostrom (1990, 2008), Ostrom (1990, 2007), OCDE (2014).

Quadro 2 - Rol dos doze princípios de governança orçamentária

Princípios e racionalidades	
P1(A)	Delimitação de fronteiras de recursos. Em um sistema de governança orçamentária, é fundamental que se definam tais recursos e seus principais atributos, e que sejam definidos os limites e direitos de sua utilização.
P1(B)	Delimitação de fronteiras de usuários. Relaciona-se ao esforço de se definir jurisdições, direitos e deveres a serem observados pelos indivíduos e organizações que participam do processo orçamentário.
P2(A)	Congruência das regras orçamentárias com as condições locais/setoriais. Sistemas orçamentários amplos, especialmente em regimes federativos, é desejável que as regras pertinentes à provisão e à apropriação de recursos apresentem alguma congruência com a diversidade e a dinâmica das condições, concedendo espaços de adaptação.

P2(B)	Congruência entre usuários e recursos (sustentabilidade fiscal, organizacional, política e social). Haverá congruência entre usuários e recursos, se as regras de governança orçamentária forem capazes de evitar, simultaneamente, tanto a penúria dos usuários quanto a sobreutilização dos recursos que constituem o sistema. Em tais sistemas, é desejável haver alguma congruência entre a sustentabilidade política (necessidades dos usuários) e a sustentabilidade fiscal (conservação dos recursos).
P3(A)	Arranjos de decisão coletiva (decisões de mobilização e de alocação). Em um sistema de recursos orçamentários, é desejável que haja arranjos de decisão que promovam o exercício compartilhado do poder decisório, de forma que alguma parcela dos usuários possa participar das decisões que os afetam.
P3(B)	Arranjos de decisão coletiva (mudança de regras). Os indivíduos e as organizações deveriam poder participar da concepção e propor mudanças nas regras que os governam. É desejável que haja arranjos de decisão que promovam o exercício compartilhado do poder de conceber e de mudar regras, de forma que parcela dos usuários possa participar da elaboração e da alteração das regras.
P3(C)	Informações para decisão coletiva (observabilidade das decisões e de seus impactos). Em um sistema de recursos orçamentários, é desejável que haja algum grau de observabilidade das decisões, por meio da evidenciação e do reporte das condições correntes e futuras do sistema orçamentário (tanto em relação aos usuários quanto aos recursos).
P4	Monitoramento de usuários e recursos. Em um sistema de recursos orçamentários, é necessário que haja algum grau de monitoramento de usuários e de recursos, a fim de se reconhecer eventuais desvios de comportamento e de condições esperadas, respectivamente.
P5	Sanções graduais. Os atores orçamentários que cometem infrações contra o sistema devem sofrer sanções proporcionais à gravidade de seus atos, a fim de desencorajar desvios de comportamento sistemáticos, promovendo a noção coletiva de justiça.
P6	Instrumentos para resolução de conflitos. Liga-se à noção de que os conflitos orçamentários precisam ser resolvidos de forma rápida e com custo reduzido, a fim de se evitar dificuldades na construção de consensos fundamentais ao processo alocativo.
P7	Legitimidade para decidir sobre questões inerentes. Em um sistema de recursos orçamentários de grande amplitude, é importante que os atores que operam em subsistemas conexos disponham de prerrogativas decisórias próprias e que suas deliberações não sejam postas em xeque ou desconsideradas pelas jurisdições superiores ou subsequentes.
P8	Governança baseada em instituições acopladas. Relaciona-se à ideia de que, em sistemas orçamentários amplos, em que é desejável que os inúmeros e distintos atores operem em múltiplas camadas de organizações aninhadas (arquitetura policêntrica e multinível).

Fonte: Adaptado de Barcelos (2012).

A seguir, considerando-se o disposto, anteriormente, no Quadro 2, são esmiuçados os doze princípios de governança orçamentária.

No que se refere aos **princípios 1A e 1B: fronteiras de recursos e de usuários claramente definidas**, tem-se que a delimitação de fronteiras de recursos em um Sistema de Recursos Orçamentários (SRO) implica definir, claramente, a constituição do sistema orçamentário, incluindo a qualidade e a quantidade dos recursos a ele inerentes. Além da impossibilidade de recursos orçamentários serem utilizados fora do orçamento, recursos extraorçamentários não devem “contaminar” o sistema (BARCELOS, 2012).

Pelo lado da apropriação, encontram-se inúmeros indivíduos e organizações setoriais que visam transformar recursos consignados em políticas públicas e, dessa forma, solucionar problemas da coletividade. Ao longo da operacionalização do sistema orçamentário, há atores organizados envolvidos na execução de decisões alocativas, que influenciam o comportamento dos atores, o equilíbrio do sistema e a utilização dos recursos. Na ponta da cadeia de produção

do SRO, encontram-se os usuários finais, com expectativas quanto à possibilidade de usufruir tais benefícios (BARCELOS, 2012).

Em relação aos **princípios 2A e 2B: regras orçamentárias são congruentes com as condições locais/setoriais e há congruência entre as múltiplas dimensões da sustentabilidade**, observe-se que a congruência das regras orçamentárias às condições locais/setoriais está relacionada à capacidade das instituições orçamentárias de assimilar a diversidade de contextos das políticas públicas (de suas formas de operar em cada setor/localidade) e de se adaptar às mudanças abruptas imprevisíveis. Regras demasiadamente uniformes e rígidas, centralmente estabelecidas, segundo Barcelos (2012), nem sempre permitem a adaptação às necessidades particulares relevantes que decorrem da diversidade dos espaços políticos, sociais e econômicos abarcados pela atividade orçamentária (com múltiplos programas e ações).

A respeito dos **princípios 3A, 3B e 3C: arranjos de decisão coletiva na mobilização e alocação de recursos, na mudança de regras e informações para decisão coletiva**, deve-se considerar que, para Barcelos (2012), um regime de governança orçamentária contempla o princípio 3A quando o arranjo de decisão coletiva propicia ampla participação dos atores afetados pelas decisões. Em um sistema de recursos orçamentários, é desejável que haja o exercício compartilhado do poder decisório, para que uma parcela dos usuários possa participar das decisões. Tal princípio sugere a institucionalização de instâncias e de canais de acesso para discussão, defesa e contestação da mobilização e aplicação dos recursos, por parte daqueles que são afetados pelas decisões que estão sendo tomadas.

Do mesmo modo, uma participação ampla aumenta a sensibilidade do regime às transformações do seu contexto, reduzindo o tempo e o custo de adaptação. Em um sistema orçamentário, é presumível que haja a participação de parcela dos usuários na elaboração do desenho e na alteração das regras que os afetam. O princípio 3B é evidenciado pelo direito que os atores afetados têm de propor a revisão ou a alteração de regras do regime de governança, por meio de canais acessíveis, rápidos e de custo razoável (BARCELOS, 2012).

O princípio 3C, por sua vez, está conectado à suposição de que as decisões orçamentárias e os seus impactos são observáveis e mensuráveis pelos atores do sistema (ou por seus representantes), permitindo a identificação de conformidades e de desvios, no curso da ação e na atuação das autoridades responsáveis. A integralidade desse princípio implica que

os atores possam reconhecer, de maneira fácil e sistemática, o panorama geral do sistema e associar as condições do sistema às causas correspondentes (BARCELOS, 2012).

Quanto ao **princípio 4: monitoramento de usuários e recursos**, a presença plena dele requer que a fiscalização do comportamento dos atores e o monitoramento das condições reais de um SRO sejam realizados por indivíduos e/ou por organizações efetivamente responsáveis aos interesses dos atores legítimos. Assim, o comportamento dos atores orçamentários está sujeito a desvios, e os recursos sob suas responsabilidades estão sujeitos à utilização inadequada, requerendo ações de monitoramento (BARCELOS, 2012).

No que tange ao **princípio 5: sanções graduais**, o sistema orçamentário deve prever as sanções e estar autorizado a aplicá-las contra quem se desvia das regras. Essas sanções devem ser realistas e proporcionais ao grau de severidade das infrações cometidas. As punições devem possuir um efeito preventivo, no sentido de desencorajar desvios de comportamento sistemáticos.

Em relação ao **princípio 6: instrumentos para resolução de conflitos**, no caso de um SRO, presume-se que haverá arenas especializadas ou outros instrumentos acessíveis, rápidos e de custo razoável, voltados ao tratamento de divergências sobre obtenção e alocação dos recursos. Isso se torna fundamental, já que o acirramento de conflitos pode levar a um bloqueio da execução das políticas públicas e das manutenções/transformações que são operadas por meio dos programas orçamentários (BARCELOS, 2012).

No que concerne ao **princípio 7: legitimidade para decidir e se organizar**, entende-se que esse princípio está fortemente presente na estrutura de governança quando as autoridades superiores respeitam o direito das jurisdições de se auto-organizarem e de decidirem sobre as questões que lhes são inerentes. Nesse caso, haverá incentivos para que as jurisdições de hierarquia inferior desenvolvam suas próprias soluções ao gerenciamento de seus recursos, que tenderão a ser mais funcionais. O princípio 7, também, propõe que atores externos não imponham suas regras ou firam o direito básico dos usuários ao desenvolvimento e à organização de suas próprias instituições (BARCELOS, 2012).

Por fim, acerca do **princípio 8: governança acoplada**, a presença dele ocorre quando um sistema de recursos comuns, intimamente conectado a um sistema social, político ou econômico mais amplo, organiza-se a partir de níveis relativamente interdependentes, e suas atividades de governança são estruturadas por meio de múltiplas camadas institucionais (BARCELOS, 2012).

Em grandes CPR, a cooperação de larga escala pode ser alcançada por meio da decomposição das atividades de gestão dos recursos comuns em camadas jurisdicionais múltiplas, acopladas e relativamente autônomas. Atividades como apropriação, provisão, monitoramento, *enforcement* (fazer cumprir as regras), resolução de conflitos e outras funções da governança podem ser arrançadas em múltiplos níveis organizacionais (OSTROM, 1990; BARCELOS, 2012).

Barcelos (2012) afirma que, no caso de um SRO, o reconhecimento e a facilitação da organização em rede, a construção social dos problemas públicos e o debate coletivo das alternativas de solução na governança orçamentária podem ser vistos como sinais de presença do princípio 8, juntamente com a existência de *uma arquitetura policêntrica e multinível* na dinâmica do processo orçamentário (*múltiplas camadas de atores e organizações*).

Observa-se, assim, que, no caso das políticas públicas de saúde, há uma governança acoplada, com distribuição ampla de competências, inserida em uma governança federativa, o que, devido à diversidade e à multiplicidade de atores e agentes envolvidos, faz com que todo esse arranjo institucional se assemelhe a uma governança em redes.

2.3 Processo de repasse de recursos da saúde aos municípios

O planejamento das despesas de saúde deve ser realizado segundo critérios legais estabelecidos, que é um requisito de governança ainda mais importante quando se trata de recursos orçamentários. A maior proporção das ações e das despesas de saúde é realizada nos municípios, por ser o ente responsável pelas ações e pelos serviços públicos de saúde na AB, o que faz com que grande parte dos orçamentos federal e estaduais seja destinada a esses entes subnacionais.

Observe-se que, enquanto os governos municipais, principalmente os de pequeno porte, gastam a maior parte dos seus orçamentos de saúde com AB, os governos estaduais, pelo fato de esse tipo de serviço ser exercido nos municípios, gastam uma proporção baixa e decrescente. A proporção de orçamento federal está associada a transferências para os municípios, uma vez que o MS não tem, praticamente, responsabilidade na prestação de serviços de AB (GRAGNOLATI *et al.*, 2013).

