

# Coordenação Federativa e a Política Municipal de Saúde no município de Viçosa, MG

Federative Coordination and municipal health policy in the municipality of Viçosa, MG

*Coordinación federativa y política sanitaria municipal en el municipio de Viçosa, MG*

Tainá Rodrigues Gomide Souza Pinto<sup>1</sup>

Ivan Beck Ckagnazaroff<sup>2</sup>

Recebido em: 31/03/2021; revisado e aprovado em: 17/04/2023; aceito em: 15/06/2023

DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/inter.v25i3.3334>

**Resumo:** O presente artigo trata da coordenação federativa da política de saúde. A federação brasileira estabelecida pela Constituição de 1988 determinou maior autonomia municipal, entretanto, na década de 1990, observou-se a necessidade de que o governo federal exerça a coordenação de determinadas políticas públicas, destacando-se a política de saúde. O presente estudo se propõe a analisar como o município de Viçosa, MG, posiciona-se, no que diz respeito à política de saúde, diante da coordenação federativa exercida pelo governo federal. A fim de cumprir o objetivo, realizou-se um estudo de caso qualitativo da política de saúde do município de Viçosa, MG, sendo realizado um estudo em profundidade. Para a coleta de dados, foram utilizados três métodos, sendo entrevistas com 22 sujeitos, observação e análise documental, caracterizando a triangulação sequenciada de técnicas de coleta de dados. A partir dos dados coletados, foi realizada a análise de conteúdo baseada em três categorias: “Comando”, “Autonomia” e “Responsabilidade”. Conclui-se que o governo municipal reage às diretrizes nacionais, e que, em função do predomínio da indução do governo federal, da reduzida autonomia normativa e financeira e da falta de capacidade do governo municipal em propor programas que sejam peculiares ao município de Viçosa, MG, as demandas de saúde assimiladas pela governança pública do município são as determinadas e estabelecidas pelo governo federal, compatíveis com as necessidades municipais, sendo a coordenação federal determinante para o efetivo atendimento das demandas municipais de saúde.

**Palavras-chave:** coordenação federativa; política municipal de saúde; comando; autonomia; responsabilidade.

**Abstract:** This article deals with the federative coordination of health policy. The Brazilian federation established by the 1988 Constitution determined greater municipal autonomy, however, in the 1990s, there was a need for the federal government to coordinate certain public policies, with emphasis on health policy. This study proposes to analyze how the municipality of Viçosa, MG, positions itself, with regard to health policy, in the face of federative coordination exercised by the federal government. In order to fulfill the aim, a qualitative case study of the health policy of the municipality of Viçosa, MG, was carried out, with an in-depth study being carried out. Three methods were used for data collection: interviews with 22 subjects, observation and document analysis, characterizing the sequenced triangulation of data collection techniques. From the collected data, content analysis was performed based on three categories: “Command”, “Autonomy”, and “Responsibility”. It is concluded that the municipal government reacts to the national guidelines, and that, due to the predominance of the federal government's induction, the reduced normative and financial autonomy and the lack of capacity of the municipal government to propose programs that are peculiar to the municipality of Viçosa, MG, the health demands assimilated by the public governance of the municipality are those determined and established by the federal government, compatible with the municipal needs, being the federal coordination determinant for the effective attendance of the municipal health demands. Keywords: federative coordination; municipal health policy; command; autonomy; responsibility.

**Resumen:** Este artículo trata de la coordinación federativa de la política sanitaria. La federación brasileña establecida por la Constitución de 1988 determinó una mayor autonomía municipal, sin embargo, en la década de 1990, surgió la necesidad de que el gobierno federal coordinara ciertas políticas públicas, con énfasis en la política de salud. Este estudio se propone analizar cómo el municipio de Viçosa, MG, se posiciona, en lo que respecta a la política de salud, frente a la coordinación federativa ejercida por el gobierno federal.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Para cumprir con el objetivo, se realizó un estudio de caso cualitativo de la política de salud del municipio de Viçosa, MG, realizándose un estudio en profundidad. Se utilizaron tres métodos para la recolección de datos: entrevistas con 22 sujetos, observación y análisis de documentos, caracterizando la triangulación secuenciada de las técnicas de recolección de datos. A partir de los datos recolectados, se realizó un análisis de contenido basado en tres categorías: “Mando”, “Autonomía” y “Responsabilidad”. Se concluye que el gobierno municipal reacciona a los lineamientos nacionales, y que, debido al predominio de la inducción del gobierno federal, la reducida autonomía normativa y financiera y la falta de capacidad del gobierno municipal para proponer programas propios del municipio de Viçosa, MG, las demandas de salud asimiladas por la gestión pública del municipio son las determinadas y establecidas por el gobierno federal, compatibles con las necesidades municipales, siendo la coordinación federal determinante para la efectiva atención de las demandas municipales de salud.

**Palabras clave:** coordinación federativa; política sanitaria municipal; mando; autonomía; responsabilidad.

---

## 1 INTRODUÇÃO

A partir de 1988, iniciam-se profundas transformações na estrutura político-administrativa brasileira. No que se refere à gestão pública, novas diretrizes se fizeram presentes, como a descentralização, que transferiu aos entes da Federação a responsabilidade por formular, implementar e avaliar as suas próprias políticas, com autonomia administrativa e financeira, voltadas para áreas sociais diversas.

Assim, o processo de redemocratização, que se traduz em um novo momento do federalismo brasileiro, teve como projeto básico o fortalecimento dos governos subnacionais, valorizando o governo municipal. Concomitantemente, impôs-se aos municípios o desafio de lidar com as complexidades referentes tanto à diversidade de atores dispostos nas arenas políticas quanto às diversidades das políticas públicas.

Entretanto, o modelo federativo sofreu um novo impacto a partir dos anos da década de 1990. Partindo do pressuposto de que um Estado federativo descentralizado não pode prescindir de coordenação, a União, a partir de 1994, introduziu uma série de mecanismos para coordenar determinadas políticas públicas, como na área de saúde, e estabeleceu atribuições e incentivos financeiros para viabilizar maior comprometimento da gestão municipal. Segundo Abrucio e Franzese (2007), a área da saúde é um dos casos mais interessantes, nessa coordenação de políticas públicas exercida pela União, sendo, então, a política de saúde o contexto da análise deste estudo. Como a maior parcela dos recursos da saúde está centralizada no governo central, os governos municipais podem ser influenciados e ficar dependentes em relação à União, mas, com as prerrogativas de autonomia e responsabilidade, são estimulados a funcionar como um contrapeso à concentração de autoridade nela.

