

A saúde nos municípios amazonenses no período 2013-2018: um olhar a partir da distribuição dos gastos públicos.¹

Iuri Felipe Bezerra de Freitas²Andreia Brasil Santos³

Resumo

Avaliar a distribuição do gasto público com saúde é importante para embasar o planejamento da oferta das ações e serviços de saúde, permitindo que a sua alocação seja realizada de forma maximizar o atendimento das demandas da população. Objetivou-se avaliar a distribuição do gasto público com saúde (GPS) nos municípios do estado do Amazonas, no período 2013-2018. A análise foi feita por meio da avaliação da distribuição do gasto público com saúde *per capita*, da relação entre o gasto público com saúde e a renda gerada nos municípios e da evolução do gasto público diante do crescimento populacional. Constatou-se um cenário de desigualdade na distribuição do GPS tanto na distribuição por município, quanto na distribuição por Região de Saúde. A tendência do gasto público divergiu entre os municípios, sendo os de maior porte os que tiveram a maior participação no GPS, mas apresentaram queda no GPS entre 2013 e 2018. Já os municípios de pequeno porte tiveram baixa participação no GPS.

Palavras -chave: desigualdade, saúde, gasto público, Amazonas.

Health in Amazonian municipalities in the period 2013-2018: a look from the distribution of public spending.

Abstract

Evaluating the distribution of public spending on health is important to support the planning of the provision of health actions and services, allowing their allocation to be carried out in a way that maximizes meeting the demands of the population. The objective was to evaluate the distribution of Public Expenditure on Health (PEH) in the municipalities of the state of Amazonas, in the period 2013-2018. The analysis was carried out by evaluating the distribution of public spending on health per capita, the relationship between public spending on health and the income generated in the municipalities and the evolution of public spending in the face of population growth. PEH distribution both in the distribution by municipality and in the distribution by Health Region. The trend of public spending differed among the municipalities, with the larger ones having the highest participation in PEH, but showing a drop in PEH between 2013 and 2018. Small municipalities, on the other hand, had low participation in PEH.

Keywords: inequality, health, public spending, Amazonas.

1. Introdução:

Do ponto de vista econômico a necessidade da existência do Estado está relacionada às falhas de mercado. Incapaz de exercer todas as funções econômicas, o mercado precisa que o governo o

¹ Esta pesquisa foi desenvolvida dentro do Programa Institucional de Iniciação Científica, com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas

² Bacharel em Ciências Econômicas pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

³ Professora associada do Departamento de Economia e Análise (DEA) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

guie, corrija e o complete. Dessa forma, a ciência econômica atribui ao Estado três funções básicas: Função alocativa, função distributiva e função estabilizadora (GIAMBIAGI; ALÉM, 2016).

A função alocativa consiste na provisão de bens públicos (bens que são não-excludente e não-rivais), ou seja, bens ou serviços que não podem ser ofertados pelo mercado. A pesquisa trata de um destes serviços, a saúde, que é considerado um bem semipúblico (ou meritório), pois embora possa ser ofertado pelo mercado, é oferecido principalmente pelo governo, por gerar elevados benefícios sociais e externalidade positivas.

O estudo da distribuição dos gastos públicos com saúde é importante para embasar as decisões no âmbito do Sistema Único de Saúde. As ações realizadas no campo da saúde por parte do governo precisam ser financiadas, e a alocação de recursos realizados de forma mais racional permitiria maximizar a eficácia na prestação desse serviço que é essencial para a população.

Alguns municípios amazonenses só podem ser acessados de avião ou barcos, o que torna mais difícil a prestação de serviços públicos de saúde em regiões distantes da capital. O estado do Amazonas localiza-se no norte do país, é o maior estado em extensão do Brasil e tem 62 municípios dos quais 55% apresentam baixa densidade populacional (AMAZONAS, 2017).

O objetivo da presente pesquisa é analisar a distribuição dos gastos públicos nos municípios do estado do Amazonas. Para isso, pretende-se, de forma mais específica, avaliar a distribuição do gasto público *per capita* com saúde; analisar a relação entre o gasto público com saúde e a renda gerada nos municípios e examinar a evolução do gasto público diante do crescimento da população.

Os gastos com saúde são analisados na fase da liquidação da despesa, que é a segunda fase da execução financeira do setor público, conforme os valores que constam nos sistemas de informação disponibilizados pelo governo.

2. Referencial Teórico

A participação do governo na economia passou a ganhar a devida relevância com os economistas keynesianos, eles atribuíam a esse agente a função de garantir a estabilidade dos preços, gerar crescimento econômico e eliminar o desemprego, por meio da política fiscal e monetária (HUNT; LAUTZENHEISER, 2013). A intervenção estatal que a princípio serviria para superar a profunda crise da década de 30, se tornou naturalmente aceita, principalmente na administração da demanda agregada e na aplicação de instrumentos de política para a estabilização econômica (GIACOMONI, 2010, p.22).

Além da função estabilizadora proposta por Keynes, há outras duas funções econômicas atribuídas ao orçamento público que são: A função alocativa e função distributiva. A função alocativa

é necessária quando o resultado apresentado pelo mercado é considerado insatisfatório, como na provisão de bens público, ou quando os benefícios gerados pelo acesso da população ao bem são mais importantes que seu uso como bem privado. A função distributiva visa corrigir a distribuição de renda, objetivando alcançar um nível menor de desigualdade, um exemplo de política de distribuição de renda é a cobrança progressiva de tributos sobre as classes mais ricas e a transferência desses recursos coletados para as classes mais pobres. (GIACOMONI, 2010).

Grande parte da população não tem renda suficiente para arcar com os serviços de saúde ofertados por empresas privadas, dessa forma, o Estado é considerado o grande responsável por garantir que essas pessoas tenham acesso a esse tipo de serviços. Em países com alta concentração de renda, a oferta desse serviço por parte do governo é uma forma de redistribuição de renda, dado que os impostos coletados são utilizados para prover um benefício à população mais pobre. O governo não precisa se preocupar em setores onde o livre mercado gera um resultado satisfatório, como os mercados de frutas ou legumes, no entanto, o Estado tem o dever de garantir que a população tenha acesso à saúde, visto que os preços praticados pelas empresas do setor impedem que uma parcela considerável não tenha acesso aos serviços (GIAMBIAGI; ALEM, 2016, p.34).

Para aprimorar o sistema de financiamento do setor de saúde no Brasil, além da eficiência e efetividade do gasto público nessa área, bem como o volume que será despendido pelo Estado com saúde, há outros objetivos, que gerarão melhorias no sistema de financiamento, que podem ser destacados: a proteção financeira contra os riscos do adoecimento, a equidade no financiamento e no acesso aos serviços de saúde (PIOLA et al, 2013, p.19).

Um dos princípios do Sistema Único de Saúde é a universalidade, o acesso de toda a população aos serviços de saúde providos pelo Estado. Para alcançar o acesso universal à saúde é necessário decidir como os serviços serão distribuídos no espaço, de forma que a distância entre o cidadão e a unidade de saúde seja minimizada. Essa decisão influenciará diretamente o montante dispendido por cada município no campo da saúde.