Esse cenário tem demonstrado uma tendência de ampliação da responsabilidade do município na execução e no financiamento da política de saúde (MENDES e SANTOS, 2000),

em que os recursos transferidos pela União representam montantes significativos para municípios menores, sobretudo para aqueles que possuem pouca arrecadação com tributos. Esses municípios despendem, praticamente, recursos oriundos de transferências federais destinados à APS. Assim, a maior parte dos recursos aplicados pela União financia a prestação de serviços pelos municípios na área da saúde, o que representa uma fonte expressiva de recursos para eles, já que a forma de distribuição dos recursos depende da condição de gestão do município (VARELA e FARINA, 2007).

De acordo com Mendes e Marques (2003), a descentralização da política de saúde para os municípios deve ser entendida de forma relativa, pois os recursos federais compõem a maior parte do financiamento do sistema, aproximadamente 54,6% em 2001, tendo diminuído para 44,7% em 2011 (PIOLA *et al.*, 2013), e, mais ainda, em 2017, para 40,21% (dados da pesquisa).

Os critérios de transferência de parte significativa de tais recursos relacionam-se a ações preconcebidas pelo MS, restringindo a autonomia da gestão municipal quanto à aplicação dos recursos conforme a necessidade de saúde da população pela qual é responsável. No entanto, de acordo com Barros (2003), o processo de descentralização no setor de saúde apresenta a clara característica de fortalecimento da presença dos municípios na APS e a restrição ao processo de assunção da responsabilidade plena pela gestão sanitária (VARELA e FARINA, 2007).

Os resultados apresentados por pesquisas anteriores têm demonstrado que o impacto do gasto público nos resultados é maior quando há boa governança. Esse papel da boa governança como chave para a eficácia do desenvolvimento tem sido enfatizado nos últimos anos, devendo-se observar que a alocação de recursos públicos para os bens e serviços adequados pode não levar a resultados desejáveis se as instituições orçamentárias (que envolvem formulação, execução e monitoramento) não funcionarem de acordo com os princípios de governança recomendados (WORLD BANK, 2003). É por isso que a má gestão orçamentária tem sido apontada, reiteradamente, como uma das principais razões pelas quais os governos dos países em desenvolvimento apresentam dificuldades em traduzir os gastos públicos em serviços efetivos (*op. cit.*).

Conforme já exposto neste referencial teórico, pesquisas, também, apontam que nem sempre as relações entre gastos e resultados são plenamente evidentes, nos países em desenvolvimento. Filmer *et al.* (1997) reiteram que a forte correlação entre o aumento das despesas de APS e os melhores resultados de saúde, indicada em dados internacionais

sistemáticos, não se verifica em países que ainda não atingiram a maturidade no contexto da governança, devido à dificuldade inerente à desagregação das intervenções socioeconômicas e do sistema de saúde.

É importante sublinhar que, diferentemente do que o senso comum aponta, a principal questão não parece ser a falta de recursos. De acordo com o Banco Mundial (WORLD BANK, 2003), somente o aumento de gastos públicos não é suficiente para a melhoria dos resultados apresentados nos serviços de saúde, já que é difícil encontrar relações consistentes entre aumento nos gastos e resultados que demonstrem a importância de se alocar mais recursos para indivíduos de baixa renda. Em geral, os países que gastam mais recursos em saúde têm menor mortalidade infantil, mas essa associação é impulsionada, em grande parte, pelo fato de que os gastos públicos aumentam com a renda. No entanto, a relação torna-se insignificante quando o PIB *per capita* é controlado.

Assim, mesmo que se conhecesse exatamente quais políticas são eficazes para garantir o melhor nível de saúde à população, não seria possível implementar todas elas, tendo em vista que as necessidades de saúde não são finitas, e os recursos para atendê-las são limitados. É necessário observar que as necessidades de saúde da população são sempre maiores do que a disponibilidade de recursos, obrigando os formuladores de políticas e gestores a realizarem escolhas sobre como e onde aplicar os recursos disponibilizados (NEWDICK, 2005; FERRAZ e VIEIRA, 2009).

Nesse sentido, Ferraz e Vieira (2009), ao analisar os gastos em saúde de 2001 a 2006, com relação ao percentual do PIB, em gastos *per capita*, observaram que o Brasil gasta mais em saúde que outros países vizinhos com maiores níveis de renda, conforme apresentando na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 - Comparativo, entre países, do PIB *per capita*, gasto e desempenho em saúde, de 2001 a 2006

País	PIB <i>per capita</i> em dólares, em PPC (2004)	Gasto total em saúde, público e privado, <i>per capita</i> , em PPC (2004)	Total do gasto em saúde, público e privado, como % do PIB (2004)	Probabilidade de uma criança morrer < 5 anos/1.000 nascidos vivos (2005)
Argentina	12.530	1.274	9,6	16
Brasil	7.940	1.520	8,8	33
Chile	10.610	720	6,1	10
Costa Rica	9.220	592	6,6	12
Uruguai	9.030	784	8,2	15
Canadá	30.760	3.173	9,8	6
Reino Unido	31.430	2.560	8,1	6

Fonte: Extraído de Ferraz e Vieira (2009), com base em *World Bank Atlas* (2004) e *World Health Organization* (WHO). Disponível em: <<http://www.who.int/countries/en/>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

Os dados apresentados na Tabela 1, segundo os autores, geraram a falsa impressão de que o Brasil estivesse investindo suficientemente em saúde para as próprias possibilidades econômicas. Entretanto, a análise dos indicadores de saúde da população brasileira em relação aos mesmos países permite constatar que o Brasil, apesar de aparentemente gastar mais em termos *per capita* e percentual do PIB, possui indicadores piores. A Tabela 1 comparou, também, os gastos em saúde e a mortalidade de crianças menores de 5 anos no Brasil com alguns dos países das Américas e, ainda, o Reino Unido, na Europa (FERRAZ e VIEIRA, 2009).

Diante desses aspectos, os autores defendem que, por mais recursos que sejam destinados à saúde, nunca será possível atender todas as necessidades da população nesse âmbito, esteja ela em um país economicamente desenvolvido ou em um país em desenvolvimento, como o Brasil. Sempre haverá a necessidade de se fazer escolhas, muitas vezes difíceis, na área da saúde (MAYNARD e BLOOR, 1998; FERRAZ e VIEIRA, 2009).

Por meio da Tabela 2, observa-se que a situação evidenciada entre 2001 e 2006 não se alterou, substancialmente, de 2014 a 2017. Utilizando-se outro indicador de resultado na saúde (morte entre 15 e 60 anos), verifica-se que o Brasil não difere muito de outros países em termos de gasto total *per capita* e percentual do PIB. Mesmo que alguns países tenham melhorado no quesito alocação de recursos, o Brasil gasta mais, proporcionalmente ao PIB, do que o Uruguai, o Chile e a Colômbia, por exemplo. No entanto, o índice de mortalidade no Brasil continua bem pior que nos demais países.

Tabela 2 - Comparativo, entre países, do PIB *per capita*, gasto e desempenho em saúde, de 2014 a 2017

País	População, em milhares (2016)	PIB <i>per capita</i> , em dólares, em PPC (2017)	Gasto total em saúde, público e privado, <i>per capita</i> em PPC (2014)	Total do gasto em saúde, público e privado, como % do PIB (2014)	Probabilidade de um homem/mulher morrer entre 15 e 60 anos/1.000 (2016)
Argentina	43.000	20.270	1.137	9,6	143/80
Brasil	207.000	15.160	1.318	8,3	194/91
Chile	17.000	23.670	1.749	7,8	114/60
Colômbia	48.000	14.170	962	7,2	182/92
Costa Rica	4.857	16.100	1.389	9,3	126/66
Uruguai	3.444	21.870	1.792	8,26	149/79
Canadá	36.000	46.070	4.641	10,4	76/49
Reino Unido	65.000	42.560	3.377	9,1	81/52
Estados Unidos	322.000	60.200	9.403	17,1	142/86

Fonte: Elaborada pelo autor, com base em *World Bank Atlas* (2017) e *World Health Organization* (WHO). Disponível em: <<http://www.who.int/countries/en/>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

Estudo do Banco Mundial (WORLD BANK, 2003) havia apontado na mesma direção: ao se comparar gasto e indicadores de saúde, como expectativa de vida, mortalidade infantil e mortalidade materna, o Brasil revela um nível médio de desempenho entre os países de renda média e na América Latina. Outros países, como Argentina, Chile e Colômbia (Tabela 2), gastam menos recursos *per capita* ou como porcentagem do PIB, mas conseguem atingir resultados superiores ou iguais em termos de indicadores de saúde para as suas populações, o que evidencia, em geral, que o gasto por si só não auxilia muito na previsão dos resultados relativos ao estado de saúde em países diferentes. No entanto, mesmo controlando por esses fatores, alguns países ostentam um desempenho melhor do que outros com níveis semelhantes de gasto e desenvolvimento econômico. Conforme o Banco Mundial (2007), isso sugere que fatores adicionais podem influenciar a efetividade do gasto público na saúde — como políticas que orientam o gasto segundo as necessidades da população mais pobre —, e a melhor qualidade do gasto pode gerar melhorias dos resultados na área de saúde. Um aspecto apontado é que valores mais altos de gastos em saúde em níveis de alta complexidade podem ter pouco impacto nos indicadores gerais de saúde.

3 O PERCURSO METODOLÓGICO E A CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Em um primeiro momento, utiliza-se uma abordagem qualitativa, com objetivo de descrever o atual contexto de alocação de recursos financeiros públicos em saúde na AB. Posteriormente, realiza-se a verificação do comportamento das variáveis relacionadas à infraestrutura e gastos em saúde.

3.1 O percurso utilizado

Utilizam-se, assim, os princípios formulados por Ostrom (1990, 1998), para preservação de recursos comuns, que mais recentemente foram trabalhados por Barcelos (2012), no sentido de aplicá-los à análise das instituições orçamentárias no Brasil.

Nesse sentido, foi realizada pesquisa documental por meio de análise das normas que tratam de financiamento da saúde (Quadro 3), no período de 1988 a 2017, sob o aspecto das dimensões da governança orçamentária. Essas normas foram coletadas de sítios eletrônicos,

fontes oficiais (bibliotecas virtuais) da Presidência da República (Planalto), do Congresso Nacional e do Ministério da Saúde.

Quadro 3 - Normas analisadas, compreendendo o período de 1988 a 2017

Normas	Ano	Ementa ou conteúdo
Constituição Federal de 1988 e Emendas Constitucionais*	1988	Cria o SUS e define princípios, fontes de recursos, competências etc.
Emenda Constitucional n.º 29	2000	Assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde.
Lei Complementar n.º 141	2012	Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente em ASPS nas três esferas, estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde nas três esferas de governo.
Decreto n.º 7.827	2012	Regulamenta procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos de que trata a LC n.º 141/2012.
Lei n.º 8.080	1990	Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços.
Lei n.º 8.142	1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na saúde.
Decreto n.º 7.508	2011	Regulamenta a Lei n.º 8.080/1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.
Lei Complem. n.º 101 (LRF)	2000	Estabelece normas de finanças públicas para a responsabilidade na gestão fiscal.
Emenda Constitucional n.º 86	2015	Altera a CF/88, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária.
Emenda Constitucional n.º 95	2016	Instituir o novo regime fiscal.
NOB 01/1991- Resol. n.º 258	1991	Regulamenta o sistema de pagamento por produção de serviços.
NOB 01/1992- Portaria n.º 234	1992	Redefine critérios de alocação de recursos, vinculando sua liberação ao desenvolvimento de planos quinquenais.
NOB 01/1993- Portaria n.º 545. Revogada pela Port. n.º 1.580/2012 e pela Port. de Consol. n.º 1/2017	1993	Estabelece mecanismos de decisão participativos e de descentralização, demarcando uma etapa da implantação do SUS.
NOB 01/1996- Port. n.º 2.023. Revogada pela Port. n.º 1.580/2012 e pela Port. de Consol. n.º 1/2017	1996	Altera a NOB 01/93 quanto às formas de incorporação de estados e municípios ao processo de descentralização, estabelecendo a Gestão Plena da Atenção Básica.
NOAS-SUS 01/2001 – Port. n.º 95	2001	Acrescenta novos procedimentos ao conjunto do PAB, possibilitando a criação de regiões de saúde pelo gestor estadual, e adota nova sistemática de financiamento das ações de saúde.
NOAS-SUS 01/2002 – Port. n.º 373. Revogada pela Port. n.º 1.580/2012 e pela Port. de Consol. n.º 1/2017	2002	Define para os municípios cadastrados um valor fixo <i>per capita</i> que é repassado para atender gastos com assistência básica de saúde da população e valores variáveis que são repassados de acordo com a adesão a programas específicos de governo, como saúde da família.
Port. de Consol. n.º 1	2017	Consolida as normas sobre os direitos e os deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS.
Port. de Consol. n.º 6	2017	Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS (152 Portarias do MS).

