

GASTOS COM SAÚDE NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DOS MUNICÍPIOS PERNAMBUCANOS

Suélem Barros de Lorena*
José Eudes de Lorena Sobrinho**

RESUMO: O objetivo deste artigo é analisar a aplicação dos recursos públicos na saúde e a sua relação com o porte populacional dos municípios do Estado de Pernambuco. Trata-se de um estudo descritivo, analítico e retrospectivo, que utilizou dados secundários referentes aos anos de 2009 a 2013. 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 *Microsoft Excel for Mac*® 2011. Ao se comparar as médias da aplicação dos recursos financeiros na saúde entre os grupos de municípios classificados por porte populacional, identificou-se que houve diferença estatisticamente significativa em todos os anos da série histórica estudada, com exceção para o ano de 2013. Constatou-se que quanto maior o porte populacional do município, menor o impacto percentual da aplicação dos recursos financeiros na saúde dentro da administração pública. Os municípios de pequeno porte apresentaram as maiores médias percentuais, revelando que a saúde se configura como um setor oneroso e demandante de atenção especial pelo gestor público.

PALAVRAS-CHAVE: Administração em Saúde Pública; Gastos em Saúde; Recursos Financeiros em Saúde.

HEALTH EXPENDITURE IN PUBLIC ADMINISTRATION OF THE MUNICIPALITIES OF THE STATE OF PERNAMBUCO, BRAZIL

ABSTRACT: Public expenditure in health and its relationship with the population of the municipalities of the state of Pernambuco, Brazil, is analyzed. Current descriptive, analytic and retrospective study used secondary data for the 2009–2013 period, collected from the Information System on Public Expenditures in Health and from Cidades@ of the Brazilian Institute of Geography and Statistics. Statistical analysis was undertaken with Microsoft Excel for Mac® 2011. Comparison of averages of financial resources in health between groups of municipalities according to their population showed statistically significant differences in all the years under analysis, except for 2013. The greater the population in the municipality, the smaller the percentage impact of financial resources in health within the public administration. Small municipalities had the highest average percentages and revealed that health is a burdensome sector demanding special attention by the public administrator.

KEYWORDS: Administration in Public Health; Expenditure in Health Services; Financial Resources in Health.

INTRODUÇÃO

Inúmeros esforços foram dispendidos pelos militantes da Reforma Sanitária para a efetivação do direito constitucional à saúde no Brasil. A partir da implantação do Sistema Único de Saúde, em 1988, diversos dispositivos legais direcionaram a organização

das ações e serviços de saúde, de modo a atender às necessidades da população, com foco no processo de municipalização (FAVERET, 2003).

Em virtude desses instrumentos, o processo de municipalização se deu de forma rápida, sobretudo na Atenção Básica. Houve uma maior autonomia gerencial para os municípios na coordenação do

*Doutoranda em saúde pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz), Recife (PE), Brasil; Docente Auxiliar da Faculdade ASCES, Caruaru (PE), Brasil; Tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife (PE); E-mail: suelem.barros@yahoo.com.br

**Doutor em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz), Recife (PE), Brasil; Docente Assistente da Faculdade ASCES, Caruaru (PE), Brasil; Docente Assistente I-A da Universidade de Pernambuco, Arcoverde (PE), Brasil.

sistema de saúde local. Por outro lado, permaneceu a dependência econômica dos incentivos federais e repasses estaduais para concretizar a prática das ações e serviços de saúde (LORENA SOBRINHO, 2014).

Ressalte-se que o termo descentralização descreve a transferência das responsabilidades pela implementação e gestão das políticas e programas de saúde e da capacidade fiscal da União para Estados e Municípios através de dispositivos legais (COSTA et al., 2011).

As novas responsabilidades dos municípios na administração pública da saúde trouxeram à tona o desafio de se qualificar a administração pública a nível local, sobretudo diante dos repasses de recursos financeiros que seriam implementados a partir de então por parte do governo federal (ARRETCHE, 2010).

Se por um lado as transferências de recursos federais tornaram-se uma constante na vida dos gestores públicos municipais, por outro lado estes se viram diante de uma insuficiência orçamentária para viabilizar o funcionamento do sistema de saúde local (UGÁ; MARQUES, 2005).

