

# POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

## PUBLIC HEALTH POLICIES IN BRAZIL

Aylton Paulus Júnior<sup>1</sup>, Luiz Cordoni Júnior<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Economista. Mestre em Teoria Econômica. Docente do Departamento de Economia, Universidade Estadual do Paraná/FECEA – Campus de Apucarana. Economista da Universidade Estadual de Londrina/Hospital Universitário.

<sup>2</sup> Médico. Doutor em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR.

Correspondência: Aylton Paulus Júnior (paulus@sercomtel.com.br)

### Resumo

---

Este texto tem por finalidade servir como uma primeira aproximação para a compreensão das políticas públicas de saúde no Brasil, destacando alguns dos principais eventos, inclusive a institucionalização do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988. Apresenta fatos em saúde pública do Estado Brasileiro com registros que datam do século passado até os nossos dias. Oferece aos interessados em aprofundar os estudos, uma referência temporal indicando autores e legislação, sem esgotá-los, que podem nortear novos estudos e pesquisas.

**Descritores:** Saúde pública; Sistema Único de Saúde; História; Política de Saúde.

### Abstract

---

This text aims to be a first approach for understanding the public health policy in Brazil, focusing on some of the main events, including the institutionalization of the Unified Health System (current National Health System) which is inscribed in the Federal Constitution of 1998. It presents public health events of Brazilian State since the past century until the present times. It shows time references linked to authors, without being exhaustive, that can orientate those who are interested in going deeper into the study.

**Key words:** Public health; National Health System (BR); History; Health policy.

No período de 1897 até 1930 os assuntos relacionados com a saúde, como funções públicas, eram tratados no Ministério da Justiça e Negócios Interiores, em específico, na Diretoria Geral de Saúde Pública. Médice<sup>1</sup> relata que a assistência à saúde ofertada pelo Estado até a década de 1930 estava limitada às ações de saneamento e combate às endemias. É também dessa época, o surgimento e desenvolvimento do chamado sanitarismo-campanhista, fortemente presente até o final da década de 1940. Tal política visava dar apoio ao modelo econômico agrário-exportador, garantindo condições de saúde para os trabalhadores empregados na produção e na exportação. As campanhas visavam ao combate de endemias tais como a peste, a cólera, a varíola, dentre outras.<sup>2</sup> Progressivamente, o Estado vai acentuando sua intervenção no setor saúde e, após a segunda guerra mundial, passa a assumir obrigações financeiras no que se refere à assistência à saúde da população.

A previdência Social no Brasil surgiu em 1923 com o Decreto Legislativo que ficou conhecido como Lei Elói Chaves criando as Caps - Caixas de Aposentadoria e Pensão.<sup>3</sup> Estas eram organizadas pelas empresas e ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões. Belinati<sup>4</sup> apoiado em historiadores, cita que no período de 1923 a 1933 foram criadas 183 Caixas de Aposentadorias e Pensão. A partir de 1933, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), entidades de grande porte abrangendo os trabalhadores agrupados por ramos de atividades. Tais institutos foram o IAPTEC (para trabalhadores em transporte e cargas), IAPC (para os comerciários), IAPI (industriários), IAPB (bancários), IAPM (marítimos e portuários) e IPASE (servidores públicos). O modelo inicial da assistência médica não era universal e baseava-se nos vínculos trabalhistas. Tinham direito aos benefícios somente trabalhadores que contribuíam para a Previdência, ou seja, aqueles "com carteira assinada".

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde. As atenções predominantes dos governos até então, estavam voltadas às ações de caráter coletivo. A partir desta década a ênfase governamental começa a se deslocar para a assistência médica individual.<sup>5</sup>

Em 1948, durante o mandato do General Eurico Gaspar Dutra, o governo federal formula o Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia). Em 1953, ainda sob a influência do Plano, foi criado o Ministério da Saúde (MS) que se dedica às atividades de caráter coletivo, como as campanhas e a vigilância sanitária. À época e paralelamente, a assistência médica cresce e se desenvolve no âmbito das instituições previdenciárias. Já se percebia a necessidade de garantir a manutenção e reprodução da força de trabalho cada vez mais urbana e fabril, ciclo iniciado em 1930. Donnangelo, apud Cordoní Júnior<sup>6</sup>, caracteriza o desenvolvimento da assistência médica no seio das instituições previdenciárias como instrumento para amenizar tensões sociais e controlar a força de trabalho.