Fonte: Elaborado pelo autor. Nota: Foram objeto de análise, além das EC citadas no quadro, as seguintes: ECR 1/1994, EC 10/1996, EC 12/1996, EC 17/1997, EC 20/1998, EC 21/1999, EC 27/2000, EC37/2002, EC 42/2003, EC 56/2007, EC 68/2011 e EC 93/2016.

As dimensões e categorias de análise utilizadas se encontram descritas e caracterizadas nos Quadros 1 e 4. Conforme demonstrado, os princípios de governança orçamentária foram identificados nas seguintes dimensões ou blocos de princípios: IA - Delimitação e especificação

de recursos, IB - Delimitação e especificação de usuários, II - Regras de alocação e utilização de recursos, III - Processo de decisão, IV - Processo de controle e V - Coordenação do sistema.

As categorias de análise foram formuladas a partir dos princípios de governança orçamentária definidos por Barcelos (2012), com base em Ostrom (1990, 1998) e na análise de sistemas de recursos comuns (PINTO, 2014; AGRAWAL, 2003).

Essas categorias teóricas fundamentaram a análise documental das normas sobre o financiamento da saúde, conforme **Quadros 1 e 2**, trabalhado no referencial teórico, e no **Quadro 4**, a seguir.

Quadro 4 - Princípios de governança orçamentária e condições de sucesso

IA - Delimitação e especificação de recursos		
	Princípio	Condições críticas de sucesso
1A	Delimitação de fronteiras de recursos.	Definição clara das fontes de recursos. Classificação e especificação objetiva dos recursos.
IB - Delimitação e especificação de usuários		
	Princípio	Condições críticas de sucesso
1B	Delimitação de fronteiras de usuários.	Definição clara dos usuários, com direitos e deveres bem delineados.
II - Regras de alocação e utilização de recursos		
	Princípios	Condições críticas de sucesso
2A	Congruência das regras orçamentárias com as condições locais/setoriais.	Regras simples e fáceis de entender (Pinto, 2014). Facilidade de aplicação (<i>enforcement</i>) das regras (Pinto, 2014). Alocação justa dos benefícios dos recursos comuns (Pinto, 2014).
2B	Congruência entre usuários e recursos (sustentabilidade fiscal, organizacional, política e social).	
III - Processo de decisão		
	Princípios	Condições críticas de sucesso
3A	Arranjos de decisão coletiva (decisões de mobilização e de alocação).	Governos centrais não deveriam enfraquecer as autoridades locais (Pinto, 2014). Debate sobre as escolhas orçamentárias inclusivo, participativo e realista (Bijos, 2014). Criação e modificação de regras por meio da participação de indivíduos afetados por elas, para melhor ajustá-las às características específicas de cada situação (Pinto, 2014).
3B	Arranjos de decisão coletiva (mudança de regras).	
IV - Processo de controle		
	Princípios	Condições críticas de sucesso
3C	Informações para decisão coletiva (observabilidade das decisões e de seus impactos).	Execução orçamentária ativamente planejada, gerenciada e monitorada (BIJOS, 2014). Avaliações de desempenho integram o processo orçamentário (BIJOS, 2014). Prestação de contas aos usuários por parte de monitores e outros nessa função (Pinto, 2014). Monitoramento por meio de agentes responsáveis perante os apropriadores ou os próprios apropriadores, que auditam as condições dos recursos comuns e o comportamento dos apropriadores (Pinto, 2014). Sanções proporcionais, a depender da gravidade e do contexto da ofensa, aplicadas aos infratores pelos apropriadores, por agentes por eles responsáveis ou por ambos (Pinto, 2014).
4	Monitoramento de usuários e recursos.	

5	Sanções graduais.	
V - Coordenação do sistema		
	Princípios	Condições críticas de sucesso
6	Instrumentos para resolução de conflitos.	Governos centrais não deveriam enfraquecer as autoridades locais (Pinto, 2014).
7	Legitimidade para decidir sobre questões inerentes.	Níveis integrados de apropriação, provisão, fiscalização e governança (Pinto, 2014).
8	Governança baseada em instituições acopladas.	Reconhecimento mínimo, pelas autoridades governamentais (agentes públicos externos), dos direitos dos apropriadores de se organizar e da legitimidade das instituições por eles criadas (conjunto de regras elaboradas), por meio do que eles próprios poderão fiscalizar (Pinto, 2014). Se os sistemas de recurso comum compõem sistemas maiores, a apropriação, a provisão, o monitoramento, a fiscalização, a resolução de conflitos e as atividades de governança são organizados em <i>camadas múltiplas de empreendimentos integrados</i> (Pinto, 2014).

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Barcelos (2012), Pinto (2014), Bijos (2014), Ostrom (1990, 2008), Ostrom (1990, 2007), OCDE (2014).

Sobre infraestrutura compõe-se de dados obtidos sobre Unidades Básicas de Saúde (UBS), referentes ao 2.º ciclo de avaliação (2014), disponibilizados pelo PMAQ-AB³. Para a análise da infraestrutura, foi calculado o escore final para cada UBS e a sua tipologia, adotando-se os parâmetros de Giovanella *et al.* (2015).

Com base no valor do escore final (EF), as UBS foram agrupadas em cinco tipos: - tipo 1- reprovado, com EF < 0,250; - tipo 2- rudimentar, com EF de 0,250 a 0,499; - tipo 3- restrita, com EF de 0,500 a 0,749; - tipo 4- regular, com EF de 0,750 a 0,999; e- tipo 5, padrão de referência, com escore final igual a 1, conforme o trabalho citado.

A amostra de dados orçamentários e financeiros, que tratam de despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS), correspondeu a 5.570 municípios, abrangendo 26 unidades da federação, excluindo-se o Distrito Federal por ausência de dados consolidados. Os dados foram obtidos por meio do SIOPS (MS), detalhados por categoria econômica, subfunção e bloco de despesas. Os gastos anuais por município foram divididos pela população do município (per capita) e atualizados pelo IPCA, base dez. 2017.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O sistema de saúde brasileiro é descentralizado e embasado em responsabilidades compartilhadas entre níveis de governo. Sob o aspecto do financiamento, o SUS envolve um

³ O PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) foi instituído pela Portaria GM/MS n.º 1.654, de 19 de julho de 2011, do Ministério da Saúde (REGIÃO e REDES, 2016; BRASIL, 2013; GIOVANELLA *et al.*, 2015).

complexo sistema normativo, que exige integração e coordenação entre as esferas de governo, com espaços de negociação onde as decisões devem ser tomadas de forma coordenada e coletiva, aspectos que fazem com que a arena de discussão e negociação das políticas de saúde seja uma das mais complexas.

4.1 Contexto das normas sobre alocação de recursos financeiros públicos em saúde

Procura-se, nesta seção, *descrever o atual contexto de alocação de recursos financeiros públicos em saúde*, por meio da análise documental da incidência dos princípios de governança orçamentária nas normas que tratam de alocação de recursos financeiros nas políticas de saúde.

Se os recursos orçamentários não são disponibilizados em quantidades suficientes ou se não chegam oportunamente às organizações envolvidas em sua realização, dificilmente os objetivos pretendidos pelo Estado poderão ser alcançados. Nesse sentido, estudos revelam que a presença de certos princípios de governança pode promover uma gestão bem-sucedida dos recursos comuns, considerando-se que a sustentabilidade dos sistemas sociais depende do modo como os princípios de governança atuam na regulação da alocação e da utilização de recursos (OSTROM, 1990; AGRAWAL, 2003; BARCELOS, 2012).

A partir das categorias de princípios de governança orçamentária formuladas, conforme descrito no Quadro 2, realiza-se a análise documental, utilizando-se os documentos referentes à regulamentação do financiamento da saúde e que tratam de aspectos como definição de fontes de recursos, planejamento, formulação, alocação, repasse, execução e controle, além da fiscalização dos recursos, definidos, anteriormente, no Quadro 3.

Assim, procedeu-se à análise das normas, compreendidas entre 1988 e 2017, por meio da leitura de cada documento, com vistas a identificar a incidência dos princípios de governança orçamentária no arcabouço normativo. Para tanto, foi feita a identificação das categorias (princípios de governança orçamentária) por meio de palavras-chave (Exemplificado no Quadro 5), encontradas em cada norma.

Quadro 5 – Exemplos de palavras-chave utilizadas na identificação dos princípios de governança orçamentária

Princípios	Palavras-chave
------------	----------------

P1A - Delimitação de fronteiras de recursos.	Recursos; Financiados; Distribuição; Destinados; Receita; Integrar; Aplicados; Custeio; Remanejar; Estabelecidos; Repasse; Base de cálculo; Orçamento; Alíquota; Lei orçamentária
P1B - Delimitação de fronteiras de usuários.	Organizar; Organização; Consideração; Definição; População usuária; Especificidades; Referenciamento do usuário; Necessidades; Identificação; Distributividade; Universalidade
P2A - Congruência das regras orçamentárias com as condições locais/setoriais.	Distributividade; Reduzir desigualdades; Realidade local; Especificidades; Perfil demográfico; Critérios; Características; Regionalizado; Referenciamento do usuário; Caráter especializado; Humanização do atendimento; Determinantes sociais; Necessidades; Situações específicas; Dimensões

Fonte: Elaborado pelo autor.

Posteriormente, os princípios foram organizados de modo a se obter um panorama geral de como se estrutura o arcabouço normativo, de acordo com o Quadro 6, em que se observa a ocorrência dos princípios no interior de cada norma trabalhada, até o nível de decreto, sem inclusão das normas internas e das Portaria de Consolidação n.º 1 e n.º 6, ambas de 2017.

Quadro 6 - Incidência dos princípios de governança orçamentária na legislação relativa ao financiamento da saúde, por cronologia das normas

Princípios	P1A	P1B	P2A	P2B	P3A	P3B	P3C	P4	P5	P6	P7	P8	Total
Blocos	I-A	I-B	II		III		IV			V			
CF/88	18	1	5	11	1	1	0	1	1	0	1	3	43
Lei n.º 8.080/1990	9	7	3	1	10	10		7	1		8	10	66
Lei n.º 8.142/1990	3		1		1	2	1	1			1	2	12
ECR 1/1994	3												3
Dec. n.º 1.232/1994	1		1	3			2	3			2	4	16
EC n.º 10/1996	3												3
EC n.º 12/1996	1												1
EC n.º 17/1997	2												2
EC n.º 20/1998	3				1	1							5
EC n.º 21/1999	1												1
EC n.º 27/2000	2												2
EC n.º 29/2000	10		3	0	0			6	3				22
LC n.º 101/2000 (LRF)	16	1		17	2	1	11	25	3		1		77
EC n.º 37/2002	2												2
EC n.º 42/2003	2												2
EC n.º 56/2007	1												1
EC n.º 68/2011	2												2
Dec. n.º 7.508/2011	4	8	5		21	20	7	10	1		17	14	107
LC n.º 141/2012	19		9	7	6	1	9	30	7			2	90
Dec. n.º 7.827/2012	2						2	19	13				36
EC n.º 86/2015	7												7
EC n.º 93/2016	6												6
EC n.º 95/2016	3						1	1					5
Total	120	17	27	39	42	36	33	103	29	0	30	35	511
Consolidado CF/88	66	1	8	11	2	2	1	8	4	0	1	3	107

Fonte: Elaborado pelo autor.

