



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DO SEMIÁRIDO – CDSA  
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO NO CAMPO – UAEDUC  
CURSO DE TECNOLOGIA EM GESTÃO PÚBLICA**

**VALQUIRIA BRAZ TAVARES**

**EVOLUÇÃO DOS GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO CARIRI  
OCIDENTAL DA PARAÍBA DE 2007 A 2014**

**SUMÉ-PB  
2017**

**VALQUIRIA BRAZ TAVARES**

**EVOLUÇÃO DOS GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO CARIRI  
OCIDENTAL DA PARAÍBA DE 2007 A 2014**

Artigo científico apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública da Unidade Acadêmica de Educação do Campo do Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido, como requisito parcial para a obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Pública.

Orientador: Professor Dr. José Irivaldo Alves Oliveira Silva

**SUMÉ-PB  
2017**


**VALQUIRIA BRAZ TAVARES**


**EVOLUÇÃO DOS GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO CARIRI  
OCIDENTAL DA PARAÍBA DE 2007 A 2014**

Artigo científico apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública da Unidade Acadêmica de Educação do Campo do Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido, como requisito parcial para a obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Pública.

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
**Professor Dr. José Irivaldo Alves Oliveira Silva**  
**(Orientador) – UAEDUC/CDSA/UFCG**

  
\_\_\_\_\_  
**Professora. Esp. Mauricéia Carvalho Nascimento**  
**Examinador I – CCHE/UEPB – Campus VI**

  
\_\_\_\_\_  
**Professor Ms. Allan Gustavo Freire da Silva**  
**Examinador II - UAEDUC/CDSA/UFCG**

**Trabalho aprovado em: 04 de maio de 2017.**

**SUMÉ - PB**

## RESUMO

O presente trabalho insere-se no esforço de identificar as receitas dos municípios com transferências do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente nos Municípios de Amparo, Assunção, Camalaú, Congo, Coxixola, Livramento, Monteiro, Ouro Velho, Parari, Prata, São João do Tigre, São José dos Cordeiros, São Sebastião do Umbuzeiro, Serra Branca, Sumé, Taperoá e Zabelê que fazem parte do Cariri Ocidental da Paraíba no período de 2007 a 2014, assim também como verificar as despesas de recursos próprios dos municípios, com saúde por habitantes, buscando comparar os índices alcançados nos municípios estudados no período indicado. Sabe-se que as políticas públicas são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas pelo Estado, com a participação do público e do privado, visando assegurar o direito à cidadania, não esquecendo o objetivo central da mesma, de fazer com que os governantes promovam ações, ou mesmo coloque em suas plataformas eleitorais e agendas, que satisfaçam as demandas existentes e as que possam surgir, para atender de fato as necessidades da sociedade, com ações que impactem positivamente na vida das pessoas, proporcionando o bem comum. Deste modo, diante da relevância evidenciada sobre os gastos públicos com saúde, surge o seguinte questionamento da pesquisa: como os gastos públicos com saúde tem se comportado no Cariri Ocidental da Paraíba, ao longo dos anos? Para tanto, partimos de aportes metodológicos que traçam um debate acerca dos aspectos que englobam as políticas públicas e o SUS, a exemplo de Souza (2006), Weiller (2014) e Souza & Costa (2010) que nos remetem a pensar sobre a realidade dos municípios estudados, além do compromisso do Estado, para os cidadãos e a garantia de seus direitos. O trabalho possui característica descritiva, com levantamento de dados por meio de pesquisa documental, e análise de dados secundários (SIOPS/DATASUS), em 17 (dezesete) municípios do Cariri Ocidental da Paraíba. Diante da realidade encontrada, concluiu-se que os gastos públicos com saúde no Cariri Ocidental da Paraíba, têm evoluído ao longo dos anos, mas há muito a se fazer, e a necessidade de implementação de melhorias nessa área, buscando a diminuição da dependência de transferências da União.

**Palavras-chave:** Cariri Ocidental. Saúde. Gastos Públicos.

## ABSTRACT

The present work is part of the effort to identify the revenues of municipalities with transfers from the Unified Health System (SUS), specifically in the municipalities of Amparo, Assunção, Camalaú, Congo, Coxixola, Livramento, Monteiro, Ouro Velho, Parari, Prata, São João do Tigre, São José dos Cordeiros, São Sebastião do Umbuzeiro, Serra Branca, Sumé, Taperoá and Zabelê, which are part of the Western Cariri of Paraíba from 2007 to 2014, as well as to verify the expenses of resources Municipalities, with health by inhabitants, seeking to compare the indices reached in the municipalities studied in the indicated period. It is known that public policies are a set of actions that must be developed by the State, with the participation of the public and the private, aiming to assure the right to citizenship, not forgetting the central objective of it, to make the rulers Promote actions, or even put on their electoral platforms and agendas, that meet existing and emerging demands, to actually meet the needs of society, with actions that positively impact people's lives, providing the common good. Thus, given the relevance of public health expenditures, the following research question arises: how public spending on health has behaved in the Western Cariri of Paraíba over the years? In order to do so, we start with methodological inputs that draw a debate about the aspects that encompass public policies and SUS, such as Souza (2006), Weiller (2014) and Souza & Costa (2010), which refer us to To think about the reality of the municipalities studied, besides the commitment of the State, for the citizens and the guarantee of their rights. The work has descriptive characteristics, with data collection through documentary research, and analysis of secondary data (SIOPS/DATASUS), in 17 (seventeen) municipalities of the Western Cariri of Paraíba. In view of the reality found, it was concluded that public health expenditures in Paraíba's Western Cariri region have evolved over the years, but there is still a lot to be done, and there is a need to implement improvements in this area, seeking to reduce dependence on Transfers.

**Keywords:** Western Cariri. Health. Public Expenditure.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2 ASPECTOS TEÓRICOS.....</b>	<b>7</b>
2.1 Conceito de Políticas Públicas.....	7
2.2 O Sistema Único de Saúde – SUS .....	9
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>12</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>22</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>25</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A cada dia vivenciamos o sentimento de cobrança por serviços públicos que realmente atendam as necessidades dos cidadãos, de forma que a sociedade está cada vez mais consciente e atenta às suas contribuições, por meio de tributos, que fornecem o combustível que move a engrenagem pública nos diferentes níveis de governo, pressionando os governantes por melhorias que reflitam em qualidade de vida. Nessa perspectiva, os governos devem trabalhar para desenvolver novas políticas públicas que consigam satisfazer as demandas dessa nova sociedade mais consciente de seus direitos e deveres.

As políticas públicas têm como objetivo central fazer com que os governantes promovam ações, ou mesmo coloque em suas plataformas eleitorais e agendas, que satisfaçam as demandas existentes e as que possam surgir, para atender de fato as necessidades da sociedade, com ações que impactem positivamente a vida das pessoas, proporcionando o bem comum. Souza (2006), diz que além de colocar o governo em ação, é preciso que esta ação seja analisada quando necessário para evitar distorções em sua trajetória, e se houver ruptura no caminho traçado nas ações definidas, propor mudanças. Atualmente no país, dentre as muitas áreas de atuação do setor público correlacionadas às políticas públicas, temos a saúde, que possui especificidades do setor no tocante ao processo de decisão, programação, execução e avaliação das ações.

Ao tratar sobre a gestão voltada mais especificamente para a saúde Weiller (2014, p.30) afirma o seguinte:

A importância da gestão voltada para atender às necessidades de saúde, assegurando a relação entre planejamento e seus recursos, particularmente alocados no orçamento deve se dar nos campos da eficiência, eficácia e, principalmente, efetividade entendida como impacto social.

Assim, fica claro a necessidade um modelo de gestão orçamentário e financeiro que possa atender as necessidades de adequação dos recursos públicos, de forma a garantir a execução daquilo que foi planejado, acompanhando o desenvolvimento das políticas públicas para avaliar os resultados obtidos. Mas para tanto é necessário que se possua receita suficiente para o desenvolvimento das políticas públicas, dentre elas, as ações voltadas para saúde. Weiller (2014) tratando acerca das receitas municipais e de seu crescimento, afirma que um eventual crescimento de receita não implica diretamente em um incremento nos gastos com saúde, da mesma forma que se houver aumento nos gastos, que tal aumento seja sinônimo de maior efetividade na gestão dos recursos.

Tratando acerca da ampliação das receitas municipais, Mendes (2005, p. 2015) descreve que:

A descentralização dos recursos tributários promovida pela Constituição de 1988 aumentou significativamente a receita dos governos municipais. Ampliou a participação dos municípios na arrecadação própria e na receita disponível total das três esferas de governo, possibilitando maior autonomia na execução das políticas públicas, em geral, e na saúde, em particular.