Atender o máximo de pessoas possível e reduzir a distância entre os fornecedores foram critérios adotados no desenvolvimento da teoria dos lugares centrais, que acaba por colaborar para o entendimento da distribuição dos serviços de saúde em um estado. De acordo com a teoria dos lugares centrais proposta por Christaller, os bens e serviços são ordenados com base na frequência que são demandados. Dessa forma, os bens que são consumidos com maior frequência, que o autor chama bens de ordem inferior, tendem a ter seus ofertantes mais próximos dos consumidores e os produtores atendem uma pequena parcela do mercado. Os bens de ordem superior, aqueles que são demandados

com uma frequência menor, tem sua oferta concentrada nos grandes centros, e o ofertante tem uma vasta área de mercado para suprir (MONASTERIO; CAVALCANTI, 2011, p.57).

A especificação do serviço, segundo a teoria dos lugares centrais, é outro fator que explica a oferta de serviços exclusivamente nos grandes centros. A baixa complexidade de determinados serviços que apresentam uma demanda considerável, viabiliza sua oferta em pequenas cidades. Já quando o serviço se torna muito específico, sua demanda diminui, o que acaba por viabilizar sua oferta apenas nos grandes centros. Pode-se observar que postos de saúde são encontrados em quase todos os municípios, já determinadas cirurgias ou outros procedimentos médicos mais complexos são ofertadas apenas em grandes cidades (SOARES et al, 2016, p.568).

A oferta de bens e serviços exclusivamente nos grandes centros não significa que os habitantes das pequenas cidades não sejam beneficiados. Com base no efeito de transbordamento (*spillover effect*), que se dá por meio de benefícios gerados aos residentes de um município, de forma direta ou indireta, por gastos realizados por outro município (ISEN, 2014), pode-se afirmar que os residentes do interior também desfrutam dos serviços prestados nos grandes centros.

O efeito de transbordamento pode se dar de duas maneiras. Na primeira, os benefícios do gasto do governo de determinada localidade extrapolam seus limites geográficos, como os benefícios do gasto com despoluição de um rio que passa por dois municípios. A outra forma se dá por meio do deslocamento de um cidadão de uma localidade para consumir um serviço oferecido num município, como o deslocamento de habitantes do interior para a capital para realizarem cirurgias específicas (SOLÉ-OLLÉ, 2006).

A grande desigualdade econômica entre os municípios do Amazonas prejudica a regionalização e a oferta dos serviços de saúde na região. A população de Manaus, capital do estado, representa cerca de 60% da população do estado, além de apresentar a melhor qualidade de vida da região, a cidade é responsável por aproximadamente 77,7% do PIB do estado. Na capital, concentram-se todos os serviços de alta complexidade e quase 89% dos de média complexidade ofertados no estado, dessa forma, os moradores do interior são obrigados a se deslocarem para a capital quando necessitam de atenção especializada (GARNELO; SOUSA; SILVA, 2017, p. 1227).

No entanto, o deslocamento para tratar problemas de saúde mais graves causa um grande impacto na vida dos que habitam fora dos grandes centros no Amazonas. Há diversas barreiras que dificultam a população ribeirinha a ter acesso aos serviços de saúde, como a distância para chegar até uma unidade de saúde, o tempo do deslocamento, os custos com a viagem e, caso haja a necessidade de internação, os gastos com hospedagem e alimentação dos acompanhantes. Além disso, ao precisarem se deslocar para outra cidade para ter acesso aos serviços de saúde, a renda da população

ribeirinha é impactada negativamente, uma vez que precisam pausar as atividades agrícolas, de pescas e demais atividades econômicas que exercem, o que gera um incentivo à automedicação para evitar o deslocamento, e isso pode resultar no agravamento de doenças (GUIMARÃES et al, 2020, p.5).

2.1 Impactos do gasto público com saúde

Há diversos estudos que apontam que o gasto público pode impactar positivamente o bem-estar da população de diversas maneiras. Dessa forma, é importante que o Estado se certifique que esse gasto chegue a toda a população, para que todos possam desfrutar da melhoria em seu bem-estar, e não apenas os residentes dos grandes centros urbanos.

Soave, Gomes e Sakurai (2016), ao analisarem o efeito do gasto público no consumo privado, considerando agentes otimizadores, que são aqueles que esperam por um aumento futuro de imposto para financiar a elevação de gasto público e por isso poupam para arcar com o aumento de impostos, sugerem que os bens públicos e privados são complementares e constataram a presença do efeito *crowding in*, quando o aumento do gasto público eleva a demanda por bens e serviços privados.

Bloom, Canning e Sevilla (2004), ao estimarem o crescimento econômico com base no crescimento dos insumos de fatores, inovação tecnológica e difusão tecnológica, indicam que o investimento em serviços de saúde tem um efeito positivo sobre o crescimento econômico. Tal investimento leva ao aumento da produtividade dos trabalhadores, e é por meio dessa elevação da produtividade do trabalho que se obtém o crescimento econômico. Eles apontam que o aumento em um ano na expectativa de vida da população, variável que foi utilizada como *proxy* do estado de saúde do capital humano, gera uma elevação de 4% na produção.

2.2 Desigualdade na oferta de serviços de saúde

O princípio da igualdade na alocação dos recursos acarreta em invariabilidade, equivalência. Já a equidade implica na busca da distribuição mais justa dos recursos. Uma situação será considerada equitativa quando, de maneira simultânea, casos que apresentam similaridades sejam tratados de maneira similar (equidade horizontal) e casos que apresentam diferenças ~~seja tratado~~ sejam tratados de modo diferente (equidade vertical) (MACHADO; FORTES; SOMARRIBA, 2004, p .101).

No Brasil, que apresenta uma grande desigualdade social e pobreza, o baixo nível de saúde gera uma dependência da maioria da população aos serviços públicos de saúde. A decisão sobre onde devem se localizar os recursos para a garantia do direito à saúde deve considerar as diferenças tanto do nível de saúde quanto do acesso a ela. Existindo uma enorme distinção entre as necessidades de saúde de uma parcela da população, e o acesso que esse grupo tem aos serviços prestados pelo Estado

na área da saúde, igualdade e equidade não serão sinônimos. E, quando um grupo tem suas necessidades atendidas enquanto outros são negligenciados, torna-se evidente a distinção entre o princípio igualdade, proporcionar recursos igualmente a todos, e o princípio de equidade, alocar recursos de acordo com as distintas necessidades (MACHADO; FORTES; SOMARRIBA, 2004, p. 101).

O perfil de usuários mais negligenciados, que apresentam alta necessidade, alta predisposição e baixa capacidade de consumo de serviços de saúde, é composto por pessoas idosas, que moram sozinhas e apresentam alta necessidade de serviços especializados. Mais preocupante ainda é o grande grupo formado por indivíduos que apresentam dificuldade para ter acesso aos serviços de saúde, e ainda assim se autoavaliam como saudáveis e não relatam possuir doenças crônicas ou limitações de atividades. A dúvida que surge dessa questão é se a ausência de morbidades não é gerada pelo baixo nível de acesso aos serviços saúde, que acaba por dificultar a avaliação adequada do estado de saúde desses indivíduos (SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002. p. 765)

Arruda, Maia e Alves (2018) exemplificam a questão do menor acesso aos serviços de saúde falando da população rural., que tem uma pior percepção do estado de saúde. Apenas os problemas decorrentes do exercício de atividades agrícolas, como problemas na coluna, são maiores nas áreas rurais. Os habitantes dessas regiões exibem uma participação baixa no consumo de planos de saúde e planos que cobrem internações hospitalares, pois apresentam um baixo nível de renda, e isto inviabiliza a adesão a tais serviços. Nas áreas rurais brasileiras a oferta de serviços públicos de saúde é ainda mais essencial.