Observa-se, no Quadro 6, antes mostrado, a identificação das características mais relevantes tendo por base a governança orçamentária, as quais foram analisadas, também, para verificar se elas atuam como vantagens ou desvantagens (aspectos facilitadores ou dificultadores) no financiamento da saúde.

Nos resultados, as emendas constitucionais (EC) tratam de princípios relacionados à delimitação de fontes de recursos (P1A - **Delimitação de fronteiras de recursos**), ao passo que o Decreto n.º 7.508/2011 enfatiza as instâncias de decisão coletiva (P3A e P3B - **Arranjos de decisão coletiva**). Já a LC n.º 141/2012 e o Decreto n.º 7.827/2012 priorizam os mecanismos de monitoramento e fiscalização sobre a alocação de recursos (P4 - **Monitoramento e fiscalização**).

Por meio do Quadro 6, já apresentado, e do Quadro 7, a seguir, identifica-se a incidência de 511 ocorrências de princípios nas normas sobre financiamento da saúde, no período de 1988 a 2016, considerando-se, aqui, que as Portarias de Consolidação n.º 1 e n.º 6, de 2017, do MS, assim como as normas internas, não foram analisadas quanto à incidência dos princípios orçamentários.

Observa-se que há grande incidência do princípio P1A (Delimitação de fontes de recursos), que trata de definição de origem, delimitação e especificação de fontes de recursos (120/511), e do princípio P4 (Monitoramento de usuários e recursos), que cuida de monitoramento, acompanhamento e fiscalização de agentes e usuários que manuseiem ou utilizem recursos de uso comum (103/511).

O princípio P1A está fortemente presente na CF/88 (18/43). Um aspecto importante é a demonstração de constantes alterações nas fontes de financiamento. Ao se verificar a incidência do princípio 1A, das 120 ocorrências desse princípio, 66 incidiram em normas constitucionais.

Com referência ao P4, observa-se que a LC n.º 101/2000 (LRF) e a LC n.º 141/2012 priorizam a aplicação desse princípio, o que demonstra a ênfase às atividades de controle, monitoramento e fiscalização dos recursos orçamentários. O Decreto n.º 7.827/2012, que regulamentou a transferência de recursos prevista na LC n.º 141/2012, também enfatiza o princípio P4 e, da mesma forma, o princípio P5, estabelecendo, assim, prioridade aos mecanismos de monitoramento e sanção.

No intuito de facilitar a visualização dos princípios no decorrer do tempo, o Quadro 7, na sequência, resume a incidência de cada princípio no interior das normas analisadas,

discriminada por períodos: até 1999 (antes da aprovação da EC n.º 29), de 2000 a 2011 (da aprovação da EC n.º 29/2000 até a aprovação da LC n.º 141/2012) e após 2012 (depois da aprovação da LC n.º 141/2012).

Quadro 7 - Incidência dos princípios de governança orçamentária e instrumentos no financiamento da saúde

Princípios	Instrumentos e recursos	Evolução diante da EC n.º 29/1999 e da Lei n.º 141/2012			
		Até 1999	De 2000 a 2011	Após 2012	Total
IA - Delimitação e especificação de recursos					
1A- Delimitação de fronteiras de recursos.	Fontes ordinárias de tributos; fontes de contribuições	46	37	37	120
IB - Delimitação e especificação de usuários					
1B- Delimitação de fronteiras de usuários.	Usuários do SUS: acesso universal, integral e igualitário	8	9	0	17
II - Regras de alocação e distribuição de recursos					
2A- Congruência das regras orçamentárias com as condições locais/setoriais.	Critérios de descentralização e distribuição de recursos para estados e municípios	10	8	9	27
2B- Congruência entre usuários e recursos (sustentabilidade fiscal, organizacional, política e social).	Critérios de descentralização e distribuição de recursos para estados e municípios	15	17	7	39
III - Processo de decisão					
3A- Arranjos de decisão coletiva (decisões de mobilização e de alocação).	CNS; CIT	13	23	6	42
3B- Arranjos de decisão coletiva (mudança de regras).	CNS; CIT	14	21	1	36
IV - Processo de controle					
3C- Informações para decisão coletiva (observabilidade das decisões e seus impactos).	Demonstrações e estimativas de impacto	3	18	12	33
4- Monitoramento de usuários e recursos.	Demonstrações e estimativas de impacto	12	41	50	103
5- Sanções graduais.	Sanções e penalidades	2	7	20	29
V - Coordenação do sistema					
6- Instrumentos para resolução de conflitos.	CNS; CIT				0
7- Legitimidade para decidir sobre questões inerentes.	Cadeia de decisão	12	18		30
8- Governança baseada em instituições acopladas.	Organização do sistema e da rede	19	14	2	35
Total		154	213	144	511

Fonte: Elaborado pelo autor.

Observa-se que, no período de 2000 a 2012, houve ênfase nos mecanismos de decisão coletiva e no monitoramento e fiscalização dos recursos (P3A, P3B, P3C e P4), ao passo que, no período posterior a 2012, houve priorização dos princípios relacionados ao monitoramento de recursos e aplicação de penalidades (P4 e P5). No entanto, ao se conjugar os resultados dos

Quadros 6 e 7, verifica-se que grande parte da incidência ocorreu a partir de 2011, com o Decreto n.º 7.508/2011, que regulamentou a Lei n.º 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde - LOS).

Os princípios P3A, P3B, P3C, por outro lado, dizem respeito aos mecanismos de decisão coletiva, aqueles que fazem com que os atores e usuários envolvidos nas decisões se sintam legitimados e cumpram as regras com mais facilidade (OSTROM, 1990; AGRAWAL, 2003). Ressalte-se que a maior priorização dos princípios P4 e P5, após 2012, mostra que, mais recentemente, há maior tendência a se fortalecer os mecanismos de monitoramento e sanção, o que foi feito pela LC n.º 141/2012 (LRF) e pelo Decreto n.º 7.827/2012.

Após o levantamento da incidência dos princípios, procedeu-se à identificação dos aspectos mais relevantes, analisando-se, em cada bloco de princípios, aqueles que atuam como vantagens ou desvantagens (aspectos facilitadores ou dificultadores) no financiamento da saúde.

Nessa análise, observa-se que o bloco I (IA - delimitação e especificação de recursos e IB - delimitação e especificação de usuários), que engloba o P1A (Delimitação de fronteiras de recursos) e o P1B (Delimitação de fronteiras de usuários), é muito importante para se compreender o SRO. Por se tratar de definição de recursos e de usuários do sistema, esses princípios estão estabelecidos, principalmente, na CF/88. No caso do P1A, esse é um princípio essencial ao SRO, pois diz respeito às regras de delimitação de recursos.

O Quadro 8, a seguir, demonstra a ocorrência do princípio 1A (Delimitação de fronteiras de recursos), ao mostrar a incidência de normas referentes a fontes de financiamento da saúde (criação, alteração, manutenção e extinção de fontes tributárias e fundos) que dependem de normas constitucionais. Nele, observam-se constantes alterações nas fontes de recursos destinados à saúde, como criação de fundos e de tributos, prorrogação de fundos, extinção de fundos e de tributos.

Quadro 8 - Ocorrência do princípio 1A (delimitação de fronteiras de recursos).

Ordem	Norma e enquadramento	Conteúdo
1	CF/88- 195, I, II, III, IV, § 1.º	Define fontes de financiamento da seguridade social
2	CF/88 (ADCT)- 55	30% do orçamento da seguridade social para a saúde (excluído o seguro-desemprego)
3	CF/88 (ADCT)- 56	Alíquota de 0,5% da contribuição social como fonte da seguridade social
4	ECR 1/1994- 71	Cria o FSE para 1994 e 1995
5	ECR 1/1994- 72, I, VI, § 1º	FSE; Fontes de recursos que integram o FSE

6	EC 10/1996- 71	Prorroga o FSE para 1996 e 1997
7	EC 10/1996- 72, II, III, IV, § 2.º, § 3.º, § 4.º, § 5.º	Fontes de recursos que integram o FSE
8	EC 17/1997- 71	Prorroga o FSE para 1997 a 1999
9	EC 17/1997- 72, I	Fontes de recursos que integram o FSE
10	EC 20/1998- 195, I, II	Altera fontes de financiamento; Contribuição social sobre empregador e trabalhador
11	EC 20/1998- 195, § 8.º	Altera fontes de financiamento; Contribuição social sobre produtor (isenção para produtor, meeiro e arrendatário rurais e pescador artesanal)
12	EC 21/1999- 75	CPMF (Prorrogação de 1999 a 2001), Alíquota de 0,30% nos primeiros 12 meses e de 0,38% nos meses seguintes. Resultado da alteração de alíquota destinado à Previdência Social
13	EC 27/2000- 76	(DRU - Contribuições Sociais da União) 2000 a 2003
14	EC 27/2000- 76, § 1.º	(DRU) FPE e FPM excetuados
15	EC n.º 29/2000- 77, I	União - base corrigida pelo PIB (Para 2000, é a base 1999; *1,05, corrigido pelo PIB de 2001 a 2004)
16	EC n.º 29/2000- 77, II	Recursos mínimos em ASPS para os estados e DF: 12% da arrecadação dos impostos e transferências
17	EC n.º 29/2000- 77, III	Recursos mínimos em ASPS para os municípios: 15% da arrecadação dos impostos e transferências
18	EC 37/2002- 84	CPMF - Prorrogação até 2004 Alíquota de 0,38%, sendo 0,20% para ASPS
19	EC 42/2003- 76	(DRU) Prorrogação de 2003 a 2007
20	EC 42/2003- 76, § 1.º	(DRU) FPE e FPM excetuados
21	EC 56/2007- 76	(DRU) Prorrogação até 2011
22	EC 68/2011- 76	(DRU) Prorrogação até 2015
23	EC 68/2011- 76, § 1.º	(DRU) FPE e FPM excetuados
24	EC 86/2015- 166, § 9.º	Limite de 0,6% para emendas parlamentares individuais para ASPS
25	EC 86/2015- 166, § 10	Exclusão do cômputo para cálculo do limite mínimo para ASPS de 15% da receita corrente líquida
26	EC 93/2016- 76	(DRU) Prorrogação até 2023
27	EC 93/2016- 76, § 1.º	(DRU) FPE e FPM passam a ser incluídos na DRU
28	EC 93/2016- 76-A	(DRU) receitas de impostos, taxas e multas dos estados
29	EC 93/2016- 76-A, § único, inc. I, II e IV	(DRU) Prorrogação até 2023; Exclui ASPS e transferências obrigatórias e voluntárias
30	EC 93/2016- 76-B	(DRU) receitas de impostos, taxas e multas dos municípios
31	EC 93/2016- 76-A, § único, inc. I e IV	(DRU) Prorrogação até 2023; Exclui ASPS e transferências obrigatórias e voluntárias

Fonte: Elaborado pelo autor. Nota: Considera-se como alteração a criação, extinção ou alteração de alíquotas ou composição das fontes (Tributos, fundos). De 1988 a 2000 (exclusive): 1-5, 8 a 12; de 2000 (inclusive) a 2011 (inclusive): 13, 15- 18; após 2012 (inclusive): 24- 25, 27- 28. Excetuadas as prorrogações sem alteração de composição, exceto para a última (prorrogação), que provocará alteração quando da sua expiração.

