

ANÁLISE DO FINANCIAMENTO E GASTOS COM AÇÕES E SERVIÇOS
PÚBLICOS DE SAÚDE EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
Analysis of the Unified Health System funding and expenditure in a health region of
Pernambuco

Luzia Isley Almeida dos Santos¹
Lisandra Karoll Torres Pinheiro²

Resumo Este estudo tem como objetivo analisar o financiamento e gastos com ações e serviços públicos de saúde nos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco, no período de 2013 a 2017. Os indicadores relacionados à receita e despesas foram coletados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), os quais apresentam dados descritivos de frequência absoluta e relativa. Também foram coletados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) a fim de explorar algumas associações entre particularidades dos municípios (porte populacional e Índice de Desenvolvimento Humano – IDH), com indicadores relacionados a receitas e despesas. Identificou-se que os municípios apresentam baixa capacidade de arrecadação de imposto e que existe pouca participação do estado nas receitas da saúde, pois mais de 95% das transferências intergovernamentais para a saúde são da União. A despesa total per capita apresenta valor assimétrico entre os municípios e crescimento gradativo na maioria, sendo o maior percentual destinado a gastos com pessoal, seguido por serviços de terceiros. O percentual de recursos próprios municipais aplicados em saúde foi maior que 15%, exceto Pedra em 2016 (11,14%).

Palavras-chaves: Financiamento em saúde, Gastos em saúde, Sistema Único de Saúde.

Abstract This study has how goal analyze the funding and expenditures and public hearth services in the counties of the VI health region of Pernambuco, since of 2013 to 2017. The indicators related to income and expenses were collected in the Information System on Public Budgets (SIOPS), which present descriptive data of absolute and relative frequency. They were also collected from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) in order to explore some associations between particularities of the counties (population size and Human Development Index - HDI), with indicators related to income and expenses. It was identified that counties have low collection capacity and that there is little state participation in health revenues, since more than 95% of the intergovernmental transfers to health are from the União. Total per capita expenditure presents asymmetric value between the counties and gradual growth in the majority, with the highest percentage being spent on personnel, followed by third-party services. The percentage of countie resources applied in health was higher than 15%, except for Pedra in 2016 (11.14%).

Key words: Hearlh care funding, Health expenditure, Unified Health System

1. Fisioterapeuta, especialista em Saúde Pública pela Universidade de Pernambuco. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco. Venturosa-PE. Rua Miguel Xandú. N°30. CEP: 55270-000. E-mail: luziaisley@hotmail.com
2. Enfermeira, mestra em Economia da Saúde. Coordenadora do Planejamento e Regulação em Saúde da VI Gerência Regional de Saúde de Pernambuco.

INTRODUÇÃO

O conjunto das ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, das fundações mantidas pelo Poder Público, assim como, a iniciativa privada de forma complementar, formam o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual é considerado uma das maiores conquistas sociais da Constituição de 1988. Após sua criação a saúde que era entendida como a ausência de doença, sendo o cuidado centralizado na cura, passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população (BRASIL, 2000).

De acordo com a Constituição Brasileira de 1988, o financiamento do SUS é competência comum da União, estados, Distrito Federal e municípios mediante recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) - impostos e contribuições sobre a folha de salários, lucro e faturamento às áreas da saúde, previdência e assistência social - e do orçamento fiscal daqueles entes federados, ou seja, o financiamento da saúde se apoia em orçamentos fiscais e de contribuições. A inexistência de parâmetro legal que induzisse os Estados, Distrito Federal e Municípios a destinarem recursos para a área de saúde; a instabilidade (associada a ciclos econômicos e/ou à concorrência com outras políticas públicas) das fontes de financiamento no âmbito da União, responsável pela maior parcela dos recursos destinados ao SUS; e a natureza emergencial e provisória de medidas recorrentemente adotadas para fazer frente à falta de recursos para o setor, foram os problemas que comprometeram o financiamento do SUS (BRASIL, 2003).

A história do SUS é marcada pelos problemas de financiamento, pois os recursos públicos envolvidos sempre foram insuficientes para garantir uma saúde pública, universal, integral e de qualidade. Um dos fatores que contribuiu para o subfinanciamento do SUS está relacionado ao não repasse dos recursos do OSS, que refere-se ao gasto federal do SUS para 1989. Para os outros anos, a definição desse percentual ficaria a cargo da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Na prática, a saúde nunca contou com esses recursos (MENDES, 2013).

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2007), a participação do setor público nas despesas com saúde no Brasil é somente 45,3% e ao comparar o Brasil com cinco países com sistema de saúde de acesso universal foi possível identificar que este percentual se destaca negativamente, pois os gastos públicos apresentam percentuais entre 68%, na Austrália e 95% na Suécia.

Os gestores enfrentam outros problemas e desafios, além do financiamento, como a falta de planejamento, o trabalho em equipe envolvendo diferentes profissionais, a busca pela qualidade do atendimento, a universalidade, a equidade, o excesso de burocracia, a descentralização e a falta de participação popular (MARTINS; WACLAWOVSKY, 2015).

Para responder à pergunta “quanto o poder público aplica em saúde” foi implementado, na década de 1990, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) que funciona como ferramenta de coleta e organização de dados sobre receitas totais e despesas em ações e serviços públicos de saúde no âmbito dos estados, dos municípios e do Distrito Federal. Após um processo de aperfeiçoamento contínuo instaurado o banco de dados do SIOPS passou a ser alimentado pela internet por meio de dados fornecidos pelas unidades da Federação. O conteúdo permite a realização de diversos tipos de consultas e a oferta de relatórios com informações mais detalhadas (BRASIL, 2013).

Os dados preliminares coletados no SIOPS ao final da década de 1990 foi a principal fonte confiável para análise das propostas que resultaram na aprovação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 - EC 29/2000 (BRASIL, 2013). Esta emenda determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União (o montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB), os Estados (12% da receita de impostos estaduais) e Municípios (15% da receita dos impostos municipais) são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2003; BRASIL, 2013). O distrito federal tem como base vinculável os percentuais equivalentes aos estados e percentuais equivalentes aos municípios (CAMPELLI; CALVO, 2007).

