

Financiamento da Saúde no Brasil:

Perspectivas dos estados e municípios

Autores

Blenda Leite Saturnino Pereira

Natalia Nunes Ferreira-Batista

Gustavo Andrey de Almeida Lopes Fernandes

Daniel Resende Faleiros

Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior



Organizadores

Blenda Leite Saturnino Pereira

Jurandi Frutuoso Silva

Mauro Guimarães Junqueira

Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior

**FINANCIAMENTO
DA SAÚDE
NO BRASIL:
PERSPECTIVAS DOS
ESTADOS E MUNICÍPIOS**

A opinião dos autores não reflete necessariamente a opinião das instituições.

Publicação com distribuição gratuita, com comercialização proibida. Baixe a íntegra desta publicação nas bibliotecas virtuais do CONASS ou CONASEMS.

FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL: PERSPECTIVAS DOS ESTADOS E MUNICÍPIOS

Brasília, junho de 2025.

Edição

Tatiana Rosa Soares de Faria

Marcus Vinícius Ramos Borges de Carvalho

Revisão Ortográfica

Aurora Verso e Prosa

Projeto Gráfico e diagramação

ALM Apoio à Cultura

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

F491 Financiamento da saúde no Brasil: perspectivas dos estados e
 municípios / Blenda Leite Saturnino Pereira... [et al.]. – Brasília,
 DF: Conass, 2025.
 224 p. : il. ; 20 x 25 cm

Inclui bibliografia
ISBN 978-65-88631-45-4

1. Sistema Único de Saúde. 2. Direitos sociais – Brasil. 3.
Políticas de saúde – Brasil. I. Pereira, Blenda Leite Saturnino. II.
Ferreira-Batista, Natalia Nunes. III. Fernandes, Gustavo Andrey de
Almeida Lopes. IV. Faleiros, Daniel Resende. V. Oliveira Junior,
Antonio Carlos Rosa de.

CDD 362.1

FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL: PERSPECTIVAS DOS ESTADOS E MUNICÍPIOS

Autores:

Blenda Leite Saturnino Pereira
Natalia Nunes Ferreira-Batista
Gustavo Andrey de Almeida Lopes Fernandes
Daniel Resende Faleiros
Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior

Organizadores:

Blenda Leite Saturnino Pereira
Jurandi Frutuoso Silva
Mauro Guimarães Junqueira
Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior

Brasília

Junho de 2025

DIRETORIA DO CONASS – GESTÃO 2025-2026

Presidente

Tânia Mara Coelho – SES/CE

1º Vice-Presidente

Diogo Demarchi Silva – SES/SC

Vice-Presidentes

Região Norte

Pedro Pascoal – SES/AC

Região Nordeste

Arimatheus Silva Reis – SES/PB

Região Sudeste

Eleuses Paiva – SES/SP

Região Sul

Diogo Demarchi Silva – SES/SC

Região Centro-Oeste

Gilberto Gomes Figueiredo – SES/MT

Conselho Fiscal – Titulares

Carlos Felinto Júnior – SES/TO

Jefferson Ribeiro da Rocha – SES/RO

Tyago Ribeiro Hoffmann – SES/ES

Conselho Fiscal – Suplentes

Fábio Baccheretti Vitor – SES/MG

Antonio Luiz Soares Santos – SES/PI

Roberta Silva de Carvalho Santana – SES/BA

Secretário Executivo

Jurandi Frutuoso Silva



DIRETORIA DO CONASEMS – GESTÃO 2023-2025

Presidente

Hisham Mohamad Hamida

Vice-Presidente

Rodrigo Buarque Ferreira de Lima

Vice-Presidente

Edivaldo Farias da Silva Filho

Diretora Administrativa

Adriana Martins de Paula

Ana Cláudia Pimentel Costa (adjunta)

Diretora Financeira

Cristiane Martins Pantaleão

Leopoldina Cipriano Feitosa (adjunta)

Diretora de Comunicação Social

Sinara Regina Landt Simioni

Michel Fernando Barth (adjunto)

Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares

Leonidas Heringer Fernandes

Islayne de Fátima Costa Ramos (adjunta)

Diretora de Descentralização e Regionalização

Stela dos Santos Souza

Técio Bruno e Silva Maciel (adjunto)

Diretora de Municípios de Pequeno Porte

Maria Eliza Garcia Soares

Enock Luiz Ribeiro da Silva (adjunto)

Diretora de Municípios com Populações Ribeirinhas e em Situação de Vulnerabilidade

Maria Adriana Moreira

Wagner Wasczuk Borges (adjunto)

Região Norte

Yatha Anderson Pereira Maciel (1º Vice-Presidente Regional)

George Eduardo Carneiro Macedo (2º Vice-Presidente Regional)

Região Nordeste

Soraya Galdino De Araújo Lucena (1º Vice-Presidente Regional)

Artur Belarmino De Amorim (2º Vice-Presidente Regional)

Região Centro Oeste

Josiane De Oliveira Silva (1º Vice-Presidente Regional)

Verônica Savatin Wottrich (2º Vice-Presidente Regional)

Região Sudeste

Raphael Dumont Schlegel (1º Vice-Presidente Regional)

Carmem Silvia Guariente (2º Vice-Presidente Regional)

Região Sul

Guilherme Ribas Smidt (1º Vice-Presidente Regional)

Jainara Nórdio (2º Vice-Presidente Regional)

Conselho Fiscal

Região Norte

Arthur da Silva Medeiros de Farias

Adnayara De Souza Figueiredo (Suplente)

Região Nordeste

Jacqueline Silva Do Bomfim

Dailva Bezerra Da Silva (Suplente)

Região Centro-Oeste

Janssen Portela Galhardo

Marcelo de Alecio Costa (Suplente)

Região Sudeste

Maria Augusta Monteiro Ferreira

Marcio Clayton da Silva (Suplente)

Região Sul

Adriane da Silva Jorge Carvalho

Delcio Stefan (Suplente)

Secretário Executivo

Mauro Guimarães Junqueira

SOBRE OS AUTORES

BLEND A LEITE SATURNINO PEREIRA

Doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP, mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília – UnB (2013) e Especialização em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais FM/UFMG. Atualmente, é assessora técnica em Economia da Saúde do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems. Representante do Conasems na Comissão Intersectorial de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde. Tem experiência na área de Economia da Saúde, Planejamento em Saúde e Gestão do Sistema Único de Saúde – SUS.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7311239249405501>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7831-0258>

NATÁLIA NUNES FERREIRA-BATISTA

Professora do Centro Albert Einstein e Pesquisadora sênior do Global Health Econometrics and Economics Group – GHE2, atuando em avaliação de políticas públicas, com enfoque em economia da saúde. Foi bolsista visitante da Universidad Pompeu Fabra (UPF/Barcelona, mar./2012 – fev./2013) e Universidad Carlos III (UC3M/Madrid, dez./2009 – fev./2010). Experiências internacionais nos Estados Unidos da América (Yale Economic Growth Center) e da Espanha (Universitat de Girona/UdG). Pesquisas atuais incluem o financiamento internacional do National Institute for Health and Care Research – NIHR como parte do projeto Health Financing for Universal Health Care in Challenging Times – HFACT (<https://hfacts.net/>), desenvolvido com a Universidade de York e parceiros da Índia, Indonésia e África do Sul.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4068839808903686>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4233-0900>

GUSTAVO ANDREY DE ALMEIDA LOPES FERNANDES

Professor Assistente do Departamento de Gestão Pública da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV Eaesp), e pesquisador do Centro de Estudos em Administração Pública e Governo (FGVceapg). Realizou estágio pós-doutoral na Universidade de Harvard e foi visiting scholar no Global Institute do King's College London, University of London. Atua na área de políticas públicas com ênfase em financiamento público, federalismo e gestão descentralizada da saúde. Tem se dedicado à análise de arranjos federativos no Sistema Único de Saúde (SUS), mecanismos de alocação de recursos, accountability intergovernamental e consórcios públicos de saúde. É autor de diversos artigos em periódicos nacionais e internacionais e coautor de publicações voltadas à sustentabilidade financeira e à governança do SUS.

Lattes <http://lattes.cnpq.br/7394746617954477>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8281-390X>

DANIEL RESENDE FALEIROS

Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica, na área de Farmacoeconomia, pela UFMG (2016), com pós-doutorados em Avaliação de Tecnologias em Saúde pela UnB (2018) e Farmacoeconomia pela UFMG (2020). Graduação em Engenharia Civil pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC Minas (1994) e graduação em Direito pela Faculdades Arnaldo Janssen – (2006). Atualmente, é pesquisador no Centro Colaborador do SUS para Avaliação de Tecnologias e Excelência em Saúde – CCATES da UFMG e assessor técnico para área de economia da saúde da diretoria do Conasems.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4043529521915578>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2576-5360>

ANTONIO CARLOS ROSA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assessor técnico do Conass, coordenador de Administração e de Finanças do Conass; servidor público federal aposentado, contador; especialista em finanças; ex-diretor de Contabilidade e Finanças da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC; ex-coordenador-geral de Execução Orçamentária, Financeira e Contábil do Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; ex-gerente geral Econômico-Financeiro do Produto/Diretoria de Normas e Habilitação dos Produto/Agência Nacional de Saúde Suplementar; ex-diretor de Operação do Programa Bolsa Família/Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome; ex-diretor executivo do Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; ex-gerente Geral de Administração e Finanças/Diretoria de Gestão/Agência Nacional de Saúde Suplementar; ex-conselheiro fiscal da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia; representante do Conass na Comissão Intersectorial de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde; membro titular do Comitê de Auditoria da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Atua na área de gestão, planejamento, finanças e contabilidade.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8425413192808964>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5032-8440>

AGRADECIMENTOS

Expressamos agradecimentos a todos os parceiros que contribuíram para a realização do Projeto de Contas Públicas em Saúde, parceria estabelecida entre o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), ao longo de três anos e meio de trabalho. Esse projeto, desafiador, dedicado a apresentar subsídios para fortalecer a gestão pública em saúde, representa uma importante iniciativa para ampliar o debate sobre o financiamento do SUS e os gastos em saúde, reafirmando o compromisso com a transparência e a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial:

Aos ex-presidentes do Conass, Nésio Fernandes – ES, Cipriano Maia – RN e Fábio Baccheretti Victor – MG, ao ex-presidente do Conasems, Willames Freire Bezerra – CE pela confiança depositada para a realização desse projeto.

À estimada colaboração da Diretoria de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (Desid/MS), nas pessoas de Érika Aragão, então diretora, e de Gabriel Squeff, então Coordenador-Geral de Informações em Economia da Saúde, que colaboraram e ofereceram suporte à disponibilização dos dados.

À dedicada equipe do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), composta por Wesley Trigueiro, Paulo Malheiros, Fábio Júnio Luiz dos Santos e Diego Diniz Lopes, cujas expertises e comprometimentos foram essenciais para os resultados alcançados.

À contribuição fundamental da equipe da AVEC Ciências de Dados Ltda, especialmente Emanuel e Daniel Porangaba, os quais proporcionaram suporte técnico de excelência e soluções estratégicas indispensáveis para o desenvolvimento do projeto.

Registramos nosso reconhecimento à Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Norte e à Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, aos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) do Rio Grande do Sul e do Rio Grande do Norte, assim como à rede de apoiadores desses Cosems, aos secretários municipais de saúde do estado do Rio Grande do Norte e aos da Região Metropolitana de Porto Alegre, que

participaram das oficinas e reuniões realizadas em suas respectivas regiões, compartilhando suas experiências e conhecimentos locais, enriquecendo a análise e os resultados do estudo.

Agradecemos também às Secretarias Estaduais de Saúde que responderam à *survey* enviada pelo Conass, cujas contribuições foram essenciais para a construção de um diagnóstico preciso e aprofundado sobre as despesas estaduais em saúde.

Por fim, agradecemos às Assessorias Técnicas do Conasems e do Conass, que desempenharam um papel essencial na análise dos achados relacionados com as despesas municipais e estaduais, contribuindo com reflexões que fortaleceram o impacto deste projeto.

A parceria entre as instituições reafirma a força do trabalho colaborativo entre os diversos atores do SUS e destaca a importância de iniciativas que não apenas qualifiquem a gestão pública em saúde, mas também fortaleçam o debate nacional sobre o financiamento do SUS e a alocação eficiente dos recursos em saúde, pilares indispensáveis para a sustentabilidade do sistema e para a garantia do direito à saúde no Brasil.

Reiteramos nossa gratidão a todos os envolvidos e reafirmamos nosso compromisso de continuar fortalecendo essa parceria em futuras iniciativas que promovam avanços na saúde pública do Brasil.

Com os mais sinceros agradecimentos,

Os Autores

APRESENTAÇÃO

A construção e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) representam uma das mais expressivas conquistas da sociedade brasileira na afirmação dos direitos sociais. Fruto da mobilização popular e da luta histórica por justiça social, o SUS constitui, hoje, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, orientado pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade e descentralização.

Desde a sua criação, no entanto, o sistema tem sido confrontado por desafios estruturais, sendo o financiamento adequado e sustentável um dos mais persistentes e críticos. A realidade evidenciada ao longo das últimas décadas demonstra que estados e municípios assumiram o papel de protagonismo na garantia do direito à saúde, ampliando suas responsabilidades financeiras e operacionais, muitas vezes em contextos adversos de retração fiscal e desigualdades regionais.

Este livro pretende oferecer não apenas um diagnóstico técnico rigoroso, com análise das despesas estaduais e municipais, trazendo reflexões técnicas e metodológicas que fortaleceram as discussões e os resultados do estudo, mas também uma reflexão política sobre os caminhos necessários para a consolidação de um financiamento que seja compatível com a missão civilizatória do SUS.

Defender o financiamento adequado visando à sustentabilidade do SUS é defender a democracia, a justiça social e o projeto constitucional de sociedade. O fortalecimento do sistema passa pela construção de um novo pacto federativo, que reconheça as especificidades regionais, promova a equidade no acesso à saúde e assegure a sustentabilidade financeira das políticas públicas.

Tânia Mara Coelho
Presidente Conass

Hisham Mohamad Hamida
Presidente Conasems

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais abrangentes sistemas públicos de saúde do mundo, fruto da luta da sociedade brasileira por um direito constitucionalmente garantido: a saúde como dever do Estado e direito de todos. Sua implementação, no entanto, enfrenta, até nos dias correntes, obstáculos históricos e estruturais, com destaque para o subfinanciamento crônico, a distribuição desigual dos recursos entre regiões e a necessidade de aprimoramento constante na aplicação dos investimentos.

Nesse contexto, este projeto, intitulado Projeto de Contas Públicas em Saúde, agora livro sobre o *Financiamento da Saúde no Brasil: perspectiva de estados e municípios*, uma iniciativa inédita desenvolvida conjuntamente pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), tem como principal objetivo qualificar e aprofundar o conhecimento sobre o financiamento da saúde pública no Brasil. Este projeto visa responder a uma pergunta crucial: como os recursos públicos estaduais e municipais estão sendo alocados para garantir a sustentabilidade do SUS e a efetividade dos serviços de saúde oferecidos à população?

O presente livro é resultado de um esforço técnico, analítico e colaborativo que envolveu especialistas, gestores e técnicos das três esferas de governo – federal, estadual e municipal. A partir de uma imersão nos dados dos exercícios de 2019 a 2022 fornecidos pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), esta publicação oferece uma leitura aprofundada, crítica e propositiva sobre o ciclo do financiamento da saúde, evidenciando os principais desafios e caminhos possíveis para o aprimoramento do sistema.

Este exemplar apresenta uma radiografia detalhada das contas públicas de saúde no Brasil, oferecendo um panorama que permite compreender:

- Como os recursos são distribuídos entre União, estados e municípios, evidenciando a complexidade do pacto federativo no SUS;
- Quais são os principais componentes das despesas em saúde, desde a atenção primária até os serviços de alta complexidade;

Ao oferecer uma análise embasada em dados robustos, esta obra fortalece o compromisso com a transparência pública, com a governança do SUS e com o aprimoramento dos mecanismos de controle e eficiência dos gastos em saúde. Além disso, destaca a importância de aliar gestão técnica qualificada, cooperação federativa e financiamento adequado para garantir a sustentabilidade do sistema público de saúde do Brasil.

A presente compilação destina-se aos gestores, técnicos, pesquisadores e à toda sociedade, proporcionando uma base sólida para a formulação de políticas públicas, o debate sobre o financiamento da saúde e o fortalecimento do SUS como política de Estado e pilar essencial da justiça social no Brasil.

O Conass, como representante das Secretarias Estaduais de Saúde, e o Conasems, como entidade que congrega as Secretarias Municipais de Saúde, reafirmam, por meio desta publicação, o compromisso inabalável com a defesa do SUS. É necessário, mais do que nunca, mobilizar esforços conjuntos para enfrentar o subfinanciamento, reduzir desigualdades, qualificar a adequada alocação dos recursos públicos e garantir que os mesmos alcancem seus propósitos.

Nesse sentido, é importante chamar a atenção para a necessidade de inserção, pelos entes subnacionais, de dados com qualidade no Siops. O sistema não pode ser visto como uma mera ferramenta que indica se o mínimo constitucional foi aplicado pelos entes federados. Ele é mais do que isso. É a única ferramenta que agrega as informações orçamentárias em saúde dos entes subnacionais constituindo-se como um poderoso instrumento para o fortalecimento das políticas públicas em saúde e, em última instância, para o direcionamento de recursos para o atendimento de ações e serviços de saúde para os cidadãos.

Convidamos gestores, pesquisadores e toda a sociedade a explorar as informações aqui apresentadas, refletir sobre os caminhos do financiamento da saúde no Brasil e, juntos, fortalecermos o nosso sistema público de saúde que promove equidade e consolida a saúde como um direito fundamental.

Desejamos uma excelente leitura!

Jurandi Frutuoso Silva
Secretário Executivo – Conass

Mauro Guimarães Junqueira
Secretário Executivo – Conasems

SUMÁRIO

Prefácio	19
Introdução	27
1.1 Notas metodológicas	29
Financiamento do Sistema Único de Saúde	37
2.1 Gastos com saúde no Brasil e no mundo	37
2.2 Histórico normativo do financiamento do SUS	45
Contas de Saúde sob a Ótica Estadual	77
3.1 Receitas Estaduais	78
3.2 Despesas Estaduais	98
3.3 Sondagem on-line com as Secretarias Estaduais de Saúde	143
3.4 Conclusão	145
3.5 Apêndice	147
Contas de Saúde sob a Ótica Municipal	155
4.1 Receitas Municipais	156
4.2 Perfil das Despesas Municipais	166
4.3 Despesas por Categoria Econômica	188
4.4 Conclusões	210
Financiamento do SUS: entre a Efetivação Constitucional e os Desafios Políticos da Sustentabilidade	213
Referências	217

PREFÁCIO

O financiamento da saúde é um tema relevante e estruturalmente complexo em todos os países. No Brasil, os desafios se ampliam devido ao tamanho e diversidade do território, além das persistentes desigualdades sócio-econômicas. Esses fatores exigem ainda mais atenção à forma como os recursos destinados à saúde são mobilizados, distribuídos e utilizados pelas diferentes esferas de governo.

Este livro traz uma contribuição significativa para a compreensão do financiamento da saúde no nível subnacional. Com base em dados detalhados e metodologia consistente, a análise aqui apresentada lança luz sobre padrões, variações e lacunas nos gastos estaduais e municipais em saúde. A leitura atenta dos resultados permite compreender melhor o subfinanciamento do setor, bem como a heterogeneidade na alocação dos recursos e suas implicações para o acesso e a qualidade dos serviços prestados.

O uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) como fonte central de dados para este trabalho é especialmente relevante. O sistema representa um esforço valioso para consolidar informações fiscais e oferecer maior transparência à gestão pública. No entanto, seu fortalecimento e especialmente o aprimoramento da qualidade das informações declaradas são essenciais para ampliar seu uso como ferramenta de planejamento, monitoramento e avaliação. Consolidar o Siops como uma fonte confiável e de uso regular é parte do processo mais amplo de institucionalização das contas de saúde no Brasil.

Vários países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) como Austrália, Canadá, Espanha, Estados Unidos, México e Suíça monitoram os gastos regionais em saúde como parte de seus esforços para promover maior justiça distributiva e orientar a formulação de políticas públicas baseadas em evidências. A produção sistemática de contas de saúde em diferentes níveis de governo permite não apenas acompanhar tendências de gasto ao longo do tempo, mas também analisar seu impacto sobre resultados em saúde e sobre a equidade no acesso aos serviços.

No Brasil, o papel dos estados e municípios na execução das políticas de saúde é decisivo, mas ainda pouco compreendido desde a perspectiva financeira. A análise

aqui desenvolvida contribui para preencher essa lacuna. Ela evidencia a necessidade de uma governança federativa mais coordenada, bem como um esforço contínuo para aprimorar a qualidade e a regularidade dos dados disponíveis, o que é uma condição indispensável para o desenvolvimento de políticas públicas sustentáveis e com maior impacto sobre a vida dos brasileiros.

O reconhecimento de que o SUS enfrenta um subfinanciamento crônico já está amplamente documentado. Mas tão importante quanto ampliar o financiamento público da saúde é avançar na compreensão do impacto dos recursos alocados. Melhorar a eficiência e a efetividade do gasto público não deve ser visto como alternativa à ampliação dos recursos, e sim como um caminho complementar e necessário para garantir melhores resultados em saúde, maior equidade nas decisões de investimento e mais sustentabilidade para o sistema.

O Sistema Único de Saúde, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, é uma conquista da sociedade brasileira e ocupa papel central na promoção da coesão social e da equidade no país. Sua consolidação como um arranjo público eficaz e equitativo depende não apenas da ampliação dos recursos para a saúde, mas também do fortalecimento das evidências que orientam decisões, da capacidade analítica em todas as esferas de governo e do compromisso com o aprimoramento contínuo da gestão pública.

Acredito que este livro oferece uma base sólida para esse debate. Ao combinar rigor técnico com sensibilidade às especificidades locais, esta publicação se estabelece como uma referência útil para pesquisadores, gestores e formuladores de políticas comprometidos com o fortalecimento do sistema de saúde brasileiro.

Frederico Guanais

Chefe Adjunto da Divisão de Saúde

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)

Se o Sistema Único de Saúde - SUS, ao atender perto de 200 milhões de residentes no Brasil, é tido como o maior sistema público de saúde do mundo, a mesma grandiosidade ou proporção não se repete na literatura especializada que avalia e estuda sua estruturação, funcionamento, financiamento e gasto. Esse descompasso é agravado pelo fato de que a saúde constitui não apenas uma das funções de governo que mais movimentam recursos e, ao mesmo tempo, se mostra expressiva e crescentemente descentralizada na federação brasileira, com destaque crescente para municípios.

Uma boa contribuição para começar a combater essa carência por maiores conhecimentos e debates é dada pela presente obra, intitulada *“Financiamento da Saúde no Brasil: Perspectivas dos Estados e Municípios”*, organizada por Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior, Blenda Leite Saturnino Pereira, Jurandi Frutuoso Silva e Mauro Guimarães Junqueira, alguns deles a assinarem capítulos do livro junto com Daniel Resende Faleiros, Gustavo Andrey de Almeida Lopes Fernandes e Natalia Nunes Pereira Batista.

Assim, é digno de nota o esforço mobilizado pelos autores e organizadores, em conjunto com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), no sentido de arregimentar um amplo conjunto de dados referente à caracterização da forma de financiamento da saúde no Brasil, tendo em vista oferecer um diagnóstico preciso de seus principais gargalos.

O momento também é oportuno para se debater mais o custeio do SUS, quando se volta a incluir na agenda de debates econômicos as dúvidas sobre o cumprimento das regras fiscais pelo nível central de governo. É comum nestas horas se deixar no segundo plano os governos estaduais e municipais, menosprezando em particular seu papel decisivo e crescente na prestação de serviços públicos fundamentais, a exemplo de saúde, assim como educação e segurança pública. Ao nosso ver, o debate público e político carece de maior produção e intervenção de produções de caráter acadêmico.

Relatos carecem de dados. E apesar de vivermos na era dos dados, de um volume cada vez maior deles estarem disponíveis, com livre e amplo acesso, nem todos e nem sempre são utilizados para fundamentar posições e políticas públicas. Em particular, a

massa de dados em volta do SUS constitui um insumo tão precioso quanto desconhecido por muitos brasileiros, não apenas para alimentar eventualmente os sofisticados modelos de inteligência artificial, quanto para motivar estudos como os que levaram à divulgação por este livro.

Sem tirar seu mérito, que venham mais livros, porque o SUS é tão grande e essencial que exige maior disseminação de conhecimentos. No caso desta obra, a se destacar que joga luz sob o imprescindível e crescente papel desempenhado pelos entes federativos locais – notadamente, os municípios – nos processos de consecução e viabilização dos serviços públicos de saúde do país.

Assentados sob um prisma essencialmente federativo, os autores explicitam sua principal inferência, qual seja: a despeito das sensíveis assimetrias e disparidades nos processos de alocação dos recursos entre as distintas esferas governamentais, a União se caracteriza por concentrar a maior parte da arrecadação tributária, ao passo que são os demais entes subnacionais que suportam parcela considerável dos encargos relativos à operacionalização dos serviços públicos de saúde.

Há ainda um argumento que se desdobra desse diagnóstico precípua, cujos contornos mais gerais podem ser enunciados do seguinte modo: por um lado, tal discrepância compromete a própria sustentabilidade do sistema público de saúde nacional e, por outro lado, também deteriora sua capacidade de responder, com base em níveis mínimos de equidade preconizados pela Constituição Federal de 1988, os substanciais desafios de saúde pública da nossa sociedade, amplamente, reconhecida pelas elevadas mazelas e desigualdades que se manifestam tanto sob um recorte regional quanto socioeconômico.

Além do primeiro capítulo que compreende uma introdução mais geral, a presente obra é composta por mais quatro capítulos. O segundo capítulo está, essencialmente, assentado sob uma análise histórica, normativa e orçamentária das políticas públicas de saúde, com vistas a oferecer uma visão panorâmica acerca das características mais gerais do SUS. O terceiro capítulo realiza um verdadeiro exame imersivo nos orçamentos estaduais destinados aos serviços públicos de saúde, especialmente, por meio de interessantes análises dos dados extraídos do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).

A destacar que, no quarto capítulo, são apontados os principais gargalos relativos aos processos de financiamento do SUS. Como tal, é um convite à reflexão sobre o insuficiente nível de autonomia fiscal experimentado pelos municípios, especialmente, num cenário em que esses mesmos entes federativos têm suportado parcelas cada vez maiores dos encargos que garantem o fornecimento dos serviços públicos de saúde.

Ademais, o capítulo também demonstra que os municípios menores seguem mormente dependentes das transferências governamentais, notadamente as federais. Já no quinto capítulo se aprofunda na discussão acerca do modelo atual do pacto federativo brasileiro e sua capacidade em garantir os direitos constitucionais elementares, particularmente, no que se refere ao acesso universal de serviços básicos de saúde.

Assim, a presente publicação deve inspirar uma maior qualificação do debate nacional referente às formas de financiamento dos serviços públicos de saúde, bem como sobre as relações orçamentárias estabelecidas entre os distintos entes federativos. Isso porque o grau de relevância desse debate torna premente a superação das tensões e interdições ideológicas tão latentes atualmente na sociedade brasileira, que em nada acrescentam à resolução dos reais problemas internos.

Enfim, nossos votos é que contribuições ao debate como deste livro, sobre Financiamento da Saúde, com destaque para Estados e Municípios, estimulem o avanço de reflexões cada vez mais racionais, analiticamente criteriosas e, principalmente, motivadas por um compromisso cívico inegociável com a garantia igualitária de direitos constitucionais básicos para todos os cidadãos brasileiros.

José Roberto R. Afonso

Professor do IDP

Pesquisador do CAPP/ISCSP/Univ. Lisboa

Conselho Diretivo do FIBE

Edivo de Almeida Oliveira

Economista especializado em finanças e economia monetária

Este livro representa um passo importante na produção do conhecimento que todo sistema de saúde precisa para estabelecer um diálogo informado sobre seu financiamento (e a economia política envolvida em cada arranjo financeiro específico, neste caso, nos três níveis de governo no Brasil). Nesse sentido, a análise da dinâmica dos gastos em saúde e, sobretudo, da evolução das responsabilidades compartilhadas entre as instâncias federal, estadual e municipal, a respeito desses gastos, é chave para o enfrentamento de duas questões básicas que o Sistema Único de Saúde (SUS), a menos de cinco anos de 2030, deveria responder: qual é o nível de gasto e investimento público necessário para responder às crescentes demandas da população? E, como a prioridade fiscal deve ser organizada e compartilhada entre os níveis federal, estadual e municipal para alcançar esse financiamento?

Em 2014, os Estados-Membros da OPAS adotaram a resolução sobre Saúde Universal (CD53.R14), que orienta o caminho para que os países das Américas avancem em direção a uma cobertura universal de saúde, que garanta o acesso universal efetivo a serviços abrangentes e de qualidade, no momento e no nível adequados, para todas as pessoas que deles necessitem: indivíduos, suas famílias e comunidades. Esse objetivo de alcançar o acesso universal está no cerne da criação do SUS, que busca tornar o direito constitucional à saúde uma realidade para todos os brasileiros e residentes no país. A resolução de Saúde Universal da OPAS recomenda, em sua terceira linha de ação, um nível de gasto público em saúde que atinja pelo menos 6% do PIB como condição necessária (embora não suficiente) para avançar na direção da Saúde Universal.

Após 37 anos de existência do SUS, este livro mostra que no Brasil esse patamar ainda não foi atingido e atualmente gira em torno de apenas 4%. A publicação sugere que nos últimos anos a prioridade fiscal da saúde no nível federal vem diminuindo (23% entre 2020 e 2023 segundo os autores).

Isso é motivo de preocupação porque as capacidades financeiras dos 5.570 municípios brasileiros são extremamente heterogêneas; o que questiona diretamente a capacidade do sistema de saúde de manter níveis adequados de equidade

no acesso e na proteção financeira. Na verdade, se essa for a tendência do futuro, provavelmente diminuirá a capacidade do sistema de saúde de redistribuir recursos daqueles com boa saúde para aqueles que estão doentes, e daqueles com mais recursos para aqueles com menos (sendo esta uma despesa financiada principalmente pelos impostos). Enquanto em um extremo estão os municípios que possuem recursos abundantes nas grandes metrópoles e megalópoles; no outro extremo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, encontram-se municípios mais pobres, alguns com um crescimento econômico baixo há décadas, com índice de desenvolvimento humano abaixo da média nacional e com populações em situação de alta vulnerabilidade.

Assim, este livro é um verdadeiro raio X das contas municipais e estaduais a partir do Sistema de Informações dos Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS); algo nunca feito até então. Embora exponha fragilidades do sistema como a falta de padronização no preenchimento dos dados, a análise apresenta informações valiosas. Destaca-se, por exemplo, a maior autonomia nos gastos próprios em saúde por parte dos estados e municípios, com dinâmicas diferenciadas entre as regiões: mais acentuada no Sudeste e no Sul do que no Norte e no Nordeste. Além disso, o livro detalha os elementos de despesa, evidenciando tendências provocadas pela pandemia, como o maior gasto em pessoal temporário e a queda do gasto com suporte profilático e terapêutico (medicamentos basicamente).

Por tudo isso, este trabalho deve ser considerado uma contribuição indispensável aos debates que hoje se fazem necessários para que o SUS não só tenha os recursos financeiros necessários para responder às crescentes necessidades da população, mas também possa servir de base para promover um diálogo entre os três níveis de governo, fortalecendo a coesão da governança do SUS e visando um debate eminentemente político: como deve ser distribuído o financiamento do sistema entre as esferas federal, estadual e municipal?

Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Diretor, OPAS

A saúde, consagrada como direito fundamental pela Constituição Federal de 1988, representa um dos pilares centrais do pacto social brasileiro, sendo dever do Estado garanti-la mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Como tal, para viabilizar esse direito, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos mais abrangentes sistemas públicos de saúde do mundo, alicerçado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização político-administrativa e participação social.

A construção do SUS, entretanto, não se deu sem contradições e desafios. Desde sua gênese, o sistema convive com a tensão entre o projeto constitucional de um sistema universal e a realidade de seu financiamento, marcada por insuficiências estruturais, instabilidade normativa e desigualdades regionais. O subfinanciamento crônico, a fragilidade das fontes de financiamento, as sucessivas alterações no marco legal do piso federal de financiamento e a elevada dependência das receitas próprias de estados e municípios configuram obstáculos permanentes à consolidação de um sistema de saúde equitativo e sustentável.

Nesse arranjo federativo, a descentralização – princípio que deveria assegurar a proximidade da gestão em relação às necessidades locais – revelou-se simultaneamente como uma oportunidade e um desafio. Se, por um lado, aproximou a tomada de decisão das realidades territoriais, por outro, transferiu responsabilidades crescentes aos entes subnacionais sem, necessariamente, assegurar a correspondente capacidade financeira para sua execução. Estados e municípios passaram a desempenhar papel central na implementação das políticas públicas de saúde, muitas vezes enfrentando limitações severas em termos de financiamento, capacidade técnica e autonomia orçamentária.

É nesse contexto que se insere o Projeto de Contas Públicas em Saúde, iniciativa inédita do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), concebida com o objetivo de aprofundar a análise do financiamento do SUS sob a ótica estadual e municipal. O projeto busca compreender, a partir de uma perspectiva crítica e embasada em diagnósticos, como

os recursos públicos são arrecadados, transferidos, alocados e executados no âmbito do sistema de saúde, considerando as especificidades federativas e as dinâmicas locais que conformam o financiamento da saúde no Brasil.

O presente livro é fruto desse esforço coletivo, que reuniu especialistas em economia da saúde, gestores públicos, técnicos e pesquisadores em torno da missão de qualificar o debate sobre o financiamento do SUS. Fundamentado em dados oficiais, especialmente os extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), e amparado por uma abordagem metodológica robusta, o estudo aqui apresentado se propõe a oferecer:

- Uma análise histórica e normativa da evolução do financiamento da saúde pública no Brasil, com destaque para as mudanças constitucionais e infraconstitucionais que redefiniram os pisos mínimos de aplicação de recursos;
- Uma avaliação crítica do comportamento das despesas públicas em saúde no nível estadual e municipal, evidenciando tendências, padrões de aplicação, desafios de execução e variações regionais;
- Uma investigação sobre as transferências intergovernamentais, com ênfase no mecanismo Fundo a Fundo (FAF), analisando suas implicações para a autonomia e a sustentabilidade financeira dos entes subnacionais;
- Uma reflexão propositiva sobre as alternativas e as estratégias possíveis para fortalecer o financiamento do SUS, em um contexto de novas exigências sociais e de restrições fiscais.

Ao longo dos capítulos, o livro revela que, embora estados e municípios tenham assumido um protagonismo cada vez maior no financiamento do SUS, essa expansão se deu em um cenário de desequilíbrio federativo, em que a União, principal arrecadadora de tributos, tem reduzido progressivamente sua participação proporcional nas despesas com saúde. O deslocamento da responsabilidade financeira para os entes subnacionais, sem a correspondente redistribuição de recursos, entendida como repartição federativa justa, agrava as disparidades regionais e compromete a efetividade dos princípios constitucionais que orientam o SUS.

Ademais, a análise dos pisos constitucionais estaduais e municipais demonstra que, embora a maioria dos entes federados cumpra formalmente os percentuais mínimos estabelecidos em lei, o desafio da suficiência financeira persiste. O cumprimento do piso constitucional estabelecido para as despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), em muitos casos, não significa a garantia de financiamento adequado às necessidades da população, especialmente diante do crescimento da demanda, notadamente

de doenças crônicas, da transição demográfica, da emergência de novas tecnologias em saúde e das crises sanitárias contemporâneas.

O aprofundamento da análise sobre a execução das transferências federais revela, igualmente, que a complexidade normativa, a fragmentação dos repasses e a volatilidade dos critérios de alocação fragilizam a capacidade de planejamento dos estados e municípios, afetando a eficiência e a efetividade das políticas públicas de saúde.

Este livro, portanto, não se limita a descrever dados e tendências. Seu propósito maior é contribuir para a construção de um olhar crítico e propositivo sobre o financiamento da saúde pública brasileira, fortalecendo o SUS enquanto política de Estado e instrumento fundamental de justiça social. Ao oferecer uma análise sistematizada, rigorosa e acessível, a obra destina-se a gestores, formuladores de políticas públicas, acadêmicos e a todos os que reconhecem na saúde um direito fundamental inalienável.

Ao final, reafirma-se a premissa de que a efetividade do direito à saúde passa, necessariamente, pela consolidação de um financiamento público estável, suficiente e solidário. Superar as desigualdades regionais, assegurar a integralidade do cuidado e fortalecer a capacidade de gestão dos entes federados são tarefas que exigem, para além da vontade política, um compromisso contínuo com o aprimoramento das bases financeiras que sustentam o SUS. Este livro é uma contribuição nesse sentido, reafirmando a importância da pesquisa aplicada, da cooperação federativa e da defesa intransigente do direito universal à saúde no Brasil.

1.1 NOTAS METODOLÓGICAS

A metodologia utilizada na elaboração dos capítulos 3 e 4 referentes a estados e municípios, respectivamente, foi estruturada para fornecer uma análise detalhada das contas do Siops. A configuração contábil das despesas em saúde garante a integridade e a confiabilidade das informações orçamentárias e financeiras. O estudo seguiu uma abordagem baseada na classificação funcional da despesa pública e na padronização das informações conforme os critérios normativos e contábeis vigentes.

1.1.1 FONTE E CLASSIFICAÇÃO DOS DADOS

Os dados utilizados na análise foram extraídos diretamente do Siops, uma base oficial que assegura a padronização e a comparabilidade das informações entre os entes federativos. A classificação das despesas seguiu a estrutura estabelecida na Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999, do Ministro de Estado do Orçamento e Gestão, que organiza as dotações orçamentárias em **funções e subfunções**.

A classificação funcional tem como objetivo responder à pergunta fundamental: “em que área de atuação governamental a despesa será realizada?”. Ela é composta por um rol prefixado de funções e subfunções, servindo como agregadora dos gastos públicos e permitindo a consolidação nacional das despesas de saúde nos três níveis de governo. Essa estrutura é independente dos programas governamentais e de aplicação obrigatória para União, estados, Distrito Federal e municípios.

No contexto da saúde, a análise considerou as seguintes subfunções:

- **Atenção Básica**

Compreende despesas com as ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde

- **Assistência Hospitalar e Ambulatorial**

Abarca despesas com ações voltadas à cobertura de despesas com internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais, incluindo exames laboratoriais necessários para o diagnóstico e tratamento de doenças, realizadas diretamente pelo sistema governamental ou por meio de contratos e convênios com entidades privadas ou de outras esferas de governo.

- **Suporte Profilático e Terapêutico**

Refere-se às despesas com ações destinadas à produção, à distribuição e ao fornecimento de medicamentos e demais produtos farmacêuticos em geral.

- **Vigilância Sanitária**

Abrange um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, incluindo ações de Vigilância Sanitária em fronteiras, portos marítimos, fluviais e aeroportos, além do controle de atividades relacionadas com análise e licenciamento de medicamentos, alimentos, entre outros.

- **Vigilância Epidemiológica**

Inclui despesas com ações que promovem a detecção e a prevenção de doenças e agravos transmissíveis à saúde e seus fatores de risco, combate da disseminação de doenças transmissíveis, especialmente aquelas com potencial epidêmico.