3. Metodologia

A pesquisa pode ser classificada, quanto aos seus fins, como pesquisa exploratória (VERGARA, 2004), uma vez que estudar o gasto público com saúde, aprofundar os conhecimentos e tornar mais clara a evolução destes nos municípios amazonenses. No que se refere aos meios, a pesquisa pode ser classificada como documental, visto que os dados utilizados foram obtidos a partir dos relatórios fornecidos pelos sistemas de gerenciamento de informações disponibilizados ao público pelo governo federal.

A principal fonte de coleta de dados foi o Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (SICONFI), gerenciado pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN). Tal sistema coleta as informações contábeis, financeiras e orçamentárias de todos os estados e municípios brasileiros, do Distrito Federal e da União, visando atender a Lei de Responsabilidade Fiscal, que determina que União, Estados e Municípios devem tornar públicos seus dados contábeis,

orçamentários e fiscais em periodicidade, formato e sistema definidos pelo órgão central de contabilidade da União (STN, s/d).

A consulta para coleta de dados foi realizada em fevereiro de 2022, na área do SICONFI disponível para acesso do público em geral, e que fornece dados em planilha eletrônica, para o período de 2013 a 2018.

Quanto aos indicadores socioeconômicos, estes também foram coletados por meio de sistemas de informações disponibilizados por órgãos oficiais brasileiros como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). As informações coletadas foram analisadas utilizando ferramentas disponíveis em softwares de planilhas eletrônicas, além de outros softwares livres, com acesso gratuito, que permitam a geração de gráficos e mapas.

Considerou-se como gasto público com saúde o montante descrito como executado na função saúde. O gasto foi analisado em seu estágio de liquidação e os valores foram deflacionados para preços de 2018 utilizando o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Dados sobre gasto público com saúde nos municípios de Santa Isabel do Rio Negro e Uarini no ano 2013, e nos municípios Itamarati e Pauini no ano de 2014, bem como de Pauini e, novamente, em Santa Isabel do Rio Negro no ano de 2015, não estavam disponíveis no site do SINCONFI, desse modo, a base de dados é complementada com dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Os valores do gasto público com saúde no ano de 2016 dos municípios de Tabatinga (RS Alto Solimões) e Careiro (RS Manaus, Entorno e Alto Rio Negro) não estavam disponíveis, optou-se por manter os municípios na análise pois Tabatinga é o município de referência da RS Alto Solimões

Para analisar a distribuição das despesas com saúde nos municípios do Amazonas foram realizadas comparações entre os municípios, verificando o gasto público *per capita* com saúde, a relação entre o PIB do município e o gasto com saúde e, por fim, a evolução das despesas com saúde e o crescimento populacional.

O gasto público *per capita* com saúde, que consiste na razão entre o total das despesas liquidadas na função saúde e a estimativa da população de acordo com o IBGE, permite-nos estimar quanto determinado município gasta com esse serviço, por cidadão. Já a relação entre o PIB municipal e as despesas municipais com saúde nos informa se à medida que a geração de riqueza nos municípios aumenta há uma elevação no gasto com saúde, ou vice-versa.

À medida que a população do município cresce, espera-se que haja um aumento das despesas. A observação de séries históricas da evolução do gasto público com saúde nos municípios diante do

crescimento da população nos permite tomar ciência se o aumento dos gastos acompanha o crescimento populacional

3.1 Caracterização da área de estudo

O Amazonas é o maior do Brasil em extensão territorial, tendo cerca de 1.500.000 Km², abrangendo mais de 18% da superfície do país. Localiza-se na Região Norte e possui 4.269.995 habitantes, sendo 79,09 na área urbana e 21,01% na zona rural. A densidade demográfica de 2,73 hab/ km². (IBGE, 2022).

Para os fins aos quais se propõe o presente artigo, optou-se por considerar a divisão geográfica utilizada pelos órgãos responsáveis pela gestão da saúde pública no Brasil. Para que os Estado e municípios, de forma voluntária, se tornem aptos a receber recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus próprios fundos, é necessário cumprir os critérios definidos pelas Normas Operacionais. Uma das exigências para o estado participar do Fundo é a divisão do território em Regiões de Saúde (BRASIL, 2003).

A Região de Saúde serve para permitir a integralidade da oferta dos serviços de saúde por meio da colaboração entre os municípios, e possibilita que habitantes de municípios de pequeno porte não precisem se deslocar para muito longe de sua residência para ter acesso a serviços de saúde de maior complexidade, que seu município é incapaz de ofertar (SANTOS, 2017).

Região de Saúde – base territorial de planejamento de atenção à saúde, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada Estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um Estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde (BRASIL, 2003 p.34).

A integralidade das ações e serviços públicos de saúde promovida pelas Regiões de Saúde se dá por meio do processo de referência de serviços. Os serviços de saúde de maior complexidade necessitam de escala para tornarem-se viáveis, ficando restritos aos municípios de maior porte. Organizando-se dessa forma, os municípios são obrigados a observarem não apenas as necessidades de saúde do município, mas realizar o planejamento visando suprir a necessidade da Região de Saúde da qual faz parte.

O quadro 1 apresenta as nove regiões de saúde do estado do Amazonas, os municípios que as compõem, bem como, o que se constitui em referência para serviços de média complexidade na sua respectiva Região de Saúde.

Quadro 1: Regiões de Saúde do Amazonas.

Região de Saúde	Município de Referência	Municípios
Alto Solimões	Tabatinga	Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Fonte Boa, Jutaí, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença e Tonantins.
Triângulo	Tefé	Alvarães, Japurá, Juruá, Maraã e Uarini.
Rio Negro e Solimões	Manacapuru	Anamã, Anori, Beruri, Caapiranga, Coari, Codajás, Novo Airão
Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	Manaus	Autazes, Barcelos, Careiro, Careiro da Várzea, Iranduba, Manaquiri, Nova Olinda do Norte, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, Santa Isabel do Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira.
Médio Amazonas	Itacoatiara	Itapiranga, São Sebastião do Uatumã, Silves, Urucará e Urucurituba.
Baixo Amazonas	Parintins	Barreirinha, Boa Vista do Ramos, Maués e Nhamundá.
Juruá	Eirunepé	Carauari, Envira, Guajará, Ipixuna e Itamarati.
Purus	Lábrea	Boca do Acre, Canutama, Pauini e Tapauá.
Rio Madeira	Humaitá	Apuí, Borba, Manicoré e Novo Aripuanã.

Fontes: Elaboração própria, com base no Amazonas (2017).