Verifica-se, por meio do Quadro 8, que, de 1988 a 2000, ocorreram 10 alterações nas fontes de financiamento para a seguridade social, de 2000 a 2011, ocorreram 5 alterações e,

após 2012, ocorreram 4 alterações, o que demonstra que a instabilidade tem diminuído no decorrer do tempo.

Pode-se comprovar que, em relação aos recursos destinados à saúde, a instabilidade das fontes é um aspecto que aumenta a dificuldade na alocação de gastos, tendo em vista a necessidade de um horizonte temporal para planejamento, aprovação, execução e controle dos programas. Observa-se, no entanto, que, após a EC n.º 29/2000, houve maior estabilização nas fontes de financiamento (Conforme Quadro 8).

As regras referentes ao princípio 1A (Delimitação de fronteiras de recursos) estão relacionadas, ainda, ao equilíbrio fiscal, que envolve um horizonte de planejamento necessário, para que não haja escassez de recursos e, também, para que não se provoque a penúria dos usuários.

Na prática, o fato de as estimativas orçamentárias estarem sujeitas ao risco e à incerteza, dado que são feitas com base em informações complexas e incompletas, produz consequências importantes e inesperadas no processo como um todo (BARCELOS, 2012). Esse aspecto é evidenciado ao se identificar constantes alterações nas fontes de recurso para a saúde, sobretudo antes da aprovação da EC n.º 29/2000.

Por sua vez, o princípio 1B (Delimitação de fronteiras de usuários), definido na própria CF/88, estabelece quem são os usuários dos serviços públicos de saúde, não havendo dificuldades na delimitação, por se tratar de um serviço universal. A Lei n.º 8.080/1990 e o Decreto n.º 7.528/2011 (que a regulamenta) também complementam a definição e a delimitação dos usuários do SUS, buscando atender ao princípio da universalidade. A questão mais sensível, no entanto, é quando se trata das regras para alocação de recursos (Princípio 2A, tratado a seguir), principalmente pela diversidade local e regional em uma Federação composta por 5.570 municípios, onde estão situados os usuários dos serviços de atenção básica. Essa diversidade de usuários dos recursos da saúde e o número de entes podem proporcionar grandes dificuldades na alocação.

Feitas as considerações a respeito do bloco I, é preciso comentar, em relação aos princípios englobados no bloco II, os aspectos facilitadores ou dificultadores no financiamento da saúde.

O bloco II, que trata das regras de alocação e utilização de recursos, é composto pelos princípios 2A - Congruência das regras orçamentárias com as condições locais/setoriais e 2B Congruência entre usuários e recursos (sustentabilidade fiscal, organizacional, política e social).

Na observância do princípio 2A - Congruência das regras orçamentárias com as condições locais/setoriais, os entes públicos devem considerar os objetivos definidos na CF/88, para o estabelecimento das políticas públicas. A Lei n.º 8.080/1990, que é a Lei Orgânica da Saúde (LOS), a Lei n.º 8.142/1990 (também uma LOS), o Decreto n.º 7.508/2011 e a LC n.º 141/2012, que regulamentou a EC n.º 29/2000, também definem critérios a serem seguidos para alocação, distribuição e descentralização de recursos para a saúde.

Ao se analisar a ocorrência desse princípio nas normas reguladoras da saúde, observa-se, primeiramente, que a CF/88 (na parte atualizada pela EC n.º 29/2000) estabeleceu que uma lei complementar (LC n.º 141/2012) definiria os critérios para rateio dos recursos da União para os demais entes, e dos estados para seus respectivos municípios. O que ocorreu, porém, foi que essa lei só foi aprovada em 2012 (LC n.º 141/2012), doze anos após as definições constitucionais, acarretando consequências negativas, como as enumeradas a seguir. Enquanto a lei complementar não era aprovada, permaneciam as regras contidas na Lei n.º 8.080/1990 (art. 35), sem regulamentação. A Lei n.º 8.142/1990, por outro lado, determinava que, enquanto não houvesse regulamentação do art. 35 da Lei n.º 8.080/1990, deveria ser aplicado, exclusivamente, o critério populacional, previsto no parágrafo 1.º do citado artigo, para descentralização dos recursos para a saúde.

Outra questão é que a EC n.º 29/2000 estabeleceu valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), sem definição de quais ASPS seriam contemplados, problema que foi tratado apenas com a aprovação da LC n.º 141/2012.

Um terceiro problema relacionado a critério de alocação de recursos é a forma de correção dos valores prevista na EC n.º 29/2000, que provocava divergência de interpretações entre os órgãos envolvidos no planejamento, execução e controle dos recursos (Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional, Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde e Advocacia-Geral da União), conforme Decisão n.º 143, de 20 de março de 2002, do Tribunal de Contas da União (TCU). Essa questão perdurou desde a aprovação da EC n.º 29/2000 até 20/03/2002, quando o TCU estabeleceu que o critério de correção dos valores deveria ser realizado pela chamada base móvel, ou seja, a cada ano, ao invés de se utilizar o ano-base de 2000 (Piola *et al.*, 2013).

A grande multiplicidade de normas é outro aspecto a ser considerado, o qual foi facilitado após a aprovação, em 3 de outubro de 2017, da Portaria de Consolidação n.º 6, do MS, que consolidou as normas internas (152 portarias do MS) sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para ASPS do SUS.

Em suma, são os seguintes os principais aspectos relacionados a esse princípio: a) a existência de critérios complexos e sobrepostos para a alocação de recursos, previstos na Lei n.º 8.080/90, e que não foram regulamentados; b) a falta de definição da alocação de recursos para ASPS por um período de 10 anos; c) a falta de clareza nos critérios de atualização de valores mínimos previstos na EC n.º 29/2000; e d) a existência de grande multiplicidade de normas que tratam de financiamento da saúde.

Para o CONASS (BRASIL, 2011b), a adoção prévia de critérios para orientar os repasses tem pelo menos duas vantagens: (a) nos sistemas descentralizados, como é o caso do SUS, em que boa parte dos recursos utilizados na ponta do sistema é oriunda de transferências de outras esferas, a existência de critérios objetivos, previamente definidos, para o repasse de recursos dá maior transparência ao processo de alocação; (b) esse mesmo fato confere maior segurança à instância de governo que recebe os recursos, que poderá estimar, com antecedência, o que vai receber.

Observa-se, portanto, que, após a aprovação da LC n.º 141/2012, ocorreu melhoria e clareza nos critérios de alocação de recursos, o que pode ser interpretado como um aspecto facilitador.

No que tange ao princípio 2B - Congruência entre usuários e recursos, referente à previsão de mecanismos que proporcionem sustentabilidade fiscal, organizacional, política e social, esse ocorre na CF/88, na LC n.º 101/2000 (LRF) e na LC n.º 141/2012.

Um critério crítico para esse princípio é que as normas estabeleçam mecanismos que assegurem a sustentabilidade dos recursos orçamentários, e como condições críticas é que as regras sejam simples e fáceis de entender e que haja facilidade de aplicação (PINTO, 2014). Pela observação das normas analisadas, um exemplo é a maior clareza quando a LC n.º 141/2012 especifica a delimitação dos gastos a serem incluídos em ASPS.

No que diz respeito ao bloco III (Processo de decisão), esse é composto pelos arranjos de decisão coletiva, subagrupados em P3A - Arranjos de decisão coletiva (decisões de mobilização e de alocação) e P3B - Arranjos de decisão coletiva (mudança de regras), os quais têm incidência na Lei n.º 8.080/1990, na Lei n.º 8.142/1990, na LC n.º 101/2000 (LRF), no Decreto n.º 7.508/2011 e na LC n.º 141/2012.

Ao se analisar o número de entes subnacionais envolvidos na alocação de recursos da saúde, já se percebe a grande quantidade e diversidade de atores envolvidos, ou seja, pelo menos 5.570 (que equivale ao número de municípios). No entanto, além dos entes públicos envolvidos,

há outros atores, sejam representantes de usuários, de entes públicos, de servidores, de profissionais, sejam aqueles que participam da produção e da prestação de serviços privados.

A atuação desses atores efetiva-se, primordialmente, por meio de comissões e conselhos. Os entes públicos são representados principalmente nas comissões intergestores, enquanto os demais atores são representados nos conselhos. As Comissões Intergestores são divididas em 486 Comissões Intergestores Regionais (CIR), 26 Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e, no âmbito nacional, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Os conselhos são divididos em: 26 Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde dos estados (COSEMS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Verifica-se, portanto, que o número de atores é consideravelmente elevado, mesmo considerando-se a previsão de arranjos de decisão coletiva, como os citados anteriormente. O CONASEMS, por exemplo, possui 5.570 membros. O CNS, em 28/08/2018, possuía 49 representantes, conforme relação disponibilizada em seu sítio eletrônico. Observa-se que a Lei n.º 8.142/1990 dispõe que o CNS, órgão colegiado, é composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários.

Contudo, o grande número de envolvidos no sistema de saúde, que se utilizam das arenas de discussão para a defesa de seus interesses (que, muitas vezes, podem ser conflitantes), é um aspecto que pode atuar como um dificultador do sistema de governança.

Por sua vez, o bloco IV (Processo de controle) agrupa os princípios 3C - Informações para decisão coletiva (observabilidade das decisões e de seus impactos), 4 - Monitoramento de usuários e recursos e o 5 - Sanções graduais.

O princípio 3C — Informações para decisão coletiva (observabilidade das decisões e de seus impactos) — possui incidência na LC n.º 101/2000, no Decreto n.º 7.508/2011 e na LC n.º 141/2012, e diz respeito aos instrumentos para que os arranjos de decisão coletiva disponham de informações suficientes e atualizadas, sempre que necessário, as quais devem estar institucionalizadas para permitir esse fluxo constante e suficiente a ser disponibilizado aos tomadores de decisão. Há dois marcos legais importantes relacionados a esse princípio: a LC n.º 101/2000, que, no art. 67, previu a disponibilização de informações, de forma regular, para atuação do conselho de gestão fiscal, e a LC n.º 141/2012, que enfatizou a disponibilização de informações aos conselhos de saúde e aos tribunais de contas em atuação em cada ente público, para que eles pudessem atuar de forma mais efetiva (arts. 17, 19, 31, 39 e 41, por exemplo).

Já o princípio 4 (Monitoramento de usuários e recursos) possui incidência na CF/88, na Lei n.º 8.080/1990, na EC n.º 29/2000, no Decreto n.º 7.508/2011, na LC n.º 141/2012 e no Decreto n.º 7.827/2012, e está relacionado aos instrumentos e às medidas disponíveis para o exercício das atividades de monitoração, acompanhamento, fiscalização e controle. O Decreto n.º 7.827/2012 foi um importante marco nesse sentido, ao definir os instrumentos a serem disponibilizados pelo SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde), proporcionando meios para a elaboração automática de demonstrativos e para a integração do módulo de acompanhamento e monitoração dos limites aos órgãos de fiscalização e controle com o sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação.

O princípio 5 (Sanções graduais), que também integra o bloco IV, possui incidência na LC n.º 101/2000 (LRF), no Decreto 7.827/2011 e na LC n.º 141/2012. A LC n.º 101/2000 estabeleceu sanções aos entes da Federação que não cumprissem os limites de gasto máximos definidos. A Lei n.º 8.080/1990 e o Decreto n.º 7.827/2011 também demonstraram preocupação no estabelecimento de mecanismos sancionatórios para o descumprimento de limites de gasto, mas foi a LC n.º 141/2012 que reforçou as sanções aplicáveis ao descumprimento dos limites de gasto mínimos pelos entes da Federação, conforme os arts. 25, 26, 39 e 46.