Porém, a EC 29/2000 apresenta indefinições sobre quais despesas podem ser consideradas como ações e serviços de saúde, assim como, quais não podem ser enquadradas nesse âmbito. Além disso, dispõe de método conflitante de cálculo para aplicação dos recursos da União, rejeitando o projeto de regulamentação que se encontrava no Senado (PLS 127/2007), o qual definia uma aplicação da União de 10%, no mínimo, da Receita Corrente Bruta (RCB). E, ainda, não esclarece a origem dos recursos no tocante à seguridade social, ignorando o intenso embate por seus recursos (MENDES, 2013).

No ano de 2003 foi publicada a Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 322 que descreve quais despesas podem ser consideradas como ações e serviços de saúde. Porém, apenas em 2012 foi regulamentada pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro a qual descreve que *“as ações e serviços de saúde são aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes: sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito; estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população”*.

As dimensões populacionais resultam em diferentes exigências sobre a política local de saúde em relação à complexidade e escala de serviços, assim como, as condições socioeconômicas refletem capacidades diferentes de captar e executar recursos orçamentários em saúde (ARAÚJO, GONÇALVES & MACHADO, 2017). Dessa maneira, é importante considerar o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Municipal, o qual compreende indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1 e quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano (BRASIL, 2016). Dessa maneira, de acordo com ANJOS (2010), no que se refere ao investimento em saúde, deve-se dar prioridade aos estados com menor IDH, pois determinados ativos de saúde conseguem influenciá-lo. Partindo-se desta lógica, os municípios com menor IDH devem ser priorizados.

Diante disso, apesar de existir muitos trabalhos que analisam o financiamento e gastos em saúde no Brasil, poucos estudos buscam analisar contextos estaduais, regionais ou municipais. Dessa maneira, o presente estudo tem como objetivo analisar o financiamento e gastos com ações e serviços públicos de saúde nos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo de natureza analítica, retrospectiva e transversal, no qual foram utilizados dados secundários de domínio público referentes aos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco, dos anos de 2013 a 2017. O ano

de 2013 foi escolhido devido a Portaria nº 53, de 16 de janeiro de 2013 ter fixado os prazos para registro e homologação das informações.

O estado de Pernambuco é uma das 27 unidades federativas do Brasil, localizado no centro-leste da região Nordeste, tem como limites os estados da Paraíba (Norte), do Ceará (NO), de Alagoas (SE), da Bahia (S) e do Piauí (O). Para apoiar todos os 184 municípios de Pernambuco mais a ilha de Fernando de Noronha, foram criadas as 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES) (PERNAMBUCO, 2013).

A VI Gerência Regional de Saúde, com sede em Arcoverde, é formada treze municípios e possui uma população estimada pelo IBGE para o ano de 2017 de 420.551 habitantes. Integra a Macrorregião de Saúde 3 – Sertão, com sede em Serra Talhada e está conformada em duas Microrregiões de Saúde: a X Microrregião de Saúde com sede em Arcoverde, comporta além da sede, os municípios de Buíque, Custódia, Ibirimir, Pedra, Sertânia, Tupanatinga e Venturosa; e a XI Microrregião de Saúde com sede em Petrolândia, incluindo os municípios de Inajá, Jatobá, Manari e Tacaratu. Sua área territorial cobre 13.706,1 km² (PERNAMBUCO, 2013).

Para a construção da base de dados foram utilizadas duas fontes: a pesquisa do Censo Demográfico e o nível socioeconômico (Índice de Desenvolvimento Humano – IDH) coletados no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE); e os indicadores relacionados a valores da receita e da despesa, assim como, aqueles que os relacionam, oriundos do SIOPS.

A agregação segundo porte populacional foi realizada tendo em vista que tanto arrecadação como as transferências de recursos estão relacionadas ao tamanho da população. Os dados utilizados para a análise do financiamento e gastos com ações e serviços públicos de saúde dos municípios foram coletados do SIOPS, os quais são disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) no Portal da Saúde

Os indicadores utilizados estão descritos na Nota Técnica publicada pelo SIOPS em 23 de março de 2009 (BRASIL, 2009), a qual objetiva apresentar, de forma didática, os indicadores municipais calculados automaticamente. Dessa maneira, os indicadores foram: percentual das transferências para a saúde, financiada por outras esferas de governo, em relação à despesa total do município com saúde; percentual da receita própria aplicada em saúde conforme a EC 29/2000; despesa total com saúde, sob responsabilidade do município, por habitante; percentual da despesa com pessoal na despesa total com saúde; percentual da despesa com medicamentos na despesa total com

saúde; percentual da despesa com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com saúde; percentual da despesa com investimentos na despesa total com saúde; percentual, da receita de impostos na receita total do município, excluídas as deduções; percentual das transferências intergovernamentais (excluídas as deduções) na receita total do município (excluídas as deduções); percentual das transferências para a saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o município (excluídas as deduções); percentual das transferências da União para a saúde no total de recursos transferidos para a saúde no município; percentual das transferências da União para a saúde (SUS) no total de transferências da União para o município (excluídas as deduções); percentual da receita de impostos e transferências constitucionais e legais na receita total do município (excluídas as deduções).

Para fins de cálculos de indicadores, são utilizadas a receita realizada e a despesa liquidada, exceto para o indicador “percentual da receita própria aplicada em saúde”, o qual, no cálculo tradicional é realizado quando o ente federado não declara os montantes de gasto em saúde pela fonte impostos; assim, tem de ser realizado o cálculo indireto, em que é subtraída, das despesas totais com saúde, a receita de transferências do SUS, de operações de créditos e de outras fontes.

RESULTADOS/ DISCUSSÕES

Os municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco apresentam diferenças, entre outras, de porte populacional e nível socioeconômico como o IDH.