Deste modo, diante da relevância evidenciada sobre os gastos públicos com saúde, eis que emerge o questionamento da pesquisa: como os gastos públicos com saúde tem se comportado no Cariri Ocidental da Paraíba, ao longo dos anos? Com o intuito de responder a questão acima, este trabalho traçou como objetivo central verificar a evolução dos gastos com saúde nos municípios que formam o Cariri Ocidental da Paraíba, no período que engloba os anos de 2007 a 2014.

Para que o objetivo geral fosse alcançado, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Conhecer as receitas dos municípios com transferências do SUS no período e por habitantes no período;
- ✓ Verificar as despesas de recursos próprios dos municípios, com saúde e por habitantes;
- ✓ Comparar os índices alcançados nos municípios estudados no período.

Este trabalho possui uma estrutura de 05 (cinco) seções, onde na primeira encontram-se a apresentação do tema, o objetivo geral e os específicos, além da estrutura do trabalho. Na segunda seção foi feita uma explanação acerca dos aspectos teóricos que englobam as políticas públicas e o Sistema Único de Saúde (SUS). A terceira seção trata sobre a metodologia adotada na pesquisa. A quarta seção nos apresenta os resultados e discussões sobre a realidade dos municípios estudados e por fim, na quinta seção discorreremos sobre as considerações acerca da realidade estudada.

## **2 ASPECTOS TEÓRICOS**

### **2.1 Conceito de Políticas Públicas**

A temática das Políticas Públicas apenas recentemente passou a receber um olhar diferenciado, tanto da sociedade, quanto das próprias universidades, que passaram a desenvolver trabalhos no intuito de entender e analisar as políticas públicas (NÓBREGA JR., 2014). Souza (2006) nos apresenta que inicialmente as políticas públicas eram tidas como áreas de ações

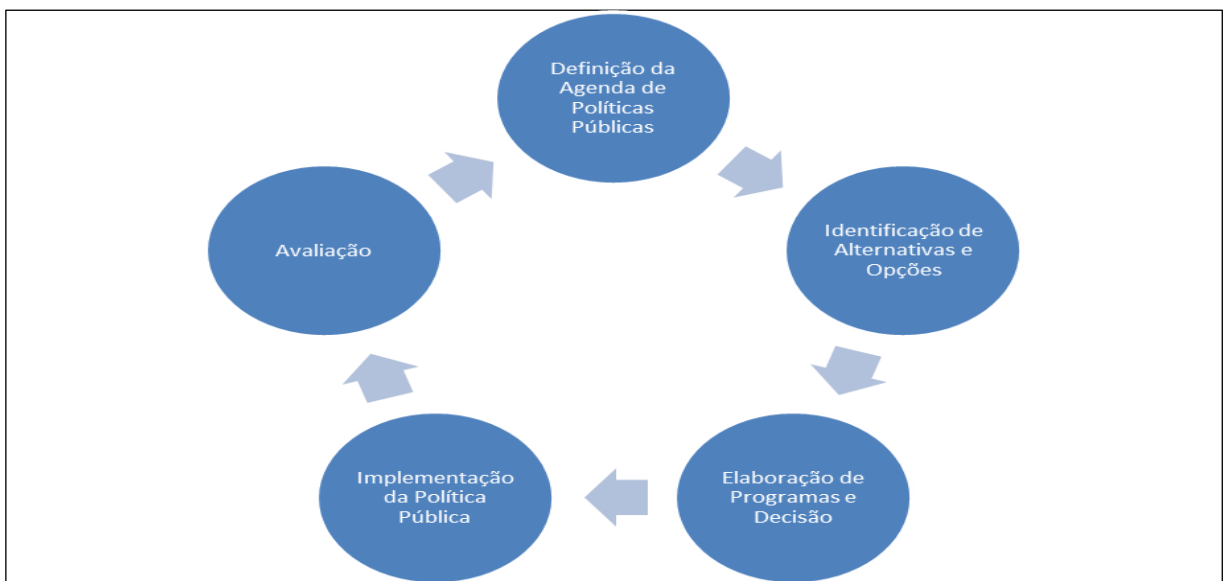


exclusivas do Estado ou governo, mas devido a mudanças nas demandas por parte da população, especialmente a partir dos anos 80, o tema ganhou uma maior notoriedade, especialmente em países em desenvolvimento.

Não se pode afirmar que exista uma definição universal acerca do tema políticas públicas, entretanto, Souza (2006) afirma que a definição mais conhecida é a de Laswell que afirma que as decisões e análises sobre políticas públicas devem responder a três questões: Quem ganha o quê? Por quê? Que diferença faz? Outros definem o papel da política pública como sendo resolver problemas. De forma geral pode-se afirmar que política pública é o campo do conhecimento que busca, “colocar o governo em ação” e também analisar essa ação. Quando for preciso propor mudanças nas ações. A elaboração de políticas públicas é uma fase onde os governos apresentam suas propostas de mudanças ou os resultados produzidos (SOUZA 2006).

Existem alguns modelos que buscam explicar como os governos atuam, fazendo ou deixando de fazer alguma ação que possa impactar de forma contundente na vida dos cidadãos. Dentre esses modelos, o Ciclo de Políticas Públicas tem se mostrado um modelo bem interessante por possuir características que permitem que a sequência das etapas constituam um processo dinâmico e que permite o aprendizado em cada uma delas. A Figura 1 abaixo, nos apresenta um modelo de Ciclo de Políticas Públicas, o que torna de mais fácil compreensão acerca das fases que compõe o ciclo onde a integração das fases resulta na Política Pública.

**Figura 1 - Ciclo de Políticas Públicas**



**Fonte:** Elaboração da autora

A etapa de definição da agenda de políticas públicas é aquela em que são estabelecidas as prioridades em que os governantes deveram focar suas atenções, essa fase é uma das principais do ciclo. Na sequencia, temos a identificação de alternativas e opções, que é onde são expostas as alternativas que possam ser aplicadas na resolução dos problemas encontrados na etapa anterior. Na sequencia do ciclo temos a elaboração de programas de decisão, onde é preciso escolher a mais apropriada entre as várias alternativas de ações. Em geral, a instância de decisão responsável decide sobre um programa de compromisso negociado já antecipadamente entre os atores políticos mais relevantes. Segue-se a implementação das políticas, que pode ser considerada a fase do ciclo cuja encomenda de ação é estipulada na fase precedente à formulação das políticas e a qual, por sua vez, produz do mesmo modo determinados resultados e impactos de *policy*. Por fim, temos a fase da avaliação das políticas e da correção das ações, apreciam-se os programas já implementados no tocante a seus impactos efetivos (FREY, 2000).

É de suma importância destacar ainda o papel das instituições no processo de formulação das políticas públicas, especialmente nos debates acerca das necessidades especifica. Assim não somente os indivíduos e os grupos possuem força para influenciar o processo de formulação das políticas públicas, mas as regras tanto formais como informais das instituições, podem também exercer um papel importante no desenvolvimento de políticas públicas (SOUZA, 2006). Infelizmente, em um país como o Brasil, onde não se firmou uma democracia consolidada, o papel das instituições é frágil, com forte presença do clientelismo e do patrimonialismo na elaboração de políticas públicas (FREY, 2000).

## **2.2 O Sistema Único de Saúde – SUS**

Como vimos anteriormente, as políticas públicas podem ser definidas como aquilo que um governo faz, ou deixa de fazer. Assim, as políticas públicas voltadas para saúde podem ser classificadas, de forma análoga, como aquilo que um governo faz, ou não, pela saúde. Sobre essa temática, somos levados a um passado relativamente próximo, uma vez que apenas na década de 1980, pelo processo de redemocratização vivenciado pelo Brasil, as políticas voltadas para a saúde passaram por uma sistematização de universalização, com a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS.

O SUS tem como marco criador a Constituição Federal de 1988, prevendo a universalidade do direito ao acesso à saúde, integralidade das ações e a participação social, uma vez que antes de sua existência, os serviços de saúde somente eram disponibilizados para os traba-

lhadores que contribuíam para o sistema previdenciário, com os serviços de saúde que levem em conta as necessidades individuais em todas as dimensões, sendo acompanhado pela participação da sociedade por meio dos conselhos e conferências de saúde que acontecem a nível federal, estadual e municipal (SANTOS, 2009). Tratando também sobre descentralização do sistema de saúde no Brasil e de sua regulamentação, Santos (2008, p.11) afirma que:

Além da Constituição, o SUS é regido basicamente por duas leis (Lei nº 8.080 – Lei Orgânica da Saúde e Lei nº 8.142 – que dispõe sobre a participação da comunidade e transferências intergovernamentais) e pelas normas operacionais – Normas Operacionais Básicas (NOBs) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas).