Esta indução federal para que os municípios assumam responsabilidades crescentes na assistência à saúde desconsidera as restrições do pacto federativo e vem se tornando motivo de preocupação dos gestores municipais, sobretudo na área de recursos humanos, dado o impacto da folha de pagamentos nas contas públicas municipais de saúde (SILVA, 2011).

Ao longo deste período pós-88, alternaram-se as fontes de receitas, impostos e contribuições sociais, sem que se tenha conseguido ampliar a participação do gasto público com saúde no Produto Interno Bruto ou na receita tributária da União (DAIN, 2007).

Direta ou indiretamente, os problemas estruturais no SUS estão relacionados à temática do financiamento da saúde, razões pelas quais estes assuntos vêm fazendo parte da preocupação de gestores, grupos de pesquisa e das publicações científicas da área (SANTO; TANAKA, 2011).

Um importante dispositivo legal que buscou definir pisos de distribuição de recursos entre a União,

estados e municípios foi a Emenda Constitucional (EC) 29, promulgada em 2000, produzindo com isso um incremento da base financeira nas diferentes esferas governativas do sistema de saúde (BRASIL, 2000a).

A EC 29 previa a correção do orçamento do Ministério da Saúde pela variação nominal do Produto Interno Bruto e aplicação mínima de 12% da receita de impostos arrecadados pelos estados e de 15% pelos municípios na saúde (GEREMIA, 2011).

Para apurar as receitas totais e as despesas em ações e serviços públicos de saúde, foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde e pela Procuradoria Geral da República o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) com a publicação da Portaria Conjunta nº 1.163, de 11 de outubro de 2000 (BRASIL, 2000b).

Até o exercício 2012, o banco de dados do Siops era alimentado pelos estados, Distrito Federal e municípios, por meio do preenchimento de formulário em *software* desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (SIOPS, 2015).

A partir do exercício 2013, em decorrência da publicação da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, o registro de dados passou a ser obrigatório para todos os entes federados e o Siops se constituiu instrumento para o acompanhamento do cumprimento do dispositivo constitucional que determina a aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2012).

A produção científica brasileira relacionada à temática dos 'gastos com saúde' tem analisado dados agregados nacionais ou regionais, com pouca ênfase em estudos que tratam de informações municipais e estaduais. Dadas as diferenças marcantes no território nacional, é oportuno que sejam desenvolvidos estudos que tratem dos gastos com saúde a nível municipal a fim de que gestores, profissionais e usuários do SUS tenham uma participação consciente no controle social, indispensável para a consolidação do sistema (SANTO; TANAKA, 2011).

Alguns estudos realizados em estados brasileiros trataram de associar os percentuais de aplicação dos recursos financeiros na saúde

com o porte populacional dos municípios, como os desenvolvidos por Santo e Tanaka (2011), Gomes (2012) e Godinho (2014).

No entanto, uma lacuna foi observada em pesquisas para a região Nordeste e motivaram o desenvolvimento desta pesquisa tendo o Estado de Pernambuco, composto por 184 municípios, como local do estudo.

Esta foi a pergunta–condutora que direcionou o desenvolvimento da pesquisa: existe relação entre o porte populacional e o gasto com saúde nos municípios pernambucanos?

Procedimentos metodológicos foram conduzidos com o objetivo de analisar a aplicação dos recursos públicos na saúde e a sua relação com o porte populacional dos municípios do Estado de Pernambuco entre os anos de 2009 e 2013.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata–se de um estudo descritivo, analítico e retrospectivo, que utilizou dados secundários referentes à série histórica compreendida entre os anos de 2009 e 2013, para analisar a aplicação dos recursos públicos na saúde e a sua relação com o porte populacional dos municípios do Estado de Pernambuco.

Os dados sobre a aplicação dos recursos públicos na saúde foram coletados através de consulta ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), base de acesso público e universal, que faculta a transparência e a visibilidade sobre a aplicação dos recursos públicos na saúde por parte da União, Estados e Municípios.

