

**GASTOS PERCAPITA COM SAÚDE:** conhecendo as condições orçamentárias de  
Pescaria Brava, município recém-criado.

**PERCAPITE HEALTH EXPENSES:** Knowing the budgetary conditions of Pescara Brava, a  
newly created municipality.

CABRAL, Rodrigues Bruno<sup>1</sup>; SILVA, Paula Santana da Tatiana de.

Instituto Federal de Pernambuco, Universidade Federal de Pernambuco.

## RESUMO

A saúde por ser um direito de todos e o dever do estado em garanti-la segundo a Constituição Federal, ela vem sendo operada pelo Sistema Único de Saúde, onde vem sendo aprimorado o modelo de atenção básica a saúde. Dessa forma, em relação à expansão dos municípios recém-criados como Pescaria Brava, nasce o problema como são as condições orçamentárias na atenção básica de saúde, nesses municípios? Com o seguinte objetivo apresentar e caracterizar o comportamento orçamentário, como também à execução do orçamento entre as receitas e as despesas, realizadas em pequenos municípios recém-criados, com pouquíssimos habitantes. Para se atingir o objetivo é necessária uma pesquisa descritiva, onde descreva a aplicação *per capita* de despesas correntes na saúde no governo local com estudo de caso. Por fim, percebeu-se baixa aplicação nas despesas correntes como farmácia básica – distribuição de medicamentos com valor de R\$28,95, tendo maior média no Estado Pernambucano que é de R\$17,93 é preciso fortalecer a autonomia dos governos locais, a gestão financeira proporcional com as necessidades dos gastos, pois os valores são maiores com pessoal do que com a necessidade de materiais de consumo.

**PALAVRAS-CHAVE:** saúde, per capita, pescaria brava, farmácia básica.

## ABSTRACT

Health as a right of all and the duty of the state to guarantee it according to the Federal Constitution, it has been operated by the Unified Health System, where the model of basic health care has been improved. Thus, in relation to the expansion of newly created municipalities such as Pescara Brava, the problem arises as are the budgetary conditions in basic health care in these municipalities? With the following objective to present and characterize the budgetary behavior, as well as to the execution of the budget between the revenues and the expenses, realized in small municipalities newly created, with very few inhabitants. In order to reach the goal a descriptive research is needed, which describes the per capita application of current expenditures on health in the local government with a case study. Finally, it is possible to see a low application of current expenditures as a basic pharmacy - distribution of drugs worth \$ 28.95, with a higher average in the State of Pernambuco, which is \$ 17.93. It is necessary to strengthen the autonomy of local governments, proportional to the needs of the expenses, since the amounts are higher with personnel than with the need of consumables.

**KEY WORDS:** health, per capita, brava fishery, basic pharmacy.

---

<sup>1</sup> Rua Jarbas Moura da Costa, nº 52 e apartamento 201, Bancários, João Pessoa – PB;  
[accountbruno@hotmail.com](mailto:accountbruno@hotmail.com) (083) 9 8808-2327.

## **Introdução**

Passados 30 anos, onde a saúde foi introduzida como dever do estado e um direito de todos (Brasil, 1988), sendo operada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ainda vem se estruturando o modelo de atenção básica à saúde. Marques e Mendes (2002) registram que de todo esse tempo à questão do Programa de Saúde da Família (PSF) não tem garantido aos usuários o ingresso para a alta complexidade, muito menos contribuído para a universalização da cobertura.

O caso do Federalismo na saúde pública remonta a Norma de Operacionalização Básica nº 96 (NOB/96), que trouxe um impedimento na construção da política a nível municipal; dessa forma, as transferências fundo a fundo na atenção básica (PAB), que insurgiram na inibição das políticas locais, ainda assim, o governo federal contribuía com 77,70%, e os municípios, apenas, com 9,50%, mesmo que em outros anos tenha aumentado a participação dos municípios com recursos públicos, a questão da redução da autonomia é flagrante (MARQUES; MENDES, 2003).

Assim, há a separação pela NOB/96 de Média e Alta Complexidade (MAC) para a atenção básica, que com a criação do Piso Fixo e Variável da Atenção Básica (PAB); o crescimento dos recursos não foi linearmente proporcional com a autonomia dos municípios em relação às políticas de saúde municipal (MARQUES; MENDES, 2003).