4. Análise e Discussão

A tabela 1 apresenta a trajetória do total do Gasto Público com Saúde (GPS), considerando os valores executados pelo conjunto dos municípios amazonenses. Observa-se que esta variável não apresentou uma tendência de crescimento constante no período de 2013 a 2018. A soma do GPS, a preços de 2018, no estado passou de um montante de cerca de R\$ 1.6 bilhões em 2013 para R\$ 1.7 bilhões em 2018, no entanto, após um crescimento de 5,77% no ano de 2014, ocorreram quedas nos anos de 2015 e 2016 equivalentes a -8,65% e -5,83%, respectivamente, em 2017 houve uma tímida elevação de 0,36%, que foi seguida de um aumento em 2018 igual a 14,68%.

Tabela 1: Evolução do total do Gasto Público com Saúde e Gasto Público com Saúde *per capita* nos municípios do estado do Amazonas, e Participação do GPS no PIB entre 2013 e 2018.

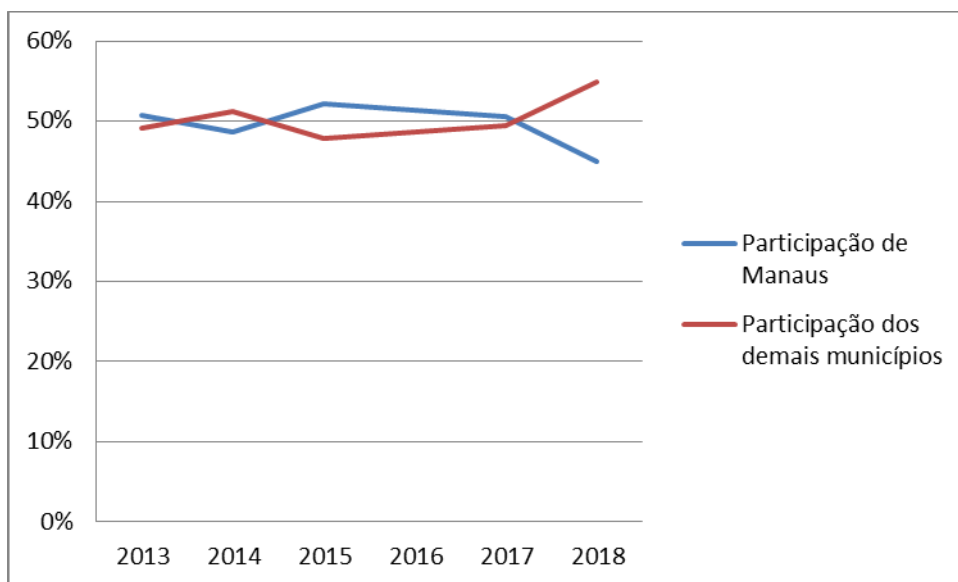
	GPS (em milhões)	Evolução do GPS (%)	GPS <i>per capita</i> (R\$)	Evolução do GPS <i>per capita</i> (%)	Participação GPS/PIB (%)
2013	1.638,95	-	430,40	-	1,48%
2014	1.733,53	5,77%	447,51	3,97%	1,59%
2015	1.583,52	-8,65%	402,08	-10,15%	1,61%
2016	1.491,26	-5,83%	372,66	-7,32%	1,57%
2017	1.496,58	0,36%	368,29	-1,17%	1,55%
2018	1.716,23	14,68%	420,58	14,20%	1,71%

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SICONFI, SIOPS, IBGE e IPEA, 2022.

Mesmo crescendo no ano de 2018, em relação ao ano anterior, o GPS não retornou ao patamar mais elevado do período alcançado em 2014, após as sucessivas quedas. Como mostra a tabela 1, o montante máximo investido pelos municípios amazonenses durante o período é realizado no ano de 2014, e equivale a cerca de R\$ 1.733 milhões, e foi, no ano de 2018, 1% menor que em 2014.

A figura 1 mostra a participação do gasto público com saúde realizado por Manaus, que é referência em serviços de saúde de alta complexidade para os demais municípios do estado. A capital do estado é responsável pela maior parte dos recursos financeiros direcionados à saúde no Amazonas. Durante os anos analisados, a participação da capital no total de gastos com a função saúde, manteve-se sempre próxima a 50%, chegando a 52% no ano de 2015. Quando houve um aumento do gasto com saúde no estado em 2014 e 2018, o GPS realizado pela capital também cresceu, entretanto, a participação de Manaus no GPS total caiu para 49% e 45%, respectivamente, o que indica o crescimento da participação dos municípios do interior no financiamento dos serviços de saúde ofertados.

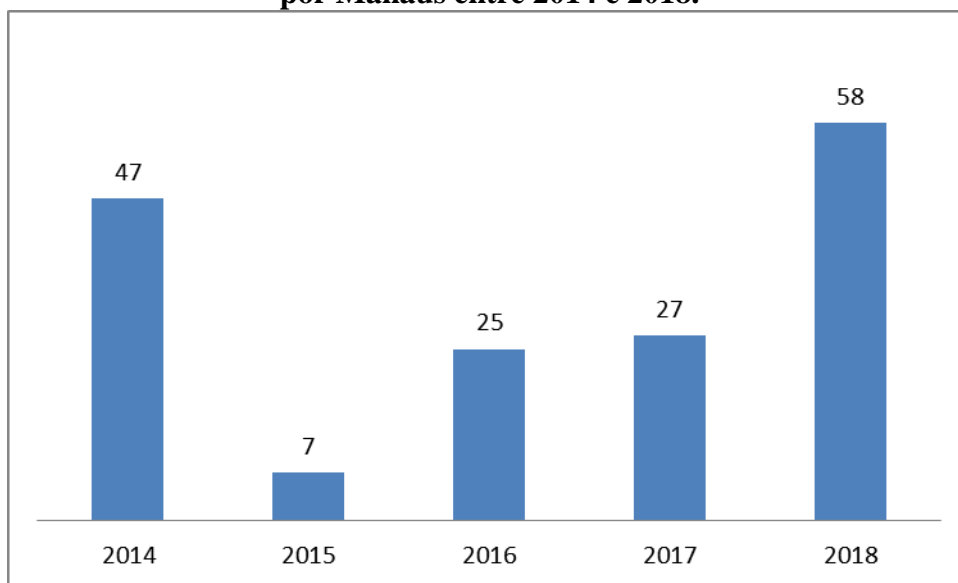
Figura 1: Evolução da participação de Manaus e dos demais municípios no GPS.



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do SICONFI e SIOPS, 2022.

Na figura 2, pode ser observado que em 2014 75,81% dos municípios amazoneses aumentaram o GPS a uma taxa superior à apresentada por Manaus. Já em 2018, 93,55% dos municípios tiveram aumento que superou a taxa de crescimento do GPS realizada pela capital, o que resultou na queda da participação de Manaus no GPS do estado nos anos de alta.

Figura 2: Quantidade de municípios que elevaram o GPS a uma taxa superior a apresentada por Manaus entre 2014 e 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do SICONFI e SIOPS, 2022.

Embora tenham elevado, no conjunto, a sua participação no financiamento dos serviços de saúde prestados na região, os municípios do interior do estado, individualmente, ainda representam uma parcela pequena do montante despendido com a função saúde no conjunto dos municípios amazonenses. Entre os anos de 2013 e 2017 a quantidade de municípios com participação igual ou superior a 1% no total do GPS no estado variou entre 10 e 13 municípios, e no ano de 2018 o estado apresentou 19 municípios com participação igual ou superior a 1%.