Ao categorizar os municípios para a distribuição relativa da população residente por classes de tamanho populacional foi possível identificar que 15,38% dos municípios são de pequeno porte, ou seja, possuem até 20.000 habitantes (Jatobá e Venturosa); 69,24% são de médio porte por apresentarem entre 20.001 e 50.000 habitantes (Custódia, Ibimirim, Inajá, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga e Manari) e 15,38% são de grande porte, entre 50.001 e 100.000 habitantes (Arcoverde e Buíque). É interessante destacar que nos anos de 2013 e 2014 o município de Manari apresentou população inferior a 20.000 habitantes, enquadrando-se na definição de município de pequeno porte.

No que se refere ao IDH 2010, de acordo com o IBGE (2010), o município que apresenta o maior IDH é Arcoverde (0,667), seguindo por Jatobá (0,645), Petrolândia (0,623), Sertânia (0,613), Custódia (0,594), Venturosa (0,592), Tacaratu (0,573), Pedra (0,567), Ibimirim (0,552), Buíque (0,527), Inajá (0,523), Tupanatinga (0,519) e Manari (0,487), sendo este o que apresenta o IDH mais próximo de 0.

Indicadores relacionados a valores da receita

Entre os indicadores expressos na tabela 1 estão a “participação em percentual da receita de impostos na receita total do município”, excluídas as deduções – impostos próprios - e a “participação em percentual das transferências intergovernamentais (excluídas as deduções) na receita total do município” (excluídas as deduções) – Trans Intergover. Total. Observa-se que as receitas municipais (impostos próprios) tiveram baixo peso percentual em todos os municípios, revelando uma baixa capacidade de arrecadação municipal.

Além disso, ao realizar uma análise comparativa foi possível identificar que os valores referentes a "impostos próprios" se encontram muito inferiores aos da “Trans Intergover. Total”, revelando uma grande dependência dos municípios em relação às transferências de outras esferas de governo. O município com menor capacidade de arrecadação de impostos é Inajá o qual apresentou média de 1,96% e o que possui maior capacidade é Sertânia com média de 9,67%. Já quanto ao grau de dependência do município, em relação às transferências de outras esferas de governo, Jatobá é o mais dependente com média de 93,40% e o menos dependente é Arcoverde, média de 71,23% (tabela 1).

No estudo de Neto et al. (2017), foi encontrado resultado diferente no que se refere à capacidade de arrecadação de impostos (impostos próprios), pois relatam que a maioria dos municípios apresentam grande capacidade de arrecadação, seguido pela dependência de transferências do estado e apenas um município com grande dependência de transferências da União, Pirapora do Bom Jesus – SP, o qual, possui baixo porte populacional. Já neste estudo houve pequena capacidade de arrecadação de impostos próprios e grande dependência de transferências intergovernamentais, principalmente da União, mesmo nos municípios com grande porte populacional (tabela 1).

Quando a receita disponível dos municípios é mais dependente dos recursos próprios, maior é sua autonomia financeira, favorecendo a implementação de políticas públicas (MENDES, 2005; NETO et al., 2017). A maior autonomia financeira dos municípios não apenas possibilita conseguir financiamento de novas ações e serviços de saúde, mas também possibilita que o município responda melhor às alterações na forma de repasse das transferências constitucionais (MENDES, 2005). Dessa forma, os municípios estudados podem apresentar dificuldades na implementação de políticas públicas.

Tabela 1. Participação em percentual da receita de impostos na receita total do município, excluídas as deduções e participação em percentual das transferências intergovernamentais (excluídas as deduções) na receita total do município (excluídas as deduções).

Município/Indicadores	2013	2014	2015	2016	2017	Média
Arcoverde						
Impostos Próprios	10,08	10,03	7,52	7,35	7,68	8,53
Trans. Intergover. Total	66,52	70,93	70,07	75,09	73,56	71,23
Buíque						
Impostos Próprios	2,60	2,71	2,50	2,77	3,45	2,81
Trans. Intergover. Total	90,44	91,36	92,07	92,48	80,44	89,36
Custódia						
Impostos Próprios	7,46	6,34	8,29	8,98	6,23	7,46
Trans. Intergover. Total	76,63	78,77	74,88	77,97	78,62	77,37
Ibimirim						
Impostos Próprios	2,93	3,08	4,18	3,31	2,58	3,22
Trans. Intergover. Total	85,72	98,57	83,97	85,69	85,61	87,91
Inajá						
Impostos Próprios	1,55	2,01	2,04	2,24	NI	1,96
Trans. Intergover. Total	86,43	87,21	89,72	88,19	NI	87,89
Jatobá						
Impostos Próprios	2,99	3,54	6,06	4,30	4,37	4,25
Trans. Intergover. Total	95,24	94,16	90,77	92,57	94,27	93,40
Manari						
Impostos Próprios	2,06	1,99	2,26	2,35	2,14	2,16
Trans. Intergover. Total	86,90	89,19	91,66	91,57	90,66	90,00
Pedra						
Impostos Próprios	3,10	2,96	2,34	1,72	2,20	2,46
Trans. Intergover. Total	83,47	94,80	84,22	96,37	91,88	90,15
Petrolândia						
Impostos Próprios	3,44	4,44	3,67	3,84	3,30	3,74
Trans. Intergover. Total	95,38	93,78	93,30	92,62	91,18	93,25
Sertânia						
Impostos Próprios	5,56	10,32	12,83	14,40	5,26	9,67
Trans. Intergover. Total	80,89	77,07	77,09	75,60	84,14	78,96
Tacaratu						
Impostos Próprios	6,03	9,09	5,70	4,89	3,54	5,85
Trans. Intergover. Total	87,57	86,72	90,38	80,40	92,46	87,51
Tupanatinga						
Impostos Próprios	2,90	2,89	2,51	2,35	2,48	2,63
Trans. Intergover. Total	85,76	89,09	89,27	90,26	85,60	88,00
Venturosa						
Impostos Próprios	2,64	3,10	3,07	5,25	1,85	3,18
Trans. Intergover. Total	86,06	85,48	87,28	84,61	83,85	85,46

Fonte: SIOPS, 2018. NI: não informado.

