

DOI: <https://doi.org/10.5585/rgss.v8i1.13678>

Data de recebimento: 10/09/2018

Data de Aceite: 19/03/2019

Editora Executiva: Lara Jansiski Motta

Editora Científica: Sonia Monken

## **GASTOS COM SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O PORTE POPULACIONAL DOS MUNICÍPIOS: UM ESTUDO EM PERNAMBUCO**

**José Eudes de Lorena Sobrinho<sup>1</sup>**  
**Mariana de Fátima Alves Arruda<sup>2</sup>**  
**Lauriluci Farias Lopes de Albuquerque<sup>3</sup>**  
**Ulisses Ramos Montarroyos<sup>4</sup>**

### **RESUMO**

Este artigo tem como objetivo analisar a aplicação dos recursos públicos na saúde e qual a sua relação com o porte populacional dos municípios do Estado de Pernambuco. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, analítica e retrospectiva, com a utilização de dados secundários referentes à série histórica de 2012 a 2017. Os dados foram coletados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde e na ferramenta Cidades@ do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. A análise estatística foi realizada utilizando o Programa *Stata*. Ao se verificarem as médias de gastos, observou-se que os anos de 2012 e 2016 foram os períodos que apresentaram os mais expressivos descumprimentos do percentual mínimo obrigatório de 15%. No que se refere à série histórica da média de aplicação dos recursos financeiros, verificou-se que em 2016 houve declínio de aplicação em todos os municípios. Constatou-se que os municípios de pequeno porte das mesorregiões da Zona da Mata, Agreste e Sertão apresentaram as maiores médias percentuais, o que demonstra a dependência entre estes e os demais entes federados, portanto faz-se necessário o aprimoramento da gestão dos recursos financeiros.

**Palavras-chave:** Densidade demográfica. Recursos financeiros em saúde. Sistemas de informações em saúde. Política de saúde.

---

<sup>1</sup> Doutor em Saúde Pública. Professor da Universidade de Pernambuco – UPE. Recife, PE (Brasil). Professor do Centro Universitário Tabosa de Almeida – ASCES/UNITA. Caruaru, PE (Brasil). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7820-735X> E-mail: [eudes.lorena@upe.br](mailto:eudes.lorena@upe.br).

<sup>2</sup> Sanitarista pela Universidade de Pernambuco – UPE. UPE. Recife, PE (Brasil). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9509-5502> E-mail: [marianaf.arruda@hotmail.com](mailto:marianaf.arruda@hotmail.com).

<sup>3</sup> Terapeuta ocupacional. Universidade de Pernambuco – UPE. Recife, PE (Brasil). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8065-6557> E-mail: [lfalbuquerque@globocom.com](mailto:lfalbuquerque@globocom.com).

<sup>4</sup> Doutor em Medicina Tropical. Professor da Universidade de Pernambuco – UPE. Recife, PE (Brasil). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8967-5693> E-mail: [ulisses.montarroyos@upe.br](mailto:ulisses.montarroyos@upe.br).



## HEALTH EXPENSES AND THEIR RELATIONSHIP WITH MUNICIPAL POPULATION SIZE: A STUDY IN PERNAMBUCO

### ABSTRACT

This article aims to analyze the application of public resources for health services and its relationship to population size of the municipalities of the state of Pernambuco through a survey that is quantitative, descriptive, analytical and retrospective and uses secondary data pertaining to the historical series from 2012 to 2017. The data were collected from the Information System on Public Budgets for Health and by the use of the Cidades@ tool of the Brazilian Institute of Geography and Statistics. The statistical analysis was carried out using the Stata software package. On examining average spending, it was observed that the most significant breaches of the mandatory minimum percentage of 15% occurred from year 2012 through 2016. As regards the historical series of the average application of financial resources, it was found that in 2016 there was a decline in all municipalities. It was observed that the small municipalities of the mesoregions of Zona da Mata, Agreste and Sertão presented the highest average percentages, which demonstrates the dependence between these and other entities in the state, thereby highlighting the need to improve the management of financial resources.

**Keywords:** Population density. Financial resources in health. Health information systems. Health policy.

### 1 INTRODUÇÃO

Realizada no Brasil diante de uma crise econômica e política entre as décadas de 1970 e 1980, a Reforma Sanitária já defrontava-se com a questão do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) (J. A. Santos, Mendes, Pereira & Paranhos, 2017). Diante disso, o referido Movimento conquistou sua maior base jurídica, a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, na qual fica determinado em seu artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Portanto, o referido Sistema de Saúde tem como finalidade a universalização do acesso à população brasileira. Para tanto, a gestão dos recursos financeiros deve ser atribuída aos entes federados, são eles: União, Estados e Municípios (Maia, 2016).