Entre os municípios com maior participação no GPS, 8 são referências na Região de Saúde, conforme evidencia a tabela 2. Apenas Eirunepé, que também é referência, não alcançou uma participação de 1% em nenhum dos anos avaliados.

Coari e Presidente Figueiredo alcançaram participações que superaram municípios que se constituem como referência para serviços de média complexidade, tiveram, em média, participação de cerca de 3,9% e 2%, respectivamente. Além deles, Iranduba e Maués, que também não são referências, tiveram participação superior a 1%, alcançando um desempenho superior a Lábrea e Eirunepé.

Tabela 2: Participação dos municípios de maior porte no GPS total - 2013-2018, em %.

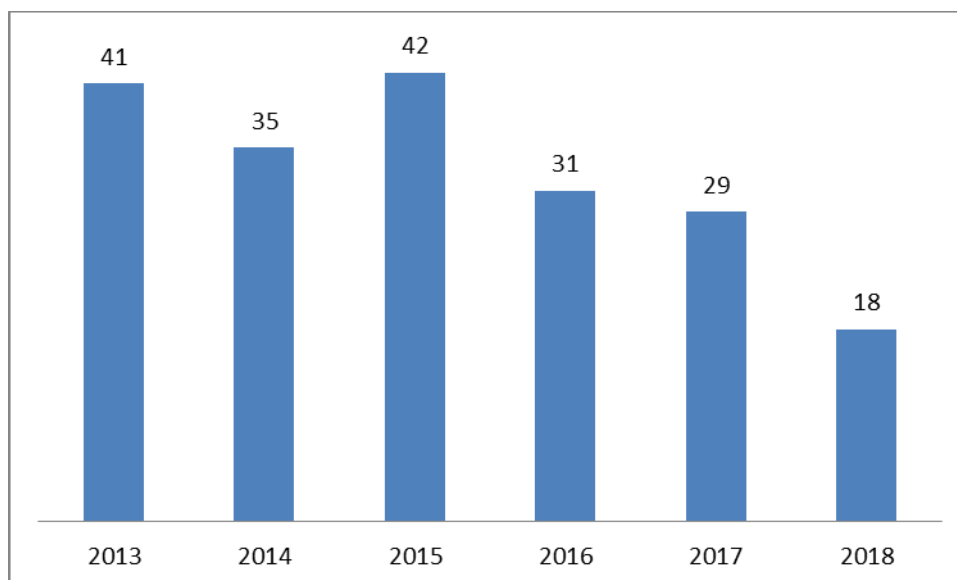
Municípios	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Eirunepé	0,68%	0,73%	0,72%	0,60%	0,73%	1,02%
Coari	4,70%	4,91%	3,22%	3,97%	3,12%	3,42%
Humaitá	1,60%	1,58%	1,59%	1,70%	1,56%	1,58%
Iranduba	1,08%	1,23%	1,04%	0,92%	1,06%	1,17%
Itacoatiara	3,17%	3,43%	3,32%	3,18%	3,12%	2,92%
Lábrea	1,11%	0,90%	0,75%	0,71%	0,95%	1,18%
Manacapuru	2,41%	2,55%	2,70%	2,67%	2,48%	1,95%
Manaus	50,80%	48,72%	52,22%	51,36%	50,54%	45,02%
Maués	1,49%	1,87%	1,57%	1,66%	1,57%	1,45%
Parintins	3,01%	2,96%	2,91%	3,02%	2,86%	2,84%

Presidente Figueiredo	2,08%	2,10%	2,18%	2,05%	1,91%	1,77%
Tabatinga	1,30%	0,93%	1,11%	-	0,98%	1,01%
Tefé	2,10%	1,86%	1,81%	1,86%	2,09%	2,19%

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do SICONFI e SIOPS, 2022.

O GPS *per capita* do conjunto dos municípios é o valor do gasto com saúde se este fosse igualmente distribuído entre os habitantes do estado, seria a distribuição mais igualitária possível. Em 2013, conforme apresentado na tabela 1, o GPS *per capita* do conjunto de municípios amazonenses foi equivalente a R\$430,40 e, como mostra a Figura 3, cerca de 66% dos municípios tiveram GPS *per capita* inferior a este valor. Em 2014 observa-se uma melhora, pois o GPS *per capita* do conjunto de municípios estudados foi R\$447,51 e o percentual dos municípios que tiveram gastos inferiores a este caiu para 56,45%. No ano seguinte, porém, retorna-se ao cenário de 2013 e 67% dos municípios apresentaram GPS *per capita* inferior ao estadual, que foi equivalente a R\$402,08.

Figura 3: Quantidade de municípios com GPS *per capita* inferior ao do conjunto dos municípios entre 2013 e 2018 (em unidade).



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do SICONFI, SIOPS e IBGE, 2022.

A partir de 2016 os municípios do estado apresentam uma tendência de melhora na distribuição do GPS, com 51,67% dos municípios com GPS *per capita* inferior ao do conjunto dos municípios, que foi cerca de R\$372,01, e em 2017 o GPS *per capita* do conjunto foi R\$368,29 e 46,77% dos municípios tiveram GPS *per capita* abaixo desse patamar. O melhor ano entre os analisados foi 2018, com GPS *per capita* do conjunto igual a R\$420,58 e cerca de 29% dos municípios apresentaram GPS *per capita* abaixo do nível atingido pelo conjunto.

O município de Japurá apresentou um elevado GPS *per capita*, no início do período analisado foi igual a R\$921,56, cresceu 2,6% em 2014, houve uma queda para R\$824,65 em 2015 e voltou a crescer nos anos seguintes até alcançar um GPS *per capita* igual a R\$1.894,89 em 2018, o maior valor alcançado por um município durante todo o período analisado, um crescimento igual a 105,62% entre 2013 e 2018, no entanto, como veremos mais adiante, essa elevação foi resultante da redução da população estimada.

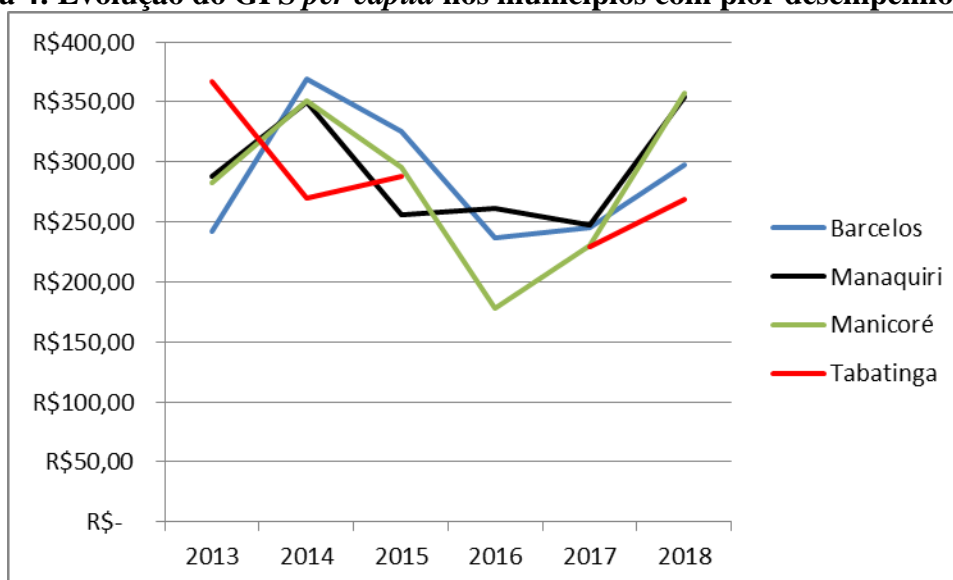
Presidente Figueiredo foi outro município que alcançou os mil reais em GPS *per capita*, mas com tendência divergente do município anterior. O GPS *per capita* no município reduziu -22,05% entre 2013 e 2018, iniciou o período com R\$1.099,62, em 2014 alcançou o valor máximo igual a R\$1.139,72 e apresentou quedas nos anos seguintes terminando com o GPS *per capita* equivalente a R\$857,16 em 2018, o segundo entre os municípios estudados, ficando abaixo apenas de Japurá.