- **Alimentação e Nutrição**

Envolve despesas com ações direcionadas a reduzir ou eliminar carências nutricionais, orientar os cidadãos sobre os valores nutricionais dos alimentos e a suprir deficiências alimentares.

- **Administração**

Abrange as despesas Administrativas e concentra ações de gestão e manutenção de órgãos do governo.

Essa categorização permitiu identificar padrões na alocação de recursos, avaliar a consistência das informações reportadas pelos municípios e detectar possíveis distorções na execução orçamentária e financeira.

1.1.2 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DA DESPESA

A metodologia adotou uma abordagem baseada na **fase de liquidação da despesa**, conforme previsto no art. 63 da Lei nº 4.320/1964. A liquidação é o processo de verificação do direito adquirido pelo credor, com base nos títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito, e tem por objetivo apurar se o bem ou o serviço foi adequadamente entregue ou prestado. Dessa forma, corresponde ao valor equivalente ao que foi adquirido em bens e serviços pela Administração Pública. Essa abordagem permitiu uma análise criteriosa da execução das despesas, identificando eventuais inconsistências e aprimorando a confiabilidade dos dados analisados.

1.1.3 CLASSIFICAÇÃO E ESTRUTURA DAS RECEITAS E DESPESAS

A metodologia também contemplou a análise detalhada da **composição das receitas e despesas em saúde nos níveis municipais e estaduais**, seguindo as classificações orçamentárias vigentes.

1.1.3.1 RECEITAS ORÇAMENTÁRIAS

As receitas analisadas no estudo referem-se a **disponibilidades financeiras que ingressam no orçamento dos entes ao longo do exercício fiscal**. Essas receitas viabilizam a execução das políticas públicas e são classificadas em:

- **Receitas próprias**, arrecadadas diretamente seja pelos municípios ou pelas Unidades Federativas (UF) (por exemplo, impostos, taxas e contribuições de melhoria);

- **Transferências correntes**, oriundas da União e/ou dos estados, destinadas ao financiamento de despesas de manutenção dos serviços públicos.

No âmbito das transferências correntes, destacam-se as **transferências constitucionais**, como o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e o Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal (FPE), além **das transferências legais**, que englobam as transferências FAF, as quais não dependem de convênios, pactuações ou acordos específicos entre os entes federativos.

1.1.3.2 DESPESAS ORÇAMENTÁRIAS

As despesas das UF e dos municípios foram analisadas conforme a sua classificação econômica, que distingue:

- **Despesas correntes**, destinadas à manutenção dos serviços públicos, incluindo pessoal, aquisição de bens e serviços e transferências a entidades privadas sem fins lucrativos.
- **Despesas de capital**, que envolvem investimentos em infraestrutura e aquisição de equipamentos, essenciais para a expansão e modernização da rede de saúde.

1.1.4 DISTRITO FEDERAL: ESPECIFICIDADES DA ESTRUTURA CONTÁBIL DO SIOPS

Vale mencionar que, devido às especificidades, o Distrito Federal apresenta uma estrutura contábil diferenciada das contas em saúde das demais UF. A principal distinção deve-se pelo fato de que ele possui um regime administrativo e jurídico singular. Ao contrário dos estados, que se dividem em municípios, o Distrito Federal acumula as competências típicas de um estado e de seus municípios. Isso implica que as contas do Siops precisam refletir essa centralização das funções públicas, organizando, de maneira integrada, receitas, despesas e repasses que, em outros estados, seriam segregados entre governo estadual e municipal. Em outras palavras, a estrutura contábil dessa UF é adaptada para abarcar toda a sua gestão financeira, levando em conta suas particularidades legais e operacionais. Além disso, diferentemente de estados, e por especificidade própria, o Distrito Federal não transfere recursos a municípios.

No entanto, devido ao nível de agregação utilizada neste estudo, essas diferenças não são relevantes nem afetaram as análises e as conclusões obtidas.

1.1.5 ANÁLISES REGIONAIS E TEMPORAIS

A metodologia incluiu também uma análise **regional e temporal**, cobrindo o período de **2018 a 2022**. Essa abordagem permitiu:

- **Identificar tendências nos investimentos em saúde** e avaliar a dependência das transferências intergovernamentais.
- **Examinar a variação na autonomia fiscal**, considerando o porte populacional e a localização geográfica.
- **Comparar padrões de financiamento entre regiões do Brasil**, evidenciando desigualdades estruturais que impactam a gestão dos recursos de saúde.

1.1.6 DIFICULDADES NA COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Durante o processo de coleta e tratamento dos dados, foram identificados diversos fatores que dificultaram a precisão das informações. Dentre os principais desafios enfrentados, destacam-se:

- **Receitas e despesas com valores negativos**, possivelmente decorrentes de erros na inserção ou transmissão dos dados. Essas inconsistências foram devidamente reportadas às instâncias responsáveis, contribuindo para a correção dos problemas e para o aprimoramento da integridade e confiabilidade das informações.
- **Inconsistências em contas de agregação**, nas quais algumas categorias não refletiam corretamente a soma de suas partes, gerando discrepâncias nos valores reportados.
- **Mudanças nas definições contábeis a partir de 2020** em função da obrigatoriedade de seguir as normas estabelecidas pelo Tesouro Nacional (art. 163A da Constituição Federal), dificultando a comparação dos dados ao longo dos anos.
- **Falta de padronização no preenchimento de várias contas contábeis**, ou pela dificuldade de entendimento, ou por problemas de nomenclatura.
- **Falta de distinção entre ausência de informação e valores nulos**, o que comprometeu a avaliação da completude da base de dados e dificultou a identificação de municípios que não enviaram informações.

Além disso, nota-se que as **constantes alterações na agregação das contas do Siops** dificultam a construção e o acompanhamento de indicadores agregados. Nesse contexto,

a obtenção de uma visão global ficou prejudicada, causando dificuldades na convergência a pontos comuns e quicá de acordos necessários perante reformas estruturais. A falta de padronização no preenchimento de várias contas contábeis limita o detalhamento da análise, pois, conforme ampliamos o detalhamento das contas, deparamo-nos com mais divergências advindas de preenchimento diferenciado das informações. Assim, a declaração de despesas em subfunções e/ou categorias econômicas específicas é muito heterogênea entre os entes municipais e/ou estaduais, o que dificultou a comparação, considerando a linha temporal.

Para mitigar esses problemas, foram realizadas **oficinas de validação** na Região Metropolitana de Porto Alegre e nos municípios do estado do Rio Grande do Norte, reunindo técnicos e gestores municipais assim como com representantes das Secretarias Estaduais de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS) e do Rio Grande do Norte (SES-RN). O objetivo era discutir dificuldades operacionais na classificação e no uso dos dados orçamentários da saúde. Nessas oficinas, foram apresentados e discutidos os gastos em saúde dos municípios participantes, além de terem sido debatidos os principais desafios na aplicação e execução dos recursos destinados às ações e serviços de saúde. No caso dos gestores estaduais, para obter uma amostra maior, foi aplicada uma sondagem *on-line*¹. Foi observado que tanto as oficinas quanto a aplicação da sondagem aos gestores de saúde estaduais foram fundamentais para corrigir inconsistências, compreender nomenclaturas, revisar a alocação dos recursos e aprimorar a qualidade da base de dados utilizada na análise.

Esses desafios demandaram um exame preciso das contas do Siops para certificar sobre o nível mais adequado de desagregação das contas, particularmente das despesas. Paralelamente a isso, optou-se por apresentar a maior parte das informações agregadas conforme a região e o porte populacional.

1.1.7 CONCLUSÃO DA METODOLOGIA

A triangulação entre os **dados do Siops, os resultados das oficinas de validação e as análises estatísticas** possibilitou a elaboração de um diagnóstico abrangente sobre os padrões de financiamento da saúde nos níveis estadual e municipal. Esse processo permitiu não apenas identificar desafios na gestão dos recursos, mas também subsidiar a formulação de políticas públicas mais eficazes, voltadas para a melhoria da alocação de verbas e o fortalecimento da sustentabilidade fiscal dos municípios e estados. Além disso, esse diagnóstico evidencia o subfinanciamento crônico do setor, aliado a um frágil

¹ Será abordada no capítulo 3.

critério de alocação de recursos, nem sempre observado o disposto da Lei Complementar (LC) nº 141/2012, potencializando uma pressão do gasto em saúde para estados e municípios, o que limita a capacidade de investimento e compromete a qualidade e a continuidade dos serviços prestados à população.

FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2

O SUS é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, o qual visa proporcionar acesso universal e integral à saúde para toda a população. No entanto, o seu financiamento adequado e sustentável tem sido uma questão crítica ao longo dos anos, com desafios relacionados com fontes seguras de financiamento, alocação de recursos, eficiência e equidade no acesso aos serviços de saúde¹.

O Brasil figura como um importante centro político-econômico, sendo uma potência em extensão territorial, recursos naturais e diversidade cultural. Apesar disso, sofre com as mazelas clássicas dos países em desenvolvimento, como a desigualdade social, a violência urbana e a má gestão dos recursos públicos. Até pouco tempo, as questões de saúde pública eram tratadas sem que houvesse uma estratégia do governo central no atendimento das demandas e a atuação do Estado, e restringiam-se a situações emergenciais, tais como nas epidemias de centros urbanos. Em 1988, com a Constituição Federal, houve no cenário brasileiro a garantia da saúde e de um sistema público, universal, integral, equânime e gratuito¹.

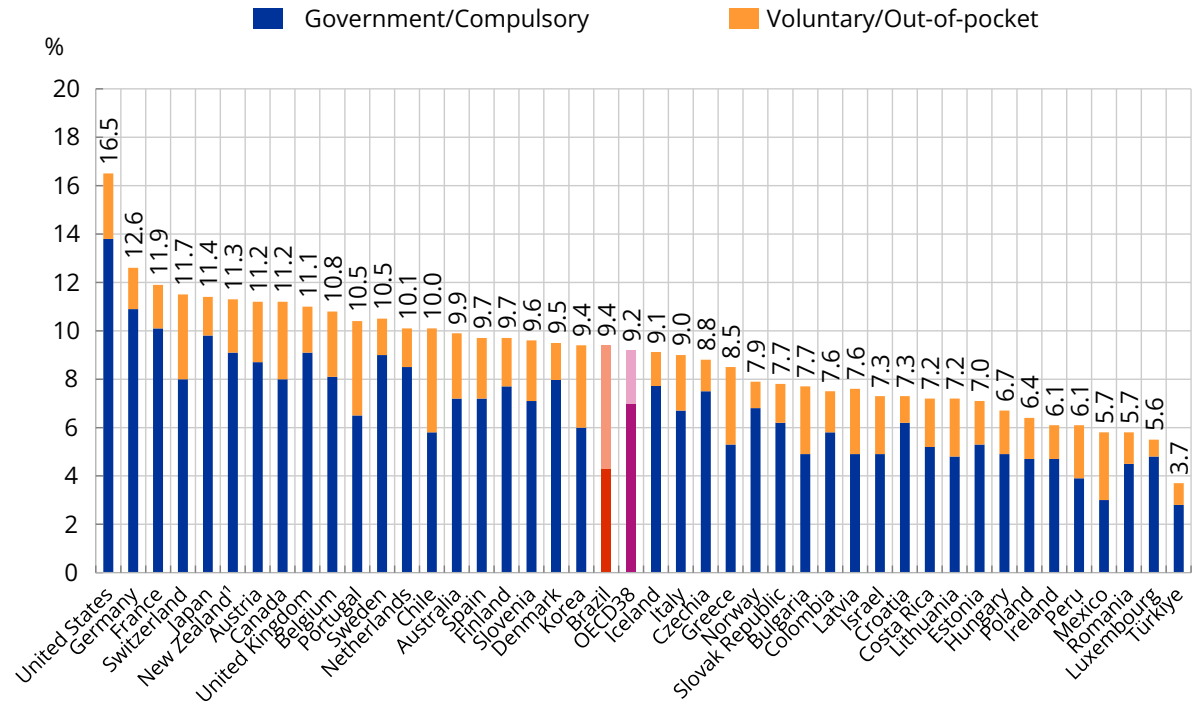
2.1 GASTOS COM SAÚDE NO BRASIL E NO MUNDO

Dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) para o ano de 2019 mostram que o gasto público em saúde brasileiro representa apenas 3,93% do Produto Interno Bruto (PIB), muito abaixo dos países desenvolvidos e até mesmo de alguns países emergentes. Gastos como o percentual do PIB expressam a dimensão do gasto com saúde no valor total da economia. No Brasil, a baixa participação pública reflete as limitações no financiamento do SUS, que enfrenta desafios para atender à população em um contexto de subfinanciamento.

O gasto privado brasileiro, por outro lado, é de 5,39% do PIB, um dos mais altos do gráfico 2.1 abaixo, indicando uma alta dependência de seguros de saúde privados e despesas diretas das famílias. Esse cenário evidencia desigualdades significativas no acesso à saúde e pressões financeiras sobre os indivíduos.

Comparativamente, países com sistemas de saúde universais e bem financiados, como a Alemanha, a França e os países nórdicos, possuem uma maior participação do gasto público, o que promove maior equidade e acesso. Em contrapartida, países como o Brasil, com um gasto público relativamente baixo e alta dependência de recursos privados, enfrentam desafios significativos para garantir acesso universal e reduzir desigualdades.

Gráfico 2.1. Gastos com saúde como proporção do PIB – OCDE e Brasil, 2022



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE 2024².

O gráfico 2.1 apresentado, com dados de 2022 extraídos da OCDE, revela as disparidades no financiamento da saúde entre diferentes países e como os sistemas de saúde são estruturados em termos de participação do setor público e privado.

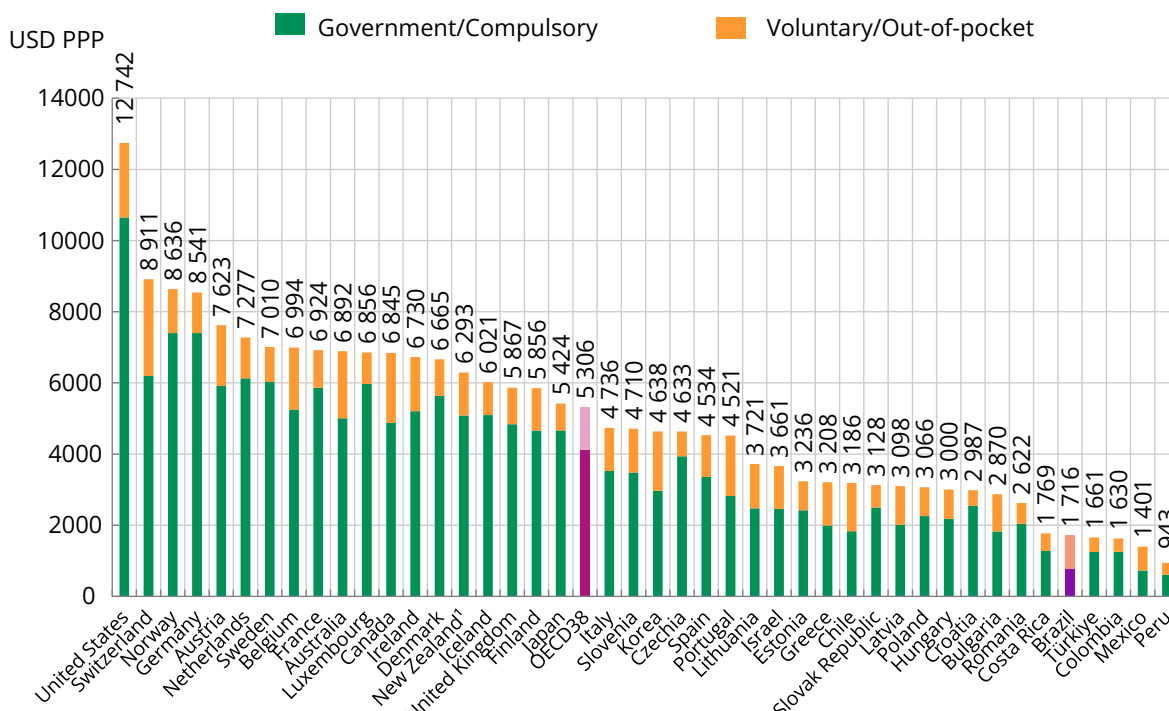
Em países como os Estados Unidos da América (EUA), a Alemanha e a França, os gastos públicos como proporção do PIB destacam-se entre os mais altos. Os EUA lideram esse *ranking* com 16,5%, um número que, apesar de expressivo, reflete o custo elevado do sistema norte-americano, que combina investimentos públicos substanciais com uma alta dependência de seguros privados e desembolsos diretos, evidenciados pelo gasto privado de 2,7% do PIB. A Alemanha e a França também possuem níveis elevados de

gasto público, com 10,9% e 10,1%, respectivamente, caracterizando sistemas universais sólidos e bem financiados, que minimizam a dependência do gasto privado.

Considerando inicialmente o gasto em saúde como proporção do PIB, observa-se que o Brasil destinou cerca de 9,4% do seu PIB ao setor em 2022, valor semelhante à média da OCDE. No entanto, essa paridade relativa oculta disparidades expressivas em termos absolutos e na composição do financiamento.

A análise dos dados de gasto per capita em saúde disponibilizados pela OCDE para o mesmo ano demonstra profundas assimetrias entre os países investigados, especialmente no que se refere à participação pública no financiamento e à capacidade de garantir cobertura universal com equidade.

Gráfico 2.2. Gasto per capita em saúde em 2022



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE 2024².

O Brasil apresenta um dos menores gastos totais per capita em saúde, com US\$ 1.716,10, valor que representa apenas cerca de um terço da média observada nos países da OCDE (US\$ 5.306,40)². Desse total, menos da metade (US\$ 778,80) provém de fontes

governamentais ou obrigatórias, configurando um padrão de financiamento que impõe elevada carga financeira às famílias, cujo gasto voluntário e direto (US\$ 937,30) supera o componente público. Tal estrutura contrasta fortemente com a de países com sistemas universais consolidados, como Reino Unido, França e Alemanha, nos quais a participação governamental ultrapassa 80% do total gasto, garantindo maior proteção contra o risco financeiro associado ao adoecimento. Ainda mais contrastante é a comparação com os EUA, cuja despesa pública per capita (US\$ 10.648,50) é mais de 13 vezes superior à brasileira, mesmo em um sistema com forte presença privada. Esses dados reiteram o subfinanciamento histórico do SUS e apontam para a urgência de reconfigurações no arranjo federativo, no espaço fiscal disponível e nas prioridades distributivas do Estado brasileiro, a fim de assegurar níveis mínimos de financiamento compatíveis com os princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade.

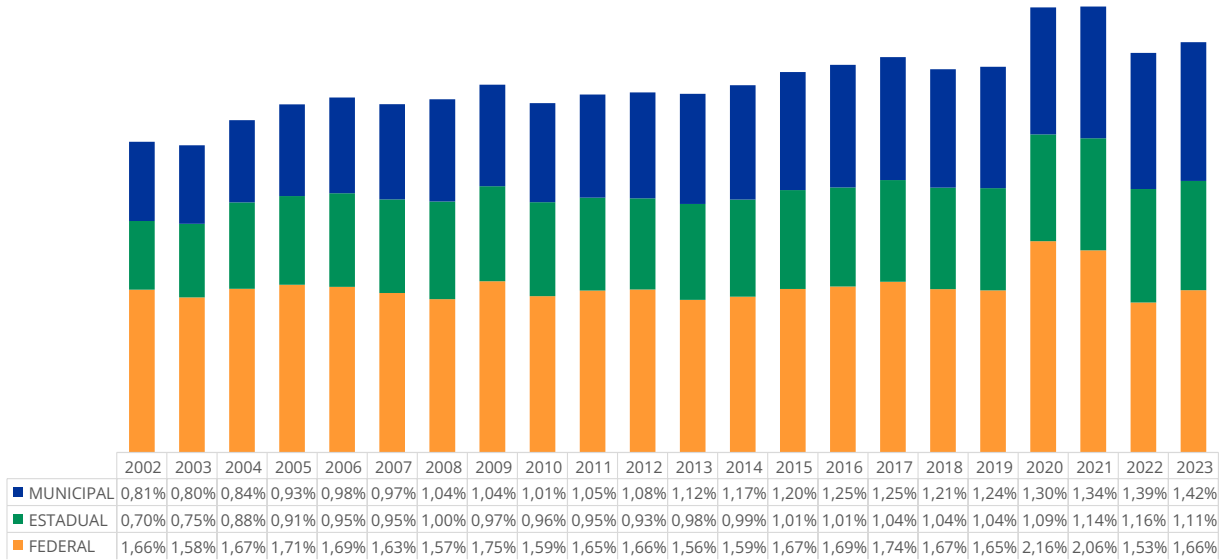
2.1.1 GASTO PÚBLICO EM SAÚDE NO BRASIL

O financiamento do SUS é composto por recursos provenientes dos impostos arrecadados pelas três esferas de governo, incluindo as transferências constitucionais destinadas aos estados, Distrito Federal e municípios. No entanto, esse financiamento tem se mostrado insuficiente para garantir a alocação de recursos financeiros adequados ao pleno funcionamento do sistema público.

Segundo Figueiredo et al.³, os recursos disponibilizados têm sido menores do que os necessários para atender às demandas de saúde da população, divergindo, inclusive, do patamar inicialmente previsto na concepção do SUS. Essa situação foi ainda mais agravada pela adoção de políticas de austeridade fiscal no País, que limitaram ainda mais a capacidade de financiamento do sistema³.

O Brasil, apesar de ter por mandato constitucional um sistema público de saúde de acesso universal, apresenta o gasto privado em saúde superior ao gasto público. Países com sistemas de saúde similares, ou seja, universais e públicos, gastam, em média, 8% do PIB.

Gráfico 2.3. Proporção do gasto em saúde pública no Brasil como proporção do PIB – Siops, 2002 a 2023



Fonte: Siops/MS – IBGE.

O gasto público em saúde em relação ao PIB no Brasil entre 2002 e 2023 revela perspectivas relevantes sobre a evolução do financiamento da saúde pelas esferas federal, estadual e municipal (gráfico 2.3). As médias dos percentuais no período evidenciam o peso diferenciado entre os níveis de governo na manutenção do SUS. No âmbito federal, a média foi de 1,69% do PIB, tendo a União como a principal fonte de financiamento público da saúde no Brasil. Por sua vez, os estados apresentaram uma média de 0,98% enquanto os municípios registraram uma média de 1,11%, destacando a crescente relevância das administrações municipais no custeio e na gestão dos serviços de saúde.

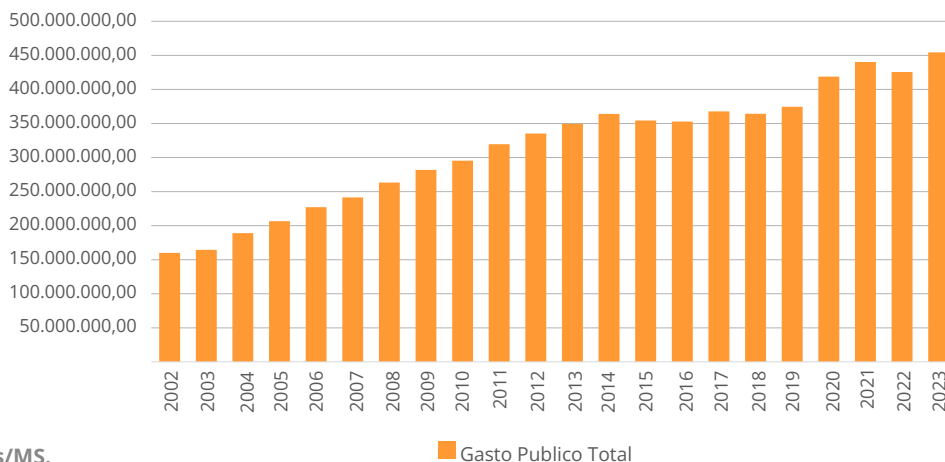
O comportamento do gasto ao longo do período mostra desempenhos distintos entre as esferas de governo. A participação federal permaneceu praticamente estável, registrando 1,66% tanto em 2002 quanto em 2023, o que indica uma ausência de crescimento proporcional ao PIB. Em contrapartida, os estados tiveram um aumento de 0,41 ponto percentual, passando de 0,70% em 2002 para 1,11% em 2023, evidenciando um maior envolvimento dos governos estaduais no financiamento da saúde. Os municípios, por sua vez, registraram o maior crescimento relativo, com um acréscimo de 0,61 ponto percentual, de 0,81% em 2002 para 1,42% em 2023, reforçando o protagonismo dos entes municipais no contexto da descentralização do SUS.

Esses dados indicam que, ao longo das últimas duas décadas, a carga do financiamento da saúde tem sido progressivamente deslocada para os estados e, sobretudo, para os municípios. Esse movimento suscita preocupações quanto à sustentabilidade fiscal dos entes subnacionais, especialmente em contextos de crise econômica ou de redução das transferências federais. Por outro lado, a estabilidade dos percentuais federais, embora significativa em termos absolutos, pode indicar limitações na ampliação da participação da União no financiamento proporcional às crescentes demandas de saúde no País.

Esse panorama apresenta fragilidade no pacto federativo no financiamento da saúde pública, considerando os desafios de equidade e sustentabilidade financeira que permeiam o sistema. Nesse sentido é essencial fortalecer a coordenação entre as esferas de governo e garantir a alocação de recursos de forma adequada às necessidades locais e regionais, assegurando a continuidade e a qualidade dos serviços de saúde para a população brasileira.

O gráfico 2.4 registra a evolução do gasto público total no SUS. Considerando valores corrigidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) de 2023, é apresentada a evolução do gasto público total em saúde. No início do período, em 2002, o gasto público total corrigido foi de aproximadamente R\$ 160 bilhões, enquanto em 2023, atingiu R\$ 454 bilhões. Esse crescimento equivale a um aumento real de cerca de 184%, evidenciando uma expansão significativa no financiamento do SUS. No entanto, revela oscilações importantes no ritmo de crescimento ao longo do tempo, relativas às condições econômicas e às políticas adotadas em diferentes períodos.

Gráfico 2.4. Gasto público total em saúde – Brasil, 2002 – 2023. Em milhões de Reais (atualizados IPCA/2023)



Fonte: Siops/MS.

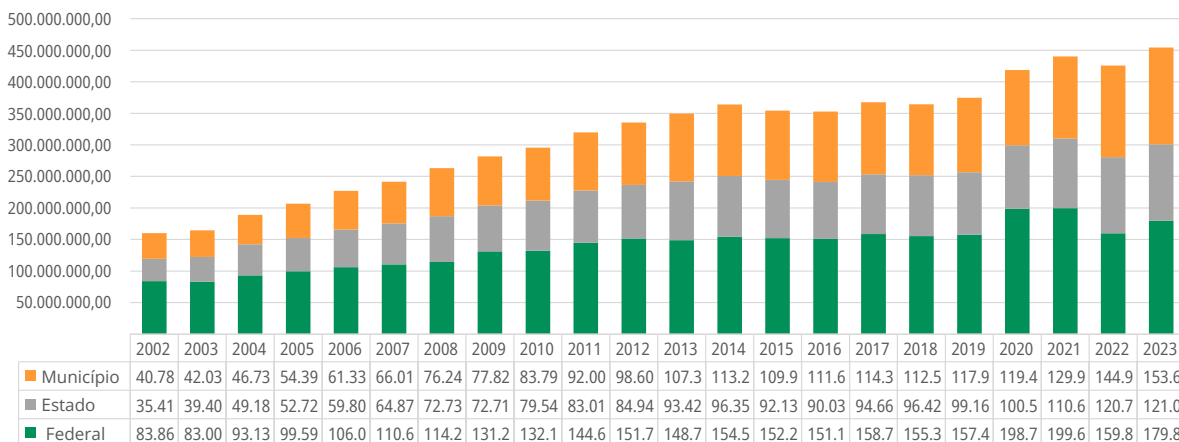
De 2002 a 2008, o gasto público total no País apresentou um crescimento constante, porém em ritmo moderado, sugerindo uma ampliação gradual da capacidade de financiamento do SUS nesse período. A partir de 2009, demonstrou aceleração do crescimento econômico e fortalecimento de políticas voltadas à saúde.

Entre 2015 e 2019, a série revela uma desaceleração no crescimento real dos gastos, reflexo das restrições fiscais impostas pela crise econômica e pelas políticas de austeridade adotadas no Brasil. Esse período coincide com a aprovação de medidas como o teto de gastos públicos – Emenda Constitucional (EC) nº 95, de 15 de dezembro de 2016 –, que limitou o crescimento das despesas primárias, incluindo da saúde.

O ano de 2020 apresenta um salto expressivo nos gastos em função da pandemia da covid-19, que demandou recursos oriundos de créditos extraordinários para financiar ações emergenciais, como a compra de insumos médicos, equipamentos, vacinação, expansão de leitos hospitalares, entre outros. O gasto total corrigido atingiu R\$ 418 bilhões nesse ano, representando um dos maiores investimentos já registrados. Esse patamar elevado foi mantido em 2021 devido à continuidade das demandas relacionadas com a pandemia.

Após o pico observado em 2020 e 2021, os anos de 2022 e 2023 mostram uma queda do crescimento, porém ainda elevados. Em 2023, o gasto público total corrigido alcançou o maior valor da série, R\$ 454 bilhões. Embora o gasto público em saúde tenha crescido de maneira significativa em termos reais, parte desse crescimento foi impulsionada por eventos extraordinários, como a pandemia da covid-19.

Gráfico 2.5. Gasto público total com saúde – Brasil, 2002 a 2023. Em milhões de Reais (atualizados IPCA/2023)



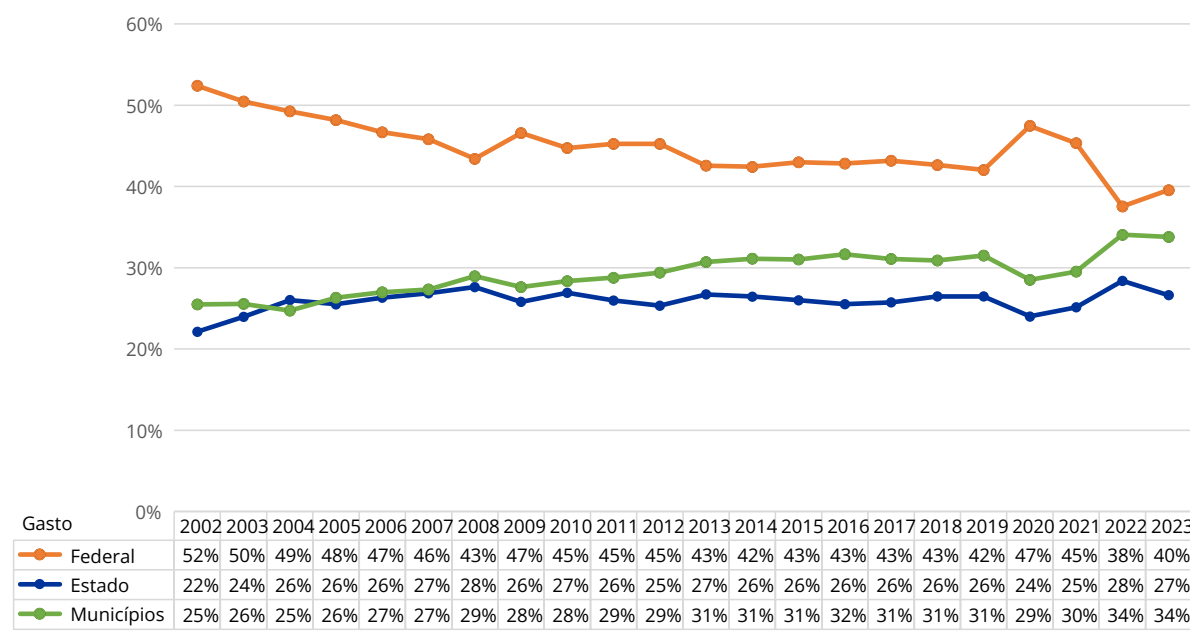
Fonte: Siops/MS.

Como observado no gráfico 2.5, entre 2002 e 2023, o gasto público total com saúde, descontada a inflação, cresceu de R\$ 160,07 bilhões para R\$ 454,46 bilhões, o que corresponde a um aumento de aproximadamente 184% ao longo do período. Esse crescimento reflete uma ampliação significativa dos investimentos em saúde pública no Brasil, porém, com variações importantes na contribuição relativa de cada esfera governamental.

2.1.1.1 COMPOSIÇÃO DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE

Considerando o crescimento real do investimento em saúde e as diversas alterações com relação a regra para valores mínimos aplicados pelo gestor federal, observa-se que a composição do gasto público ao longo das duas últimas décadas foi significativamente modificada, destacando o papel de protagonismo assumido pelos entes subnacionais no financiamento do SUS.

Gráfico 2.6. Composição do gasto com ações e serviços públicos de saúde, Brasil, 2002 – 2023



Fonte: elaboração própria com base em Siops, Siop, RAG MS (2023).

Os dados do gráfico 2.6 revelam mudanças significativas na composição desses gastos, evidenciando um processo de transferência de responsabilidade orçamentária da União para estados e, sobretudo, municípios.

No início do período analisado, em 2002, o governo federal tinha um papel predominante, com 52% da composição dos gastos em saúde. Contudo, ao longo dos anos, observa-se uma redução progressiva dessa participação. Em 2023, **a proporção dos gastos federais caiu para 40%, o que representa uma taxa de variação acumulada negativa de 23% ao longo de 21 anos**. A maior redução foi registrada no intervalo entre 2021 e 2022, quando a participação federal caiu de 45% para 38%. Apesar dessa redução abrupta, houve uma recuperação parcial no ano seguinte, com o retorno da participação federal ao patamar de 40% em 2023, coincidindo com a mudança da metodologia do piso federal definido pela LC nº 201, de 24 de outubro de 2023.

Os governos estaduais apresentaram uma tendência de financiamento mais estável, mas com um crescimento moderado ao longo do período. Em 2002, os estados respondiam por 22% da composição dos gastos em saúde, enquanto em 2023, essa proporção alcançou 27%. Essa evolução reflete um crescimento acumulado de 22,7% em duas décadas. Essa estabilidade relativa sugere que o peso orçamentário dos estados na saúde tem aumentado em um ritmo lento, sem oscilações expressivas.

Os municípios, por sua vez, registraram o crescimento mais expressivo na composição dos gastos públicos em saúde. Em 2002, os municípios representavam 25% da participação total, crescendo para 34% em 2023. Esse aumento reflete uma variação acumulada de 32% ao longo do período analisado, indicando uma ampliação significativa de suas responsabilidades financeiras no setor. O crescimento constante é indicativo da maior pressão orçamentária sobre os municípios, que enfrentam crescentes demandas por serviços de saúde localizados, muitas vezes sem o correspondente aumento em suas receitas.

Em termos gerais, os dados apontam para um processo de transferência de responsabilidade no financiamento da saúde pública no Brasil. Enquanto a participação federal experimentou uma redução constante, estados e municípios aumentaram gradualmente suas contribuições. Esse cenário reforça a necessidade de uma análise aprofundada sobre os mecanismos de transferências intergovernamentais, como as transferências FAF e as emendas parlamentares, que podem estar redistribuindo responsabilidades financeiras sem a garantia de equilíbrio nas receitas.

2.2 HISTÓRICO NORMATIVO DO FINANCIAMENTO DO SUS

O direito à saúde no Brasil alçou o *status* de garantia constitucional com a promulgação da Constituição Federal em 1988, que também estabeleceu os meios para alcançá-lo, a partir da criação do SUS. No entanto, a sociedade brasileira, especialmente durante a

década originada em 1980, já havia adquirido a consciência de seu direito à saúde e – tanto aqueles milhões de pessoas ainda completamente à margem do mercado consumidor quanto as elites econômico-sociais – passou a reivindicar a garantia do direito à saúde⁴.

Entre os diferentes conceitos de saúde, ao longo da história, aquele adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) foi o que melhor compreendeu, de forma mais abrangente, a saúde como direito humano⁵. Assim, o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado em relação à sua promoção e proteção passou a ser objeto da OMS, que registou no preâmbulo de sua Constituição (1946) o conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”⁶. No entanto, somente reivindicações da sociedade e de organismos internacionais não eram suficientes para garantir o direito à saúde, tornando fundamental o estabelecimento de meios concretos para alcançá-lo.

No caso brasileiro, o escopo e a abrangência da atual política de saúde encontram-se definidos nos arts. 196 a 200 da Constituição Federal. Medici (1994) aponta que, do ponto de vista dos interesses federativos, três questões se sobrepõem como relevantes: a) existência de comando único em cada esfera de governo; b) descentralização de forma que as ações de saúde passam a ser corresponsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, cabendo aos entes subnacionais a prestação dos serviços e a esfera federal a definição da política nacional de saúde, bem como de suas normas, regulamentos e regras gerais; c) financiamento das políticas de saúde de corresponsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios⁷.

Nesse contexto, o histórico de financiamento do SUS é marcado por uma constante evolução, desde a sua criação até os dias atuais. Apesar de os constituintes terem estabelecido a participação das três esferas de governo no financiamento do SUS e previsto fontes de receitas e a alocação de recursos mínimos pela União, esses preceitos constitucionais foram amplamente negligenciados ao longo da década de 1990. Essa negligência resultou, e ainda persiste, em dificuldades significativas para o financiamento do sistema público de saúde, que demanda recursos adequados para atender às necessidades da população, para a garantia do direito constitucional posto.

Até a instituição da garantia constitucional do direito à saúde no País, o financiamento federal da saúde se dava por meio de recursos advindos de até 30% do Orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro-desemprego. Após 1988, a primeira iniciativa constitucional que foi concretizada para garantir fontes seguras para financiar as ações e serviços em saúde do poder público foi a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 82, de 27 de março de 1995, que culminou na promulgação da EC nº 29, de 13 de setembro de 2000^{8,9}.

A PEC nº 82/1995, apresentada pelo Deputado Carlos Mosconi e outros parlamentares, tinha como principal objetivo assegurar uma fonte estável e específica de financiamento para o SUS. A proposta visava destinar os recursos provenientes das contribuições dos empregadores sobre o faturamento e o lucro exclusivamente ao SUS, buscando mitigar a falta de previsibilidade e segurança financeira que caracterizavam o sistema na época. Na prática, isso significava uma garantia de que esses recursos, essenciais para o funcionamento do SUS, seriam direcionados diretamente para a área da saúde. A justificativa para a PEC nº 82/1995 destacava as dificuldades que o sistema enfrentava por não ter uma fonte de financiamento vinculada à arrecadação. Ao invés de contar com receitas vinculadas, o sistema dependia de repasses interministeriais, o que criava um ambiente de incertezas financeiras e dificultava o planejamento e a execução de políticas públicas de saúde. A proposta buscava, portanto, estabelecer uma destinação fixa para os recursos arrecadados, oferecendo mais segurança e autonomia para a gestão da saúde pública no País. Esse direcionamento específico visava impedir que os recursos fossem redirecionados para outras áreas, garantindo, assim, o cumprimento das obrigações do Estado com a saúde.