Diante disso, foram realizadas ações que apresentavam como objetivo o impacto no modelo de repasse dos orçamentos para Estados e Municípios. A primeira está associada à modificação do cálculo de destinação dos recursos da União para o Município com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-96) e a outra refere-se à origem da Emenda Constitucional (EC) nº 29, de 13 de setembro de 2000, em que esta garantiu investimento mínimo nos recursos para o setor saúde através da União, dos Estados e dos Municípios (Espírito Santo, 2008).

Com a instituição da EC nº 29, o investimento passa a ser de no mínimo 15% pelos municípios na saúde; de 12% da receita de impostos arrecadados pelos estados; e, com relação à União, o valor arrecadado no ano anterior, com a correção da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) (Geremia, 2011).

Porém, a EC nº 29 não definiu as despesas que devem ser consideradas Ações e Serviços de Saúde (ASPS), e, ainda, qual seria o cálculo empregado para a alocação mínima de recursos (Mendes, 2013). Diante disso, em 2012, foi sancionada a Lei Complementar (LC) 141, na qual passou a regulamentar o §3º, do artigo 198 da CF. Dentre os pontos previstos nesta LC, destacam-se os gastos que devem ser considerados ASPS (R. C. C. Santos, 2016).



Desse modo, o processo de municipalização ocorreu de forma significativa, portanto maior autonomia gerencial ocorreu nos municípios. Contudo, manteve-se a dependência dos municípios diante dos recursos financeiros federais e estaduais (J. E. Lorena, 2014).

Embora homologada na LC nº 141 de 2012, a determinação dos gastos mínimos para os entes federados apresenta algumas discrepâncias, uma vez que há uma maior participação de Estados e Municípios, quando somados, na destinação de recursos (Leite, Lima & Vasconcelos, 2012).

Assim como os Estados, os Municípios apresentaram progressivo aumento de contribuições no orçamento da saúde. A descentralização das receitas acompanhada da descentralização dos encargos administrativos, principalmente no que diz respeito ao âmbito municipal, fez com que este aumento incidisse de modo mais expressivo (Araújo, Gonçalves & Machado, 2016).

Por apresentar um crescimento na distribuição do financiamento do SUS e, conseqüentemente, um progresso no que se refere à regulamentação dos repasses, os entes federados solicitaram a criação de um sistema de informação que viabilizasse desde a coleta até a exteriorização de informações tanto sobre a receita quanto sobre os gastos relacionados à saúde na União, nos Estados e nos Municípios (Teixeira & Teixeira, 2003).

Portanto, no final da década de 1990, o Ministério da Saúde estabeleceu o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), sendo este um sistema de fundamental importância para a supervisão da receita e das despesas com saúde (Ministério da Saúde, 2003).

Leite *et al.* (2012) mencionam que, em maio de 2003, a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 322/037 passa a dispor sobre as Diretrizes Operacionais para Aplicação da EC 29, adotando o SIOPS como modelo de acompanhamento, fiscalização e supervisão do investimento de recursos relacionados aos serviços de saúde.

Em março de 2015, foi sancionada a Emenda Constitucional nº 86 que “altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária”. No artigo 3º fica estabelecido sobre os custos com as ASPS por parte da União, que será advinda da exploração de petróleo e gás, sendo essas computadas para fins de cumprimento do percentual mínimo de 15% estabelecido na CF de 1988 (Emenda Constitucional nº 86, 2015).

Em dezembro de 2016, foi sancionada a Emenda Constitucional nº 95, na qual se institui o Novo Regime Fiscal. Com a instauração desta EC, fica estabelecido o congelamento de gasto primário federal por 20 anos, gerando conseqüências na aplicação de recursos na saúde (Emenda Constitucional nº 95, 2016).

Com a redução da participação federal no custeio das ações em saúde (Vieira & Benevides, 2016), os municípios assumem cada vez mais esta responsabilidade. A partir disso, os governos locais são fundamentais para a promoção de ações e serviços de saúde e atualmente desempenham papel importante no financiamento (Arretche, 2010).

Em 28 de dezembro de 2017, a Portaria GM/MS nº 3.992 altera a Portaria de Consolidação nº 6 GM/MS e 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”. Nessa Portaria, os Blocos de Financiamento passam a ser divididos em dois, são eles: Custeio e Investimento. As transferências serão repassadas em conta única (Portaria nº 3.992, 2017).