As várias instituições previdenciárias e a multiplicidade de tratamentos aos seus usuários motivaram o governo à uniformização dos métodos com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, em agosto de 1960.<sup>7</sup> Os direitos e deveres passaram a ser semelhantes orientados pela lei, o que viria facilitar no futuro, a fusão dos IAP.

Em 1966, da fusão dos IAP originou-se o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social que uniformizou e centralizou a previdência social. Nesta década a previdência social se firmou como principal órgão de financiamento dos serviços de saúde. Médice<sup>1</sup> e Mendes<sup>8</sup> concordam que aconteceu uma concentração das políticas de saúde com extensão da cobertura assistencial.

Conforme a tendência observada já no início da década de 1950, na década de setenta, a política de saúde encontrava-se totalmente polarizada entre as ações de caráter coletivo, como os programas contra determinados agravos, vacinação, vigilância epidemiológica e sanitária, a cargo do Ministério da Saúde e, a assistência médica individual centrada no INPS, órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado em 1974. A assistência médica individualizada passou a ser dominante e a política privilegiou a privatização dos serviços e estimulou o desenvolvimento das atividades hospitalares. O processo de industrialização acelerado observado a partir do Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira fortaleceu a economia dos centros urbanos e

gerou força de trabalho a ser atendida pelo sistema de saúde. Tal fato aprofunda a necessidade de o Estado atuar na saúde do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva.<sup>9</sup> A expansão da medicina hospitalar é apontada por Cordoni Júnior.<sup>5</sup> Segundo o autor, em 1970 foram internados 2,9% da população brasileira, passando para 9,7% em 1980.

Em 1972 iniciou-se a ampliação da abrangência previdenciária. As empregadas domésticas e os trabalhadores rurais foram beneficiados pela cobertura de assistência médica no sistema de saúde e, em 1973 incorporaram-se os trabalhadores autônomos.

Paralelamente ao desenvolvimento do sistema de saúde acima descrito, inicia-se um movimento intelectual e político de crítica ao mesmo. Em 1976, é fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES – que marca o início da mobilização social que se convencionou chamar Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – MRSB. O Movimento nasceu nos Departamentos de Medicina Preventiva e no Curso de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e rapidamente se expandiu entre os profissionais de saúde, tendo como principal meio de difusão de idéias a revista do CEBES, *Saúde em Debate*.<sup>2</sup> O MRSB inseria-se na luta contra a ditadura militar e preconizava um novo modelo assistencial que destacava a importância da assistência primária de saúde.<sup>2</sup> O MRSB foi o grande indutor de convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujas recomendações foram absorvidas pela Constituição Federal de 1986, como adiante se examinará.

Em 1974 surge o PPA - Plano de Pronta Ação e o FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social para enfrentar a crescente demanda curativa. O FAS, fundo de recursos públicos, emprestava dinheiro a juros subsidiados. Tais recursos eram utilizados predominantemente para a construção de hospitais privados. Estes garantiam o retorno do capital através do credenciamento junto ao INPS.

O PPA foi um conjunto de ações que desburocratizou o atendimento de urgência ao segurado e permitiu o atendimento ambulatorial a toda a população nos casos de urgência. O

PPA é importante referência porque foi o início da universalização do atendimento. Na época, grandes investimentos foram realizados privilegiando a assistência médica em unidades de saúde em detrimento das ações preventivas.

A primeira tentativa de regulamentação do papel dos municípios na política de saúde data de 1975, com a Lei 6.229<sup>10</sup> de 17 de julho de 1975. Tratando da organização do Sistema Nacional de Saúde, continha, em seu artigo primeiro as competências do município: 1) a manutenção dos serviços de saúde, em especial os de Pronto Socorro. 2) manter a vigilância epidemiológica. 3) articular os planos locais de saúde com os estaduais e federais. 4) integrar seus serviços no sistema nacional de saúde<sup>10</sup>. Esta Lei objetivou a extensão da cobertura. A maior parte das prefeituras gastou seus recursos em atendimentos especializados, notadamente os de pronto socorro dando pouca atenção aos atendimentos primários.<sup>11</sup> De fato, sob a Lei 6.229/75, a municipalização não prosperou.