Entre 2013 e 2018 o município de Presidente Figueiredo destinou por ano, do total dispendido com ações e serviços de saúde, cerca de 70% à Atenção Básica e, em média, cerca de 17% à Assistência Hospitalar e Ambulatorial.

Além de Presidente Figueiredo, outros 11 municípios apresentaram redução no GPS *per capita* entre 2013 e 2018. Dentre esses municípios, 6 (Humaitá, Itacoatiara, Manacapuru, Manaus, Parintins e Tabatinga) são municípios de referência para serviços de saúde de média complexidade na sua respectivas RS. Vale a pena reforçar que os gastos realizados nos municípios que se constituem em referência nas RS beneficiam não só os habitantes do município, mas também os que residem nas demais localidades que compõem a RS.

Como mostra a figura 4, Tabatinga apresentou o pior desempenho entre os municípios. Além de ter o menor GPS *per capita* do estado em 3 dos 6 anos analisados, sofreu uma redução de -26,68% no GPS *per capita* durante os anos avaliados, tendo GPS médio igual a R\$284,57. Outros três municípios também apresentaram a média do GPS *per capita* inferior a R\$300, mas, ao contrário de Tabatinga, elevaram o GPS *per capita* no período, são eles: Barcelos, que teve aumento de 22,89%, em Manaquiri cresceu 23,01% e Manicoré 26,40%.

Figura 4: Evolução do GPS *per capita* nos municípios com pior desempenho.



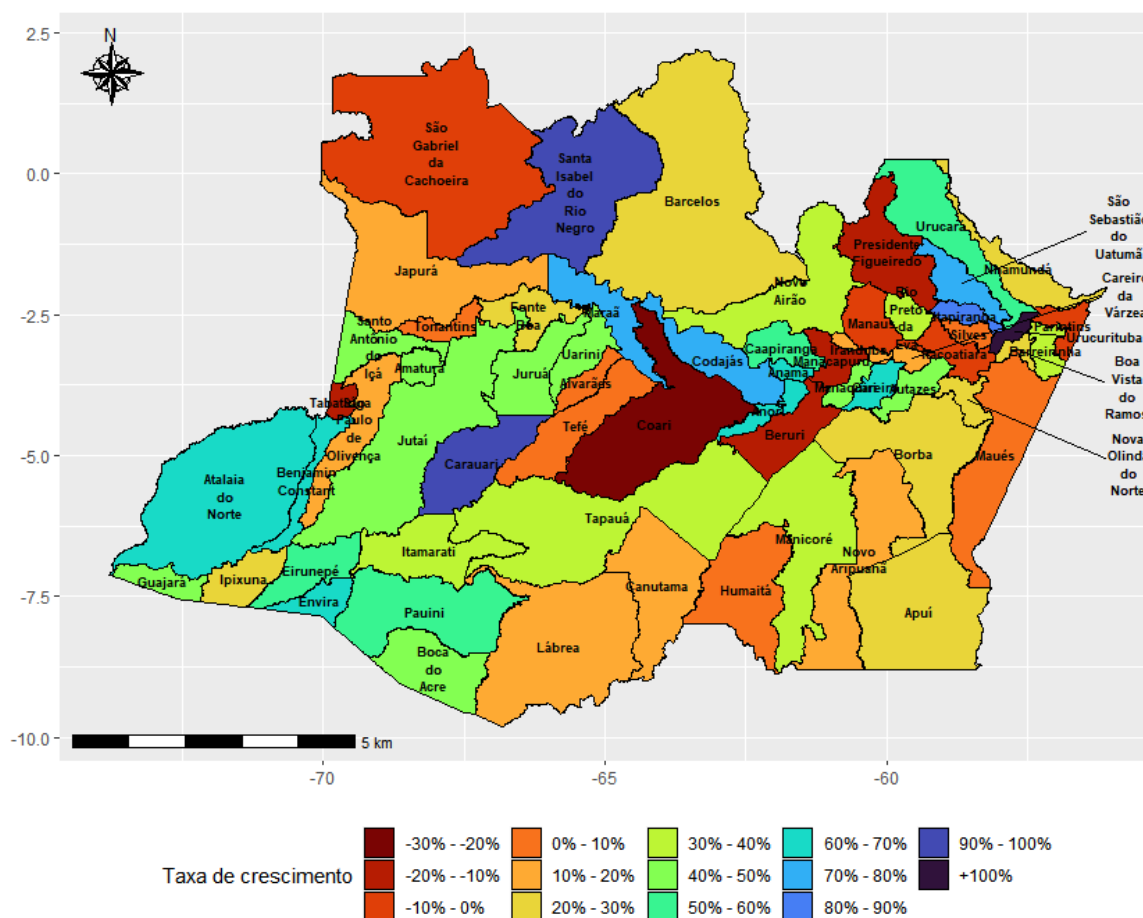
Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do SICONFI, SIOPS e IBGE, 2022

A avaliação da variação do GPS comparativamente à evolução da população estimada dos municípios, permite-nos entender melhor a evolução do GPS *per capita* nos municípios amazoneses, também nos possibilita saber se o crescimento do GPS acompanha o crescimento populacional.

Na figura 5 está ilustrada a taxa de crescimento do gasto público em saúde nos municípios amazoneses, considerando o ano inicial e final do período estudado. Dos sessenta e dois municípios, nove apresentaram decréscimo no GPS neste período, (Beruri, Coari, Itacoatiara, Manacapuru, Manaus, Parintins, Presidente Figueiredo, São Gabriel da Cachoeira e Tabatinga). Outros três municípios (Alvarães, Humaitá, Maués) apresentaram taxa de crescimento do GPS inferior à taxa de

crescimento da população residente no mesmo período, resultando na redução do GPS *per capita* no período analisado.

Figura 5: Taxa de crescimento do GPS nos municípios do Amazonas entre 2013 e 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do SICONFI e SIOP S, 2022.

No caso de Japurá, o crescimento no GPS *per capita* se deu por conta da redução da população estimada do município, no período estudado, o GPS em Japurá cresceu cerca de 10%, entretanto, no mesmo período, houve uma redução da população residente estimada em -46,33%.