Neste novo cenário de regulamentação do financiamento em saúde, observou-se que pesquisas científicas relativas aos gastos com saúde pública no Brasil apresentam, em grande parte, estudos pautados nos custos de modo regional e nacional, porém demonstram pouco destaque nas produções com relação aos municípios e os estados (Santo & Tanaka, 2011; Godinho, 2014). Observou-se também que os orçamentos em geral dos municípios variaram conforme seu porte populacional (Araújo *et al.*, 2016; Gomes, 2012).



São poucas as produções na Região Nordeste, o que determinou a escolha do Estado de Pernambuco, composto por 184 municípios, como local do estudo. Desse modo, este artigo apresenta como pergunta condutora: “Existe relação entre o porte populacional e o gasto com saúde nos municípios pernambucanos?”.

Assim, neste estudo, objetivou-se analisar a aplicação dos recursos públicos na saúde e a sua relação com o porte populacional dos municípios do Estado de Pernambuco.

## 2 Metodologia

O estudo foi realizado no estado de Pernambuco, membro da Região Nordeste, que está dividido em quatro mesorregiões: Região Metropolitana do Recife (RMR), Zona da Mata, Agreste e Sertão; e, está estruturado em doze Regiões de Saúde: 1ª região (20 municípios, com sede em Recife); 2ª região (20 municípios, com sede em Limoeiro); 3ª região (22 municípios, com sede em Palmares); 4ª região (32 municípios, com sede em Caruaru); 5ª região (21 municípios, com sede em Garanhuns); 6ª região (13 municípios, com sede em Arcoverde); 7ª região (7 municípios, sede em Salgueiro); 8ª região (7 municípios, com sede em Petrolina); 9ª região (11 municípios, sede em Ouricuri); 10ª região (12 municípios, com sede em Afogados da Ingazeira); 11ª região (10 municípios, com sede em Serra Talhada); e 12ª região (10 municípios, com sede em Goiana) (Pernambuco, 2014).

Nesta pesquisa quantitativa, descritiva, analítica e retrospectiva, com a utilização de dados secundários referentes à série histórica 2012 a 2017, teve-se como finalidade analisar a aplicação dos recursos públicos na saúde e a sua relação com o porte populacional dos municípios pernambucanos. O período da coleta e análise de dados foi o de fevereiro a junho de 2018.

A técnica da coleta de dados se deu por meio de consulta ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), de acesso público e universal, que confere a transparência no tocante a aplicação dos recursos públicos na saúde por parte dos três entes federados. Com base nas informações obtidas na ferramenta Cidades@ do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre o número de habitantes, os municípios foram classificados por meio das variáveis “pequeno porte 1” (até 20.000 habitantes), “pequeno porte 2” (de 20.001 a 50.000 habitantes), “médio porte” (de 50.001 a 100.000 habitantes) e “grande porte” (acima de 100.000 habitantes).

Para a realização da análise estatística, utilizou-se o programa Stata. Foram calculadas as médias anuais da série histórica 2012-2017 dos percentuais de aplicação dos recursos financeiros na saúde de cada conjunto de municípios classificados de acordo com o porte populacional, assim como os desvios-padrão e p-valor.

## 3 Resultados

Constatou-se que 75 (40,7%) municípios pernambucanos são de “pequeno porte 1”; 73 (39,7%), de “pequeno porte 2”; 23 (12,5%), de “médio porte”, e 13 (7,1%) são de “grande porte”. Verificou-se, ainda, que a mesorregião que apresenta maior quantidade de municípios de “pequeno porte 1”, “pequeno porte 2” e “médio porte” é o Agreste. No que se refere ao “grande porte”, a mesorregião com maior quantidade é a Região Metropolitana do Recife (RMR).