Por fim, quanto à identificação dos aspectos relevantes da incidência dos blocos de princípios no sistema orçamentário, tem-se o bloco V (Coordenação do sistema), formado pelos princípios 6 - Instrumentos para resolução de conflitos, 7 - Legitimidade para decidir sobre questões inerentes e 8 - Governança baseada em instituições acopladas.

Com relação ao princípio 6 (Instrumentos para resolução de conflitos), sua ocorrência não foi identificada explicitamente nas normas sobre financiamento da saúde. É interessante observar, no entanto, que os mecanismos de decisão coletiva, previstos nos princípios 3A e 3B, poderiam, nesse caso, ser interpretados e utilizados como forma de resolução de conflitos entre os entes públicos e demais atores do sistema.

Por sua vez, o princípio 7 (Legitimidade para decidir sobre questões inerentes), que define que as autoridades orçamentárias sejam dotadas de autoridade e de autonomia para tomada de decisões nas questões que lhes são pertinentes, tem incidência na Lei n.º 8.080/1990 e no Decreto 7.508/2011. Entretanto, é neste princípio que houve importante alteração na previsão de atuação dos entes públicos, ao prever que as decisões sejam tomadas após a oitiva

dos conselhos de saúde no âmbito de atuação de cada ente, conforme preconizado no art. 15 do mencionado decreto.

Já o princípio 8 (Governança baseada em instituições acopladas) tem incidência na CF/88, na Lei n.º 8.080/1990 e na LC n.º 141/2012. Está estabelecido, primordialmente, na própria CF/88, ao estabelecer que a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade (art. 194) e que ASPS integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, com *direção única em cada esfera de governo* e com *participação da comunidade* (art. 198).

Portanto, a coordenação do sistema envolve a integração entre os entes federativos, as comissões intergestores e os conselhos, fazendo com que o elevado número de atores envolvidos aumente a complexidade na condução das políticas públicas de saúde e, conseqüentemente, a dificuldade nas decisões sobre alocação de recursos. Os entes públicos, na condução das decisões, como pode ser observado no art. 30 da Lei n.º 8.080/90 e no art. 15 do Decreto n.º 7.508/2011, dependem de pactuações de comissões intergestores e de deliberações dos conselhos, tornando sobremaneira complexa a coordenação do sistema.

Assim, um aspecto que não pode ser olvidado é a necessidade de integração e coordenação entre as três esferas de governo. Nesse sentido, cabe à União o papel de planejar, coordenar e integrar os serviços prestados na atenção básica, e aos municípios cabe o papel principal de executar as políticas de saúde relacionadas à atenção básica; aos estados, por seu turno, cabem as atividades de coordenação regional das políticas de saúde.

Assim, levando-se em conta aspectos relacionados ao federalismo e à descentralização, a governança do SUS possui uma configuração institucional composta por instâncias e mecanismos de compartilhamento de poder, com vistas a assegurar a participação dos estados e municípios na elaboração das políticas e programas, no planejamento nacional, na alocação de recursos financeiros e na tomada de decisões nos rumos da política de saúde no país (BRASIL, 2016).

Essa configuração das relações intergovernamentais do SUS está definida na CF/88 (Capítulo II, seção II) e na Lei n.º 8.080/1990 (Capítulo IV), que contêm os fundamentos da organização federativa da política de saúde no Brasil e estabelecem que a distribuição de competências entre as esferas de Estado deve compatibilizar os princípios de descentralização e unicidade, compondo um sistema de saúde com comandos no âmbito nacional, estadual e

local, articulados de forma regionalizada com o objetivo de integrar ASPS em todo o país. (BRASIL, 2016).

Pode-se observar que há princípios importantes, porém, a serem observados em momentos de planejamento a médio e longo prazos, como as formas de delimitação e obtenção de recursos, como regras para alocação e descentralização de recursos, que, caso não sejam institucionalizados de forma oportuna e conveniente, podem trazer consequências que não podem ou não poderão ser revertidas, nem corrigidas a curto prazo, como em situações emergenciais. É o caso, por exemplo da clara definição dos papéis exercidos na produção de equipamentos e insumos dentro do País, como se pode perceber ao se deparar com dificuldades de importação de produtos básicos, equipamentos, como máscaras, respiradores e insumos para medicamentos, que são disputados pelos mercados com melhor poder aquisitivo, como Europa e Estados Unidos, fazendo com que mercados com menos potencial, como o Brasil, sejam preteridos.

Há necessidade de providências que envolvem coordenação entre entes e atores e decisões coletivas, como mapeamento de equipamentos, instalações, laboratórios privados, bem como parques industriais para produção de itens básicos (como máscaras, desinfetante, etc.), para serem requisitados em tempos de crise. As esferas de competência poderiam, por meio de mapeamento e acompanhamento da utilização de equipamentos e instalações de saúde, gerenciar a utilização (por meio de requisição ou contrato administrativo), de acordo com a disponibilidade e a necessidade (Arranjos de decisão coletiva e coordenação com instituições acopladas em níveis de decisão).

O Quadro 9, apresentado na sequência, sintetiza os aspectos que contribuem de modo a facilitar ou dificultar a gestão orçamentária dos recursos da saúde.

Quadro 9 - Aspectos que facilitam ou dificultam a governança orçamentária na saúde.

Dimensões (Blocos de princípios)	Categorias de análise (Princípios de governança orçamentária)	Norma e aspecto analisado	Contribuição
IA - Delimitação e especificação de recursos	1A - Delimitação de fronteiras de recursos	CF/88 e Emendas Constitucionais (Quadro 8): instabilidade nas fontes de recursos	Dificulta
IB - Delimitação e especificação de usuários	1B - Delimitação de fronteiras de usuários	CF/88, Lei n.º 8.080/1990 e Decreto n.º 7.528/2011: diversidade dos usuários dos recursos da saúde e número de entes que podem trazer dificuldades de alocação.	Dificulta

II - Regras de alocação e utilização de recursos	2A - Congruência das regras orçamentárias com as condições locais/setoriais	CF/88, Lei n.º 8.080/1990, Lei n.º 8.142/1990, Decreto n.º 7.508/2011, LC n.º 141/2012: diversidade de critérios de alocação; complexidade de critérios, falta de definição de gasto e ausência de clareza devido à sobreposição de critérios e ao grande número de normas internas (152)	Dificulta
	2B - Congruência entre usuários e recursos (sustentabilidade fiscal, organizacional, política e social)	CF/88 (arts. 194 e 195), LC N.º 101/2000 (arts 14, 16 e 19), LC n.º 141/2012 (arts. 2.º, 3.º, 4.º e 30)	Facilita
III - Processo de decisão	3A - Arranjos de decisão coletiva (decisões de mobilização e de alocação)	Lei n.º 8.080/1990, na Lei n.º 8.142/1990, na LC n.º 101/2000, no Decreto 7.508/2011 e na LC n.º 141/2012. Presença de 5.570 municípios. Comissões intergestores: 486 comissões intergestores regionais (CIR), 26 comissões intergestores bipartite (CIB) e, no âmbito nacional, uma Comissão Intergestores Tripartite (CIT).	Dificulta
	3B - Arranjos de decisão coletiva (mudança de regras)		
IV - Processo de controle	3C - Informações para decisão coletiva (observabilidade das decisões e de seus impactos)	LC n.º 101/2000, Decreto n.º 7.508/2011 e LC n.º 141/2012.	Facilita
	4 - Monitoramento de usuários e recursos	CF/88, Lei n.º 8.080/1990, EC n.º 29/2000, Dec. 7.508/2011, LC n.º 141/2012 e Dec. 7.827/2012.	Facilita
	5 - Sanções graduais	LC n.º 101/2000, Dec. 7.827/2011 e LC n.º 141/2012.	Facilita
V - Coordenação do sistema	6 - Instrumentos para resolução de conflitos		
	7 - Legitimidade para decidir sobre questões inerentes	Lei n.º 8.080/1990, Decreto n.º 7.508/2011.	Facilita
	8 - Governança baseada em instituições acopladas	CF/88, Lei n.º 8.080/1990 e LC n.º 141/2012: complexidade da rede de atores, número de entes públicos e número de arranjos de decisão coletiva.	Dificulta

Fonte: Elaborado pelo autor.

A respeito do conteúdo do Quadro 9, antes mostrado, foi desenvolvida uma classificação dicotômica de fatores *facilitadores* ou *dificultadores*, que levou à discussão dos aspectos que demonstram o comportamento da gestão orçamentária.

No caso do princípio 1A (Delimitação de fronteiras de recursos), trata-se da instabilidade nas fontes de recursos para a saúde, em decorrência das constantes alterações nas fontes de financiamento da saúde, sobretudo no período de dois anos após a aprovação da CF/88. A instabilidade nas fontes é um aspecto que aumentou a dificuldade na alocação de gastos, em vista da necessidade de um horizonte temporal mínimo para que as políticas públicas sejam negociadas, aprovadas e executadas.

Os autores como Wade (1994), Ostrom (1990) e Agrawal (2003) defendem a importância de regras que estabeleçam ajuste de limites de coleta com a regeneração de recursos. A grande instabilidade observada de 1988 a 2000 concorreu para a dificuldade de alocação de recursos para a saúde nesse período, já que ocorreram 12 alterações constitucionais

(por meio de emendas), que acarretaram instabilidade e incerteza nos montantes destinados à saúde para as três esferas de governo.

Quanto à incidência do princípio 1B (Delimitação de fronteiras de usuários), o aspecto analisado diz respeito à diversidade de usuários e ao número de entes que podem trazer dificuldades de alocação de recursos.

No tocante ao princípio 2A (Congruência das regras orçamentárias com as condições locais/setoriais), os aspectos analisados são a diversidade de critérios de alocação, a complexidade de critérios, a falta de definição de gasto e a ausência de clareza devido à sobreposição de critérios e ao grande número de normas internas (a Portaria de Consolidação n.º 6, de 2017, consolida 152 portarias do MS sobre descentralização e transferência de recursos aos entes e prestadores de serviço).

Observa-se que, após a aprovação da LC n.º 141/2012, ocorreu melhoria e clareza nos critérios de alocação de recursos, o que pode ser interpretado como um aspecto facilitador. Todavia, vários aspectos relatados nesse princípio atuam como um dificultador da boa governança orçamentária, já tratados, como a existência de critérios complexos e sobrepostos para alocação de recursos, previstos na Lei n.º 8.080/1990, e a existência de grande multiplicidade de normas que tratam de financiamento da saúde, que dificultam, inclusive, a atuação dos órgãos envolvidos no monitoramento e na fiscalização.

Ao tratar das inconsistências nos critérios de repasse de recursos, a partir da análise dos dispositivos da LC n.º 141/2012, Piola *et al.* (2013) argumentam acerca da possibilidade de se conciliar, em um mesmo padrão de distribuição de recursos, critérios que premiam a equidade com aqueles que recompensam a eficiência. Essa dificuldade é evidenciada na alocação desigual de recursos entre os entes subnacionais, podendo-se verificar grandes disparidades, como municípios que alocam R\$ 50,00 *per capita* anuais e municípios que alocam valores acima de R\$ 3.500,00 *per capita*. Em termos de média de gastos de municípios por estado na atenção básica, observa-se variação de R\$ 207,00 (PA) a R\$ 752,00 (SC), em 2014 (dados da pesquisa, 2019).