Mesmo considerando a importância da ação coordenadora exercida pelo governo federal, autores como Bueno e Merhy (1997) e Marques e Mendes (2002) apontam a possibilidade de as diretrizes nacionais limitarem a autonomia municipal.

Diante do exposto, o presente estudo buscou responder ao seguinte problema de pesquisa: como ocorre a coordenação federativa da política de saúde e como o município se posiciona nesse contexto? Dessa forma, o que se propõe neste estudo é analisar como o município se posiciona, no que diz respeito à política de saúde, diante da coordenação federativa exercida pelo governo federal. A fim de cumprir o objetivo proposto por este estudo, realizou-se um estudo de caso da política de saúde do município de Viçosa, MG.

Justifica-se essa análise pelo fato de que, embora a descentralização tenha obtido êxito em termos de assunção dos serviços de saúde por parte dos municípios, pelo menos em termos

operacionais, estudos (Arretche, 2003; Oliveira, 2007) apontam que ainda não foram observados os efeitos produzidos pela coordenação exercida pelo governo federal no que diz respeito aos resultados efetivos da política de saúde, em especial no que concerne ao posicionamento do município. O estudo dos efeitos da coordenação federativa nos municípios se torna importante no momento atual, por ser um momento de crise sanitária, federativa e financeira vivenciada no Brasil em função da pandemia da covid-19, em que se verifica uma diminuição da capacidade financeira do governo central em realizar os repasses financeiros aos subnacionais, um aumento dos números de assistidos pelo SUS, em função da diminuição dos assistidos por planos de saúde privados; e também pelo fato de o governo federal acenar para a diminuição da coordenação federativa, a partir de várias medidas, como a Portaria n. 3.992 de 2017, que definiu a nova forma de financiamento e de transferências de recursos federais.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Coordenação federativa de políticas públicas

Em países marcados por pluralidades políticas e diversidades sociais e econômicas entre as regiões, o federalismo se apresenta como uma boa forma de organização. Entretanto, Obinger, Leibfried e Castles (2005) advertem que, no que diz respeito às políticas sociais, o sistema federativo acaba gerando múltiplas tensões e é propenso a gerar conflitos.

Para Obinger, Leibfried e Castles (2005), sistemas federativos com trajetórias de descentralização em que os entes federados possuem autonomia tendem a dificultar o desenvolvimento das políticas sociais. Pierson (1995) compartilha do pensamento de que o desenvolvimento dos *Welfare States* em sistemas federativos é bem complexo, uma vez que envolve jogos de cooperação e competição, acordos, barganhas, negociações, veto e decisões conjuntas entre os entes federados. Pierson (1995) e Immergut (1992) entendem que os efeitos institucionais do federalismo, como a fragmentação e dispersão, a influência de novos atores sociais, o surgimento de novos atores políticos significativos, os entes subnacionais, a dispersão do poder, a super-representação das minorias políticas ou o aumento do número de atores com poder de veto no sistema, poderiam significar mais obstáculos ou atrasos na implementação das políticas sociais (Machado, 2014).

Entretanto, as federações podem lidar com esse problema de implementação das políticas sociais com a mobilização por parte do governo federal de recursos ou mecanismos de coordenação que restrinjam o nível de autonomia dos governos subnacionais. O grau de interdependência das escolhas dos entes federativos varia entre os entes federados; assim, existe a necessidade de coordenação entre as ações destes (Machado; Menicucci; Guim, 2015).

A coordenação se Machado refere às formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta que devem estar presentes na Federação (Abrucio, 2005a), sendo essa a definição utilizada pelo presente estudo. A noção de Machado, Menicucci, Guim (2015, p. 62) sobre a coordenação federativa é de que esta “pode resultar de constrangimentos legais, incentivos financeiros ou parcerias que produzam convergência na direção de tais escolhas, seja no sentido de realizar objetivos fixados no plano nacional, seja de eliminar irracionalidades decorrentes da superposição ou da inexistência de iniciativas”.

No Brasil, o restabelecimento do federalismo, a partir da redemocratização, não significou que a cooperação entre as unidades subnacionais tenha se tornado objetivo do sistema.

Uma das dificuldades em se estabelecer maior coordenação e cooperação entre os entes pode ser explicada pelo formato de federalismo implementado; ou seja, um federalismo compartimentalizado, no qual se verificava um modelo em que as unidades se tornam mais autárquicas e menos interligadas, tanto do ponto de vista vertical quanto horizontal (Abrucio; Sano, 2011).

Dentro desse modelo, havia a estratégia de municipalização das políticas públicas, iniciada com a redemocratização do país, mas que ocorreu sem um padrão. Tal fato se deu em virtude das diversidades existentes entre os municípios brasileiros, tais como diferenças entre a situação financeira, a capacidade administrativa e, principalmente, a vontade política de cada ente em fixar recursos próprios para a implementação de políticas públicas e não ficar na dependência de transferências de receitas para viabilizar tais políticas (Abrucio; Franceze, 2007).

Diante da ausência de padrão no processo de municipalização, e de outros fatores, o que pode ser observado é que a descentralização de políticas públicas não atingiu todos os resultados esperados com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88). O que ocorreu é que os governos municipais obtiveram autonomia, mas não possuíam condições para a gestão das políticas públicas, assim, não seria possível a descentralização sem mecanismos de coordenação. Com o processo de redemocratização, que teve como marco a CF/88, não foi implementado um projeto de descentralização com coordenação.

Diante desse quadro de falta de um padrão nacional de implementação municipal das políticas públicas, a partir de 1994, o governo federal passou a coordenar a implementação de políticas públicas pelos entes federativos, particularmente, nas áreas sociais. Nessa linha, segundo Abrucio e Franceze (2007), os casos mais interessantes ocorreram na área de saúde. Dessa forma, com a próxima seção, busca-se apresentar a coordenação na área da saúde no contexto federativo brasileiro.

## **2.2 A coordenação federativa da política pública de saúde**

A Constituição Federal de 1988 determinou que a política de saúde é responsabilidade das três esferas de governo, devendo ser executada com colaboração intergovernamental, de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS). Oliveira (2007) considera a descentralização da política de saúde gerada pelo contexto federativo pós-constituição como uma descentralização autonomista, uma vez que o município pode direcionar os gastos com a saúde autonomamente, sem direcionamento do governo nacional, dependendo apenas da gestão municipal. Seguindo essa concepção, o município, como ente autônomo, passou a receber transferências financeiras da União e dos estados para o provimento dos serviços públicos de saúde.