Os incentivos e a descentralização de recursos federais são destinados ao atendimento da saúde básica e ao Programa de Saúde da Família (PSF). Para Sousa (2000) o crescimento da atenção básica de Saúde, a partir de 1995, fora incentivada pelos atores subnacionais como nos níveis Estadual (as secretarias), e Federal (o Ministério da Saúde).

Os princípios constitucionais como universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde para diminuir as desigualdades regionais, estas estão insculpidas nos art. 196 e art. 198 como “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, e, as ações e serviços públicos de Saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”.

Em relação à expansão dos últimos cinco municípios recém-criados como Pescaria Brava, Balneário Rincão, Mojuí dos Campos, Pinto Bandeira e Paraíso das Águas, traz o seguinte problema de pesquisa **como são as condições orçamentárias na atenção básica de saúde, nos municípios recém-criados, e com poucos habitantes?**

Ainda assim, o recorte temporal proposto são os anos de 2016 e 2017, já que a criação dos municípios realizou-se desde 2013, e, como também, o marco regulatório dos portais de transparência e a sua adequação pelas prefeituras proporcionou a disponibilização de dados.

Entre os cinco municípios recém-criados, a escolha foi pelo município Pescaria Brava, porque é o terceiro dos cinco municípios com poucos habitantes, com cerca de 9.761 habitantes, como também desses três menores em população é o que tem um portal de transparência mais acessível, disponível, estável e avançado.

O presente artigo tem como objetivo apresentar e caracterizar o comportamento orçamentário, como também à execução do orçamento entre as receitas e as despesas, realizadas em pequenos municípios recém-criados, com pouquíssimos habitantes.

## **Fundamentação teórica**

### **FEDERALISMO NA POLÍTICA DE SAÚDE**

As políticas públicas e a própria gestão pública estão passando por fortes modificações, onde há uma maior exigência na profissionalização dos recursos humanos, como também um maior conhecimento sobre a disciplina de federalismo; dessa forma, possa melhorar a aplicação, gestão e autonomia das políticas de saúde municipal.

Segundo Nogueira (2012) preleciona que o caso da saúde pública e especificamente do Sistema Único de Saúde (SUS) teve como modelo anterior a descentralização compreendida, na data de 1990, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); e a partir de 1995-2000, a descentralização trouxe a retirada da antiga prática administrativa, onde os contratos e os convênios eram

geridos pelo ministério da saúde, assim os recursos públicos começaram a partir desta data a serem repassados pela União diretamente aos fundos dos Estados e dos Municípios, governos subnacionais.

A gestão e o seu relacionamento, nesse cenário, compreende seu controle e responsabilidade, ainda assim, funciona junto ao ministério da saúde comissões tripartite, ou seja, os três entes federativos, e comissões bipartites nos Estados, por fim, a gestão básica, semiplena e plena depende pela comissão tripartite nacional, então, os objetivos e metas assistenciais dependiam prioritariamente ao ministério, centralização (NOGUEIRA, 2012).

Após os anos 2000, houve uma mudança devido às forças centrífugas, buscando por maior autonomia e gestão, onde foi colocado em prática dois pactos o de gestão e pela saúde; Sem comprometer os princípios orientadores do SUS os interesses difusos dos entes federativos proporcionaram maior flexibilidade na gestão administrativa e financeira; as metas e os objetivos admitem sanções e/ ou recompensas em relação do desempenho da gestão, que tem impacto nos recursos e no sistema de repasse (NOGUEIRA, 2012).

Nogueira (2012, p.56) destaca e preleciona sobre as críticas do processo evolutivo da política de saúde e o caso de federalismo nessa política:

É nesse novo contexto que a questão federativa foi recolocada, com base em duas críticas. A primeira armava que o processo de municipalização havia se autonomizado na medida em que cada município pensava somente em criar estruturas assistenciais próprias para sua população, deixando de considerar a possibilidade de uma ação cooperativa com municípios regionalmente vizinhos, criando uma rede assistencial comum e utilizando de modo mais racional a capacidade técnica instalada em cada um, conforme a dimensão e necessidade de suas populações. A segunda crítica dizia que os consórcios municipais promoveram pragmaticamente este tipo de ação conjunta, mas de modo igualmente autonomizado, porque não resultavam de uma regionalização sistemática e, portanto, planejada, para o conjunto dos municípios de cada estado. Assim, ambos os processos, a municipalização e a regionalização assistencial, precisavam ter por referência a pactuação induzida pela secretaria estadual de saúde para o conjunto dos municípios, criando uma adequada economia de escala.