Japurá não foi o único município a sofrer redução da população residente estimada durante o intervalo de tempo avaliado, outros 98 municípios também apresentaram reduções, são eles: Fonte Boa -16,64%, Itamarati -4,18%, Jutai-15,10%, Maraã -0,68%, Santo Antônio do Iça -9,71%, Tapuá -5,90, Tefé -4,34, Uruará -5,67 .

No geral, durante o período analisado, o crescimento da população no Amazonas foi superior ao crescimento do GPS, resultando na queda no GPS *per capita* do conjunto dos municípios. Enquanto a população residente estimada do estado Amazonas em 2013 era cerca de 3.807.921, após

um crescimento de 7%, alcançou uma população residente equivalente a 4.080.611 em 2018. Já o GPS, com uma trajetória de altos e baixos, cresceu 5% no mesmo período analisado.

A razão entre o Gasto Público com Saúde nos municípios do Amazonas e o PIB nos permite ter uma noção do tamanho do setor público de saúde na economia o estado.

A participação do GPS no PIB do estado do Amazonas cresceu 16% entre os seis anos avaliados. Como pode ser observado na tabela 1, em 2013 a participação do GPS no PIB amazonense era cerca de 1,48%, já em 2018, foi equivalente e 1,71%, mesmo crescendo no período, não alcançou uma participação superior a 2% do PIB em nenhum dos anos. Esse incremento da participação do GPS no PIB do estado não é um indício de que houve um aumento do compromisso dos gestores público com o financiamento dos serviços públicos de saúde, uma vez que, como já dito anteriormente, o GPS no estado reduziu -1% ente 2013 e 2018, sendo assim, essa elevação da participação do GPS no PIB estadual só foi possível em decorrência da contração de cerca de -10% no PIB do Amazonas.

A tabela 3 apresenta os 15 municípios com maior PIB em 2018. Dentre eles, apenas Codajás e Manicoré não fazem parte do grupo de municípios com maior participação nos GPS do conjunto dos municípios, exibidos na tabela 2.

Tabela 3: Os municípios com maior PIB em 2018.

Município	PIB (em milhões R\$)
Manaus	78.155,39
Coari	2.018,62
Itacoatiara	1.882,62
Manacapuru	1.428,78
Parintins	1.123,08
Tefé	936,72
Presidente Figueiredo	823,94
Irlanduba	678,37
Humaitá	621,32
Tabatinga	537,08
Manicoré	529,37
Eirunepé	518,22
Maués	502,00
Codajás	501,94
Lábrea	493,72

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do IBGE, 2022.

Uma vez que os municípios mais ricos são os que concentram o GPS, são necessários meios para que a população dos municípios mais pobres não fique desassistida. As Regiões de Saúde

poderiam colaborar para reduzir os danos da desigualdade na distribuição do GPS, mas a desigualdade também está presente entre as RS.

4.1 A Distribuição do GPS por Região de Saúde do Amazonas

Por meio da tabela 4, depreende-se que durante os 6 anos analisados a Região de Saúde Manaus, Entorno e Alto Rio Negro concentrou mais de 55% do financiamento dos serviços de saúde, e em todos os anos a população residente nesses 12 municípios representou mais de 60% da população total do estado. No entanto, em todo o período, o Gasto Público com Saúde *per capita* a preços constantes na Região de Saúde de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro ficou abaixo do GPS *per capita* do conjunto dos municípios, como mostra a tabela 5. Entre 2013 e 2018 o GPS *per capita* apresentou uma queda de 10%, passando de passando de R\$ 405,13 para R\$ 364,63.

Tabela 4: Gasto Público com Saúde nas Regiões de Saúde do Amazonas entre 2013 e 2018.

Região de Saúde	GPS (milhões de R\$)					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
RS Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	979,87	1.010,75	972,03	886,80	894,70	951,54
RS Rio Negro e Solimões	155,29	170,32	129,88	139,57	122,77	147,66
RS do Rio Madeira	71,60	81,88	74,93	73,72	68,97	85,38
RS do Médio Amazonas	82,07	90,09	79,52	75,35	75,07	100,14
RS Baixo Amazonas	96,29	107,96	94,47	95,30	90,05	102,26
RS Purus	53,04	58,03	49,67	45,02	44,23	68,20
RS Juruá	44,10	53,80	46,04	42,77	44,55	67,71
RS Triângulo	66,37	64,68	52,11	51,47	62,11	81,25
RS Alto Solimões	90,32	96,02	84,87	81,27	94,13	112,09

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do SICONFI e SIOPS, 2022.

A RS do Rio Negro e Solimões foi a segunda que mais gastou com saúde entre as RS durante o período avaliado. Como pode ser visto na tabela 4, a tendência do GPS na RS variou ano após anos, correspondendo, em 2013, a R\$ 155,29 milhões, e em 2014 alcançando o valor máximo dispendido com saúde, no período analisado, R\$ 170,32 milhões, No último ano da série, 2018, o GPS foi igual a R\$147,66 milhões, uma redução de -5% no gasto dispendido com saúde, em relação a 2013.

Tabela 5: Gasto com Saúde *per capita* por Região de Saúde no Amazonas entre 2013 e 2018.

Região de Saúde	GPS <i>per capita</i> (R\$)					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
RS Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	405,13	410,26	387,59	347,60	344,97	364,63
RS Rio Negro e Solimões	564,99	609,53	457,49	484,12	419,58	503,05
RS do Rio Madeira	393,63	441,91	397,29	384,23	353,57	434,95
RS do Médio Amazonas	507,93	549,60	478,33	447,15	439,72	586,50
RS Baixo Amazonas	412,85	455,96	393,23	391,14	364,64	413,68
RS Purus	418,68	453,15	383,79	344,31	334,95	519,45
RS Juruá	346,01	415,34	349,95	320,27	328,79	498,55
RS Triângulo	519,94	506,32	407,59	402,23	485,07	649,16
RS Alto Solimões	376,05	395,34	345,67	327,55	375,53	449,55

Fonte: elaboração própria, a partir de dados do SICONFI, SIOPS E IBGE (2022).

Quando se observa o GPS *per capita* na RS do Rio Negro e Solimões, a tendência de queda se mantém, mas o desempenho da RS em relação aos outros municípios melhora. A RS do Rio Negro e Solimões apresentou o maior GPS *per capita* em 2013, 2014 e 2017, e nos demais anos foi maior que o do conjunto dos municípios.

A RS Juruá foi a que apresentou o menor GPS durante a maior parte do período analisado, apenas no ano de 2017 não ocupou a última posição, que foi ocupada pela RS Purus, esta que ocupou a penúltima posição nos demais anos, ambas são as RS que menos gastaram com saúde.

Ao analisar o GPS *per capita* por RS, observa-se que o mesmo cenário pouco favorável da RS Juruá se repete, a RS apresentou GPS *per capita* inferior ao estadual durante todo o período e teve o menor em 2013, 2016 e 2017. Na RS do Purus o cenário difere da RS anterior, pois nos anos de alta do GPS no estado, 2014 e 2018, o GPS *per capita* da RS é superior ao estadual.

Embora a RS do Alto Solimões tenha elevado o GPS no período e dispendido com saúde valores que chegam a quase o dobro do que é gasto pela RS Juruá e RS Purus, o valor ainda é baixo para o contingente populacional. Como mostra a tabela 5, o GPS *per capita* da RS do Alto Solimões chegou a ser um dos menores durante os anos avaliados.