O sistema é chamado de único por integrar ações em todas as instancias governamentais, com regionalização e hierarquização de serviços, fazendo com que a responsabilidade do atendimento à população seja compartilhada entre União, Estados e municípios, seguindo o grau de complexidade dos casos. Os municípios possuem a função de atender prioritariamente a atenção básica, como podemos ver a seguir:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS e tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resulta-

dos alcançados, como parte do processo de planejamento e de programação; e estimular a participação popular e o controle social (BRASIL 2009, p.44).

Os outros entes federados ficam responsáveis pelos serviços mais complexos e especializados, que correspondem à Atenção de Média Complexidade: ações e serviços que demandem disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico; e Atenção de Alta Complexidade: procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo. Consistem, entre outros, de: assistência ao paciente portador de doença renal crônica; assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; procedimentos da cardiologia intervencionista; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia (SANTOS, 2009).

Para tornar esse sistema operacionalmente viável, a responsabilidade pelo SUS é dos três níveis de governo, vinculando receitas, das quais 70% correspondem a recursos federais. Os recursos utilizados são arrecadados pelo Ministério da Saúde por meio do Fundo Nacional de Saúde, e repassados para Estados e municípios, seguindo critérios específicos. Entretanto há muito que se melhorar no atendimento fornecido pelo SUS, de forma que o sistema atende principalmente a parcela da população mais carente, onde procedimentos mais específicos, como os de média e alta complexidade, podem levar um tempo demasiado para ser realizado, por conta da alta demanda. Por isso, aqueles que possuem uma renda mais substancial, busca por planos de saúde privados.

Tratando sobre a criação do Sistema Único de Saúde Souza & Costa (2010) afirmam que esta criação foi o maior movimento de inclusão social vivenciado na história do Brasil, de forma que para as autoras, representou uma afirmação política do compromisso do Estado, para os cidadãos e a garantia de seus direitos. A criação do SUS foi instituída no capítulo II, artigo 198 da Constituição Federal, que discorre que as ações e serviços públicos de saúde formam uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, seguindo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação social (BRASIL, 1988).

Outro marco legislativo para o SUS é a Lei nº 8.080/90, conhecida como “Lei Orgânica da Saúde”, que traz disposições sobre condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, traz as informações sobre o SUS da seguinte forma:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de in-

sumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar [...] (BRASIL, 1990a).

Deste modo, a Lei nº 8.080/90 nos deixa claro as competências e atribuições de cada ente federado, bem como os objetivos do SUS. A Lei nº 8.142/90 trata sobre a participação da sociedade e as transferências financeiras intergovernamentais na área da saúde (BRASIL, 1990b). Essas leis fortaleceram o papel dos municípios como executor principal das ações de saúde, uma vez que ele é a instância de governo mais próxima do cidadão, mostrando que o processo de descentralização proposto conseguiu romper com o modelo ditatorial vigente até então (SOUZA & COSTA 2010).

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

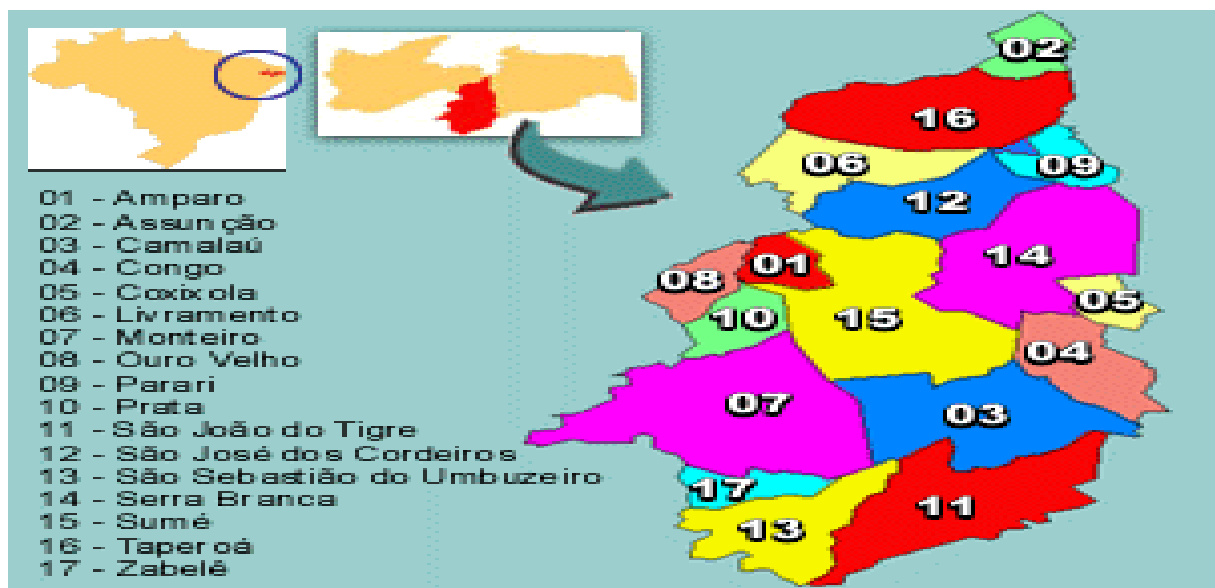
Este estudo teve a finalidade de analisar a evolução dos indicadores de desempenho dos gastos públicos em saúde nos municípios do Cariri Ocidental da Paraíba no período de 2007 a 2014. Diante do exposto, para alcançar os objetivos propostos, esta pesquisa configura-se como descritiva, conduzida por meio de procedimentos documentais e abordagem quantitativa. Na visão de Gil (2009), a pesquisa descritiva tem o objetivo primordial de descrever determinada característica ou fenômeno, bem como, o estabelecimento de relações entre variáveis. Outro aspecto importante diz respeito ao fato de que ela também se propôs a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos, o que pode perfeitamente ser relacionado ao objetivo deste estudo. Também é uma pesquisa documental, por utilizar fonte de dados primários, que conforme Andrade (2009) são documentos que ainda não foram utilizados em nenhum estudo, no caso desta pesquisa foram utilizados dados do SIOPS/DATASUS. Outra característica desta pesquisa diz respeito a sua configuração como quantitativa, ou seja, objetiva a quantificação das modalidades de coletas de dados e informações, e tem a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitarem distorções de análise e interpretação, já que este trabalho vai analisar dados oficiais dos municípios do Cariri Ocidental da Paraíba no intuito de apresentar resultados que demonstrem a evolução do desempenho destes municípios no âmbito dos indicadores de saúde.

Quanto ao método de análise, Medeiros (2012) explica que correspondem aos procedimentos adotados para construir a interpretação dos dados. Neste trabalho foi utilizada a análise estatística descritiva que tem o objetivo de auxiliar na análise do comportamento dos dados provenientes de uma população ou de uma amostra. Para tanto, usou-se a ferramenta mé-

dia aritmética, que dentro da estatística é um tipo de medida de tendência central por indicar um ponto em torno do qual se concentram os dados (GUEDES *et. al.*, 2012). Desse modo, neste estudo a partir dos resultados apresentados faz-se uma análise descritiva dos dados, descrevendo suas médias para em seguida inferir se os indicadores de desempenho estão sendo satisfatórios ou não.

A população utilizada nesta pesquisa foram dezessete municípios: Amparo, Assunção, Camalaú, Congo, Coxixola, Livramento, Monteiro, Ouro Velho, Parari, Prata, São João do Tigre, São José dos Cordeiros, São Sebastião do Umbuzeiro, Serra Branca, Sumé, Taperoá e Zabelê. Eles fazem parte da Microrregião do Cariri Ocidental do Estado da Paraíba, localizada no semiárido brasileiro, região que tem sofrido durante anos com os reflexos da seca, que impõem aos habitantes a busca por novas alternativas que possam fornecer condições para sua manutenção em seu local de origem. Para melhor compreensão, segue mapa com localização dos municípios objeto de estudo desta pesquisa.