**Tabela 1** – Distribuição dos municípios de Pernambuco por porte segundo a divisão por mesorregião e por região de desenvolvimento

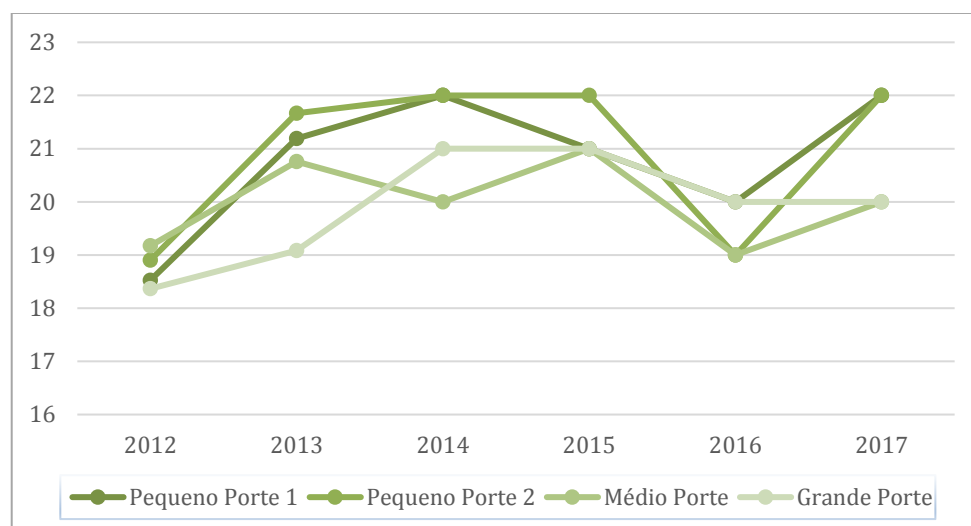
Região	Número de municípios	Porte do município			
		Pequeno 1 Número (%)	Pequeno 2 Número (%)	Médio Número (%)	Grande Número (%)
<b>Pernambuco</b>	<b>184</b>	<b>75 (40,7%)</b>	<b>73 (39,7%)</b>	<b>23 (12,5%)</b>	<b>13 (7,1%)</b>
<b>Mesorregião</b>					
RMR	14	0 (0%)	3 (21,4%)	3 (21,4%)	8 (57,2%)
Zona da Mata	43	15 (34,9%)	21 (48,8%)	6 (14,0%)	1 (2,3%)
Agreste	71	32 (45,1%)	27 (38,0%)	9 (12,7%)	3 (4,2%)
Sertão	41	21 (51,2%)	15 (36,6%)	5 (12,2%)	0 (0%)
Sertão de São Francisco	15	7 (46,7%)	7 (46,7%)	0 (0%)	1 (6,6%)

RMR= Região Metropolitana de Recife

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística [IBGE] (2017).

No que concerne à transmissão de informações ao SIOPS no período de 2012-2017, todos os municípios a realizaram, com exceção de dois no ano de 2012. No que tange, à aplicação do percentual mínimo obrigatório dos recursos financeiros na saúde, estabelecido na EC 29, sete municípios não a cumpriram em 2012, um município em 2013 e nove em 2016.

O Gráfico 1 apresenta a série histórica de aplicação dos recursos financeiros, em que os municípios classificados como “pequeno porte” e “médio porte” demonstraram evolução da média dos gastos, no entanto, em 2016, houve um decréscimo. Nos municípios de “grande porte”, verificou-se um declínio em 2016 e 2017.



