



Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais e Aplicadas
Programa de Pós-graduação em Gestão e Economia da Saúde

PRISCILA KAROLINA FRANCISCA DA SILVA

GASTOS MUNICIPAIS EM SAÚDE: A PRESENÇA DAS GERES IMPORTA?
UMA ANÁLISE EMPÍRICA PARA ESTADO DE PERNAMBUCO

Recife
2022

Priscila Karolina Francisca da Silva

**GASTOS MUNICIPAIS EM SAÚDE: A PRESENÇA DAS GERES IMPORTA?
UMA ANÁLISE EMPÍRICA PARA ESTADO DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Orientador: Profº Dr. Raul da Mota Silveira Neto

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

S586g

Silva, Priscila Karolina Francisca da

Gastos municipais em saúde: a presença das Geres importa? uma análise empírica para o estado de Pernambuco / Priscila Karolina Francisca da Silva . - 2022.

45 folhas: il. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Raul da Mota Silveira Neto.

Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2022.

Inclui referências.

1. Gastos públicos. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Gestão pública. I. Silveira Neto, Raul da Mota (Orientador). II. Título.

330.9 CDD (22. ed.)

UFPE (CSA 2022 – 036)

PRISCILA KAROLINA FRANCISCA DA SILVA
GASTOS MUNICIPAIS EM SAÚDE: A PRESENÇA DAS GERES IMPORTA?
UMA ANÁLISE EMPÍRICA PARA ESTADO DE PERNAMBUCO

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Gestão e Economia da Saúde da
Universidade Federal de
Pernambuco, como requisito parcial
para a obtenção do título de mestre
em Gestão e Economia da Saúde.

APROVADA EM : 28/ 02/ 2022

Banca Examinadora:

Profº Dr. Raul da Mota Silveira Neto (orientador)
Professor da Universidade Federal de Pernambuco

Profª Dr. Michelly Cristiny Pereira (Examinador interno)
Professor da Universidade Federal de Pernambuco

Profª Dr. Umbelina Cravo Teixeira Lagiola (Examinador interno)
Professor da Universidade Federal de Pernambuco

Profº Dr. Nelson Miguel Galindo Neto (Examinador externo)
Professor do Instituto Federal de Pernambuco

Profª. Dr. Roberta de Moraes Rocha (Examinador interno- suplente)
Professor da Universidade Federal de Pernambuco

Profº Dr. Guilherme Guarino de Moura Sá (Examinador externo-suplente)
Professor do Instituto Federal de Pernambuco

Dedico este Projeto, primeiramente, a Deus que me fortaleceu e proveu todas as coisas para que eu conseguisse concluir, ao meu esposo Thiago, que sempre me apoiou, aos meus filhos: João Lucas, uma criança inspiradora, e Emanuel (ainda em meu ventre). À minha mãe Maria do Carmo e meu pai João maiores incentivadores de dedicação aos estudos desde a infância, aos meus irmãos, amigos, e a todos familiares, amigos e colegas de turma, que sempre me incentivaram em fazer este curso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (CQIS/DESID) do Ministério da Saúde (MS) por financiar o PPGGES ao CCSA/UFPE por fornecer a estrutura física e de professores do Programa de Pós-Graduação e a CAPES pela valorosa contribuição no desenvolvimento das Pós-Graduações no Brasil. Minha enorme gratidão ao Professor Raul Mota Silveira Neto, profissional extremamente competente, tão generoso em passar seus conhecimentos e me apoiar a trilhar os caminhos deste projeto. À Universidade Federal de Pernambuco- UFPE, sempre tão vanguardista, acolhedora e apoiadora de seus discentes.

RESUMO

A execução de um sistema de saúde que garanta a toda população brasileira um acesso totalmente gratuito aos serviços de saúde, obedecendo aos princípios da universalidade, equidade e integralidade, em um dos países mais desiguais do mundo e com constantes escândalos de corrupção sempre foi um grande desafio tanto para gestores, profissionais como também dos seus usuários. Como frutos da CF 88, o processo de descentralização e municipalização da saúde unidos ao subfinanciamento do sistema, sobrecarregaram os municípios, fazendo-se de fundamental importância o desenvolvimento de estudos sobre os gastos municipais de saúde. Nesta perspectiva, partindo do estudo dos municípios do Estado de Pernambuco, busca-se analisar, portanto, quais os possíveis fatores que interferem no maior ou menor investimento em saúde, e se a proximidade de municípios com as suas respectivas Gerências Regionais de Saúde (GERES) pode influenciar nos gastos municipais de saúde. Para isso, foi formulado a partir de dados disponibilizados, em planilha de Excel 2010, cada variável os dados referentes a 184 municípios pernambucanos, dos anos de 2003, 2010 e 2017, anos esses escolhido porque apresentam diferentes distribuições das GERES. Para a análise dos dados será utilizado o modelo de regressão linear, na qual a variável dependente é representada pelo percentual de gasto municipal direcionado para a despesa com saúde, estando entre os regressores a distância do município à GERES mais próxima. Através dos resultados obtidos, foi possível inferir que sim, a presença da GERES exerce influência no quantitativo de gastos com recursos próprios aplicados na saúde. Uma vez que, por mais que haja na legislação, uma aplicação mínima neste setor, é possível observar diferenças significantes entre municípios. Além disso, a análise também demonstrou que quanto maior a distância do município à sua respectiva Gerência, maior seus gastos nos seus serviços de saúde, explanando assim uma relação causa e efeito, assim como, quanto mais o município se distancia da capital Recife, maior seu custo com o setor saúde. Ou seja, a capital pernambucana por ser um dos maiores polos médicos do Brasil, àquelas cidades com maior proximidade, poderão usufruir melhor dos seus serviços, além de maior facilidade para o transporte de seus pacientes. Não obstante, o PIB municipal não teve efeito relevante em como o município gasta no setor saúde, dessa forma o porte financeiro municipal possui efeito muito pequeno quando se comparado ao fator distância GERES. Diante da relevante importância deste tipo de estudo para o avanço de um sistema de saúde mais equitativo, sugere-se o desenvolvimento de mais estudos sobre o tema.

Palavras chave: Gastos Municipais em Saúde; Gerência Regional de Saúde; Sistema Único de Saúde; Financiamento da Saúde.

ABSTRACT

The implementation of a health system that guarantees the entire Brazilian population a completely free access to health services, obeying the principles of universality, equity and integrality, in one of the most unequal countries in the world and with constant corruption scandals has always been a great challenge. challenge for managers, professionals as well as its users. As a result of FC 88, the process of decentralization and municipalization of health, together with the underfunding of the system, overloaded the municipalities, making the development of studies on municipal health expenditures of fundamental importance. In this perspective, based on the study of municipalities in the State of Pernambuco, we seek to analyze, therefore, what are the possible factors that interfere in the decision of municipal to invest more or less in health, and if the proximity of municipalities with their respective Managements Health Departments (GERES) can influence municipal health expenditures. Based on available data, in an Excel 2010 spreadsheet, each variable was the data referring to 184 municipalities in Pernambuco, from the years 2003, 2010 and 2017, years with different distributions of GERES. For data analysis, the linear regression model will be used, in which the dependent variable is represented by the percentage of municipal expenditure directed to health expenditure, with the distance from the municipality to the nearest GERES being among the regressors. Through the results obtained, it was possible to infer that yes, the presence of GERES influences the amount of expenditures with own resources applied to health. Since, as much as there is in the legislation, a minimum application in this sector, it is possible to observe significant differences between municipalities. In addition, the analysis also showed that the greater the distance from the municipality to its respective Management, the greater its expenditure on its health services, thus explaining a cause and effect relationship, as well as, the further the municipality is from the capital Recife, the greater its cost to the health sector. In other words, as the capital of Pernambuco is one of the largest medical centers in Brazil, those cities with greater proximity will be able to better enjoy its services, in addition to making it easier to transport their patients. Nevertheless, the municipal GDP had no relevant effect on how the municipality spends on the health sector, so the municipal financial size has a very small effect when compared to the distance factor GERES. Given the relevant importance of this type of study for the advancement of a more equitable health system, further studies on the subject are suggested.

Keywords: municipal health spending; Regional Health Managements; Health Unic System; health financing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1 Título: Mapa das Regiões de Saúde de Pernambuco	21
Figura 2 – Título: Distribuição dos gastos municipais em Saúde – Pernambuco	33
Figura 3 -Título: Percentual do gasto municipal em saúde e presença da Geres.	34
Figura 4- Título: Percentual do gasto municipal em saúde e distância à Geres	35
Figura 5 – Título: Percentual do gasto municipal em saúde e PIB per capita	36
Figura 6 – Título: Percentual do gasto municipal em saúde e distância ao Recife	36

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1.1 Título: Gerências Regionais de Saúde, suas respectivas cidades sedes e municípios que a compõem.	22
Tabela 2.1 Título: Variáveis, Siglas, Fonte e período.	31
Tabela 3 – Título: Condicionantes do percentual do gasto em Saúde – municípios de Pernambuco	38
Tabela 4 –Título: Condicionantes do gasto per capita em Saúde – municípios de Pernambuco	40

LISTA DE ABREVIATURAS / SIGLAS

ADCT	ATO DAS DISPOSIÇÕES CONSTITUCIONAIS TRANSITÓRIAS
ASPS	AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
CF	CONSTITUIÇÃO FEDERAL
CIB	COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE
CMPF	CONTRIBUIÇÃO PROVISÓRIA DE MOVIMENTAÇÃO
CNS	FINANCEIRA
EC	CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
GERES	EMENDA CONSTITUCIONAL
IBGE	GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE
IDH	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO
IPEA	INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA
PPA	PLANO PLURIANUAL
SELIC	SISTEMA ESPECIAL DE LIQUIDAÇÃO E CUSTÓDIA
SIOPS	SISTEMA DE ORÇAMENTOS PÚBLICOS
PIASS	PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E
AIS	SANEAMENTO
SUDS	AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE
OSS	SISTEMA UNIFICADO DESCENTRALIZADO DE SAÚDE
ADCT	ORÇAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL
PIB	ATO DAS DISPOSIÇÕES CONSTITUCIONAIS TRANSITÓRIAS
UPA	PRODUTO INTERNO BRUTO
UPAE	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UNIDADE PERNAMBUCANA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	13
2.	REVISÃO DE LITERATURA.	15
2.1	Trajetória das políticas de financiamento da saúde no Brasil	15
2.2	Gerências Regionais de Saúde (GERES).....	20
2.3	As falhas de mercado e o efeito do´´free-riding´´	26
2.4	Gastos Municipais de Saúde	28
3.	ESTRATÉGIA EMPÍRICA.....	30
3.1	Modelo Empírico	30
3.2	Base de Dados	31
4.	RESULTADOS.....	33
5.	Conclusões	41
	REFERÊNCIAS	42

Introdução

Construído a partir de princípios como universalidade, equidade e integralidade, acessível a uma população de mais de 200 milhões de habitantes de forma totalmente gratuita, em um dos países mais desiguais do mundo, com inúmeros e constantes escândalos de corrupção, sempre foi e tem se tornado cada dia maior o grande desafio àqueles que são responsáveis pela sua execução. Devido a isso, foi de fundamental importância que a própria Constituição Federal de 1988 determinasse o financiamento tripartite do SUS, participando destes, o nível federal, estadual e o municipal.

Nos últimos anos, algumas características demográficas têm traçado um novo perfil da população brasileira, como diminuição da taxa de mortalidade, envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida, concomitante ao aumento vertiginoso de portadores de doenças crônicas. Isso tudo tem trazido novos desafios a oferta de assistência à saúde, devido ao crescimento dos custos e assim, a dificuldade de financiar este sistema.

Tal mudança do perfil demográfico populacional tem vindo acompanhada de alterações também institucionais na gestão da saúde pública. Neste sentido, é possível observar que, em meados da década de 80, a União apresentava uma média de 75% de contribuição financiamento da saúde pública, e quanto a contribuição dos Estados e Municípios se dava em 25%. (SANTOS,2012)

No período de 2004 a 2019, foi observado uma elevação da participação dos municípios no financiamento (de 24,8% para 31,4%) e diminuição da participação da União (de 49,1% para 42,1%), enquanto isso, os estados mantiveram-se no patamar de 26%. A Esse fenômeno da progressiva baixa da participação federal no financiamento da saúde mostra uma desresponsabilização com a execução das ações e serviços de saúde do ente federativo que detém o maior poder de arrecadação e coordenação. (SERVO et. Al., 2020)

Atualmente, segundo dados do Ministério da Saúde (2020), 80% da população brasileira, depende exclusivamente do SUS, contando com seus diversos tipos de serviços, com destaque as ações de promoção e prevenção de doenças, como atendimento pré e intra-hospitalar, vacinação, reabilitação, acompanhamento de grupos que necessitam de cuidados contínuos como gestantes, crianças até 18 meses de vida. Diante disso, esta realidade demanda cada dia mais investimentos no sistema de saúde no país, e assim, surge a necessidade de se analisar como tem sido realizado os gastos em saúde.

A partir do estudo de 184 municípios do Estado de Pernambuco, busca-se analisar, portanto, quais os possíveis fatores que interferem na decisão dos gestores municipais em investirem mais ou menos em saúde e se a proximidade de municípios às suas respectivas Gerências Regionais de Saúde pode influenciar nos gastos municipais de saúde.

Uma vez que, cada uma das 12 GERES do Estado oferecem suporte técnico aos municípios, centralizando em suas respectivas sedes, serviços como, a dispensação de medicamentos dos protocolos de tratamento para tuberculose, hanseníase, glaucoma, dentre outros.

Além disso, nestas sedes, ocorre recebimento de amostras das coletas de exames como para detecção precoce de câncer de colo do útero, exames para diagnóstico para COVID, baciloscopia para tuberculose, exames para detecção de hanseníase. Ademais, é o local de realização de reuniões com os gestores de saúde dos municípios, coordenadores da atenção básica, vigilância em saúde, regulação e planejamento periodicamente.

É de fundamental importância, destacar que todas as cidades sede de GERES em Pernambuco, foram escolhidas dentre outros critérios, pela estrutura de serviços de saúde oferecidos pelo Estado de Pernambuco, tendo em todas as sedes, hospitais de porte regional presentes. Os quais, disponibilizam serviços como: urgência e emergência 24 horas, laboratório, sala de parto, internamento, clínica cirúrgica etc.

Com tais serviços disponibilizados pelo Governo do Estado sem custos diretos ao município sede, é possível sugerir que a existência da GERES, bem como de toda estrutura disponibilizada pelo Estado, repercuta com impactos nos gastos da gestão municipal em saúde.

Neste contexto e mais especificamente, o objetivo deste trabalho é analisar se a distância dos municípios às sedes das GERES interferem nos gastos municipais de saúde de recursos próprios, assim como evidenciar os fatores que podem influenciar nesse tipo de gasto. Neste esforço, a pesquisa também pretende demonstrar o perfil dos municípios que se destacam com maior e menor percentual de gastos em saúde com recursos próprios no estado, e mapear as áreas de Pernambuco segundo o percentual do referido tipo de gasto em saúde.

1. Revisão de Literatura

2.1 Trajetória das políticas de financiamento da saúde no Brasil

Com sistema de saúde bastante excludente, os serviços de saúde funcionavam no Brasil nas décadas de 60 e 70 com grande parte da população dependendo dos poucos recursos vindo de orçamentos para saúde, ou recorriam as casas de caridade, como entidades religiosas ou filantrópicas. A partir de 1976, foram criadas políticas públicas, que trouxeram mais assistência a população mais pobre, como o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), Ações Integradas de Saúde (AIS) e, o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde). Iniciativas que contribuíram para a construção do SUS. (PIOLA et al, 2009)

A partir, então da década de 80, com destaque a 8ª Conferência de Saúde, em 1986, onde os delegados iniciaram a ver o Saúde como dever do Estado e direito de todo cidadão, e a necessidade da implantação de um sistema de saúde descentralizado, único e separado da previdência social. Assim como, a necessidade de interligação das políticas de saúde juntamente com políticas econômicas e sociais, a fim de oferecer uma saúde melhor à população (CNS, 2019)

A universalização do sistema de saúde no Brasil, veio então, por meio da ação do Estado, e tem como marco a Constituição Federal (CF) de 1988. Pelo artigo nº 196, a CF estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A CF 88, através do orçamento da seguridade social, estabeleceu que, à nível de governo federal, esses recursos deveriam ser divididos em três partes, são estas: a previdência, a assistência social e a saúde. No caso da saúde, a mesma, englobaria cerca de 30% do referido orçamento, conforme o que foi instituído no Artigo Nº 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) (PIOLA et al, 2019).

Com esta finalidade, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual, tem como dever, integrar e difundir gratuitamente o acesso aos serviços prestados. Nesta perspectiva, é oportuno trazer destaque

ao artigo 5º da Lei Nº 8080/1990, determina que os objetivos deste sistema de saúde são: identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Contribuições teóricas recentes trouxeram à luz a integração da saúde ao conceito de desenvolvimento, sendo um dos fatores determinantes das condições de vida e bem-estar. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que é o indicador de referência mais utilizado nas análises comparativas do grau de desenvolvimento dos Estados nacionais, incorpora a saúde como um de seus três componentes. Dito isto, a saúde deve ocupar papel de destaque nas estratégias políticas nacionais, podendo ser estimulada pelo aumento dos gastos nacionais e pelo incremento da eficácia e eficiência de suas ações, a partir de uma atuação efetiva do Estado. (GADELHA E COLS., 2011)

Nessa perspectiva, a saúde adquire um papel predominantemente técnico, vinculado à sua contribuição para um ambiente socioeconômico desenvolvido favorável para a vida das pessoas, em uma redução da política à administração analisa-se a trajetória recente da política de saúde no Brasil com ênfase nos processos de descentralização e regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e nos investimentos que constituem a base de sua evolução. (GADELHA E COLS., 2011)

Em 1990, o financiamento do SUS foi regulamentado pela Lei federal 8.080 que dispõe principalmente sobre o planejamento do SUS em seus diferentes níveis, bem como as ações e serviços de saúde em todos os âmbitos. A referida Lei, destina parte do orçamento da seguridade social, de acordo com receita estimada, segundo plano da Direção Nacional. Ainda sobre a Lei Nº 8080/90, é justo ressaltar que existe a determinação das outras possíveis fontes de recursos para saúde, são elas: Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde; ajuda, contribuições, doações e donativos; alienações patrimoniais e rendimentos de capital; taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e rendas. Cabendo ao Conselho de Saúde de cada instância a devida fiscalização.

É de fundamental importância, lembrar que para a determinação dos repasses a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, é utilizada a seguinte combinação de critérios: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; desempenho técnico,

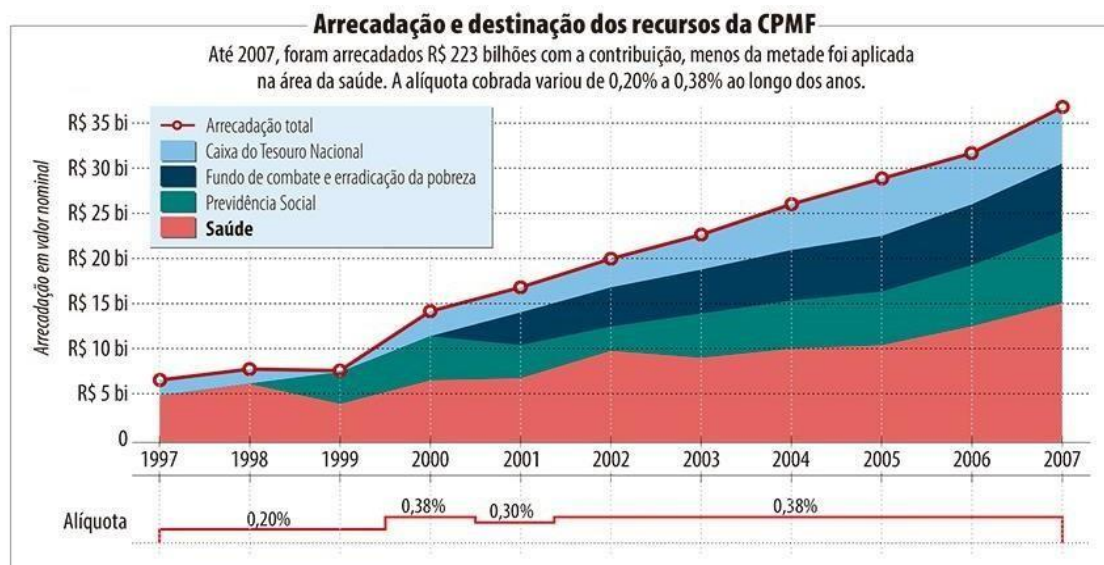
econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal de investimentos da rede e ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo. (BRASIL, 1990)

Mas, além da Lei Nº 8080/90, no mesmo ano, também foi promulgada a Lei 8.142, a qual, formaliza que para as instâncias receberem os recursos do SUS é imprescindível, que a mesma apresente o Fundo de Saúde, Conselho de Saúde (com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990), plano de saúde, relatórios de gestão que permitam o controle, contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS). (BRASIL, 1990)

Os recursos poderiam ser destinados como: despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta; investimentos previstos em lei orçamentária; investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde e cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal. (BRASIL, 1990).

Em 1996, foi promulgada a Lei 9311, que criou a CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira), imposto cobrado sobre as movimentações financeiras, cujo, principal objetivo era transferir recursos para a seguridade social, tendo a saúde como prioridade. (BRASIL, 1996). A CPMF foi diversas vezes prorrogada, até 2007. Neste período, a mesma, já representava cerca de 30% dos recursos federais para a saúde, com uma alíquota que começou em 0,20% e terminou em 0,38%. (Senado Federal, 2021)

Gráfico 1.1 de Arrecadação e Destinação dos recursos da CPMF



Fonte: Senado Federal, 2021.

O Gráfico 1.1 acima, demonstra a arrecadação e a destinação dos recursos da CPMF no Brasil, no período de 1997 a 2007, e a importância ao setor saúde, ao qual, se era destinado parte significativa do recurso.

Alguns anos depois, surge como grande marco na história do modelo de financiamento do SUS, a Emenda Constitucional Nº 29/2000, pois, a mesma, proporcionou mais recursos à saúde, elevando a contribuição de Estados, Distrito Federal e municípios. A qual, definiu percentagens mínimas de investimento de receita corrente líquida para os Estados em 12% e para os municípios em 15%.

Com a necessidade de descrever a forma de distribuição dos recursos a serem utilizados para o desenvolvimento das ações e serviços públicos em saúde, foi instituída a Lei Nº 141 no ano de 2012, a qual, regulamentou os tipos de despesas seriam contabilizadas para fins de cumprimento do mínimo constitucional, como também as que não serviriam para a referida finalidade. Além disso, a lei também trouxe a obrigatoriedade da União, Estados, Distrito Federal e municípios de declararem e homologarem a cada bimestre dos recursos aplicados em saúde, no Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). (BRASIL, 2012)

Além do mais, a LC 141/2012, deliberou sobre o não cumprimento do mínimo de aplicação na saúde, já previsto na EC 29/2000, definindo que, aqueles entes que descumprirem, deveriam compensar a diferença no ano posterior, e a mesma, não serviria para a contagem do ano em vigor.

Em um contexto de crise econômica no Brasil, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Emenda Nº 86/2015, também denominada de “Emenda do orçamento impositivo”, esta trouxe mudanças na forma de financiamento do SUS, tais como, a destinação de recursos 1,2% da receita corrente líquida para as emendas individuais ao projeto de lei orçamentária encaminhado pelo Poder Executivo. (Brasil, 2015). Dessa forma, a União executa os gastos, conforme as demandas das bases eleitorais dos parlamentares.

Nesta feita, o Governo Federal passou a repassar o mínimo de 15% das Receitas Correntes líquidas, do seu exercício financeiro correspondente. Comparando com a Lei 141/2012, onde a União tinha o dever de aplicar o valor empenhado do ano anterior, mais ao que corresponderia a variação do PIB, no seu respectivo ano (BRASIL, 2012). A partir desta alteração, o orçamento da União com a Saúde ficou bem menos flexível, e mesmo se no país ocorresse uma melhoria no setor econômico, não seria diretamente refletido nos repasses da União ao setor saúde.

Ainda sobre a EC N. 86/2015, a mesma instituiu que os valores arrecadados pela União através da compensação financeira pela exploração do petróleo e gás natural faria parte da composição dos 15% da União à saúde, produzindo um efeito ainda maior sobre os repasses financeiros deste ente (BRASIL, 2015)

Contudo, em um contexto de crise econômica desembocada em território nacional por fatores ligados ao ajuste fiscal, desvalorização da moeda do país, longo período de seca, o qual, também causou uma crise hídrica. Além do aumento da taxa de juros SELIC (Sistema Especial de Liquidação e Custódia), fizeram com que o Brasil sofresse nos anos de 2015-2016, uma grave redução do crescimento econômico, como também, a geração de custo fiscal elevado. (ROSSI E DEWEC, 2016).

Neste sentido, ocorreu no Brasil a adoção de mais políticas de austeridade fiscal, e em destaque para o setor da saúde pública, a Emenda Constitucional nº 95/2016, por esta, se altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da Constituição Federal estabelecendo que, a partir do ano de 2017, vigorando-se, por no mínimo 20 anos, a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) pelo governo federal seja calculada corrigindo-se o limite mínimo do ano anterior pela inflação (ROSSI e DEWEC, 2016).

Segundo Vieira & Benevides (2016), com a EC 95, os recursos que deixarão de ser obrigatoriamente aplicados em saúde são significativos, chegando a mais de R\$ 400 bilhões em vinte anos, no cenário de crescimento da economia de 2% ao ano. A redução dos recursos garantidos para o sistema público de saúde ocasionará constrangimentos ainda maiores que os

atuais para a oferta de bens e serviços de saúde à população brasileira, em um contexto de crescimento populacional e de envelhecimento da estrutura etária, com aumento esperado dos custos da assistência à saúde.

2.2 Gerências Regionais de Saúde em Pernambuco

Publicado em 28 de junho de 2011, o Decreto Nº 7.508 estabeleceu a organização do SUS em Regiões de Saúde, definida como:

“ espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.” (Brasil, 2011. Decreto 7508, art. 2º)

Dentre seus principais objetivos, é importante destaca-se: garantir o acesso resolutivo e de qualidade à rede de saúde, efetivar o processo de descentralização, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os entes federados, e reduzir as desigualdades loco-regionais, por meio da conjugação interfederativa de recursos.

Em seu art. 5º, o Decreto 7508, define que cada região de saúde deve conter no mínimo: ações e serviços de atenção primária, vigilância à saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência e atenção ambulatorial especializada e hospitalar. Além disso, para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, nas Comissões Intergestoras, garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde; orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde; monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Em relação ao Estado de Pernambuco, localizado na Região Nordeste do Brasil e apresentando uma extensão territorial de 98.067,880 km², com 184 municípios e o distrito estadual de Fernando de Noronha, apresentando uma população estimada de 9.674,793 pessoas. (IBGE, 2021).

Com intuito de apoiar todos os municípios mais o arquipélago de Fernando de Noronha, foram criadas as 10 Gerências Regionais de Saúde (GERES), no ano de 1987, posteriormente, no ano de 2006, através do Decreto nº 29.115 de 12 de abril de 2006, foi criada a XI GERES e por fim, O Estado de Pernambuco, tem em 2011, a institucionalização do seu mais atual Plano de Regionalização do Estado, e para esta construção foram levados em consideração alguns critérios, tais como: análise dos fluxos assistenciais existentes, associada ao estudo da capacidade instalada nos municípios para

avaliar o potencial de ampliação de oferta em nível regional visando aumento da resolutividade assistencial; regiões potenciais de investimentos previstos pelo Governo Estadual, tendo como instrumento norteador o plano plurianual (PPA) do Estado; identidade cultural e social; principais atividades econômicas das populações e distribuição dos municípios com IDH abaixo de 0,70. (Pernambuco, 2011).

Após a obtenção de consenso nas oficinas macrorregionais foi homologado em Comissão Intergestora Bipartite (CIB) de 19/09/2011 a nova conformação territorial da saúde que organiza o Estado em 04 macrorregiões, 12 regiões e 11 microrregiões de saúde, sendo regulamentada através do Decreto Nº 37772, configurando até o atual momento a esta configuração. (PERNAMBUCO, 2012)

Em cada uma dessas unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde, elas se responsabilizam para o apoio e monitoramento de um grupo de cidades, atuando de forma mais localizada na atenção básica, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais, no combate à mortalidade infantil e às diversas endemias. O modelo de gestão da Saúde permite que as particularidades de cada região recebam atenção na hora de decidir ações e campanhas.

Sobre as 12 regiões, conforme a Figura1 abaixo, mostra a conformação atual das GERES, de acordo com o Mapa de Pernambuco.

Figura 1- Mapa das Regiões de Saúde de Pernambuco.



Fonte: GOOGLE IMAGENS, 2021.

O quadro abaixo, traz as informações sobre cada uma das GERES, suas respectivas cidades sedes, o grupo de municípios que lhe faz parte e os serviços que o Governo do Estado de Pernambuco, disponibiliza de forma gratuita aos seus usuários.

Quadro 1.1 Gerências Regionais de Saúde, suas respectivas cidades sedes, municípios que a compõem e serviços de saúde disponibilizados pelo Estado de Pernambuco nas cidades sedes.

GERES	CIDADE SEDE	MUNICÍPIOS QUE FAZEM PARTE	SERVIÇOS DE SAÚDE DISPONIBILIZADOS PELO ESTADO
I GERES	Recife	Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Fernando de Noronha, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, Recife, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão	Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Barão de Lucena, Hospital Correia Picanço, Hospital da Restauração, Hospital de Câncer de Pernambuco, Hospital Geral de Areias, Hospital Getulio Vargas, Hospital Metropolitano Oeste - Pelópidas Silveira, Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano,, UPA Maria Esther Souto Carvalho, UPA Escritor Paulo Cavalcanti, UPA Dulce Sampaio, UPA Solano Trindade , UPA Pediatra Zilda Arns;

			Laboratório Central de Saúde Pública Dr. Milton Bezerra Sobral (Lacem-PE), Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE), Fundação Hemope.
II GERES	LIMOEIRO	Bom Jardim, Buenos Aires, Carpina, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Limoeiro, Machados, Nazaré da Mata, Orobó, Passira, Paudalho, Salgadinho, Surubim, Tracunhaém, Vertente do Lério, Vicência.	Hospital Regional José Fernandes Salsa; UPAE José Nivaldo Barbosa de Souza, Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE)
III GERES	PALMARES	Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré, Xexéu.	Hospital Regional Sílvio Magalhães, Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE)
IV GERES	CARUARU	Agrestina, Alagoinha, Altinho, Barra de Guabiraba, Belo Jardim, Bezerras, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Camocim de São Felix, Caruaru, Cupira, Frei Miguelinho, Gravatá, Ibirajuba, Jataúba, Jurema,	Hospital Jesus Nazareno, Hospital Mestre Vitalino, Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira, Hospital São Sebastião . UPA Dr Horácio Florência .

		Panelas, Pesqueira, Poção, Riacho das Almas, Sairé, Sanharó, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, São Bento do Uma, São Caetano, São Joaquim do Monte, Tacaimbó, Taquaritinga do Norte, Toritama, Vertentes..	UPAE Ministro Fernando Lyra; Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen), Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE).
V GERES	GARANHUNS	Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçados, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaíba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmerina, Paranatama, Saloá, São João, Terezinha	Hospital Regional Dom Moura, UPAE Dr. Antônio Simão dos Santos Figueira, Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE), Fundação Hemope
VI GERES	ARCOVERDE	Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manarí, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga, Venturosa	Hospital Regional Ruy de Barros Correia, UPAE Deputado Áureo H. Bradley, Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (Lafepe) Fundação Hemope: Núcleo de Hemoterapia Regional Arcoverde.
VII GERES	SALGUEIRO	Belém do São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova, Verdejante.	Hospital Regional Inácio de Sá; UPAE Dr. Erick Alves Ribeiro e Silva,

			Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen), Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE), Fundação Hemope.
VIII GERES	PETROLINA	Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina, Santa Maria da Boa Vista.	Hospital Dom Malan, UPA Dr. Emanuel Alírio Brandão, UPAE Dr. Emanuel Alírio Brandão, Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (Lafepe) Fundação Hemope
IX GERES	OURICURI	Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena, Trindade	Hospital Regional Fernando Bezerra, Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (Lafepe), Fundação Hemope
X GERES	AFOGADOS DA INGAZEIRA	Afogados da Ingazeira, Brejinho, Carnaíba, Igaraci, Ingazeira, Itapetim, Quixaba, Santa Terezinha, São José do Egito, Solidão, Tabira, Tuparetama.;	Hospital Regional Emília Câmara, UPAE Dom Francisco de Mesquita Filho, Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (Lafepe), Fundação Hemope
XI GERES	SERRA TALHADA	Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São	Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães

		José do Belmonte, Serra Talhada, Triunfo.	UPAE Dr. José Alves de Carvalho Nunes Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen) Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (Lafepe)
XII GERES	GOIANA	Goiana, Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Itambé, Itaquitinga, Macaparana, São Vicente Ferrer, Timbaúba	Hospital Belarmino Correia, Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (Lafepe)

FONTE: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2021.

2.3 As falhas de mercado e o efeito do ``free-riding``

A economia de mercado é o melhor meio para alocar recursos e construir a atividade econômica o mais eficazmente possível. Contudo, nem todo esse funcionamento é perfeito. Por vezes, a livre ação entre agentes econômicos produz distorções que causam mais efeitos negativos e positivos, esse evento é denominado de ``falhas de mercado``. (RESENDE, 2012).

Ainda segundo Resende (2012), as falhas de mercado demonstram as deficiências de um mercado não perfeitamente competitivo, que consequentemente levará a uma má alocação de recursos. Dentre as falhas de mercado existentes, destaca-se, as externalidades, os custos de transação e os bens públicos. Estas demonstram de forma consistente que o mercado não consegue resolver todos os problemas relacionados com a alocação dos recursos de uma determinada sociedade. Sendo assim, em economias de mercado, a ocorrência dessas falhas ou imperfeições fundamentam a atuação do Estado na atividade econômica.

A partir do estudo do efeito das externalidades no mercado, as quais, podem ser positivas ou negativas, observa-se que os serviços como de infraestrutura e de saúde envolvem uma falha de mercado, que é da natureza do serviço público. As falhas associadas a um bem público decorrem do fato deste não ser competitivo e de ser não excludente. Um bem não

competitivo (ou não rival) implica o fato de que o custo marginal de o prover para um consumidor adicional seja zero em qualquer nível de produção. Por outro lado, a não exclusão significa que os consumidores têm um incentivo para usufruírem esse bem, gratuitamente, deixando que outros paguem por ele, estes são também chamados de “*free riders*”. (MEIRELES, 2010).

É importante destacar que o “efeito carona” (*free-riding*) é definido como o efeito de atuação em que uma parte de um grupo obtém benevolências da membresia, porém o mesmo, não suporta uma distribuição proporcional dos custos de prover tais benevolências (ALBANESE & VAN FLEET, 1985).

Para Mankiw (2006), *free-riding* é o benefício que um indivíduo recebe de um bem, sem ter que pagar por ele. No contexto, os tipos de bens, caracterizado como essencial e meritório, como por exemplo, a oferta de serviços de saúde, os meios que possam trazer um bom resultado através da regulação tendem a se elevar na proporção que o número de indivíduos potencialmente beneficiários é pequeno, contudo, à medida que o número de beneficiários se eleva, o efeito regulador se inclina ao fracasso. (DOWNS, 1999)

As falhas associadas à natureza desses tipos de bens, podem desestimular os investimentos e, nesse caso, o governo atua através do estabelecimento de metas de expansão ou de universalização do serviço público. (MEIRELES, 2010).

No caso dos bens disponibilizados pelo Governo do Estado de Pernambuco nas cidades sedes de GERES, de forma gratuita e acessível a todos, independente de qualquer natureza, permite que tanto os usuários do município sede como também de cidades circunvizinhas se aproveitem desses bens, sem custo direto as suas respectivas gestões municipais. Caracterizando assim, um “efeito carona” desses municípios, uma vez que, caso não existisse a disponibilidade desses serviços, a demanda iria recair sobre os serviços das gestões municipais, e conseqüentemente, maior custo em saúde para os mesmos.

2.4 Gastos Municipais em Saúde

Os gastos municipais além do previsto são realidade no Brasil. Araújo et al., (2017), analisaram a destinação dos recursos e encontraram diferenças significativas tanto na quantidade de gastos per capita em saúde, quanto na destinação dos recursos financeiros. A média de gastos com

serviços de saúde segue estudo paranaense que já demonstrou que os municípios investem em saúde mais do que o percentual mínimo exigido na legislação.

A responsabilidade pelo financiamento da saúde deve ser compartilhada pelas três esferas de governo, contudo, observa-se que os municípios estão aplicando recursos cada vez maiores devido à dificuldade de assumir a gestão plena da atenção básica, e do sistema, frente ao descumprimento ou cumprimento parcial do que é o estabelecido para estados e união. (ARCARI JM, et. Al., 2020).

Segundo dados do IPEA (2018), os estados e municípios apresentaram crescimento acentuado no gasto percentual com ações e serviços de saúde entre 2003 e 2017, em valores constantes, o gasto total das três esferas mais que dobrou entre 2003 e 2017 (crescimento de 120%). Isoladamente, o gasto federal apresentou um crescimento de 89%; o estadual de 130%; e o municipal de 169%.

Neste mesmo sentido, é importante destacar, que houve crescimento na alocação de recursos próprios de estados e municípios no financiamento do SUS, alterando a participação relativa de cada um dos entes federativos. No período, a participação da União diminuiu de 50,1% em 2003 para 43,2% em 2017; a de estados aumentou de 24,5% para 25,7%; e a dos municípios de 25,4% para 31,1%. (IPEA,2018).

Ainda segundo as informações do IPEA (2018), no que diz respeito aos gastos per capita, ocorreu evolução desse tipo de gasto com as Ações e Serviços Públicos de Saúde das três esferas de governo, com elevação continuada até 2014. Contudo, registra-se uma queda em 2015 e 2016; e ligeira recuperação em 2017. A queda de 2016 em relação a 2014 foi maior no aporte dos estados (-8,4%) e menor no da União (-4,1%) e dos municípios (-3,3%). Em 2017, foi registrado crescimento real de 2,7% no gasto per capita total (de R\$ 1.245 em 2016 para R\$ 1.279 em 2017), menor para o conjunto dos governos municipais (0,9%) e maior para os estaduais (3,6%) e federal (3,6%).

Quanto à como se tem aplicado esses recursos próprios em saúde, o estudo desenvolvido por Araújo Et al, (2017) identifica que as principais despesas com pagamento de “pessoal e encargos sociais” apresentaram uma mediana de R\$ 173,71, o que representou 75,9% do gasto total com saúde e indica uma forte prevalência destes nos gastos dos municípios com recursos próprios.

Ainda segundo o estudo, este fato aponta para um resultado que decorre da própria descentralização do SUS, como da função que os municípios possuem de gerenciar as prerrogativas da efetivação das políticas de saúde no território. Esta descentralização que incumbiu aos municípios

a função de “gerir e executar os serviços públicos de saúde” (artigo 18, inciso I da Lei n. 8080/90), justamente no setor saúde, o qual demanda o uso intensivo de força de trabalho profissionalizada e, deste modo, a despeito das diversas modalidades de transferências para custeio dos serviços do SUS, entregou-lhes a tarefa de garantir, em última instância, as condições de efetivação das políticas no território.

3 Estratégia empírica

3.1 Modelo Empírico

A partir de dados disponibilizados para cada variável, serão considerados os dados referentes a 184 municípios pernambucanos dos anos de 2003, 2010 e 2017, períodos estes escolhidos, por apresentarem diferentes conformações das GERES no Estado de Pernambuco. Para a análise dos determinantes ou condicionantes dos gastos municipais em saúde, será utilizado o modelo de regressão linear, na qual a variável dependente é representada pelo percentual de gasto municipal de recursos próprios direcionados para despesas com saúde, estando entre os regressores a distância do município à GERES mais próxima.

Mais formalmente, a seguinte especificação é considerada:

$$y = \alpha + X\beta + \delta DGeres + \varepsilon \quad (1)$$

Onde, X é uma matriz de variáveis explicativas do município, y é gasto percentual municipal com saúde, $DGeres$ é a distância do município ao município sede de GERES e ε é um termo de erro.

O interesse particular da pesquisa é representado pelo valor do parâmetro δ , que aprende a influência da distância à Geres mais próxima sobre os gastos em saúde. Mais especificamente, numa situação de “efeito-carona”, teríamos uma estimativa negativa e estatisticamente significativa para δ , enquanto um valor não estatisticamente significativo ou mesmo positivo evidenciaria a inexistência deste efeito.

Utiliza-se o estimador de Mínimos Quadrados para obter a estimativa dos parâmetros do modelo acima e, para atenuar potenciais problemas de endogeneidades que tornam tal estimador viesado e inconsistente, são utilizados diferentes controles a partir da matriz de variáveis X . Mais especificamente, tais variáveis de controle são potencialmente associadas ao níveis municipais com gastos de saúde e compreendem: variáveis socioeconômicas como a renda per capita, a população e a Região de Desenvolvimento do estado do município; variáveis demográficas, como os percentuais de mulheres, de idosos e de crianças; e variáveis geográficas ou locacionais, como a área do município e a distância à capital (Recife).

Evidentemente, dada a possibilidade de influência de fatores não observáveis que afetem tanto a distância às Geres como os gastos municipais, a partir do exercício empírico, não é possível imputar

uma relação de causalidade entre estas variáveis. Contudo, busca-se evidenciar uma possível associação robusta entre as mesmas que possa sugerir a existência do “efeito-carona” e ressaltar a importância da localização municipal.

3.2 Base de Dados

Tabela 2. Título: Variáveis, Siglas, Fonte e período.

Variável	Siglas	Fonte	Período
Percentual de Gastos em Saúde com recursos próprios	Percrp2003 Percrp2010 Percrp2017	SIOPS	2003, 2010 e 2017
Gastos em saúde per capita com recursos próprios	Gastpc2003 Gastpc2010 Gastpc2017	SIOPS	2003,2010 e 2017
Distância a GERES	Distge2003 Distge2010 Distge2017	GOOGLE MAPS	2021
Area	Area2003 Area2010 Area2017	IBGE	2003, 2010 E 2017
População	Pop2003 Pop2010 Pop2017	IBGE	2003,2010 E 2017.
PIB per capita	Pibpc2003 Pibpc2010 Pibpc2017	IBGE	2003,2010 E 2017.
Número de Óbitos infantis	Nobit2003 Nobit2010 Nobit2017	DATASUS	2003,2010 E 2017.
Taxa de mortalidade infantil	Txmort2003 Txmort2010	DATASUS	2003,2010 E 2017.

	Txmort2017		
Percentual de mulheres	Pmulher2010	IBGE	2010
Percentual de idosos	Pidoso2010	IBGE	2010
Percentual de crianças	Pcrianca2010	IBGE	2010
Região de Desenvolvimento	R	BASE DE DADOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO	2021

Este estudo é do tipo transversal, descritivo, analítico, exploratório, de abordagem quantitativa, com a amostra dos gastos municipais per capita e percentual de recursos próprios de 184 municípios pernambucanos, dos anos de 2003, 2010 e 2017. Especificamente, utiliza a base de dados do Sistema de Orçamentos Públicos (SIOPS), sistema, ao qual, o Ministério da Saúde instituiu como ferramenta necessária para o acompanhamento da receita e despesa em saúde.

Também foram coletadas informações como as características dos municípios, tais como, PIB per capita, população, área, percentual de mulheres, idosos e crianças, por meio de dados do IBGE. O número de óbitos infantis através do DATASUS e taxa de mortalidade infantil aplicando a fórmula de cálculo em planilha de EXCEL. Quanto a distância às respectivas sedes de GERES, foi utilizado o aplicativo Google Maps. Por fim, no que diz respeito as regiões de desenvolvimento, as quais, cada município faz parte, as informações foram obtidas através da Base de Dados do Estado de Pernambuco.

4. Resultados

4.1 Caracterização dos gastos em saúde dos municípios

A Figura 2, a seguir, mostra as distribuições dos percentuais municipais dos gastos em Saúde para os municípios de Pernambuco nos anos 2003, 2010 e 2017. A partir da mesma, nota-se que há aumento dos percentuais ao longo do tempo e que claramente já em 2010 a maioria dos municípios apresentavam percentuais acima de 15%, o mínimo estabelecido pela legislação.

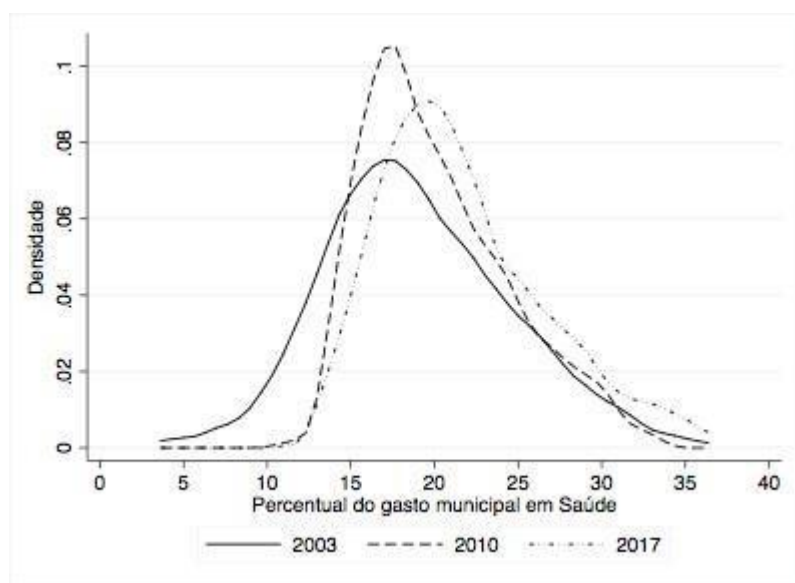


Figura 2 - distribuição dos gastos municipais em Saúde – Pernambuco.

É possível observar, a partir da Figura 2, que a desigualdade da aplicação dos percentuais de gastos em saúde, tendem a diminuir, no decorrer dos anos, fato que tende a estar relacionado a promulgação da EC Nº 29/2000, a qual, dentre outras coisas, instituiu aos municípios, a aplicação mínima 15% em ações e serviços de saúde, porém, de forma gradativa até o ano de 2004, pois, até este período o mínimo exigido seria de 7%. No período, a partir de 2010, a maior parte dos municípios já aplicavam a partir de 15% de recursos próprios em saúde.

Aproximadamente 12 anos após a EC no 29/2000, a LC no 141/2012 trouxe o conceito de ações e serviços públicos de saúde, bem como as normas de fiscalização, avaliação e controle e elencou os critérios de rateio aplicáveis às transferências de recursos entre esferas de governo no

SUS. Além disso, com a regulamentação normativa através da Lei Nº 141/2012, dos referidos percentuais mínimos a União, Estados e municípios deveriam aplicar, o ano de 2017 retrata esta tendência, de forma ainda mais consolidada, onde parte significativa dos municípios apresentam porcentagem de aplicação de recursos na faixa entre 20 a 25%.

Abaixo, a Figura 3 retrata de forma sucinta a realidade vivida pelos municípios em relação aos gastos em saúde no estado de Pernambuco, onde desde o ano de 2003 já é identificável que aqueles que apresentam em seu território a GERES propendem a apresentar percentuais de gastos em saúde menores que aqueles municípios que não possuem as respectivas gerências. Tendência, a qual, é percebida nos anos de estudo posteriores, retratando assim, um possível, efeito “carona” dos municípios, pois estes podem se servir de melhor forma dos serviços que a estrutura das gerências oferecem em suas respectivas cidades.

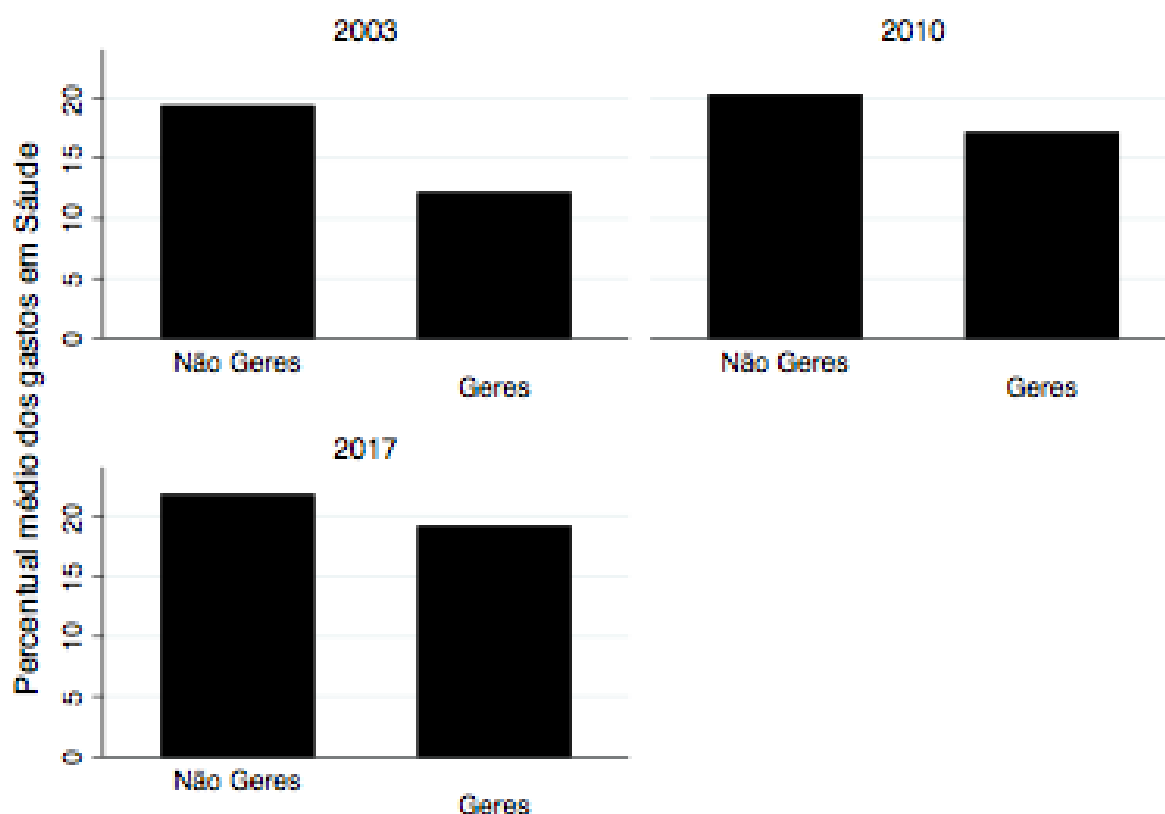


Figura 3 -Título: Percentual do gasto municipal em saúde e presença da GERES.

A Figura 4 mostra que, além de apresentar percentuais de gastos em saúde dos municípios que não possuem GERES é maior que aqueles que possuem, esta diferença se eleva à medida que cresce a distância do município à sua GERES mais próxima, pois, conforme análise dos dados, maior é o percentual do gasto municipal em saúde no total dos gastos municipais. Além disto, nota-se que a relação de maior gasto quanto maior a distância a GERES, se mantém ao longo do tempo, uma vez que, é possível observar o aumento destes percentuais de 2003 a 2017, sugerindo assim uma robustez temporal nos fatores que explicam tal relação.

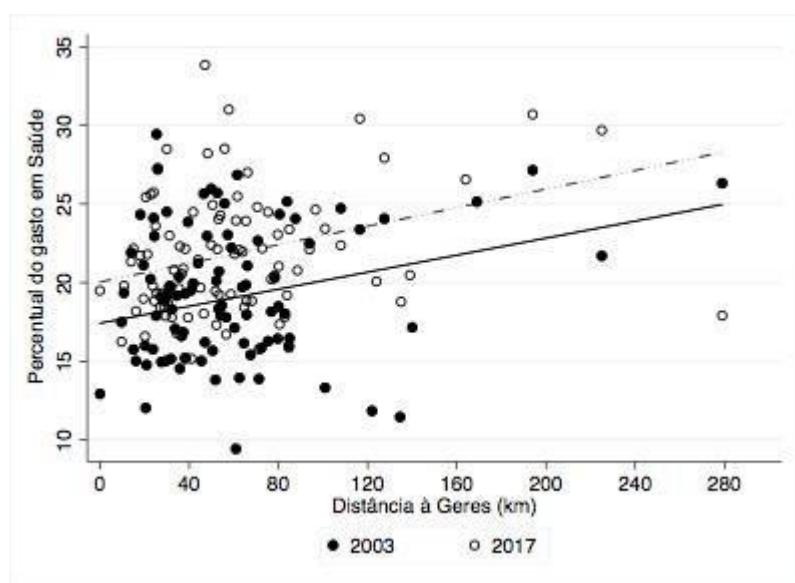


Figura 4- Percentual do gasto municipal em saúde e distância à Geres

Esta tendência se consolida a partir do contexto em que um município que está mais distante de sua respectiva GERES, mas precisa encaminhar para a mesma, as amostras de exames coletadas, buscar medicamentos e insumos para seus pacientes e deslocar sua equipe para reuniões terá um custo de locomoção maior que aqueles que estão mais próximos. Além disso, a maior distância aos hospitais regionais, que são verdadeiras referências em suas localidades, exige dos municípios mais distantes melhor estruturação física e de recursos humanos de suas redes de urgência e emergência, a fim de proporcionar um suporte de vida para seus usuários, assim como maior despesa de manutenção dos veículos de transportes de pacientes.

A Figura 5, por sua vez, indica que aparentemente há fraca relação entre os percentuais gastos em saúde e o PIB per capita municipal. Assim, parece difícil supor, a princípio, que exista uma relação entre nível de desenvolvimento municipal e seu nível de gasto em Saúde.

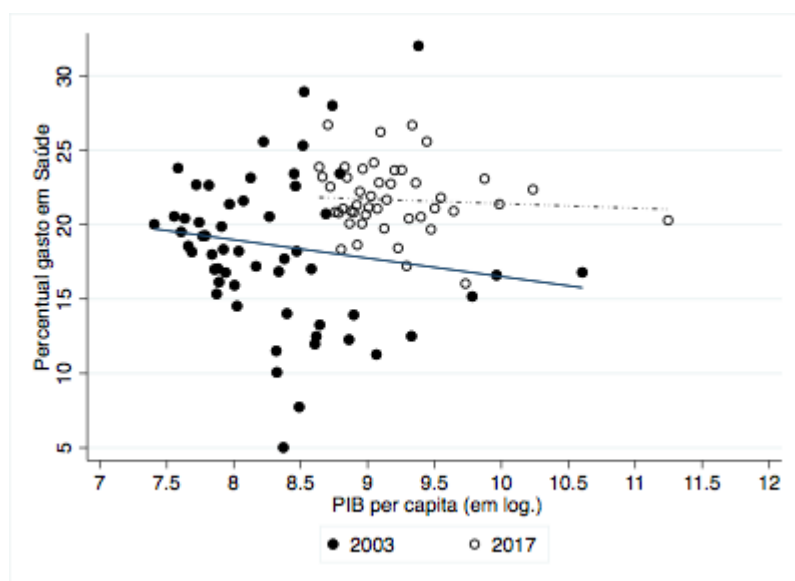


Figura 5 - Percentual do gasto municipal em saúde e PIB per capita

A Figura 6, a seguir, indica que uma relação positiva (e consistente no tempo) entre o percentual municipal gasto em saúde e a distância à capital, Recife. A relação sugere que municípios com mais difícil acesso ao Recife, município com mais recursos e serviços de Saúde mais especializados, pode levar os municípios a maior gasto em Saúde, uma vez que menos dependentes imediatamente da capital. É possível, a princípio, pois que tal relação possa ter alguma responsabilidade na relação identificada a partir da Figura 2 para relação entre gastos em Saúde e distância à Geres, já que municípios mais distantes do Recife tendem a estar mais distantes das Geres (já que os tamanhos em termos de áreas aumentam quando a distância ao Recife aumenta).

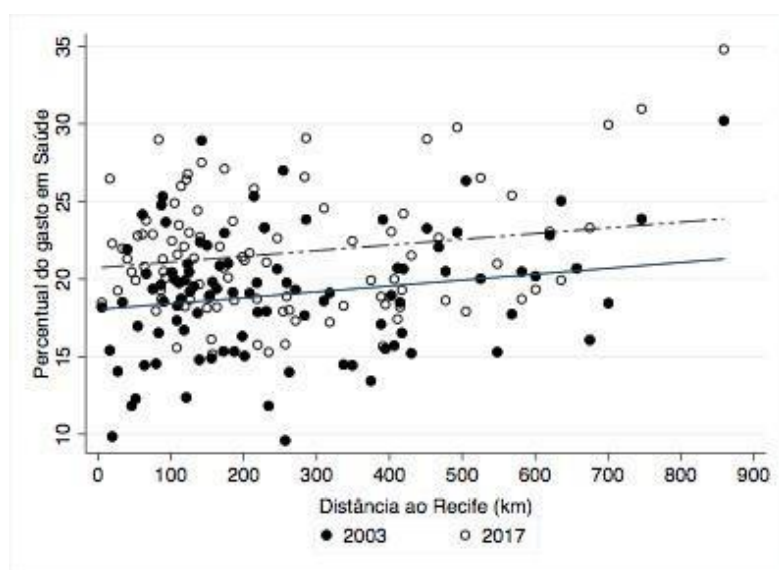


Figura 6 - Percentual do gasto municipal em saúde e distância ao Recife

4.2 Relação entre gastos municipais em saúde e distância à Geres

A tabela 3 , a seguir, apresenta as estimativas dos coeficientes da equação (1) para os condicionantes do percentual dos gastos municipais em saúde, considerando-se os anos de 2003, 2010 e 2017. Note-se que para 2010, foi possível utilizar as variáveis do Censo Demográfico do mesmo ano como controles adicionais.

Há duas evidências importantes a destacar a respeito destes resultados. Primeiro, há muitas poucas variáveis que mostram uma associação estatisticamente significativa com o percentual do gasto em saúde. Isto pode ser parcialmente explicado pelo limite mínimo exigido por lei (15% da receita). Mas note-se que tal evidência é registrada mesmo para o ano de 2003, ou seja, antes da lei, o que sugere que outros fatores estão associados a este resultado. Neste sentido, a própria forma como são financiados os municípios, muitos dos quais tem no Fundo de Participação dos Municípios (FPM) a maior fonte de recurso, pode explicar a evidência, uma vez que tal fonte de receita é guarda uma relação com a população municipal. Portanto, parte importante da receita municipal é ditada pelo seu porte populacional e, numa condição de forte homogeneidade sociodemográfica, é possível que as parcelas dos gastos em saúde não defiram muito.

Em segundo lugar e não menos importante, como se nota, o coeficiente estimado para a influência da distância à Geres é sempre positivo, com aproximadamente o mesmo valor, e estatisticamente significativo a 10% em todos os anos e independentemente do conjunto de controles. Mais especificamente, o valor estimado para tal variável indica que 50 km a mais de distância à Geres (aproximadamente um valor correspondente à mediana destas distâncias) está associado a um aumento de aproximadamente 1 ponto no percentual municipal do gasto em Saúde. Considerando-se o mínimo estabelecido por lei, isto indica um acréscimo de cerca de 6,7% deste limite inferior mínimo. É importante destacar que tal efeito da distância à GERES se mantém inalterado (em 2010; ver coluna (1)) mesmo quando não são considerados os controles, sugerindo uma influência própria bastante robusta.

Tabela 3 – Condicionantes do percentual do gasto em Saúde – municípios de Pernambuco.

	2010	2003	2017	<i>Pooled</i>
	(1)	(2)	(3)	(4)
Dist. Geres	0,019* (0,066)	0,023** (0,050)	0,019* (0,086)	0,016** (0,007)
População	0,596 (0,261)	0,440 (0,810)	-0,076 (0,867)	0,142 (0,157)
PIB per capita	-1,099** (0,042)	-0,993 (0,204)	0,054 (0,923)	-0,521 (0,424)
Área	0,261 (0,580)	-0,413 (0,431)	0,250 (0,551)	-0,003 (0,0001)
Dist. Recife	-0,001 (0,381)	0,001 (0,597)	0,001 (0,981)	-0,002 (0,001)
Criança	0,004 (0,0973)			
Mulheres	0,289 (0,440)			
Idosos	-0,397** (0,015)			
Const.	10,420*** (0,590)	27,509*** (0,002)	19,826*** (0,002)	21,514*** (4,189)
Efeitos Fixos de RD	Sim	Sim	Sim	Sim
Efeitos Fixos de tempo	Não	Não	Não	Sim
R ²	0,2058	0,1980	0,1784	0,1960
Observações	184	184	184	552

Obs.: desvio padrão clusterizado a nível de Região de Desenvolvimento e robusto à heterocedasticidade. P-Valor entre parênteses; *, ** e *** indicam significância estatística a 10%, 5% e 1%, respectivamente. As variáveis, População, PIB per capita e Área. São consideradas em suas formas logarítmicas.

Os resultados da Tabela 3 sugerem que existe uma relação robusta entre distância à sede de uma GERES e percentual dos gastos municipais em saúde: municípios mais distantes tenderiam a ter maiores percentuais destes gastos. Há três razões para existência desta relação. Como já discutido, é possível que municípios mais próximos das sedes das GERES utilizem os serviços de saúde disponíveis nos municípios sede, numa espécie de “efeito carona”. Mas note que também é possível que tal relação apenas decorra do cálculo financeiro dos municípios mais distantes: com mais longas distâncias aos municípios sede das GERES, os custos de deslocamento podem terminar por tornar mais compensador o fornecimento local de muitos serviços de saúde, o que elevaria o percentual de seus gastos em saúde. Por fim, é ainda possível que os resultados até aqui encontrados apenas reflitam uma possível redução do percentual gasto em saúde dos municípios sede das GERES: o fato de ser sede de uma GERES pode fazer com que parte dos gastos municipais sejam substituídos, por

exemplo, por gastos estaduais, o que tornaria menores seus percentuais de gastos em saúde, numa espécie de “efeito carona” local.

Para investigar tais possibilidades, foram gerados resultados adicionais considerando diferentes amostras de municípios e uma variável dependente diferente, a presença ou não de GERES (ao invés da distância às GERES). ‘

Mais especificamente, a coluna da Tabela 4, a seguir, apresentam os resultados de uma estimação como *pooling* dos dados para os três anos da Tabela 3 considerando apenas os 50% dos municípios com menores distância às GERES, ou seja, excluímos os municípios mais distantes das GERES. Como se percebe, o coeficiente estimado para a distância das GERES continua positivo, confirmando a associação positiva já obtida entre o percentual dos gastos municipais em saúde e distância às GERES. Se não descarta por completo, este resultado diminui bastante as chances desta relação ser explicada simplesmente pelo cálculo financeiro dos municípios mais distantes que, em virtude dos custos de mobilidade, podem optara pela provisão de mais serviços de saúde localmente.

Na coluna (2) da Tabela 4 são apresentadas as estimativas para a relação entre percentual municipal dos gastos em saúde e distância à GERES, agora excluindo da amostra a metade dos municípios mais próximos das GERES (note-se que isto implica a exclusão dos próprios municípios sede das GERES). Como se pode perceber a partir da referida coluna, o coeficiente de interesse estimado agora passa a não ser mais significativo, o que reforça a evidência anterior de que a relação positiva entre distância às Geres e percentual dos gastos em saúde não parecer ser explicada pelo cálculo financeiro dos municípios mais distantes.

Na coluna (3) da Tabela 4 são apresentadas novas evidências agora se excluindo da amostra os municípios sede das GERES. A ideia é verificar em que medida a associação positiva entre distância às GERES e percentual dos gastos em saúde se mantém quando excluídos municípios que são sede destas (e que, portanto, tem tal distância igual a zero). Como se nota a partir da referida coluna, a nova estimativa para relação entre distância às GERES e percentual dos gastos em saúde é novamente estatisticamente insignificante, o que sugere que é o comportamento dos municípios sede das GERES (e não daqueles mais próximos ou mais distantes) que estaria explicando a associação entre percentual dos gastos em saúde e distância às GERES.

Na verdade, está suposição é corroborada pelos resultados apresentados na coluna (4) da Tabela 4, onde, ao invés de distância às GERES, utiliza-se uma variável indicadora da presença de GERES nos municípios (ou seja, uma variável dicotômica). Como se imediatamente se percebe a partir desta coluna, a nova estimativa indica que a presença de GERES tem um impacto considerável

no percentual dos gastos dos municípios pernambucanos: em média, municípios sedes de GERES apresenta cerca de 4,2 pontos percentuais a menos no percentual municipal gastos em saúde. Considerando-se o gasto obrigatório mínimo de 15%, trata-se de um efeito considerável e que, portanto, parece explicar a relação positiva entre distância às Geres e percentual do gasto municipal em saúde dos municípios pernambucanos.

Tabela 4 – Condicionantes do gasto per capita em Saúde – municípios de Pernambuco.

	<i>Pooled</i> – 50% mais próximos da GERES	<i>Pooled</i> – 50% mais distantes da GERES	<i>Pooled</i> – Amostra sem sedes das GERES	<i>Pooled</i> - Amostra com todos os municípios
	(1)	(2)	(3)	(4)
Dist. GERES	0,047** (0,022)	0,008 (0,010)	0,007 (0,007)	
GERES				-4,212*** (0,857)
Controles	Sim	Sim	Sim	Sim
Efeitos Fixos - RD e tempo	Sim	Sim	Sim	Sim
R ²	0,1918	0,2695	0,1985	0,2177
Estatística F	6,58**	7,41**	8,42**	10,84**
Observações	276	276	514	552

Obs.: desvio padrão clusterizado a nível de Região de Desenvolvimento e robusto à heterocedasticidade. P-Valor entre parênteses; *, ** e *** indicam significância estatística a 10%, 5% e 1%, respectivamente. As variáveis, População, PIB per capita e Área são consideradas em suas formas logarítmicas.

5. CONCLUSÕES

E através dos resultados obtidos, foi possível inferir que sim, a presença da GERES exerce influência no quantitativo de gastos com recursos próprios aplicados na saúde pelos municípios. Uma vez que, por mais que haja na legislação, uma aplicação mínima de 15% do total de recursos próprios neste setor, é possível observar diferenças significantes entre municípios.

Na verdade, a análise também apontou para uma possível relação positiva entre a distância do município à sua respectiva Gerência e os resultados obtidos indicam que tal relação parece exclusivamente explicada pela presença das GERES em alguns municípios. Uma explicação possível é que os municípios sede das GERES optam por usufruir dos maiores gastos estaduais em saúde trazidos com a presença das GERES e diminuem esta parcela de gastos, numa espécie de “efeito carona local” usufruindo dos serviços oferecidos, sem ter que, propriamente, custeá-los.

O assunto tratado no estudo é de relevante importância para sociedade e para os gestores em saúde, uma vez que, trata dos gastos em saúde pelos municípios, responsáveis por executar as ações e serviços de saúde, podendo assim oferecer subsídios para uma otimização da distribuição dos serviços oferecidos pelo Estado, buscando uma maior equidade no acesso aos respectivos serviços a diferentes municípios.

Ficando a sugestão de desenvolvimento de mais estudos na área, a fim de trazer mais evidências que contribuam para o melhoramento das políticas de financiamento da saúde no país.

Referências

AGÊNCIA SENADO, Promulgada emenda que prorroga desvinculação de receita, Agência Senado, 29 set. 2016; Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/09/08/promulgada-emenda-que-prorroga-desvinculacao-de-receitas>> acessado em 15 de novembro de 2021.

ALBANESE, R.,; VAN FLEET, DD (1985). A tendência de carona nas organizações . Revista Escandinava de Estudos de Gestão , 2 (2), 121-136. Disponível em <[https://doi.org/10.1016/0281-7527\(85\)90003](https://doi.org/10.1016/0281-7527(85)90003)> acessado em 11 de novembro de 2021.

ARCARI, J. M. et al, Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro- RJ. 25 (2) • Fev 2020. Disponível em < <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.13092018>> Acessado em 02 de dezembro de 2021.

BRASIL, Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário oficial da União: Seção 1, Brasília- DF, ano 148, n. 123,,Pag. 1- 3, 29 jun 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05.10.1988. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acessado em: 17 de outubro de 2021.

BRASIL. LEI 8080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 16 de dezembro de 2021.

BRASIL. LEI 8142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm Acesso em 05 de dezembro de 2021.

BRASIL. EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 86/ DE 17 DE MARÇO DE 2015, Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a programação orçamentária que específica. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm> , acessado em 01 de dezembro de 2021.

BRASIL. EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95 de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato de Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o novo regime fiscal e dá

outras providências. Disponível em <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm> Acessado em 01 de dezembro de 2021.

BRASIL.EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29 de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm> acessado em 29 de novembro de 2021.

BRASIL.DECRETO Nº 99.438, de 7 de agosto de 1990. Dispõe sobre organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. Disponível em <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D99438.htm> Acessado em 27 de novembro de 2021.

BRASIL.LEI 9.311, de 24 de outubro de 1996. Institui sobre a contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e créditos e direitos de natureza financeira-CPMF, e dá outras providências. Disponível em <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9311.htm> acessado em 03 de janeiro de 2022.

BRASIL.LEI COMPLEMENTAR Nº 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; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm> Acessado em 03 de janeiro de 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma, Conselho Nacional de Saúde. 22 maio 2019. Disponível em: <
<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>> acessado em: 01 de dezembro de 2021.

DOWNS, A. . Uma teoria econômica da democracia. Edusp ,São Paulo-SP. 1999.

GADELHA C.A.G. et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento, *Ciência & Saúde Coletiva*,Rio de Janeiro-RJ;Vol. 16(6); Págs.3003-3016, 2011.

IBGE, Cidades e Estados- Pernambuco, IBGE. Disponível em <
<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe.html>>, acessado em 21 de janeiro de 2022.

Mapa das regiões de Pernambuco, disponível em: <
https://www.researchgate.net/figure/Figura-2-Mapa-das-Regioes-de-Saude-Pernambuco-2013_fig1_299650760>, acessado em 21 de novembro de 2021, às 15: 41.

MANKIW, N. G. Introdução à economia. Trad. Allan Vidigal Hastings. 3. ed. São Paulo: Thomson Learning, 2006

MEIRELES, D. S.; Teorias de mercado e regulação: por que os mercados e o governo falham? *Caderno EBAPE.BR*. Rio de Janeiro. Vol.8 ;nº.4;85-93;Dez. 2010 RESENDE, C. C. Falhas de mercado: uma análise comparativa da escola do setor público tradicional e da escola austríaca. Dissertação (Mestrado em Economia)—Universidade de Brasília Brasília- DF; 2012.

MENEZES APR et. Al, O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. *SAÚDE DEBATE* | RIO DE JANEIRO, V. 43, N. ESPECIAL 5, P. 58-70, DEZ 2019

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Diretor de Regionalização, 2011.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. I GERES. Disponível em : <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/i-geres>, acessado em 06 de janeiro de 2022.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. II GERES. Disponível em : <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-gestao-estrategica-e-participativa/ii-geres>> Acessado em 06 de janeiro de 2022.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. III GERES. Disponível em : : <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/iii-geres>> Acessado em 07 de janeiro de 2022.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. IV GERES. Disponível em : <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-gestao-estrategica-e-participativa/iv-geres>> Acessado em 07 de janeiro de 2022.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. V GERES. Disponível em : <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/v-geres>> Acessado em 07 de janeiro de 2022.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. VI GERES. Disponível em : <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-gestao-estrategica-e-participativa/vi-geres>> Acessado em 07 de janeiro de 2022.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. VI GERES. Disponível em : <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/vii-geres>> Acessado em 08 de janeiro de 2022.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. VIII GERES. Disponível em : <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/viii-geres>> Acessado em 08 de janeiro de 2022.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. IX GERES. Disponível em : <<http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-gestao-estrategica-e-participativa/ix-geres>> Acessado em 08 de janeiro de 2022.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. X GERES. Disponível em : <<http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/x-geres>> Acessado em 08 de janeiro de 2022.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. XI GERES. Disponível em : <<http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/xi-geres>> Acessado em 09 de janeiro de 2022.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. I GERES. Disponível em : <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/xii-geres>> Acessado em 09 de janeiro de 2022.

PIOLA, S. F. et al. Gasto tributário e conflito distributivo na saúde. Políticas sociais: acompanhamento e análise, n. 17 – Vinte anos da Constituição Federal, v. 1, cap. 3. Brasília: Ipea, 2009.

ROSSI,P., DWECK, E. Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação; Cad. Saúde Pública. São Paulo. 2016; 32(12). 2016

SANTOS, N. R., SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro-RJ. Ed.18(1), P.273-280, 2013.

SENADO FEDERAL, CPMF, Senado Federal. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/cpmf>> Acessado em 01 de dezembro de 2021,

SERVO, L. M. S., et. Al.,. Financiamento do SUS e COVID-19: histórico, participações federativas, e respostas a pandemia. Saúde Debate, Rio de Janeiro- RJ. Ed. 44, 2020.

UNASUS. Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos, 21 set. 2021. Ministério da Saúde. Brasília- DF. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos#:~:text=Garantido%20no%20artigo%20196%20da,para%20qualquer%20atendimento%20de%20sa%C3%BAde.>>> Acessado em 26 de novembro de 2021.

VIEIRA, F. S.,BENEVIDES, R. P.S.; 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* .V.10 N.3 2016 .