Para Marques e Mendes (2003) os recursos transferidos foram desdobrados de muitos itens com o passar dos anos, exemplo, de 1999 para 2001 aumentou mais do que 100% no primeiro ano, e atingiu 77 itens como cirurgia eletiva e de alta frequência.

Por fim, a ausência de possibilidade de gerar receitas próprias, da desigualdade social e de rendas dos municípios deve ser prioritária para transferência de recursos estaduais e federal na ajuda e busca pela equidade do gasto realizado pelo Programa Saúde da Família.

## **AUTONOMIA NA POLÍTICA DE SAÚDE**

Lima (2003) destaca que a descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), na política de saúde, teve além de uma forte indução do governo central, mas também críticas como o aumento da vinculação das transferências a determinados programas e/ ou políticas, tendo menores gestões nos municípios e nos estados, na formulação de políticas locais.

Ainda assim, municípios com Gestão Plena de Sistema Municipal (GPSM) têm não só condições, mas maior, melhor e avançada gestão no Sistema pela descentralização; outrossim, do total de municípios 9,5 são, apenas, que tem maior responsabilidade e recebem o total das transferências federais, contando com autonomia administrativa e financeira, programando, controlando, avaliando, pagando os prestadores públicos e/ ou privados (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

Por fim, Bifulco (2009) a autonomia parte de algumas premissas como conciliar fenômenos que são inconciliáveis, rede homogênea, heterogeneidade territorial, responsabilidade pública com participação não só dos agentes da sociedade civil, mas todos que participam do SUS, e a manutenção da autonomia dos governos subnacionais locais por meio da regulação.

## **Metodologia**

O presente estudo compreende descrever a relação entre a política de saúde municipal e se há autonomia e equilíbrio financeiro na prestação de serviços de saúde aos municípios. Segundo Gil (2002) pesquisas descritivas são determinadas por fenômeno ou pela população, no qual tem como missão descrever atributos do fenômeno ou da população estudada. Dessa forma, o trabalho traz uma pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva e um estudo de caso.

Assim, o método de pesquisa utilizado foi descritiva, que por missão traz a descrição da estrutura e funcionamento da política de saúde em um município, que através de estudo de caso com a busca pelos portais de transparência das prefeituras, tem-se como objetivo depurar e organizar os dados, para que seja verificada a relação, a saúde financeira e a autonomia na prestação desse tipo de serviço público.

Estudos exploratórios e/ ou descritivos, que fornecem as causas dos fenômenos ou da população, essa é a forma dos estudos de casos (YIN, 2001). O aprofundamento da compreensão da criação de municípios novos e a capacidade financeira da prestação de serviços médicos e/ ou da política de saúde traz a necessidade de melhor compreensão e descrição deste funcionamento.

Por fim, o objetivo é investigar de forma descritiva a relação da política de saúde no município recém-criado de Pescaria Brava; onde busca pela fundamentação teórica do caso do federalismo nas políticas de saúde, e, após estudar o caso dos município recém-criado através do site da prefeitura pelo portal de transparência, considerando o estudo do orçamento, transferência e aplicação de recursos nos serviços públicos de saúde municipal.

## **Resultados e discussão**

### **Estudo de caso no município de Pescaria Brava**

Neste capítulo, nesse estudo, conjectura-se a atenção básica do município de Pescaria Brava, com 9.761 habitantes segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com economia baseada em agricultura familiar, pesca e pecuária, e estando cerca de 100 km ao Sul da capital Catarinense. Dessa forma, a presente pesquisa traz a análise de documentos, dados e demais informações fornecidas no Portal de Transparência da Prefeitura Municipal de Pescaria.

A atenção básica de saúde deste município conta com quatro unidades de saúde como Km 37, Sertão da Estiva, Barreiros e Laranjeiras, para atender toda a população pertencente aos municípios e aos primeiros cuidados médicos da família; outrossim, evitando a precisão de média e alta complexidade hospitalar e médica.

O objetivo da atenção básica é fornecer uma simultaneidade de ações, individual e/ ou coletiva, promovendo e protegendo a saúde dos munícipes, com diagnósticos, tratamentos, reabilitação e a manutenção da saúde (Portaria do Ministério da Saúde n° 648/2006).