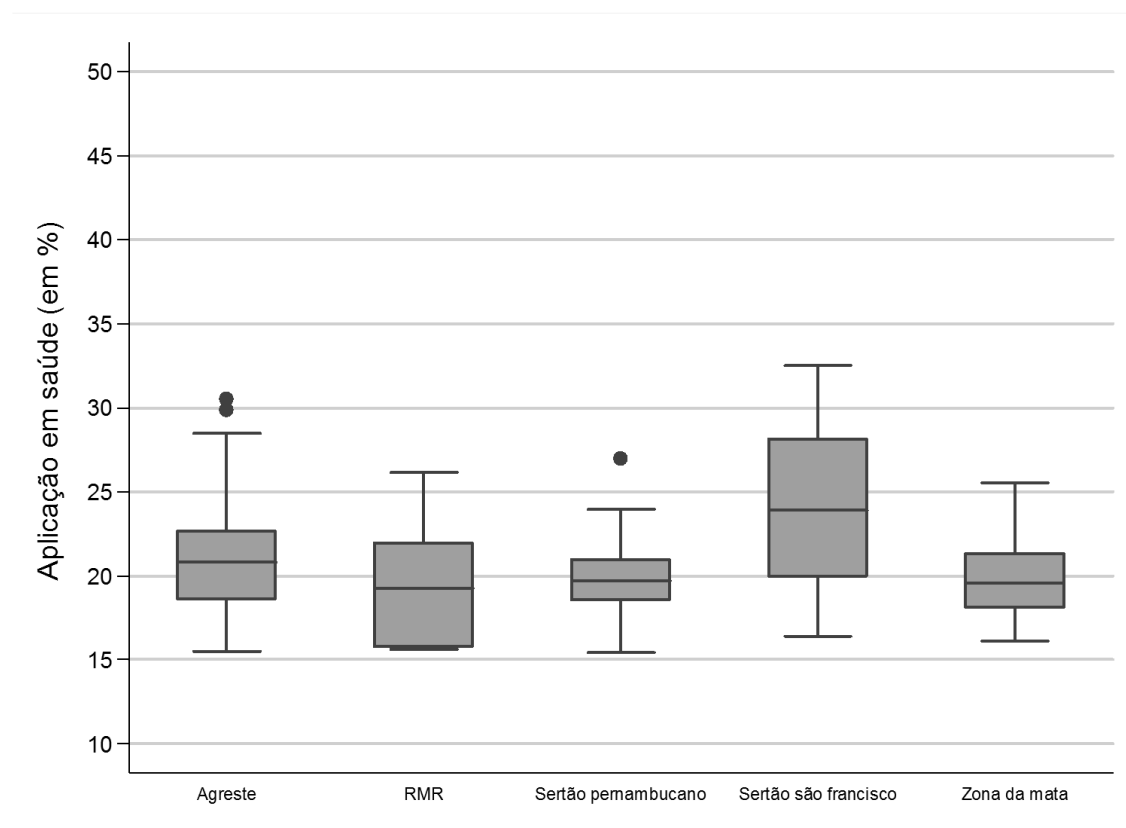
**Gráfico 1** – Série histórica da aplicação dos recursos financeiros na saúde entre os municípios classificados por porte populacional (2012-2017)

Fonte: Elaborado pelos autores com base em dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde [SIOPS] (2017).



Diante dos dados encontrados no SIOPS, verificou-se que 2016 foi o ano com maior déficit de aplicação dos recursos financeiros na saúde, isso se deve principalmente pela EC 95, na qual há um limite de gasto primário por parte do Governo Federal (Mariano, 2017). Em 2017, houve um crescimento de gastos nos municípios de pequeno e médio porte, o que demonstra maior participação dos governos locais na oferta das ações e dos serviços de saúde (Arretche, 2010).

A aplicação dos recursos financeiros na saúde de acordo com a mesorregião demonstra que, em totalidade, os municípios estão com a média de gastos superior ao Estado de Pernambuco que é de 15,82%. O Gráfico 2 apresenta a aplicação de recursos financeiros na saúde pública segundo a mesorregião: 1- Agreste; 2- RMR; 3- Sertão; 4- Sertão do São Francisco; 5- Zona da Mata.



**Gráfico 2** – Descritiva da aplicação de recursos públicos em saúde, em percentual, em Pernambuco segundo a mesorregião, no período de 2012 a 2017.

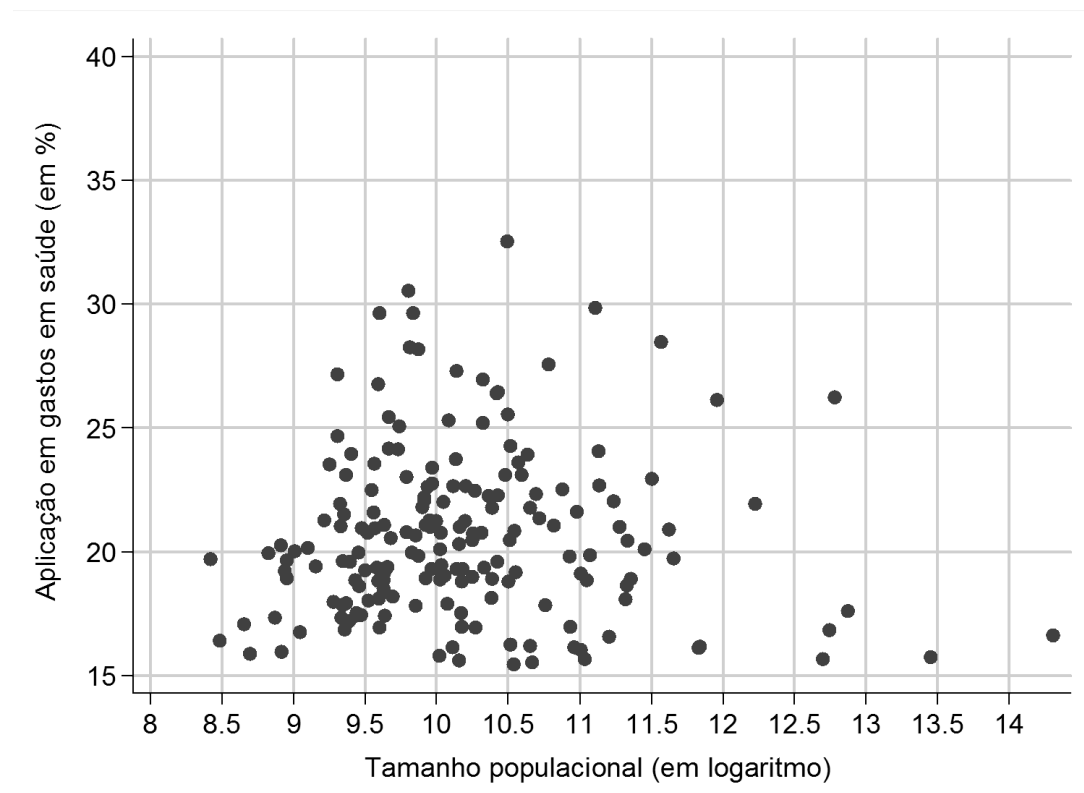
Fonte: Elaborado pelos autores com base em dados do IBGE, 2017 e SIOPS, 2017.