**Figura 2 - Localização dos Municípios Estudados**



Fonte: <http://professormarcianodantas.blogspot.com.br/2012/12/paraiba.html>

Nesse contexto local, desenvolver políticas que visem oferecer a população de um determinado local, a possibilidade de ter acesso a uma saúde satisfatória, que favoreça o crescimento do cidadão como agente politizado capaz de promover o desenvolvimento, é muito importante para pequenos municípios. Marconi e Lakatos (2002, p. 41) definem população ou universo como “o conjunto de seres animados e inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum”. Como as cidades continham todas as informações suficientes para análise, a amostra da pesquisa foi constituída por 100% (cem por cento) da população. Beuren

(2012, p. 120) define amostra como “uma pequena parte da população ou do universo selecionada em conformidade às regras”.

A seguir, apresentaremos as tabulações e discursões dos dados coletados dos municípios anteriormente mencionados, no tocante a suas receitas, despesas e quantitativo populacional.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o intuito de atingir o objetivo deste estudo, foram consideradas para análise dos dados algumas informações sobre as transferências de recursos por parte da União/SUS para os municípios em análise, com o intuito de identificar a evolução de tais fatores ao longo dos anos. A Tabela 1, a seguir, apresenta as Receitas de Transferências de Recursos do SUS, por município e ano, proporcionando a observação da evolução de forma numérica de quanto recurso foi transferido para os municípios do Cariri Ocidental da Paraíba no período que engloba os anos de 2007 a 2014. Tais transferências tem se tornado uma das principais fontes dos recursos aplicados pelos municípios na área da saúde.

**Tabela 1 – Receitas de Transferência SUS por Município e Ano**

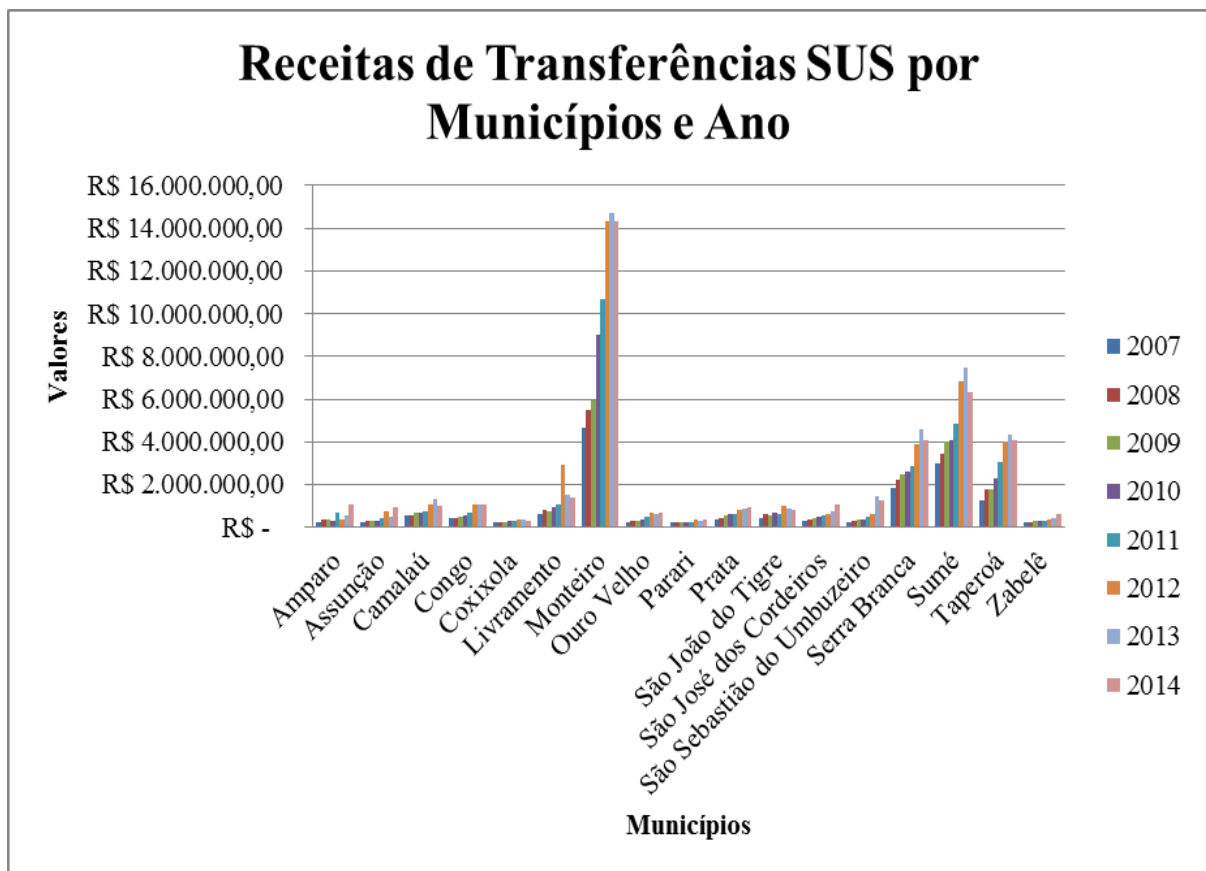
<b>Municípios</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Total</b>
<b>Amparo</b>	207.244,00	394.135,85	394.016,25	279.948,65	688.306,42	344.413,89	526.915,38	1.078.123,53	<b>3.913.103,97</b>
<b>Assunção</b>	242.922,16	270.223,46	322.247,40	294.435,97	452.136,51	751.342,08	510.558,08	915.645,88	<b>3.759.511,54</b>
<b>Camalaú</b>	547.286,00	526.291,20	676.421,13	664.197,44	721.460,52	1.045.062,73	1.302.593,60	1.014.825,80	<b>6.498.138,42</b>
<b>Congo</b>	398.326,76	442.467,18	499.196,71	535.210,63	666.889,04	1.045.947,11	1.048.336,14	1.093.205,42	<b>5.729.578,99</b>
<b>Coxixola</b>	209.764,08	229.800,77	223.854,28	272.294,88	316.594,03	372.158,42	339.188,54	295.380,56	<b>2.259.035,56</b>
<b>Livramento</b>	602.088,00	792.911,20	735.564,33	944.439,73	1.088.037,12	2.932.614,14	1.518.213,18	1.385.021,94	<b>9.998.889,64</b>
<b>Monteiro</b>	4.666.824,96	5.510.399,00	5.952.683,45	9.039.722,01	10.702.402,90	14.341.412,21	14.702.459,19	14.345.840,71	<b>79.261.744,43</b>
<b>Ouro Velho</b>	232.271,14	278.804,84	297.593,46	392.746,15	477.692,90	702.752,64	600.607,68	711.305,40	<b>3.693.774,21</b>
<b>Parari</b>	207.594,29	212.032,02	225.781,91	237.904,35	264.209,58	342.905,06	317.795,72	388.019,28	<b>2.196.242,21</b>
<b>Prata</b>	394.115,71	433.093,68	582.392,72	637.867,98	644.699,94	812.698,84	899.299,19	931.531,19	<b>5.335.699,25</b>
<b>São João do Tigre</b>	427.421,77	642.638,54	545.505,96	712.442,37	637.913,34	1.020.439,08	901.429,69	836.234,73	<b>5.724.025,48</b>
<b>São José dos Cordeiros</b>	296.413,62	336.017,56	449.161,04	460.058,98	548.874,58	627.913,79	752.263,57	1.044.441,33	<b>4.515.144,47</b>
<b>São Seb. do Umbuzeiro</b>	253.914,41	289.337,86	332.992,29	350.098,94	502.993,57	646.240,28	1.467.517,75	1.271.902,81	<b>5.114.997,91</b>
<b>Serra Branca</b>	1.830.996,78	2.251.856,15	2.464.043,53	2.627.936,10	2.886.399,67	3.905.708,83	4.593.426,67	4.096.312,84	<b>24.656.680,57</b>

<b>Sumé</b>	2.972.081,00	3.444.708,00	3.992.124,00	4.087.404,00	4.826.982,00	6.854.166,01	7.445.506,55	6.333.702,92	<b>39.956.674,48</b>
<b>Taperoá</b>	1.263.078,47	1.763.056,59	1.756.628,79	2.255.836,80	3.072.853,02	4.004.855,06	4.309.029,32	4.077.790,77	<b>22.503.128,82</b>
<b>Zabelê</b>	206.644,95	235.079,47	268.788,66	271.178,85	300.541,67	349.963,04	425.010,88	602.551,59	<b>2.659.759,11</b>
<b>Total</b>	<b>14.958.988,10</b>	<b>18.052.853,37</b>	<b>19.718.995,91</b>	<b>24.063.723,83</b>	<b>28.798.986,81</b>	<b>40.100.593,21</b>	<b>41.660.151,13</b>	<b>40.421.836,70</b>	<b>227.776.129,06</b>

Fonte: SIOPS (2017) – Elaboração própria

A Tabela 1 nos mostra a evolução das transferências do SUS na região estudada, de forma que os municípios possam ter suas receitas de transferências do SUS comparadas, onde o município de Parari foi o que recebeu o menor valor de transferência no período, com R\$ 2.196.242,21. A Tabela 1 nos mostra ainda que o município que mais recebeu receitas de transferências do SUS foi Monteiro, que recebeu no período analisado o montante de R\$ 79.261.744,43, com destaque para o ano de 2013, com a maior transferência de R\$ 14.702.459,19. O segundo município com maior repasse no período é Sumé, o valor chega à soma de R\$ 39.956.674,48, o que representa quase a metade dos recursos transferidos para o município de Monteiro. O Gráfico 1 irá auxiliar na visualização de tais transferências.