Entre as quatro unidades de saúde da família, compreende a do Km 37 uma equipe multidisciplinar com enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, recepcionista, dentista, agente de saúde e agente de serviços gerais, que as outras três unidades contam apenas com enfermeiros segundo o site da prefeitura municipal, na estrutura organizacional da prefeitura; embora uma notícia cadastrada no site da Prefeitura menciona que a de Laranjeiras, no dia 01/07/2016, seria atendidos os munícipes pela equipe do Programa.

Para melhorar a saúde municipal com procedimento de média e/ ou alta complexidade, o prefeito dos municípios assinou, no dia 11 de julho de 2017, o convênio de cooperação financeira com o Hospital de Laguna.

Assim, para efetivar a descrição e investigar sobre a gestão financeira, a proporção de aplicabilidade dos recursos na saúde em relação aos munícipes e a autonomia do município, trazem-se dados organizados por tabelas pelo autor a seguir:

**Figura 1:** Comparativo da receita prevista e da receita executada nos anos de 2016 e 2017.

Receitas	Prevista	Executada	Percentual (%)	Ano
Fundo Municipal de Saúde	2.119.107,78	1.382.497,62	65,23%	2016
Fundo Municipal de Saúde	1.952.000,00	2.033.498,03	104,18%	2017
Aplicação Financeira – Atenção Básica	15.000,00	13.105,73	87,37%	2016
Aplicação Financeira – Atenção Básica	16.180,50	16.320,09	100,86%	2017
PAB* Fixo – Programa de Atenção Básica	800.000,00	1.197.371,83	149,67%	2016
PAB* Fixo – Programa de Atenção Básica	862.960,00	811.297,93	94,01%	2017

Fonte: Elaboração pelos autores. \* PAB- Piso de Atenção Básica.

A análise comparativa dos recursos públicos recebidos através do Fundo Municipal de Saúde (FMS) destaca-se pontos positivos e outros negativos; de um lado, percebe-se um aumento de aplicação de 68% das receitas do FMS, nos anos de 2016 e 2017, como também para o escopo deste trabalho a atenção básica a saúde municipal contou com um decréscimo de aplicação de 68% dos recursos transferidos ao fundo. Para Afonso, Meirelles e Castro (2006) alertam que em relação à Constituição Federal de 1988, na redistribuição realizada pelas receitas, que os municípios recebem 17,2% em relação a 56,7% da União e

25,2% dos Estados. Ou seja, leva-se em consideração que houve uma redução no incremento da receita, para a aplicação no Programa de Atenção Básica (PAB). Como Marques e Mendes (2003) corrobora com a questão de redução e baixa na aplicação das políticas locais. Contribuindo assim para a limitação de autonomia para o governo local, na aplicação de recursos da política de saúde municipal.

**Figura 2:** Comparativo da despesa prevista e da despesa executada nos anos de 2016 e 2017.

<b>Despesas</b>	<b>Fixada (2016)</b>	<b>Executada (2016)</b>	<b>Percentual (%)</b>	<b>Fixada (2017)</b>	<b>Executada (2017)</b>	<b>Percentual</b>
Pessoal e Encargos	1.973.218,00	1.105.124,35	56,00%	1.198.650,00	981.237,20	81,86%
Despesas Correntes	701.389,40	253.588,16	36,16%	338.600,00	228.188,06	67,39%
Investimentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%

Fonte: Elaboração pelos autores.

A análise comparativa das despesas públicas demonstra-se que não houve investimentos nos anos de 2016 e 2017, e, em contrapartida houve uma economia de 44%; de 18,14%; 63,84%; 8,14%; e 32,61%, nos anos de 2016 e 2017 com as despesas de pessoal, e, outras despesas correntes. Ainda assim, verificando-se e abrindo-se as despesas correntes, encontra-se um gasto no total de R\$ 108.261,69, no ano de 2016, e, R\$ 282.542,95, no ano de 2017, com materiais de consumo; assim, perfazendo um aumento na aplicação de despesas com materiais necessários a saúde dos munícipes, ou seja, um aumento superior a 260 %, na aplicação desta despesa.

Os materiais de consumo em relação à saúde municipal recebem classificação da despesa orçamentária como material de distribuição gratuita, ou seja, aqueles medicamentos que integram a farmácia básica. Dessa forma, percebe-se um dispêndio maior na aplicação dessa despesa no ano de 2017, um aumento muito significativo, que reflete em benefício na necessidade de tratamentos de saúde municipais, no controle de doenças como pressão alta, bronquites, alergias, e, entre outros.