Com base nas informações obtidas na ferramenta Cidades@ do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística sobre o número de habitantes, os municípios foram classificados nas variáveis ‘pequeno porte I’ (até 20.000 habitantes), ‘pequeno porte II’ (de 20.001 a 50.000 habitantes), ‘médio porte’ (de 50.001 a 100.000 habitantes) e ‘grande porte’ (acima de 100.000 habitantes).

A análise estatística foi realizada utilizando o Programa *Microsoft Excel for Mac*® 2011. Foram calculadas as médias anuais e da série histórica 2009–2013 dos percentuais de aplicação dos recursos financeiros na saúde de cada conjunto de municípios classificados de acordo com o porte populacional, assim como as variâncias e desvio–padrões.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 184 municípios do Estado de Pernambuco, 44,56% foram classificados como ‘pequeno porte I’ (n=82), 35,85% como ‘pequeno porte II’ (n=66), 13,05% como ‘médio porte’ (n=24) e 6,54% como ‘grande porte’ (n=12).

Todos os municípios transmitiram informações ao SIOPS na série histórica estudada, com exceção do ano de 2012, em que dois municípios não o realizaram. Quanto à aplicação dos recursos financeiros na saúde, não houve cumprimento do percentual mínimo obrigatório recomendado na legislação por parte de um município no ano de 2009, de dois municípios em 2010, de sete municípios em 2011 e 2012 e de um município em 2013.

A aplicação dos recursos financeiros na saúde por parte dos municípios de ‘pequeno porte I’ apresentou média de 19,17% na série histórica 2009–2013, com variância de 1,54. A maior média municipal encontrada foi de 35,82% para o ano de 2009 e a menor média municipal foi de 7,88% em 2012, conforme demonstra a Tabela 1. Dos 82 municípios agrupados neste estrato, apenas quatro não aplicaram o mínimo obrigatório na saúde no ano de 2011 (4,87%) e três no ano de 2012 (3,65%).

Tabela 1. Municípios de pequeno porte I e a aplicação dos recursos financeiros na saúde (%)

	Anos					Média 2009–2013	Variância
	2009	2010	2011	2012	2013		
L.S.*	35,82	32,05	28,76	29,85	32,77		
Média	20,52	19,9	18,45	18,42	21,21	19,17	1,54
L.I.**	15,02	15,02	10,45	7,88	15,16		
D.P.***	4,68	4,32	3,64	3,78	4,26		

*Limite superior, **Limite inferior, ***Desvio–padrão

Fonte: SIOPS, 2015. Elaborada pelos autores.

Estes municípios com população abaixo de 20.000 habitantes representam aproximadamente 70% dos municípios brasileiros e apresentam menor capacidade de arrecadação própria, o que os torna muito dependentes das transferências de outros entes governamentais. Diante da insuficiência dos recursos financeiros repassados ante às necessidades da população, tais cidades necessitam demandar maior

aporte de recursos próprios para diminuir as limitações no orçamento (GOMES, 2012).

Entre os municípios de ‘pequeno porte II’ a média da série histórica foi 19,44%, com variância de 2,00. A maior média municipal encontrada foi de 31,99% para o ano de 2012 e a menor média municipal foi de 1,67% neste mesmo ano (vide Tabela 2).

Tabela 2. Municípios de pequeno porte II e a aplicação dos recursos financeiros na saúde

	Anos					Média 2009–2013	Variância
	2009	2010	2011	2012	2013		
L.S.*	29,75	31,09	31,54	31,99	30,98		
Média	19,8	19,44	17,82	18,27	21,42	19,44	2,00
L.I.**	15,03	13,66	12,54	1,67	12,3		
D.P.***	4,11	4,05	3,11	4,43	3,75		

*Limite superior, **Limite inferior, ***Desvio–padrão

Fonte: SIOPS, 2015. Elaborada pelos autores.

No ano de 2009, todos os municípios deste estrato cumpriram o mínimo obrigatório de aplicação dos recursos na saúde. Para os demais anos da série histórica, não houve cumprimento por parte de um município em 2010, de 3 em 2011, de dois em 2012 e um em 2013.