A dependência de recursos da União é mais significativa em municípios com baixo porte populacional devido ao critério de distribuição destes recursos estar baseado no número de habitantes (MENDES, 2005; MENDES, 2010).

Em relação aos indicadores relacionados à saúde, o indicador “participação em percentual das transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o município” (excluídas as deduções) - Trans. Intergover. p/ Saúde – apresentou valores heterogêneos entre os municípios, porém não muito discrepantes. O município que recebe o maior valor é Arcoverde, com média de 18,27% e o que recebe menor valor é Tupanatinga, o qual apresenta média de 7,38% (tabela 2).

Ao analisar o indicador “percentual das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no município” - Part. da União na Saúde – é possível identificar que todos os municípios possuem média maior que 90% e em alguns anos existe municípios que apresentaram 100%, portanto, a parte dos recursos transferidos para a saúde são da União, deixando evidente que existe uma pequena contrapartida estadual (tabela 2).

No que se refere ao “percentual das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município, excluídas as deduções - Part. da União Exclu. as Ded. - é possível constatar que o município que apresenta maior proporção das transferências específicas para a saúde no total de transferências feitas pela União é Arcoverde apresentando média 32,21%, seguido por Ibimirim com 26,44% e Pedra com 24,92%. Já os que apresentam menor proporção das transferências específicas para a saúde no total de transferências feitas pela União são Tupanatinga com média de 13,73%, Tacaratu com 13,93% e Manari com 14,96% (tabela 2).

O município de Arcoverde é que recebe maior percentual das transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o município - Trans. Intergover. para a Saúde (tabela 2) – com média de 71,23%. Seria esperado que os municípios com menor porte populacional recebessem menor volume de transferências SUS, devido a uma rede assistencial com menor complexidade tecnológica (ARAÚJO, GONÇALVES & MACHADO, 2017).

Esta informação é reforçada ao analisar o “percentual das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município” - Part. da União Excluídas as Deduções - pois Arcoverde possui maior valor com média 32,21% (tabela 2).

Tabela 2. Participação em percentual das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município (excluídas as deduções); participação em percentual das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município e participação em percentual das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município (excluídas as deduções).

Município/Indicadores	2013	2014	2015	2016	2017	Média
Arcoverde						
Trans. Intergover. p/ Saúde	16,83	15,32	19,98	19,50	19,71	18,27
Part. da União na Saúde	98,18	100	99,27	98,10	96,12	98,33
Part. da União Exclu. as Ded.	29,87	28,93	35,74	32,70	33,8	32,21
Buíque						
Trans. Intergover. p/ Saúde	9,11	7,82	8,06	6,82	8,90	8,14
Part. da União na Saúde	100	95,52	99,86	98,69	98,19	98,45
Part. da União Exclu. as Ded.	18,13	15,50	16,51	13,49	17,10	16,15
Custódia						
Trans. Intergover. p/ Saúde	13,35	13,51	12,94	12,24	11,7	12,75
Part. da União na Saúde	97,8	96,59	99,74	93,30	98,45	97,18
Part. da União Exclu. as Ded.	23,67	24,15	23,42	20,23	20,16	22,33
Ibimirim						
Trans. Intergover.p/ Saúde	16,38	16,78	17,93	16,96	15,30	16,67
Part. da União na Saúde	99,82	99,85	97,91	96,27	99,11	98,59
Part. da União Exclu. as Ded.	27,58	25,11	28,91	25,9	24,68	26,44
Inajá						
Trans. Intergover. p/ Saúde	11,37	10,13	9,54	6,90	NI	9,49
Part. da União na Saúde	99,23	100	99,01	99,46	NI	99,43
Part. da União Exclu. as Ded.	17,66	17,54	16,70	11,49	NI	15,85
Jatobá						
Trans. Intergover. p/ Saúde	9,44	7,10	10,53	14,95	16,06	11,62
Part. da União na Saúde	66,77	100	98,20	88,9	100	90,77
Part. da União Exclu. as Ded.	8,85	9,93	14,67	18,44	23,36	15,05
Manari						
Trans. Intergover. p/ Saúde	8,02	8,77	9,35	7,62	7,69	8,29
Part. da União na Saúde	100,00	100,00	96,21	89,73	96,86	96,56
Part. da União Exclu. as Ded.	14,66	16,44	17,37	12,34	13,97	14,96
Pedra						
Trans. Intergover. p/ Saúde	17,06	20,24	14,63	14,38	12,15	15,69
Part. da União na Saúde	97,64	97,85	96,39	95,36	97,70	96,99
Part. da União Exclu. as Ded.	27,36	31,95	23,57	22,09	19,65	24,92
Petrolândia						
Trans. Intergover. p/ Saúde	7,21	7,59	8,52	8,11	8,23	7,93
Part. da União na Saúde	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Part. da União Exclu. as Ded.	20,50	22,08	21,33	17,59	18,12	19,92

Sertânia						
Trans. Intergover. p/ Saúde	14,16	12,99	14,85	13,09	10,53	13,12
Part. da União na Saúde	92,43	99,22	96,74	97,05	94,16	95,92
Part. da União Exclu. as Ded.	22,40	23,25	24,94	21,73	16,12	21,69
Tacaratu						
Trans. Intergover. p/ Saúde	9,52	9,12	8,57	8,32	5,76	8,26
Part. da União na Saúde	98,26	97,73	94,43	95,65	99,31	97,08
Part. da União Exclu. as Ded.	15,12	15,98	14,44	13,37	10,73	13,93
Tupanatinga						
Trans. Intergover. p/ Saúde	8,16	7,18	7,00	8,62	5,93	7,38
Part. da União na Saúde	98,39	97,47	96,34	93,56	97,55	96,66
Part. da União Exclu. as Ded.	15,27	14,39	13,46	14,80	10,75	13,73
Venturosa						
Trans. Intergover. p/ Saúde	14,52	13,66	12,41	12,46	11,61	12,93
Part. da União na Saúde	97,56	96,39	98,98	95,25	92,06	96,05
Part. da União Exclu. as Ded.	23,82	21,55	20,58	18,90	17,26	20,42

Fonte: SIOPS, 2018. NI: não informado.