Durante a sua tramitação, ao ser apresentada à Comissão de Constituição e Justiça (CCJ), a PEC foi analisada quanto à sua admissibilidade e constitucionalidade, sendo entendida como compatível com as cláusulas pétreas da Constituição, entre elas, a preservação da forma federativa de Estado e os direitos fundamentais. Assim, a CCJ recomendou a sua aprovação, com ajustes de redação. O relator da proposta, ao debater a questão da vinculação de receitas, argumentou que a PEC nº 82/1995 não violava o art. 167, inciso IV da Constituição Federal, o qual proíbe a vinculação de receitas de impostos a órgãos específicos. No entendimento do relator, a nova disposição representava uma exceção válida, justificada pela necessidade imperativa de garantir recursos para o SUS. A proposta também buscava especificar as contribuições direcionadas à saúde dentro do orçamento da seguridade social, dando mais transparência e clareza à alocação desses recursos.

A PEC nº 82/1995 também recebeu emendas, uma delas do relator. Tal emenda determinava que as receitas provenientes das contribuições dos empregadores sobre o faturamento e o lucro seriam integralmente aplicadas no financiamento do SUS. Caso houvesse excedentes, esses seriam redirecionados ao orçamento da seguridade social conforme previsto no orçamento anual da saúde. O processo de tramitação da PEC nº 82/1995 contou com um amplo apoio parlamentar, evidenciado pela extensa lista de signatários representando diversos estados e partidos. Esse apoio facilitou sua tramitação nas duas casas legislativas. Após aprovação em dois turnos na Câmara dos Deputados, a proposta seguiu para o Senado, onde recebeu novos ajustes antes de ser definitivamente aprovada.

Nesses ajustes, as fontes de financiamento foram alteradas. O novo texto estabeleceu regras claras e permanentes para assegurar uma aplicação mínima de recursos públicos na saúde, determinando que União, estados, Distrito Federal e municípios destinassem percentuais fixos de suas receitas para o financiamento do SUS; assim como para fortalecer a gestão dessas receitas por meio dos fundos de saúde. Essa medida foi fundamental para criar uma base de recursos estável para o sistema público de saúde brasileiro.

Em 14 de setembro de 2000, a proposta, consolidando os objetivos originais da PEC nº 82/1995, foi finalmente promulgada como EC nº 29/2000 – por meio de alterações no corpo do art.198, o qual constitui o sistema único para as ASPS no País. Assim, ficou estabelecida a necessidade da criação de uma LC, reavaliada pelo menos a cada cinco anos, que estabelecesse percentuais mínimos de recursos próprios das três esferas de gestão do SUS, para serem aplicadas em ASPS, além de normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde. A LC deveria, ainda, estabelecer os critérios de rateio dos recursos da União destinados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, e dos estados destinados a seus respectivos municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais, o que, de fato, ainda não aconteceu.

Por meio de Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), todavia, a EC nº 29/2000 estipulou que, até que a LC fosse publicada, a União deveria aplicar, no ano de 2000, o valor empenhado em ASPS do ano de 1999, acrescido de, no mínimo, 5%. Para os anos de 2000 a 2004, o valor mínimo dedicado à saúde seria o montante de gasto do ano anterior acrescido da variação nominal do PIB⁸.

No caso dos estados e do Distrito Federal, ficou estabelecido que o valor mínimo a ser destinado às ASPS seria de 12% das respectivas arrecadações de impostos próprios e das transferências recebidas para ASPS. Os municípios, por sua vez, ficaram obrigados a aplicar, no mínimo, 15% de sua receita proveniente de impostos e transferências nesse setor. Em ambos os casos, para os entes subnacionais que aplicaram, no ano de 1999, valores abaixo dos percentuais mínimos recém-definidos, foi estabelecido, para os anos de 2000 a 2004, um escalonamento de percentuais mínimos, que variavam de 7% a 12% para estados e de até 15% para municípios. Essas obrigações de aplicação mínima visavam garantir que o financiamento do SUS não dependesse exclusivamente das decisões orçamentárias anuais, criando uma proteção contra cortes arbitrários de recursos financeiros.

Quadro 2.1. Demonstrativo da base vinculada das arrecadações de impostos, para cumprimento do mínimo constitucional para saúde pública no Brasil, conforme EC nº 29/2000

	Municipais + DF	Estaduais + DF	União
Total das receitas de impostos	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS	Valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB
	Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores – IPVA	
	Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis – ITBI	Imposto sobre a Transmissão Causa Mortis e Doação – ITCMD	
(+) Receitas de transferências da União:	Quota-Parte do FPM	Quota-Parte do FPE	
	Quota-Parte do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural – ITR	Cota-Parte do Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI – Exportação	
	Quota-Parte da LC nº 87/96 (Lei Kandir)	Transferências da LC nº 87/1996 (Lei Kandir)	
	(+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF	Cota parte sobre o IRRF	
(+) Receitas de transferências do Estado	Quota-Parte do ICMS		
	Quota-Parte do IPVA		
	Quota-Parte do IPI – Exportação		
(+) Outras Receitas Correntes:	Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária	Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária	
Base Vinculada	15%	12%	

Fonte: elaboração própria com base na EC nº 29/20008.

A EC nº 29/2000 trouxe uma importante alteração nas fontes de financiamento do SUS. A partir dessa emenda, o financiamento do sistema passou a incluir diretamente o produto da arrecadação de impostos como fonte fundamental de seu financiamento. Esse mecanismo permitiu que os recursos destinados à saúde sejam diretamente aplicados em ASPs, reduzindo a dependência de negociações orçamentárias anuais e ampliando a

base de sustentação do financiamento da saúde pública. Essa inclusão de impostos como fonte direta de arrecadação fortaleceu o compromisso do Estado brasileiro com o SUS, buscando assegurar uma entrada de recursos mais previsível e regular.

Outro aspecto importante trazido pela EC nº 29/2000 foi a obrigatoriedade constitucional de criação de Fundos de Saúde em cada ente subnacional, sendo esses responsáveis pela aplicação e controle dos recursos destinados à área. A nova normativa também reforçou a fiscalização dos gastos pela sociedade civil, exigindo a atuação dos Conselhos de Saúde para garantir transparência e eficiência na gestão dos recursos. Essa medida buscou assegurar que os recursos não sejam utilizados para finalidades alheias à saúde, protegendo, assim, o orçamento destinado ao SUS. Essa proteção foi essencial para evitar que os governos usassem os recursos do sistema público de saúde para cobrir déficits de outras áreas, o que poderia comprometer a oferta e qualidade dos serviços públicos de saúde.

A EC nº 29/2000 representou, portanto, um marco na história do financiamento da saúde pública no Brasil, definindo um compromisso constitucional com o SUS, garantindo que uma parcela específica dos recursos públicos fosse destinada ao setor. Essa emenda trouxe previsibilidade ao orçamento da saúde e criou mecanismos de controle e transparência, fortalecendo a sustentabilidade financeira do SUS, além de promover uma gestão mais eficiente e transparente dos recursos destinados à saúde pública no País.

Atualmente, os estados, o Distrito Federal e os municípios seguem a regra estabelecida pela EC nº 29/2000. No entanto, como apontado no quadro 2.2, sucessivas alterações na regra do mínimo constitucional da União foram realizadas. Ao longo da última década, uma série de mudanças repercutiram na alocação de recursos federais, com inflexões e retrocessos para o financiamento do SUS¹⁰.

Quadro 2.2. Registro das sucessivas alterações dos pisos constitucionais para financiamento de ASPS pela União após a promulgação da EC nº 29/2000

Período	Norma		Método de cálculo do mínimo a ser aplicado em ASPS
A partir de 1988	CF/88	ADCT, art. 55	30% da Orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro-desemprego
2000	EC nº 29/2000	ADCT, art. 77, I, a	Valor empenhado em 1999 acrescido de, no mínimo, 5%
2001 - 2004	EC nº 29/2000	ADCT, art. 77, I, b	Valor empenhado no ano anterior acrescido da variação nominal do PIB
2005 - 2011		ADCT, art. 77, § 4º	Manutenção da regra anterior
2012 - 2015	LC nº 141/2012	Art. 5º, caput e §2º	Manutenção da regra anterior, e em caso de variação negativa do PIB, sendo que o valor não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro
2016	EC nº 86/2015	CF, art. 198, § 2º, I	13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) em 2016, escalonado até 15% em 2020
2017	EC nº 95/2016	ADCT, art. 110, I	15% da RCL em 2017 (receita realizada)
2018 - 2020	EC nº 95/2016 (Transitório)	ADCT, art. 110, II	15% da RCL em 2017, e nos anos seguintes, esse valor acrescido do IPCA (receita realizada de julho do ano anterior a junho do ano da elaboração orçamentária)
2021 - 2022	EC nº 113/2021 (Transitório)	ADCT, art. 107, § 12	15% da RCL em 2017, e nos anos seguintes, esse valor acrescido do IPCA (medido de janeiro a junho e estimado de julho a dezembro do ano da elaboração orçamentária)
2023	EC nº 126/2023 LC nº 200/2023 EC nº 86/2015	CF, art. 198, § 2º, I	15% da RCL do respectivo exercício financeiro (receita realizada)
	LC nº 201/2023	Art. 15	No exercício de 2023, será considerada a RCL estimada na Lei nº 14.535/2023.
2024 e seguintes	EC nº 86/2015	CF, art. 198, § 2º, I	15% da RCL do respectivo exercício financeiro (receita realizada)

Fonte: Constituição Federal, LC nº 141/2012, LC nº 200/2023 e nº 201/2023¹¹⁻¹⁴.

A EC nº 29/2000 tinha como objetivo dar estabilidade ao financiamento do setor de saúde, com recursos das três esferas de governo, a partir de percentuais de receitas definidos em lei. Em 2003, deu-se início à discussão no Congresso Nacional baseada no Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 01/2003, do deputado Roberto Gouveia (PT-SP), que visava definir quais seriam as ASPS para efeito do cômputo do mínimo constitucional a ser aplicado no SUS, bem como estabelecer a alocação de 10% das Receitas Correntes Brutas (RCB) da União para a saúde pública no País.

Em 2007, o PLC nº 01/2003 contou com várias emendas em seu texto original, incluindo o retorno às regras da EC nº 29/2000, relativas à participação mínima da União no financiamento do SUS, acrescido de percentuais da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). A não prorrogação da CPMF dificultou o andamento do projeto no Senado, onde foi acoplado ao Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 156/2007, de autoria do senador Marconi Perillo (PSDB-GO).

Em abril de 2008, foi aprovado por unanimidade o PLS nº 121/2007, de autoria do senador Tião Viana (PT-AC), que previa a destinação de 10% das RCB para a saúde. Ao ser enviado à Câmara dos Deputados, foi aprovado em forma de substitutivo, como PLP nº 306/2008, em 21 de setembro de 2008, com o deputado Pepe Vargas (PT-RS) como relator. Nesse substitutivo, a Câmara rejeitou a proposta do Senado de destinar 10% da RCB da União e a criação da Contribuição Social para a Saúde (CSS), não resultando em acréscimo de recursos federais para o SUS. Retornado ao Senado, o substitutivo tramitou novamente como PLS nº 121/2007, e foi aprovado em 7 de dezembro de 2011, regulamentando a EC nº 29/2000 com as mesmas regras de vinculação de recursos¹⁵.

Ainda existia, todavia, a necessidade de regulamentar os dispositivos não autoaplicáveis, para garantir a correta execução pelos entes federados e a fiscalização pelos Tribunais de Contas. Dessa forma, após 12 anos de promulgada, a sua regulamentação foi materializada por meio da LC nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regularizou o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, estabelecendo os valores mínimos que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios devem aplicar anualmente no que ficou estabelecido como ASPS¹³. A LC nº 141/2012 estabeleceu a necessidade da criação de uma metodologia anual de critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde, bem como as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas das três esferas de governo, revogando dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993¹³. Todavia, a lei não estabeleceu uma nova vinculação de recursos federais para a saúde, frustrando a expectativa de ampliação de verbas para o setor. Por outro lado, a norma definiu o que pode ser considerado despesa em ASPS, valorizando o processo de planejamento e o controle social e estabelecendo a transferência regular e automática de recursos para custeio e investimentos por meio dos fundos de saúde¹⁵.

Quadro 2.3. Demonstrativo despesas consideradas como ações e serviços públicos de saúde de acordo com os arts. 2º e 3º da LC nº 141/2012

Despesas consideradas como ASPS

• Aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

I – sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;

II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e

III – sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

• Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

I – vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

II – atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

III – capacitação do pessoal de saúde do SUS;

IV – desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

V – produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI – saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

VII – saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

VIII – manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX – investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X – remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XI – ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e

XII – gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

XIII – custeio e investimento em hospitais universitários federais, inclusive por meio de entidade pública responsável por sua administração, desde que as despesas sejam aprovadas pelo Ministério da Saúde e estejam de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar. (Incluído pela Lei Complementar nº 209, de 2024)

Fonte: LC nº 141/2012¹³.

A primeira alteração do piso federal para a saúde ocorreu 15 anos após a promulgação da EC nº 29/2000, por meio da EC nº 86, de 17 de março de 2015¹⁶. Durante a sua tramitação, originada pela PEC nº 358, de 26 de novembro de 2013, a questão do financiamento da saúde foi um dos pontos centrais do debate. A proposta, que buscava inicialmente instituir o orçamento impositivo para emendas parlamentares individuais, ganhou uma nova dimensão com a inclusão de uma regra específica para a aplicação mínima de recursos da União em ASPS. A PEC nº 358/2013 previa inicialmente a obrigatoriedade da execução das emendas parlamentares, buscando dar ao Congresso Nacional maior controle sobre os recursos por ele alocados. No entanto, ao longo de sua tramitação, foi crescente o interesse em vincular uma parte desse orçamento impositivo à saúde, de forma a assegurar recursos adicionais para o SUS e, assim, um possível fortalecimento do financiamento do setor. Em meio a esses debates, o texto da PEC nº 358/2013 foi ampliado para incluir um novo piso federal em saúde, vinculado à RCL da União. Esse novo piso de financiamento estabeleceu que, a partir de 2016, a União deveria aplicar um percentual progressivo da RCL em saúde, começando com 13,2% e aumentando anualmente até alcançar 15% em 2020.

Além de fixar esse percentual crescente da RCL, a EC nº 86/2015 também especificou que 50% do valor das emendas individuais dos parlamentares deveria ser obrigatoriamente aplicado em ASPS, reforçando o financiamento do setor, por meio de uma complementação direta dos recursos. A inclusão de um novo piso para a saúde provocou mudanças significativas na alocação de recursos federais no SUS. Essas mudanças não podem ser consideradas uma conquista para a saúde pública, pois não garantiram parcelas crescentes do orçamento federal direcionada obrigatoriamente ao setor, uma vez que as emendas parlamentares passaram a ser contadas como valores que passaram a compor o piso da União, e não como recursos adicionais. Como resultado, os entes subnacionais foram obrigados, ao longo dos anos, a alocar cada vez mais recursos para financiamento da saúde em seus territórios.

As perdas no orçamento do Ministério da Saúde iniciaram no primeiro ano de vigência da EC nº 86/2015. Já em 2016, segundo dados disponibilizados pela Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) do Ministério da Saúde, o mínimo constitucional da União, previsto pela nova regra, para aplicação em ASPS era de R\$ 100 bilhões. Entretanto, pela regra anterior, considerando a despesa empenhada do exercício anterior e a variação do PIB, o valor do mínimo constitucional seria de R\$ 103,7 bilhões, ou seja, uma diminuição de recursos destinados à saúde de R\$ 3,7 bilhões em 2016.

Tabela 2.1. Mínimo Constitucional da União (2015 e 2016) para ASPS:
EC nº 29/2000 versus EC nº 86/2015

				Valores em milhões	
Regra		Valor ASPS 2015	Valor ASPS 2016	Incremento anual	Incremento anual (%)
EC 29	Valor empenhado ano anterior + variação PIB (regra antiga até 2015)	98.378,80	103.718,50	5.339,70	5,4%
EC 86	13,2% do RCL (regra nova)	-	100.247,47	1.868,67	1,9%

Fonte: SPO/MS^{8,16}.

A principal diferença entre as duas regras estava no método de ajuste. A EC nº 29/2000, ao utilizar a variação do PIB, permitia que o financiamento da saúde acompanhasse mais de perto o crescimento econômico do País, o que tende a refletir as necessidades crescentes de investimentos no setor, especialmente em cenários de expansão econômica. Por outro lado, a EC nº 86/2015, ao fixar um percentual da RCL, estabeleceu um piso, que, no entanto, transformou-se ao longo dos anos em um teto, que se limitou ao crescimento dos recursos, independentemente da expansão das demandas em ações e serviços de saúde.

Não muito tempo depois da promulgação da EC nº 86/2015, mais uma alteração. O cenário econômico e político instável na época e o *impeachment* da então Presidente Dilma Rousseff suscitaram novamente a modificação do piso federal por meio da PEC nº 241, de 15 de junho de 2016, transformada na EC nº 95, de 15 de dezembro de 2016, a chamada “PEC do Teto dos Gastos”¹⁷.

A EC nº 95/2016 introduziu o Novo Regime Fiscal, uma medida de controle orçamentário voltada a combater o desequilíbrio fiscal e estabilizar a dívida pública federal no Brasil. Essa EC prometia um conjunto de diretrizes que visava limitar o crescimento das despesas públicas primárias da União, corrigidas anualmente pelo índice oficial de inflação brasileira. Essa limitação pretendia reduzir o endividamento do Estado, promover a estabilidade econômica e restaurar a confiança dos investidores na economia brasileira.

O Novo Regime Fiscal introduzido pela EC nº 95/2016 estabeleceu um teto para o crescimento das despesas primárias da União, fixando como limite inicial o valor das despesas realizadas em 2016, ajustado pelo IPCA. Esse valor seria atualizado anualmente

com base na inflação acumulada do ano anterior, conforme índice do IPCA, e o regime permaneceria em vigor por 20 anos, com possibilidade de revisão a partir do décimo ano, mediante aprovação do Congresso Nacional¹⁸.

Um aspecto fundamental do regime era a individualização dos limites de despesas para cada Poder da União – Executivo, Legislativo e Judiciário – e para órgãos com autonomia administrativa e financeira, como o Tribunal de Contas da União (TCU), o Ministério Público e a Defensoria Pública. Com essa disposição, seria preservada a autonomia desses entes, evitando a centralização do controle financeiro nas mãos do Poder Executivo. Essa medida teria um potencial de permitir maior controle sobre os gastos públicos, estabelecendo uma responsabilidade fiscal distribuída e, ao mesmo tempo, descentralizada. Certas categorias de despesa foram excluídas do limite estabelecido pelo Novo Regime Fiscal, como as transferências constitucionais a estados e municípios, as despesas eleitorais, os créditos extraordinários e as capitalizações de empresas estatais não dependentes¹⁸. Essas exceções visavam proteger investimentos estratégicos e salvaguardar as obrigações constitucionais, que supostamente asseguravam que recursos essenciais para a execução de políticas públicas prioritárias não seriam prejudicados.

O contexto demonstrado pelo governo federal de deterioração fiscal, evidenciado pelo aumento da dívida pública, justificou, à época, a adoção do Novo Regime Fiscal. Segundo a justificação do projeto de lei, entre 2008 e 2015, as despesas primárias da União cresceram significativamente acima da inflação enquanto a receita avançou em ritmo consideravelmente mais lento. Esse desequilíbrio contribuiu para que a dívida pública atingisse 67,5% do PIB em 2016, com projeções de crescimento exponencial. Ao estabelecer limites rígidos para as despesas, a PEC nº 241/2016 buscou estancar o avanço da dívida pública e restaurar a estabilidade fiscal no País¹⁷.

A limitação das despesas, segundo o texto de justificção do projeto de lei, também tinha como propósito aprimorar a previsibilidade e fortalecer a confiança dos mercados na gestão fiscal brasileira. Com um controle rígido do crescimento dos gastos, esperou-se criar um ambiente mais estável para a economia, atraindo investimentos e possibilitando, em longo prazo, uma redução das taxas de juros. Essa diminuição do custo do financiamento da dívida pública poderia, por sua vez, incentivar um ciclo positivo de investimentos e recuperação econômica, resultando em benefícios significativos para o desenvolvimento do Brasil.

Outro ponto na proposta era a tentativa de reduzir a volatilidade dos gastos públicos. Ao desvincular o crescimento das despesas do ciclo econômico, a EC nº 95/2016 introduziu uma dinâmica anticíclica. Em períodos de expansão econômica, os gastos não

aumentariam desproporcionalmente, evitando pressões inflacionárias; nos períodos de recessão, o regime asseguraria que os cortes nas despesas seriam moderados, reduzindo o impacto negativo sobre a economia. A correção dos limites de despesas seria realizada com base na inflação estimada para o ano subsequente.

Assim, a promulgação da EC nº 95/2016 impôs o congelamento das despesas primárias do governo federal, a princípio, por duas décadas, em um cenário de fortalecimento da agenda neoliberal e implantação de políticas de austeridade. Na saúde, o teto de gastos determinou o congelamento, em termos reais, da aplicação mínima federal a partir de 2018, no patamar do ano anterior, com a desvinculação do gasto das receitas arrecadadas pela União, culminando com diminuição dos recursos disponíveis para o SUS¹⁰. Embora o regime preservasse as despesas mínimas obrigatórias com saúde e educação, as correções desses valores foram baseadas exclusivamente na inflação. Essa mudança limitou o potencial de expansão de recursos para esses setores em períodos de crescimento da arrecadação fiscal, o que restringiu investimentos adicionais em saúde e educação.

Estudos publicados à época demonstraram as perdas para o SUS durante os possíveis 20 anos de vigência da EC nº 95/2016. Nota técnica publicada no ano de 2016 por Conass e Conasems já demonstrava a preocupação das entidades de representação dos gestores estaduais e municipais da saúde sobre a proposta¹⁹.

Quadro 2.4. Impacto nas despesas com ASPS da União – EC nº 86/2015 versus PEC nº 241/2016 – previstas para os 20 anos de vigência

Ano	RCL	Gasto federal com saúde (ASPS)								Perda com a PEC 241	
		EC 86				PEC 241					
	R\$ bilhões	R\$ bilhões	R\$ bilhões (atualizado IPCA 2016)	Participação do PIB (%)	Participação na RCL (%)	R\$ bilhões	R\$ bilhões (atualizado IPCA 2016)	Participação do PIB (%)	Participação na RCL (%)	Em % do orçamento calculado pela EC 86	Em R\$ bilhões de 2016
2017	733,2	100,4	95,4	1,51	13,7	97,5	92,6	1,47	13,3	-3,0%	-2,82
2026	1.302,2	195,3	124,8	1,65	15,0	146,0	93,3	1,24	11,2	-25,3%	-31,55
2036	2.465,1	369,8	152,2	1,65	15,0	226,7	93,3	1,01	9,2	-38,7%	-58,89
				Perda estimada 2017- 2036							-654,04

Fonte: Nota sobre a PEC nº 241/2016 – Conasems/Conass¹⁹.

Segundo a Nota Técnica, os gestores manifestaram sua preocupação, visto que congelar por 20 anos recursos financeiros federais destinados ao SUS, que ano a ano cresce segundo as necessidades da população, era ignorar a regra constitucional que estabelece o direito à saúde garantido mediante políticas econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

As medidas propostas uma vez implementadas poderiam estabelecer a retração de recursos financeiros no montante de R\$ 654,04 bilhões ao longo dos 20 anos previstos. Seria agravar ainda mais a asfixia financeira que o SUS atravessava, uma vez que o aumento do desinvestimento, do desemprego e da própria queda da renda forçaria ainda mais as pessoas a buscarem o SUS¹⁹. Além disso, era necessário considerar o crescimento natural da população, sua maior longevidade, bem como o aumento das doenças crônicas. As manifestações surtiram efeito: o congelamento proposto pela EC nº 95/2016 para o orçamento da saúde só teve início em 2018, tendo como base não o valor do piso de 2016, mas sim o valor do piso de 2017, já sob a égide da EC nº 86/2015 (15% da RCL), o que viabilizou um aumento do valor da base de cálculo em mais de R\$ 15 bilhões.

Em 2021, a EC nº 95/2016 foi novamente alterada pela EC nº 113, de 8 de dezembro de 2021²⁰. As críticas sobre a inviabilidade do teto de gastos em médio e longo prazo demonstraram a ineficiência em controlar o crescimento das despesas públicas. Essas mudanças foram vistas como uma forma de flexibilizar temporariamente o teto de gastos em resposta a situações excepcionais, como o aumento de despesas sociais e o pagamento de precatórios.

A EC nº 113/2021 introduziu alterações importantes para o teto de gastos, abrindo espaço fiscal no orçamento, especialmente com o intuito de viabilizar o pagamento de benefícios sociais e precatórios, além de estabelecer novas regras para a gestão das despesas públicas. Uma das principais mudanças foi a modificação do cálculo do limite do teto de gastos para o ano de 2022, passando a considerar a inflação acumulada de janeiro a dezembro de 2021 em vez do período de julho a junho como previa a regra original. A criação de um regime especial de pagamento de precatórios, com possibilidade de parcelamento e negociação de dívidas, também foi uma medida adotada para aliviar a pressão sobre o orçamento e, assim, o teto de gastos.

Dessa forma, a EC nº 113/2021 permitiu o aumento de recursos para programas sociais, como o piso federal para o SUS. Assim, a aplicação mínima de ASPS do gestor federal passou a ser o valor do mínimo do exercício imediatamente anterior, corrigido pelo IPCA realizado de janeiro a junho e estimado de julho a dezembro do ano de elaboração orçamentária.

Quadro 2.5. Demonstrativo do impacto da EC nº 113/21 no piso da União para financiamento ASPS para 2022 - R\$ bilhões

	EC nº 95/2016	EC nº 113/2021
Mínimo ASPS Federal	134,48	139,62
Incremento Estimado	5,45	

Fonte: elaboração própria com base em valores do PLOA 2022 SPO/SE/MS; Banco Central do Brasil; IBGE/ME.

Todavia, apenas um ano após a promulgação da EC nº 113/2021, foi promulgada a EC nº 126, de 21 de dezembro de 2022. Conhecida como a “PEC da Transição”, definiu, entre outras coisas, que a regra do teto de gastos federal, criada pela EC nº 95/2016, seria substituída, até agosto de 2023, por um novo arcabouço de regras fiscais, por meio de envio de PLC ao Congresso Nacional²¹.

Além disso, a EC nº 126/2022 trouxe modificações à Constituição Federal com o objetivo de estabelecer novas diretrizes para as emendas individuais ao Projeto de Lei Orçamentária (Ploa) e de ajustar o ADCT, de modo a excluir determinadas despesas dos limites impostos pelo teto de gastos. Essa emenda também definiu regras específicas aplicáveis ao período de transição da Presidência da República na Lei Orçamentária de 2023.

Entre os principais pontos, a EC nº 126/2022 excluiu, do limite de gastos, despesas relacionadas com projetos socioambientais financiados por doações, além de despesas de instituições de ensino e inovação científica custeadas com receitas próprias ou provenientes de convênios. Adicionalmente, a emenda estabeleceu um acréscimo de R\$ 145 bilhões ao limite de despesas para o exercício financeiro de 2023, o que possibilitou um aumento na capacidade de investimento do governo em áreas estratégicas.

Outra diretriz importante trazida pela EC nº 126/2022 era a determinação de envio ao Congresso Nacional, até agosto de 2023, de um PCL que instituísse um Novo Regime Fiscal sustentável. Esse novo regime buscava substituir a regra do teto de gastos estabelecida pela EC nº 95/2016 com vistas a assegurar a estabilidade macroeconômica do País e, ao mesmo tempo, teria potencial de criar condições adequadas para o crescimento socioeconômico.

A regra do Teto de Gastos federal alterou os mínimos constitucionais destinados à ASPS, e em ações de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino (MDE). Antes do Novo Regime Fiscal introduzido com a EC nº 95/2016, a Constituição Federal determinava a aplicação mínima da União de 18% da Receita Resultante de Impostos (RRI) na Educação

(art. 212, CF) e de 15% da RCL na Saúde (art. 198, CF)¹¹. Com a revogação do Teto de Gastos federal introduzido pela EC nº 95/2016, voltam a valer os pisos antigos para Saúde e Educação (já que as modificações feitas pela EC nº 95/2016 estavam na parte “transitória” da Constituição, a ADCT)²¹.

Não obstante a mudança positiva por meio da EC nº 126/2022, ainda restava a regulamentação por meio de LC que foi materializada em 2023, por intermédio da LC nº 200, de 30 de agosto de 2023¹⁴. A LC nº 200/2023 instituiu o regime fiscal sustentável e, em resumo, revogou os arts. 106, 107, 109, 110, 111, 111-A, 112 e 114 do ADCT, que perfaziam o “Novo Regime Fiscal” instituído pela EC nº 95/2016.

No entanto, persistia o debate sobre o cumprimento do piso constitucional do ano de 2023. Embora a emenda do teto de gastos tenha sido revogada com a aprovação do novo arcabouço fiscal, com consequente retorno do piso federal em ASPS ao patamar de 15% da RCL da União, passaram a circular na mídia manifestações contrárias à manutenção das aplicações mínimas em saúde e em educação, sob a alegação de que constituem ameaças ao cumprimento da nova regra fiscal e ao financiamento de outras políticas públicas²². Por outro lado, mesmo com a redação da EC nº 86/2015, o governo federal afirmava que, somente a partir do exercício de 2024, a União estaria sob a égide da EC nº 86/2015.

Adicionalmente, o Congresso Nacional aprovou, no bojo da LC nº 201, de 24 de outubro de 2023, que trata de compensação financeira devida pela União aos demais entes da Federação, um dispositivo que alterou a forma de cálculo do piso federal em ASPS em 2023¹². O art. 15 dessa lei determinou que, em 2023, o cálculo da aplicação mínima de 15% da RCL passou a ser baseado na receita estimada na Lei Orçamentária Anual (LOA), e não na receita realizada durante o exercício financeiro como tradicionalmente era feito. Na LOA 2023, a RCL estimada foi de R\$ 1,14 trilhão enquanto a receita realizada nos últimos 12 meses, até agosto de 2023, alcançou R\$ 1,21 trilhão.

Nesse íterim, o Relatório do TCU que acompanha o parecer prévio sobre a prestação de contas anual do Presidente da República do exercício de 2023 abordou a alteração nos regimes fiscais. Nele, destacou que o Ministro da Fazenda formulou uma consulta, registrada em 29 de setembro de 2023, sobre a aplicabilidade dos limites mínimos de custeio nas despesas com MDE e ASPS. Esses limites eram calculados conforme a regra geral estabelecida pela EC nº 95/2016, que utilizava o IPCA como fator de correção, com base na despesa paga em 2016. Em consonância com essa regra, a Lei nº 14.535/2023 (LOA 2023) aprovou o custeio de MDE e ASPS nos moldes da EC nº 95/2016²³.

O relatório ainda esclareceu, conforme a consulta, que “o caráter anual do ciclo do exercício orçamentário e financeiro impede que uma mudança intermediária no regime fiscal cause uma reprogramação abrupta dos custeios mínimos das ASPS e MDE”, concluindo que “o exercício de 2023 permanece submetido ao regime fiscal vigente à época da promulgação da Lei Orçamentária de 2023” e aponta o cumprimento do piso constitucional.

No entanto, mesmo com o cumprimento do piso constitucional atestado pelo TCU, especialistas apontam mais uma vez a redução do piso federal. Segundo Vieira et al.²², com base na RCL realizada, a aplicação mínima em ASPS seria de R\$ 181,1 bilhões, em comparação aos R\$ 170,8 bilhões calculados a partir da estimativa da LOA, resultando em uma diferença de R\$ 10,3 bilhões.

Segundo Pinto et al.²⁴, a União deveria priorizar a aplicação dos pisos no exercício de 2023 ainda que isso exigisse reestruturações emergenciais no orçamento. Muito há por ser feito em relação ao aprimoramento qualitativo dos pisos em saúde e educação, mas negar-lhes os recursos constitucionalmente vinculados é a forma mais abusiva de encerrá-los em um círculo vicioso de precarização fiscal, baixo apreço social pelos correspondentes serviços públicos, aumento da demanda pelos seus congêneres serviços privados e desvios que impedem a consecução dos respectivos planos setoriais²⁴.

Vale registrar que a LC nº 200/2023 reafirmou a importância dos pisos constitucionais para saúde e educação como pilares do financiamento público. Assim, o debate em torno da aplicação imediata dos novos limites orçamentários expõe os desafios do equilíbrio fiscal ante as demandas sociais, mas também demonstra que os direitos fundamentais, garantidos pela Constituição, não podem ser flexibilizados em nome de conveniências administrativas.

2.3 APLICAÇÃO DO MÍNIMO CONSTITUCIONAL PELOS ESTADOS E MUNICÍPIOS

Conforme mencionado, a LC nº 141/2012 regulamentou o piso constitucional, estabelecendo que os estados e o Distrito Federal devem destinar 12%, e os municípios, 15% de suas receitas próprias para ASPS. Segundo os dados (gráfico 2.2) extraídos na página do Ministério da Saúde dedicada ao Siops, observa-se que os entes subnacionais têm aumentado progressivamente os gastos em saúde, o que é refletido na aplicação dos percentuais mínimos exigidos pelo piso constitucional.

Tabela 2.2. Percentual de aplicação em ASPS nos municípios por faixa populacional

%R.Próprios em Saúde-EC 29 por Faixa Pop segundo Ano Período: 2012-2023								
Ano	Até 5.000 hab	De 5.001 a 10.000 hab	De 10.001 a 20.000 hab	De 20.001 a 50.000 hab	De 50.001 a 100.000 hab	De 100.001 a 200.000 hab	De 200.001 a 400.000 hab	Acima de 400.001
2012	19.64	20.75	21.1	21.43	21.91	22.05	22.77	20.99
2013	20.04	21.35	22.08	22.51	23.26	22.94	23.8	21.27
2014	20.77	22.16	22.98	23.37	24.09	24.28	25.01	21.83
2015	20.64	21.85	22.78	23.32	24.43	24.37	25.23	22.66
2016	20.22	21.61	22.54	22.87	24.62	24.84	25.48	24.48
2017	21.58	22.63	23.68	24.01	24.92	24.78	25.33	24.21
2018	20.39	21.63	22.39	22.78	23.91	23.69	24.73	22.55
2019	20.55	21.68	22.46	22.6	23.83	23.7	25.04	22.01
2020	21.56	22.59	23.52	23.61	24.41	24.43	25.47	23.22
2021	20.39	21.83	22.94	23.15	23.75	24.06	24.04	22.3
2022	20.67	22.32	23.17	23.69	24.03	24.28	24.83	23.02
2023	21.54	22.94	23.78	24.42	25.06	25.2	25.42	23.73

Fonte: Siops/MS, extraído em 7 de dezembro de 2024.

A tabela 2.2 demonstra que, entre 2012 e 2023, todos os grupos populacionais de municípios aplicaram médias percentuais de recursos próprios em saúde acima do piso constitucional de 15%. Os municípios menores, com até 5 mil habitantes, registraram crescimento de 19,64% em 2012 para 21,54% em 2023. Já os maiores, com mais de 400.001 habitantes, alcançaram 23,73% em 2023. O destaque foi para a faixa de 200.001 a 400.000 habitantes, que apresentou o maior percentual em 2023, com 25,42%. Apesar de oscilações pontuais em algumas faixas, os dados confirmam o cumprimento consistente do piso constitucional por todas as faixas populacionais ao longo do período.

Para os estados, conforme a tabela 2.3, os percentuais de aplicação do piso constitucional, mostram que grande parte dos estados brasileiros se manteve em conformidade com o piso constitucional de 12%, com algumas oscilações ao longo dos anos.

Tabela 2.3. Percentual aplicação estadual em ASPS

3.2 %R.Próprios em Saúde-EC 29 por Ano segundo UF Período: 2012-2023												
UF	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Rondônia	12.13	14.28	13.52	14.53	12.89	14.69	13.01	13.02	13.76	13.25	14.23	15.66
Acre	16.31	16.64	17.32	15.37	14.25	15.05	14.23	13.07	14.57	13.2	15.64	15.59
Amazonas	21	22.87	22.21	20.78	22.32	17.81	19.44	16.34	20.62	18.57	20.01	19.3
Roraima	14.16	17.31	12.23	16.03	16.58	18.37	18.21	16.33	12.1	17.06	19.87	17.73
Pará	13.54	13.54	12.97	13.66	13.9	14.9	15.26	13.97	15.46	14.45	13.93	13.92
Amapá	12.54	15.57	13.39	14.08	16.7	12.45	12.93	13.28	19.44	17.75	15.4	19.39
Tocantins	18.48	20.68	21.47	19.17	17.95	18.03	16.46	16.79	15.6	16.51	17.4	18.2
Maranhão	12.45	12.43	13.62	13.49	12.31	14.08	14.46	14.37	15.11	15.67	14.67	15.1
Piauí	11.64	12.74	13.39	13.52	12.31	12.76	12.26	12.06	16.02	14.59	15.59	14.05
Ceará	13.77	13.83	15.76	14.25	13.8	14.65	15.45	13.43	16.54	15.68	16.99	16.44
Rio Grande do Norte	14.15	13.89	13.88	15.2	12.44	12.15	10.56	12.2	14.4	12.69	13.49	12.63
Paraíba	13.45	13.44	13.69	13	12.51	13.66	12.27	12.22	12.4	12.7	12.97	14.45
Pernambuco	15.74	14.96	16.58	16.23	15	16.35	15.35	14.98	16.58	17.21	18.82	17.6
Alagoas	12.06	12.11	12.06	12.95	12.19	12.34	12.16	12.08	12.56	16.27	17.23	13.74
Sergipe	12.77	12.93	12.72	12.4	12.15	12.14	12.32	12.28	12.59	14.5	16.56	15.84
Bahia	12.19	12.02	12.94	12.45	12.26	13	12.05	12.97	13.26	13.31	14.75	15.32
Minas Gerais	12.03	12.29	12.15	12.3	12.38	12.09	10.22	12.75	12.29	12.55	12.16	12.15
Espírito Santo	13.24	15.95	18.53	18.99	18.12	18.75	18.96	17.57	16.9	14.51	15.66	17.19
Rio de Janeiro	12.1	12.04	12.06	12.34	10.35	12.22	12.16	12.05	12.03	12.55	12.84	12.34
São Paulo	12.43	12.43	12.46	12.5	13.19	13.24	13.37	13.32	13.97	12.73	12.85	12.71
Paraná	9.94	11.22	12.29	12.03	12.08	12.07	12.17	12.21	12.96	12.27	12.4	12.29
Santa Catarina	12.14	12.02	12.37	12.87	12.82	13	14.1	12.91	14.63	14.45	15.51	14.79
Rio Grande do Sul	9.71	12.47	12.72	12.2	12.13	12.25	12.16	12.15	12.15	12.19	12.16	12.18
Mato Grosso do Sul	12.06	12.5	12.11	16.67	16.39	18.05	14.17	14.04	14.39	14.31	13.59	12.31
Mato Grosso	12.67	12.58	12.6	13.01	14.12	12.5	12.21	12.18	12.46	13.31	14.63	14.49
Goiás	12.12	11.72	12.7	12.07	12.03	12.09	12.11	12.17	12.78	13.5	13.62	14
TOTAL	13.26	14.02	14.14	14.31	13.97	14.18	13.77	13.49	14.45	14.45	15.11	14.98

Fonte: Siops/MS, extraído em 7 de dezembro de 2024.