No conjunto dos municípios classificados como ‘médio porte’, a média da aplicação dos recursos financeiros na saúde na série 2009–2013 foi de 19,21%, com variância de 1,87. O ano de 2013 apresentou a maior média municipal com 32,31%, enquanto que o ano de 2009 apresentou a menor média municipal com 8,94% (vide Tabela 3).

Tabela 3. Municípios de médio porte e a aplicação dos recursos financeiros na saúde

	Anos					Média 2009–2013	Variância
	2009	2010	2011	2012	2013		
L.S.*	32,13	28,81	27,34	28,06	32,31		
Média	19,16	19,57	16,71	19,21	20,38	19,21	1,87
L.I.**	8,94	12,51	15,09	15,17	15,75		
D.P.***	5,30	4,83	3,13	3,31	4,97		

*Limite superior, **Limite inferior, ***Desvio–padrão
 Fonte: SIOPS, 2015. Elaborada pelos autores.

Para os municípios de ‘grande porte’, a média municipal foi de 28,2% no ano de 2009 e a menor foi da série histórica foi de 17,07%. A maior média de 14,43% neste mesmo ano (vide Tabela 4).

Tabela 4. Municípios de grande porte e a aplicação dos recursos financeiros na saúde

	Anos					Média 2009–2013	Variância
	2009	2010	2011	2012	2013		
L.S.*	28,2	23,7	22,08	25,2	24,64		
Média	17,15	19,77	15,86	17,07	16,21	17,07	2,34
L.I.**	15	15,12	15,11	14,43	15,69		
D.P.***	4,08	3,07	2,04	3,86	3,17		

*Limite superior, **Limite inferior, ***Desvio–padrão
 Fonte: SIOPS, 2015. Elaborada pelos autores.

A situação detectada diverge dos resultados obtidos no estudo que tratou de analisar o gasto em saúde nos grandes centros urbanos do Estado de São Paulo, nos quais houve um gasto crescente com saúde no período compreendido entre os anos 2000 e 2006 (SANTO; TANAKA, 2011).

Entre os 12 municípios de grande porte do Estado de Pernambuco, apenas um não cumpriu o percentual mínimo obrigatório, exclusivamente no ano de 2012, o que representa 8,3%, tendo sido o melhor resultado entre os grupos populacionais.

Este resultado é bastante distinto ao se comparar com os desfechos do estudo desenvolvido por Silva e colaboradores (2012): dos 40 municípios brasileiros com população entre 238.000 e 350.000 habitantes, 21 não cumpriram os percentuais mínimos de recursos na saúde entre os anos de 2000 a 2008, o que representa 52,5%.

A situação encontrada após o ano de 2009 em Pernambuco é bastante similar a que fora estudada entre os anos 2000 e 2004, pois também os municípios com maior base populacional foram os que aplicaram os menores percentuais e algumas vezes deixaram de cumprir a EC 29 (SOUSA; SOUSA; CANTO, 2005).

Ao se comparar as médias da aplicação dos recursos financeiros na saúde entre os grupos de municípios classificados por porte populacional, identificou-se que houve diferença estatisticamente significativa em todos os anos da série histórica estudada, com exceção para o ano de 2013 ($p=0,18$), conforme pode ser visualizado na Tabela 5.

Tabela 5. Comparações das médias da aplicação dos recursos financeiros na saúde entre os municípios classificados por porte populacional (2009–2013)

	2009	2010	2011	2012	2013
Pequeno Porte I	20,52	19,9	18,45	18,42	21,21
Pequeno Porte II	19,8	19,4	17,82	18,27	21,42
Médio Porte	19,16	19,5	16,71	19,21	20,38
Grande Porte	17,15	19,7	15,86	17,07	16,21
	p=0,05	p=0,01	p=0,02	p=0,03	p=0,18

Fonte: SIOPS, 2015. Elaborada pelos autores.

Entre os municípios de médio e grande porte se identificou o menor impacto percentual da aplicação dos recursos financeiros na saúde dentro da administração pública. Por sua vez, os municípios de pequeno porte apresentaram as maiores médias percentuais, revelando que a saúde se configura como um setor oneroso e demandante de atenção especial pelo gestor público.