No que concerne as transferências intergovernamentais para a saúde, corroborando com este estudo, Neto et al. (2017) verificaram que a maior parte das transferências para o SUS são provenientes de recursos federais, mais de 95%. Dessa maneira, as transferências realizadas diretamente pelo Fundo Estadual de Saúde (FES) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS) são pouco significativas, sendo importante destacar que em alguns anos e em alguns municípios não houve repasse nenhum do estado. Leite, Lima e Vasconcelos (2012), também identificaram a pouca participação do estado nas receitas da saúde, relatando ainda que houve aumento da participação dos municípios na composição dos recursos (tabela 1).

Scatena, Viana e Tanaka (2009), realizaram um trabalho, com o objetivo de analisar a sustentabilidade financeira e econômica dos gastos público em saúde de 21 municípios do estado do Mato Grosso, e constataram que as transferências estaduais representam os maiores percentuais dos orçamentos, diferindo do resultado deste estudo, pois os maiores percentuais são da União (tabela 2).

Além disso, é interessante ressaltar que, corroborando com nosso estudo, os autores supracitados identificaram que as receitas municipais tiveram baixo peso percentual nos municípios de pequeno porte e que as mesmas foram crescendo à medida que aumentava o porte populacional. No entanto, está última colocação não foi identificada nos municípios da VI região de Saúde de Pernambuco, pois Buíque e Arcoverde, os quais possuem maior porte populacional, não apresentam maior capacidade de arrecadação de impostos em relação aos demais (tabela 1).

O indicador “percentual da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município (excluídas as deduções)”, objetiva medir a participação percentual da receita própria, ou seja, impostos diretamente arrecadados e transferências constitucionais de impostos, na receita total do município, excluídas as deduções. Este indicador mede o percentual da receita vinculada à saúde, de acordo com a EC 29/2000, na receita total do município. Foi possível identificar Petrolândia destaca-se com maior média (64,05%) e Manari com a menor média (47,69%) (tabela 3).

Tabela 3. Percentual da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município (excluídas as deduções).

Município	2013	2014	2015	2016	2017	Média
Arcoverde	53,16	50,06	50,62	46,94	46,64	49,48
Buíque	49,29	49,51	51,65	47,51	41,37	47,87
Custódia	51,42	50,96	49,69	47,40	44,6	48,81
Ibimirim	51,64	53,83	52,20	47,14	45,39	50,04
Inajá	54,98	52,77	53,95	47,33	NI	52,26
Jatobá	60,99	63,85	66,78	63,01	59,31	62,79
Manari	46,80	47,64	49,60	47,24	47,16	47,69
Pedra	47,01	50,63	46,01	47,89	50,12	48,33
Petrolândia	76,65	74,06	65,80	52,57	51,17	64,05
Sertânia	51,02	50,90	53,10	50,19	43,03	49,65
Tacaratu	49,93	59,32	60,18	48,52	56,62	54,91
Tupanatinga	46,21	49,50	52,48	48,58	46,52	48,66
Venturosa	51,24	51,39	55,03	49,76	45,92	50,67
Média Regional	53,10	54,19	54,39	49,54	48,15	51,94

Fonte: SIOPS, 2018. NI: não informado.

Em relação ao indicador “percentual da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município (excluídas as deduções)”, revela que Manari (média de 47,69) é o município que apresenta menor percentual, ou seja, menor capacidade de arrecadação das receitas próprias, impostos diretamente arrecadados e transferências constitucionais de impostos. Possivelmente, isto pode estar correlacionado tanto ao baixo IDH como por apresentar uma rede assistencial com menor capacidade tecnológica (tabela 3).

Indicadores que relacionam valores de despesa

O indicador “despesa total per capita” representa o gasto médio em reais com saúde, por habitante, sob responsabilidade do município, o qual é calculado a partir da

soma dos recursos próprios municipais e das transferências intergovernamentais, dividido pelo número de habitantes.

A tabela 4 mostra que a “despesa total per capita” apresenta valor bastante assimétrico entre os municípios, os quais, em praticamente todos os anos, apresentam evolução crescente, sendo interessante ressaltar que, no ano de 2017 houve um decréscimo em relação a 2016 em 69,23% dos municípios. Petrolândia, Jatobá e Venturosa são os municípios que apresentam maior despesa com saúde. Petrolândia foi o único a apresentar o valor de 2017 inferior ao ano de 2013, o qual apresentou uma diminuição de R\$ 47,40. No entanto, em todos os anos Petrolândia foi o município que apresentou maior valor que a média regional e apenas no ano de 2016 não possuiu a maior despesa total per capita, pois o município que apresentou maior valor naquele ano foi Venturosa (R\$ 606,23).

Buíque (média R\$ 204,24) apresentou os menores valores em todos os anos, média três vezes menor que Petrolândia (média R\$ 648,48) e quase duas vezes menor que a média regional (R\$ 407,34), sendo o município que menos gasta com saúde, seguido por Inajá (R\$ 304,24), Manari (R\$ 343,87) e Tupanatinga (R\$ 343,90)(tabela 4).

Tabela 4. Despesa total per capita, em reais, dos municípios da VI GERES, 2013 a 2017.