**Gráfico 1 - Receitas de Transferência SUS por Municípios e Ano**



Fonte: SIOPS (2017) – Elaboração própria



Pode-se observar que o ano de 2013 foi o período que em que houve as maiores transferências, com uma pequena queda no ano de 2014, com exceção do município de Livramento, onde o ano de 2012 foi o que representou a maior transferência, seguida por uma queda de mais de 50% no ano seguinte. O ano de 2012 foi realmente um ano de mudança no montante transferido para os municípios, onde se passou de R\$ 28.798.986,81 em 2011, para R\$ 40.100.593,21 em 2012. Tais valores transferidos estão diretamente relacionados à população dos municípios, assim, a Tabela 2 nos apresenta a evolução da população no período que compreende os anos de 2007 a 2014.

**Tabela 2 - População dos Municípios**

Municípios	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Amparo	2.007	2.062	2.078	2.068	2.104	2.119	2.176	2.195
Assunção	3.336	3.426	3.471	3.484	3.565	3.607	3.732	3.782
Camalaú	5.761	5.922	5.959	5.966	5.771	5.793	5.917	5.945
Congo	4.770	4.903	4.930	4.938	4.690	4.692	4.770	4.775
Coxixola	1.705	1.752	1.770	1.772	1.787	1.802	1.856	1.874
Livramento	7.105	7.305	7.330	7.331	7.176	7.189	7.320	7.338
Monteiro	29.980	30.807	31.100	31.104	31.095	31.330	32.211	32.498
Ouro Velho	2.974	3.057	3.078	3.073	2.936	2.944	3.003	3.013
Parari	1.245	1.283	1.266	1.259	1.242	1.816	1.823	1.809
Prata	3.896	4.001	4.057	4.060	3.887	3.919	4.033	4.072
São João do Tigre	4.578	4.707	4.726	4.733	4.389	4.384	4.442	4.437
São José dos Cordeiros	3.973	4.088	4.079	4.078	3.973	3.709	3.749	3.739
São Sebastião do Umbuzeiro	3.061	3.147	3.170	3.166	3.261	3.287	3.380	3.411
Serra Branca	12.413	12.762	12.816	12.819	13.038	13.101	13.409	13.488
Sumé	16.456	16.908	17.085	17.083	16.139	16.215	16.595	16.691
Taperoá	14.715	15.124	15.236	15.238	15.015	14.833	15.190	15.284
Zabelê	2.024	2.080	2.101	2.103	2.092	2.109	2.169	2.189

Fonte: SIOPS (2017) – Elaboração própria

Com base nos dados populacionais, podemos observar a evolução populacional dos municípios, e assim verificar a evolução das transferências do SUS. De acordo com a Tabela 3, houve um crescimento próximo a 38% se compararmos os anos de 2011 a 2012, maior crescimento encontrado, com uma média para todo período de R\$ 230,27/hab de transferên-

cias do SUS, com destaque novamente para o município de Monteiro, que possui a maior população da região estudada, que teve média de R\$ 316,89/hab, seguido por Sumé com média de R\$ 300,04/hab para o período de 2007 a 2014. Vejamos a Tabela 3:

**Tabela 3 - Recursos Transferido SUS/Hab por Municípios e Ano**

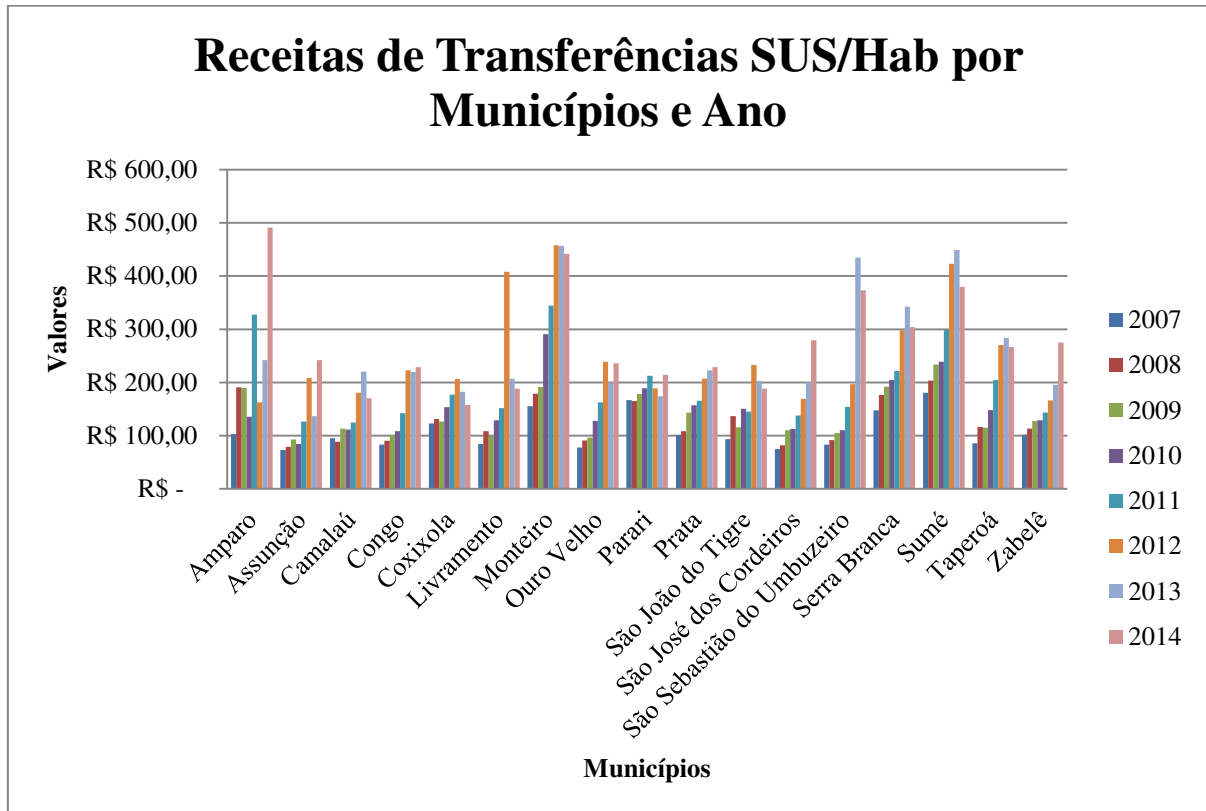
<b>Municípios</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>TOTAL</b>
Amparo	103,26	191,14	189,61	135,37	327,14	162,54	242,15	491,17	<b>232,80</b>
Assunção	72,82	78,87	92,84	84,51	126,83	208,30	136,81	242,11	<b>132,36</b>
Camalaú	95,00	88,87	113,51	111,33	125,01	180,40	220,14	170,70	<b>138,16</b>
Congo	83,51	90,24	101,26	108,39	142,19	222,92	219,78	228,94	<b>148,94</b>
Coxixola	123,03	131,16	126,47	153,67	177,17	206,53	182,75	157,62	<b>157,78</b>
Livramento	84,74	108,54	100,35	128,83	151,62	407,93	207,41	188,75	<b>172,12</b>
Monteiro	155,66	178,87	191,40	290,63	344,18	457,75	456,44	441,44	<b>316,89</b>
Ouro Velho	78,10	91,20	96,68	127,81	162,70	238,71	200,00	236,08	<b>153,41</b>
Parari	166,74	165,26	178,34	188,96	212,73	188,82	174,33	214,49	<b>187,03</b>
Prata	101,16	108,25	143,55	157,11	165,86	207,37	222,99	228,77	<b>167,13</b>
São João do Tigre	93,36	136,53	115,43	150,53	145,34	232,76	202,93	188,47	<b>157,27</b>
São José dos Cordeiros	74,61	82,20	110,12	112,81	138,15	169,29	200,66	279,34	<b>143,85</b>
São Sebastião do Umbuzeiro	82,95	91,94	105,04	110,58	154,25	196,60	434,18	372,88	<b>197,62</b>
Serra Branca	147,51	176,45	192,26	205,00	221,38	298,12	342,56	303,70	<b>237,44</b>
Sumé	180,61	203,73	233,66	239,27	299,09	422,71	448,66	379,47	<b>300,04</b>
Taperoá	85,84	116,57	115,29	148,04	204,65	270,00	283,68	266,80	<b>186,54</b>
Zabelê	102,10	113,02	127,93	128,95	143,66	165,94	195,95	275,26	<b>157,69</b>
<b>TOTAL</b>	<b>124,66</b>	<b>146,37</b>	<b>158,70</b>	<b>193,63</b>	<b>235,75</b>	<b>326,42</b>	<b>331,23</b>	<b>319,44</b>	<b>230,27</b>