Os resultados deste estudo confirmam as hipóteses levantadas na pesquisa conduzida por Godinho (2014), as quais apontaram que não há relação direta entre o gasto despendido com a saúde e a população do município, ou seja, não é verdade que municípios mais populosos necessariamente invistam maiores percentuais do orçamento em saúde; e que os municípios com menor porte populacional (10.000 a 20.000 habitantes) apresentam os maiores gastos *per capita* com saúde e apresentam um gasto total com saúde maior do que os municípios com população acima de 100.000 habitantes.

Tais achados, no entanto, divergem dos resultados identificados pelo estudo desenvolvido por Espírito Santo e colaboradores (2012), onde se analisou a despesa pública municipal com saúde em Pernambuco na série histórica de 2000 a 2007. Os autores constataram que existe uma heterogeneidade entre os agrupamentos de municípios que formam os recortes territoriais das diferentes regiões de saúde, mas afirmaram não haver forte correlação com o porte populacional.

Relatos dos gestores de dez municípios pernambucanos, obtidos por meio de entrevistas

semiestruturadas realizadas na pesquisa conduzida por Villani e Bezerra (2013), revelaram conhecimento quanto à concepção do termo 'gasto em saúde', embora nem todos referiram conhecer a normalização sobre o assunto e nem participarem da definição do orçamento municipal ou gerenciamento dos recursos do Fundo Municipal de Saúde.

Pesquisa conduzida com cinquenta gestores locais de saúde de Pernambuco desvelou que 62% demonstraram não conhecer a EC 29. Apesar disto, o estudo afirmou que não há relação direta entre o conhecimento acerca da EC 29 e o cumprimento do que é preconizado por ela nos municípios estudados no Estado de Pernambuco (RIBEIRO; BEZERRA, 2013).

Por fim, merece se destacar que houve evolução da média do gasto com saúde nos municípios classificados como 'pequeno porte I', 'pequeno porte II' e 'médio porte' na série histórica 2009–2013 no Estado de Pernambuco. Exceção apenas se observou entre os municípios de grande porte, pois nestes há uma tendência à involução, conforme ilustra o Gráfico 1.

Apesar desta evolução da média do gasto com saúde pelos municípios de Pernambuco, ainda se constata diferença significativa ao se comparar com as cidades de outros estados do Nordeste. No ano de 2012, por exemplo, as cidades pernambucanas foram as que aplicaram os menores percentuais na saúde dentre todos os estados do Nordeste (SIOPS, 2015).