No que se refere ao bloco III (Processo de decisão), que engloba P3A — Arranjos de decisão coletiva (decisões de mobilização e de alocação) — e P3B — Arranjos de decisão coletiva (mudança de regras) —, o aspecto avaliado trata do grande número de atores, especialmente os municípios (5.570).

Com relação às políticas de saúde, cabe às três esferas, de maneira conjunta, definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde, monitorar o nível de saúde da população, elaborar normas para regular a contratação de serviços privados, gerenciar recursos orçamentários e financeiros, definir políticas de recursos humanos, realizar o planejamento de curto e médio prazo e promover a articulação de políticas e planos de saúde, entre outros (BRASIL, 2016). Essas atribuições, das quais participam os entes públicos, são capitaneadas pelas Comissões Intergestores, divididas em 486 CIR, 26 CIB e, em nível nacional, a CIT.

Além do aspecto federativo, a governança orçamentária do SUS é composta, também, por espaços onde a sociedade atua, na política de saúde, nas três esferas de governo, que são espaços institucionais presentes em cada esfera de governo, voltados para formular estratégias e controlar a execução da política de saúde, incluindo as questões relativas aos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 2016). Esses grupos de atuação estão representados pela seguinte distribuição: 26 Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde dos estados (COSEMS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Quanto ao bloco V, destaca-se, na análise dos aspectos que facilitam ou dificultam a governança orçamentária na saúde, o princípio 8 (Governança baseada em instituições acopladas), que diz respeito à complexidade da rede de atores, ao número de entes públicos e de arranjos de decisão coletiva.

Esse aspecto é particularmente importante para o SUS, em vista dos princípios que guiam a atuação dos atores nas políticas de saúde, como universalização, descentralização, autonomia, e participação e controle social.

A governança na saúde, de acordo com Lima *et al.* (2016), expressa relações de *dependência, interação e acordos* estabelecidos entre diversos atores (relacionados ao Estado, ao mercado e à sociedade), cujos interesses, embora muitas vezes divergentes, podem ser organizados e direcionados segundo objetivos comuns (negociados), de modo a assegurar (ou não) o direito ao acesso universal à saúde.

Observa-se que a dinâmica dessa governança federativa influencia e é influenciada por diferentes atores sociais ou políticos, tais como a sociedade civil, que gera a demanda, a iniciativa privada, as instituições de ensino e pesquisa, os Poderes Legislativo e Judiciário, os órgãos de controle, a fiscalização e a defesa dos direitos, e outros órgãos do Executivo que atuam na área social ou de planejamento e orçamento (BRASIL, 2016).

Para Lima (2016), somente por meio de planejamento, integração, regulação e financiamento em uma rede regionalizada de atenção à saúde, além de mecanismos eficientes de pactuação intergestores, os usuários terão acesso a um sistema de saúde integral e resolutivo.

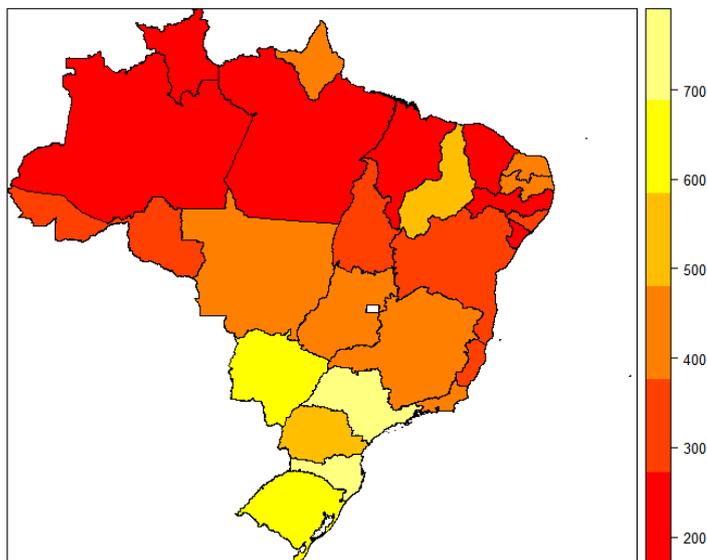
O Brasil com seu modelo de organização federativa, demanda uma integração federativa, coordenada pela União. No entanto, o que se observa é que o Executivo Federal define certas políticas, os Estados, por sua vez, tomam decisões isoladas, os municípios, por outro lado, definem outras políticas. Portanto, o que se vê é que os Estados tomam medidas dissociadas da União e determinam certas políticas aos municípios, em contrariedade aos princípios 3A, 3B e 3C, que pressupõe mecanismos de decisões coletivas. Esse modelo decisório não é o que preconiza o princípio 8- Governança baseada em instituições acopladas- que prevê decisões envolvendo a participação de todos entes das três esferas de governo, bem como a participação dos demais atores.

4.2 Os Gastos e a Infraestrutura em Saúde

Outro aspecto relevante é conhecer como os recursos são aplicados. Para isso, apresenta-se a média da alocação de recursos per capita dos municípios por estado no território brasileiro. Verifica-se que há grande desigualdade na distribuição dos recursos entre as regiões Norte e Nordeste e as demais regiões.

A Figura 2 mostra a média de alocação de recursos orçamentários na AB por estado da Federação, calculados pela média dos gastos anuais per capita dos municípios⁴. Observa-se que a região Norte apresenta os piores índices socioeconômicos, com uma área geográfica maior e com uma população dispersa espacialmente, o que não fica claro quando se analisam os dados puramente estatísticos.

⁴ Atualizado pelo IPCA, base dez. 2017.

Figura 2 - Alocação de recursos na AB (ciclo 2)

Fonte: Dados da pesquisa, 2019. Nota: A escala da legenda corresponde à média de gastos em AB nos municípios por estado, em R\$ (reais) *per capita* anual.

De acordo com a Figura 2, observa-se que a região Norte também é a que, em média, aloca a menor quantidade de recursos (menos de R\$ 400,00 *per capita* ao ano), seguida pelo Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, esse com a melhor média de alocação (acima de R\$ 500,00 *per capita* ao ano).

Isso evidencia que a falta de regras estáveis e claras dificulta a governança de um sistema orçamentário. Há, no Sistema de Recursos Orçamentários (SRO), a interação de pelo menos quatro grupos de atores (por vezes, com interesses conflitantes). Pelo lado da provisão, há o universo dos contribuintes, munindo o sistema com os recursos necessários. Num nível logo acima, está o Tesouro Nacional — ator organizacional de natureza estatal que atua como “guardião dos recursos” providos pelos contribuintes. Na divisa entre as funções de provisão e de apropriação, há uma “autoridade orçamentária”, responsável pela coordenação do processo da alocação de recursos, sem poder abrir mão do resguardo do equilíbrio global do sistema. A falta de estabilidade acirra a disputa entre guardiões e *spenders*, denominações criadas por Wildavsky (1964), o que provoca subutilização dos recursos, a exemplo dos contingenciamentos orçamentários, ao provocar artificialmente superávit no final do exercício, quando os órgãos setoriais, como o Ministério da Saúde, já não possuem condições operacionais de realizarem despesas até o encerramento do exercício.

O esforço dos municípios tem impacto reduzido pela baixa arrecadação própria. A maioria deles tem um alto grau de dependência dos recursos federais, repassados por intermédio do SUS, do fundo de participação e das transferências estaduais. Uma avaliação das condições de financiamento nos municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes, com dados de 2005, revelou que 68% dos municípios do Nordeste recebem do SUS mais do que arrecadam com tributos (Brasil, 2013c).

Neste contexto, a com relação à tipologia da infraestrutura da AB calculou-se *escores finais* para cada UBS, de acordo com Giovanella *et al.* (2015), conforme quadro 10 a seguir.

Quadro 10 - Características para cada tipologia de UBS

Tipologias	Características
1 - Reprovado	Ausência de estrutura de serviço de saúde. São UBS que não cumprem requisitos mínimos para prestar qualquer atendimento e serem consideradas uma unidade de saúde. São UBS que, por suas precárias condições de infraestrutura, deveriam ser fechadas ou interditadas até sua completa reforma, não devendo estar registradas no CNES como UBS independente.
2 - Rudimentar	Importante insuficiência de equipes, do elenco de profissionais, de serviços disponíveis e de equipamentos e insumos. São UBS que sequer realizam atendimento ao grupo materno-infantil e tampouco poderiam ser consideradas prestadoras de uma atenção primária seletiva.
3 - Restrita	Insuficiência de equipamentos e de equipe de saúde. São UBS que necessitam, principalmente, de investimentos em infraestrutura geral e para a prestação de serviços de saúde bucal.
4 - Regular	São UBS com equipes de saúde da família e saúde bucal que, com baixo investimento para a melhoria da infraestrutura de equipamentos e insumos, alcançariam o padrão de referência. Possuem dificuldade de acesso à internet, que pode requerer investimentos do setor de telecomunicações.
5 - Padrão de Referência	Dispõem de condições elementares para funcionamento e prestação de escopo de ações em atenção básica. Funcionam 5 ou mais dias na semana, em 2 ou 3 turnos de atendimento, e ofertam consultas médicas, enfermagem e odontologia.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Giovanella *et al.* (2015).

Por meio da Tabela 3, observa-se que as regiões com municípios mais pobres, ou seja, com IDHM e PIB per capita inferiores (Norte e Nordeste), possuem maior proporção de UBS tipo 1 e menor proporção de UBS tipo 5, ao passo que, nas regiões com índices superiores, a proporção é invertida.

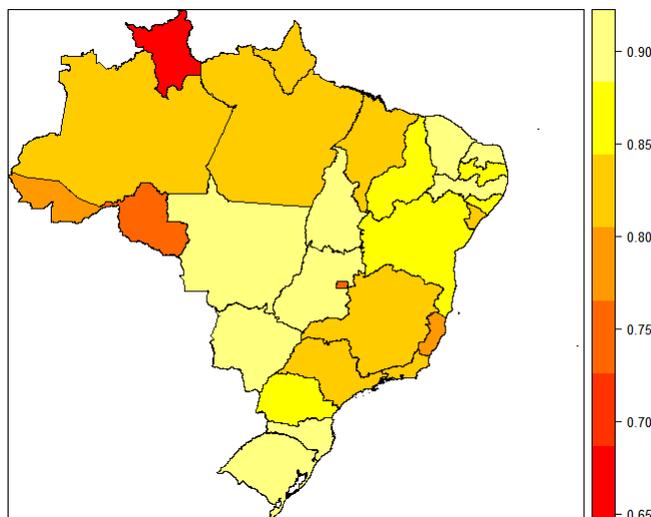
Tabela 3 - Tipologia das UBS por regiões geográficas (ciclo 2)

Ciclo 2													
Tipo de UBS	Grandes regiões geográficas												
	Total		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1	445	1,8	54	3,1	210	2,1	123	1,7	34	0,9	24	1,3	
2	138	0,6	22	1,3	68	0,7	36	0,5	6	0,2	6	0,3	
3	4.200	17,1	372	21,3	1.431	14,4	1.707	23,4	435	11,9	255	13,3	
4	18.816	76,8	1.236	70,9	7.719	77,9	5.324	73,1	3.037	83,4	1.500	78,4	
5	900	3,7	59	3,4	486	4,9	98	1,3	129	3,5	128	6,7	
Total	24.499	100,0	1.743	100,0	9.914	100,0	7.288	100,0	3.641	100,0	1.913	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A região Norte, conforme demonstrado na Figura 3, semelhantemente ao que ocorre com os recursos orçamentários, é a que apresenta a pior média de escore por estado (todos inferiores a 0,85), enquanto as regiões Centro-Oeste e Sul apresentam as melhores médias por estado (todos superiores a 0,85).