A experiência do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento para o Nordeste (PIASS) ocorrida em 1976, foi especialmente importante para evidenciar a necessidade de atenção primária de saúde (APS). O objetivo, segundo descreve Médice<sup>1</sup>, era levar saúde pública às regiões carentes dentro de uma nova concepção do pensamento sanitário adotando sistemas de atenção primária à saúde com o envolvimento da comunidade local. A idéia de APS foi, inicialmente, desenvolvida apenas no Nordeste, mas alcançou, anos mais tarde, abrangência nacional.<sup>1</sup>

Em 1977 o governo cria o SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social através da Lei 6.439/77.<sup>12</sup> As seguintes instituições compunham o SINPAS: 1) Instituto Nacional de Previdência Social - INPS; 2) Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS; 3) Fundação Legião Brasileira de Assistência - LBA; 4) Fundação Nacional do Bem Estar do Menor - FUNABEM; 5) Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV; 6) Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social - IAPAS; e 7) a Central de Medicamentos - CEME.

Apesar da Lei 6.229/75 visar à regulamentação do Sistema Nacional de Saúde, na verdade não havia propriamente um sistema. As ações de saúde eram desenvolvidas de maneira fragmentada e sem nenhuma integração. A saúde coletiva era considerada um direito de todos e a assistência médica hospitalar individualizada direito apenas dos trabalhadores contribuintes do Sistema Nacional de Previdência Social. Na época, cabia ao Ministério da Saúde, ao menos formalmente, a responsabilidade da formulação das políticas e o desenvolvimento das ações coletivas; ao Ministério da Previdência e Assistência Social a realização da assistência médica através do INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e de Previdência Social; ao Ministério da Educação a formação de recursos humanos para saúde e a prestação de serviços nos hospitais universitários; ao Ministério do Interior as ações de saneamento e ao Ministério do Trabalho cuidar da higiene e segurança do trabalho.<sup>13</sup>

Na nova estrutura proposta pelo SINPAS a assistência médica continuava a ser prestada principalmente através de contrato com setor privado com os recursos da previdência. O conjunto de políticas públicas da década de 1970, levou a um modelo médico-assistencial privatista assentado no Estado como grande financiador e no setor privado nacional como o maior prestador, tendo o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos.<sup>9</sup>

Em 1977 o Ministério da Saúde já reconhecia que o papel primordial da esfera municipal era o de estruturar uma rede de serviços básicos dentro dos princípios da atenção primária<sup>11</sup>, mas à época, nenhum passo concreto foi dado por ele nesta direção. O primeiro encontro municipal do setor saúde, realizado em Campinas em maio de 1978, concluiu pela atenção primária à saúde como prioridade dos municípios deixando os casos mais complexos (atendimentos secundários e terciários) para a União e para os Estados.<sup>11</sup>

Em maio de 1980, na VII Conferência Nacional de Saúde, surgem as idéias que iriam ganhar forma em um programa racionalizador do INAMPS denominado PREVSAÚDE com o objetivo de generalizar o desempenho obtido com o Programa PIASS voltado à assistência primária. Este Programa, segundo Médice<sup>1</sup>, não

saiu das gavetas em função da crise econômica da Previdência que se iniciou em 1981.

A pouca prioridade dada às ações de saneamento e à medicina preventiva facilitava o surgimento de doenças que poderiam ter fácil solução com medidas preventivas e APS. Para Braga e Paula<sup>14</sup> o crescente volume de recursos para a medicina curativa ameaçava o sistema previdenciário. Formava-se uma consciência de que era necessário repensar a política de saúde. As idéias difundidas pelo MRSB começavam a repercutir no interior do governo.

Em 1982 surge o “Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social”, elaborado pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, conhecido como Plano do CONASP, que foi criado para racionalizar as ações de saúde.<sup>15-16</sup> O modelo curativo dominante começa a ser abalado. Este plano atuou sobre a racionalização das contas com os gastos hospitalares dos serviços contratados com o sistema SAMHPS - Sistema de Assistência Médico-hospitalar da Previdência Social, pondo fim à modalidade em uso, denominada pagamento por unidade de serviço. Além disso, o Plano refere-se também ao aproveitamento da capacidade instalada de serviços ambulatoriais públicos.

Como conseqüência do Plano do CONASP, visando conseguir uma maior e melhor utilização da rede pública de serviços básicos, em 1982 foram firmados convênios trilaterais envolvendo os Ministérios da Previdência Social, Saúde e Secretarias de Estado de Saúde, os quais posteriormente foram substituídos pelas Ações Integradas de Saúde – AIS, com o objetivo da universalização da acessibilidade da população aos serviços de saúde. Esta proposta abriu a possibilidade de participação dos estados e, principalmente, municípios na política nacional de saúde.<sup>17</sup> A implementação das AIS, segundo Cohn e Elias<sup>18</sup> representou o passo inicial para o processo de descentralização na saúde.