Estados como Rondônia, Acre, Amazonas, Pará e Pernambuco apresentam percentuais frequentemente superiores ao mínimo exigido, com destaque para o Amazonas, que atingiu valores acima de 20% em diversos anos, incluindo 2020 (20,62%) e 2022 (20,01%). Pernambuco também manteve percentuais elevados, encerrando 2023 com 17,6%. Estados como Alagoas, Sergipe e Goiás demonstraram progressos ao longo do período, com elevações no percentual de aplicação, ainda que tenham enfrentado algumas flutuações em anos específicos. Sergipe, por exemplo, alcançou 15,84% em 2023, acima do piso.

Entre os estados que não cumpriram o piso constitucional em algum momento, estão Minas Gerais, que não atingiu o mínimo em 2018 (10,22%), Rio Grande do Sul, com percentuais abaixo de 12% em 2012 (9,71%), e Paraná, que apresentou 9,94% no mesmo ano. O estado de Goiás também apresentou anos críticos, como em 2013, quando atingiu apenas 11,72%. Por outro lado, estados como Amazonas, Espírito Santo, Pernambuco e Ceará consistentemente ultrapassaram o piso constitucional, com destaque para o Amazonas, que alcançou percentuais acima de 20% em diversos anos, como 2020 (20,62%) e 2022 (20,01%). O Espírito Santo destacou-se por apresentar os maiores percentuais entre 2014 e 2018, atingindo 18,96% em 2018, embora tenha demonstrado uma queda gradual nos anos seguintes, encerrando 2023 com 17,19%.

O crescimento das aplicações de recursos próprios em saúde evidencia desigualdades entre municípios e estados. Municípios maiores, com maior capacidade arrecadatória, mantiveram crescimentos consistentes enquanto os menores enfrentaram maior volatilidade devido a limitações financeiras. Apesar de todos os municípios aplicarem acima do piso constitucional de 15%, as diferenças na capacidade de investimento reforçam a necessidade de políticas públicas que promovam uma distribuição mais equilibrada e equitativa dos recursos.

Nos estados, embora o piso constitucional de 12% tenha sido amplamente cumprido, alguns enfrentaram dificuldades em manter a sustentabilidade do financiamento, especialmente em regiões do Norte e do Sul, que apresentaram diferenças marcantes nos percentuais de aplicação. Esses desafios destacam a urgência de estratégias para reduzir desigualdades regionais e fortalecer o financiamento público em saúde de forma sustentável e equitativa.

2.4 TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS E FUNDOS DE SAÚDE

Como já observado, a Constituição Federal de 1988 redefiniu profundamente o modelo de saúde pública no Brasil ao consolidar a saúde como direito de todos e dever do Estado. Essa diretriz impôs ao poder público a responsabilidade pela formulação e execução de políticas sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e de outros agravos, bem como

à promoção, proteção e recuperação da saúde. Além disso, as ações e os serviços de saúde foram qualificados como de relevância pública, submetendo-as à regulamentação, à fiscalização e ao controle estatal, ainda que admitida a execução indireta por entidades privadas. Nesse contexto, instituiu-se o SUS, organizado de maneira regionalizada e hierarquizada, com base nos princípios da universalidade, descentralização político-administrativa, da integralidade, gratuidade e da participação comunitária¹¹.

A efetividade desses princípios constitucionais exigiu o estabelecimento de mecanismos que viabilizassem o financiamento descentralizado das ASPS. Dentre esses instrumentos, destaca-se a criação dos Fundos de Saúde, em cada esfera de governo, como unidades orçamentárias e gestoras essenciais à gestão dos recursos vinculados ao setor saúde. A criação do Fundo Nacional de Saúde (FNS), autorizada pelo Decreto-Lei nº 701, de 1969, e regulamentada pelo Decreto nº 64.867 do mesmo ano, foi precursora da institucionalização desse modelo, que posteriormente se consolidou com a promulgação da Constituição de 1988.

A transferência de recursos financeiros na modalidade FAF emerge como mecanismo central para garantir a descentralização administrativa e a autonomia dos entes subnacionais no âmbito do SUS. Essa sistemática permite o repasse direto de recursos da União aos Fundos de Saúde Estaduais, Distrital e Municipais, buscando conferir celeridade, eficiência e aderência às realidades locais, sem a necessidade de formalização de convênios para o custeio de ações contínuas.

No tocante à natureza jurídica, os Fundos de Saúde são caracterizados como fundos públicos especiais, instituídos por lei específica, em consonância com o disposto na Constituição Federal e na Lei nº 4.320/1964. Esses fundos reúnem receitas vinculadas à execução de objetivos determinados, admitindo normas peculiares de movimentação e aplicação dos recursos²⁵. O Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (MCASP) estabelece diretrizes para o reconhecimento, a contabilização e o controle das receitas e despesas relativas às transferências FAF, reforçando a obrigatoriedade da vinculação dos recursos e da prestação de contas transparente e tempestiva²⁶.

É importante destacar que, embora possuam inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) na condição de matriz, os Fundos de Saúde não possuem personalidade jurídica própria, o que lhes impede de praticar atos típicos de entes autônomos, como firmar contratos ou contrair obrigações jurídicas²⁶. Sua gestão compete às Secretarias de Saúde, que exercem a função de unidade gestora dos respectivos recursos, cabendo-lhes o planejamento, a execução e a prestação de contas dos gastos realizados.

Para assegurar o repasse regular dos recursos, a legislação exige dos entes federativos a observância de condições específicas, tais como a existência formal de Fundo de

Saúde, a instalação e funcionamento de Conselho de Saúde com composição paritária, a elaboração e a aprovação de Plano de Saúde, bem como a produção de Relatórios de Gestão^{27,28}. Tais exigências visam não apenas garantir a capacidade técnica e administrativa dos entes, mas também fomentar o controle social sobre a aplicação dos recursos públicos.

A definição dos montantes transferidos FAF observa critérios técnicos objetivos, fixados no art. 35 da Lei nº 8.080/1990 e reforçados pela LC nº 141/2012, que incluem o perfil demográfico e epidemiológico da população, a capacidade instalada da rede de serviços de saúde, o desempenho técnico, econômico e financeiro do ente no período anterior, entre outros. Esses parâmetros buscam assegurar uma distribuição equitativa dos recursos e a efetividade do princípio da equidade, tão caro ao SUS.

A primeira ordem bancária emitida na modalidade FAF pelo FNS ocorreu somente em 10 de março de 1998 por ocasião da transferência legal do Piso de Atenção Básica – PAB aos municípios habilitados neste programa.

Figura 2.1. Demonstrativo de repasse – Siafi – Pagamento – PAB

```

_ SIAFI98-DOCUMENTO-CONSULTA-CONOB (CONSULTA ORDEM BANCARIA)
12/04/22 16:08 USUARIO :
DATA EMISSAO : 10Mar98 TIPO DE OB : 13 NUMERO : 980801590
UG/GESTAO EMITENTE: 257001 / 25901 - FUNDO NACIONAL DE SAUDE
BANCO : 001 AGENCIA : 0452 CONTA CORRENTE : 997380632
FAVORECIDO : 00000000/0452-92 - BANCO DO BRASIL SA
BANCO : 001 AGENCIA : 0452 CONTA CORRENTE : BANCO
NUMERO BANCARIO : 000607431-6 RE00097 PROCESSO :
INVERTE SALDO : NAO VALOR : 27.192.895,39

OBSERVACAO
PAGAMENTO DO PISO DE ATENCAO BASICA/ PAB, COMPETENCIA FEVEREIRO/98, A DIVERSAS
PREFEITURAS MUNICIPAIS HABILITADAS.

EVENTO INSCRICAO 1 INSCRICAO 2 CLASSIF.1 CLASSIF.2 V A L O R
530355 980801392 0177000000 418000000 27.192.895,39

LANCADO POR : UG : 257001 10Mar98 08:12
PF1=AJUDA PF3=SAI PF4=ESPELHO PF12=RETORNA

MR a 01/001
    
```

Fonte: SIAFI

No tocante às modalidades de transferências, a sistemática FAF é realizada de forma regular, com periodicidade previamente estabelecida em atos normativos do Ministério da Saúde, e automática, sem necessidade de instrumentos formais de ajuste.

A compreensão das modalidades de transferência de recursos no âmbito do SUS fundamenta-se em distintas normativas vigentes, que delineiam os conceitos operacionais a seguir expostos.

A transferência FAF refere-se ao repasse de recursos financeiros do FNS aos Fundos de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, destinados ao financiamento de investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial, hospitalar e às demais ações e serviços de saúde. Trata-se de mecanismo disciplinado pela Lei nº 8.142/1990, art. 2º, parágrafo único²⁸. Ressalte-se que, no cenário intergovernamental, também é possível a realização de transferências de Fundos de Saúde Estaduais para Fundos Municipais, utilizando-se também de recursos próprios.

A transferência regular FAF caracteriza-se pela realização periódica e contínua de repasses do FNS aos Fundos de Saúde Estaduais, Distrital e Municipais, em conformidade com periodicidades previamente definidas. As transferências também ocorrem de Fundos Estaduais para Municipais com recursos próprios, respeitando a autonomia dos entes federativos.

A transferência automática FAF, por sua vez, consiste no repasse de recursos do FNS para os Fundos de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, independentemente da necessidade de celebração de convênios ou instrumentos congêneres. Da mesma forma, essa prática também se verifica de Fundos Estaduais para Municipais, mediante a utilização de receitas próprias.

Dessa conceituação, depreende-se que a transferência regular e automática FAF se traduz na realização periódica e contínua de repasses financeiros entre fundos de saúde, sem a exigência de formalização de convênios ou instrumentos similares, garantindo, assim, maior celeridade e efetividade à execução das ASPS no âmbito do SUS.

As transferências realizadas pela União aos entes subnacionais podem ser classificadas em constitucionais, legais e voluntárias. As constitucionais decorrem da repartição de receitas tributárias prevista na Constituição Federal; as legais são instituídas por leis ordinárias ou complementares; e as voluntárias são efetivadas por meio de convênios ou contratos de repasse, regulados pelo Decreto nº 11.531/2023, e envolvem a execução de projetos de interesse comum entre os entes federados.

Conforme disposto no Decreto nº 11.531, de 16 de maio de 2023²⁹, as transferências voluntárias de recursos da União para outros entes subnacionais podem ser operacionalizadas por meio dos seguintes instrumentos:

- I. Convênio, que se configura como o instrumento jurídico que, na ausência de legislação específica, regula a transferência de recursos financeiros oriundos do Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, destinados à execução de programas, projetos e atividades de interesse recíproco, em regime de mútua colaboração entre os partícipes.
- II. Contrato de repasse, por sua vez, é o instrumento de natureza também colaborativa, mediante o qual a transferência de recursos financeiros é realizada por intermédio de instituição financeira oficial federal ou agente financeiro mandatário da União, incumbido da execução operacional do ajuste.

O marco regulatório consolidado pela LC nº 141/2012 reforçou a obrigatoriedade da execução das ASPS exclusivamente por meio dos respectivos Fundos de Saúde e vedou a imposição de restrições que comprometam a entrega dos recursos destinados à saúde, exceto pela exigência de requisitos mínimos de gestão, como a existência do fundo, do conselho de saúde e do plano de saúde. Ademais, essa legislação determinou que os recursos transferidos pela União devem ser depositados em contas específicas abertas em instituições financeiras oficiais federais, assegurando a rastreabilidade e a transparência da aplicação dos recursos.

É importante destacar que a gestão dos recursos é de responsabilidade dos gestores locais da saúde e que o Fundo de Saúde não está isento do controle pelos Tribunais de Contas e do acompanhamento pelo Poder Legislativo, garantindo a observância dos princípios constitucionais da administração pública. O comando único previsto no art. 198 da Constituição e no art. 9º da Lei nº 8.080/1990 refere-se à unidade de gestão técnica, administrativa e financeira no âmbito do SUS e não exclui a sujeição aos mecanismos de fiscalização e controle²⁷.

Assim, a adequada estruturação e funcionamento dos Fundos de Saúde constituem-se como elementos imprescindíveis para assegurar a efetividade do financiamento descentralizado, a transparência na gestão dos recursos públicos e, em última instância, a promoção do direito fundamental à saúde para toda a população brasileira.

Conforme demonstrado a seguir, fica evidente a diferença que há entre as transferências na modalidade FAF e as transferências que utilizam o instrumento convênio.

Quadro 2.6. Modalidades de transferência utilizadas para repasses federais

	Transferências por:	
	Fundo a Fundo	Convênio
Base Legal:	Lei Complementar nº 141/2012;	Decreto nº 11.531/2023;
Favorecidos:	Fundos de Saúde dos Entes Subnacionais;	Fundos de Saúde dos Entes Subnacionais; Entidades privadas sem fins lucrativos;
Condições:	Fundo de Saúde e Conselho de Saúde instituído e em funcionamento; Elaboração do Plano de Saúde;	Estar habilitado conforme normas vigentes. Vide Cartilha para Apresentação de Propostas ao MS 2024 – https://portalfns.saude.gov.br
Características:	Ações continuadas;	Projetos específicos;
Comprovação do gasto:	RREO – Relatório Resumido De Execução Orçamentária quadrimestral, RAG – Relatório Anual de Gestão;	PC – Prestação de Contas e RAG;
Instrumentos Utilizados:	Plano de Saúde (plurianual); PAS – Programação Anual de Saúde;	Plano de Trabalho/Plano de Aplicação,
Prazo de envio comprovações:	RREO – em maio, setembro e fevereiro de cada exercício; RAG – até 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira;	Conforme normas específicas de acordo com o montante de recursos públicos envolvidos; É fixada no instrumento de repasse;
Aprovação dos Relatórios:	Conselho de Saúde do Ente Subnacional, Casa Legislativa do Ente Subnacional.	Ministério da Saúde.

Fonte: elaboração própria.

A cronologia a seguir é importante para a compreensão das transferências na modalidade FAF:

Quadro 2.7. Marco Regulatório das transferências fundo a fundo

Ano	Marco Regulatório e Fatos importantes para as transferências na modalidade Fundo a Fundo
1964	Lei nº 4.320 – Estabelece normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal
1969	Decreto-Lei nº 701 e Decreto nº 64.867 – Instituem o Fundo Nacional de Saúde;
1988	Promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil;
1990	Lei nº 8.080 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; Lei nº 8.142 – 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;
1992	Decreto nº 1.232 – Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências;
1995	Decreto nº 1.651 – Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde;
1998	Emitida a primeira ordem bancária na modalidade fundo a fundo pelo Fundo Nacional de Saúde para pagamento do Piso de Atenção Básica – PAB aos municípios habilitados;
2000	Emenda Constitucional nº 29 – Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde;
2007	Portaria GM/MS nº 204 – Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
2012	Lei Complementar nº 141 – Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n.º 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.
2017	Portaria GM/MS nº 3.992 – Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde.
2022	Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil nº 2.119 – Dispõe sobre o Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ).
2024	Documento Tripartite assinado pelo Ministério da Saúde, Conass e Conasems reforçando a governança na distribuição dos recursos e fortalecendo a Comissão Gestora Tripartite (CIT) como instância de regulamentação das transferências (https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:VA6C2:f459292d-d25a-4d25-bd87-1dc327824962).

Fonte: elaboração própria.

A observância rigorosa dos instrumentos de planejamento do SUS revela-se imprescindível para a correta execução dos recursos transferidos na modalidade FAF. Esses instrumentos devem ser utilizados de maneira adequada, orientando a alocação e a execução das despesas e receitas públicas em consonância com a política de saúde definida nos respectivos planejamentos e com o conjunto das normas aplicáveis à matéria. O respeito a esse arcabouço assegura a integração entre o planejamento, o orçamento e a execução financeira, fortalecendo a transparência e a efetividade da gestão em saúde.

Em setembro de 2024, um importante documento foi firmado pelo Ministério da Saúde, pelo Conass e pelo Conasems, detalhando aspectos estratégicos para a gestão de recursos no âmbito do SUS. Esse documento reforça a necessidade de uma governança tripartite sólida, pautada pelo compromisso com a transparência e pela responsabilidade compartilhada na aplicação dos recursos públicos.

Dentre os pontos destacados, ressalta-se o papel fundamental da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) como instância de pactuação e regulamentação dos critérios de distribuição de recursos federais para a saúde, em conformidade com o disposto na LC nº 141/2012 e conforme a orientação estabelecida no Acórdão nº 2.888/2015 do TCU. O Acórdão propõe a integração de incentivos financeiros, com o objetivo de simplificar as transferências e reduzir a sobrecarga normativa que atualmente recai sobre os entes federativos.

A Portaria GM/MS nº 3.992/2017 é reconhecida como um marco no processo de simplificação do financiamento do SUS, ao consolidar os recursos em apenas dois blocos – custeio e investimento –, conferindo maior flexibilidade financeira aos gestores locais. Essa estrutura busca compatibilizar a execução financeira com Planos de Saúde, as Programações Anuais de Saúde (PAS) e com as respectivas LOA, fortalecendo a vinculação dos recursos aos planejamentos territoriais³⁰.

Ainda nesse contexto, o documento firmado em 2024 enfatiza a necessidade de integração eficaz entre as emendas parlamentares, Plano de Saúde e a PAS dos entes federativos, assegurando que os aportes financeiros extraordinários estejam alinhados às prioridades locais e às necessidades de saúde da população. Ressalta, ademais, a importância de uma governança colaborativa e estratégica, que promova não apenas a eficiência na gestão dos recursos, mas também a ampliação da transparência e do controle social, elementos indispensáveis para a construção de uma gestão pública democrática e responsiva.

É igualmente necessário manter o enfoque no aprimoramento contínuo dos mecanismos de monitoramento, acompanhamento e avaliação da execução dos recursos

transferidos na modalidade FAF. A transparência perante a sociedade e os órgãos de controle é condição indispensável para consolidar definitivamente esse modelo de financiamento, superando eventuais equívocos que ainda confundem as transferências regulares e automáticas com o regime de convênios.

Em face do exposto, os Fundos de Saúde constituem-se em instrumentos estratégicos para a gestão dos recursos destinados ao financiamento das ASPS em todas as esferas de governo. Sua importância transcende a dimensão meramente operacional, pois os fundos também desempenham função central no planejamento setorial ao permitir que os gestores tenham uma visão integrada e precisa dos recursos disponíveis, das despesas realizadas e das receitas auferidas, inclusive aquelas oriundas de aplicações financeiras. Simultaneamente, os Fundos de Saúde fortalecem o controle e a *accountability* da gestão pública em saúde, pilares essenciais para a efetividade do direito fundamental à saúde no Brasil.

2.5 SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE

O Siops é um sistema informatizado desenvolvido pelo Ministério da Saúde que tem o objetivo de coletar, consolidar e disponibilizar dados contábeis sobre receitas e despesas em ASPS das três esferas de governo. Sua principal finalidade é garantir a transparência e o cumprimento das normas legais que determinam a aplicação mínima de recursos na saúde conforme estabelecido pela LC nº 141/2012¹³. O sistema é um importante instrumento de transparência, que visa garantir a adequada aplicação dos recursos públicos na área da saúde.

Por meio dele, é possível acompanhar a execução orçamentária dos estados e municípios, identificando possíveis irregularidades e oportunidades de melhoria na gestão dos recursos. O Siops contribui para o fortalecimento do planejamento e da avaliação das políticas públicas de saúde, permitindo uma maior efetividade e eficiência na utilização dos recursos disponíveis. Como tal, é o banco de dados utilizado no presente estudo, que realiza análise detalhada dos impactos fiscais e operacionais dos gastos com ASPS no Brasil.

Linha do tempo Siops³¹:

- Até 1990 – carência de mecanismos de monitoramento, controle e transparência ou de informações consolidadas sobre os recursos aplicados no SUS.
- 1994 – A Procuradoria-Geral da República (PGR) instaurou dois Inquéritos Cíveis Públicos (nº 001/94 e nº 002/94) a fim de desenvolver um sistema para consolidar dados e informações com gastos em saúde pública no SUS.

- 1996 – O processo tomou força na 10ª Conferência Nacional de Saúde com a parceria entre o Conselho Nacional de Saúde, o DataSUS e o Ministério Público.
- 1999 – A Portaria Interministerial nº 529, de 30 de abril de 1999, pode ser entendida como marco legal de criação do Siops. Equipes conjuntas do Ministério da Saúde e PGR deram início ao projeto de implantação do Siops, incluindo estudo de normas de elaboração orçamentária do setor saúde dentro das contas públicas.
- 2000 – A EC nº 29/2000 determina percentuais mínimos a serem aplicados em ASPS para as três esferas de gestão do SUS, aflorando a necessidade de um sistema de dados e informações.
- 2003 – A Resolução nº 322/2003 apresenta novas diretrizes para a aplicação da EC nº 29/2000, incluindo a definição da base de cálculo para os recursos mínimos a serem aplicados em ASPS e a urgência de instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle dos dados reportados.
- 2004 – A Portaria Conjunta nº 446/2004 estabeleceu as instâncias de controle do sistema, como a câmara técnica de orientação e avaliação e o núcleo estadual de apoio ao Siops, fortalecendo ainda mais a governança sobre os recursos da saúde pública no Brasil.
- 2008 – A partir da Portaria Interministerial nº 127/2008, o Siops passou a ser verificado pelo Cadastro Único de Convênios (Cauc), serviço auxiliar de informações para transferências voluntárias da Secretaria do Tesouro Nacional, no que tange ao cumprimento dos limites mínimos de aplicação de recursos em saúde.
- 2012 – A LC nº 141/2012, complementada pelo Decreto nº 7.827/2012, criou a obrigatoriedade de alimentação do Siops.
- 2013 – A Portaria nº 53/2013 do Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes atualizadas para o funcionamento do sistema.
- 2017 – A Portaria de Consolidação nº 1 do Ministério da Saúde incorporou a Portaria nº 53/2013 e passou a disciplinar as normas vigentes do Siops.

O sistema busca atender a um vasto conjunto de finalidades, que incluem a centralização de registros financeiros relacionados com a saúde pública, o fornecimento de insumos para o planejamento e a formulação de políticas públicas, e a promoção da transparência por meio do acesso público às informações. Além disso, o Siops desempenha um papel crucial na padronização das informações contábeis

entre os entes federativos, permitindo uma visão consolidada dos gastos públicos em saúde e a elaboração de diagnósticos detalhados sobre o setor. Apresenta, ademais, indicadores financeiros que possibilitam à população conhecer os valores aplicados em saúde por cada UF.

A interoperabilidade é outro elemento fundamental do Siops. O sistema está integrado a plataformas como o Cauc e o DigiSUS Gestor, permitindo o intercâmbio de informações financeiras e administrativas entre diferentes bases de dados. Essa integração procura fortalecer o planejamento e a execução de políticas públicas, facilitando a fiscalização pelos órgãos de controle.

A certificação digital é um requisito obrigatório para a operação do Siops, garantindo a segurança e a autenticidade das informações transmitidas. Essa medida assegura que somente usuários autorizados, como gestores de saúde, possam homologar os dados no sistema. A ausência de homologação ou o descumprimento do percentual mínimo de aplicação em ASPS acarretam penalidades como a suspensão de transferências constitucionais e voluntárias, o que reforça a necessidade de cumprimento rigoroso das normas.

Embora o Siops seja uma ferramenta indispensável para a gestão orçamentária dos recursos que financiam o SUS, o sistema ainda enfrenta desafios que precisam ser superados para alcançar maior eficiência, confiabilidade e utilização estratégica. Melhorias na capacitação técnica, integração com outros sistemas e simplificação de processos poderiam contribuir para mitigar essas limitações e fortalecer ainda mais o papel do Siops na gestão do SUS. Apesar de sua relevância como ferramenta de monitoramento e transparência, esse sistema enfrenta algumas limitações que podem impactar seu desempenho.

No âmbito do presente estudo, algumas limitações foram observadas tanto na extração dos dados quanto na operação do sistema. Essas observações decorrem da análise dos dados para elaboração desta publicação considerando os aspectos técnicos, operacionais e normativos que dificultam a consolidação completa e precisa dos dados relacionados com os orçamentos públicos em saúde.

Uma das principais limitações observadas foi a ausência de críticas no processo de informação dos dados contábeis; como o sistema possui natureza declaratória, sua qualidade e confiabilidade estão diretamente ligadas à precisão dos dados inseridos. Discrepâncias na classificação contábil, erros de preenchimento ou atrasos na homologação podem comprometer a fidedignidade das informações, dificultando análises consistentes e confiáveis. Mesmo que o sistema aplique penalidades em casos de não homologação, como a suspensão de transferências constitucionais e voluntárias, ainda assim, foram encontradas inconsistências nos dados de alguns entes subnacionais. Outro

ponto crítico é a complexidade técnica associada ao preenchimento e à transmissão dos dados. O sistema exige conhecimento detalhado sobre regras contábeis e financeiras, o que pode gerar dificuldades para os gestores, especialmente em municípios com menor capacidade técnica.

Adicionalmente, o Siops enfrenta limitações relacionadas com o monitoramento de receitas e despesas específicas. Embora ele seja eficiente para consolidar dados gerais de orçamentos em saúde, há dificuldades em capturar a totalidade das fontes de recursos ou os detalhes de algumas aplicações financeiras. Isso pode ocorrer devido à classificação incorreta de despesas ou à falta de padronização entre os entes federativos. Outra limitação é a baixa utilização do sistema como ferramenta de planejamento estratégico. Ainda que o Siops ofereça insumos valiosos para a formulação de políticas públicas, a maioria dos gestores ainda o utiliza prioritariamente para cumprimento de obrigações legais, como a comprovação da aplicação mínima em saúde, em vez de explorar seu potencial analítico para o planejamento e a gestão mais eficiente dos recursos.

Não resta qualquer tipo de dúvida de que o Siops é uma ferramenta essencial para a gestão do financiamento da saúde pública no Brasil. Ele não apenas cumpre um papel regulatório ao assegurar a aplicação dos recursos mínimos na saúde, mas também promove a transparência, o controle social e a eficiência administrativa.

CONTAS DE SAÚDE SOB A ÓTICA ESTADUAL

3

Este capítulo apresenta o diagnóstico sobre a receita e a despesa das ASPS realizadas por estados e Distrito Federal. Esta análise representa o elo final de uma cadeia de atividades que contaram com várias reuniões com o corpo técnico do Siops, visitas a duas SES (Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul), e a aplicação de um questionário *on-line* aos gestores de saúde estaduais.

A principal contribuição deste projeto é a análise detalhada da integração das óticas funcional e grupo da despesa, implementadas pelo Siops. partir de 2018, além de apresentar um panorama da situação regional quanto ao financiamento das ASPS. No nosso entendimento, este projeto é um primeiro passo para que as SES tenham uma visão mais aprofundada quanto à alocação dos recursos. Vale mencionar que o diagnóstico central foi validado pelos gestores consultados. Realizamos também uma sondagem *on-line* que teve a adesão de 23 Secretarias de Saúde visando conhecer melhor como os estados alimentam e utilizam os dados disponibilizados ao Siops. Nosso propósito é ampliar o debate dos gargalos existentes na aplicação e execução dos recursos dedicados às ASPS no nível estadual.

O diagnóstico sobre o gasto em ASPS partiu dos dados das receitas e despesas, analisando detalhadamente a alocação dos recursos segundo a subfunção, a fonte de receitas, a interação entre ambas as esferas; e o gasto por categoria econômica. O exame crítico das contas do Siops, necessário para certificar a conformidade das informações disponibilizadas pelo sistema, trouxe-nos desafios apontados no capítulo 2. No que tange às contas estaduais, decidimos apresentar a maior parte das informações agregadas segundo a região e o porte populacional da UF.

Este capítulo conta com três seções. A primeira concentra a análise na receita que as UF têm para ofertar os serviços de saúde que lhes cabem. A segunda expõe o perfil de gastos em ASPS segundo subfunção, a fonte de receitas, a interação entre ambas as esferas; e por categoria econômica. A terceira apresenta a síntese da análise e traz recomendações pontuais com para a que a gestão financeira do orçamento em saúde dos estados seja potencializado. Finalizamos o capítulo apresentando o resultado da sondagem realizada com as Secretarias de Saúde no final de 2023.

3.1 RECEITAS ESTADUAIS

Para analisarmos os gastos em ASPS, é preciso avaliar as receitas disponíveis que cada UF tem para executar essa despesa. Devido à diversidade econômico-social do território nacional, deparamo-nos com graus distintos de geração de receita própria. Como diferentes capacidades fiscais impactam tanto a oferta de serviços de saúde quanto o potencial de investimentos com recursos próprios, esta análise é crucial para levarmos em conta a limitação das escolhas da alocação de recursos.

Analisamos as receitas contabilizadas nos orçamentos públicos em saúde dos estados. Os dados do Siops.razem informações para quatro fases das receitas. Além da receita inicialmente orçada, o sistema fornece as receitas realizadas em três fases: Bruta; Líquida e aquela referente à base para cálculo do percentual de aplicação em ASPS. Este estudo utilizou as **Receitas Líquidas Realizadas**, centrando atenção em dois agregados:

- I. Receitas Tributárias
- II. Transferências

Finalizamos respondendo à questão “Qual é o valor do total de recursos disponíveis para a saúde nos estados?”.

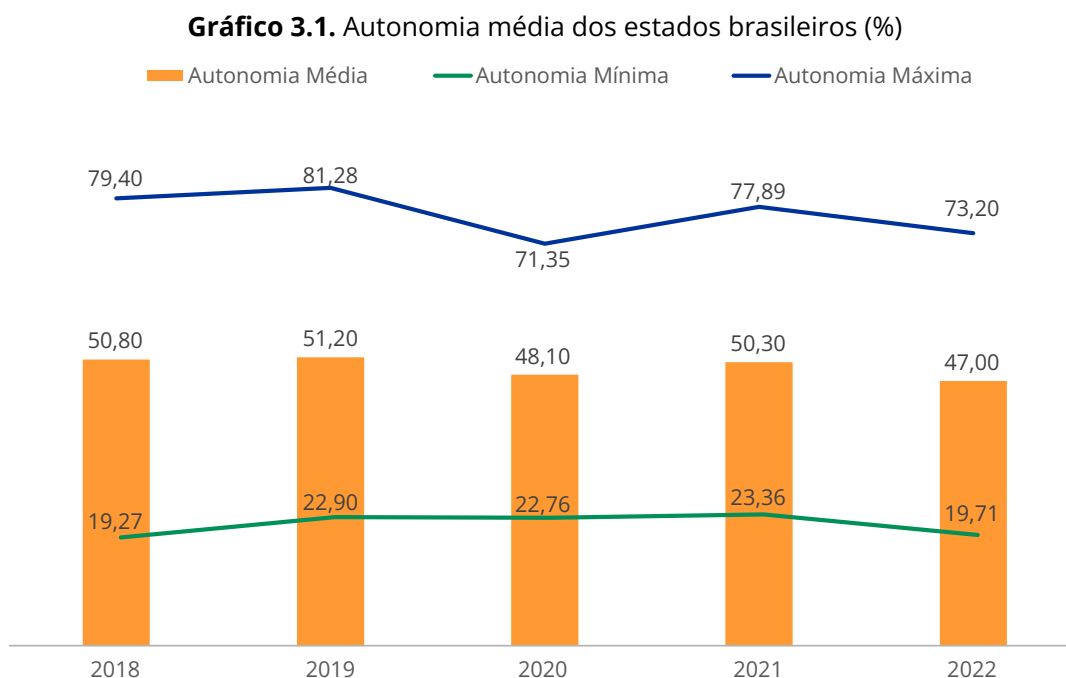
3.1.1 CAPACIDADE FISCAL

Dentro do contexto de redução da participação do governo federal nos gastos com saúde, a autonomia na obtenção de recursos passa a ser de fundamental importância para a manutenção dos serviços do sistema em cada uma das UF. O cômputo da capacidade fiscal refere-se à proporção das receitas tributárias (impostos, taxas e contribuições) no total de receitas correntes. De maneira geral, o gráfico 3.1 mostra que, durante o período de 2018 a 2022, a autonomia fiscal dos estados brasileiros manteve-se relativamente estável ao redor de 49,5%.

Isto significa que, a cada R\$ 10 de receitas, aproximadamente R\$ 5 advinham da tributação própria. Nesse contexto, consideramos o FPE como transferência, pois sua arrecadação está fora da gestão direta da UF^{II}. O gráfico 3.1 aponta que a capacidade fiscal dos estados era não só maior em 2018, mas também mais estável até 2019. Já a partir de 2020, a autonomia média fica mais volátil.

II O FPE é uma transferência federal aos estados e ao Distrito Federal, cujo objetivo é equalizar a capacidade fiscal das UF. Transfere aos estados 21,5% da arrecadação de Imposto de Renda e IPI.

Sabe-se que a ocorrência da pandemia da covid-19 em 2020 foi uma especificidade importante que afetou a dinâmica de recursos do SUS. Inicialmente, esse evento reduziu a autonomia das UF no ano de 2020 devido a uma queda de 2,61 pontos percentuais (pp) da receita tributária média em relação a 2019, e, conseqüentemente, um aumento relativo do peso das transferências da União.



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Apesar de a queda na receita tributária real, em 2020 ter sido praticamente generalizada, ainda assim, observamos que nove UF (concentradas nas regiões Norte e Centro-Oeste) apresentaram aumento desse recurso. Em contrapartida, em 2021, a receita real de impostos, taxas e contribuições cresceu, em média, 13,4 pp em relação ao ano anterior. Essa elevação da receita tributária observada em 2021 aconteceu em todas as UF sem exceção.

Além da autonomia média, o gráfico 3.1 traz a informação da autonomia mínima e máxima verificada em cada ano. Nota-se uma grande desigualdade da capacidade de gerar a própria receita entre as UF. A tabela 3.1 mostra os limites inferiores e superiores do grau de autonomia médio de cada região para o período de 2018 a 2022. Percebe-se

que os limites máximos de autonomia das regiões Norte e Nordeste (48% e 52,8% respectivamente) ficam abaixo do limite inferior de autonomia observados nas demais regiões. Como era presumível, o estado de São Paulo é aquele que possui a maior proporção de receitas tributárias em relação às receitas correntes, e nenhum outro estado ultrapassa o limite de 70% de autonomia. Entre as demais UF, temos que 13 delas apresentam grau de autonomia abaixo de 50% (regiões Norte e Nordeste); e as outras 13 distribuem-se no intervalo de 50,2% a 69,9% (regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste).

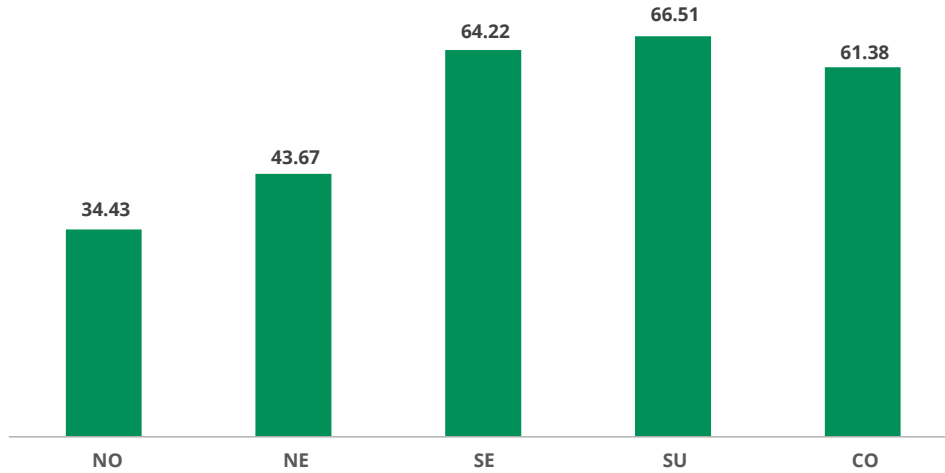
Tabela 3.1. Relação dos níveis de autonomia mínimo e máximo segundo a região

Região	Autonomia média 2018-2022		Estado	Diferença Max-Min	Desigualdade intrarregional
Norte	Menor	22,9	Amapá	25,1 pp	1º
	Maior	48,0	Pará		
Nordeste	Menor	35,7	Sergipe	17,0 pp	3º
	Maior	52,8	Bahia		
Sudeste	Menor	56,2	Rio de Janeiro	20,4 pp	2º
	Maior	76,6	São Paulo		
Sul	Menor	61,1	Paraná	8,8 pp	5º
	Maior	69,9	Santa Catarina		
Centro-Oeste	Menor	55,6	Mato Grosso	13,4 pp	4º
	Maior	68,9	Goiás		

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 3.2 exibe o nível médio de autonomia fiscal em cada região. É nítida a divisão acima *versus* abaixo de 50%, explicitando a suscetibilidade das regiões Norte e Nordeste às receitas próprias e, conseqüentemente, uma maior dependência das transferências da União.

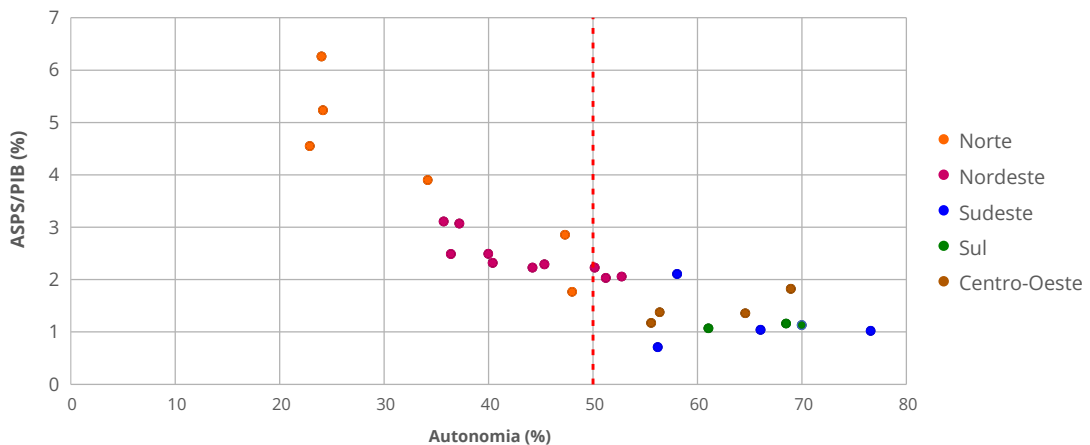
Gráfico 3.2. Autonomia das regiões geográficas (%). Média 2018-2022



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Além da diferença entre regiões, temos também uma desigualdade não desprezível dentro de cada região. O gráfico 3.3 contrapõe a proporção do gasto em ASPS pelo PIB de cada UF com seu grau de autonomia. Todos os estados das regiões Norte estão abaixo de 50% e possuem um gasto em ASPS em relação ao PIB superior que a maioria das demais UF. No caso Nordeste, apenas os estados do Ceará, Pernambuco e Bahia são capazes de gerar pelo menos 50% da receita corrente via tributação própria.

Gráfico 3.3. Autonomia das regiões geográficas (%). Média 2018-2022

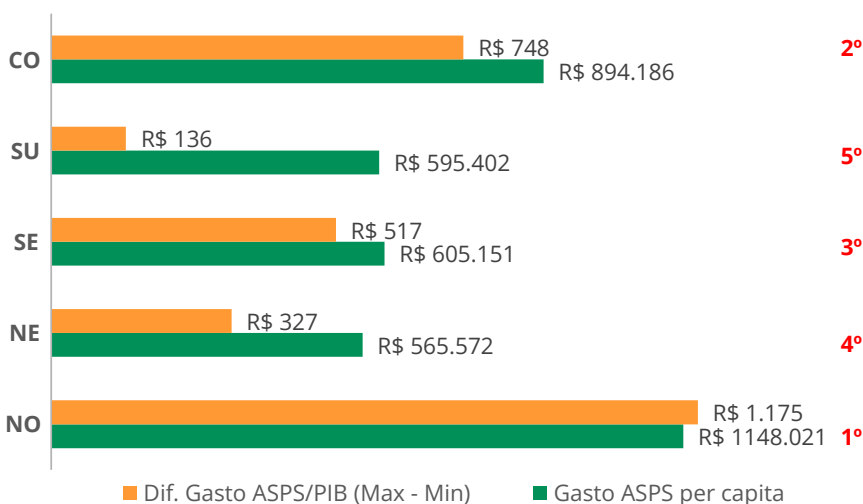


Fonte: Siops e Finbra.