Dois anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988, começaram os movimentos para regulamentar a descentralização do serviço público de saúde, sendo a Lei n. 8080/90, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, formulada para complementar os mandamentos constitucionais. No que diz respeito à descentralização, a referida lei estabeleceu que os recursos e as responsabilidades seriam repassadas para o governo municipal, não havendo direcionamento nacional. Tal fato gerou a situação em que os municípios que, historicamente, prestavam pouco serviço de saúde recebiam poucas transferências e acabavam por continuar recebendo menos recursos, ou seja, um ciclo de pouca prestação de serviço de saúde foi gerado em alguns municípios. Outro aspecto relevante, segundo Arretche (2003), é que a Lei n. 8.080

de 1990 reforçou a atribuição municipal de planejamento e de execução dos serviços de saúde. A gestão municipal tinha autonomia para realizar o gasto com a saúde da forma que fosse mais conveniente, não tendo nenhum controle ou diretriz por parte do governo estadual ou federal. Porém, percebeu-se a necessidade de direcionamentos nacionais a respeito dessa política pública.

No período pós-1994, houve uma maior disponibilidade da União em coordenar a política pública de saúde, estabelecendo atribuições para os governos municipais e incentivos financeiros para viabilizar maior comprometimento da gestão municipal. Assim, a União assumiu o papel de coordenação, e o município, o da execução das atividades.

A União ofereceu dois incentivos para que o município assumisse a responsabilidade pelos serviços de saúde. O primeiro foi de que a previsão de um aumento na oferta de serviços pelo município foi atraente, em virtude da visibilidade e dos créditos políticos da área; e o segundo incentivo, e o mais importante, foi o trazido pelas normas federais que regulamentaram as condições de prestação e de incentivos financeiros dos serviços de saúde aos municípios (Abrucio, Franzese, 2007).

Ao se buscar analisar a estrutura dos sistemas de políticas públicas sob o prisma federativo, a primeira constatação que surge é a dificuldade de aplicação das categorias de centralização e descentralização. Sob certo aspecto, os sistemas de incentivos formulados pelo governo federal poderiam ser observados como uma nova forma de centralização, considerando que as diretrizes gerais e a distribuição de recursos são definidas por normatização federal, que, dentro dessa interpretação, estaria suprimindo parte da autonomia dos estados e municípios. De outro lado, poder-se-ia também compreender, segundo Franceze (2010), os sistemas como uma forma de promoção de descentralização, uma vez que, dentro de sua lógica, os municípios têm se tornado o local privilegiado da execução das políticas de saúde.

Arretche (2009) analisa a combinação de descentralização da *policy-making* com a centralização da *policy decision-making* como sendo possível, já que a reforma da descentralização combinou diversos arranjos verticais de tomada de decisão. A autora acredita que a distinção conceitual entre a autoridade da *policy decision-making* e a competência para a *policy-making* é necessária para entender os mecanismos e incentivos que norteiam as decisões dos governos locais com relação à quantidade e à qualidade de serviços ofertados.

Segundo Arretche (2009), a maioria dos estudiosos classifica o Brasil como um dos países mais descentralizados do mundo; porém, para a autora, essa interpretação não considera o papel regulamentador do governo federal brasileiro em algumas políticas, como na política de saúde. A distinção das funções *policy-making* e *policy decision-making* conduz a autora a uma conclusão diferente dos estudiosos, uma vez que, para ela, os governos locais possuem responsabilidade pela execução da política, mas são regulamentados pelo governo federal. Assim, pode-se entender que, no caso brasileiro, a função *policy making* é descentralizada e a função *policy decision-making* é centralizada.

Nesse sentido, Abrucio, Franzese e Sano (2010) argumentam que o sistema federativo de políticas públicas é o ponto principal do SUS, uma vez que combina o papel coordenador e financiador da União com a autonomia alcançada pelos municípios.

A Norma Operacional Básica 96 trouxe condições para que 99% dos municípios brasileiros aderissem às novas regras estabelecidas pelo governo federal. Abrucio e Costa (1999) destacam que, nesse processo, ocorreu o fortalecimento das relações entre o governo federal e o governo municipal, e uma menor participação do governo estadual na coordenação, articulação, apoio

técnico e regulação dos serviços de saúde perante seus municípios. Assim, a descentralização na área da saúde avançou em razão da coordenação do governo federal.

Segundo Arretche (2003, p. 3), “[...] já não é nenhuma novidade afirmar que, nas últimas décadas, a gestão local de políticas públicas tem sido portadora de expectativas as mais positivas com relação a resultados desejáveis da ação do Estado”. Porém, não há nenhum instrumento normativo, que atribua a responsabilidade de implementação de políticas públicas aos governos municipais e os torne comprometidos com o atendimento das demandas dos cidadãos. Nesse sentido, a autora argumenta que a autonomia dos governos municipais para a implementação de políticas públicas cria oportunidades para os governantes implementarem políticas que sejam de interesse próprio, não se atendo aos interesses dos cidadãos.

Arretche (2003) destaca dois pontos sobre esse aspecto: o primeiro é que descentralização e autonomia são termos muito genéricos, que não apontam especificamente como a gestão municipal de políticas públicas pode ocorrer. O segundo ponto é que a autonomia dos entes federativos pode gerar situações em que a gestão municipal se endividaria e se tornaria dependente de transferências fiscais, o que contraria a ideia de que descentralização fiscal produziria responsabilidade fiscal.

A responsabilidade dos governantes depende muito dos incentivos a que estão sujeitos. Vale ressaltar que existem governos municipais responsáveis pelo atendimento das demandas sociais; entretanto, o comprometimento dos governos locais “somente poderia ser garantido exclusivamente com base nos programas dos partidos e na qualidade moral dos governantes se fosse possível garantir que governantes deste tipo fossem a maioria” (Arretche, 2003, p. 334). Como tal garantia não é possível, necessário se faz o incentivo de atitudes responsáveis por parte dos gestores municipais.