Município	2013	2014	2015	2016	2017	Média
Arcoverde	308,82	340,94	393,24	449,51	350,52	349,75
Buíque	186,56	236,66	210,45	205,90	204,47	204,24
Custódia	346,35	353,07	408,42	368,51	364,18	363,94
Ibimirim	391,11	437,97	466,10	464,28	420,12	419,42
Inajá	300,39	327,76	305,12	318,16	304,77	304,24
Jatobá	499,22	511,23	526,85	530,63	644,10	531,26
Manari	287,68	318,25	327,84	414,32	431,30	343,87
Pedra	415,19	486,13	364,50	370,92	507,44	421,26
Petrolândia	618,46	721,83	651,55	602,01	571,06	648,48
Sertânia	402,64	406,06	413,97	567,83	446,74	420,96
Tacaratu	344,46	417,77	440,83	351,05	511,35	397,91
Tupanatinga	325,04	404,58	314,78	337,98	355,89	343,90
Venturosa	486,31	593,41	566,79	606,23	589,63	546,23
Média Regional	377,86	427,36	414,65	429,79	438,58	407,34

Fonte: SIOPS, 2018. NI: não informado.

A despesa per capita em saúde segundo o porte populacional decresce conforme a população diminui, exceto os municípios com até 20.000 habitantes. A exceção pode estar relacionada a múltiplos fatores como a dificuldade em captar recursos, recrutar e

fixar profissionais e cobrir procedimentos de média e alta complexidade, além de problemas com economia de escala (ARAÚJO, GONÇALVES & MACHADO, 2017). Essa exceção foi encontrada neste estudo, pois os municípios de Jatobá e Venturosa são os únicos que são de baixo porte populacional e estão entre os que apresentam maior despesa per capita, perdendo apenas para o município de Petrolândia, o qual é categorizado como médio porte populacional (tabela 4).

O aumento nas despesas também foi verificado no estudo de Neto et al., (2017) pois identificaram que entre os anos de 2009 e 2012, na região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, houve um aumento de 35% na despesa total per capita. Os autores ressaltam que deve-se considerar que o cálculo da despesa per capita considera apenas a população oficial, ou seja, não leva em consideração usuários da saúde que residem em outros municípios e acabam utilizando os serviços ofertados.

Campeli e Calvo (2007), ao avaliarem as Unidades Federativas do Brasil, entre 2000 e 2003, verificaram que após a EC29/2000 os gastos públicos com saúde apresentam uma tendência crescente. Leite, Lima e Vasconcelos (2012), relatam que o Rio Grande do Norte apresenta resultado semelhante ao analisar 14 municípios das 07 regionais de saúde do estado.

Os dados referentes à finalidade das despesas dos recursos públicos da saúde nos municípios estão apresentados na tabela 5, a qual revela que em todos os anos estudados e em todos os municípios a maior parte dos recursos foi direcionada para gastos com pessoal, seguindo por despesa com serviços de terceiros.

No estudo de Neto et al., (2017) os autores identificaram que a alocação de receitas próprias dos municípios são destinadas majoritariamente para a despesa com pessoal, relatando que isto decorre, provavelmente, devido a descentralização e a necessidade de gerar condições de efetivação das políticas no território. Além disso, os autores também identificaram que em segundo lugar estão às despesas com serviços de terceiros. Esta percepção é reforçada ao verificar a finalidade das despesas dos recursos públicos da saúde nos municípios estudados, pois, em todos os anos, a maior parte dos recursos foi direcionada para despesa com pessoal, seguindo por despesa com serviços de terceiros (tabela 5).

Diante disso, é possível identificar o modelo de gestão adotado pelos gestores municipais quanto aos recursos humanos, ou seja, se próprio ou terceirizado. Pois, *“quanto maior o percentual da despesa com pessoal indica que a opção do município foi por contratação direta de pessoal por meio de cargos ou empregos públicos e*

quanto maior o percentual de serviços com terceiros, indica que o município optou por não utilizar contratações diretas de pessoal, e sim, contratação de empresas terceirizadas e/ou parcerias com entidades privadas sem fins lucrativos” (NETO et al., 2017).

Tabela 5. Participação em percentual da despesa com pessoal, da despesa com medicamentos, da despesa com serviços de terceiros - pessoa jurídica e da despesa com investimentos na despesa total com saúde, dos municípios da VI GERES no período de 2013 a 2017.

Município/Indicador						
Arcoverde	2013	2014	2015	2016	2017	Média
Pessoal	57,51	57,06	42,22	38,60	35,95	46,27
Medicamentos	0	0	0	1,53	2,47	0,80
Serviços de Terceiros	20,30	22,85	31,09	22,02	18,79	23,01
Investimentos	2,93	2,91	2,23	2,26	2,57	2,58
Buíque						
Pessoal	68,25	52,28	60,84	58,15	47,96	57,50
Medicamentos	2,12	5,60	2,99	4,21	1,98	3,38
Serviços de Terceiros	8,42	6,71	7,93	11,14	17,67	10,37
Investimentos	3,01	13,46	0,35	0,24	9,02	5,22
Custódia						
Pessoal	77,19	77,26	61,8	62,34	69,59	69,64
Medicamentos	11,15	0	0	1,93	0,83	2,78
Serviços de Terceiros	3,97	5,87	4,73	12	10,85	7,48
Investimentos	4,47	2,69	5,37	4,27	1,46	3,65
Ibimirim						
Pessoal	64,74	61,4	52,17	70,09	63,91	62,46
Medicamentos	3,75	0	1,80	3,77	1,34	2,13
Serviços de Terceiros	10,48	12,84	15,99	10,8	10,22	12,07
Investimentos	3,11	6,11	16,83	6,76	8,79	8,32
Inajá						
Pessoal	64,43	56,83	70,24	58,41	NI	62,48
Medicamentos	0	0	0	1,47	NI	0,37
Serviços de Terceiros	4,54	5,47	5,1	6,71	NI	5,46
Investimentos	5,93	9,83	1,01	4,74	NI	5,38
Jatobá						
Pessoal	76	66,47	69,19	63,63	72,11	69,48
Medicamentos	0	0	0	2,81	4,06	1,37
Serviços de Terceiros	6,83	9,84	12,87	13,49	7,33	10,07
Investimentos	0,85	5,20	1,26	2,59	6,99	3,38
Manari						
Pessoal	58,28	55,18	59,37	52,92	57,52	56,65
Medicamentos	0	0	17,02	1,54	0,89	3,89