Paralelamente à ordenação segundo o grau de autonomia, observa-se que a maior desigualdade entre as UF quanto ao grau de autonomia, como também na proporção ASPS/PIB, ocorre na região Norte. Nela, em cada extremo, temos: o Acre (está entre os menores níveis de autonomia^{III} e maior ASPS/PIB) e o Pará (maior autonomia e menor ASPS/PIB). A região Sudeste é a que possui o segundo maior nível de desigualdade interna quanto a autonomia, já que a elevada capacidade fiscal do estado de São Paulo amplia a discrepância entre as UF da região. A região Sul é a que possui maior igualdade, apresentando uma diferença de apenas 8,8 pp entre o grau de autonomia mais baixo e o mais alto.

Uma vez que a autonomia da receita garante mais mecanismos para a manutenção nos gastos de saúde, regiões mais desiguais nesse quesito apresentam maior discrepância no gasto em ASPS per capita. Essa visão é confirmada pelo gráfico 3.4, no qual maior e menor desigualdade no grau de autonomia (regiões Norte e Sul respectivamente) correspondem justamente a maior e menor diferença no gasto médio em ASPS per capita para o período 2018-2022.

Gráfico 3.4. Gasto real ASPS per capita (R\$). Média 2018-2022

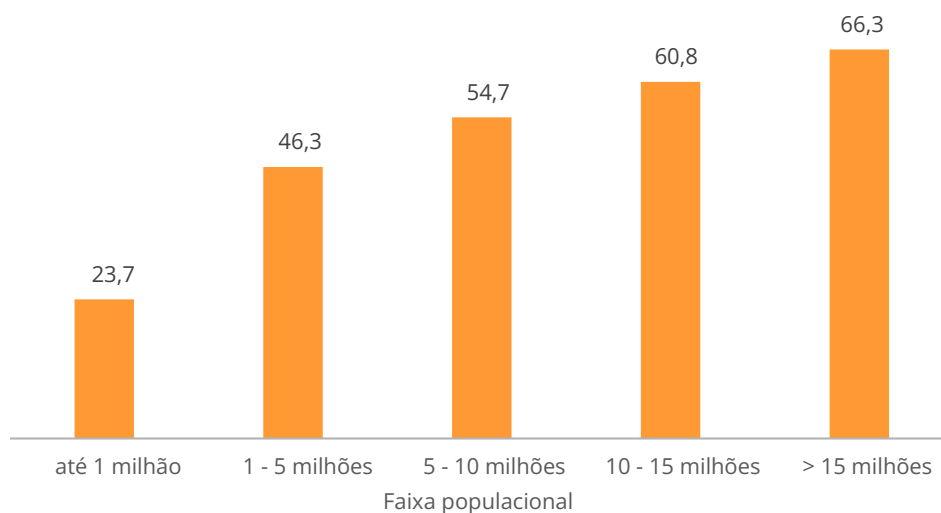


Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Como a autonomia depende da capacidade de o estado obter receita tributária, é natural que as UF mais populosas – e, conseqüentemente, mais dinâmicas (economicamente) – apresentem uma maior independência na geração de receitas próprias. O gráfico 3.5 mostra exatamente esta relação: o grau de autonomia cresce com o tamanho (populacional) da UF.

III Os três estados com menor nível de autonomia da região Norte são: Amapá (22,9%); Acre (24%) e Roraima (22,2%).

Gráfico 3.5. Autonomia média dos estados brasileiros segundo faixa populacional (%)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Na tabela 3.2, temos a distribuição das UF segundo o porte populacional. Nota-se que o baixo grau de autonomia nas UF com até 1 milhão de pessoas concentra-se justamente na região Norte^{IV}; enquanto o extremo oposto refere-se os três estados mais populosos que se situam na região Sudeste^V.

Tabela 3.2. Distribuição das UF por região segundo porte populacional

Região	Milhões de pessoas na UF				
	até 1	1 - 5	5 - 10	10 - 15	> 15
Norte	3	3	1		
Nordeste		5	3	1	
Sudeste		1			3
Sul			1	2	
Centro-Oeste		3	1		
Total de UF	3	12	6	3	3

Fonte: elaboração própria com base no IBGE

IV Acre, Roraima e Amapá.

V Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro.

Essa diferença intrínseca na capacidade de arrecadação entre as UF faz com que o mecanismo de transferência tenha um papel equalizador da desigualdade. A seguir, analisamos o comportamento dos recursos advindos das transferências.

3.1.2 RECEITAS COM TRANSFERÊNCIAS

As receitas de transferências contabilizam os valores originados de recursos inter-governamentais, de instituições privadas, do exterior, de convênios e de pessoas físicas. No nível estadual, as transferências mais relevantes são aquelas advindas do governo federal (FAF, convênios, contratos de repasses e termos de cooperação). Contudo, dado que, no caso dos estados, a autonomia fiscal média é elevada, as transferências não são a principal fonte de receita para a maioria das UF. Aqui, tomamos o percentual de transferências da União em relação às receitas correntes como um indicador do vínculo que cada UF possui com o governo federal para implementar as ASPS em seu território. Quanto maior a autonomia, menor o vínculo e vice-versa. Neste cálculo, incluímos o FPE.

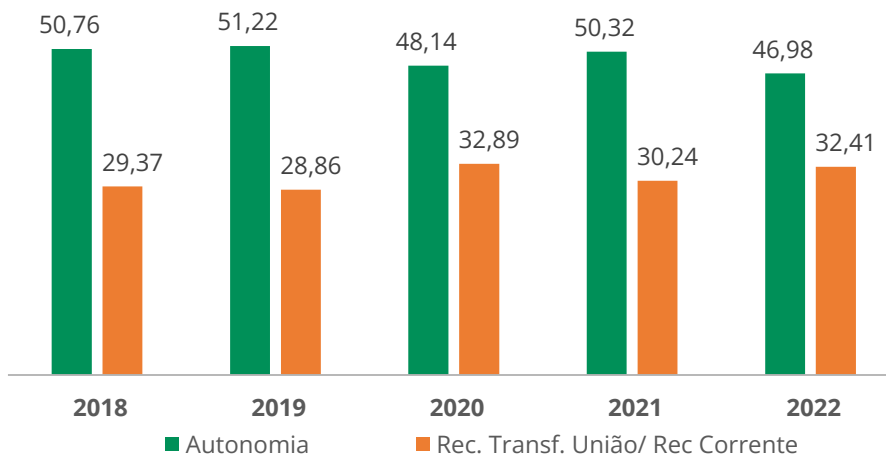
$$\text{vínculo Gov. Federal (\%)} = \frac{\text{Rec. Transf. União}}{\text{Rec. Correntes}} \times 100$$

Dado que o grau de autonomia e o vínculo com o governo federal são complementares, a dinâmica do último vai no sentido oposto ao observado para o grau de autonomia. Entretanto, diferentemente dos recursos tributários, a alteração na estrutura de cômputo contábil do Siops.ocorrida nos anos de 2021 e 2022) afetou a agregação das receitas advindas das transferências correntes.

Até 2020, os recursos de convênios tinham uma conta contábil separada das transferências constitucionais (União, estados e municípios). Contudo, a mudança nos códigos contábeis implementada a partir de 2021 incorporou esses valores às transferências de cada ente. Por esse motivo, os valores de transferências da União para os anos de 2021 e 2022 devem ser analisados com cautela, já que incorporam os montantes advindos de convênios realizados pela União e de suas entidades com relação aos estados^{VI}. Sendo assim, esses valores não são diretamente comparáveis com aqueles obtidos no período anterior (2018-2020).

VI Estes convênios que antes eram discriminados em uma conta separada ("Transferências de Convênios da União e de Suas Entidades" – 1.7.61.00.00.00) dizem respeito aos Convênios da União para o sistema SUS, ou aqueles Destinados a Programas de Educação ou a programas de Saneamento Básico – os quais, a partir de 2021, podem estar incorporados às "Transferências da União e de suas Entidades". Além disso, a conta "Transferências Advindas de Emendas Parlamentares Individuais", que até 2020 estava discriminada (1.7.21.38.00.00) e incluída na conta de "Transferências da União" (1.7.21.00.00.00), foi eliminada. Assim, os recursos provenientes dessa fonte passaram a ser computados de maneira pulverizada entre os códigos, dificultando, portanto, a comparação das contas ao longo do tempo.

Gráfico 3.6. Autonomia e vínculo com o governo federal. Média das UF (%)

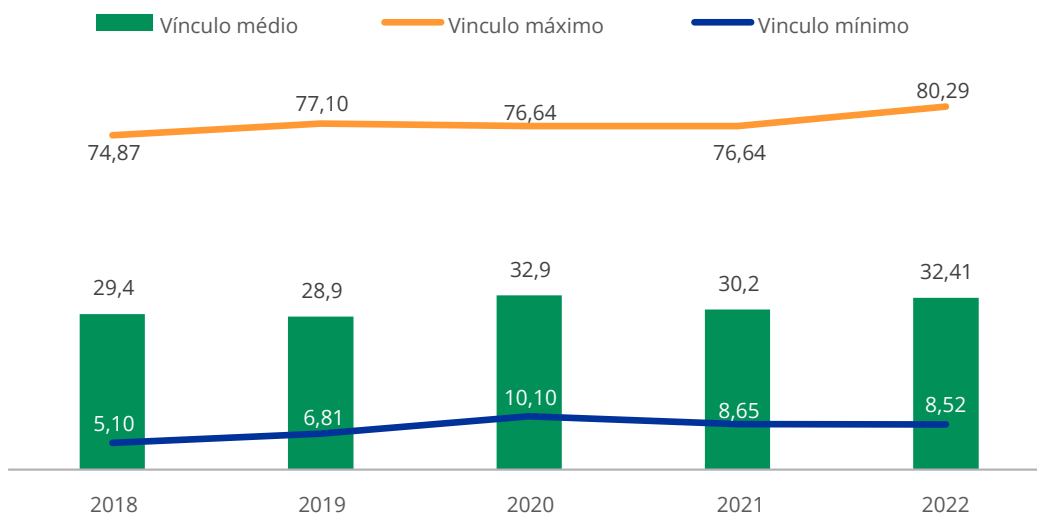


Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 3.6 mostra que a participação média das receitas advindas das transferências da União na receita corrente das UF, entre 2018 e 2022, foi de 30,8%^{VII}. A participação média das transferências da União aos estados nas receitas correntes, entre 2018 e 2020, é de 30,4%, mas para o período 2021-2022, chega a 31,3%, com crescimento concentrado em 2022. Nota-se que a variação do vínculo com o governo federal entre esses dois períodos sofreu um aumento considerável em sete estados^{VIII}, onde o crescimento chegou a ser superior a 10%. Vale mencionar que a soma da participação das receitas tributárias (autonomia) e das transferências da União não contabilizam 100%, pois há ainda recursos advindos de instituições privadas, do exterior, de pessoas físicas e de convênios; sendo estes últimos os mais relevantes.

VII Com exceção do ano de 2020 (covid-19), o aumento do vínculo com o governo federal após 2020 refere-se à alteração no cômputo da participação de Convênios (mudança na estrutura contábil no Siops).

VIII São eles: Amazonas, Pará, Ceará, Pernambuco, Bahia, Rio de Janeiro e Mato Grosso.

Gráfico 3.7. Vínculo com governo federal. Média dos estados brasileiros (%)

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 3.7 apresenta a trajetória da participação média das transferências da União nas receitas correntes. Percebe-se que o patamar ao redor de 31% visto no período foi puxado por dois anos específicos: o ano da pandemia (2020) e o ano eleitoral (2022). Em 2020, o crescimento médio da participação das transferências da União na receita corrente (da ordem de 24,8%) afetou praticamente todas as UF^{IX}. Já a especificidade da elevação observada em 2022 (concentrado em estados específicos^X) nos faz presumir que a alteração no cômputo contábil afetou a trajetória de cada UF de maneira diferenciada (a depender particularmente da dimensão de recursos específicos, tais como convênios, contratos de repasses e termos de cooperação).

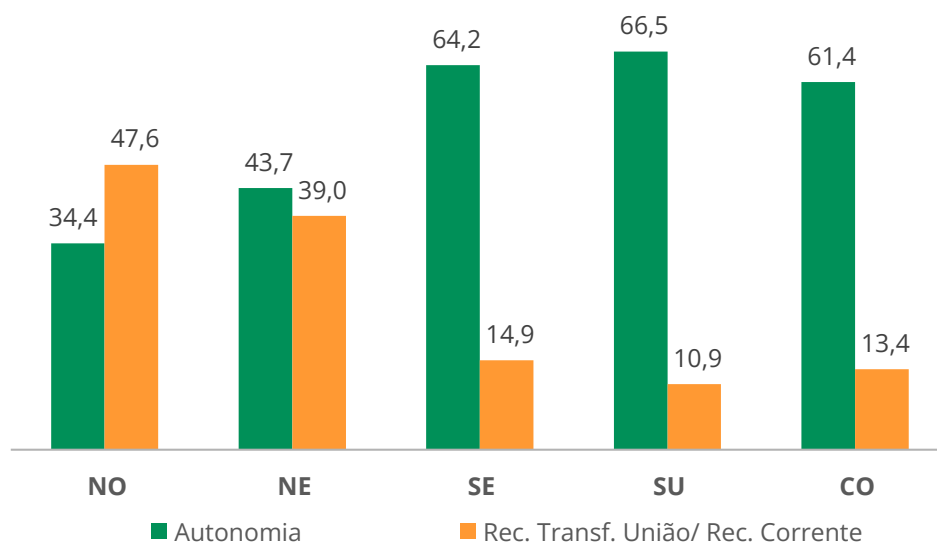
A complementaridade entre as receitas próprias e as transferências da União em cada região é apresentada no gráfico 3.8. Essa relação mostra que, entre 2018 e 2022, de cada R\$ 1 de receitas, praticamente a metade (R\$ 0,50) advém de tributação própria, e outros R\$ 0,30 originam-se da taxação de responsabilidade do governo federal. O montante de R\$ 0,20 necessário para completar R\$ 1 corresponde, na sua maioria, a convênios. Uma vez que a região Norte exibe o menor nível de autono-

IX As exceções foram Amapá, Sergipe e Mato Grosso que não apresentaram crescimento na participação da transferência da União em relação a receita corrente em 2020 no que se refere a 2019.

X Entre 2021 e 2022, os estados de Pernambuco, Alagoas, Bahia e São Paulo apresentaram crescimento de recursos advindos da União acima da elevação de suas respectivas receitas tributárias. No caso de São Paulo, apesar do elevado grau de autonomia, as transferências da União, em 2022, chegaram a valores nominais muito próximos aos verificados no ano da pandemia (31 milhões em 2022 e 33 milhões em 2020).

mia fiscal, temos nesta região a maior participação das transferências da União na receita corrente (47,6%). Já no outro extremo, temos a região Sul com o maior nível de autonomia fiscal e menor vínculo com o governo federal (11%).

Gráfico 3.8. Evolução da autonomia e do vínculo com o governo federal (%) segundo região. Média 2018-2022



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Enquanto o gráfico 3.8 mostra como a relevância das transferências federais é discrepante entre as regiões, a tabela 3.3 indica a diferença entre as UF com menor e maior vínculo com a União. Percebe-se que devido à interdependência da participação de receitas tributárias e transferências da União na composição das receitas, o posicionamento de cada região quanto à desigualdade intrarregional do vínculo fiscal com o governo federal é idêntico ao observado na tabela 3.1. Assim, regiões com participação desigual da proporção da receita tributária em relação à receita corrente também serão desiguais quanto à participação das transferências do governo federal^{XI}. No caso da região Sul, as UF com níveis máximo e mínimo em cada caso (autonomia e vínculo fiscal com o governo federal) simplesmente trocam de posição.

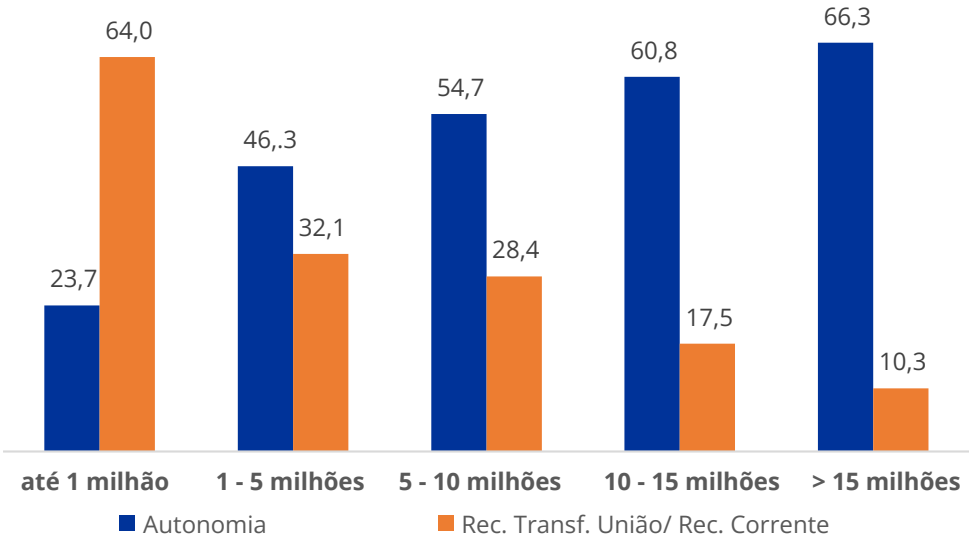
XI E o contrário (maior igualdade) também é válido.

Tabela 3.3. Relação dos maiores e menores níveis de vínculo com o governo federal segundo a região

Região	Vínculo com gov. federal média 2018-2022		Estado	Diferença Max-Min	Desigualdade Intra-regional
Norte	Menor	24,5	Amazonas	52,6 pp	1º
	Maior	77,1	Amapá		
Nordeste	Menor	29,6	Bahia	16,4 pp	3º
	Maior	46,0	Maranhão		
Sudeste	Menor	8,0	Rio de Janeiro	20,9 pp	2º
	Maior	28,9	Espírito santo		
Sul	Menor	9,8	Santa Catarina	3,1 pp	5º
	Maior	13,0	Paraná		
Centro-Oeste	Menor	11,8	Distrito Federal	4,2 pp	4º
	Maior	15,9	Goiás		

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Gráfico 3.9. Autonomia e Vínculo com o governo federal (%) segundo porte populacional – Média 2018-2022



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

A associação entre vínculo com a União e porte populacional é outra dinâmica simetricamente oposta àquela observada com relação ao grau de autonomia. O gráfico 3.9 mostra como a relevância das transferências federais na Receita Corrente decresce conforme aumenta o porte populacional do estado, justamente porque aumenta a possibilidade de obter recursos próprios (autonomia).

Percebe-se que a grande dependência das transferências de recursos da União ocorre em estados com população de até 1 milhão de pessoas, os quais se situam na região Norte (tabela 3.2) – Acre, Roraima e Amapá. Em termos populacionais, referimo-nos, aproximadamente, a um total de 2,3 milhões de pessoas, ou 1,1% da população brasileira.

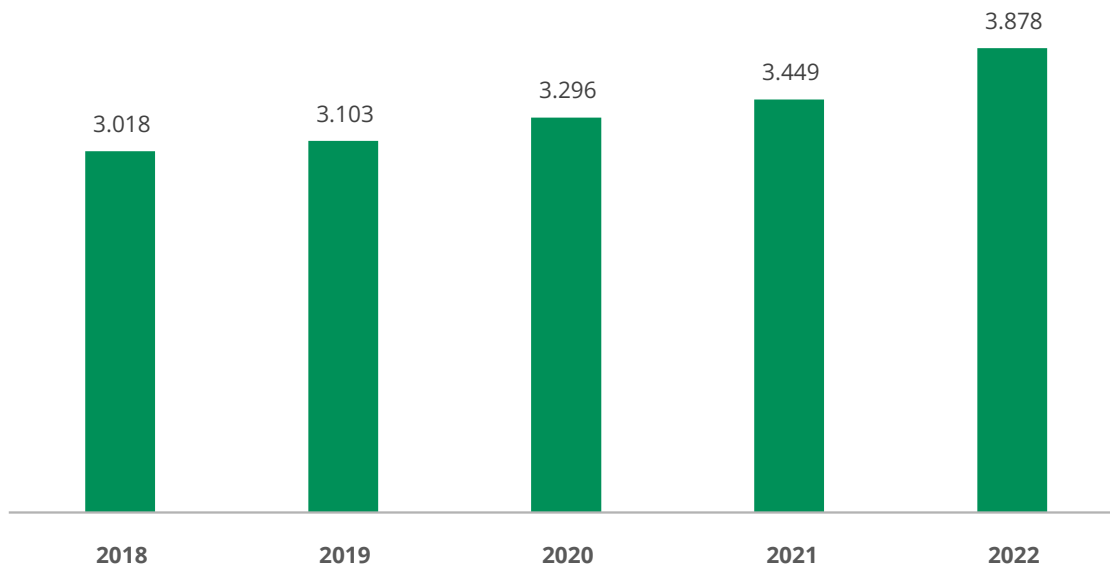
Afinal, qual é o valor dos recursos disponíveis para a saúde nos estados?

Para verificarmos o total de recursos disponíveis ao gasto em ASPS pelos estados, somamos as receitas tributárias e todas as transferências (federais, estaduais e municipais). Vale mencionar que apesar da participação média das transferências entre estados, e de municípios para estados, serem muito baixas, elas foram incluídas no cálculo^{XII}. Desta soma, obtemos o valor real de “recursos disponíveis per capita” dividindo esse montante pela população de cada estado e deflacionando pelo IPCA de jan./2023.

Os gráficos 3.10 A, B e C mostram que a média de recursos disponíveis per capita para o período 2018-2022 foi de R\$ 3.349, e que, ao longo desses cinco anos, ocorreu um aumento de 28,5% desses valores em termos reais. Além disso, as regiões Norte e Nordeste são aquelas que apresentam a maior e a menor média de recursos disponíveis per capita (R\$ 4.755 e R\$ 2.616 respectivamente). Ao observarmos a distribuição das UF segundo o porte populacional (tabela 3.2), compreende-se que o elevado montante de recursos disponíveis per capita em estados com população de até 1 milhão ocorre, pois, nesse grupo, temos apenas estados da região Norte. Já no grupo de estados com população entre 5 e 10 milhões de habitantes, como metade dessas UF estão na região com menor recurso per capita (Nordeste), a média acaba sendo viesada para baixo.

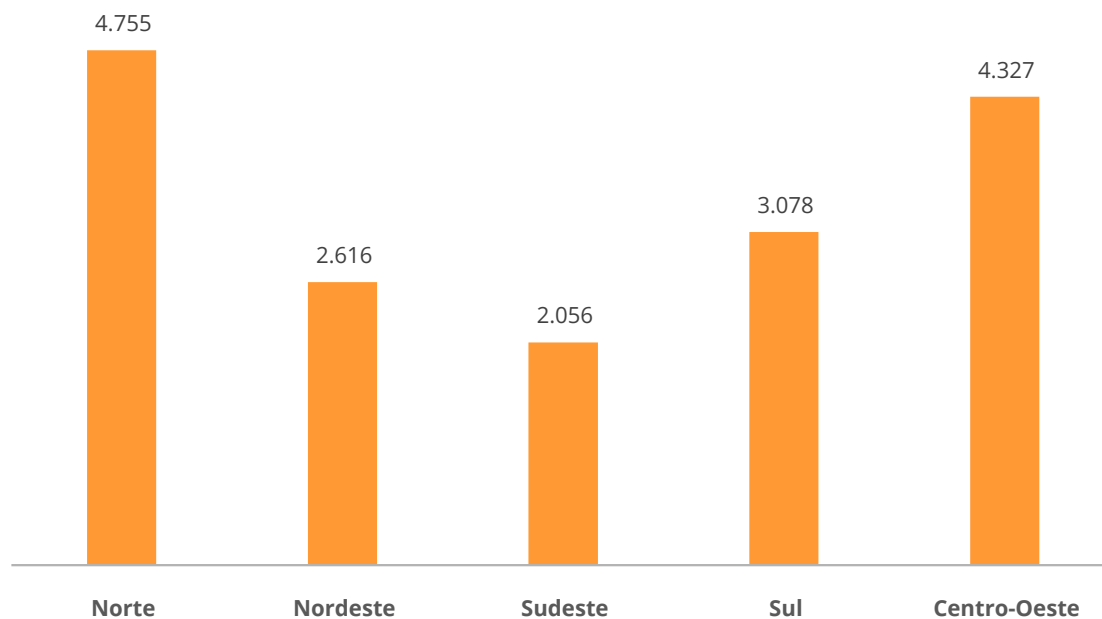
XII As proporções médias correspondem à 0,7% e 2,8% para transferências entre estados (1.7.22.00.00.00); e de municípios para UF (1.7.23.00.00.00) respectivamente. No caso da participação das receitas advindas das transferências municipais em relação à receita corrente, os dados do Siops apresentam uma quebra importante entre o período 2018-2020 (1,8%) e 2021-2022 (4,2%). Creditamos essa diferença à alteração realizada na estrutura de cômputo do RREO (Portaria Conjunta STN/SOF nº 20, de 23/02/2021) com relação às transferências advindas de convênios, contratos de repasses e termos de cooperação entre estados e municípios.

Gráfico 3.10 A. Recursos disponíveis por pessoa (R\$) – valores reais (jan./2023) – média das UF



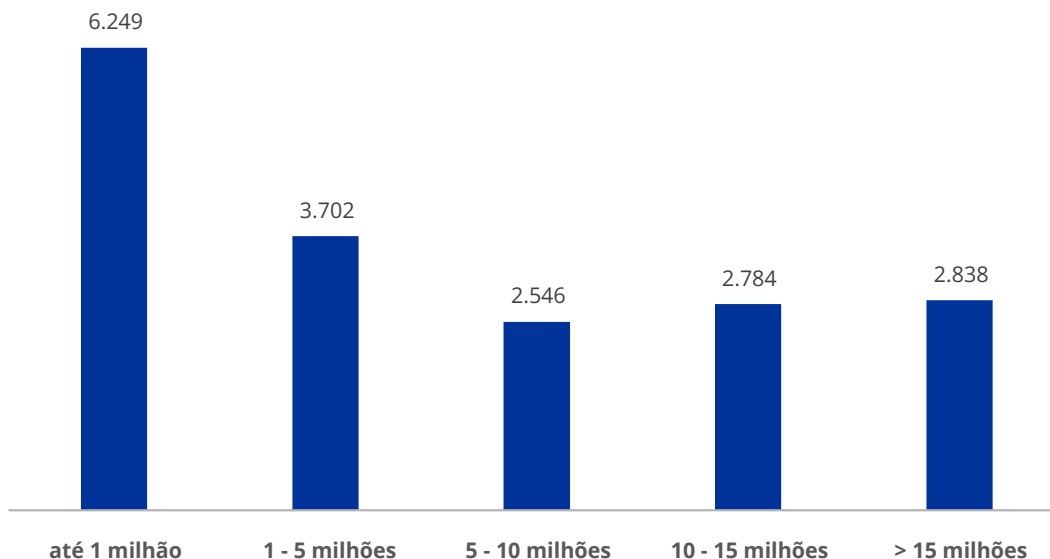
Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Gráfico 3.10 B. Recursos disponíveis por pessoa (R\$) – valores reais (jan./2023) – média das UF por região



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Gráfico 3.10 C. Recursos disponíveis por pessoa (R\$) – valores reais (jan./2023) – média das UF, segundo porte populacional

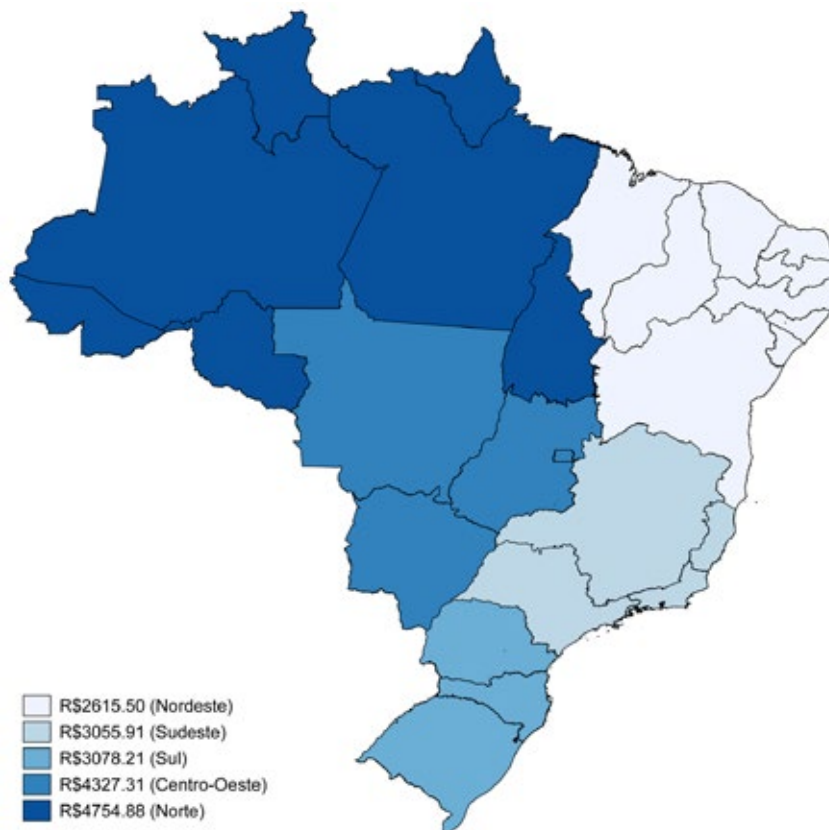


Fonte: elaboração própria com base no Siops.

A distribuição dos recursos per capita segundo a região (gráfico 3.10 B) mostra que os recursos disponíveis per capita na região Nordeste (R\$ 2.616/hab.) é aproximadamente metade (55%) do valor médio per capita da região Norte (R\$ 4.755). Quando analisamos em termos populacionais, verificamos que os recursos per capita nas UF com população entre 5 e 10 milhões de habitantes chega a ser 59,2% do montante médio das UF com população até 1 milhão de pessoas. Os mapas 1A e 1B mostram a distribuição dos recursos per capita segundo a região (1A) e por UF (1B)^{XIII}, refletindo a heterogeneidade de crescimento econômico e populacional.

XIII As informações dos valores reais médios para o período 2018-2022 por UF.

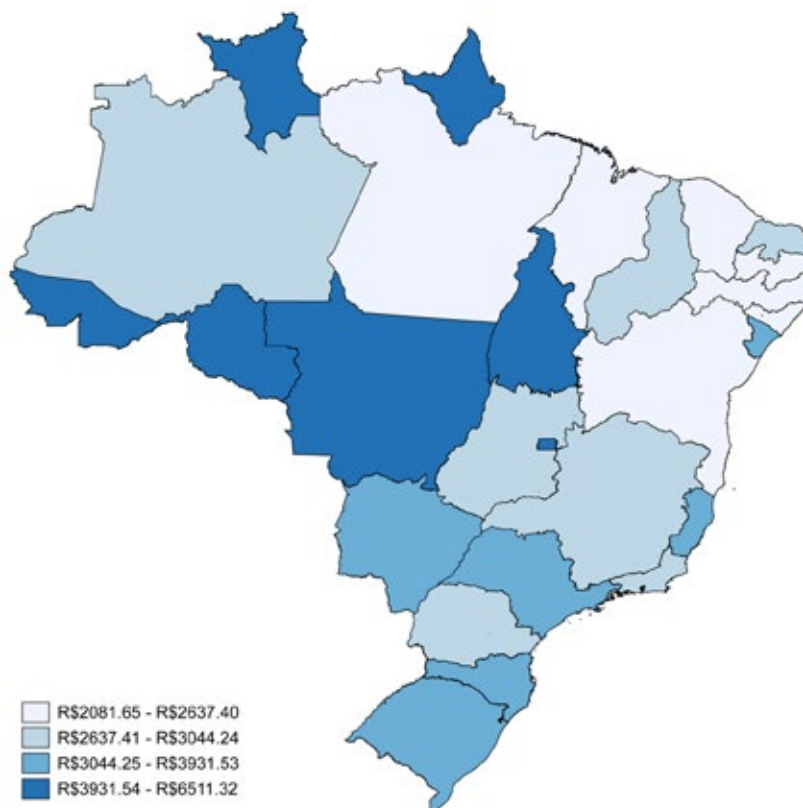
Mapa 1A. Recursos disponíveis por pessoa (R\$) – valores reais (jan./2023) – média 2018-2022 – segundo a região



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Dado que entre 2018 e 2022 a média nacional de recursos per capita disponíveis é de R\$ 3.530/pessoa, o mapa 1A mostra que apenas as médias das regiões Norte e Centro-Oeste ficam acima desse montante. Vale mencionar que a média do Centro-Oeste é puxada pelos recursos do Distrito Federal, que são o terceiro maior do País (R\$ 6.217/pessoa), ficando atrás apenas dos valores médios do Amapá e de Roraima (R\$6.511 e R\$ 6.379 por pessoa respectivamente). As outras três regiões estão abaixo da média nacional: as médias das regiões Sul e Sudeste situam-se próximo da média nacional, e a média da região Nordeste é aproximadamente 27% inferior à nacional.

Mapa 1B. Recursos disponíveis por pessoa (R\$) – valores reais (jan./2023) – média 2018-2022 – segundo a UF



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

A tabela 3.4 traz os valores reais médios do montante de recursos por pessoa (R\$/hab.) de cada região e UF para o período 2018-2022, e o mapa 1B evidencia as desigualdades posicionando os valores de cada UF segundo o quartil da distribuição nacional. A região Norte (maior valor médio R\$/hab.) é a que apresenta maior desigualdade, com uma diferença entre R\$/hab. máximo e mínimo de R\$ 4.080. No outro extremo, temos novamente a região Sul, com a menor diferença entre R\$/hab. máximo e mínimo de R\$ 388. No caso da região Centro-Oeste, o elevado valor de recursos por pessoa do Distrito Federal faz com que a diferença de R\$/pessoa máximo e mínimo na região chegue a ser R\$ 3.418; mas se excluirmos essa UF do cálculo, essa discrepância cai para R\$ 1.802. Quanto às regiões Nordeste e Sudeste, a diferença entre os valores máximo e mínimo por pessoa intrarregional é praticamente igual (R\$ 1.137 e R\$ 1.064 respectivamente). Ou seja, ambas as regiões possuem desigualdade similar entre a disponibilidade de recursos por pessoa de seus estados.

Tabela 3.4. Recursos disponíveis por pessoa (R\$) – média 2018-2022 – segundo a UF

Região	Unidade da Federação	R\$/pessoa*		Área
		Região	UF	gráfico
Norte	Rondônia	4.755	4.159	B
	Acre		5.863	B
	Amazonas		3.046	D
	Roraima		6.390	B
	Pará		2.418	A
	Amapá		6.485	B
	Tocantins		4.924	B
Nordeste	Maranhão	2.584	2.097	A
	Piauí		2.912	A
	Ceará		2.249	A
	Rio Grande do Norte		2.886	A
	Paraíba		2.562	A
	Pernambuco		2.594	A
	Alagoas		2.652	A
	Sergipe		3.262	A
	Bahia		2.326	D
Sudeste	Minas Gerais	3.056	2.668	D
	Espírito Santo		3.701	C
	Rio de Janeiro		2.652	D
	São Paulo		3.203	D
Sul	Paraná	3.078	2.829	D
	Santa Catarina		3.181	D
	Rio Grande do Sul		3.224	D

Tabela 3.4. Recursos disponíveis por pessoa (R\$) – média 2018-2022 – segundo a UF

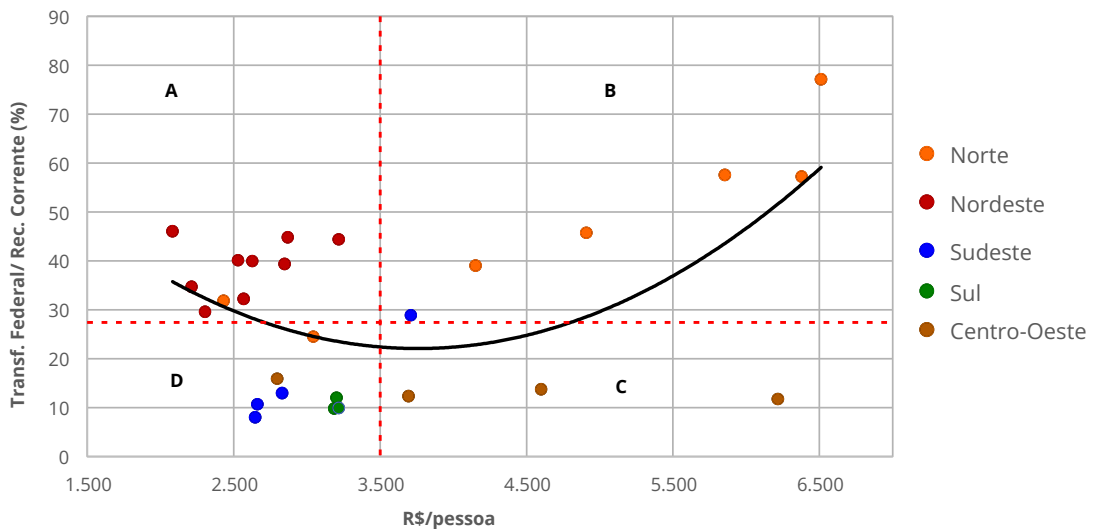
Região	Unidade da Federação	R\$/pessoa*		Área gráfico
		Região	UF	
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	4.327	3.689	C
	Mato Grosso		4.557	C
	Goiás		2.797	D
	Distrito Federal		6.266	C
Brasil	Média	3.530	-	-
	Mínimo	2.082	-	Maranhão
	Máximo	6.511	-	Amapá

* Valores reais (jan./2023).

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

No gráfico 3.11, avaliamos a relação entre a proporção das transferências federais sobre a receita corrente (%) e os recursos per capita (R\$/pessoa) nas UF. As linhas tracejadas indicam os valores médios nacionais para essas duas medidas no período 2018-2022.

Gráfico 3.11. Vínculo com governo federal (%) e recursos disponíveis per capita* (R\$) – média 2018-2022 – valores reais (jan./2023)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Valores reais (jan./2023).

Tomando as médias do vínculo com a União (%) e recursos/pessoa (R\$) como ponto de referência, podemos delimitar quatro áreas no gráfico (A; B; C; D) conforme cada estado esteja acima/abaixo dessas duas médias (quadro 3.1).