Nesse sentido, Abrucio e Franzese (2007) argumentam que a competência compartilhada verificada entre os entes federativos pode gerar uma situação na qual os entes se omitam diante de uma determinada política pública e que a população não saiba de quem cobrar, uma vez que a responsabilidade por implementá-la é compartilhada, “isto é, tem-se um processo não transparente e de responsabilização difusa, que possibilita que cada esfera de governo culpe a outra pelo problema, sem que nenhuma ação efetiva seja tomada” (Abrucio e Franceze, 2007, p. 26).

Ainda segundo Abrucio e Franzese (2007), pode acontecer de os governos subnacionais implementarem políticas públicas sem nenhuma coordenação e integração, ou, até mesmo, com objetivos e formatos opostos. Esse processo gera resultados negativos como o surgimento de uma situação em que um ente não implementa determinada política pública por contar com a implementação da política por outro ente, não participando com recursos financeiros na implementação e no oferecimento do serviço público e a consequente perda da visão sistêmica das políticas públicas (Abrucio, 2011).

Segundo Abrucio e Franzese (2007, p. 17), importante se faz uma ação coordenada entre os entes da Federação, o que favorece uma maior articulação e eficiência dos recursos públicos, como recursos financeiros, administrativos e maior interação com a sociedade.

A coordenação se materializa a partir de incentivos financeiros que estimulam os municípios a incorporarem as diretrizes e os programas estabelecidos pelo governo federal. Para Marques e Mendes (2002), esses incentivos, que acrescentam receitas financeiras ao município, podem impedir que o planejamento municipal seja realizado com base nas necessidades do nível local. Nesse sentido, Arretche (2003) dispõe que, como o governo federal concentra as funções

de financiamento da política de saúde, as políticas dos governos municipais são fortemente dependentes das transferências financeiras federais.

Bueno e Merhy (1997), um ano após a elaboração da NOB/96, afirmavam que ela limitaria a autonomia do município, levando a adotar programas não definidos localmente.

Arretche (2009) considera que cada nível de governo tem papéis distintos, tendo o governo federal a função de *policy decision-making*, e os governos locais a função de *policy-making*; e que, embora o governo federal detenha o papel de coordenador, os governos municipais possuem a possibilidade de discordar, existindo, então, espaço para as decisões municipais. Ocorre que, segundo a autora, a possibilidade de discordância dos governos municipais acaba por ser limitada pelos mecanismos e incentivos utilizados pelo governo federal.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Como procedimentos metodológicos, optou-se por adotar uma abordagem qualitativa. Creswell (2014, p. 52) acredita que a pesquisa qualitativa deva ser utilizada quando se busca uma compreensão complexa e detalhada da questão estudada. Como estratégia de investigação, foi adotado o estudo de caso, no qual, segundo Creswell (2007, p. 32), “o pesquisador explora em profundidade um fato, uma atividade, um processo ou uma ou mais pessoas”. Para atingir o objetivo desta pesquisa, fez-se a opção de realizar um estudo de caso único da Política de Saúde do Município de Viçosa, Minas Gerais.

No presente estudo, foram utilizadas, como técnicas de coleta de dados, a entrevista, a observação e a análise documental. Foram entrevistados 22 sujeitos de pesquisa, sendo as entrevistas gravadas, a partir do consentimento dos sujeitos, e transcritas. Nessa etapa, buscou-se contemplar, na amostra, atores governamentais e não governamentais que se relacionam com a política de saúde do município. As entrevistas foram realizadas, pessoalmente, no período de março a dezembro de 2017.

Durante toda a pesquisa, manteve-se o ético sigilo dos dados, pessoas e organizações, como recomendado pela Resolução n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Para salvaguardar a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante e sua organização, além de sigilo, ainda foi disponibilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos participantes. Nos termos do artigo 5º da referida resolução, o processo de comunicação do consentimento e assentimento livre e esclarecido deu-se pela assinatura do TCLE. O instrumento de coleta de dados, por meio de entrevistas semiestruturadas, seguiu os protocolos requeridos, o que dispensou a submissão ao Comitê de Ética de Pesquisa nos termos da referida resolução.

A presente pesquisa também é classificada como documental, uma vez que foram utilizados documentos oficiais, sendo atas de reuniões e planos da Secretaria de Saúde do município de Viçosa, MG, tendo o recorte temporal para a pesquisa documental o período de 2014 a 2017. Além da análise dos documentos citados, foram realizadas análises sobre as leis municipais, leis federais e as normas operacionais de saúde e de assistência à saúde emitidas pelo Ministério da Saúde.

Cabe salientar que a Portaria n. 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que entrou em vigor em 31 de janeiro de 2018 e estabelece a nova forma de financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde, não estava ainda em vigor, não

tendo sido realizadas análises em relação a ela, embora expectativas em relação à portaria apareçam ao longo das entrevistas. Dessa forma, tais expectativas são demonstradas, na análise dos dados, e discutidas na próxima seção (Brasil, 2017).

A “observação não participante” foi utilizada para complementar as informações coletadas via documentos e entrevistas, sendo realizadas visitas à Secretaria Municipal de Saúde e ao Conselho Municipal de Saúde. Foi realizado o acompanhamento de procedimentos realizados no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, observações durante duas reuniões do Conselho Municipal de Saúde e participação da 1ª Conferência da Vigilância em Saúde do Município de Viçosa, MG (realizada em 17 de agosto de 2017). A observação foi realizada durante toda a etapa de coleta de dados para esta pesquisa, tendo ocorrido de janeiro a dezembro de 2017.

Dessa forma, para o desenvolvimento da pesquisa, foram utilizadas três técnicas de coleta de dados, configurando a preocupação com a triangulação sequenciada de técnicas de coleta de dados, de forma a garantir maior confiabilidade e aprofundamento na identificação e análise dos dados.

Os dados coletados foram tratados pelo método da análise de conteúdo (Bardin, 1997). Para a análise de conteúdo, utilizou-se uma grade mista, tendo sido determinadas, a partir dos dados coletados e da literatura, três categorias, sendo “Comando”, “Autonomia” e “Responsabilidade”.

A partir das categorias que orientaram a realização da análise dos dados, passa-se, então, à apresentação dos resultados.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A presente seção tem como objetivo analisar os dados para compreender como ocorre a coordenação federativa da política de saúde e como o município de Viçosa, MG, posiciona-se nesse contexto. Para o desenvolvimento dessa análise, foram criadas, a partir dos dados coletados e da literatura, as categorias “Comando”, “Autonomia” e “Responsabilidade”. A próxima seção trata da categoria “Comando”.