As AIS incorporaram os serviços estaduais e municipais à rede de serviços pagos pelo INAMPS integrando as esferas de governo em comissões interinstitucionais de saúde. Os convênios foram um marco na instituição da gestão colegiada nas diversas esferas de governo e na responsabilização dos municípios

como porta de entrada do sistema.<sup>5</sup> Segundo Mendes<sup>8</sup> os recursos da saúde começaram ser desconcentrados.

Para Santos<sup>13</sup> os repasses de encargos e dos recursos foram vinculados a compromissos assumidos perante a União. Para esta autora, esta desconcentração foi caracterizada pela transferência de “recursos carimbados” aos municípios, eventualmente, até contrários às prioridades locais. Entretanto as AIS, com a idéia de gestão colegiada, e na seqüência o SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde de 1987, começaram a por em prática os ideais da Reforma Sanitária.<sup>19</sup> Este com restrições que serão comentadas a seguir.

Enquanto as AIS representaram um movimento de estímulo à municipalização, o SUDS representou uma re-centralização nas mãos das secretarias estaduais de saúde. O SUDS não causou maiores estragos à descentralização porque foi de curta duração (de 1987 a 1990) e o movimento político pró-municipalização estava bastante fortalecido, como ilustra o parágrafo seguinte.

As discussões da VIII Conferência Nacional da Saúde, em março de 1986, resultaram na formalização das propostas do MRSB, ensejando mudanças baseadas no direito universal à saúde, acesso igualitário, descentralização acelerada e ampla participação da sociedade. A Conferência já apontava para a municipalização como forma de executar a descentralização. As bases do sistema atual, o SUS – Sistema Único de Saúde – foram dadas por esta conferência que envolveu mais de 5.000 participantes e produziu um relatório que subsidiou decisivamente a Constituição Federal de 1988 nos assuntos de Saúde.<sup>20</sup>

A Constituição Federal<sup>21</sup> de 1988 deu nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal. A saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo sendo que antes era apenas da União e relativo ao trabalhador segurado. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência é concebida de forma integral (preventiva e curativa). Definiu-se a gestão participativa como importante inovação, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo.

As Leis 8.080/90 e a 8.142/90 são singularmente relevantes para o novo modelo, uma espécie de estatuto da saúde no Brasil. A Lei 8.080/90 sedimenta as orientações constitucionais do Sistema Único de Saúde.<sup>22</sup> A Lei 8.142/90 trata do envolvimento da comunidade na condução das questões da saúde criando as conferências e os conselhos de saúde em cada esfera de governo como instâncias colegiadas orientadoras e deliberativas, respectivamente.<sup>23</sup> As conferências, instaladas de quatro em quatro anos, têm a participação de vários segmentos sociais; nelas são definidas as diretrizes para a formulação da política de saúde nas respectivas esferas de governo.<sup>22</sup> A Lei 8.142/90 também define as transferências de recursos financeiros diretamente de fundo a fundo sem a necessidade de convênios, como por exemplo, as transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para Fundos Estaduais e Municipais.<sup>23</sup>

As normas operacionais editadas pelo MS em 1991, 1993 e 1996 também devem ser destacadas pela sua importância na orientação do novo modelo, inclusive nos aspectos do financiamento.<sup>24,25,26</sup>

Particularmente importante para a municipalização foi a NOB de 1996, de fato só implementada em 1998, que definiu modalidades de gestão.<sup>26</sup> A modalidade mais avançada, denominada Gestão Semiplena, alargava as possibilidades de autonomia administrativa para a gestão dos recursos financeiros da União repassados aos municípios. Esta modalidade resultou em maior capacidade de planejamento para os municípios.<sup>27</sup>

Em 13 de setembro de 2000 foi promulgada a Emenda Constitucional 29 com o objetivo de definir a forma de financiamento da política pública de saúde de maneira vinculada à receita tributária.<sup>28</sup> O financiamento do SUS passou a ser garantido constitucionalmente. A base vinculável é composta pelos impostos pagos deduzidas as transferências entre governos.

Para viabilização do cumprimento da EC 29 foi fixado um período de transição até 2004. O governo Federal deve corrigir anualmente o orçamento da saúde com base na variação do produto interno bruto (PIB) do ano anterior. Já os Estados deveriam até 2004, estar aplicando

pelo menos 12% da base vinculável. A regra para os municípios é semelhante, sendo os percentuais de pelo menos 15% da base vinculável a partir de 2004.