Figura 3 – Distribuição da tipologia por média de escore das UBS por estado (ciclo 2)



Fonte: Dados da pesquisa, 2019. Nota: A escala da legenda corresponde à média dos escores das UBS dos municípios por estado.

Ressalte-se que o artigo 17 da LC n.º 141/2012 determina que o rateio dos recursos da União vinculados às ASPS e repassados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios deve observar as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ASPS.

Nas regiões com menores índices de desenvolvimento socioeconômico, principalmente em municípios das regiões Norte e Nordeste, a importância da AB é evidente, pois, a AB é a que mais beneficia os mais pobres (Atun, 2004; Filmer *et al.*, 1997).

As evidências apresentadas acima são corroboradas quando se analisam as normas referentes ao financiamento da saúde diante dos princípios de governança. Ao observar os entes públicos tomando medidas dissociadas entre eles, verifica-se que esse não é o modelo preconizado pelos princípios de governança em um contexto federativo, que prevê decisões envolvendo a participação dos entes das três esferas de governo, bem como a participação de outros atores da sociedade civil.

O Brasil por possuir um modelo de organização federativa, demanda especial necessidade de integração entre os entes, coordenada pela União. No entanto, o que se observa é o Executivo Federal definindo políticas e, os Estados, tomando decisões isoladas, por fim os municípios definindo outras políticas, muitas vezes sobrepondo e em outros momentos não consegue atender a oferta de bens e serviços essenciais à Atenção Básica, como por exemplo a disponibilidade da testagem em massa da população local. Isso, é observado por Rodrigues e Azevedo (2020) como uma fragilidade e contradições relativas à descentralização político-institucional que ocorre no Brasil desde a promulgação da Constituição de 1988.

5. CONCLUSÕES

Ao analisar os resultados evidenciados, constatou-se que o sistema de saúde, especialmente na AB, apresenta deficiências de governança, um dos grandes entraves é a deficiência de coordenação e integração de todos os entes que compõem o sistema de saúde como um todo.

Essas dificuldades, constatadas quando se analisam as normas referentes ao financiamento da saúde, por serem aspectos que dificultam a governança orçamentária, conseqüentemente são fatores que prejudicam a alocação de recursos no âmbito das políticas de saúde. É visível que as responsabilidades dos municípios cresceram, mas esse fator não é o único a ser levado em consideração. Há que ser observado, por exemplo, se o aumento da responsabilidade por parte dos municípios propiciou condições financeiras e orçamentárias mais favoráveis, ou se os instrumentos normativos evoluíram, também, no sentido de favorecer todo o ciclo de políticas públicas de saúde, dentro de um sistema integrado e coordenado.

Ressalta-se que mais da metade das cidades brasileiras (52,9%) não oferece infraestrutura básica de saúde (IBGE, 2015), o que faz com que pacientes da atenção básica desses locais procure serviços básicos, internação ou realização de exames médicos em unidades hospitalares de outros municípios.

As dificuldades de governança apresentadas corroboram as palavras de Lima (2016), que somente por meio de planejamento, integração, regulação e financiamento em uma rede regionalizada de atenção à saúde, além de mecanismos eficientes de pactuação intergestores, os usuários terão acesso a um sistema de saúde integral e resolutivo, que se tornam mais claras em situações de crise, como a que estamos vivendo.

Assim, defende-se a necessidade de se melhorar a governança dos recursos da saúde, o que evidencia que, mesmo com os mecanismos de decisão coletiva e a previsão de coordenação entre todos os entes públicos, existem dificuldades que se refletem na alocação de recursos financeiros nos municípios brasileiros.

A partir das constatações apresentadas, a investigação chama atenção para a necessidade de melhoria da tomada de decisões dos gestores públicos, e do processo de avaliação para planejamento e execução das políticas públicas na atenção básica. Uma vez que um serviço planejado para a sua execução é necessário que haja disponibilidade de infraestrutura básica adequada, como equipamentos e instalações. Sob esse enfoque, os recursos devem ser devidamente geridos e controlados a ponto de se verificar efetivamente as consequências resultantes, por meio da verificação de como se estrutura a composição dos equipamentos básicos de saúde locais, diante dos recursos disponibilizados.

Por último, é importante deixar claro que na segunda parte do trabalho não se buscou estabelecer relações complexas entre as variáveis do estudo, mas apresentar evidências da situação do País, no que se refere à governança dos gastos em saúde e a infraestrutura na AB.

Dessa forma, este estudo contribui, a partir do entendimento do contexto da governança dos recursos públicos e das relações entre infraestrutura e gastos públicos, para a melhoria da tomada de decisões dos gestores públicos, para o processo de avaliação quanto ao planejamento e à execução das políticas públicas no país.

Por meio da elaboração de conhecimento sobre a alocação de recursos financeiros em serviços públicos de saúde, este estudo poderá auxiliar na alocação de recursos públicos de modo mais eficiente, eficaz e efetivo. Também, poderá indicar novas ações para os agentes,

gestores do SUS e a sociedade em geral, como forma de colaborar para a maior efetividade dos serviços, a partir da ampliação dos conhecimentos sobre gastos em saúde e sua relação com a infraestrutura de saúde dos governos locais.

REFERÊNCIAS

AGRAWAL, Arun. Common resources and institutional sustainability. In: Ostrom *et al.* (Eds.), **The drama of the commons**. Washington, DC: National Academy Press, 2002.

AGRAWAL, Arun. Sustainable Governance of Common-Pool Resources: context, methods, and politics. **Annual Review of Anthropology**, v. 32, outubro, p. 243-262, 2003.

ATUN, R. **What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report), 2004. Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2019.

BANCO MUNDIAL. **Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil**: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos. Banco Mundial, 2007.

BARCELOS, Carlos L. K. **Governança Orçamentária e Mudança Institucional: o Caso da Norma Geral de Direito Financeiro - Lei n.º 4.320/64**. Tese – Programa de Pós-graduação em Administração, Universidade de Brasília, Brasília, 2002.

BARROS, E. Financiamento do sistema de saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. In: Organização Pan-Americana da Saúde. **Série técnica projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde**, Brasília, 2003.

BIJOS, P. R. S. **Governança orçamentária**: uma relevante agenda em ascensão. Brasília: Senado Federal. Consultoria de Orçamentos, Fiscalização e Controle, 2014.

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

BRASIL. **Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 10 dez. 2017.

BRASIL. **Decreto n.º 7.827**, de 16 de outubro de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm. Acesso em 10 dez.

BRASIL. Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 set. 2000.

BRASIL. **Emenda Constitucional n.º 86**, de 2015. Altera os artigos 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**. Março 2018, Ed. 52, seção 1, p. 1, 2015a.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde (LOS) n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. **Lei Complementar n.º 101**, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, de 05 de maio 2000.

BRASIL. **Lei Complementar n.º 141**, de 13 de janeiro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. **Financiamento público de saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1), 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, (Série Articulação Inter federativa, v. 4), 2016.

BRASIL. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS. 124 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 2), 2011b.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Dados**, v. 52, n. 1, p. 223-251, 2009.

FILMER, D; HAMMER, J; PRITCHETT, L. **Health policy in poor countries: weak links in the chain**. Washington DC: The World Bank, 1997.

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; FAUSTO, M. C. R.; FUSARO, E. R.; MENDONÇA, M. H. M.; GAGNO, J. **Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras**. *Novos Caminhos*, n.º 5, 2015. Disponível em <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/09/NovosCaminhos05_ValeEste.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2017.

GRAGNOLATI, Michele; LINDELOW, Magnus; COUTTOLENC, Bernard. **20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil**: uma análise do Sistema Único de Saúde. Washington DC: The World Bank, 2013.

HARDIN, G. The Tragedy of the Commons. **Science**, v. 162, n. 3859, p. 1243-1248, 1968.

IBRAHIM, Habiba A. Social Services and the Poor in Less Developed Countries (LDCs): Making Services Work for the Poor: making services work for the poor. **Int. J. Health Sci. Res**, v. 7, n. 7, 354-359, 2017.

IBGE. Coordenação de Estruturas Territoriais. **Malhas municipais**, 2015. Disponível em: ftp://geofp.ibge.gov.br/organizacao_do_territorio/malhas_territoriais/malhas_municipais/municipio_2015/Brasil/BR/. Acesso em: 27 out. 2017.

LIMA, Juliana Gagno. **Atributos da Atenção Primária nas regiões de saúde**: uma análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Dissertação (Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016.

MAYNARD, Alan; BLOOR, Karen. **Our Certain Fate: Rationing in Health Care**. London, Office of Health Economics, 1998.

MENDES, A. N.; MARQUES, R. M. Os (des)caminhos do financiamento do SUS. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 389-404, set./dez. 2003

MENDES, Áquilas N.; SANTOS, Suzana B. D. S. Financiamento descentralizado da saúde: a contribuição dos municípios paulistas. **Saúde e Sociedade**, v. 9, n. 1-2, p. 111-125, 2000.

NEWDICK, Christopher *et al.* Who should we treat? rights, rationing, and resources in the NHS. **OUP Catalogue**, 2005.

OCDE. **Draft Recommendation of the OECD Council on the Principles of Budgetary Governance**. OECD Senior Budget Officials, 2014.

OSTROM, Elinor. **Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action**. New York: Cambridge University Press, 1990.

OSTROM, Elinor. Institutional Rational Choice: an assessment of the Institutional Analysis and Development Framework. In: SABATIER, Paul A. (Org). **Theories of the Policy Process**. 2 ed. Boulder: Westview Press, 2007.

OSTROM, Elinor. **Design principles of robust property-rights institutions: what have we learned?** 2008. Disponível em: <<http://ssrn.com/abstract=1304708>>. Acesso em: 11 dez. 2017.

PINTO, Daniel Mendes. **O uso de recursos de propriedade comum em áreas de propriedade estatal por populações tradicionais e assentados da reforma agrária**. 230 f., il. Tese (Doutorado em Administração), Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil, 2014.

PIOLA, Sérgio Francisco; PAIVA, Andréa Barreto de; SÁ, Edvaldo Batista de; SERVO, Luciana Mendes Santos. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo**. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

RAJKUMAR, A. S.; SWAROOP, V. Public spending and outcomes: does governance matter?. **Journal of Development Economics**, v. 86, p. 96-111, 2008.

Rodrigues, J. N.; Azevedo, D. A. D. Pandemia do Coronavírus e (des) coordenação federativa: evidências de um conflito político-territorial. Espaço e Economia. **Revista brasileira de geografia econômica**, (18), 2020.

SCHIEBER *et al.* Financing Health Systems in the 21st Century. In: JAMISON, D. T. *et al.* **Disease Control Priorities in Developing Countries**. Washington DC: The World Bank, 2006.

VARELA, P. S.; FARINA, M. C. Relação entre gastos com saúde, índice de esforços da atenção básica em saúde e tipologia da estrutura do sistema de saúde dos municípios do Estado de São Paulo. RAM. **Revista de Administração Mackenzie** (Impresso), v. 8, p. 153-172, 2007.

VON HAGEN, J. Budgeting Institutions for Better Fiscal Performance. In: SHAH, Anwar (Ed.). **Budgeting and Budgetary Institutions**. Washington, USA: The World Bank, p. 27-49, 2007.

WADE, R. **Village Republics: Economic Conditions for Collective Action in South India**. Oakland: ICS Press, 1994.

WILDAVSKY, A. **The politics of the budgetary process**. Boston: Little, Brown and Company, 1964.

WORLD BANK. **Making services work for poor people**. World development report 2003. World Bank, Washington, D.C, 2003.

WORLD BANK. **World Development Report 2004: Making services work for the poor people**. 2004. Disponível em: <www.worldbank.org>. Acesso em: 20 dez. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* The Declaration of Alma Ata. In: **International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata**, URSS, 6-12 Sep. 1978. Disponível em: <https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.