Após avaliação das informações do SIOPS, observa-se que a Região de Desenvolvimento do Sertão do São Francisco apresenta média superior a todas as outras mesorregiões. Nesta região, há um total de 14 municípios classificados como “pequeno porte”, quais sejam: 7 (46,7%) de “pequeno porte 1” e 7 (46,7%) de “pequeno porte 2”, há apenas 1(6,6%) município de “grande porte”. Verificou-se que por estes serem os menores em número de habitantes, dependem dos demais entes federados (B. S. Lorena & Sobrinho, 2015) e necessitam aplicar mais recursos em saúde (Gomes, 2012).

O Gráfico 3 demonstra a correlação dos gastos da aplicação de recursos públicos de acordo com o tamanho populacional em municípios pernambucanos. Verificou-se que, por



haver maior dispersão, a correlação de Pearson é menor e negativa, com o valor de  $r = -0,0113$ . Logo, a relação dos custos com saúde e o porte populacional é fraca.



**Gráfico 3** – Correlação dos gastos da aplicação de recursos públicos e tamanho populacional em municípios de Pernambuco

Correlação de Pearson:  $r = -0,0113$  ( $p = 0,879$ )

Fonte: Elaborado pelos autores com base em dados do IBGE (2017) e SIOPS (2017).

Os dados encontrados ratificam os resultados achados no estudo de Araújo *et al.* (2016), em que foi analisada a aplicação de recursos em saúde associada ao porte populacional dos municípios brasileiros, sendo observado que há um decréscimo de gastos ao passo que a população diminui.

Nesse contexto, as informações encontradas divergem da pesquisa produzida por Godinho (2014), na qual foi verificada associação entre porte populacional e gastos com saúde, em que municípios de pequeno porte retratam maiores custos com saúde, enquanto que os de grande porte apresentam menores gastos.

A Tabela 2 demonstra o percentual médio de aplicação de recursos financeiros em saúde de acordo com o porte populacional. Ao se analisarem os dados, observou-se que, nos municípios do Sertão, todos aplicaram o percentual mínimo obrigatório.



**Tabela 2** – Descritiva da aplicação de recursos públicos em saúde, em percentual, no conjunto de municípios por mesorregião no período de 2012 a 2017, segundo porte populacional

Porte do município	Média ± dp	p-valor <sup>b</sup>
<b>RMR</b>		0,2025
Pequeno porte	20,0 ± 3,2	
Médio ou grande porte	19,3 ± 17,0	
<b>Zona da Mata</b>		0,8283
Pequeno porte	20,0 ± 2,4	
Médio ou grande porte	20,0 ± 3,0	
<b>Agreste</b>		0,9657
Pequeno porte	21,0 ± 3,2	
Médio ou grande porte	21,0 ± 5,0	
<b>Sertão</b>		0,9895
Pequeno porte	20,0 ± 3,0	
Médio ou grande porte	20,0 ± 2,2	
<b>Sertão de São Francisco*</b>		-
Pequeno porte	-	
Médio ou grande porte	-	

dp= desvio-padrão; RMR= Região Metropolitana de Recife

\* Não foi feita a diferença por apresentar apenas um município de grande porte

Nota: Nesta tabela, a divisão utilizada foi a de “pequeno porte” e “médio e grande porte”, por existir mesorregiões ou regiões de desenvolvimento com poucos municípios agrupados em uma das duas classificações.