As discussões sobre a operacionalização da EC 29 no Governo Federal e os debates conceituais de despesas com saúde em todos os níveis de governo, bem como outros esforços de desvinculação de receitas, parecem ter o objetivo de fuga às determinações da Lei mostrando dificuldades em sua implementação e, conseqüentemente, para o SUS.

De qualquer forma, a viabilização do sistema de financiamento na forma prevista na Constituição Federal de 1988 e na Emenda Constitucional 29 tem tomado a atenção dos estudiosos do setor. O Governo Federal e grande parte dos governos estaduais têm oferecido resistências à aplicação de recursos na saúde na forma de vinculação prevista na Emenda Constitucional 29/2000. O Problema do financiamento das Políticas de Saúde ainda não está resolvido.

## REFERÊNCIAS

1. Médice AC. Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1994
2. Martin GB, Carvalho BG, Cordoni Júnior L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni Júnior L, organizadores. Bases da saúde coletiva. Londrina: EDUEL; 2001.
3. Brasil. Decreto 4.628, de 24 de janeiro de 1923 (Lei Eloy Chaves). Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. [citado 2006 Dez 13]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>
4. Belinati W. Avaliação crítica do aumento da capacidade operativa dos serviços de saúde ao nível primário - Londrina 1986-1992. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1994.
5. Cordoni Júnior L. Serviços municipais de saúde no Paraná: tendências e perspectivas. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1986
6. Cordoni Júnior L. Medicina comunitária: emergência e desenvolvimento na sociedade brasileira. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1979.
7. Brasil. Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. [citado 2006 Dez 13]. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/previdenciasocialleiorganica.htm>.
8. Mendes EV. Uma agenda para saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
9. Mendes EV. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema de saúde. São Paulo: Hucitec; 1993.
10. Brasil. Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975. Cria o Sistema Nacional de Saúde. [citado 2006 Dez 11]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L6229.htm>.
11. Almeida MJA. Organização de serviços de saúde a nível local: registros de uma experiência em processo. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1979.
12. Brasil. Lei 6.439, de 1 de setembro de 1977. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência social - SINPAS, e dá outras providências. [citado 2006 Dez 11]. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1977/6439.htm>.
13. Santos L. Distribuição de competência no Sistema Único de Saúde: o papel do Estado nas três esferas de governo no SUS. Brasília: OPS/OMS; 1994.

14. Braga JCS, Paula SG. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo: Hucitec; 1986.
15. Brasil. Portaria nº 3.062, de 23 de agosto de 1982. Aprova o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social – CONASP. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil] 23 ago 1982; Seção I, pt. I, p. 15829.
16. Brasil. Decreto nº 86.329, de 2 de setembro de 1981. Institui o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciário - CONASP. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil] 3 set 1981; Seção 1, p. 16637-8.
17. Goulart FAA. Municipalização: veredas caminhos do movimento municipalista da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1996.
18. Cohn A, Elias PE. Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços. São Paulo: Cortez; 1996.
19. Brasil. Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento do Sistema e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS), e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa] 21 jul 1987; Seção I, p. 1153.
20. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 1986 mar. 17-21; Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1986.
21. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília; 1988.
22. Brasil. Lei nº 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. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil] 20 set 1990; Seção I, Pt. 1, p. 18055-59.
23. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [citado 2006 Nov 18]. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/suscomunidade/recursos.htm>
24. Brasil. Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica - SUS nº 01/91, sobre a nova política de financiamento do SUS. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil] 10 jan 1991; Seção I, p. 641.
25. Brasil. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS nº 01/93. [citado 2006 Dez 14]. Disponível em: [http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/gest/GM\\_P545\\_93gest.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/gest/GM_P545_93gest.doc).
26. Brasil. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica – SUS 01/96. [citado 2006 Nov 18]. Disponível em: [http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/gest/GM\\_P2203\\_96gest.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/gest/GM_P2203_96gest.doc).
27. Paulus Júnior, A. A municipalização da saúde e a implantação da gestão simplificada no Município de Londrina. [Dissertação de Mestrado]. Londrina: Universidade Estadual de Maringá; 1998.
28. Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. [citado 2006 Dez 18]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm)

**Recebido em 22/09/2006**  
**Aprovado em 20/12/2006**