Quadro 3.1. Vínculo com o governo federal (%) X Recursos disponíveis por pessoa (R\$) – combinações possíveis

Área	Vínculo com a União	R\$/pessoa	Interpretação	Número UF
A	Acima da média nacional	Abaixo da média nacional	Apesar de receber transferências acima da média, o montante de recursos próprios não é capaz de transpor o valor de recursos/pessoa da média nacional.	9
B	Acima da média nacional	Acima da média nacional	Recebe transferências acima da média e tem recursos/pessoa também acima da média nacional.	5
C	Abaixo da média nacional	Acima da média nacional	Recebe transferências abaixo da média, mas o montante de recursos próprios é capaz ampliar o valor de recursos/pessoa da média nacional.	4
D	Abaixo da média nacional	Abaixo da média nacional	Recebe transferências abaixo da média, contudo, o montante de recursos próprios não é capaz aumentar o valor de recursos/pessoa até o nível da média nacional.	9

Fonte:elaboração própria

Nota-se que a maioria dos estados^{XIV} situa-se abaixo do valor médio de recursos per capita (áreas A e D). Quanto à distribuição dos estados segundo a posição em relação à média nacional da participação das transferências federais na receita corrente (%), temos uma composição mais homogênea, com 13 UF abaixo da média nacional (48,1% nas áreas D e C) e 14 acima (51,9% nas áreas A e B).

Para a maioria dos estados da região Norte (5 do total de 7 situam-se na área B), as transferências federais colaboram para que o montante disponível a esses estados esteja acima da média nacional. No entanto, os dois estados mais populosos da região não se enquadram nesse contexto^{XV}, pois, para ambos, o montante de recursos per capita está abaixo da média nacional (Amazonas na área D; e Pará na área A). No caso do Amazonas

XIV 18 estados ou 66,7% do total de UF.

XV Amazonas com aproximadamente 4,1 milhões; e Pará com 8,5 milhões de habitantes.

(área D), cujo vínculo com o governo federal está abaixo da média nacional, percebe-se que o montante de recursos próprios não é suficiente para aumentar o valor de recursos per capita até o nível da média nacional. Mesmo o estado do Pará, cuja proporção de transferências federais em relação às receitas correntes está levemente acima da média (31,8%), possui um montante de recursos por pessoa abaixo e mais distante da média nacional^{XVI}.

Na região Nordeste, todos os estados têm recursos per capita abaixo da média nacional, sendo que a grande maioria das UF se situa na área A no gráfico 3.11. A exceção é o estado da Bahia, cuja proporção das transferências federais sob a receita corrente está aquém, porém ainda próxima da média nacional (29,6% contra média de 30,8% para o Brasil). De maneira geral, podemos concluir que, apesar de as UF da região Nordeste receberem transferências acima da média nacional, o total de recursos (próprios e transferências federais) está distante do valor médio de recursos/pessoa nacional. Nesse sentido, a situação é praticamente oposta à das UF da região Norte.

Todos os estados das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste têm participação das transferências federais em relação à receita corrente abaixo da média nacional. Portanto, o que difere a situação dessas UF é o fato de os recursos próprios serem ou não suficientes para atingir a receita disponível por habitante em relação à média nacional (áreas C e D). Nesse contexto, todas UF da região Sul e a maior parte dos estados da região Sudeste compartilham da mesma situação da grande maioria dos estados nordestinos: o montante de recursos próprios não é capaz de aumentar o valor de R\$/pessoa até o nível da média nacional (área D). Entre eles, o único estado que tem R\$/hab. acima da média é o Espírito Santo.

Na região Centro-Oeste ocorre o contrário: a maioria dos estados tem R\$/pessoa acima da média nacional, sendo Goiás a exceção. Vale mencionar que o Distrito Federal é a terceira UF com mais R\$/pessoa disponível, ficando atrás apenas dos estados do Amapá e de Roraima. Caso calculássemos a média nacional dos recursos disponíveis por pessoa excluindo os estados com montantes per capita acima de R\$ 6.000, apenas quatro estados que estão nas áreas A ou D do gráfico passariam a ter recursos acima da média^{XVII}. Entretanto, a situação da maioria das UF nordestinas permaneceria inalterada. Ou seja, mesmo excluindo do cálculo as UF com elevados recursos per capita (extremos positivos), ainda assim teríamos pouca alteração quanto à distância em relação ao valor médio nacional.

XVI R\$ 1.099 abaixo da média nacional de R\$ 3.530.

XVII São eles: Sergipe, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Essa descrição sobre as receitas estaduais serve para a construção de um panorama geral dos recursos disponíveis para a execução dos gastos em ASPS realizados pelas UF. Neste capítulo, apontamos o quão desigual é a distribuição dos recursos, seja devido a diferenças da capacidade de geração de receita, seja porque as transferências da União são direcionadas a estados menos populosos, não atingindo, portanto, a maior parte da população brasileira. A seguir, analisaremos o perfil de gastos realizado com esses recursos.

3.2 DESPESAS ESTADUAIS

Passamos agora para a análise do perfil de gastos em ASPS dos estados utilizando o recorte da subfunção e fonte de financiamento. A partir de 2018, o Siops.assou a coletar as informações integrando as óticas funcional e grupo da despesa, tornando possível a análise dos gastos por subfunção/fonte de recursos. A discriminação por subfunções informa a finalidade da despesa em ASPS, colaborando, assim, para o diagnóstico do gasto em áreas específicas. Já a origem do recurso permite avaliar o peso de cada ente no financiamento da saúde no nível estadual. No contexto de expansão das demandas de saúde pública (envelhecimento populacional, aumento de doenças crônicas, crescimento de doenças de transmissão vetorial etc.) e limite de recursos, o conhecimento desse cruzamento contribui para a desenharmos um quadro alocativo dos recursos em ASPS.

No Brasil, entre 2018 e 2022, a média anual do total do gasto estadual em ASPS foi de R\$ 111,5 bilhões (em valores nominais^{XVIII}). Em termos reais^{XIX}, esse montante equivale a R\$ 125,9 bilhões. As tabelas 3.5 e 3.6 apresentam os gastos médios dos estados em ASPS, por subfunção, em valores nominal e real (valores de jan./23) respectivamente; a participação de cada subfunção e a variação ocorrida entre 2018 e 2022. Como se trata do gasto médio, esses dados exibem uma visão geral da alocação de recursos das UF.

Tabela 3.5. Gasto médio dos Estados em ASPS – em R\$ milhões (nominal)

Subfunção*	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022	
						Média	Part. (%)
AB – Atenção Básica	84	129	128	161	171	135	3,3
AHA – Ass. Hosp. Ambulatorial	2.027	2.237	2.472	3.019	3.405	2.632	63,8
SPT – Sup. Prof. Terapêutico	188	205	227	211	235	213	5,2

XVIII Ver tabela A1 no Apêndice.

XIX Deflacionado pelo IPCA a valores de jan./2023, ver tabela A2 no Apêndice.

Tabela 3.5. Gasto médio dos Estados em ASPS – em R\$ milhões (nominal)

Subfunção*	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022	
						Média	Part. (%)
SAN – Vig. Sanitária	4	4	6	9	8	6	0,2
EPI – Vig. Epidemiológica	27	19	106	110	49	62	1,5
A&N – Alimentação e Nutrição	14	15	13	11	9	13	0,3
ADM – Administrativa	869	849	907	1.041	1.133	960	23,3
Informação Complementar	82	85	143	109	122	108	2,6
Brasil – média UF	3.296	3.542	4.001	4.671	5.132	4.129	100

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

* Despesa liquidada

A tabela 3.5 mostra que o gasto médio anual dos estados, em nível nacional, foi de R\$ 4.129 milhões (valores nominais), correspondendo a R\$ 4.664 em termos reais. Entre as subfunções, temos que Assistência Hospitalar e Ambulatorial (AHA) representa mais da metade da despesa estadual em ASPS (aproximadamente 64%), e a segunda mais relevante é a função administrativa que representou quase um quinto do gasto total em ASPS no período de 2018 a 2022. Com exceção da subfunção de vigilância epidemiológica, cuja participação no gasto total em ASPS aumentou consideravelmente no período da pandemia da covid-19 (2020-2021), percebe-se que, de maneira geral, a proporção no gasto por subfunções manteve-se praticamente estável nesse período.

Já a tabela 3.6 aponta que, ao longo desses cinco anos, o gasto estadual em ASPS cresceu 22% em termos reais, com a média de 5,1% ao ano. As únicas subfunções que, ao longo do período, apresentaram redução do valor real foram Suporte Profilático e Terapêutico (SPT) e Alimentação e Nutrição (A&N) com reduções de 2,1% e 49,4% respectivamente.

Tabela 3.6. Gasto médio dos estados em ASPS – em R\$ milhões (valores reais: jan./2023)

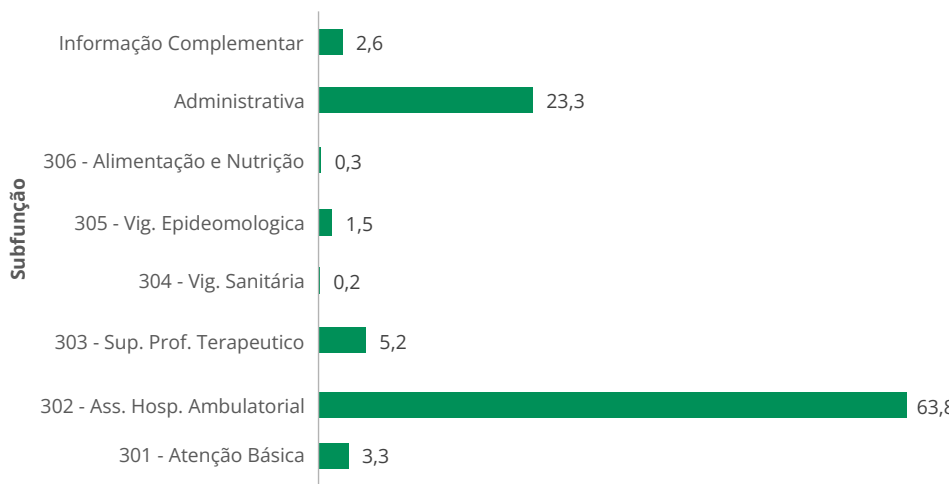
Subfunção*	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022	
						Média	Variação (%)
AB – Atenção Básica	107	158	150	172	171	151	60,4
AHA – Ass. Hosp. Ambulatorial	2.586	2.737	2.893	3.211	3.405	2.966	31,7
SPT – Sup. Prof. Terapêutico	240	250	265	224	235	243	-2,1
SAN – Vig. Sanitária	5	5	7	10	8	7	42,6
EPI – Vig. Epidemiológica	35	23	124	117	49	70	39,9
A&N – Alimentação e Nutrição	18	18	15	12	9	15	-49,4
ADM – Administrativa	1.109	1.038	1.062	1.107	1.133	1.090	2,2
Informação Complementar	105	104	167	115	122	123	16,1
Brasil – média UF	4.205	4.333	4.683	4.968	5.132	4.664	22,0

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

* Despesa liquidada.

Entre as demais subfunções, as maiores taxas de crescimento ocorreram naquelas com menor participação na estrutura de ASPS dos estados (gráfico 3.12): as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, que cresceram aproximadamente 43% e 40% respectivamente (mas que, juntas, participam com menos de 2% da despesa); e a Atenção Básica (AB), cuja despesa real cresceu 60,4%, mas representou 3,3% do total de gastos médio do período. Ao final, as duas subfunções que concentram 87,1% da despesa em ASPS – AHA (63,8%) e Administrativa (23,3%) – aumentaram 31,7% e 2,2% respectivamente. O baixo crescimento das despesas Administrativas aponta para um contexto de contenção das despesas *vis-à-vis* o aumento considerável em AHA que também deve estar sendo influenciado pela pandemia da covid-19.

Gráfico 3.12. Participação dos gastos em ASPS por subfunção – média dos estados (2018-2022, em %)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Em termos reais, a média do gasto anual dos estados em ASPS no período de 2018 a 2022 foi de R\$ 4.664 milhões (tabela 3.6). Somente os estados das regiões Sul e Sudeste têm gasto real acima da média nacional para a maioria das subfunções^{XX}. A exceção ocorre em AHA para os estados sulistas (2% menor), e com o gasto Administrativo para as UF da região Sudeste (0,84% abaixo). Já os estados da região Norte têm despesas abaixo da média nacional em todas as subfunções. No caso da região Nordeste, os estados gastaram 5,5% em Vigilância Epidemiológica acima da média nacional; e no Centro-Oeste, foram as despesas Administrativas e com A&N que estiveram nessa situação (57,4% e 140,7% respectivamente).

A evolução dos gastos em ASPS aponta que, entre 2018 e 2020, o maior crescimento ocorreu justamente nas regiões com despesa abaixo da média nacional. Assim, enquanto o gasto médio real em nível nacional cresceu 22%; nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, esse aumento foi de 31,7%; 28,6% e 31%. Constatou-se também um aumento de 19,3% nas despesas reais em ASPS no Sudeste e de 5,2% no Sul. Vale mencionar que a subfunção “Informações Complementares” refere-se às despesas que não estão vinculadas a nenhuma subfunção indicada nem à função

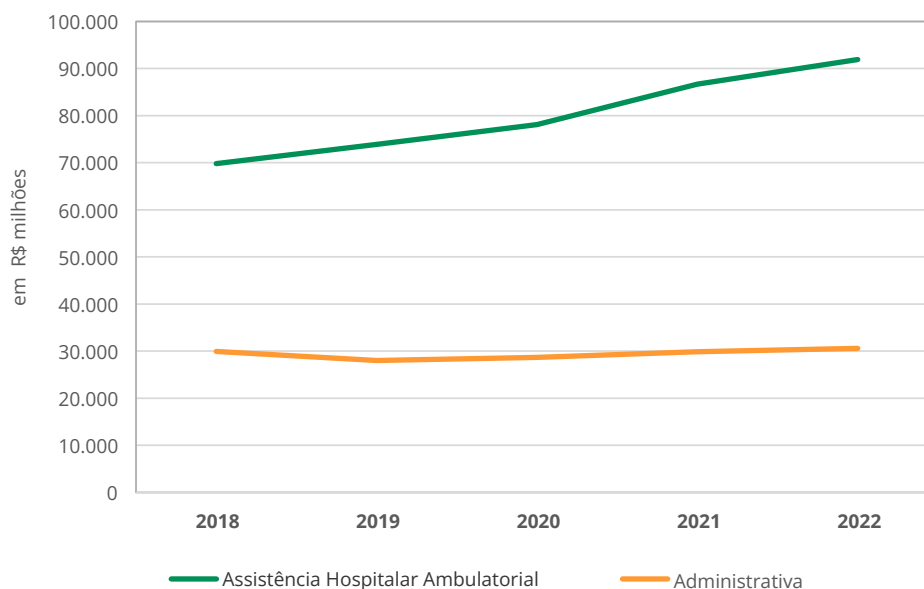
XX Os estados do Sul gastam aproximadamente 26% acima da média nacional enquanto nos estados do Sudeste, os gastos chegam a ser 163% acima da média nacional. A tabela A4 do Apêndice traz informações do gasto médio dos estados em ASPS por região.

administrativa^{XXI}. No período analisado, os gastos dessa rubrica representaram, em média, 2,6% do gasto estadual em ASPS.

3.2.1 A DESPESAS POR SUBFUNÇÃO ASPS

Os gráficos 3.13 A, B e C mostram a trajetória do gasto total real em nível nacional segundo as subfunções. O ponto mais relevante é que as duas principais trajetórias de elevação de gastos dizem respeito às subfunções de Atenção Básica (AB) e Assistência Hospitalar Ambulatorial (AHA), as quais cresceram de maneira contínua em 60,4% e 31,7% respectivamente.

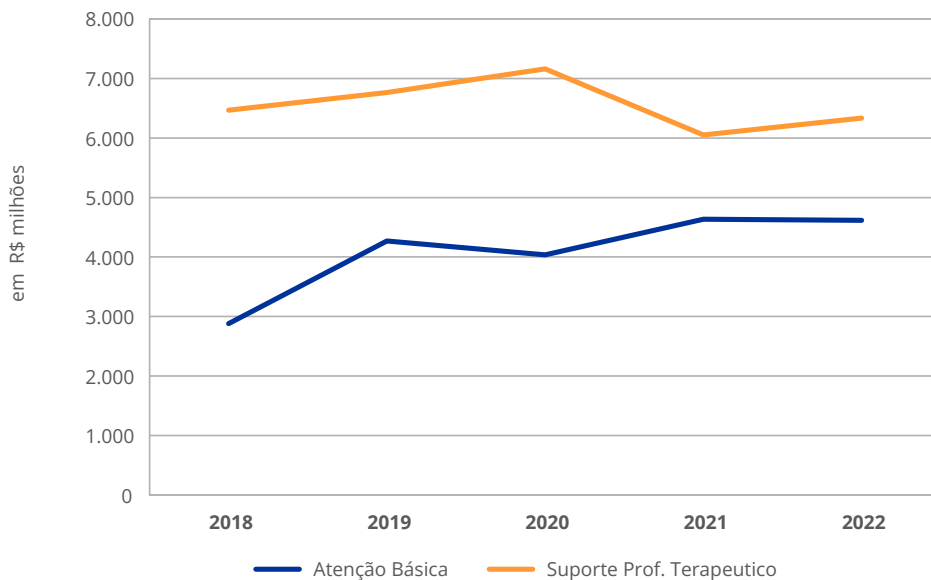
Gráfico 3.13 A. Evolução do gasto real médio das principais subfunções: AHA e Administrativa – (valores reais jan./23)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

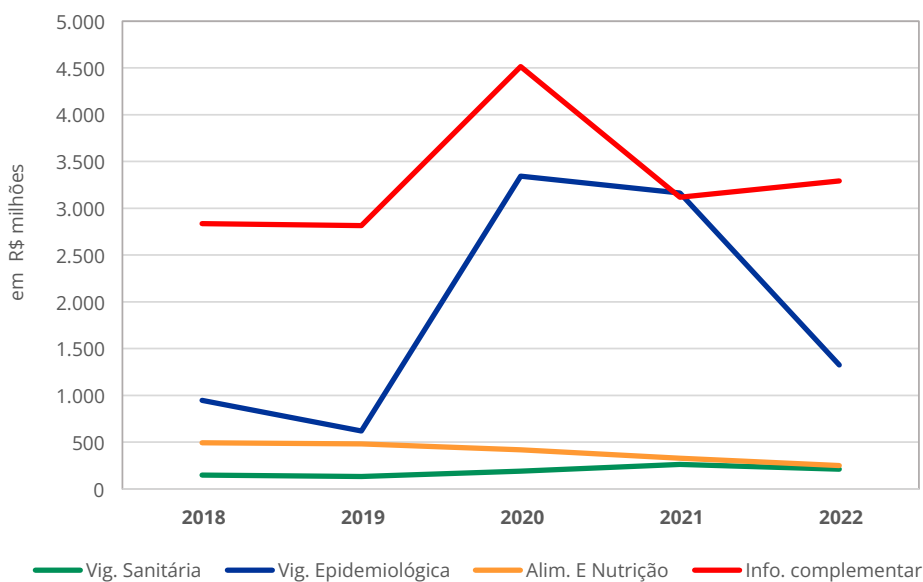
XXI São exemplos das despesas computadas nesta rubrica: previdência, desenvolvimento científico, tecnológico e engenharia, refinanciamento de dívidas (interna/externa).

Gráfico 3.13 B. Evolução do gasto real médio das principais subfunções: AB e SPT (valores reais jan./23)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Gráfico 3.13 C. Evolução do gasto real médio das principais subfunções: Vig. Sant.; Vig Epid.; Alim & Nutr, e Info. Complementares – (valores reais jan./23)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Dados da tabela 3.7 indicam como a variação no gasto por subfunção foi diferente entre as regiões. No caso da AB, verificamos que houve crescimento em todas as regiões, sendo que o Nordeste e o Sudeste tiveram expansão acima da média. Quanto à despesa em AHA, fora a região Sul que apresentou redução (-1,1%), houve expansão em todas as demais, com destaque para o Centro-Oeste (107,6%).

Tabela 3.7. Variação do gasto médio real entre 2018 e 2022, segundo região – principais subfunções ASPS (%)*

Região	AB	AHA	SPT	ADM	ASPS
Norte	13,50	16,41	1,12	63,98	31,70
Nordeste	126,25	39,93	28,12	-1,67	28,64
Sudeste	80,65	31,08	-1,85	-49,63	19,31
Sul	24,45	-1,13	-3,76	24,75	5,23
Centro-Oeste	12,21	107,59	-37,79	-2,73	30,99
Brasil	60,40	31,70	-2,11	2,20	22,03

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

* Média dos gastos estaduais.

Quanto às outras despesas, temos que a função administrativa teve um aumento médio de 2,2%. Nesse caso, o crescimento contínuo se iniciou em 2020, uma vez que o total de gastos reais em 2019 foi inferior ao montante correspondente em 2018 (-6,40%). Esse gasto apresenta uma discrepância grande entre as regiões, com retrações no Nordeste, no Sudeste e no Centro-Oeste, e aumento expressivo no Norte.

O gasto com SPT expandiu 10,7% entre 2018 e 2020 para posteriormente reduzir a patamares inferiores aos observados em 2018; contabilizando no período todo uma retração de 2,1%. A redução nos gastos dessa subfunção só não ocorreu nas regiões Norte e Nordeste, onde constatou-se um aumento de 1,1% e 28,1% respectivamente.

Além das principais subfunções apresentadas na tabela 3.7, temos ainda as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, as quais, juntas, têm uma participação inferior a 2% no perfil dos gastos estaduais em ASPS – sendo 0,15% a primeira e 1,50% a segunda. O gráfico 3.13 C mostra que o gasto máximo para Vigilância Epidemiológica

ocorreu em 2020, e para a Sanitária, em 2021 (período da pandemia), mas que a queda posterior limitou a variação de ambas em aproximadamente 40% ao longo do período.

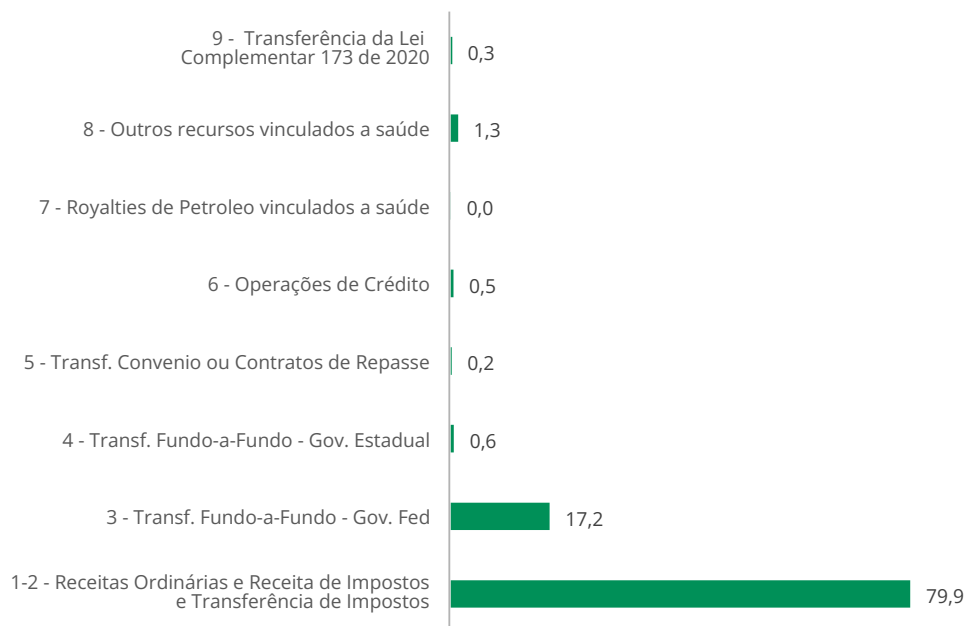
3.2.1B DESPESAS POR FONTE DE RECEITA

O Siops identifica nove fontes de receitas que disponibilizam recursos para o gasto em ASPS, nas subfunções indicadas anteriormente:

1. Fonte Livre (receita de ordinárias);
2. Receitas e transferências de impostos;
Transferências FAF:
3. Governo federal; ou
4. Governo estadual;
5. Convênio ou Contratos de Repasse;
6. Operações de Crédito;
7. *Royalties* de Petróleo;
8. Outros recursos vinculados;
9. LC nº173 de 2020.

O gráfico 3.14 mostra a participação média das fontes de receita nos gastos em ASPS entre 2018 e 2022. Nota-se que 80% dos recursos referem-se às fontes 1 e 2, sendo que menos de 3% desse montante advém de fonte livre. Esse dado explicita a relevância da arrecadação (governos locais ou União) para o financiamento da ASPS. Além disso, como as receitas ordinárias não estão vinculados a nenhuma programação ou órgão da saúde, constata-se que grande parte dos recursos são utilizados para cumprimento do limite constitucional^{XXII} (com controle de vinculação na origem ou no momento da execução).

XXII Receitas destinadas à saúde em cumprimento ao disposto no art. 198, § 2º da CF/88 e no Capítulo III da LC nº 141/2012

Gráfico 3.14. Participação das fontes de receitas nos gastos de saúde (2018-2022)* – em %

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

* Média dos gastos estaduais.

A segunda fonte mais relevante são as transferências FAF com participação média de 17,2% no período analisado. Essas transferências da União são disciplinadas por leis específicas, as quais se referem ao mecanismo de descentralização da aplicação de recursos em ASPS. Desde 2018, os blocos de financiamento que recebem as transferências FAF foram reduzidos de seis^{XXIII} para dois, a saber: Bloco de Manutenção das ASPS, e Bloco de Estruturação na Rede de Serviços Públicos de Saúde^{XXIV}. Já a fonte 8 refere-se às receitas do SUS não enquadradas em especificações próprias, as quais são utilizadas para consolidar outras receitas do SUS que não se enquadram nos itens anteriores. Vale mencionar que a fonte 9 referente à LC nº 173 contabilizou recursos durante a pandemia da covid-19^{XXV}.

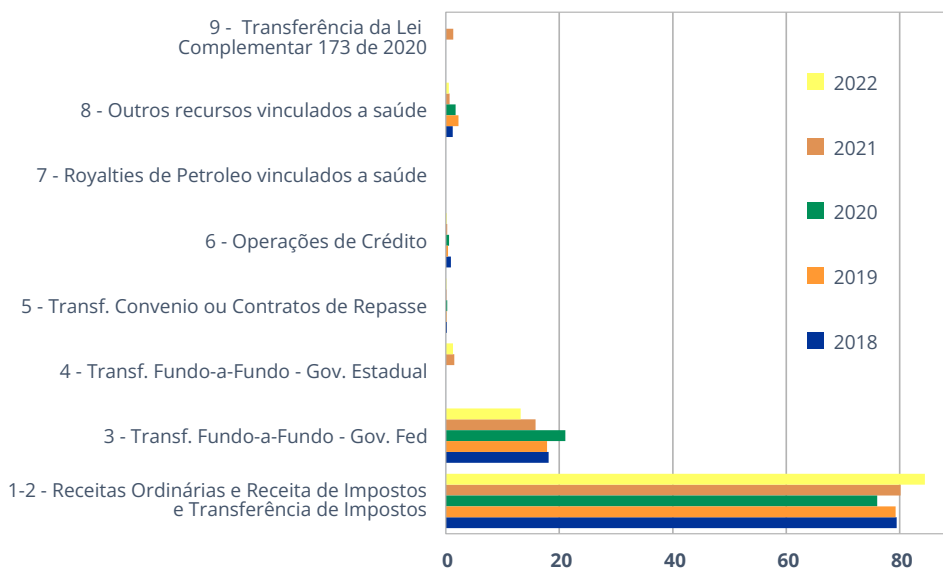
XXIII Até final de 2017, os 6 blocos eram: AB, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

XXIV Esta alteração ocorreu em duas etapas, a primeira foi a Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que reduziu de 6 para 2 blocos, os quais inicialmente eram: Bloco de *Custeio* das ASPS, e Bloco de *Investimento* na Rede de Serviços Públicos de Saúde. A Portaria GM/MS nº 828, de 17 de abril de 2020, alterou a nomenclatura dos blocos da portaria anterior substituindo “Custeio” por Manutenção e “Investimento” por Estruturação.

XXV A LC nº 173, de 27 de maio de 2020, estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19). A participação indicada no gráfico 3.3 refere-se à média de todo o período, mas se calcularmos a proporção

O gráfico 3.15 mostra a trajetória da participação das fontes de recursos ao longo desses cinco anos. Percebe-se que o ano da pandemia (2020) representa um corte no quadro distributivo das fontes de recursos, uma vez que, a partir de 2021, ocorreu um aumento considerável na participação das receitas ordinárias, de impostos e transferência de impostos (fontes 1 e 2) e uma redução do peso das transferências FAF da União (fonte 3). Os dados mostram que o ponto máximo da participação do FAF da União nos gastos em saúde foi em 2020, quando ultrapassou 20%. Contudo, nos anos seguintes, a relevância dessa fonte caiu a patamares inferiores aos observados antes da pandemia: 15% em 2021 e 12,6% em 2022^{XXVI}. Além disso, o gráfico 3.15 aponta que os recursos transferidos via LC nº 173/2020 concentraram-se no ano de 2021 e provavelmente afetaram a redução da participação de “Outros recursos vinculados a saúde” (fonte 8) no gasto total dos estados.

Gráfico 3.15. Participação das fontes receitas nos gastos de saúde, média dos estados – em %



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

A tabela 3.8 apresenta a participação separada das fontes 1 e 2, tornando possível verificar a origem dessa inversão na participação das principais fontes de recursos ocorrida após 2020. Nota-se que a redução da importância relativa dos recursos do FAF – governo federal – só não ocorreu nos estados da região Sul. Quanto às demais regiões, temos que a participação média dos recursos FAF após 2020 é inferior à média verificada antes de

média somente a partir da entrada em vigor da lei (2020-2022), obteremos 0,45% do total de gastos.

XXVI Abaixo do nível de aproximadamente 17% observado antes de 2020.

2020, sendo que as maiores reduções ocorram nas regiões Sudeste e Centro-Oeste. Dada a redução dos repasses do governo federal via FAF, os estados passaram a utilizar uma proporção maior de Receitas Ordinárias para financiar seus gastos com ASPS.

Tabela 3.8. Evolução da participação das principais fontes de recursos, média da participação das fontes nos estados, segundo região – em %

Região	Fontes	2018	2019	2020	2021	2022	Média período		
							Pré 2020	Pós 2020	2018 -2022
Norte	1 – Receitas Ordinárias – Fonte livre	2,0	3,4	7,3	3,5	2,9	2,7	3,2	3,6
	2 – Receita de Impostos e Transf. de Imp.	78,4	79,7	70,6	71,7	79,0	79,0	75,3	75,9
	3 – Transf. FAF – gov. fed.	17,0	16,4	21,1	16,5	15,9	16,7	16,2	17,4
Nordeste	1 – Receitas Ordinárias – Fonte livre	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,2	0,1
	2 – Receita de Impostos e Transf. de Imp.	74,7	74,8	73,0	78,0	83,7	74,8	80,9	76,9
	3 – Transf. FAF – gov. fed.	21,9	22,8	24,4	20,1	15,1	22,4	17,6	20,9
Sudeste	1 – Receitas Ordinárias – Fonte livre	1,9	0,0	1,9	9,5	8,7	0,9	9,1	4,6
	2 – Receita de Impostos e Transf. de Imp.	81,3	84,4	78,9	74,8	74,8	82,9	74,8	78,8
	3 – Transf. FAF – gov. fed.	15,3	14,2	17,6	9,4	7,6	14,8	8,5	12,8
Sul	1 – Receitas Ordinárias – Fonte livre	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,5	0,2
	2 – Receita de Impostos e Transf. de Imp.	77,4	79,2	71,7	76,4	80,4	78,3	78,4	77,0
	3 – Transf. FAF – gov. fed.	19,8	17,9	25,7	21,5	18,6	18,9	20,1	20,7
Centro-Oeste	1 – Receitas Ordinárias – Fonte livre	0,9	0,0	6,8	8,3	8,1	0,5	8,2	4,7
	2 – Receita de Impostos e Transf. de Imp.	85,7	77,7	73,0	83,3	85,9	81,7	84,6	81,1
	3 – Transf. FAF – gov. fed.	13,1	12,9	13,7	7,4	5,9	13,0	6,6	10,6
Brasil	1 – Receitas Ordinárias – Fonte livre	1,0	0,7	3,2	4,5	4,0	0,8	4,2	2,6
	2 – Receita de Impostos e Transf. de Imp.	79,5	79,1	73,5	76,8	80,8	79,3	78,8	77,9
	3 – Transf. FAF – gov. fed.	17,4	16,8	20,5	15,0	12,6	17,1	13,8	16,5

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

* Média dos gastos estaduais

Os dados mostram que, para todas as regiões, a proporção de recursos advindos das receitas ordinárias após 2020 é superior ao verificado antes. Contudo, percebem-se três situações distintas:

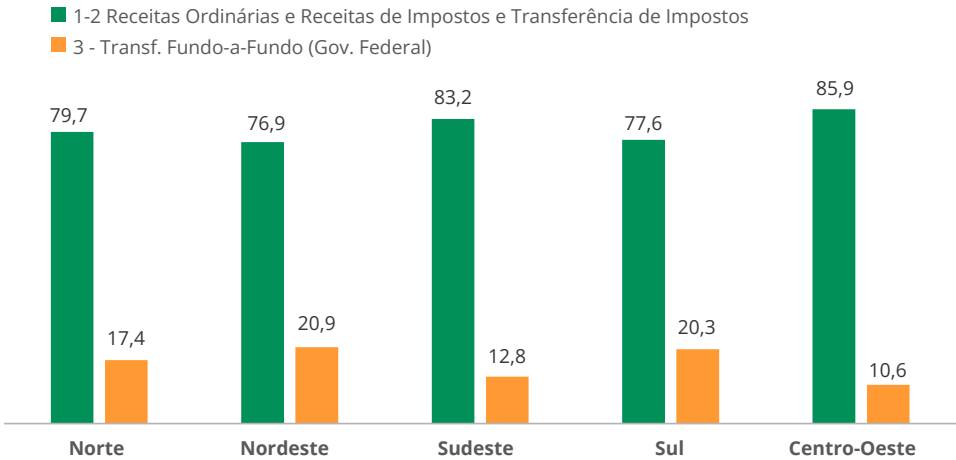
- a. estados que não faziam uso de receitas ordinárias e passaram a fazer (Nordeste e Sul);
- b. estados em que menos de 1% dos gastos em ASPS advinham de receitas ordinárias, mas aumentaram consideravelmente o uso desses recursos após 2020 (Sudeste e Centro-Oeste);
- c. região Norte, onde já havia mais de 2% dos gastos em ASPS financiados com receitas ordinárias antes de 2020 e contabilizaram um aumento marginal após 2020.

Quanto à comparação da participação das receitas e transferências constitucionais no financiamento do gasto com ASPS antes/depois de 2020, temos que as reduções se concentraram nas regiões Norte e Sudeste^{XXVII}. No Sul, a relevância desse recurso manteve-se praticamente estável; no Centro-Oeste, constata-se um aumento de 3 pp; e no Nordeste, houve exceção com uma elevação da participação desses recursos em aproximadamente 6 pp.

O gráfico 3.16 apresenta o resumo das participações das receitas próprias (fontes 1 e 2) e das transferências FAF do governo federal segundo regiões. Os dados reafirmam o indicado anteriormente: os estados das regiões Centro-Oeste e Sudeste têm as menores participações dos recursos de transferência FAF do governo federal, e as UF das regiões Nordeste e Sul são as que utilizam menos as receitas próprias para financiar o gasto em ASPS.

XXVII Com 3,7 e 8,0 pp respectivamente.

Gráfico 3.16. Participação das receitas próprias e transferência do governo federal por região – período 2018-2022* – em %



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

* Média dos gastos estaduais

Devido à integração das óticas funcional e grupo da despesa a partir de 2018, o cruzamento do gasto por subfunção com as fontes de recursos utilizadas nos dá um quadro geral da alocação dos recursos.

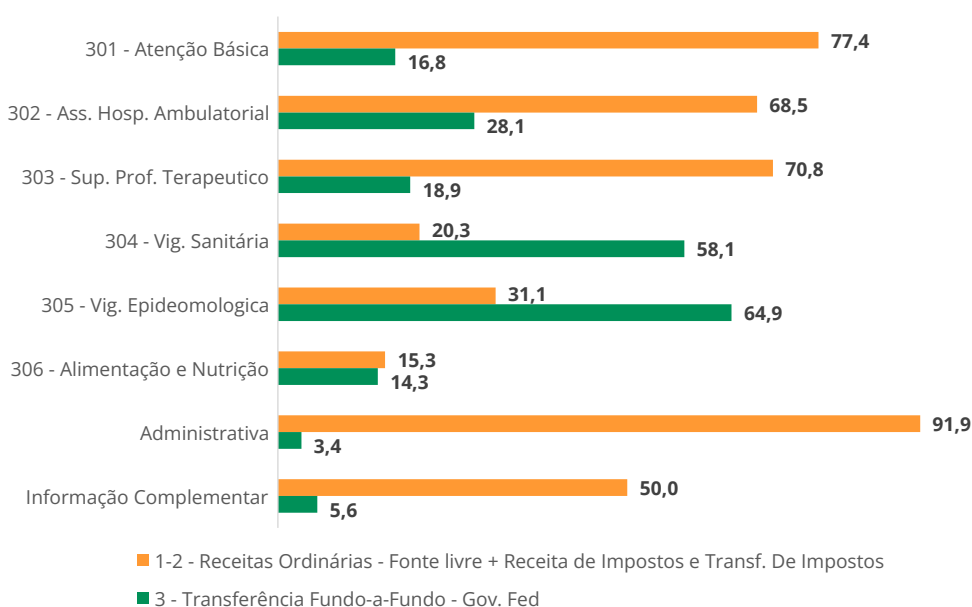
Tabela 3.9. Participação média no gasto em ASPS e proporção de recursos das fontes 1-3 segundo subfunção – em %

Subfunção	Participação	Proporção de recursos			
	Média	Fontes 1-2	Fonte 3	Fontes 1-3	Demais fontes
AB – Atenção Básica	3,3	77,36	16,77	94,1	4,39
AHA – Ass. Hosp. Ambulatorial	63,8	68,55	28,11	96,7	3,79
SPT – Sup. Prof. Terapêutico	5,2	70,82	18,93	89,7	0,65
SAN – Vig. Sanitária	0,2	20,26	58,14	78,4	7,52
EPI – Vig. Epidemiológica	1,5	31,15	64,90	96,1	2,47
A&N – Alimentação e Nutrição	0,3	15,34	14,29	29,6	2,22
ADM – Administrativa	23,3	91,88	3,36	95,2	2,21
Informação Complementar	2,6	49,99	5,64	55,6	3,14

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

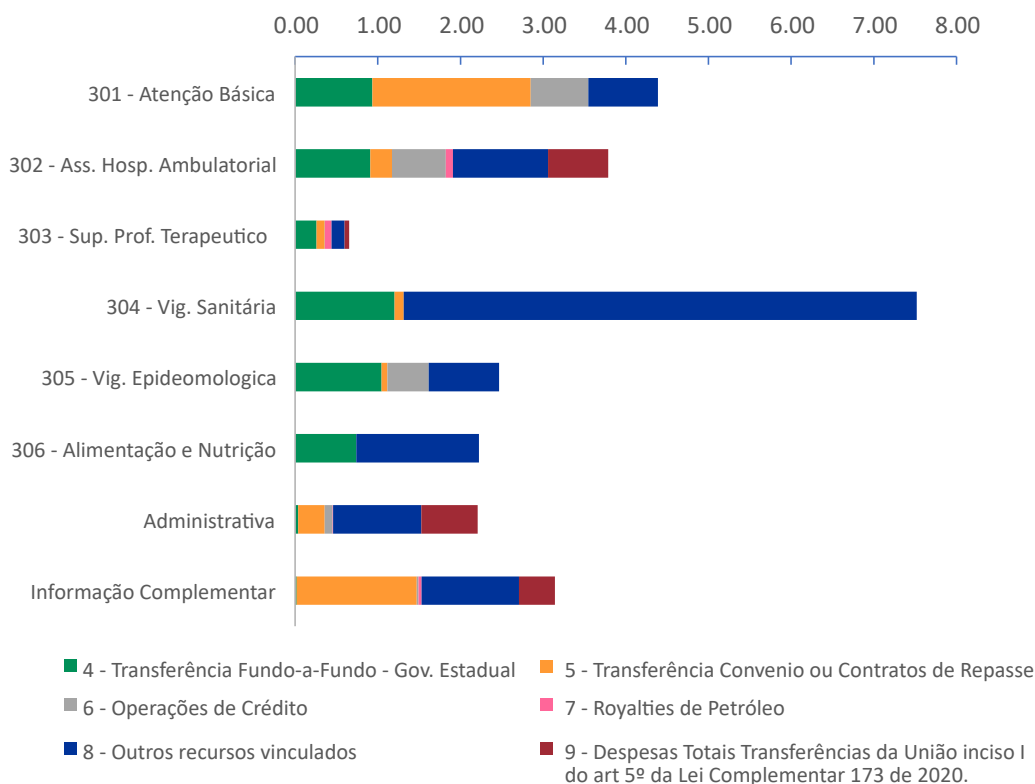
A tabela 3.9 mostra a participação média de cada subfunção no gasto em ASPS entre 2018 e 2022, bem como a proporção do gasto que é mantido com as três principais fontes de recursos *vis-à-vis* as demais fontes. Essas informações são visualizadas nos gráficos 3.17 A e B que apresentam a participação das fontes de receita segundo gastos por subfunção. No primeiro, temos as três fontes mais relevantes para a análise, e no segundo, as demais.