Por fim, o valor gasto, no ano de 2017, que foi no valor de R\$ 282.542,95 conta com uma fatia *per capita* de R\$ 28,95, para ser gasto com saúde dos munícipes, que podem ser aqueles que utilizam regularmente o SUS a nível local, e, aqueles que possam a vir ter planos de saúde, mas que podem também utilizar a saúde local, exemplo, com a necessidade de medicamentos como a farmácia popular.

**Figura 3:** Comparativo da despesa prevista e da despesa executada nos anos de 2016 e 2017.

<b>Despesas</b>	<b>Fixada (2016)</b>	<b>Executada (2016)</b>	<b>Gasto Per Capita</b>	<b>Fixada (2017)</b>	<b>Executada (2017)</b>	<b>Gasto Per Capita</b>
Pessoal e Encargos	1.973.218,00	1.105.124,35	113,22	1.198.650,00	981.237,20	100,53
Despesas Correntes	701.389,40	253.588,16	25,98	338.600,00	228.188,06	23,38
Investimentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: Elaboração pelos autores.

A análise comparativa das despesas públicas demonstra-se que houve baixo gasto *per capita*, nos anos de 2016 e 2017. Comparativamente, percebe-se uma redução de R\$2,60 para as despesas correntes, e, de R\$12,69 para pessoal e encargos. Nesse sentido, a aplicação para despesas correntes como materiais de consumo temos R\$11,09 e R\$28,95, respectivamente, nos anos de 2016 e 2017, ou seja, um aumento de 38,31%.

Segundo dados coletados pelos autores UGÁ; PIOLA; PORTO; VIANNA (2003) fornecidos pelo Ministério da Saúde com atenção hospitalar e ambulatorial, por Estado e região, em 1999, na região Nordeste possui um gasto *per capita* médio de R\$17,93 para atenção básica, PAB fixo e incentivos:

**Figura 4:** Despesas *per capita* do Ministério da Saúde com relação atenção hospitalar e ambulatorial, por estado e região, 1999. Em R\$1,00.

Região eUF	Assistência hospitalar	Assistência ambulatorial			Total
		MAC <sup>1</sup>	Atenção Básica <sup>2</sup>	Sub-Total	
<b>Norte</b>	18,77	15,26	16,15	31,41	50,18
Rondônia	19,45	18,86	16,96	35,82	55,27
Acre	19,74	16,24	13,96	30,20	49,94
Amazonas	13,25	19,32	13,00	32,32	45,57
Roraima	12,86	18,25	13,02	31,27	44,13
Pará	20,48	11,76	16,96	28,72	49,20
Amapá	12,04	17,42	14,76	32,18	44,22
Tocantins	25,21	18,12	20,50	38,62	63,83
<b>Nordeste</b>	24,36	20,18	17,21	37,39	61,75
Maranhão	20,06	22,63	15,92	38,55	58,61
Piauí	28,29	19,62	19,07	38,69	66,98
Ceará	25,52	23,02	19,35	42,37	67,89
Rio Grande do Norte	21,85	23,04	16,78	39,82	61,67
Paraíba	25,32	16,49	16,46	32,95	58,27
<b>Pernambuco</b>	<b>27,97</b>	<b>21,60</b>	<b>17,93</b>	<b>39,53</b>	<b>67,50</b>
Alagoas	23,19	18,67	19,78	38,45	61,64
Sergipe	21,54	20,65	19,31	39,96	61,50
Bahia	23,46	17,52	15,22	32,74	56,20
<b>Sudeste</b>	31,08	29,01	12,21	41,22	72,30
Minas Gerais	28,44	19,85	14,77	34,62	63,06
Espírito Santo	24,20	21,75	12,28	34,03	58,23
Rio de Janeiro	30,21	28,46	11,94	40,40	70,61
São Paulo	33,25	34,25	11,07	45,32	78,57
<b>Sul</b>	36,36	20,33	13,35	33,68	70,04
Paraná	38,51	17,95	15,07	33,02	71,53
Santa Catarina	27,47	24,88	12,95	37,83	65,30
Rio Grande do Sul	38,89	20,25	11,95	32,20	71,09
<b>Centro-Oeste</b>	28,35	17,85	13,95	31,80	60,15
Mato Grosso do Sul	31,31	12,87	13,41	26,28	57,59
Mato Grosso	24,42	21,82	15,34	37,16	61,58
Goiás	27,26	16,69	13,84	30,53	57,79
Distrito Federal	32,72	21,08	13,10	34,18	66,90
<b>Brasil</b>	<b>28,87</b>	<b>23,44</b>	<b>14,20</b>	<b>37,64</b>	<b>66,51</b>

Fonte: UGÁ; PIOLA; PORTO; VIANNA (2003).