### **4.1 Comando**

A categoria “Comando” refere-se à necessidade e à capacidade do governo federal de assumir a direção efetiva do processo de políticas públicas, definindo e ordenando prioridades.

A partir da análise da política de saúde brasileira, sob o ponto de vista do município de Viçosa, MG, verifica-se que o governo federal está em uma posição central, comandando as ações a partir dos programas nacionais de saúde. O governo federal elabora as diretrizes e os programas, voltados para a saúde, que direcionam o desenvolvimento da política desse setor nos demais entes federativos. Essas diretrizes e programas nacionais estabelecem as ações que serão realizadas, a forma de realização, os critérios que serão utilizados no momento da execução e as formas de avaliação. O governo federal adota, então, um papel central na formulação da política de saúde no Brasil ao determinar as diretrizes e os programas, mas um fator essencial é a forma utilizada pelo governo federal para que os entes subnacionais adotem tais orientações, que é o estabelecimento de regras e de mecanismos de incentivos financeiros condicionados à aderência pelos municípios a essas diretrizes.



O governo federal concentra a maior parte da arrecadação tributária no Brasil, o que já lhe confere poder, e os estados e municípios são compensados por sistemas de transferências fiscais. Parte dessas transferências fiscais é constitucional; independentemente da adesão às políticas públicas nacionais, o recurso é transferido aos entes subnacionais; entretanto, a outra parcela das transferências está condicionada à adesão aos programas propostos pelo governo federal. Na prática, identifica-se, a partir do estudo, como previsto por Arretche (2004), que as transferências de recursos condicionadas aos programas são fundamentais para que os estados e municípios adotem as diretrizes nacionais. Os gestores da saúde do município estudado se posicionaram nesse sentido de forma objetiva, em que todos relataram que o motivo principal para a adesão à política nacional de saúde é a necessidade desta para o recebimento de recursos. Dessa forma, identifica-se que, ao condicionar o repasse de recurso à adesão a um programa, o governo federal, que detém o poder normativo, na busca do bem-estar social (Machado, 2007), induz o município a implementar a política de saúde conforme suas diretrizes, exercendo o seu papel de comando.

O governo estadual possui certa autonomia para formular e propor projetos, desde que esses estejam de acordo com as diretrizes nacionais. Na verdade, o que se percebe é que o governo estadual exerce a função de acompanhamento da implementação, e não de indutor da política de saúde pelo município. Pode-se entender que o governo estadual possui uma posição hierárquica superior em relação aos municípios; porém, o comando da política de saúde permanece sendo exercido pelo governo federal, uma vez que as orientações estaduais estão condicionadas ao comando federal.

A partir das diretrizes nacionais, o governo estadual orienta e treina os municípios para a implementação da política de saúde. Essas orientações são repassadas de forma mais detalhada pela Superintendência Regional de Saúde. O posicionamento do governo estadual identificado no presente estudo corrobora o argumento de Abrúcio e Costa (1999), que acreditam em uma menor participação do governo estadual na coordenação, articulação e regulação em relação aos municípios. Entretanto, vale ressaltar que, segundo os entrevistados, o governo estadual tem uma participação mais efetiva do que a do governo federal quando se refere ao apoio técnico realizado junto aos municípios.

Desse modo verifica-se que os dados encontrados refletem a argumentação de Arretche (2009), pois percebe-se que o processo de descentralização, na verdade, é marcado pelo papel regulamentador do governo federal, uma vez que a função *policy making* é descentralizada; ou seja, os estados e os municípios operacionalizam a política de saúde no Brasil, o estado acompanha a execução, e o município executa efetivamente a política de saúde; e a função *policy decision-making* está centralizada no governo federal, que formula as diretrizes e os programas e induz a adoção desses pelos entes subnacionais.

Entretanto, é necessário entender que o comando exercido pelo governo federal na política de saúde é construído a partir de um discurso de gestão compartilhada entre os entes da Federação, em que pactuações são realizadas em fóruns de negociação federativa instituídas no âmbito do SUS (Franceze, 2010). Na prática, de acordo com os entrevistados, existe um distanciamento entre o governo federal e o município. Apesar do governo federal exercer esse papel de comando da política de saúde e da pouca participação do governo municipal na sua formulação, é necessário que os entes subnacionais reconheçam esse comando, e tal reconhecimento foi identificado com o presente estudo. Todos os gestores e operadores da saúde do município estudado reconhecem

a necessidade de o governo federal exercer um posicionamento central e vão mais além, eles confiam e esperam por esse comando. Esse reconhecimento é fundamental para a legitimidade do comando exercido pelo governo federal.

O comando do governo federal na política de saúde é, de fato, necessário, tanto que determinadas ações que beneficiam o município, que dão voz aos cidadãos, tais como as conferências, as consultas públicas e a ouvidoria da saúde, somente são implementadas pelo município em virtude dos comandos e da “obrigatoriedade” estabelecida pelo governo federal. Nas entrevistas realizadas, tais espaços deliberativos não eram valorizados pelos gestores municipais. Como exemplo, tem-se a criação da ouvidoria da saúde do município estudado, que foi criada em maio de 2017, a partir da cobrança do governo federal.

O que se percebe é que o governo federal realmente precisa exercer esse comando, que, no caso estudado, as diretrizes/políticas propostas respondem às demandas do município, demonstrando certo conhecimento da realidade da saúde de Viçosa, MG, e que age corretamente quando direciona e induz a política de saúde a partir dos programas, buscando a uniformização das ações de saúde nos diversos municípios do Brasil.

Entretanto, foram identificadas dificuldades relacionadas ao comando federal da política de saúde. Alguns entrevistados ressaltaram dificuldades advindas da forma como as diretrizes e os comandos são repassados para o município, sendo relatado que, muitas vezes, os direcionamentos são dados ao município com um prazo curto de tempo para a execução. Isso sinaliza que o governo federal e o governo estadual, assim como o governo municipal, necessitam estar bem preparados administrativamente para fazerem com que os direcionamentos sejam efetivos e incorporados pelo município.

Outra dificuldade apontada por todos os gestores municipais da saúde do município entrevistados é a questão da descontinuidade das diretrizes e dos programas. Como o comando da política de saúde é do governo federal, é dele também o poder de decisão em relação à continuidade de um programa e do quantitativo de recurso que será repassado.

Uma outra situação difícil em relação ao comando exercido pelo governo federal é que, muitas vezes, o governo federal determina uma ação; entretanto, não oferece recursos para a sua execução. Dessa forma, o município fica em situação difícil, já que tem de implementar sem recurso suficiente.