Fonte: Elaborada pelos autores com base em dados do SIOPS (2017).

A aplicação dos recursos financeiros na saúde nos municípios de “pequeno porte” na RMR apresentou média de 20,00%. A maior média encontrada foi 28,52%, no ano de 2017, e a menor, de 1,67%, em 2012. Dos três municípios reunidos nesta classificação, um não aplicou o mínimo obrigatório e não transmitiu informações ao SIOPS em 2012.

Nos municípios de “médio e grande porte” na RMR, a média de aplicação dos recursos financeiros apresentada foi a de 19,30%. A maior média foi 29,14% em 2017, e a menor 13,42% também no mesmo período. Com um total de 12 municípios agrupados nesta classificação, dois municípios não cumpriram a aplicação obrigatória, sendo um em 2012 e um em 2017. Apenas em 2012 um município não transmitiu informações ao SIOPS.

Em municípios classificados como “pequeno porte” na Zona da Mata, a média da série histórica foi 20,00%. A média de maior valor municipal foi 33,19% no ano de 2014, e a de menor valor de 7,55% em 2016. De um total de 34 municípios, dois não aplicaram o mínimo obrigatório em 2012, e dois em 2016. Todos transmitiram informações ao SIOPS.

Os municípios de “médio e grande porte” da Zona da Mata apresentam uma média de aplicação de recursos de 20,00%. A maior média encontrada foi 29,02% em 2013, já a menor média foi no valor de 10,23% no ano de 2012. Quanto à aplicação do percentual mínimo obrigatório, dos nove municípios classificados como “médio e grande porte”, apenas em 2012 um município não cumpriu essa exigência. Todos transmitiram informações ao SIOPS. Nos municípios classificados como “pequeno porte” da mesorregião do Agreste, um total de 59, a





média da série histórica foi 21,00%. A maior média municipal foi 35,10% no ano de 2017, e a menor de 11,15% em 2016. No que tange ao percentual mínimo obrigatório, cinco municípios não o aplicaram, dois no ano de 2012, um em 2013 e dois em 2016. Todos eles transmitiram informações ao SIOPS.

Em 12 municípios classificados como “médio e grande porte” do Agreste, a média foi a de 21,00%. A maior média foi 33,88%, e a menor 13,30%. Quanto à aplicação do percentual mínimo, apenas dois municípios no ano de 2016 não o aplicaram. Todos transmitiram informações ao SIOPS.

Nos municípios classificados como “pequeno porte” no Sertão, a média foi 20,00%. Num total de 37 municípios, a maior média municipal foi 34,95%, e a menor 13,55%. No que se refere à aplicação do percentual mínimo, apenas dois municípios não o aplicaram no ano de 2016. Todos transmitiram informações ao SIOPS.

Nos municípios considerados de “médio e grande porte”, no Sertão, a média de aplicação dos recursos foi a de 20,00%. Em cinco destes, a média de maior valor foi a de 32,54%, e a de menor valor 15,17%. Todos os municípios aplicaram o percentual mínimo obrigatório e transmitiram informações ao SIOPS.

Nos 15 municípios do Sertão do São Francisco, não foi possível obter a média, pois há somente um município classificado como “grande porte”. No entanto, ressalta-se que, a maior média de aplicação encontrada foi a de 34,80% em 2017, e a menor de 15,16% em 2014. Nenhum município ficou abaixo da aplicação mínima obrigatória e todos transmitiram informações ao SIOPS.

As informações acerca da mesorregião do Agreste, da Zona da Mata e da RD do Sertão do São Francisco, coletadas neste estudo, confirmam os resultados de Pontes, Lemos, Pontes, Acioli & Pimentel (2014), os quais retrataram que o percentual de aplicação de recursos em saúde é mais expressivo nos municípios de pequeno porte do que nos de médio e grande porte.

Segundo o estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (2013), a aplicação de recursos em saúde de modo tripartite retrata os distintos gastos realizados pela União, pelos Estados e Municípios, sendo estes últimos os que apresentam maior impacto de custos. Logo, municípios com menor porte apresentam maiores dificuldades na oferta de ASPs.

#### **4 Considerações finais**

Constatou-se que os municípios de pequeno porte das mesorregiões da Zona da Mata, do Agreste e do Sertão demonstraram maior percentual de aplicação de recursos financeiros em saúde, e os municípios de médio e grande porte dessas mesmas regiões apresentaram investimento menor.