Serviços de Terceiros	7,82	8,66	7,51	5,77	8,24	7,60
Investimentos	8,30	10,07	7,86	13,82	0,31	8,07
Pedra						
Pessoal	73,18	57,67	74,65	72,26	65,80	68,71
Medicamentos	3,21	11,53	4,07	0	0	3,76
Serviços de Terceiros	2,47	2,59	3,06	2,80	5,51	3,29
Investimentos	1,99	23,73	1,07	5,53	1,17	6,70
Petrolândia						
Pessoal	62,92	64,71	63,72	62,36	63,83	63,51
Medicamentos	9,13	10,25	12,48	10,02	10,9	10,56
Serviços de Terceiros	7,95	7,59	5,98	6,24	6,77	6,91
Investimentos	1,7	2,31	0,32	3,75	2,1	2,04
Sertânia						
Pessoal	74,54	74,43	58,63	38,05	67,81	62,69
Medicamentos	0	9,08	0	0,14	14,24	4,69
Serviços de Terceiros	7,54	7,74	7,94	4,95	3,82	6,40
Investimentos	1,23	3,89	2,27	21,49	4,44	6,66
Tacaratu						
Pessoal	69,28	58,48	56,66	67,97	57,10	61,90
Medicamentos	0	0	0	0	0	0,00
Serviços de Terceiros	8,79	14,92	14,66	12,58	15,60	13,31
Investimentos	5,09	6,55	8,23	1,92	5,77	5,51
Tupanatinga						
Pessoal	52,43	46,35	52,89	54,9	63,63	54,04
Medicamentos	0	0	0	1,26	2,63	0,78
Serviços de Terceiros	14,25	7,26	8,26	5,01	6,75	8,31
Investimentos	0,82	19,86	2,73	0,38	3,95	5,55
Venturosa						
Pessoal	52,86	44,36	49,66	49,96	52,47	49,86
Medicamentos	6,76	0	16,53	1,29	0,95	5,11
Serviços de Terceiros	13,46	20,59	21,8	20,36	21,87	19,43
Investimentos	8,24	9,97	4,03	4,72	3,96	6,18

Fonte: SIOPS, 2018. NI: não informado.

Indicadores que relacionam valores de receitas e despesas

O indicador “percentual das transferências para a saúde em relação à despesa total com saúde” objetiva demonstrar a relação dos recursos transferidos para o município, por outras esferas de governo, para a saúde (SUS), com o gasto total em saúde do município. Este indicador representa a parcela da despesa com saúde, sob responsabilidade do município, financiada por outras esferas de governo e não com recursos próprios. A tabela 6 descreve este indicador sendo possível identificar que o município que apresenta maior parcela de despesa com saúde financiada por outras

esferas de governo é Pedra com média de 62,65%, seguido por Arcoverde com 60,67% e Ibimirim com 59,80%. Os municípios que apresentam menor parcela de despesa com saúde financiada por outras esferas de governo são Petrolândia, com média 25,88%, seguido por Tacaratu 32,68% e Tupanatinga 36,89%.

Tabela 6. Percentual das transferências para a saúde em relação à despesa total com saúde dos municípios da VI GERES, 2013 a 2017.

Município	2013	2014	2015	2016	2017	Média
Arcoverde	54,96	56,07	62,48	68,04	67,58	61,83
Buíque	54,88	39,66	47,47	50,20	49,61	48,36
Custódia	48,05	49,10	42,46	55,11	49,18	48,78
Ibimirim	57,35	53,96	54,03	64,40	64,23	58,79
Inajá	47,72	43,76	44,91	40,32	NI	44,18
Jatobá	32,16	23,67	33,96	56,49	52,10	39,68
Manari	45,75	47,44	48,78	37,77	37,40	43,43
Pedra	59,08	64,65	63,19	72,41	42,60	60,39
Petrolândia	24,65	23,04	27,04	28,07	26,62	25,88
Sertânia	40,97	41,49	48,01	36,72	39,25	41,29
Tacaratu	40,37	32,29	27,38	41,74	21,63	32,68
Tupanatinga	40,54	28,31	34,61	49,19	31,80	36,89
Venturosa	42,57	40,83	37,05	44,49	41,54	41,30
Média Regional	45,31	41,87	43,95	49,61	43,63	44,87

Fonte: SIOPS, 2018. NI: não informado.

Ao analisar o “percentual das transferências para a saúde em relação à despesa total com saúde”, é possível identificar que o valor médio entre os anos de 2013 e 2017 apresenta uma variação entre 25,22% (Petrolândia) e 62,65% (Arcoverde), resultando em uma necessidade de contrapartida municipal maior que 30% (tabela 6).

É interessante ressaltar que Manari deveria receber maior investimento em saúde por ser o município com menor IDH, mas o município que recebe maior transferência para a saúde é Arcoverde (tabela 6). Porém, é necessário levar em consideração que a “adesão” às políticas e programas que trazem incentivos federais é uma decisão autônoma e impacta diretamente nas transferências da União para os municípios (NETO et al., 2017).

Greiling *apud* Neto et al., (2017) relata que a despesa com saúde acima de 30% da receita própria torna impraticável a administração do município, já que o mesmo acaba não possuindo recursos suficientes para outras áreas como a segurança, meio ambiente, educação, entre outras, pois a educação consome no mínimo 25% das suas receitas de impostos e transferências constitucionais.

O indicador “percentual de recursos próprios aplicados em saúde” demonstra o percentual de recursos próprios gastos em ações e serviços de saúde (recursos próprios são os impostos arrecadados diretamente pelo município e os transferidos pelas outras esferas de governo, mediante definição constitucional), conforme previsto na EC 29/2000. É possível identificar que em todos os anos os municípios aplicaram valores maiores que o mínimo 15%, exceto Pedra que no ano de 2016 aplicou apenas 11,14%. Jatobá (2013 e 2014), assim como, Petrolândia (2014, 2015, 2016 e 2017), Sertânia (2013 e 2017), Tacaratu (2017) e Venturosa (2014 e 2015), apresentaram percentual acima de 30% em alguns dos anos analisados (tabela 7).