Fonte: SIOPS (2017) – Elaboração própria

A Tabela 3 nos apresenta ainda o maior crescimento de um ano para outro imediatamente seguinte, que foi identificado no município de Livramento onde de 2011 para 2012 o crescimento foi de 169,05%, indo de R\$ 151,62/Hab em 2011, para R\$ 407,93 em 2012. O segundo maior crescimento foi observado em São Sebastião do Umbuzeiro, onde de 2012 para 2013, os valores foram de R\$ 196,60 para R\$ 434,18, um aumento percentual de 120,84%, seguido de Amparo, onde no ano de 2013 foi encontrado o valor de R\$ 242,15/Hab, para R\$ 491,17/Hab no ano de 2014, um aumento de 102,84%. Tal crescimento fica melhor evidenciado no Gráfico 2. É interessante destacar que a média dos recursos transferidos do SUS/hab no período estudado foi de R\$ 230,27, entretanto dos 17 municípios elencados neste

estudo, apenas quatro obtiveram índices superiores à média encontrada, a saber: Amparo, com R\$ 232,80; Monteiro, R\$ 316,89; Serra Branca, R\$ 237,44; e Sumé R\$ 300,04.

**Gráfico 2 - Receitas de Transferências SUS/Hab por Municípios e Ano**



Fonte: SIOPS (2017) – Elaboração própria

No Gráfico 2, se pode observar que a maioria dos municípios apresenta um crescimento de certa forma linear, com poucas exceções além dos municípios de São Sebastião do Umbuzeiro, Amparo e Livramento que fogem muito do crescimento citado anteriormente e encontrado nos demais municípios, onde em Amparo fica evidente uma oscilação dos valores ao longo dos anos, atingindo o ponto mais alto em 2014, quando a transferência por habitante atingiu R\$ 491,17. Já o município de Livramento teve um crescimento de 2007 a 2011, mas em 2012 houve um crescimento repentino, atingindo o valor de R\$ 407,93, seguido de uma queda de quase 50% no ano seguinte, assim como São Sebastião do Umbuzeiro. Pode-se ainda observar que o ano com maior média de receitas de transferência do SUS/hab, foi o ano de 2013, onde se alcançou o valor de R\$ 331,23, ápice de um crescimento médio, interrompido pelos valores obtidos no ano de 2014, que representaram o valor de R\$ 319,44, que representa 3,56% menor que o índice atingido em 2013.

Outro ponto interessante para ser observado em termos de saúde nos municípios, é o percentual investido com recursos próprios para financiamento da saúde pública, uma vez que

a Constituição Federal, por meio da Emenda Cosntitucional nº 29 (BRASIL, 2000), estabele-  
ce um percentual mínimo da arrecadação própria a ser investida nas políticas públicas volta-  
das à saúde.

A Tabela 4 nos apresenta as receitas de recursos próprios com saúde nos município  
estudados, referente aos anos de 2007 a 2014.

**Tabela 4 - Despesas de Recursos Próprios com Saúde por Município e Ano**

<b>Municí- pios</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Total</b>
Amparo	806.497,79	863.606,85	1.038.115,19	859.335,20	1.060.697,77	1.357.702,09	1.496.860,31	1.809.840,77	<b>9.292.655,97</b>
Assunção	781.099,70	867.365,54	1.015.452,52	1.115.627,55	1.324.174,41	1.061.860,88	1.690.125,97	1.500.169,99	<b>9.355.876,56</b>
Camalaú	796.430,96	1.038.843,40	1.177.156,73	1.109.810,41	1.523.913,01	1.440.698,33	1.728.768,37	1.915.369,20	<b>10.730.990,41</b>
Congo	700.312,68	1.118.160,50	775.432,17	1.288.461,77	1.287.060,83	1.191.344,44	1.334.669,53	1.725.235,69	<b>9.420.677,61</b>
Coxixola	676.167,99	895.900,13	843.165,16	930.619,54	1.077.209,26	1.188.491,62	1.553.628,94	1.603.490,95	<b>8.768.673,59</b>
Livra- mento	1.108.673,69	1.137.109,40	1.100.277,10	1.202.415,02	1.527.729,26	1.540.795,39	1.948.266,15	2.507.845,49	<b>12.073.111,50</b>
Monteiro	1.701.006,07	2.107.511,00	3.022.626,58	2.672.541,88	3.162.422,70	3.624.785,96	4.045.509,50	5.765.679,99	<b>26.102.083,68</b>
Ouro Velho	787.331,78	912.883,47	942.475,99	879.643,38	1.036.484,66	1.064.729,72	1.259.888,63	1.657.001,46	<b>8.540.439,09</b>
Parari	784.303,82	1.078.403,90	1.036.737,33	910.797,77	1.136.153,10	1.294.215,88	1.330.112,36	1.214.831,80	<b>8.785.555,96</b>
Prata	1.058.041,89	1.463.306,34	1.047.038,52	1.039.558,08	1.110.102,75	1.114.829,96	1.708.569,43	2.025.463,20	<b>10.566.910,17</b>
São João do Tigre	827.966,97	864.784,01	963.640,76	833.050,04	1.169.864,17	1.494.376,35	1.524.727,66	1.537.828,33	<b>9.216.238,29</b>
São José dos Cordeiros	676.370,21	870.659,81	1.314.163,54	880.141,84	1.187.840,48	1.555.753,38	1.421.780,74	1.403.184,24	<b>9.309.894,24</b>
São Seb. do Um- buzeiro	837.233,21	851.144,27	991.885,15	954.820,40	1.091.858,83	1.178.435,44	1.384.759,64	1.709.550,44	<b>8.999.687,38</b>
Serra Branca	883.409,98	1.094.682,25	1.425.839,57	1.957.835,54	2.049.032,49	2.137.370,85	2.991.029,74	2.959.364,30	<b>15.498.564,72</b>
Sumé	1.724.332,00	1.397.029,00	1.414.616,00	2.301.215,00	2.476.033,00	2.728.495,82	2.910.601,03	3.027.020,12	<b>17.979.341,97</b>
Taperoá	1.601.712,20	1.715.840,40	1.598.285,95	1.533.459,39	1.929.213,05	1.947.032,89	2.323.530,51	3.039.451,74	<b>15.688.526,13</b>
Zabelê	774.493,31	886.421,33	980.321,55	908.471,68	1.140.174,67	1.236.828,28	1.455.744,54	1.296.037,75	<b>8.678.493,11</b>
<b>Total</b>	<b>16.525.384,25</b>	<b>19.163.651,60</b>	<b>20.687.229,81</b>	<b>21.377.804,49</b>	<b>25.289.964,44</b>	<b>27.157.747,28</b>	<b>32.108.573,05</b>	<b>36.697.365,46</b>	<b>199.007.720,38</b>

Fonte: SIOPS (2017) – Elaboração própria

Por meio dos dados apresentados na tabela, podemos verificar que o município de  
Monteiro foi o que mais investiu recursos próprios em saúde, alcançando o montante de R\$  
26.102.083,68, acumulado no período estudado. O segundo município em gastos de recursos  
próprios com saúde, também acumulado no período foi Sumé, com R\$ 17.979.341,97, uma