Gráfico 3.17 A. Participação das fontes de receita segundo gastos por subfunção – média dos estados (2018-2022, em %)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Gráfico 3.17 B. Participação das fontes de receita segundo gastos por subfunção (continuação) – média dos estados (2018-2022, em %)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Percebe-se que as subfunções mais relevantes para o gasto em ASPS nas UF (AHA e ADM) são mantidas com recursos próprios e/ou transferências FAF da União. Sendo que, entre 2018 e 2022, 28% dos custos dos serviços em AHA foram mantidos com recursos do FAF do governo federal. O gráfico 3.17 A mostra que, somente nas subfunções referentes a vigilância (SAN e EPI), as transferências FAF da União são mais relevantes que os recursos próprios das UF (58% e 65% respectivamente). Contudo, essas subfunções juntas não chegam a representar nem 2% do gasto médio em ASPS (tabela 3.9).

As subfunções menos relevantes no âmbito estadual (AB e SPT) também dependem predominantemente de recursos próprios (em torno de 70%). Ainda assim, o gráfico 3.17 B exibe uma participação marginal de transferências advindas de convênios ou contratos de repasse (2%) para os serviços de AB. Nota-se também que a Vigilância Sanitária é a subfunção em que o financiamento da despesa se dá de

maneira mais pulverizada entre as fontes, com participação de transferências de convênio e contrato de repasse (0,11%), do FAF estadual (1,20%), de “outros recursos vinculados” (6,20%); essa subfunção destina recursos a ações de saúde específicas^{XXVIII}.

O gráfico 3.17 B aponta que os recursos da LC nº 173/2020 foram alocados nos serviços de AHA; na função Administrativa e Informações Complementares. Além disso, vale mencionar que nem toda subfunção alcança 100% com a soma da participação média das fontes. Isso ocorre porque nem todas as UF têm gastos em todas as subfunções, assim como a média inclui todas as UF, a proporção cai quando as despesas são pontuais ou limitadas a um grupo pequeno de entes. Esse é o caso da subfunção Alimentação e Nutrição (A&N)^{XXIX}, a qual apresenta em média de apenas 10 UF com gastos nessa subfunção; e da despesa com “Informação complementar” computada por 15 UF^{XXX}.

Esses dados referem-se ao gasto médio das UF segundo subfunção e fonte de recurso durante o período 2018-2022, mas existem diferenças significativas de acordo com a região e/ou perfil populacional do estado. O gráfico 3.7 A aponta o cruzamento das despesas por subfunção-fontes de recursos por região. Nota-se que o Centro-Oeste é a região com maior proporção de recursos próprios no financiamento dos serviços de AHA (80%), e o Sul, a menor (58%). Consequentemente, é a região Sul que mais utiliza os recursos do FAF do governo federal como fonte de recursos para o gasto em AHA. A ordem crescente das regiões segundo a proporção dos gastos em AHA que são financiados com recursos próprios (fontes 1-2) é: Sul (58%); Norte e Nordeste (69%); Sudeste (77%) e Centro-Oeste (80%).

XXVIII Esta subfunção inclui ações que garantem a qualidade, a eficácia e a segurança dos produtos que interferem (direta ou indiretamente) na saúde humana, tais como drogas, medicamentos, alimentos, cosméticos etc. – assim como a fiscalização das condições sanitárias de estabelecimentos de saúde, e da entrada de produtos no País (evitar o ingresso de agentes nocivos à saúde da população).

XXIX Esta subfunção refere-se a ações de vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar e segurança alimentar promovida no âmbito do SUS

XXX No caso do gasto em A&N, somente quatro UF apresentaram despesas em todos os anos de 2018 a 2022: Rio Grande do Norte, São Paulo, Goiás e Distrito Federal.

Gráfico 3.18 A. Participação das fontes de receita segundo gastos por subfunção segundo região – média dos estados (2018-2022, em %)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

A segunda despesa com maior peso para as UF é a função administrativa. Nesse caso, o uso de recursos próprios é ainda mais preeminente, chegando a 99% no Sul e 85% no Centro-Oeste. Resumidamente, temos que, em todas as regiões do País, a grande parcela dos gastos, tanto a AHA quanto a função Administrativa, é financiada com recursos próprios das UF (fontes 1-2).

Como vimos no nível agregado, as subfunções em que a maioria dos gastos é financiada com transferências FAF da União são as que têm menos participação nos gastos em ASPS nas UF: Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica. Contudo, o gráfico 3.18 A mostra que a proporção em que isso ocorre é muito diferente entre as regiões. No caso da Vigilância Epidemiológica, a participação dessa fonte de recurso varia de 78% na região Norte a 18,6% na região Sudeste. Já para a Vigilância Sanitária, os recursos do FAF do governo federal participam com 94% dos gastos na região Norte e 7,5% na região Sudeste. Para as outras duas subfunções com participação acima de 3% no gasto em ASPS estadual (AB e SPT), temos que a concentração do financiamento em recursos próprios permanece, mas alguma diversificação das fontes é vista nas regiões Nordeste e Sudeste.

O gráfico 3.18 B traz esse mesmo recorte, mas segundo o porte populacional das UF. Nesse caso, apenas as três UF com população entre 10 e 15 milhões de habi-

tantes^{XXXI} apresentam um maior equilíbrio entre as fontes de financiamento, sendo que, para esse grupo, 57% das despesas em AHA são realizados com receitas próprias, e 40%, com recursos do FAF do governo federal. Para o grupo de UF com população entre 1 e 5 milhões de habitantes^{XXXII}, aproximadamente 67% dos recursos que financiam o gasto em AHA advêm de recursos próprios. No entanto, a maior proporção de uso de receita própria para esse fim (78%) ocorre nas três UF com população maior que 15 milhões de habitantes^{XXXIII}.

Gráfico 3.18 B. Participação das fontes de receita segundo gastos por subfunção segundo faixa populacional – média dos estados (2018-2022, em %)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Da mesma maneira, os estados que recebem recursos via FAF do governo federal também transferem recursos para outros entes, sejam eles outras UF, municípios ou instituições privadas. O gráfico 3.19 A mostra que, entre 2018 e 2022, os estados gastaram, em média, 18,20% da despesa corrente com transferências a outros entes. Entre essas

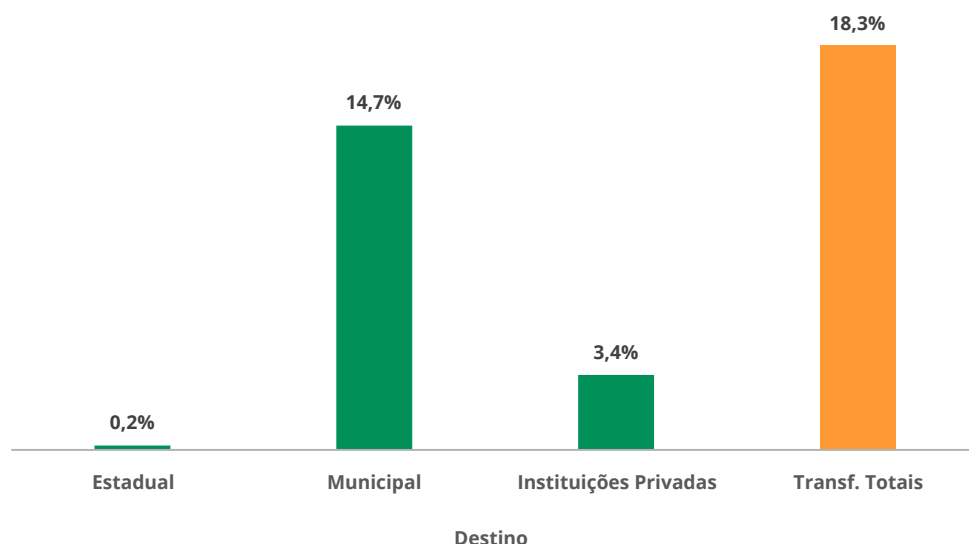
XXXI Bahia, Paraná e Rio Grande do Sul.

XXXII Neste grupo, temos 12 UF: Alagoas, Amazonas, Distrito Federal, Espírito Santo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Norte, Rondônia, Sergipe e Tocantins.

XXXIII São elas: Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo.

transferências, grande parcela delas foi destinada aos municípios (80,5%), e menor parte (18,5%), a instituições privadas^{xxxiv}.

Gráfico 3.19 A. Gastos com transferência segundo o destino, em relação ao total da despesa corrente – média dos estados (2018-2022)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

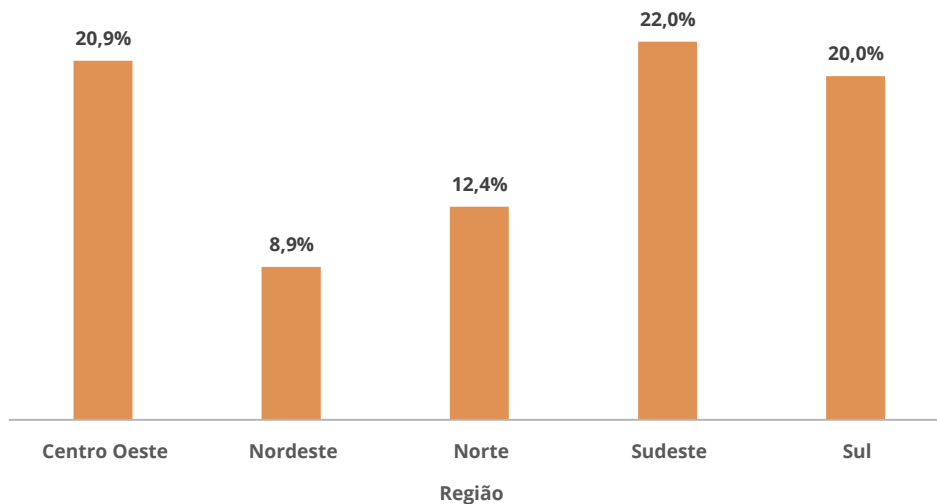
As transferências dos estados aos municípios concentram-se nas transferências FAF do SUS, na distribuição Constitucional ou legal de Receitas (12% da arrecadação dos impostos) e em recursos para material de consumo^{xxxv}. Assim, desses 14,7% da despesa corrente, temos que aproximadamente 11,5% referem-se aos recursos destinados ao FAF, e os outros 3,2%, aos outros dois destinos. Já a média dos 3,4% da despesa corrente que foram gastos com instituições privadas sem fins lucrativos diz respeito ao pagamento do serviço de terceiros – Pessoa Jurídica (PJ) e às contribuições/subvenções sociais referentes aos serviços em assistência à saúde.

Em nível regional, o gráfico 3.19 B mostra que, entre 2018 e 2022, apenas nas regiões Norte e Nordeste a proporção da despesa corrente destinada às transferências para os municípios foram inferiores à média nacional. A região Nordeste é a que apresenta a menor proporção de transferência de recursos aos municípios.

XXXIV A proporção a outras UF alcança apenas 1%.

XXXV Aquisição de medicamentos e outros materiais de consumo.

Gráfico 3.19 B. Gastos com transferência a municípios em relação ao total da despesa corrente por região – média dos estados (2018-2022)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Dados da tabela 3.10 mostram que a região Nordeste concentra praticamente um terço dos municípios do País (32,2%), mas com o número médio de municípios por UF (199) e de habitantes por município (30,5 mil) inferior à média nacional^{XXXVI}.

Tabela 3.10. Número de municípios e média de habitantes – segundo a região

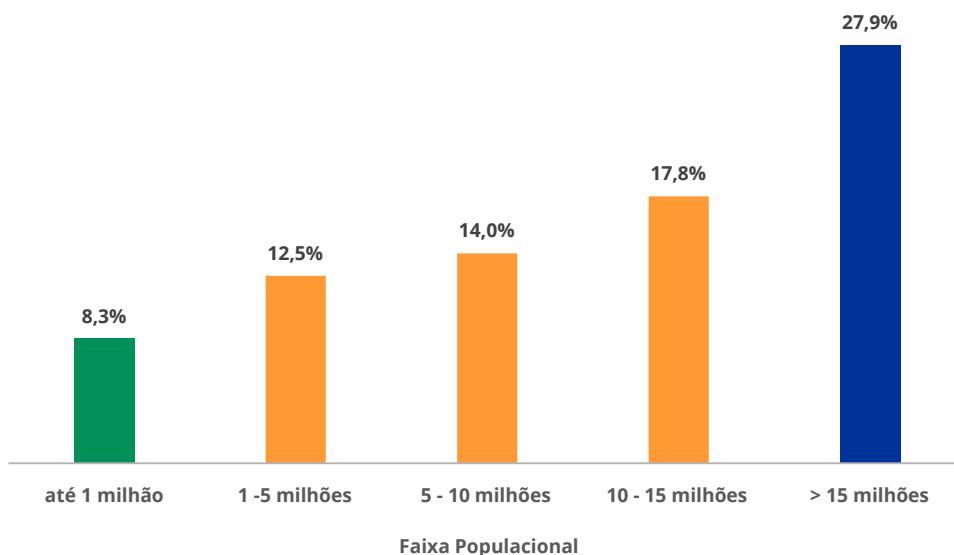
Região	Número		Média		
	UF	Municípios	Média de mun./UF	Hab./UF	Hab./mun.
Norte	7	450	64	2.479.269	41.040
Nordeste	9	1.793	199	6.073.168	30.501
Sudeste	4	1.668	417	21.210.028	79.149
Sul	3	1.191	397	9.979.235	25.459
Centro-Oeste	3	467	156	4.072.385	29.783
Brasil	26	5.570	214	7.521.509	40.158

Fonte: IBGE.

XXXVI A média nacional é que cada UF tenha em média 214 municípios, em que o número médio de habitantes é de aproximadamente 40 mil pessoas. Esse cálculo não inclui o Distrito Federal como UF já que este não possui municípios.

Logo abaixo da região Nordeste, o Sudeste é a que apresenta o segundo maior número de municípios do País (1.668), com média de municípios por UF (417) e com número médio de habitantes por município e por UF acima da média nacional (79 mil e 21 milhões respectivamente). Consequentemente, de maneira condizente com a concentração populacional da região, o Sudeste exibe a maior proporção de transferência da despesa corrente aos municípios. O gráfico 3.19 C mostra como a proporção das transferências em relação às despesas correntes aumentam conforme o porte da UF aumenta.

Gráfico 3.19 C. Gastos com transferência a municípios em relação ao total da despesa corrente segundo faixa populacional – média dos estados (2018-2022)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Dados da tabela 3.11 indicam que, com exceção do conjunto de municípios localizados em UF com até 1 milhão de habitantes^{XXXVII}, as demais classes apresentam participação muito próxima, particularmente as três classes intermediárias, para as quais a média de habitantes por município está entre 28 e 39 mil.

XXXVII Que somam 53 municípios e representam menos de 1% do total.

Tabela 3.11. Número de municípios, UF e média de habitantes – segundo porte do município

Faixa populacional UF	Número		Participação Nº mun.	Total	Média	
	Municípios	UF		Habitantes	Hab./UF	Hab./mun.
Até 1 milhão	53	3	0,95%	2.200.484	733.495	42.012
De 1 a 5 milhões	1.344	12	24,1%	35.987.326	2.998.944	29.728
De 5 a 10 milhões	1.270	6	22,8%	47.417.574	7.902.929	39.856
De 10 a 15 milhões	1.313	3	23,6%	36.468.971	12.156.324	28.164
Mais de 15 milhões	1.590	3	28,6 %	81.006.401	27.002.134	89.149
Brasil	5.570	27	100%	203.080.756	7.521.509	36.460

Fonte: IBGE.

Nesses três casos, apesar de crescente, a diferença da participação das transferências aos municípios na despesa corrente não é discrepante. A maior diferença ocorre justamente para o conjunto de municípios que estão localizados em UF com população acima de 15 milhões de habitantes, nesse caso, todos na região Sudeste. A média do montante transferido aos municípios dessas UF corresponde a 28% da despesa corrente e atinge quase 40% da população nacional.

A análise realizada até o momento enfocou as despesas correntes, contudo, o gasto em capital é fundamental para a ampliação da cobertura da população. A próxima seção centra a atenção no comportamento dos gastos em ASPS segundo a categoria econômica.

3.2.2 DESPESAS POR CATEGORIA ECONÔMICA

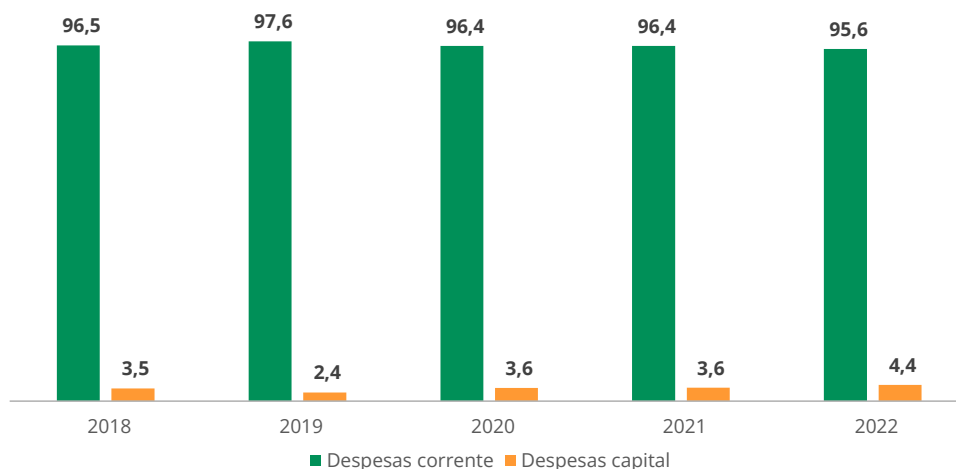
A análise por categoria econômica permite a distinção da despesa em ASPS que é realizada com despesa corrente daquela que é aplicada em capital. Essa diferenciação é importante, pois aponta quanto da despesa em ASPS está comprometido com o financiamento da estrutura atual, mostrando, portanto, a capacidade efetiva de expansão do sistema.

No setor público, as decisões de investimento não dependem exclusivamente de circunstâncias econômicas, mas refletem também escolhas públicas. As despesas de capital abrangem uma ampla gama de investimentos, desde projetos de construção (tais como hospitais e instalações de saúde), equipamentos (por exemplo, equipamentos mé-

dicos e de Tecnologias da Informação e Comunicação – TIC), até propriedade intelectual (incluindo bancos de dados e *software*). Consequentemente, níveis baixos de despesa de investimento podem levar a um acúmulo de problemas, pois, uma vez que equipamentos e instalações se deterioraram, podemos esperar por custos maiores no futuro.

No nível estadual, a despesa em capital corresponde fundamentalmente à ampliação de serviços de AHA, a qual ficou evidente no momento de estresse do sistema ocorrido durante a pandemia da covid-19. Apesar de a pandemia ter chamado a atenção para a necessidade de investimentos, definir **qual o nível ótimo de despesa de capital** não é algo simples, principalmente diante das inúmeras demandas atuais de gasto. Tomando a média dos países da OCDE como referência, temos que a despesa corrente equivale a 93,2% do total de gastos, o que significa que 6,8% do total de despesa refere-se a investimentos (aproximadamente 0,6% do PIB). Contudo, vale lembrar que esses países têm uma estrutura etária e carga de doenças muito distintas daquelas que prevalecem nos países desenvolvidos.

Gráfico 3.20 A. Distribuição das despesas correntes e de capital – média dos estados (em%)

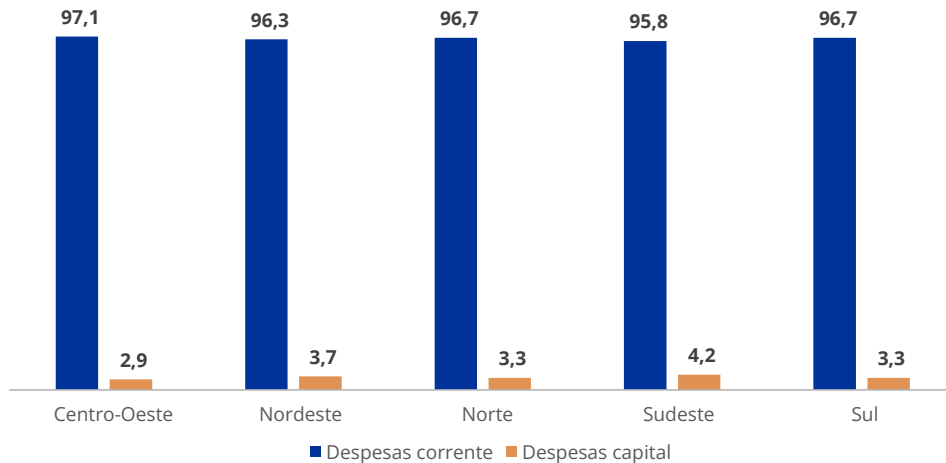


Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 3.20 A mostra que, em média, 96,5% do gasto em ASPS por parte das UF foi alocado em despesa corrente, fazendo com que houvesse pouco espaço para gasto com investimento. Chamamos atenção para a diferença dos níveis de gastos ocorridos antes, durante e após a pandemia. Antes de 2020, a proporção de gasto com investimento era 2,9%; durante a crise da covid-19, esse patamar aumentou para 3,6%; e em 2022, chegou a ser 1,3 pp superior à média do período 2018-2021 (aumento de 39,6%). Ainda é cedo

para afirmar que a pandemia tenha alterado a dinâmica de alocação de recursos, mas a média da proporção da despesa em capital em 2022 é a maior desde 2018.

Gráfico 3.20 B. Distribuição das despesas correntes e de capital segundo região – média dos estados (2018-2022, em %)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Vale ressaltar que o maior nível dessa série é 2,2 pp consideravelmente abaixo da média dos países da OCDE, representando aproximadamente uma média de 0,10% do PIB de cada UF^{XXXVIII}. Além de o padrão de investimento ser baixo ao longo de todo o período, ele também é desigual entre as UF. Tomando todo o período (2018-2022), o gráfico 3.20 B aponta que o Nordeste e o Sudeste são as regiões que têm uma proporção de despesa em capital acima da média brasileira.

A tabela 3.12, contudo, mostra que a posição relativa se alterou no pós-pandemia^{XXXIX}, quando a proporção do gasto em capital cai no Nordeste, mas temos as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste acima da média nacional. A região Norte também aumentou a proporção do gasto em investimento no período pós-pandemia, entretanto, ficou abaixo da média nacional.

XXXVIII Devido a não divulgação do PIB estadual até o momento, o cômputo da proporção da despesa de capital no PIB de cada UF utilizou a participação de cada unidade no PIB de 2021.

XXXIX A Portaria GM/MS nº 913, de 22 de abril de 2022, declarou o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e revogou a Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Sendo assim, a maior parte de 2022 decorreu após o fim da ESPIN. Nesta análise, referimo-nos a 2022 como um período “após” pandemia.

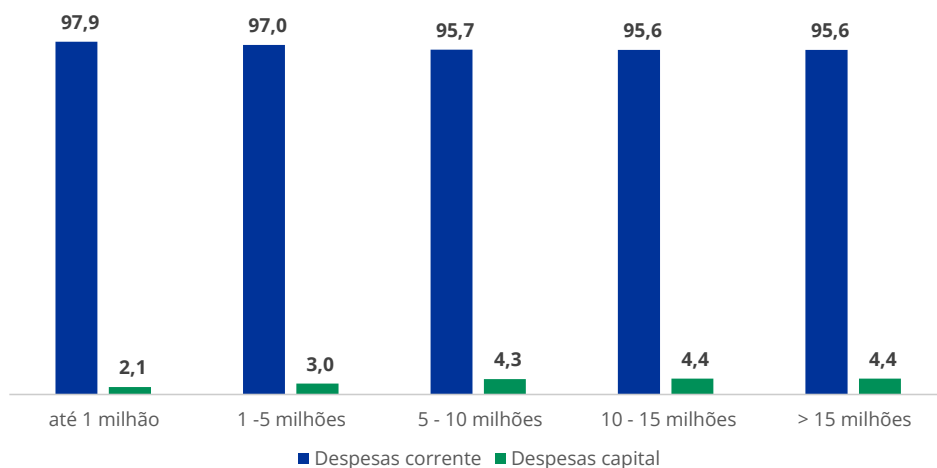
Tabela 3.12. Proporção da despesa em capital – por regiões – períodos marcados pela pandemia (em %)

Região	Pré-pandemia	Pandemia	Pós-pandemia	2018-2022
Norte	3,0	3,0	4,2	3,3
Nordeste	3,4	4,0	3,6	3,7
Sudeste	3,4	4,4	5,5	4,2
Sul	2,3	3,2	5,6	3,3
Centro-Oeste	1,6	3,3	6,1	3,2
Brasil	2,9	3,6	4,4	3,5

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 3.20 C indica que as participações das despesas correntes *vis-à-vis* de capital não se alteram segundo o tamanho populacional das UF . Ou seja, não podemos auferir que estados mais populosos gastam mais com capital do que os demais.

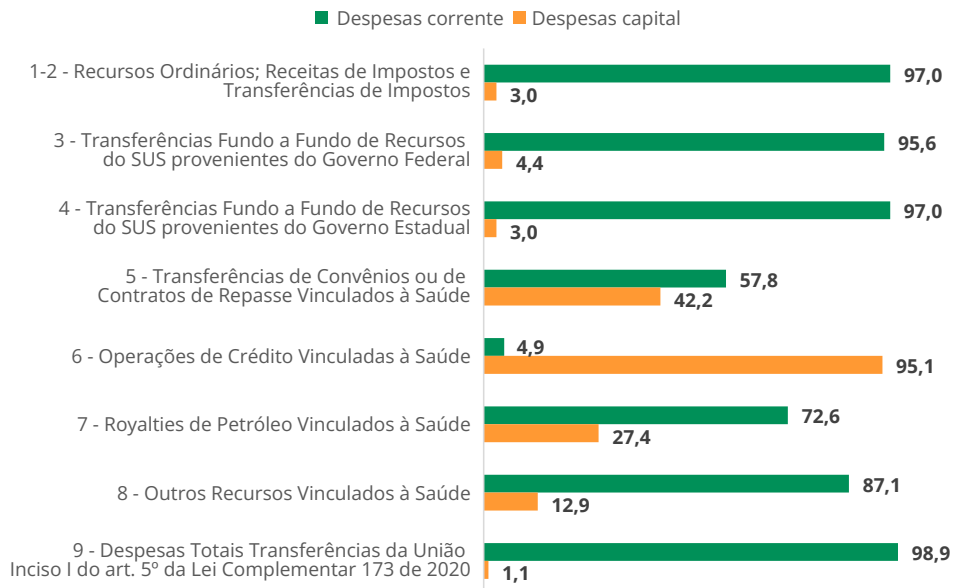
Gráfico 3.20 C. Distribuição das despesas correntes e de capital segundo faixa populacional – média dos estados (2018-2022, em %)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Sabendo que aproximadamente 96,5% das despesas em ASPS ocorrem em gastos correntes, é natural que os recursos advindos das principais fontes de financiamento do sistema sejam destinados a esse tipo de despesa. Dessa maneira, cabe às fontes com menor participação destinar recursos ao gasto com investimento.

Gráfico 3.21. Distribuição das despesas correntes e de capital por fonte de recursos – média dos estados (2018-2022, em %)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 3.21 destaca três fontes de recursos vinculados à Saúde com participação considerável na despesa de capital: Operações de Crédito, Transferências de Convênios ou de Contratos de repasse, e *Royalties* de petróleo^{XL}. A seguir, analisaremos com mais detalhes a composição dos gastos correntes e de capital.

XL Vale mencionar que os dados do Siops indicam que os recursos advindos de *royalties* do petróleo só foram lançados nesta rubrica em três UF : Amazonas, Rio Grande do Norte e Espírito Santo. Não constatamos nenhum lançamento fonte para o estado do Rio de Janeiro.

3.2.2A. DESPESAS CORRENTES

Ao desagregar a despesa corrente, nota-se que a grande maioria dos recursos é alocada na rubrica “outras despesas correntes”, a qual, para todo o período, é responsável, em média, por 81,3% do total de gasto usual.

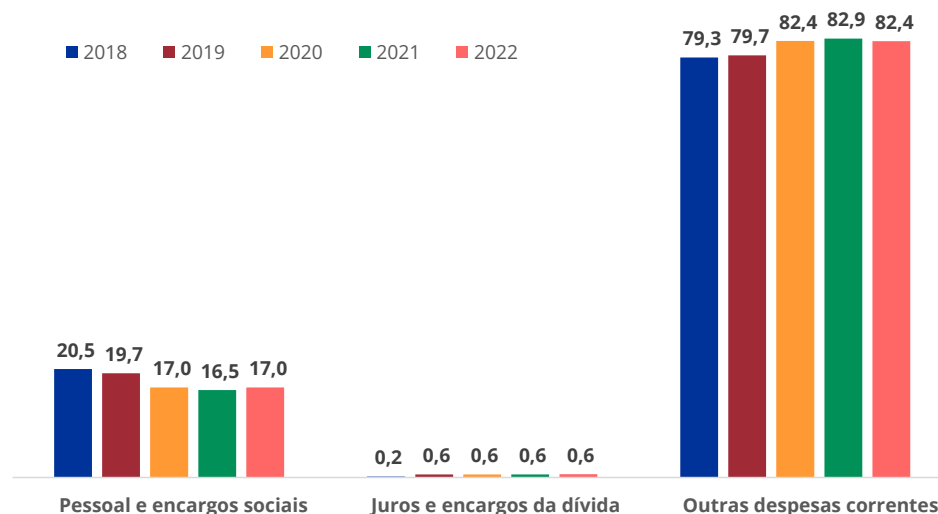
Despesas correntes	Pessoal e encargo social	18,20%
	Outras despesas correntes	81,03%
	Juros e encargos da dívida	0,50%

Quadro 3.2. Despesa corrente – principais rubricas – Siops contas Estaduais e Distrito Federal (por ordem de importância)

Pessoal e Encargo Social	
Aplicação Direta	Transferências
– Contratação por tempo determinado – Vencimento e vantagens fixas - pessoal civil	– Municípios (constitucional e material de consumo) – Estados – União
– Vencimento e vantagens fixas - pessoal militar – Outras despesas variáveis - pessoal – Indenizações e restituições trabalhistas – Sentenças judiciais	
Outras despesas correntes	
Aplicação Direta	Transferências
– Serviços PJ – Material de consumo (farmacológico; médico hospitalar) – Serviços PF – Outras desoesas de pessoal - contratos terceirização – Contratação por tempo determinado	– Instituições privadas sens fins lucrativos – Municípios (constitucional e material de consumo) – Estados – União
– Sentenças judiciais	

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Gráfico 3.22. Distribuição das despesas correntes de saúde por categoria – média dos estados (em %)



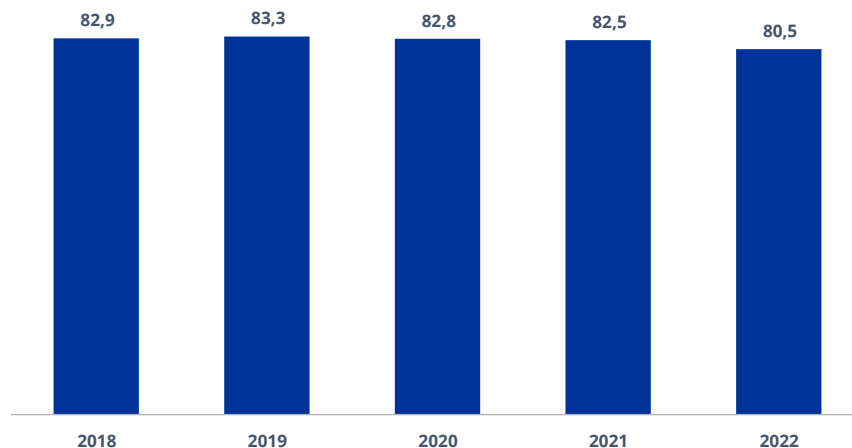
Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 3.22 mostra que a pandemia representou uma queda na distribuição dos gastos correntes, com queda da participação da despesa com “pessoal e encargos sociais” (em 16,7%) e ampliação das “outras despesas correntes” (4%) e pagamentos de “juros e encargos da dívida” (57%). Contudo, é importante frisar que a redução do gasto com “pessoal e encargos sociais” reflete mais o aumento no número de trabalhadores vinculados ao SUS na modalidade de PJ – fenômeno que ficou conhecido como “pejotização” – do que uma real queda no gasto com mão de obra.

A análise da despesa em **aplicação direta** referente a “pessoal e encargos sociais” indica uma queda de participação após a pandemia (gráfico 3.23 A) devido ao aumento relativo das transferências aos municípios. Entre as despesas diretas com “pessoal e encargos sociais”, mais da metade diz respeito a “vencimento e vantagens fixas com pessoal civil”, enquanto a “contratação por tempo determinado” é um tipo de gasto que vem crescendo ao longo do tempo. Juntos, esses dois tipos de gasto representam, em média, 64% da despesa direta com “pessoal e encargos sociais” das UF ^{XLI}.

XLI Os outros 36% estão pulverizados nas contas de “vencimento e vantagens fixas de pessoal militar”, “outras despesas variáveis com pessoal”, “indenizações e restrições trabalhistas” e “sentenças judiciais”.

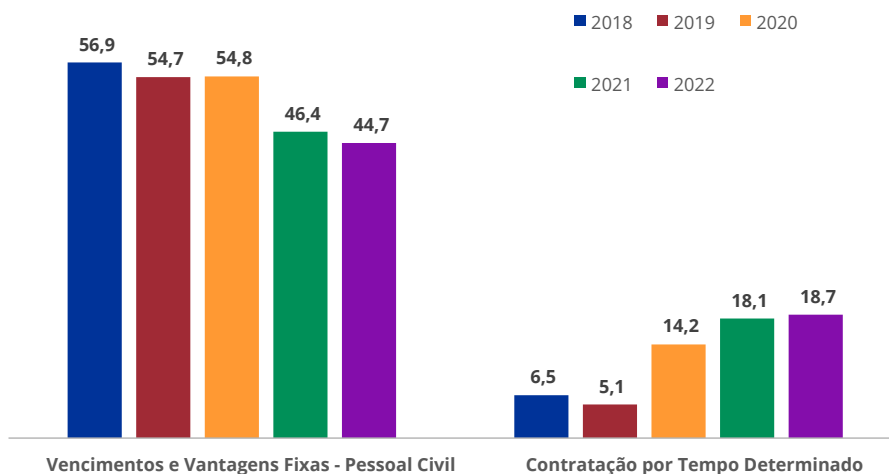
Gráfico 3.23 A. Porcentagem de Aplicação Direta em relação a Despesa de Pessoal e Encargos sociais – média dos estados (em %)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 3.23 B indica que, mais uma vez, a pandemia parece ter sido um divisor de águas, a partir da qual houve uma queda na participação do gasto com “vencimento e vantagens fixas com pessoal civil” e praticamente uma duplicação na parcela da despesa referente a contratações por tempo determinado. Vale mencionar que, mesmo após o fim da pandemia, a participação da contratação por tempo determinado aumentou em aproximadamente 0,5 pp em relação ao biênio 2020-2021.

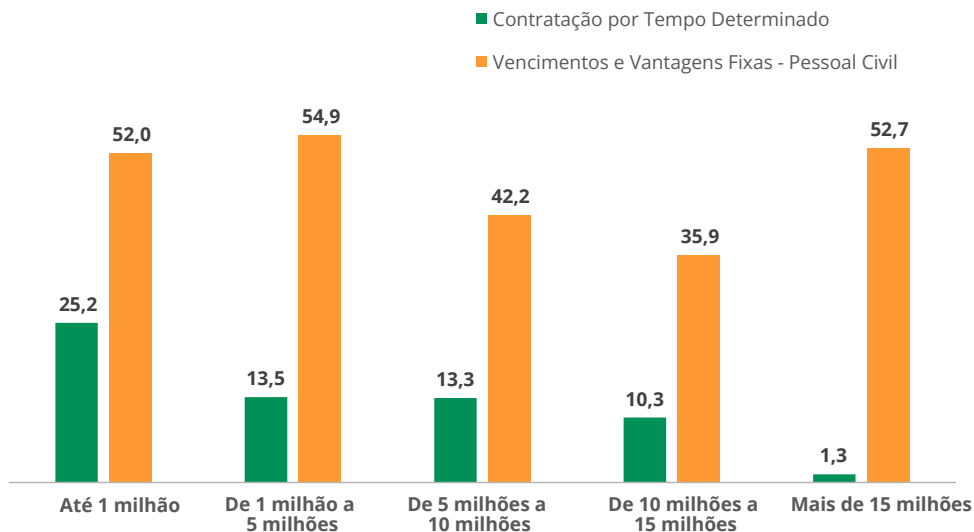
Gráfico 3.23 B. Composição das aplicações diretas em despesa com pessoal e contribuições sociais – média dos estados (em %)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

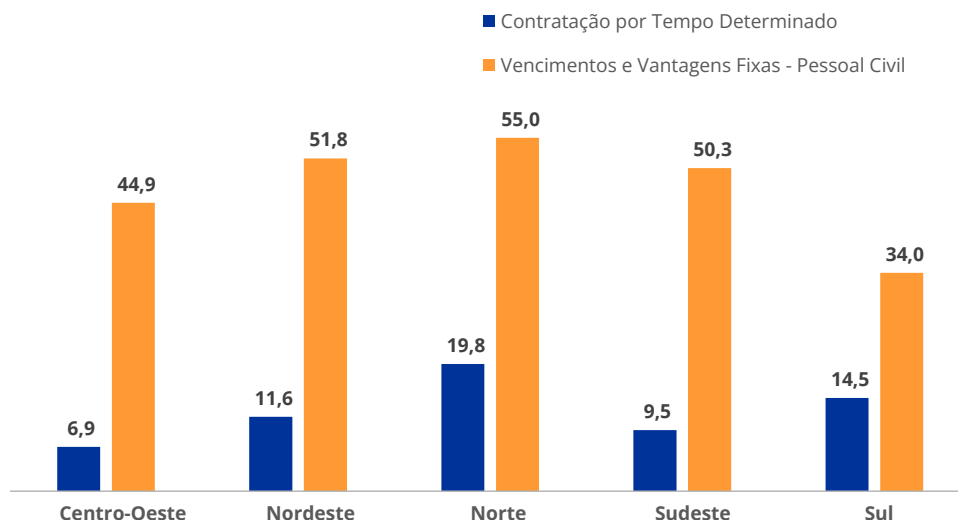
O gráfico 3.24 A aponta que o gasto com vencimentos fixos de pessoal é mais da metade das aplicações diretas em “pessoal e encargos sociais” nos extremos do tamanho populacional das UF, ocorrendo em estados tanto com população abaixo de 5 milhões quanto naqueles com mais 15 milhões de habitantes. Já a participação da despesa com contratações temporárias é maior em UF menos populosas (25,2%), e fica relativamente estável em estados com populações entre 1 e 15 milhões (13,5% a 10,3%).