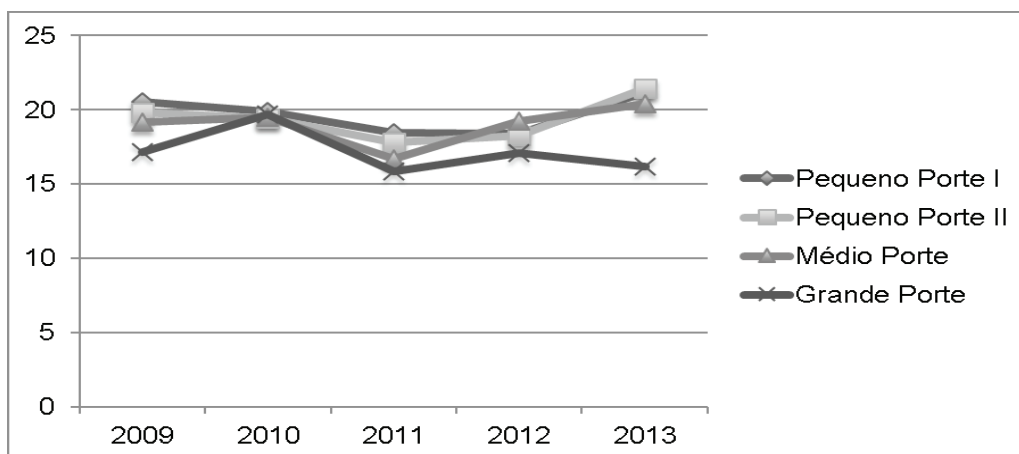


Gráfico 1. Evolução da aplicação dos recursos financeiros na saúde entre os municípios classificados por porte populacional (2009–2013)
Fonte: SIOPS, 2015. Elaborada pelos autores.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que quanto maior o porte populacional do município, menor o impacto percentual da aplicação dos recursos financeiros na saúde dentro da administração pública. Apesar disto, espera-se que os montantes em valores reais sejam maiores do que nos municípios de pequeno porte em razão do maior contingente populacional demandando necessidades pelos serviços de saúde e da maior complexidade dos serviços ofertados a nível local.

Os municípios de pequeno porte apresentaram as maiores médias percentuais, revelando que a saúde se configura como um setor oneroso e demandante de atenção especial pelo gestor público.

As médias percentuais da aplicação dos recursos financeiros na saúde por parte dos municípios apresentou tendência crescente para todos os estratos populacionais, com exceção para as cidades de grande porte, onde se observa uma tendência à diminuição.

Apesar disto, as cidades pernambucanas estão entre as que menos investem em saúde, quando comparadas com os municípios dos demais estados da região Nordeste, sugerindo a necessidade de se aperfeiçoar o pacto federativo na administração pública da saúde.

REFERÊNCIAS

- ARRETCHE, M. T. S. Federalismo e Igualdade Territorial: Uma Contradição em Termos? **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 587–620, 2010.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 set. 2000a.
- BRASIL. Portaria Conjunta nº 1.163, de 11 de Outubro de 2000. Trata da implementação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 out. 2000b.
- BRASIL. Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jan. 2012.
- COSTA, N. R. et al. Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4603–4614, 2011.

- DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1851–1864, nov. 2007.
- ESPÍRITO SANTO, A. C. G. et al. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 861–871, abr. 2012.
- FAVERET, A. C. S. C. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 371–378, 2003.
- GEREMIA, D. S. **Financiamento público de saúde: estudo de caso de um município da região metropolitana do Rio de Janeiro**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, RJ, 2011.
- GODINHO, G. F. R. S. **Evolução do gasto em saúde nos municípios brasileiros**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2014.
- GOMES, R. M. **Investimentos e gastos com pessoal: a lei de responsabilidade fiscal (LRF) e a efetividade dos serviços de saúde dos municípios brasileiros**. 2012. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade de Brasília, DF, 2012.
- LORENA SOBRINHO, J. E. **Das bocas famintas às sorridentes: uma análise da política nacional de saúde bucal do Brasil**. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, 2014.
- RIBEIRO, J. D. T.; BEZERRA, A. F. B. O protagonismo dos gestores locais de saúde diante da Emenda Constitucional nº 29: algumas reflexões. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1014–1023, dez. 2013.
- SANTO, A. C. G. E.; TANAKA, O. Y. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1875–1885, mar. 2011.
- SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753–2762, 2011.
- SILVA, M. C. et al. Gastos com saúde: uma análise do cumprimento da Emenda Constitucional no 29/2000 pelos 100 municípios brasileiros mais populosos nos período de 2000 a 2008. **REUNIR – Revista de Administração, Contabilidade e Sustentabilidade**, Sousa (PB), v. 2, n. 1, p. 1–20, jan./abr. 2012.
- SIOPS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. **Indicadores municipais**. Disponível em: <<http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/siops/serhist/MUNICIPIO/indicadores.HTM>>. Acesso em: 06 jan. 2015.
- SOUSA, I. M. C.; SOUSA, A. S.; CANTO, A. A. **Financiamento no SUS: a emenda constitucional 29 e o sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde em Pernambuco**. 2005. Monografia (Especialização em gestão de serviços e sistemas de saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, 2005.
- UGÁ, M. A. D.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: TRINDADE, N. et al. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 193–233.
- VILLANI, R. A. G.; BEZERRA, A. F. B. Concepções dos gestores municipais de saúde de Pernambuco sobre a destinação e gestão dos gastos com saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 521–529, jun. 2013.

Recebido em: 31 de janeiro de 2015

Aceito em: 27 de maio de 2015