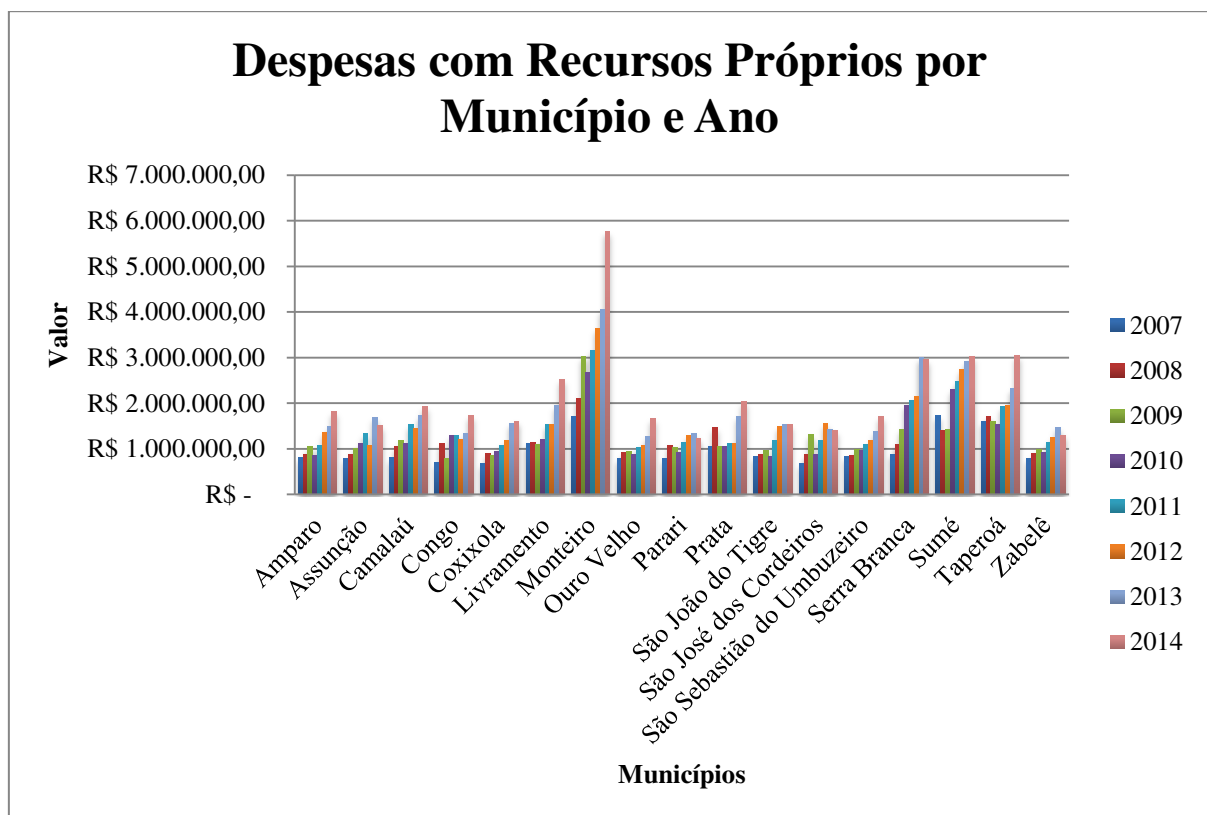
diferença de R\$ 8.122.741,71, quase o investimento do município de Ouro Velho no período estudado.

Outro ponto que merece destaque é o crescimento dos gastos de recursos próprios destinados à saúde em relação aos anos de 2013 para 2014 no município de Monteiro, que passou de R\$ 4.045.509,50 para R\$ 5.765.679,99, um crescimento superior a 42%, fato que não foi acompanhado pelos outros municípios estudados, sendo que o município que mais se aproximou deste crescimento foi Taperoá, que atingiu índices próximos a 30%.

O Gráfico 3, a seguir, nos apresenta uma representação evolucionar das despesas com recursos próprios por município no período em questão neste trabalho, e onde podemos ver que os municípios de porte semelhante possuíram basicamente a mesma evolução no período.

A disposição gráfica apresentada nos mostra como o município de Monteiro se destaca na região, talvez por ser o município com maior população, mas para que se possa ter um conhecimento mais aprofundado da relação entre gastos de recursos próprios e a quantidade de habitantes.

**Gráfico 3 - Despesas com Recursos Próprios em Saúde por Município e Ano**



Fonte: SIOPS (2017) – Elaboração própria

A Tabela 5 a seguir faz a relação entre as despesas de recursos próprios em saúde, relacionando-os com a população de cada município.

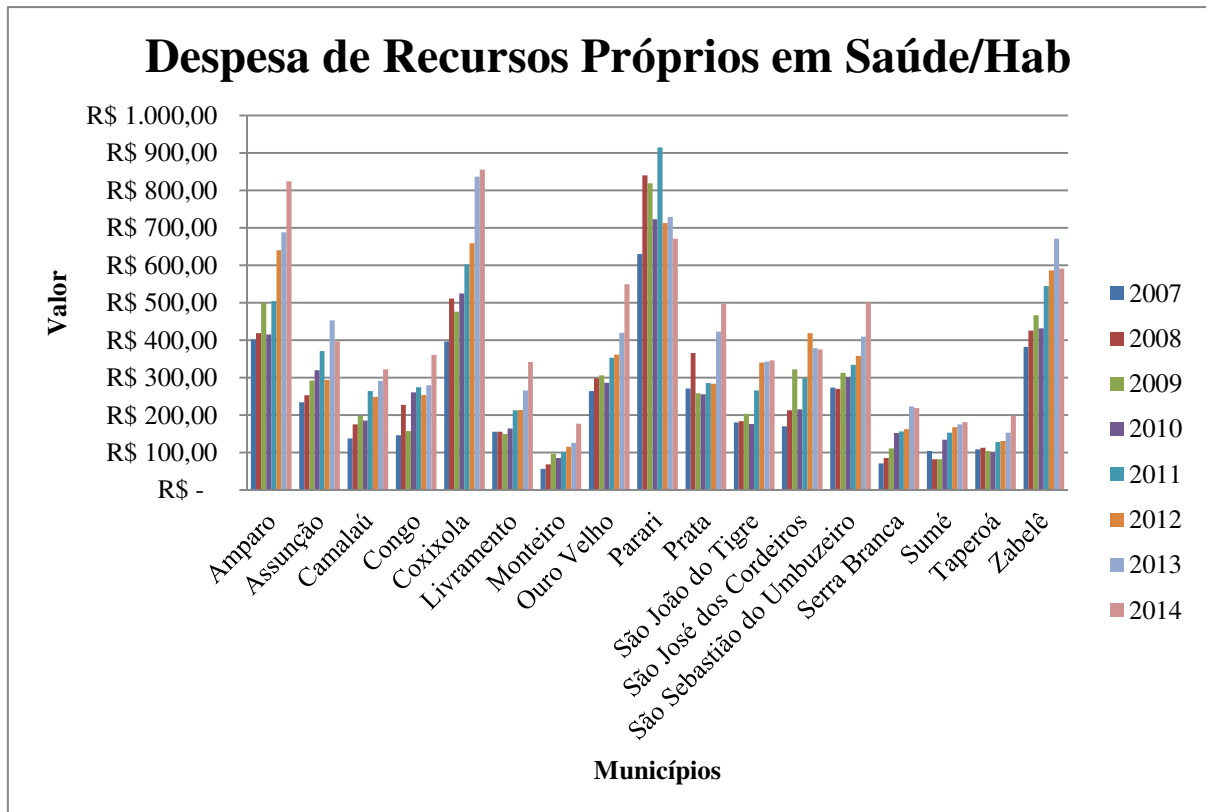
**Tabela 5 - Despesas de Recursos Próprios em Saúde/Hab**

<b>Municípios</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>TOTAL</b>
Amparo	401,84	418,82	499,57	415,54	504,13	640,73	687,90	824,53	552,84
Assunção	234,14	253,17	292,55	320,21	371,44	294,39	452,87	396,66	329,40
Camalaú	138,25	175,42	197,54	186,02	264,06	248,70	292,17	322,18	228,15
Congo	146,82	228,06	157,29	260,93	274,43	253,91	279,80	361,31	244,90
Coxixola	396,58	511,36	476,36	525,18	602,80	659,54	837,08	855,65	612,42
Livramento	156,04	155,66	150,11	164,02	212,89	214,33	266,16	341,76	207,82
Monteiro	56,74	68,41	97,19	85,92	101,70	115,70	125,59	177,42	104,36
Ouro Velho	264,74	98,62	306,20	286,25	353,03	361,66	419,54	549,95	354,70
Parari	629,96	840,53	818,91	723,43	914,78	712,67	729,63	671,55	748,15
Prata	271,57	365,74	258,08	256,05	285,59	284,47	23,65	497,41	330,99
São João do Tigre	180,86	183,72	203,90	176,01	266,54	340,87	343,25	346,59	253,22
São José dos Cordeiros	170,24	212,98	322,18	215,83	298,98	419,45	379,24	375,28	296,61
São Sebastião do Umbuzeiro	273,52	270,46	312,90	301,59	334,82	358,51	409,69	501,19	347,71
Serra Branca	71,17	85,78	111,25	152,73	157,16	163,15	223,06	219,41	149,25
Sumé	104,78	82,63	82,80	134,71	153,42	168,27	175,39	181,36	135,01
Taperoá	108,85	113,45	104,90	100,63	128,49	131,26	152,96	198,86	130,05
Zabelê	382,65	426,16	466,60	431,99	545,02	586,45	671,16	592,07	514,52
<b>TOTAL</b>	137,71	155,38	166,49	172,02	207,02	221,07	255,29	290,01	201,18

**Fonte:** SIOPS (2017) – Elaboração própria

A Tabela 5 nos evidencia as despesas que os municípios realizaram com recursos próprios por habitantes. É interessante notar que ao analisarmos somente as despesas com saúde dos municípios, Monteiro foi o município que mais investiu recursos próprios em saúde, entretanto ao analisarmos os mesmos gastos relacionados a quantidade de habitantes dos municípios, Monteiro ocupa a última posição ao compararmos a média dos gastos dos municípios, com apenas R\$ 104,36/Hab, enquanto o município que mais investiu foi Parari, com R\$ 748,15/Hab, aproximadamente 716% maior que o investimento efetuado pelo município de Monteiro.