O que se percebe sobre o comando da política de saúde exercido pelo governo federal, de acordo com a ótica dos entrevistados, é que ele o faz de modo efetivo, possui conhecimento e consegue ordenar e definir prioridades de forma a alcançar as demandas de saúde. Assim, os entrevistados confiam na sua atuação e esperam por ela, pois, caso contrário, as ações de saúde não seriam realizadas de forma completa.

Além disso, observou-se que, apesar de reconhecida a capacidade do governo federal no comando da política, há dificuldades no desenvolvimento desse comando que afetam a implementação da saúde nos municípios, como prazos apertados, descontinuidade de diretrizes, programas e recursos. Essas dificuldades sinalizam para a falta de autonomia municipal, que será abordada no próximo tópico.

## **4.2 Autonomia**

A autonomia está relacionada à capacidade de autogoverno que os entes subnacionais possuem. Abrucio (2005a, p. 43) entende que, em contextos federativos, é aceito que o governo

federal possui uma posição hierárquica maior que a dos outros entes, sendo esse, como visto anteriormente, o caso do comando exercido na política de saúde, mas que a concepção de federalismo “reside exatamente na existência de direitos originários pertencentes aos pactuantes subnacionais”. Dessa forma, diante do comando exercido pelo governo federal, necessário se faz compreender a existência desses direitos originários; ou seja, a autonomia do município.

Ao analisar o conjunto de normas legais relacionadas à política de saúde, pode-se notar que foi concedida ao governo federal a função de formular as normas e as diretrizes. Dessa forma, quanto à autonomia normativa municipal (definição de diretrizes e prioridades), identificou-se que é reduzida, uma vez que as orientações são direcionadas pelo governo federal, e que as poucas lacunas deixadas são direcionadas pelo governo estadual.

Ao município é concedida a prerrogativa de aderir ou não ao programa nacional, pois o governo federal não obriga a adesão às suas políticas por parte dos governos municipais (Arretche, 2004). Ou seja, aparentemente, existe um cenário de autonomia do governo municipal, uma vez que ele aceita ou não as diretrizes nacionais; porém, se o município decide aderir a um programa, o que ocorre na maioria das vezes, precisa seguir todas as orientações do governo federal – assim, percebe-se que a autonomia é reduzida.

Ocorre que, como discutido anteriormente, as diretrizes e os programas nacionais são condizentes com as necessidades de saúde da população, e, então, são incorporadas pelo município, para que o cidadão receba a prestação do serviço de saúde. Porém, existe situação, como foi relatado pelos entrevistados, em que os programas não são necessários ou prioritários para o município, mas esse, mesmo sem julgar necessário, acaba implantando um determinado programa somente para garantir o recebimento do recurso. Tal fato confirma a ideia defendida por Bueno e Merhy (1997) e por Arretche (2009), que concluem que a indução exercida pelo governo federal é mais um processo de centralização, pois, ao condicionar o repasse de recursos financeiros à adesão do município aos programas nacionais, limita a possibilidade de não adesão por parte do governo municipal e restringe sua autonomia.

Quanto à autonomia para o governo municipal formular diretrizes e programas para demandas específicas, o que se nota é que o município pode até possuir essa autonomia, mas, para isso, ele teria de financiar esses programas municipais com recursos próprios. Ocorre que os recursos próprios são limitados para a maioria dos municípios, como para o município objeto deste estudo, em que todos os entrevistados da gestão municipal da saúde relataram que não possuem recurso próprio suficiente para implementar ações que não são previstas nos programas nacionais. Ou seja, em termos financeiros, a autonomia é restrita.

Sobre a autonomia municipal em relação à questão financeira, o que foi constatado é que o município possui autonomia reduzida, uma vez que o recurso somente é repassado se houver adesão ao programa nacional, e que o montante de recurso próprio municipal é insuficiente. Dessa forma, identifica-se que o município, em virtude de não possuir recursos próprios suficientes para realizar os serviços de saúde, e, como consequência, possui uma dependência em relação aos repasses de recursos realizados pelo governo federal e estadual, tem a sua autonomia financeira comprometida.

Até janeiro de 2018, o governo municipal não possuía flexibilidade em relação à utilização dos recursos condicionados repassados pelo governo federal, que a controlava e direcionava. O que acontecia era que o recurso era repassado para o município para uma determinada ação, e não poderia ser direcionado para outra atividade ou programa, mesmo que não fossem necessários

ao programa que lhe tinha dado origem. Em 28 de dezembro de 2017, foi publicada a Portaria 3.992, do Ministério da Saúde, que trata da nova forma de financiamento e das transferências de recursos federais para as ações e os serviços de saúde, e entrou em vigor dia 31 de janeiro de 2018, com o intuito de atribuir ao município maior flexibilidade na utilização desses recursos, quando esses estiverem nos cofres municipais; porém, o repasse do recurso pelo governo federal para o município ainda permanece condicionado à adesão aos programas nacionais.

Ou seja, foi concedida certa autonomia para o município gerenciar os seus recursos da saúde por parte dos municípios e a consequente flexibilização da sua utilização.

Ocorre que a autonomia financeira continua reduzida, uma vez que o recebimento dos recursos federais ainda está condicionado à adesão aos programas nacionais. Entretanto, pode-se compreender que a adoção dessa nova forma de financiamento do SUS possa ser parte da solução para o “engessamento” da execução orçamentária de saúde, e que tal fato pode ajudar o governo municipal a solucionar as demandas de saúde específicas do município. Ressalta-se, pois, que, se, por um lado, essa nova forma de financiamento e de transferência de recursos para as ações e os serviços de saúde sinalizam para uma maior liberdade do gestor municipal na destinação dos recursos, e, conseqüentemente, na determinação das prioridades municipais, por outro lado, espera-se, também, que os governos municipais e federal estabeleçam maior controle e planejamento das ações.

Quanto à autonomia administrativa, essa foi reconhecida por todos os entrevistados. O que se percebe é que, como coube ao município a execução da política de saúde, esse possui autonomia na forma de gerenciar e de prestar o serviço de saúde à população. Assim, decisões administrativas, que envolvem a rotina e a execução da política de saúde, são tomadas pelo governo municipal.