## Conclusões

A descentralização passou ao longo do tempo por várias acomodações, no qual os recursos cresceram, mas não linearmente quanto à autonomia dos municípios; dessa forma, existem duas críticas ao modelo descentralizado e a sua autonomia; de um lado, a questão da municipalização, e de outro, a regionalização por parte de consórcios arregimentada pelos Estados.

Acontece que pequenos municípios com população absurdamente baixas recém-criados trazem uma necessidade de análise da gestão financeira, aplicação de recursos e a sua autonomia. Então, a cidade pesquisada, Pescaria Brava, traz uma população de apenas 9.761 habitantes, que tem uma economia baseada em agricultura familiar, e uma relação socioambiental desproporcional quando da aplicação dos recursos públicos a atenção básica a saúde.

Se verificarmos os materiais de consumo, despesas correntes, (que são medicamentos e, que é usado para tratar primariamente doenças que não sejam casos de média ou alta complexidade), esse mesmo gasto seria R\$ 11,09 por habitantes (2016) e R\$28,95 (2017), no caso de todos os munícipes precisarem. Nesse cenário, percebe-se um aumento considerável de 2016 para 2017, havendo um aumento de 260% na aplicação de recursos para a farmácia popular.

Analisando a aplicação de despesas com natureza de despesa corrente, exemplo, materiais de consumo como a farmácia popular, distribuídos medicamentos pelos governos locais para tratamento de doenças primárias e tratáveis com a figura 4, que trata das despesas *per capita* atenção hospitalar e ambulatorial por região, percebe-se em relação a Pernambuco que o valor de R\$17,93 da atenção básica em 1999, estão diferentes como o valor de R\$28,95 na aplicação de despesas de materiais de consumo no referido município.

Além do que Bifulco (2009) destaca que para haver a autonomia, percebe-se que também a gestão financeira é altamente desproporcional com as necessidades dos gastos, pois os valores são maiores com pessoal do que com a necessidade de materiais de consumo. Ainda assim, aponta-se para a necessidade de melhor gestão, maior regulação, maior profissionalização e aplicação dos recursos públicos em municípios menores e/ ou recém-criados, no qual possuam fraca relação socioeconômica. Por fim, considerando que é muito pouco o gasto de R\$28,95 por munícipe para tratamento da sua saúde a nível local, onde o ideal seria no mínimo aquele comparado ao valor de se comprar medicamentos na rede privada; já que faltam medicamentos caso todos precisem para os tratamentos iniciais e básicos a sua saúde.

## Referências Bibliográficas

AFFONSO, Rui. **Os municípios e os desafios da Federação no Brasil**. São Paulo em Perspectiva, v. 10, n. 3, 1996.

Afonso JR, Meirelles BB, Castro KP. A verdadeira carga pesada: tributação no brasil. Rio de Janeiro: Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro; 2006. (Estudos, 207).

Bifulco L. Strumenti in bilico: il Welfare locale in Italia tra frammentazione e innovazione. In: Lacoumes P, Galés P. *Gli strumenti per governare*. Italia: Bruno Mondadori; 2009. p. 283-305.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARQUES Maria Rosa; MACÊDO, Mendes Áquila; Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. 8 (2), pp. 403-405, jan.-fev. 2003.

Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

NOGUEIRA, Passos Roberto. et al. **A progressão do caráter federativo das relações institucionais do SUS**. In: LINHARES, P.; MENDES, C.; LASSANCE, A. (Orgs.). *Federalismo à Brasileira: questões para discussão*. Brasília: Ipea, 2012.

[UGA, Maria Alícia](#); [PIOLA, Sérgio Francisco](#); [PORTO, Sílvia Marta](#) and [VIANNA, Solon Magalhães](#). **Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003, vol.8, n.2, pp.417-437. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200008>.

VIANA, Ana Luiz d'Ávila; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; LIMA, Luciana Dias de. **Política de saúde e equidade**. São Paulo Perspec.[online]. 2003, vol.17, n.1, pp.58-68.

YIN, Robert K (2001). **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman.