

Desempenho de ações de planejamento e gestão: Análise do relatório anual de gestão, em Pernambuco

Performance of planning and management actions: Analysis of the annual management report in Pernambuco.

Nadja Ferreira de Oliveira^{1*}, Cássia Cristina Carvalho da Silva Tavares², Eliane Gonçalves de Jesus Fonseca¹, Angela Dubiela Julik¹, Ana Carolina Dorigoni Bini¹, Raphaella Rosa Horst Massuqueto¹, Christiane Riedi Daniel¹, Patricia Pacheco Tyski Suckow¹.

RESUMO

Na busca por superar as fragilidades do processo de municipalização que isolou os municípios, sobretudo de menor porte populacional, foi implantado em 2011 o decreto nº 7.508 que define a organização do SUS em Regiões de Saúde. Foi desenvolvido um estudo descritivo quantitativo, de corte transversal, sobre o desenvolvimento das ações de gestão e planejamento dos 184 municípios do estado de Pernambuco, no ano de 2015. Utilizaram-se dados secundários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS). Todos os municípios cumprem a EC29/2000, aplicando os 15% de recursos no tesouro de saúde, os de maior porte aplicaram os menores percentuais e receberam as maiores proporções de transferência da união. Quanto menor o porte do município, menor a capacidade de arrecadação e os maiores dispêndios com saúde por habitante.

Palavras Chaves: Sistema Único de Saúde; Planejamento em Saúde; Sistema de Informação.

ABSTRACT

In the quest to overcome the weaknesses of the municipalization process that isolated the municipalities, especially with smaller populations, decree nº 7,508 was implemented in 2011, which defines the organization of the SUS in Health Regions. A descriptive, quantitative, cross-sectional study was carried out on the development of management and planning actions in the 184 municipalities in the state of Pernambuco, in 2015. Secondary data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) were used, and of the official systems of the Ministry of Health: Information System on Public Health Budgets (SIOPS) and Support System for the Construction of the Management Report (SARGSUS). All municipalities comply with EC29/2000, investing 15% of resources in the health treasury, the larger ones applied the lowest percentages and received the highest proportions of transfer from the union. The smaller the size of the municipality, the lower the collection capacity and the higher health expenditures per inhabitant.

Keys Worlds: Health Management; Health Planing; Information Systems.

¹Universidade Estadual do Centro Oeste, ²Universidade São Miguel

*E-mail: nadja_oliver100@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Constituído com base na seguridade social, o Sistema Único de Saúde (SUS) incluiu todos os cidadãos na área de abrangência da prestação de serviços de saúde. Atribuindo ao Estado o dever de cumprir o que passa a ser um direito de qualquer cidadão brasileiro. Inicia-se assim, um processo de construção de um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo pautado na universalização, integralidade e equidade do cuidado. Embora, setorial, a implantação do SUS representa uma das mais importantes reformas do Estado brasileiro (MENDES, 2013; PAIM *et al.*, 2011).

O SUS foi criado como um sistema federativo com participação dos três níveis de governo mediante a realização de serviços universais e gratuitos, tendo a descentralização como diretriz básica e gestão compartilhada entre as instâncias federal, estadual e municipal. O processo de descentralização constituiu-se em um comando único em cada esfera de governo, mediante a transferência de responsabilidades, atribuições e recursos de natureza diversa da gestão para os estados, Distrito Federal e principalmente municípios que antes prestadores ações e serviços de saúde são alçados à condição de gestor (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007)

A descentralização do sistema de saúde representou um processo amplo de transição política e de reconfiguração da Federação Brasileira. Com esse novo arranjo, surgiram novas regras e normas e novos conselhos representativos e comitês de gestão em todos os níveis de governo (MIRANDA *et al.*, 2012).

No que tange à gestão tripartite do Sistema Único de Saúde, em todas as esferas de governo, o Planejamento é considerado componente fundamental, e portanto, ao longo desses anos vêm sendo empreendido esforços no sentido à sua institucionalização. Desde 1988, a Constituição Federal estabeleceu os instrumentos de planejamento da gestão, aos quais estão submetidos todos os órgãos da administração pública, para fins da programação dos recursos financeiros necessários à execução das atividades em cada setor (despesas e investimentos), em consonância com a receita arrecadada, em cada ente federado, os quais sejam: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) (BRASIL,1988). Ao longo desses anos assistiu-se ao processo de institucionalização e consolidação do planejamento em saúde no SUS como componente fundamental da gestão. O planejamento em saúde é obrigatório para os entes federados, deve ser

ascendente e integrado, orientado pelas necessidades de saúde da população, adequando as necessidades à disponibilidade de recursos financeiros (VIEIRA, 2009).

Recentemente em 2013, com a publicação da Portaria nº 2.135 foram estabelecidas as diretrizes para o processo de planejamento, no âmbito do SUS considerando, principalmente, o Decreto nº 7.508/2011 e a LC nº 141/2012. Nesse sentido, o planejamento tem seu escopo estabelecido na dimensão das necessidades de serviços de saúde com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, de forma a permitir aproximações à demanda esperada, superando a lógica dominante da programação baseada em série histórica (BERRETTA *et al.*, 2011). Os instrumentos utilizados no processo de Planejamento do SUS são: o Plano de Saúde (PS); a Programação Anual de Saúde (PAS); e o Relatório Anual de Gestão (RAG). O PS constitui-se na síntese da análise situacional, apresenta as intenções e resultados a serem alcançados no período de quatro anos, estruturado em objetivos, diretrizes e metas. A PAS é o detalhamento anual do Plano em metas e ações a serem operacionalizadas. O Relatório Anual de Gestão (RAG) apresenta todos os detalhes da execução física e financeira de todas as metas previstas na PAS apresenta as diretrizes, objetivos e indicadores, metas previstas e executadas; a análise da execução orçamentária; e recomendações necessárias, inclusive redirecionamentos necessários à revisão do PS. O RAG deve ser elaborado e encaminhado ao respectivo conselho de saúde, até 30 de março do ano seguinte à sua competência para análise e emissão de parecer do conselho (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, O RAG configura-se, além de um instrumento do processo de planejamento em saúde, como uma ferramenta estratégica para o controle social, na medida em que possibilita o monitoramento e a avaliação do desenvolvimento da política de saúde (VIEIRA, 2009).

Sabendo-se que os gestores municipais assumem compromissos e responsabilidades na administração da política de saúde, e que o uso dos instrumentos e o desenvolvimento das ações de planejamento são fundamentais para orientar investimentos e intervenções subsidiando a operacionalização da gestão no SUS, esse estudo se propôs a analisar o desenvolvimento de ações de gestão e planejamento dos municípios Pernambucanos, a partir do Relatório Anual de Gestão, no ano de 2015.

MÉTODO

Foi desenvolvido um estudo ecológico descritivo quantitativo, de corte transversal, sobre o desenvolvimento das ações de gestão e planejamento dos 184 municípios do estado de Pernambuco, no ano de 2015, sendo excluído Fernando de Noronha por não se constituir um município.

Utilizaram-se dados secundários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS). O Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), foi instituído em 2012, sua utilização do SARGSUS é obrigatória para a elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG) e integra o conjunto dos Sistemas Nacionais de Informação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

Foram analisados 08 indicadores referentes às ações de gestão e planejamento. Os indicadores relacionados ao financiamento das ações e serviços de saúde, originaram-se do SIOPS: *despesa total com saúde* (representa a despesa total com saúde (exceto inativos), inclusive aquela financiada por outras esferas de governo); *despesa total com saúde per capita* (representa a despesa total com Saúde (exceto inativos), inclusive aquela financiada por outras esferas de governo, por habitante); *percentual de receita própria aplicada em saúde* (Representa o percentual de recursos próprios aplicados em Saúde, conforme previsto na Emenda Constitucional no 29); *percentual de transferência da união para o SUS* (representa a participação das Transferências da União para a área da Saúde (incluindo a remuneração por serviços de Saúde pagos pela União ao município) em relação ao total das Transferências da União); e *percentual da participação de impostos na receita municipal* (Representa a participação do total de Impostos diretamente arrecadados pelo município (IPTU, ITBI, ISS e IRRF) em relação à receita total do município).

As informações relacionadas ao RAG (RAG elaborado no SARGSUS e apresentado ao Conselho de Saúde Municipal em 2015) e às Auditorias (processos de auditorias registradas e descritas no RAG, no ano de 2015) foram obtidas do SARGSUS, e descritos segundo portes populacionais.

Para caracterização dos municípios segundo portes populacionais, utilizou-se as informações do IBGE, foram considerando as faixas: pequeno porte 1 (até 20.000 habitantes); pequeno porte 2 (> 20.000 a 50.000 habitantes); médio porte (> 50.000 a 100.000 habitantes); e grande porte 1 (100.000 a 500.000 habitantes); e grande porte 2 (> 500.000 habitantes) (IBGE, 2017).

Para a apresentação dos indicadores segundo portes populacionais, considerou-se a distribuição dos municípios em quartis: *percentual de receita própria aplicada em saúde* - 1(15,1 a 18,9%); 2 (> 17,5 a 20,7%); 3 (> 20,7 a 23,4%) e 4 (> 23,4 a 33,8%); *despesa total com saúde* - 1(R\$ 3,1 a R\$ 6,65 milhões), 2 (R\$ 6,65 a 9,66 milhões), 3(R\$ 9,66 a R\$ 15,11 milhões), e 4 (R\$ 15,11 a R\$ 973,71); *despesa total com saúde per capita* - 1(R\$ 210,4 a R\$ 377,5), 2 (R\$ 378,1 a R\$ 439,2), 3 (R\$ 439,3 a R\$ 510,8), e 4(R\$ 511,6 a R\$ 1.351,7); *percentual de transferência da união para o SUS* - 1 (8,0 a 18,9%); 2 (> 18,9 a 21,9%); 3 (> 21,9 a 25,9%) e 4 (> 25,9 a 55,1%); *percentual da participação de impostos na receita municipal*: 1 (1,2 até 3,0%), 2 (> 3,0 a 6,0%), 3 (> 6,0 a 10,0%), e 4 (> 10,0 a 35,6%);

Para caracterização dos municípios segundo desempenho em relação ao desenvolvimento de práticas de gestão e planejamento, foi calculado um indicador síntese atribuindo pontuação, entre 0 e 1 a partir do resultado obtido pelos 07 indicadores, sendo: apresentação do RAG (0, quando não apresentou e 1, se sim); Auditorias (0, quando não registradas e 1, se sim); aos demais distribuídos nos quartis, 1, 2, 3 e 4 atribuiu-se pontuação 0,25, 0,50, 0,75 e 1,0, respectivamente.

O indicador síntese com pontuação máxima de 07 pontos, foi fracionado em quintis, originando as cinco classes do desempenho de práticas de gestão e planejamento: péssimo (1,75 a 3,25 pontos); ruim (> 3,25 a 3,75 pontos); regular (> 3,75 a 4,25 pontos); bom (> 4,25 a 4,50 pontos) e ótimo (> 4,50 a 6,50 pontos), sendo apresentado em forma de mapa.

O banco de dados foi organizado e processado no Programa Excel Microsoft Office e os dados apresentados em frequências absolutas e relativas.

O estudo utilizou exclusivamente dados secundários de domínio público do Ministério da Saúde, não existindo assim a possibilidade de danos ou riscos ou quaisquer implicações éticas durante a sua realização.

RESULTADOS

No estado de Pernambuco mais de 80,0% dos municípios são de pequeno porte, sendo 42,3% (78) com até 20.000 habitantes e 38,6 (71) constituídos por uma população entre 20.001 a 50.000 habitantes, as cidades de porte intermediários representaram 12%, e apenas 02 municípios (1,1%) apresentam mais de 500.000 habitantes (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos municípios segundo porte populacional. Pernambuco, 2015.

PORTE POPULACIONAL	MUNICÍPIO	
	N	%
Até 20.000 habitantes	78	42,3
> 20.000 a 50.000 habitantes	71	38,6
> 50.000 a 100.000 habitantes	22	12,0
> 100.000 a 500.000 habitantes	11	6,0
> 500.000 habitantes	2	1,1
Total	184	100,0

A maioria (96,7%) dos municípios cumpriram a prerrogativa de elaborar e apresentar o RAG aos conselhos de saúde. Entre os portes populacionais, o maior percentual foi verificado no grande porte 2 (100,0%), seguido pelos pequenos portes 1 (97,4%) e 2 (97,2%). A menor proporção de elaboração do RAG foi observada entre os municípios de grande porte 1 (90,9%). Apenas 14 municípios pernambucanos registraram a realização de processos de auditoria no relatório anual de gestão em 2015, desses, a maioria foi de municípios de grande porte 2, seguidos pelo grande porte 1 e intermediário (tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos municípios em porte populacional, segundo a apresentação do Relatório Anual de Gestão (RAG) e registro de Auditoria. Pernambuco, 2015.

PORTE POPULACIONAL	RAG		AUDITORIA	
	N	%	N	%
Até 20.000 habitantes	76	97,4	2	2,6
> 20.000 a 50.000 habitantes	69	97,2	4	5,6
> 50.000 a 100.000 habitantes	21	95,5	3	13,6
> 100.000 a 500.000 habitantes	10	90,9	4	36,4
> 500.000 habitantes	2	100,0	1	50,0
Total	178	96,7	14	7,6

Em relação a receita própria aplicada na saúde, verificou-se variação entre 15,1% no município de Lagoa do Ouro a 33,8% em Petrolândia. Entre os portes populacionais, 100% dos municípios de grande porte 2 realizaram os menores percentuais de aplicação (até 17,5%), a maioria dos municípios de pequeno porte 1 (53,8%), médio porte (54,4) e grande porte 1 (54,5%), localizaram-se entre os quartis 1 e 2 (até 20,7%). Enquanto a maioria dos municípios de pequeno porte 2 aplicaram na saúde até 23,4% (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos municípios em porte populacional, segundo os percentuais de receita própria aplicada em saúde, de transferências da União para o SUS e da participação de impostos na receita municipal. Pernambuco, 2015.

PORTE POPULACIONAL	% RECEITA PRÓPRIA APLICADA				% TRANFERÊNCIAS DA UNIÃO PARA O SUS				% PARTICIPAÇÃO DE IMPOSTOS NA RECEITA			
	Até 17,5	> 17,5 a 20,7	> 20,7 a 23,4	> 23,4	Até 18,9	> 18,9 a 21,9	> 21,9 a 25,9	> 25,9	Até 6,6	> 6,6 a 9,6	> 9,6 a 15,1	> 15,1
Até 20.000 hab.	28,2	25,6	24,4	21,8	42,3	54,2	20,5	5,1	69,2	26,9	2,6	1,3
> 20.000 a 50.000 hab.	19,7	22,5	29,6	28,2	16,9	23,8	36,6	18,3	33,8	54,9	5,6	5,6
> 50.000 a 100.000 hab.	27,3	27,3	22,7	22,7	9,1	41,3	13,6	72,7	9,1	36,4	36,4	18,2
> 100.000 a 500.000 hab.	36,4	18,2	9,1	36,4	-	-	9,1	-	-	-	36,4	63,6
> 500.000 hab.	100,0	-	-	-	-	-	-	100,0	-	-	-	100,0

Tabela 4 – Distribuição dos municípios em porte populacional, a despesa total por habitante e a despesa total com saúde. Pernambuco, 2015.

PORTE POPULACIONAL	DESPESA TOTAL POR HABITANTE (em centenas de reais)				DESPESA TOTAL COM SAÚDE (em milhões de reais)			
	Até 377,5	> 377,5 a 439,2	> 439,2 a 510,8	> 510,8	Até 6,6	> 6,6 a 9,6	> 9,6 a 15,1	> 15,1
Até 20.000 hab.	3,8	23,1	33,3	39,7	57,7	37,2	5,1	-
> 20.000 a 50.000 hab.	38,0	31,0	15,5	15,5	1,4	23,9	57,7	16,9
> 50.000 a 100.000 hab.	40,9	13,6	40,9	4,5	-	-	4,5	95,5
> 100.000 a 500.000 hab.	54,5	27,3	-	18,2	-	-	-	100,0
> 500.000 hab.	50,0	-	-	50,0	-	-	-	100,0

Os resultados demonstraram que os menores percentuais de transferências da União para o SUS municipal, ocorreram nas cidades de Itacuruba (8,0%), Ingazeira (11,6%) e Maraiá (11,8%), e os maiores no município de Jaboatão dos Guararapes (55,1%), seguido por Recife (48,6%) e Caruaru (42,9%). Em relação aos portes populacionais, a maioria (96,5%) dos municípios de pequeno porte 1 localizaram-se nos quartis 1 e 2 (até 21,9%), a maioria (60,4%) dos municípios de pequeno porte 2 nos quartis 2 e 3 (até 25,9%). Enquanto, a maioria das cidades de porte médio (72,7%), grande porte 1 (90,9%), e grande porte 2 (100%) receberam maiores proporções de participação das transferências da União (maior que 25,9%) (tabela 3).

Ainda na tabela 3, a análise do percentual de participação da arrecadação de impostos na receita total dos municípios, revelou uma grande variação, passando de 1,2% em Jaqueira para 35,6% em Recife, no ano de 2015. Entre os portes, a maioria (69,2%) dos municípios de pequeno porte 1 localizaram-se no quartil 1 (até 3,0%), e de pequeno porte 2 (54,9%) no quartil 2 (> 3,0 até 6,0%). Em grande parte das cidades de médio porte, os impostos representaram até 10% da receita municipal (quartis 2 e 3), enquanto para a maioria das cidades de grande porte 1 e 2, a arrecadação significou mais de 15% da receita municipal.

A despesa total per capita no ano de 2015, variou entre R\$ 210,4 no município de Buíque a R\$ 1.351,7 em Ipojuca. A análise da distribuição entre os portes, demonstrou que a maioria (73%) dos municípios de pequeno porte 1, localizaram-se nos 3 e 4 quartis que representaram os maiores valores em reais gastos como despesa por habitante ano, entre os municípios de pequeno porte 2, a maioria apresentou gastos entre R\$ 378,1 a 439,2 (2 quartil de despesas). Nos municípios de porte médio, a maioria (55%) apresentou despesa entre R\$ 210,4 a 439,2 (quartis 1 e 2), enquanto as cidades de

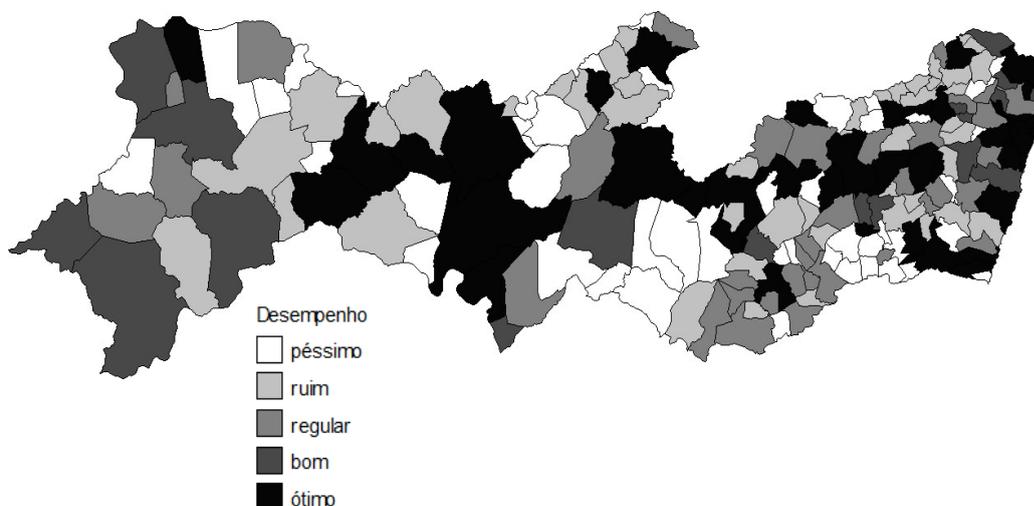
grande porte 1, a maioria (55%), apresentou os menores dispêndios. Entre as cidades de maiores portes populacionais do estado, Recife apresentou-se entre os municípios de maiores gastos por habitante/ano, enquanto Jaboatão entre os menores (tabela 4).

A despesa total com saúde investida pelos municípios pernambucanos, variou entre R\$ 3.196.344,64 em Calumbi a 973.716.396,52 milhões em Recife. Entre os portes populacionais a maioria dos municípios de pequeno porte 1 (57,7%), apresentou

dispêndios de até R\$ 6,6 milhões de reais (quartil 1), de pequeno porte 2 (57,7%) gastaram até 15,1 milhões (quartis 2 e 3). Enquanto a maioria das cidades de médio porte (95,5%), e a totalidade de grande porte 1 e 2 apresentaram as maiores despesas total com saúde entre R\$ 15 e a 973.716.396,52 milhões de reais no ano de 2015 (tabela 4).

Em relação a análise do indicador síntese, os municípios apresentaram desempenho de práticas de gestão e planejamento entre péssimo, ruim, regular bom e ótimo. A menor pontuação foi verificada em Buíque (1,75) e a maior (6,50) em Barreiros, Caruaru e Palmares. A maioria dos municípios de pequeno porte 1 e 2 apresentaram desempenho péssimo e ruim, enquanto a maioria das cidades de médio e grande porte 1 e 2 apresentaram desempenho excelente (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição dos municípios segundo indicador síntese de desempenho de práticas de gestão e planejamento. Pernambuco, 2015.



DISCUSSÃO

Os achados do presente trabalho mostraram que a maioria dos municípios do estado de Pernambuco são de pequeno porte, cenário que reproduz a conformação do país e representa um desafio para a gestão do Sistema Único de Saúde, na média em que a origem dos recursos são provenientes da arrecadação de tributos (IBGE, 2017).

A elaboração do RAG utilizando-se o Sistema de Apoio Anual de Gestão (SARGSUS) esteve instituída no estado de Pernambuco, embora vale destacar que

passados cinco anos da publicação da portaria 575/2012 que normatiza sua obrigatoriedade, verificou-se ainda o descumprimento por parte de 04 municípios. (BRASIL,2013). Em contrapartida o registro de auditorias realizadas não foi disponibilizado no RAG.

Ao se comparar a capacidade de arrecadação, as aplicações dos recursos financeiros na saúde e as transferências da União para o setor entre os portes populacionais dos municípios pernambucanos em 2015, identificou-se diferenças na variação da capacidade de arrecadação de impostos, sendo a mesma reduzida quanto menor fosse o porte populacional, mesmo com essa reduzida capacidade de arrecadação, as cidades pequenas apresentaram os maiores dispêndios com gasto com saúde por habitante no ano de 2015 e receberam os menores percentuais de transferências do governo federal.

Achados semelhantes foram verificados por estudo realizado em Pernambuco, que comparou os gastos despendidos com a saúde e a população e apontou que os municípios mais populosos não apresentaram maiores investimentos em saúde mesmo recebendo uma maior proporção de transferência de impostos da união, cabendo os maiores dispêndios com gasto com saúde per capita por habitante, aos municípios de menor porte (LORENA; SOBRINHO, 2015).

Contrariamente, Santo e colaboradores, analisando as despesas públicas com saúde em Pernambuco, identificaram que quanto maior o porte populacional, maior foi o gasto com saúde (SANTO et al., 2012).

Em relação a participação dos municípios no financiamento do SUS, identificou-se que em 2015, em Pernambuco, todos os municípios cumpriram a EC 29/2000, aplicando no mínimo 15% dos recursos financeiros na saúde. Resultados que coincidem com os achados verificados no Rio Grande do Norte e Pernambuco, e contrariam a realidade identificada em algumas cidades no Brasil (LEITE *et al.*, 2012; RIBEIRO; BEZERRA, 2013; SILVA *et al.*, 2012).

No presente estudo foram marcantes as diferenças nos valores de despesas total e *percapita* entre os municípios pernambucanos, realidade destacada por um estudo que analisou a alocação dos recursos pelas três esferas de governo entre 2000 e 2010,e relatou que apesar do aumento do uso de recursos financeiros, as desigualdades regionais, em relação à despesa per capita, permaneceram praticamente inalteradas (PIOLA *et al.*, 2016).

⁶.O indicador síntese que agregou os indicadores avaliados revelou que as cidades de portes maiores apresentaram melhores desempenho das práticas de gestão e planejamento, o que demonstra a necessidade de investimentos e apoio por parte da esfera da União no sentido de fortalecer e propiciar a organização e prestação das ações e serviços de saúde nos municípios.

CONCLUSÕES

A análise dos indicadores simples desvelou que os municípios de pequeno apresentaram mesmo com reduzida capacidade de arrecadação, têm empreendido grandes esforços na organização do Sistema de Saúde em nível local. Demonstrando que a implantação dos pactos pela Saúde e do Decreto 7.508 ainda não foram necessários para a garantia da capacidade gestora do sistema de saúde municipal.

Sendo necessária reflexão e reordenação dos mecanismos de alocação de recursos, bem como a pactuação de responsabilidades e compromissos sanitários, no sentido de fortalece da gestão do SUS nos municípios.

REFERÊNCIAS

- PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. **The Lancet**, [s. l.], v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.
- MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: Resultados e desafios. **Estudos Avançados**, [s. l.], v. 27, n. 78, p. 27–34, 2013.
- TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 893–902, 2007.
- MIRANDA, D. B. de; GUIMARÃES, I. G.; ALVES, E. D. Representações Sociais Da Descentralização Do Sus: Perspectivas Dos Gestores Municipais De Saúde De Goiânia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [s. l.], v. 33, n. 3, p. 349, 2012.
- BRASIL; Presidência da República, Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil; 1988. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 14, n. suppl 1, p. 1565–1577, 2009.

BERRETTA, I. Q.; DE LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Evaluation model for municipal health planning management. **Cadernos de Saude Publica**, [s. l.], v. 27, n. 11, p. 2143–2154, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 575, de 29 de março de 2012. Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. 2017 disponível:<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama>>. acesso em 01 dez./2017

LORENA, S. B.; SOBRINHO, J. E. de L. Gastos com saúde na administração pública dos health expenditure in public administration of the municipalities of the state of pernambuco, BRAZIL. **Iniciação Científica CESUMAR**, [s. l.], p. 29–36, 2015.

SANTO, A. C. G. do E.; FERNANDO, V. C. N.; BEZERRA, A. F. B. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 861–871, 2012.

RIBEIRO, J. D. T.; BEZERRA, A. F. B. O protagonismo dos gestores locais de saúde diante da Emenda Constitucional no 29: Algumas reflexões. **Saude e Sociedade**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 1014–1023, 2013.

LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; DE VASCONCELOS, C. M. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: O cenário de um estado brasileiro. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 7, p. 1849–1856, 2012.

SILVA, M. C. da; MACIEL, J. H. B.; CHACON, M. J. M. Gastos com Saúde : uma Análise do Cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 / 2000 pelos 100 Municípios Brasileiros mais Populosos , no período de 2000 a 2008. **REUNIR – Revista de Administração, Contabilidade e Sustentabilidade**, [s. l.], v. 2, p. 1–20, 2012.

PIOLA, S. F.; DE FRANÇA, J. R. M.; NUNES, A. Os efeitos da emenda constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no sistema único de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 411–421, 2016.

Recebido em: 02/03/2022

Aprovado em: 03/04/2022

Publicado em: 06/04/2022