As Regiões de Saúde possibilitaram o acesso dos habitantes de municípios de pequeno porte ao gasto com serviços de saúde de média e alta complexidade. Dos municípios que tiveram o pior

desempenho, GPS *per capita* médio inferior a R\$ 300, Barcelos e Manaquiri fazem parte das Regiões de Saúde Manaus, Entorno e Alto Rio Negro; Tabatinga é o município de referência na RS Alto Solimões e Manicoré compõe a RS Rio Madeira. O gasto por habitante dessas RS, com exceção da RS Alto Solimões, superou o dos municípios de pequeno porte, em decorrência do acesso aos gastos com serviços de maior complexidade não ficar restrito apenas aos habitantes dos municípios de referência.

Na distribuição do GPS por município, o valor gasto com serviços de média complexidade é contabilizado apenas no GPS, e, conseqüentemente, no GPS *per capita* do município de referência. No entanto, esse valor também beneficia os moradores dos demais municípios da RS. No GPS *per capita* da RS, cotem o valor do gasto com serviços de média complexidade distribuído não apenas para os habitantes dos municípios de referencias, mas para todos os habitantes da RS.

5. Considerações Finais

A pesquisa analisou a distribuição do gasto público com saúde (GPS) nos municípios do estado do Amazonas entre 2013 e 2018. O exame da distribuição do GPS foi feita por meio na análise do gasto *per capita*, da evolução do GPS durante os anos avaliados, bem como do crescimento populacional dos municípios. A principal fonte de dados da pesquisa foram as contas públicas anuais disponibilizadas pelo Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (SICONFI), complementada com dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

O resultado da análise mostra um cenário convergente com o que é proposto na Teoria dos Lugares Centrais. Nos municípios de maior porte, localizam-se os serviços de saúde de ordem inferior, como os de média e alta complexidade, e foram os que mais gastaram com ações e serviços públicos de saúde, no entanto, houve uma redução no GPS realizado por esses municípios em 2018 quando comparado com os valores de 2013. Já nos municípios que apresentaram o pior desempenho, a tendência da trajetória do GPS diferiu da apresentada pelos municípios de maior porte, ocorreu uma elevação no GPS durante o mesmo período avaliado.

Já na análise da distribuição por Região de Saúde, constatou-se que as regiões proporcionam benefícios indiretos para os munícipes. As RS elevam o gasto por habitante, por meio da promoção do acesso aos gastos com serviços de saúde de maior complexidade, no entanto, as desigualdades regionais ainda estão presentes.

Para combater as desigualdades da distribuição do GPS é necessário não apenas elevar o gasto com saúde, mas, sobretudo, aprimorar sua alocação e a sua eficiência. No entanto, por meio da observação empírica, nota-se que os anos de GPS mais elevados foram aqueles nos quais aconteceram eleições no estado. Considerando a importância que os serviços de saúde têm para a população, candidatos podem utilizá-los como instrumento para conquistar votos, o que acaba por prejudicar a eficiência na alocação dos recursos destinados à saúde.

A análise do gasto em saúde nos municípios amazonenses ainda merece ser aprofundada. Uma sugestão de pesquisa futura consiste em verificar se o incremento do gasto público em saúde nos períodos eleitorais realmente acontece e, mais ainda, sugere-se a realização de uma análise de eficiência dos gastos.

Referências

AMAZONAS. **Plano Estadual de Saúde 2016 – 2019**. Manaus: SUSAM, 2017, 1º Revisão. Disponível em: < <http://www.saude.am.gov.br/servico/pes.php> >. Acesso em: 6 maio 2021.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. **Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008**. Cadernos de Saúde Pública. 2018, v. 34, n. 6. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-3111X00213816>>. Acessado em: 30 dez. 2021.

BLOOM, D. E.; CANNING, D.; SEVILLA, J. **The effect of health on economic growth: a production function approach**. World development, v. 32, n. 1, p. 1-13, 2004. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305750X03001943>>: 02 maio 2022

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília : CONASS, 2003. Disponível em:<https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acessado em: 15 maio . 2022

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. O. **Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios**. Ciência & Saúde Coletiva. 2017, v. 22, n. 4, p. 1225-1234. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27082016>>. Acessado em: 26 jan. 2022

GIACOMONI, J. Atribuições Econômicas do Estado. In: _____. **Orçamento Público**. 15 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIAMBIAGI, F.; ALÉM, A. C. **Finanças Públicas**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

GUIMARÃES, A. F. et al . **Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas**, Brasil. Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua , v. 11, 2020 . Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232020000100012&lng=pt&nrm=iso>. acessado em: 29 jan. 2022.

HUNT, E. K.; LAUTZENHEISER, M. A Ideologia Neoclássica e o Mito do Mercado Autorregulador. In: _____. **História do pensamento econômico**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. 2022. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am.html>>. Acessado em: 26 ago. 2022.

ISEN, A. **Do local government fiscal spillovers exist?** Evidence from counties, municipalities, and school districts. *Journal of Public Economics*, v. 110, p. 57-73, 2014. Disponível em: <www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0047272713002478>. Acesso em: 13 dez. 2021.

MACHADO, E. N. M.; FORTES, F. B. C. T. P. ; SOMARRIBA, M. **Efeitos da introdução do PAB sobre a distribuição de recursos e a prestação de serviços: o caso de Minas Gerais**. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004, v. 9, n. 1, p. 99-111. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100010>>. Acessado em: 2 jan. 2022.

MONASTERIO, L.; CAVALCANTE, L. R. Fundamentos do pensamento econômico regional. In: CRUZ, B. O. et al. **Economia regional e urbana: teorias e métodos com ênfase no Brasil**. Brasília : Ipea, 2011.

PIOLA, S. F. et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. cap. 2. p. 19-70.

SANTOS, L. **Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS**. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017, v. 22, n. 4, pp. 1281-1289. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n4/1281-1289#>>. Acessado em: 15 jun. 2022.

SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. **Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002, v. 7, n. 4. p. 757-776. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400012>>. Acessado em: 30 dez. 2021.

SECRETARIA DO TESOUREIRO NACIONAL (STN). **SICONFI: Apresentação**. s/d. Brasília. Disponível em: <<https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/pages/public/conteudo/conteudo.jsf?id=21>>. Acesso em: 19 mar. 2021.

SOARES, R. F. et al. Centralidade municipal e interação estratégica na decisão de gastos públicos em saúde. **Revista de Administração Pública**. 2016, v. 50, n. 4, p. 563-586. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7612145797>>. Acessado em: 20 jan. 2022.

SOAVE, G. P.; GOMES, F. A. R.; SAKURAI, S. N. Efeitos do gasto do governo sobre o consumo privado: Evidências de países desenvolvidos e em desenvolvimento. **Estudos Econômicos**. São Paulo, 2016, v. 46, n. 1, p. 5-41. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-416146151gfs>>. Acessado em: 29 dez. 2021

SOLÉ-OLLÉ, A. Expenditure spillovers and fiscal interactions: Empirical evidence from local governments in Spain. **Journal of Urban Economics**, v. 59, n. 1, p. 32-53, 2006. Disponível em: <www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0094119005000604>. Acesso em: 13 dez. 2021.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 2004