Gráfico 4 - Despesas de Recursos Próprios em Saúde/Hab



Fonte: SIOPS (2017) – Elaboração própria

O Gráfico 4 nos traz a representação de como a relação a relação de gastos de recursos próprio com a quantidade de habitantes se dá de forma diferente do visto até aqui, de forma que os municípios com menor número de habitantes são os que possuem o maior investimento em *per capita* com recursos próprios em saúde. Cabe ressaltar que dentre todos os municípios em todos os anos estudados, o município de Parari é o que possui a maior despesa *per capita*, alcançado no ano de 2011, quando atingiu o valor de R\$ 914,78, e o menor foi Monteiro, em 2007, com apenas R\$ 56,74 investidos de recursos próprios por habitante.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do debate realizado, podemos aferir sobre o que se buscou analisar a partir de dados oficiais dos municípios do Cariri Ocidental da Paraíba, apresentando resultados que demonstraram a evolução do desempenho destes municípios no âmbito dos indicadores de saúde, mais especificamente pelas transferências de recursos do SUS para os municípios e pelos gastos que os municípios desprenderam, de recursos próprios, com a área de saúde.

Para o período estudado, a região do cariri Ocidental da Paraíba obteve de recursos transferidos do Sistema Único de Saúde o montante de R\$ 277.776.129,06, distribuídos entre

os 17 municípios da região. Destes, o município de Monteiro recebeu aproximadamente 34,8% destes recursos, sendo o que mais recebeu, em contrapartida, o município de Parari recebeu apenas 0,96% de tais recursos, sendo o município que recebeu o menor valor. Quando analisamos tais transferências *per capita*, tais transferências chegam apenas ao valor de R\$ 230,27, em média anual. Os principais municípios que recebem as maiores transferências do SUS, Monteiro, Sumé, Taperoá e Serra Branca, são aqueles que centralizam os serviços hospitalares na região, incluindo internações e atendimentos de urgência e emergência.

Em relação às despesas de recursos próprios investidos pelos municípios, vale salientar que a Constituição Federal por meio da Emenda Constitucional nº 29, determina um percentual mínimo de aplicação dos recursos provenientes da arrecadação própria a serem investidos em serviços públicos de saúde. Nessa temática, os municípios que compõem a região estudada, o investimento total foi de quase R\$ 200 milhões, onde mais uma vez o município que efetuou o maior investimento do município de Monteiro, com R\$ 26.102.083,68 e Ouro Velho foi aquele que realizou o menor investimento R\$ 8.540.439,09. Ao verificarmos tais despesas *per capita*, Monteiro foi o município com a menor média de investimento, apenas R\$ 56,74 anual. Vale ressaltar que por vezes neste trabalho, quando se tratou dos investimentos de recursos próprios em saúde, se utilizou a palavra gasto, nomenclatura utilizada pelo próprio SIOPS/DATASUS, entretanto preferimos tratar como investimento, uma vez que todo desprendimento de recursos com o intuito de melhorar a vida da população deva ser tratado como investimento.

O município de Monterio merece uma atenção diferenciada neste estudo, uma vez que é o município que recebe o maior montante de transferências do SUS com o valor de R\$ 79.261.744,43, mas é aquele que realizou o menor investimento de recursos próprios *per capita*, entre todos os municípios que compõem o estudo. É necessário que sejam desenvolvidas políticas públicas que possam atuar em todas as esferas de governo a fim de buscar um equilíbrio entre os repasses do SUS e investimentos de recursos próprios em saúde por parte dos municípios, haja vista que nos municípios estudados existem maior transferências de recursos do que investimentos de recursos próprios.

De acordo com os dados obtidos, se pode verificar que nos anos de 2008, 2010 e 2014, houvessem aumento das transferências do SUS para os municípios, vale ressaltar que estes anos foram anos em que ocorreram eleições, sejam municipais ou nacionais, de forma que é necessário verificar qual relação entre a implementação de novos programas de governo em anos eleitorais.



O SUS nos traz avanços e conquistas e avanços para saúde de todos os brasileiros, e as transferências de recursos para os pequenos municípios é primordial para que estes possam desempenhar atividades básicas e prestar serviços mínimos de atenção em saúde, uma vez que as arrecadações desses municípios são ainda pequenas, inviabilizando a estruturação de um sistema de saúde eficaz somente com recursos municipais. Tais transferências permite que os municípios atuem de forma preventiva e paleativa, com a coparticipação de todas as esferas de governo, para que o usuário final seja atendido em sua necessidade, que no caso da saúde tem sua importância redobrada.

Os municípios necessitam desenvolver estratégias de gestão e orçamento que auxiliem os gestores a utilizarem os recursos de forma a maximizar os resultados e fortalecer os programas em busca da independência, ou ao menos diminuição do financiamento da saúde por parte da União. Recomenda-se ainda pesquisas futuras que quiçá possam realizar comparativos entre regiões e assim mostrar a relação entre saúde pública e gastos públicos.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 9. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2009.

BRASIL. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, 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. Brasília, 20 set. 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 20 abr. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, 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. Brasília, 31 dez. 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 19 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z** : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.: il color + 1 CD-ROM – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/sus-3edicao-completo-190911.pdf>>. Acesso em: 25 mar 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Emenda Constitucional nº 29**, de 13 de setembro de 2000. Altera os art. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 set. 2000. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 10 abr 2017.

BEUREN, Ilse Maria et al. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade**: teoria e prática. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2012.

FREY, Klaus. **Políticas Públicas**: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. In: Revista Planejamento e Políticas Públicas, Nº 21 - Jun./2000.

GUEDES, T.A.; ACORSI, C.R.L.; MARTINS, A.B.T.; JANEIRO, V. **Projeto de Ensino: Aprender Fazendo Estatística**. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/136689180/Estatistica-Descritiva-1>>. Acesso em: 04 de fevereiro. 2015.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2009.

MEDEIROS, José Washington de Moraes. **A iniciação científica na educação a distância**: a construção do conhecimento em rede. João Pessoa, 2012.

MENDES, Aquilas Nogueira. **Financiamento, gastoe gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001)**. Tese (doutorado). Campinas/SP: Instituto de Economia. Universidade Estadual de Campinas, 2005. 422p. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000376445&opt=1>>. Acesso em: 02 abr. 2017.

NÓBREGA JR, José Maria Pereira da. **Políticas Públicas e Segurança Pública em Pernambuco: o case pernambucano e a redução da violência homicida**. Revista *Latitude, On Line*, Vol. 8, nº 2, pp. 315-335, 2014.

SANTOS, Éverton Gomes Ferreira de Abreu. **Uma avaliação comparativa da eficiência dos gastos públicos com saúde nos municípios brasileiros**. 2008. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12138/tde-13012009-152753/pt-br.php>>. Acesso em: 02 mar. 2017.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos. **O Estado e os problemas contemporâneos** / Maria Paula Gomes dos Santos. Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2009.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**. In: *Sociologias*, Porto Alegre, nº 16, jul./dez., 2006, p. 20-45.

SOUZA, G.C.A., COSTA, I.C.C. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças**. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/29666/31538>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

WEILLER, José Alexandre Buso. **Desempenho dos gastos públicos com saúde no município de São Bernardo do Campo: um estudo sobre o instrumento “Orçamento por Desempenho”**. 2014. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde.../publico/JoseAlexandreBusoWeiller.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2017.