Entretanto, apesar de o município poder ser considerado como autônomo administrativamente nas questões que envolvem a saúde, ele ainda passa por algumas restrições advindas da falta de autonomia normativa, para formular e direcionar suas ações. Existem situações em que o governo municipal fica receoso em realizar algumas ações, pela falta de poder de decisão em relação à continuidade dos programas nacionais, como, por exemplo, a dificuldade na gestão dos recursos humanos municipais da saúde, pela insegurança em realizar concurso público e efetivar os servidores.

Dessa forma, identifica-se que, corroborando o entendimento de Machado (2015), os mecanismos de comando da política de saúde exercidos pelo governo federal limitam a autonomia do governo municipal, tanto no que se refere às escolhas específicas do município em relação às ações de saúde a serem executadas, quanto às questões financeiras. Identificou-se, também, uma autonomia administrativa relativa do município, uma vez que ele é acompanhado pelo governo estadual, na fase de execução da política de saúde. Vale considerar que a autonomia dos municípios foi reduzida, na década de 1994, em virtude da falta de capacidade de gestão da política de saúde verificada na maioria dos municípios (Abrucio, 2011), e, de fato, verificam-se dificuldades e falta de capacidade de gestão no momento da execução da política, o que nos leva a acreditar que a capacidade para a formulação e para a tomada de decisão da política de saúde por parte do município seria ainda mais restrita.

### 4.3 Responsabilidade

A CF/88 atribui a responsabilidade pela política pública de saúde aos três entes federais. Porém, Abrucio e Franzese (2007) chamam a atenção para o fato de que a competência compartilhada entre os entes da Federação pode gerar situações em que eles se omitam diante da política de saúde; dessa forma, na presente categoria “Responsabilidade”, busca-se compreender como e por que se dá a atuação do município em relação às suas responsabilidades específicas.

A Lei n. 8.080, de 1990, reforçou a responsabilidade municipal na execução dos serviços de saúde; e a NOB 96, que redefiniu as responsabilidades dos municípios, dos estados e da União, veio no sentido de promover e consolidar a função do município de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Brasil, 1990). Percebe-se que, com a referida norma operacional, o município é o ente responsável pela execução e gestão municipal da saúde, sendo ele responsabilizado pela falta da prestação do serviço de saúde; entretanto, conforme prevê o artigo 23 da CF/88, o estado e a União são corresponsáveis, nas respectivas competências ou na ausência da função municipal (Brasil, 1988).

Cabe ao município desenvolver as ações de saúde previstas pelas diretrizes nacionais, mas também desenvolver as ações que atenderiam às demandas municipais específicas. Para os entrevistados, o atendimento das necessidades da população não está condicionado às diretrizes e aos programas nacionais, devendo o município atender às demandas de saúde específicas dos seus cidadãos.

Para atender a essa responsabilidade de execução da saúde pública, os municípios devem cooperar. Por meio da cooperação, um município polo presta serviços de saúde para os demais da região de saúde e assume, mesmo indiretamente, a responsabilidade da prestação de serviço para os cidadãos daqueles municípios. Entretanto, os municípios receptadores desses serviços não deixam de ser os responsáveis pela prestação do serviço público de saúde. Ou seja, os municípios delegam a execução, mas cabe a eles o repasse de recurso para o município prestador de serviço e a responsabilização pela falta de ação.

Ocorre que, muitas vezes, os municípios de uma determinada região de saúde se beneficiam da prestação do serviço, mas não cumprem com o repasse dos recursos para o município prestador de serviço, o que compromete a execução da saúde como um todo. Verifica-se, a partir dos relatos dos gestores municipais de saúde, essa situação no consórcio que foi estabelecido entre os municípios da região de saúde de Viçosa, MG.

Como consequência dessa visão, Abrucio (2011) alerta para perda da visão sistêmica das políticas públicas por parte dos municípios. Na prática, segundo os entrevistados, alguns municípios não fazem o repasse de recurso e não prestam determinado serviço de saúde, pois sabem que o outro município irá atender o cidadão. Percebe-se, também, que o município objeto do estudo não encontrou, até o momento da pesquisa, uma forma de solucionar tal situação.

Além do fato de alguns municípios não assumirem as suas responsabilidades em relação à prestação do serviço de saúde ou ao repasse dos recursos, percebe-se, ainda, que o estado também tem faltado com as suas responsabilidades de repasse de recursos para os municípios e de fornecimento de alguns serviços de saúde a ele atribuídos. Todos os gestores da saúde do município relataram a falta de repasses financeiros por parte do ente estadual. Ocorre que, mesmo o estado não cumprindo com o repasse, o município é o ente cobrado por parte dos cidadãos pelos serviços, mesmo porque esse é o ente que está mais próximo do cidadão, e acaba por ter que executar o serviço de saúde com recursos próprios, o que compromete ainda

mais o orçamento municipal da saúde. Assim, compreende-se que é fundamental, para que os municípios possam exercer as funções a eles atribuídas e cumprir com as suas responsabilidades, a devida cooperação técnica e financeira entre os entes federativos.

Destaca-se que a população cobra diretamente da prefeitura as ações de saúde, mas, principalmente, tem realizado a cobrança pelas vias judiciais, sendo esse procedimento denominado pelos entrevistados como a “judicialização da saúde”; entretanto, muitas vezes, o serviço cobrado deveria ser custeado pelo estado ou pela União.

Os recursos municipais de saúde ficam, dessa forma, comprometidos, e o governo municipal se vê em uma situação de incerteza sobre a real disponibilidade financeira, pois pode ser surpreendido por um bloqueio judicial.

Tal situação foi prevista por Abrucio e Franzese (2007), ao acreditarem que um compartilhamento das responsabilidades de saúde, pelos entes federativos, gera uma responsabilização difusa em que um ente federativo atribui a outro a responsabilidade pelas ações de saúde e a culpa pela não realização dessas, sem que nenhuma ação seja efetivamente tomada para solucionar essa situação.

Dessa forma, identificou-se que a responsabilidade do município é a de execução da saúde pública; entretanto, para realizar as prestações de serviço de saúde, os municípios necessitam de recursos que devem ser repassados pelos municípios que se beneficiam da prestação de serviço de saúde, pelo estado e pela União, o que nem sempre ocorre. Assim, compreende-se que é fundamental, para que os municípios possam exercer as funções a eles atribuídas e cumprir com as suas responsabilidades, a devida cooperação técnica e financeira entre os entes federativos.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O governo federal exerce um importante papel na coordenação da política de saúde, uma vez que a União, a partir da metade dos anos 1990, passou a exercer influência sobre o processo de políticas públicas, e o município, a exercer o papel de operacionalizador de tais políticas. Os municípios têm sido estimulados a incorporar os programas nacionais que lhes acrescentam receita financeira e viabilizam o atendimento das suas demandas de saúde. Entretanto, a coordenação federativa também apresenta limitações que perpassam pela possibilidade de que o comando exercido pelo governo federal possa limitar a atuação do município (Arretche, 2009).