Portanto, há maior percentual de aplicação de recursos financeiros em municípios menores. Espera-se que os valores reais sejam mais expressivos nos municípios de grande porte, uma vez que, nestes, a complexidade das ações e dos serviços de saúde são mais acentuadas.

Os municípios de pequeno porte apresentaram as maiores médias percentuais, o que demonstra a dependência entre estes e os demais entes federados. Quantos aos municípios de médio e grande porte, verificou-se que nos dois últimos anos há uma tendência de decréscimo de gastos.

Diante desta análise, observou-se que se faz necessário o aprimoramento da gestão dos recursos financeiros entre os entes federados.



## Referências

- Araújo, C., Gonçalves, G. & Machado, J. (2016, setembro). Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. *Ciência & Saúde Coletiva*, Belo Horizonte, pp. 953-963.
- Arretche, M. T. S. (2010, setembro). Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? Dados – *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, 53(3), 587-620.
- Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015* (2015). Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Diário Oficial [República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 17 mar. 2015.
- Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016* (2016). Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial [República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 15 dez. 2016.
- Espírito Santo, A. C. G. (2008, julho). Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*.
- Fundação Oswaldo Cruz (2013). *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.
- Geremia, D. S. (2011). *Financiamento público de saúde: estudo de caso de um município da região metropolitana do Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Godinho, G. F. R. S. (2014). *Evolução do gasto em saúde nos municípios brasileiros*. Dissertação de mestrado em Ciência Política, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Gomes, R. M. (2012). *Investimentos e gastos com pessoal: a lei de responsabilidade fiscal (LRF) e a efetividade dos serviços de saúde dos municípios brasileiros*. Dissertação de mestrado em Administração, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017). *Cidades e estados*. Recuperado em 6 de junho, 2018, de <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/.html>?
- Leite, R. V., Lima, C. K. & Vasconcelos, M. C. (2012, julho). Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. *Ciências & Saúde Coletiva*, 17(7) Rio de Janeiro.
- Lorena, B. S. & Sobrinho, L. E. J. (2015, janeiro/junho). Gastos com saúde na administração pública dos municípios pernambucanos. *Iniciação Científica CESUMAR*, 17(1), 29-36.
- Lorena, J. E., Sobrinho (2014). *Das bocas famintas às sorridentes: uma análise da política nacional de saúde bucal do Brasil*. Tese de doutorado em Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, Brasil.



- Maia, M. M. D. (2016). *Eficiência técnica no gasto em saúde dos municípios mineradores do estado de Minas Gerais*. Trabalho de Conclusão Final do Programa de Pós-Graduação em Administração Pública em Rede Nacional, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil.
- Mariano, M. C. (2017, janeiro/abril). Emenda Constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Revista de Investigações Constitucionais*, Curitiba, 4(1), 259-281.
- Mendes, A. (2013). A longa batalha pelo financiamento do SUS. *Saúde Soc.* São Paulo, 22(4), 987-993.
- Pernambuco. (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. *Gerências Regionais de Saúde*. Recife, PE, 2014.
- Pontes, L. J., Lemos, S. R., Pontes, L. T., Acioli, L. M. R. & Pimentel, C. F. (2014). Financiamento da saúde em municípios com diferentes portes populacionais e capacidade de autofinanciamento. Pernambuco – Brasil. Recuperado em 6 junho, 2018, de [http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/financiamento\\_trabalho\\_14\\_financiamento\\_da\\_saude\\_em\\_municipios\\_juliana.pdf](http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/financiamento_trabalho_14_financiamento_da_saude_em_municipios_juliana.pdf)
- Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017 (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. Diário Oficial [República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 28 dez. 2017.
- Santo, A. C. G. E. & Tanaka, O. Y. (2011, março). Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 16(3), 1875-1885.
- Santos, J. A. de, Neto, [Mendes, N. A.](#), [Pereira, C. A.](#) & [Paranhos, R. L.](#) (2017). 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. *Ciências & Saúde Coletiva* [online], 22(4), 1269-1280. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.28452016>.
- Santos, R. C. C. (2016). Financiamento da Saúde Pública no Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2016.
- Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (2017). Demonstrativos e dados informados. Recuperado em 6 de junho, 2018, de <http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/demonstrativos-dados-informados>
- Teixeira H. V. & Teixeira M. G. (2003). Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:379-91.
- Vieira, S. F. & Benevides, S. P. R. (2016, novembro). O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, 10(3), 3.