Tabela 7. Percentual de recursos próprios aplicados em saúde, conforme previsto na EC 29/2000, dos municípios da VI GERES, 2013 a 2017.

Município	2013	2014	2015	2016	2017	Média
Arcoverde	15,75	18,28	17,71	15,7	15,8	16,65
Buíque	15,99	15,38	16,54	13,3	19,31	16,10
Custódia	22,77	26,29	15,85	17,59	21,03	20,71
Ibimirim	19,44	16,41	17,86	15,39	16,86	17,19
Inajá	19,08	20,71	22,2	19,58	19,61	20,24
Jatobá	30,06	33,77	28,08	17,26	26,67	27,17
Manari	19,05	21,08	22,13	18,99	23,86	21,02
Pedra	18,38	15,67	16,14	11,14	18,55	15,98
Petrolândia	28,54	32,91	33,78	34,39	34,72	32,87
Sertânia	30,98	18,69	25,51	15,43	31,00	24,32
Tacaratu	25,45	28,23	29,92	18,65	31,36	26,72
Tupanatinga	23,6	23,99	20,38	20,62	24,56	22,63
Venturosa	19,39	34,91	30,42	27,23	26,47	27,68
Média Regional	22,19	23,56	22,81	18,87	23,83	22,25

Fonte: SIOPS, 2018. NI: não informado.

Apesar da maioria dos municípios, exceto Pedra em 2016, terem comprometido mais que 15% dos recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde, respeitando assim o percentual previsto na EC 29/2000, é interessante destacar que Jatobá, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu e Venturosa tiveram a administração municipal comprometida em alguns anos, pois apresentaram despesa com saúde acima de 30% da receita própria (tabela 7).

Neto et al., (2017) verificaram que todos os municípios estão comprometendo mais que 15% dos recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde. Relatam ainda que a média regional é quase o dobro do mínimo exigido pela legislação, porém, este resultado não foi encontrado nesta pesquisa pois a média regional foi de 22,25%

(tabela 7). Portanto, é notório o quanto de esforços os municípios estão empenhando para manter o SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário, e notório, os esforços realizados pelos gestores municipais para garantir a efetividade dos princípios e diretrizes do SUS. Pois, apesar dos avanços na legislação relacionados ao financiamento da saúde pública no Brasil, esse ainda é um problema enfrentado.

Existem inúmeros fatores que podem estar relacionado ao problema, mas é evidente que a precária contrapartida estadual, no que se refere as transferências intergovernamentais para a saúde, pode ser primordial. Principalmente, quando ao analisar uma região de saúde na qual os municípios possuem baixa capacidade de arrecadação de impostos, como é o caso deste estudo.

Dessa maneira, é importante que os gestores se apoderem dessa discussão e possam buscar subsídios para a melhoria das condições de saúde de sua população. Além disso, é necessário ressaltar a importância do SIOPS como instrumento gestão, o qual pode ser utilizado como ferramenta para a tomada de decisão, ou seja, analisar se os gastos estão respondendo as necessidades da população e contribuindo para o imortalidade do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANJOS, Rafael Madureira dos. **Relação entre investimento em saúde e desenvolvimento dos estados brasileiros**. 2010. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

ARAÚJO, Carmem Emmanuely Leitão; GONÇALVES, Guilherme Quaresma; MACHADO, José Angelo. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 953-963, 2017.

BRASIL, Atlas. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013. v. 22, 2016.

BRASIL, Constituição. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. **Dá nova redação ao art**, v. 198, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde: Para entender a gestão do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p.140: il. – (Série Ecos, Economia da Saúde para a Gestão do SUS ; Eixo 2, v. 1)p. 13

BRASIL. Nota técnica: Composição dos indicadores municipais calculados automaticamente pelo SIOPS após a declaração de dados contábeis, pelos municípios, a partir do SIOPS 2007 semestral. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento – Secretaria Executiva. Ministério da Saúde. Data da publicação: 23/03/2009.

BRASIL. Portaria nº 53, de 16 de janeiro de 2013. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Resolução nº 322 de 08 de maio de 2003. Conselho Nacional de Saúde. 2003.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. 2000.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 1613-1623, 2007.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Para entender a gestão do SUS, 1. Coleção Progestores **Ciência e Tecnologia em Saúde–Brasília: CONASS**, 2007.

GREILING, Dorothea. Performance measurement: a remedy for increasing the efficiency of public services?. **International Journal of Productivity and Performance Management**, v. 55, n. 6, p. 448-465, 2006. in: NETO, Santos et al. Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1269-1280, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=IDH&searchphrase=all>. Acesso em: 10/02/2018.

LEITE, Valéria Rodrigues; LIMA, Kenio Costa; VASCONCELOS, Cipriano Maia de. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1849-1856, 2012.

MARTINS, Caroline Curry; WACLAWOVSKY, Aline Josiane. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde/issues and challenges faced by public managers in the process management in health. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 4, n. 1, p. 100, 2015.

MENDES, A. et al. Financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde na região metropolitana de São Paulo 2002-2008. **São Paulo: FUNDAP**, 2010.

MENDES, Aquilas Nogueira et al. Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no estado de São Paulo (1995-2001). 2005.

MENDES, Áquilas. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 987-993, 2013.

NETO, Santos et al. Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1269-1280, 2017.

PERNAMBUCO. Mapa analítico de saúde da VI Região de Saúde Pernambuco. Secretarias municipais de saúde. 2013.

SCATENA, João Henrique Gurtler; VIANA, Ana Luiza d'Ávila; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2433-2445, 2009.

SIOPS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicPE.def>
Acesso em: 08/02/2018.