A partir do estudo realizado, verificou-se que a coordenação da política de saúde exercida pelo governo federal apresenta, por um lado, aspectos positivos, tais como estímulo às relações de cooperação entre os municípios da região de saúde; determinação para que o município adote uma concepção participativa no desenvolvimento da política, como a determinação para a realização das conferências e da implantação da ouvidoria do SUS; repasse de recursos financeiros para o município; estabelecimento de mecanismos de controle; e, principalmente, a visão da saúde pública de forma sistêmica, integral e regionalizada. Por outro lado, apresenta aspectos negativos, como redução da autonomia normativa e financeira do município e falta de capacidade financeira para garantir a integralidade dos serviços de saúde.

De forma geral, pode-se dizer que a coordenação federativa exercida pelo governo federal tem contribuído para que o município de Viçosa, MG, viabilize a sua política de saúde, uma vez que as diretrizes e os programas nacionais provêm os serviços de saúde necessários ao município. Isso significa dizer, em outras palavras, que, ao induzir o município à adesão dos programas

nacionais, o governo federal contribui com a política municipal de saúde. Embora não se possa desconsiderar o fato de que o montante de recurso transferido pelo governo federal e estadual para a implementação da política municipal de saúde não é suficiente, cabendo ao município complementar, para além de suas responsabilidades, com recursos próprios para que o programa nacional seja operacionalizado.

## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. Três agendas, seus resultados e um desafio: balanço recente da administração federal brasileira. *Desigualdade e Diversidade – Dossiê Especial*, São Paulo, 2011.

ABRUCIO, F. L. A coordenação Federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia Política*, n. 24, junho 2005a.

ABRUCIO, F. L. Reforma do Estado no federalismo brasileiro: a situação das administrações públicas estaduais. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 2005b.

ABRUCIO, F. L.; COSTA, V. M. F. Reforma do Estado e o Contexto Federativo Brasileiro. *Pesquisas*, São Paulo, n. 12, 1999.

ABRUCIO, F. L.; FRANZESE, C. Federalismo e Políticas Públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: ARAÚJO, Maria Fátima Infante; BEIRA, Lígia. (Org.). *Tópicos de Economia Paulista para Gestores Públicos*. 1. ed. São Paulo: Edições FUNDAP, 2007. v. 1. p. 13–31.

ABRUCIO, F. L.; FRANZESE, C.; SANO, H. *Coordenação e Cooperação no Federalismo Brasileiro: avanços e desafios*. Livro 9. V. 1. Brasília: Ipea, 2010.

ABRUCIO, F. L.; SANO, H. A experiência de cooperação interestadual no Brasil: formas de atuação e seus desafios. *Cadernos ADENAUER*, São Paulo, v. 4, p. 22–31, 2011.

ARRETCHE, M. Federalism and Place-Equality Policies: a case study of Policy design and outputs. *EUI Working Papers*, SPS, San Domenico di Fiesole, v. 19, p. 1–25, 2009.

ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17–26, 2004.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1997.

BRASIL. Portaria MS n. 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília-DF, 2017. Disponível em: [www.cosemsg.org.br](http://www.cosemsg.org.br). Acesso em: 4 abr. 2018.

BRASIL. *Lei n. 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 4 abr. 2016.

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

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. *Os Equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?* In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ONLINE. Temas para Debate II –

Descentralização da Gestão da Saúde. Brasília-DF, 1997.

CRESWELL, J. W. *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. Tradução de Sandra Mallmann da Rosa. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

CRESWELL, J. W. *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Tradução de Luciana de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

FRANZESE, C. *Federalismo cooperativo no Brasil: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas*. 2010. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2010.

IMMERGUT, E. M. *Health politics interests and institutions in Western Europe*. Londres: Cambridge University Press, 1992.

MACHADO, J. A. Federalismo e Poder de Veto: federalismo, poder de veto e coordenação de políticas sociais no Brasil pós-1988. *Organização e Sociedade*, Salvador, v. 21, n. 69, abr.- jun. 2014.

MACHADO, J. A. *Políticas Públicas descentralizadas e problemas de coordenação: o caso do Sistema Único de Saúde*. Tese, 2007.

MACHADO, J. A.; MENICUCCI, T. M.; GUIM, A. L. S. *Direitos iguais, relações desiguais: transferências intergovernamentais e escolhas orçamentárias no setor saúde em municípios de pequeno porte*. Relatório de Pesquisa executada com apoio financeiro do Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – Edital FAPEMIG 001/2012, fev. 2015.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 18 [Suplemento], p. 163–171, 2002.

OBINGER, H.; LEIBFRIED, S.; CASTLES, F. G. (Ed.). *Federalismo and the Welfare State: new world and European experiences*. Cambridge University Press, 2005.

OLIVEIRA, V. E. *O municipalismo brasileiro e a provisão local de políticas sociais: o caso dos serviços de saúde nos municípios paulistas*. Tese (Doutorado em 2007) – Universidade de São Paulo, 2007.

PIERSON, P. Fragmented welfare states: federal institutions and the development of social policy. *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, Cambridge, and 108 Cowley Road, Oxford, OX4, IJF, UK, v. 8, n. 4, p. 449–78, 1995.

### Sobre os autores:

**Tainá Rodrigues Gomide Souza Pinto:** Doutora em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais. Mestre em Administração pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). Graduada em Direito pela Escola de Ensino Superior de Viçosa, e em Ciências Contábeis pela UFMG. Professora do Departamento de Administração e Contabilidade da UFMG. Com atuação na área de administração, contabilidade e finanças públicas. **E-mail:** tainagomide@yahoo.com.br, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0001-8142-0047>

**Iva Ckagnazaroff:** Doutor em Doctoral Programme Aston Business School pela Aston University. Mestre em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais. Graduado em Economia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Professor titular, com dedicação exclusiva, do Departamento de Ciências Administrativas e do Centro de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (Cepead), da Universidade Federal de Minas Gerais. **E-mail:** ivanbeck00@gmail.com, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0001-7387-5033>