Gráfico 3.24 A. Contas selecionadas da Aplicação Direta da Despesa com pessoal e encargos sociais segundo faixa populacional – média dos estados (2018-2022, em %)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Quanto ao comportamento regional, o gráfico 3.24 B mostra que a participação do gasto com contratação temporária é maior no Norte (19,8%) e menor no Centro-Oeste (6,9%).

Gráfico 3.24 B. Contas selecionadas da Aplicação Direta da Despesa com pessoal e encargos sociais por região – média dos estados (2018-2022, em %)

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Chama a atenção a proporção abaixo de 50% para a despesa com vencimentos fixos no Sul e no Centro-Oeste. Isso ocorre devido a um efeito estatístico no cálculo das médias regionais. Em razão da falta de padronização no preenchimento de várias rubricas, é comum que a declaração pelas UF de despesas em subfunções e/ou categorias econômicas específicas seja muito heterogênea, dificultando, portanto, a comparação entre entes e ainda ao longo do tempo.

A análise dos gastos com “vencimentos e vantagens fixas – pessoal civil” apontou que algumas UF contavam com essa despesa zerada, ou seja, muito provavelmente, o custo desse tipo de gasto está sendo lançado em outra conta contábil. A tabela 3.13 indica as UF que não lançaram valores para esse tipo de despesa e o período em que isso ocorreu. Nota-se que quatro UF tinham esta conta zerada para todo o período (Ceará, Maranhão, Rio Grande do Sul e Goiás); enquanto para outros estados, a imprecisão ocorreu em alguns anos específicos. Esse tipo de discrepância afeta a média regional, fazendo com que ocorra essa elevada variação na proporção média do tipo de gasto – nesse caso, 34% para o Rio Grande do Sul, e 44,9% para o Centro-Oeste.

Tabela 3.13. Indicação das Unidades Federativas que possuem a despesa “vencimentos e vantagens fixas – pessoal civil” zerada – período 2018 a 2022

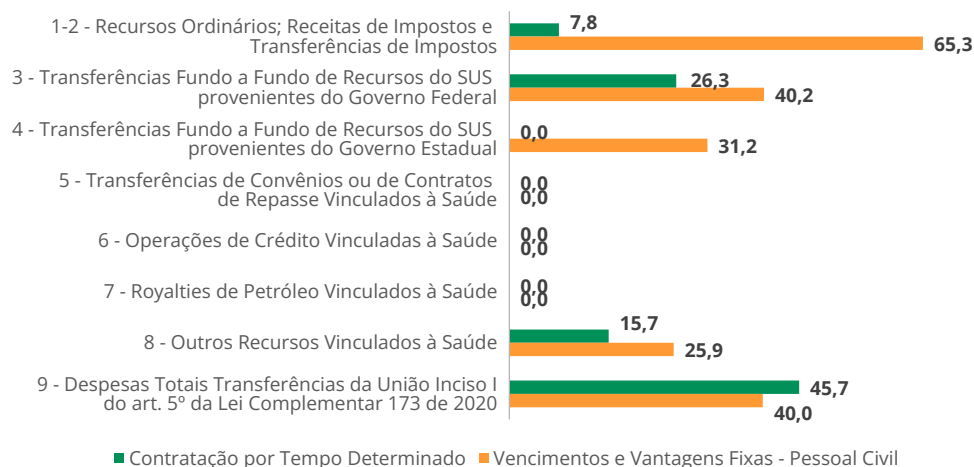
Região	Nº de UF na região	UF	2018	2019	2020	2021	2022
Norte	7	Amapá					X
Nordeste	9	Maranhão	X	X	X	X	X
		Ceará	X	X	X	X	X
		Paraíba	X	X	X		
		Alagoas	X	X	X		
		Sergipe	X	X			
Sudeste	4	Rio de Janeiro	X	X			X
		São Paulo		X	X	X	X
Sul	3	Rio Grande do Sul	X	X	X	X	X
Centro-Oeste	4	Goiás	X	X	X	X	X
		Distrito Federal		X			
Brasil	27		8	10	7	5	7

Fonte: Siops – elaboração própria

Uma opção seria calcular a média apenas com as UF que possuem valores não nulos para as despesas de interesse. Contudo, isso implicaria que, para cada ano, obteríamos a média com um número distinto de UF , inviabilizando, portanto, a comparação ao longo do tempo^{XLII}.

XLII Neste caso específico, a proporção do gasto médio entre 2018 e 2022 com “vencimentos e vantagens fixas – pessoal civil” no total de despesas com “pessoal e encargos sociais” seria: 65,7% no Norte; 75,3% no Nordeste; 57,7% no Sudeste; 50,2% no Sul e 56% no Centro-Oeste.

Gráfico 3.24 C. Contas selecionadas da Aplicação Direta da Despesas com pessoal e encargos sociais segundo a fonte de receita – média dos estados (2018-2022, em %)



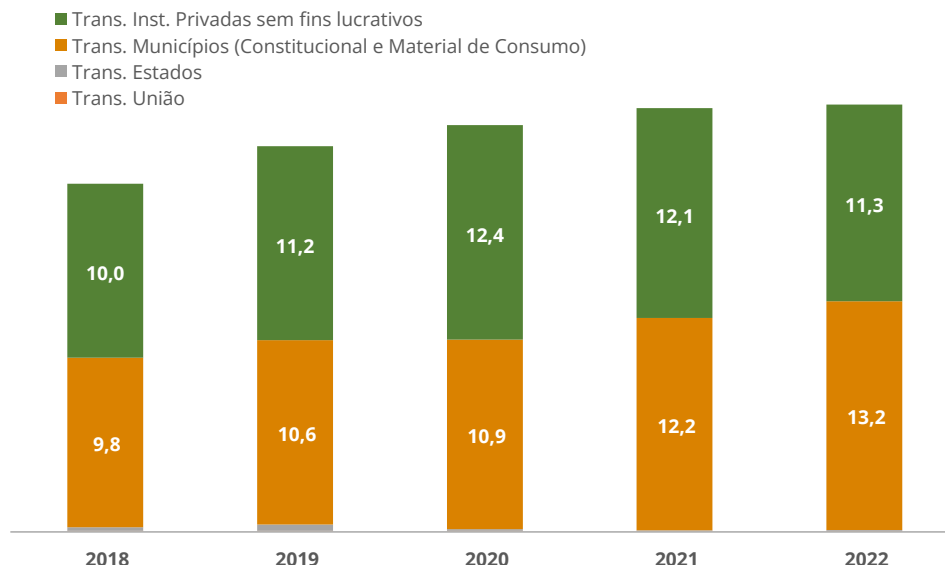
Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 3.24 C mostra como os recursos advindos de cada fonte de receita são alocados para as despesas de vencimentos fixos e contratação temporária referente a “pessoal e encargos sociais”. Além das três fontes mais importantes para o financiamento da ASPS (ver gráfico 3.15), os recursos vinculados à saúde (fonte 8) e as Transferências da União referente à LC nº 173/2020 (fonte 9) também são utilizados para financiar essas duas despesas.

No entanto, como as receitas próprias (fontes 1 e 2) referem-se a praticamente 80% dos recursos destinados a ASPS, temos que a proporção de 7,8% dessa fonte para a contratação temporária é muito superior ao montante advindo de 45,7% da fonte 9 (LC nº 173/2020). Ou seja, além de a maioria do gasto com pessoal e dos encargos serem providos com recursos próprios, temos que aproximadamente 73% dessa receita é destinada à aplicação direta com “pessoal e encargos sociais”.

Quanto ao gasto com “outras despesas correntes”, como indicado anteriormente, temos que, no nível estadual, ele representa a grande maioria das despesas correntes em ASPS (81%). Esse dispêndio é bastante heterogêneo e inclui material de consumo (farmacológico, médico- hospitalar, combustível etc.), tarefa de terceiros – PJ (serviços Médico-Hospitalar, Odontológico e Laboratoriais (Sistema de Informações Ambulatoriais/ Sistema de Informações Hospitalares – SIA/SIH), manutenção de equipamentos, energia elétrica etc.), despesa com contratos de terceirização, entre outros. Aproximadamente 74% dessas despesas são aplicadas diretamente, e ao redor de 20% ocorre via transferências a municípios, a instituições privadas sem fins lucrativos e a demais estados.

Gráfico 3.25. Participação das transferências em relação ao total de outras despesas correntes – média dos estados (em %)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

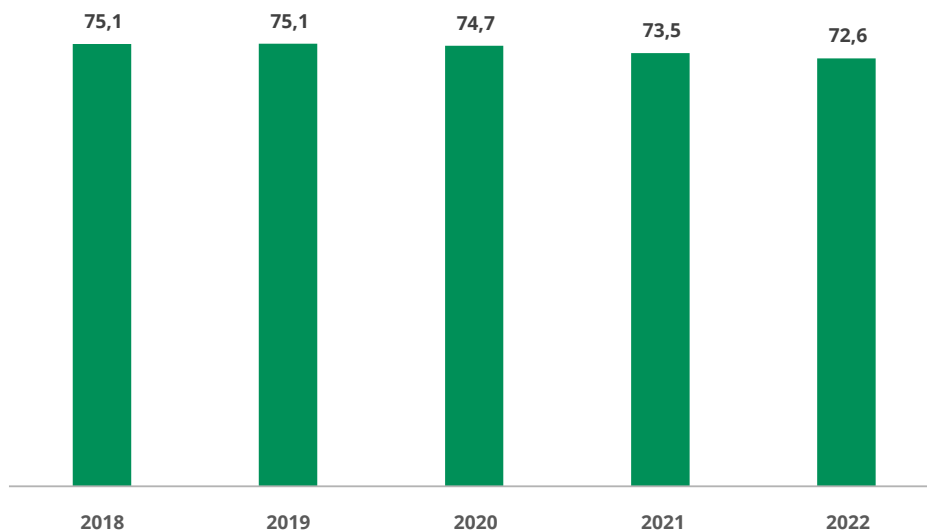
O gráfico 3.25 mostra a evolução da participação das transferências no total de gastos referentes a “outras despesas correntes”. Percebemos que, durante a pandemia (2020-2021), a participação de recursos destinados às transferências aumentaram em aproximadamente 13,2%. Esse patamar manteve-se em 2022, quando o total de transferências chegou a representar 24,6% do total de “outras despesas correntes”.

Quando tomamos o período total, notamos que, apesar das transferências, as instituições privadas sem fins lucrativos cresceram no biênio 2020-2021 praticamente na mesma proporção que as transferências aos municípios; em 2022, sua participação equivalia àquela observada um ano antes da pandemia (11,2%). Entre as regiões, houve diminuição da participação das transferências às instituições privadas no total de recursos da conta “outras despesas correntes” apenas no Sudeste. Já as transferências aos municípios aumentaram praticamente 3 pp entre 2022 e o biênio 2018-2019. A maior parte delas refere-se às transferências FAF, que representam aproximadamente 78% do total. Em termos regionais, o maior aumento aconteceu no Sul, e mais uma vez o Sudeste apresentou retração.

Quanto às aplicações diretas referentes a “outras despesas correntes”, o gráfico 3.26 A mostra que a participação desses gastos se manteve praticamente estável ao longo do

período. As despesas mais representativas dessa conta, por ordem de importância, são: “outros serviços – PJ”, “material de consumo” (concentrado em farmacológico e médico-hospitalar), “despesas com contratos terceirizados” e “outros serviços de terceiros – PF”; as quais equivalem aproximadamente a 55,7% do total dessas despesas.

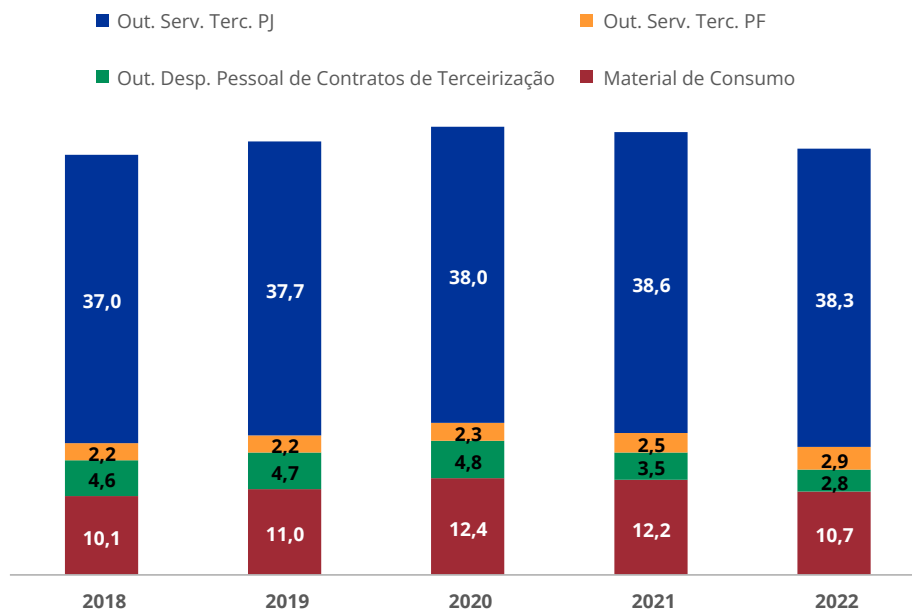
Gráfico 3.26 A. Participação das Aplicações Diretas em relação ao total de outras despesas correntes – média dos estados (em %)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 3.26 B aponta que, entre o período pré-pandemia e 2022, o único gasto que teve a participação reduzida foi “contrato com terceirizados” (-1,9 pp; ou uma variação negativa de 40,2%). Essa retração foi pulverizada quase igualmente entre serviços de terceiros com aumento de 0,8 pp para Pessoa Física (PF) e 0,9 pp para PJ, enquanto a participação do gasto com material de consumo cresceu residualmente (0,2 pp).

Gráfico 3.26 B. Composição das Aplicações Diretas do total de outras despesas correntes – média dos estados (em %)

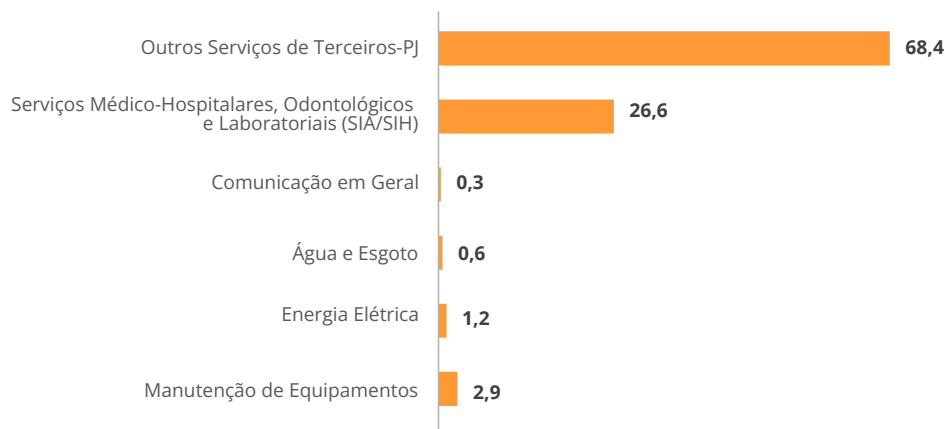


Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Nota-se também que o gasto com maior peso é aquele despendido com “outros serviços de terceiros – PJ”, o qual representa mais de 35% da despesa total de outras despesas correntes. O gráfico 3.27 A indica que os principais itens dessa rubrica dizem respeito a serviços médico-hospitalares, manutenção de equipamentos, energia elétrica, água e esgoto além do próprio gasto com serviço terceirizado PJ. Esse último tipo de gasto tem a maior parte dos recursos destinados a prestadores contratados (68%), o qual inclui desde a contratação de empresas para análises clínicas até a tendência de “pejotização” do corpo clínico (médicos e enfermeiras).

Vale mencionar que a prática de contratação do corpo clínico por parte de entidades provedoras de serviços de saúde por meio de terceiros não é uma modalidade nova no País, mas foi a Reforma Trabalhista de 2017 que liberalizou a terceirização de maneira irrestrita. Como analisamos um período após sua aprovação, não é possível captar a alteração antes/ depois da sua implementação.

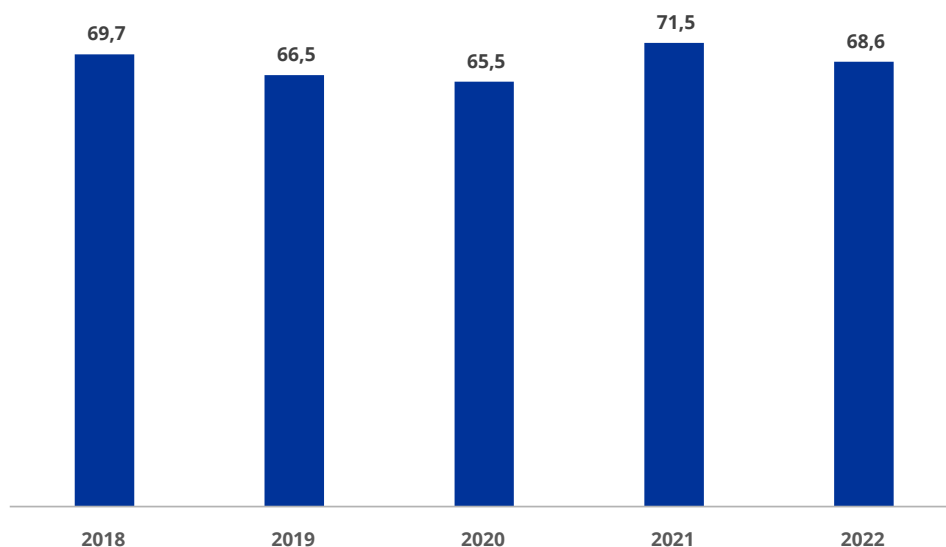
Gráfico 3.27 A. Composição Outros Serviços de Terceiros – PJ – média dos estados (2018-2022, em %)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 3.27 B mostra que, apesar do aumento da participação do gasto com “outros serviços de terceiros – PJ” no total de outras despesas correntes ocorrido pontualmente em 2021, de maneira geral, essa proporção permaneceu estável no período analisado.

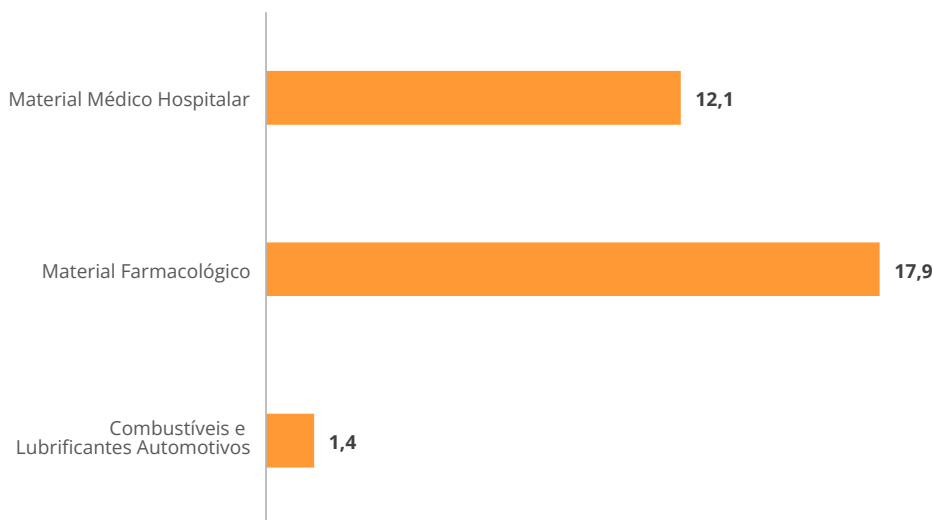
Gráfico 3.27 B. Evolução da participação de Outros Serviços de Terceiros – PJ – média dos estados (em %)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O segundo componente com maior participação na despesa com aplicação direta é o gasto com material de consumo. Essa rubrica inclui muitos itens^{XLIII}, aqui concentramos a atenção em três deles: combustíveis, material farmacológico (resume-se a medicamentos^{XLIV}) e material médico- hospitalar – OPME^{XLV}. Juntos, eles correspondem a aproximadamente 31,5% da despesa total e material de consumo (gráfico 3.28 A). O gráfico 3.28 B, todavia, mostra que esses três itens perderam espaço, caindo de 36,9% em 2018 para 27,5% em 2022.

Gráfico 3.28 A. Composição material de consumo – média dos estados (2018-2022, em %)



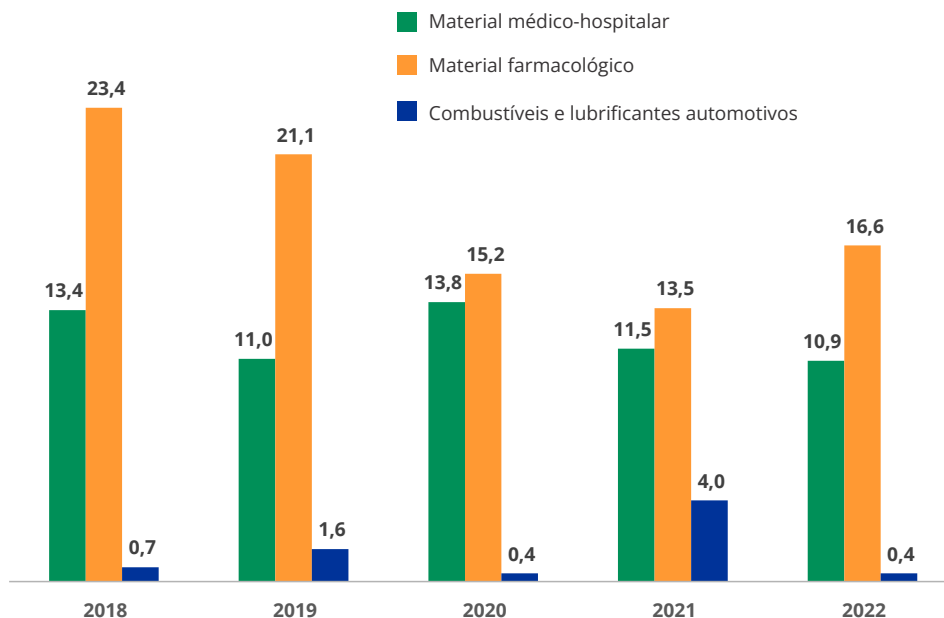
Fonte: elaboração própria com base no Siops.

XLIII Além dos destacados, temos também os seguintes materiais: laboratorial, odontológico, químico, de expediente, cama-mesa-banho, limpeza e higienização, uniformes, tecidos e aviamentos, proteção e segurança e de processamento de dados.

XLIV Resume-se aos medicamentos tanto utilizados em unidades de saúde quanto aqueles distribuídos para uso domiciliar.

XLV Órteses, Próteses e Materiais Especiais.

Gráfico 3.28 B. Composição material de consumo em relação ao total de outras despesas correntes) – média dos estados (2018-2022, em %)



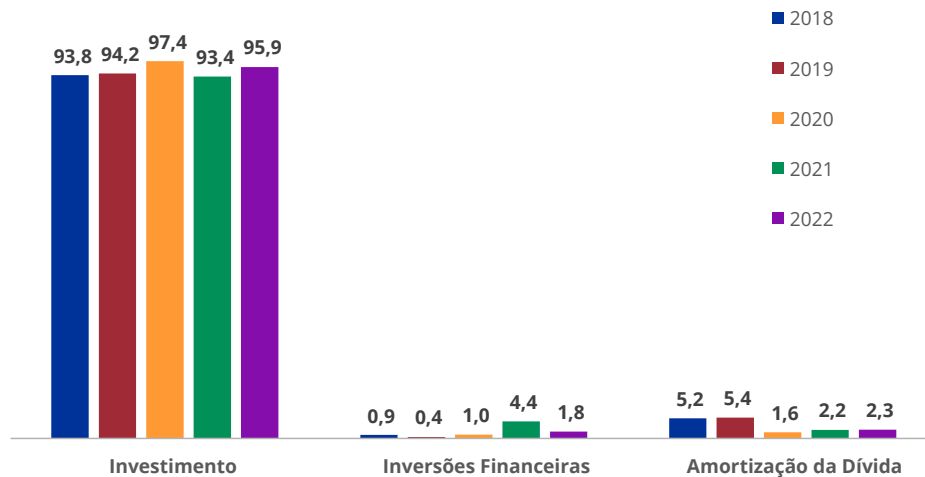
Fonte: elaboração própria com base no Siops.

3.2.2B. DESPESA DE CAPITAL EM ASPS

Como vimos, entre 2018 e 2022, as despesas de capital participaram com uma porcentagem média de apenas 3,5% do gasto em ASPS, e dentro dessa categoria econômica, a alocação de recursos ainda é destinada a investimento (94,9%), inversão financeira (1,95%) e amortização da dívida (3,14%).

O gráfico 3.29 mostra que a maior proporção do gasto em investimento ocorreu justamente em 2020, quando alcançou 97,4% do total da despesa de capital em ASPS. Apesar de essa participação não ter se mantido, chegamos a 2022 em um patamar superior ao verificado antes da pandemia. Além disso, a proporção de gasto com capital em relação ao total em ASPS em 2022 foi a maior observada no período analisado (4,4%), fazendo com que a despesa com investimento chegasse a R\$ 6,3 bilhões.

Gráfico 3.29. Distribuição das despesas de capital de saúde por categoria – média dos estados (em %)

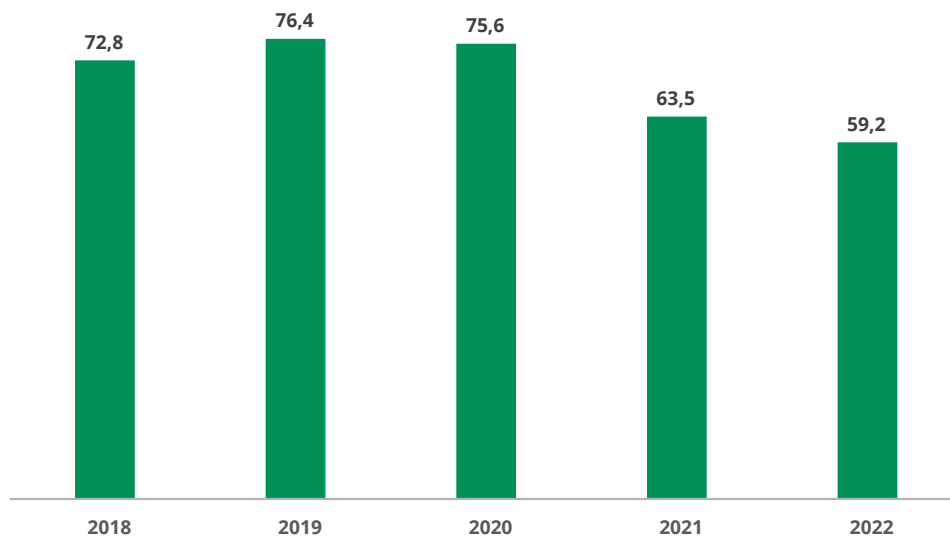


Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Entre 2018 e 2022, a região Norte foi aquela que apresentou a maior participação de investimentos na despesa de capital (99%), e a região Nordeste, a menor (92,1%). Como ocorre com as contas específicas da despesa corrente, a rubrica de investimentos também é computada segundo os valores destinados a transferências e aplicações diretas. No período analisado, as aplicações diretas representaram aproximadamente 70% do montante total destinado a investimentos.

O gráfico 3.30 A aponta uma mudança importante de padrão após a pandemia, com a redução da participação de gastos em aplicações diretas no total de investimentos. Tal redução ocorreu em todas as regiões, sendo mais intensa no Sudeste, onde essa proporção reduziu de 61,7% em 2018 para 31,5% em 2022.

Gráfico 3.30 A. Porcentagem de aplicação direta em relação a Despesa de investimento – média dos estados (em %)

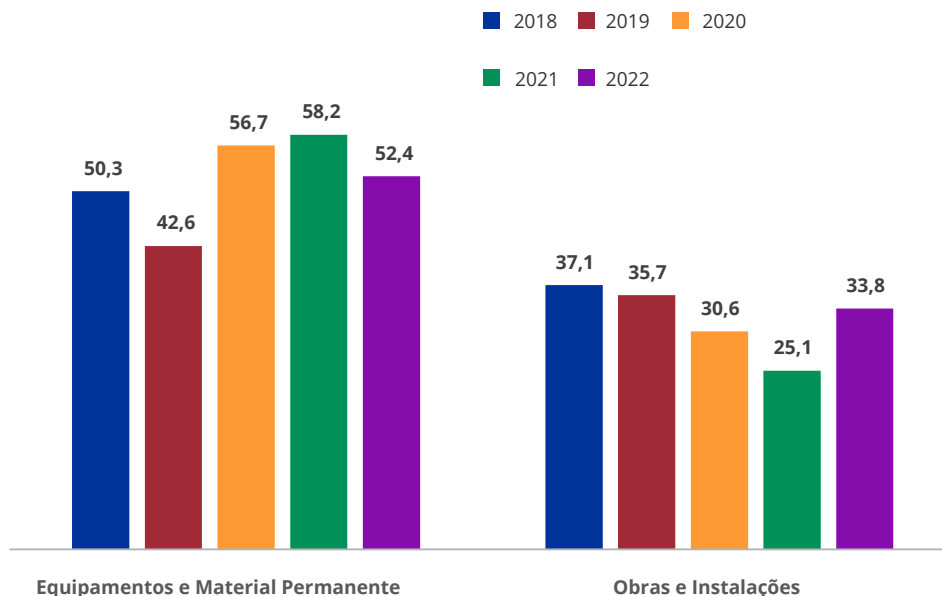


Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 3.30 A apresenta os dois tipos de gasto da aplicação direta em investimentos de capital mais relevantes: i) equipamento e material permanente; e ii) obras e instalações. Essas duas rubricas juntas correspondem a praticamente 75% do total gasto em investimento por meio de aplicação direta. O primeiro item refere-se à despesa com “aparelhos, equipamentos, utensílios odontológicos laboratorial e hospitalar”, que no período analisado, correspondeu a mais da metade do total gasto com investimento (52,7% em média).

As informações do gráfico 3.30 B mostram que a participação dos gastos em equipamentos e material permanente após a pandemia era 5,9 pp maior que a média do biênio 2018-2019 (pré-pandemia). Além disso, como era previsível, foi durante o período da pandemia (2020-2021) que essas despesas atingiram a maior participação nos gastos de investimento (em média 57,5%).

Gráfico 3.30 B. Composição das aplicações diretas das despesas com investimento – média dos estados (em %)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

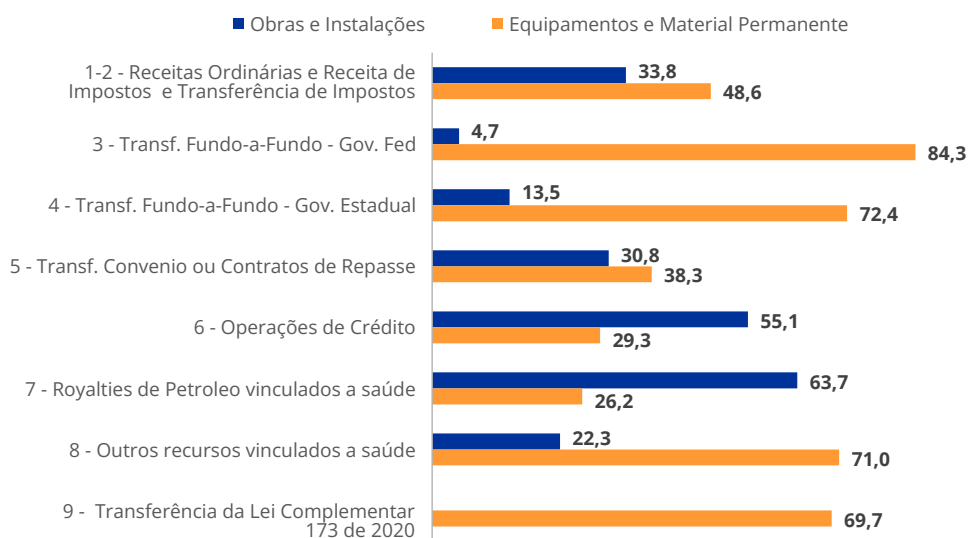
Esse aumento na proporção das despesas de capital direcionadas a equipamento e material permanente se deu à custa da redução da participação do gasto com obras e instalações. Sendo assim, esse último item das despesas em aplicação direta reduziu a participação em aproximadamente 8,6 pp entre 2020 e 2021 em relação a 2018 e 2019, para voltar a crescer em 2022. Contudo, percebe-se que a participação do gasto com obras e instalações em 2022 não tinha ainda retornado aos patamares observados na pré-pandemia.

É comum que a dinâmica entre esses dois tipos de gastos em investimento seja esta: a participação do dispêndio em equipamentos e material permanente seja maior que a ocorrida com obras e instalações. Todavia, no caso brasileiro, observamos uma discrepância muito grande. Dados da OCDE apontam que, para esse grupo de países, o gasto de investimento é distribuído em: 46% em equipamentos e material permanente, 40% em obras e instalações e 14% em propriedade intelectual. Nesse caso, o gasto com equipamentos é de apenas 15% (ou 6 pp) da despesa com obras e instalações. Já no Brasil, essa mesma diferença é de aproximadamente 60% (ou 19,6 pp). Tal discrepância leva a entender que não só o nível de gastos em capital ASPS é baixo, mas que também

a alocação de boa parte dos recursos de investimento está concentrada na manutenção da estrutura vigente, e não na sua ampliação.

O gráfico 3.31 mostra que as fontes de recursos que colaboram para ampliar o gasto com obras e instalações são: receitas próprias dos estados (fontes 1-2), transferências de convênios/contratos, operações de crédito e *royalties* do petróleo. Paralelamente, a grande maioria dos recursos FAF do governo federal (84%) é destinada a despesas com equipamentos e material permanente. Os recursos FAF do governo estadual são menos relevantes em termos gerais, mas ainda assim, em sua grande maioria, são destinados às despesas com equipamentos e material permanente (72,4%).

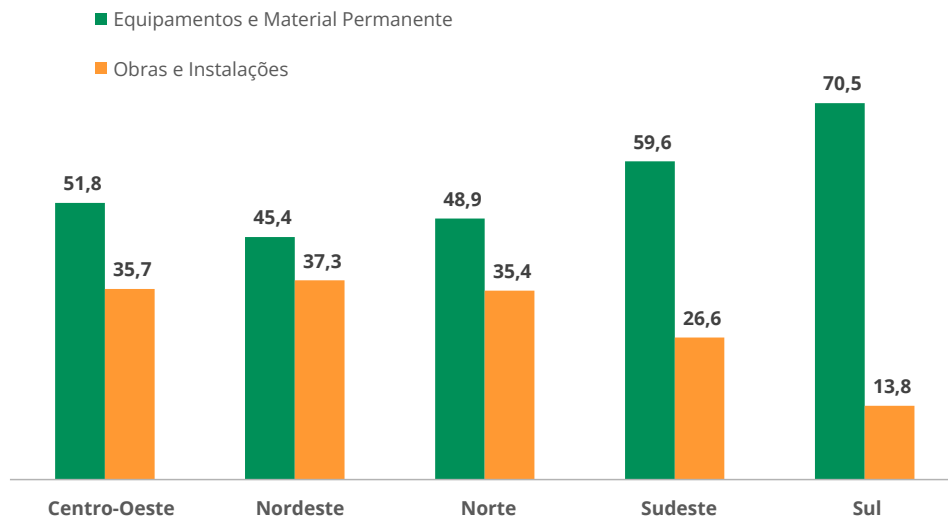
Gráfico 3.31. Contas selecionadas da Aplicação Direta das despesas com investimento por fonte de receita – média dos estados (2018-2022, em %)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

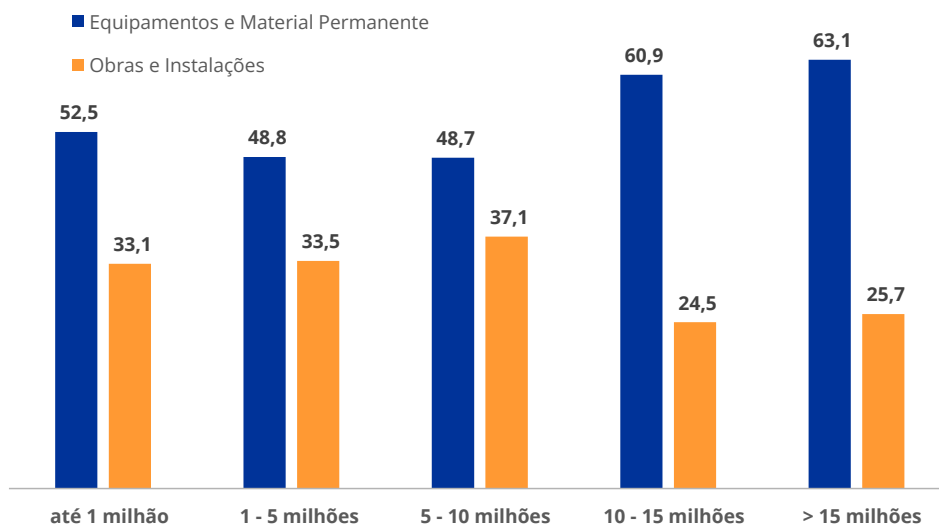
Ainda sobre a dinâmica da alocação de recursos de capital destinado a investimentos em ASPS, os gráficos 3.32 A e B nos mostram as regiões e a dimensão das UF (em termos populacionais) que destinam uma proporção maior da despesa em capital com obras e instalações.

Gráfico 3.32 A. Contas selecionadas da Aplicação Direta das despesas com investimento segundo região – média dos estados (2018-2022, em %)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Gráfico 3.32 B. Contas selecionadas da Aplicação Direta das despesas com investimento segundo faixa populacional – média dos estados (2018-2022, em %)



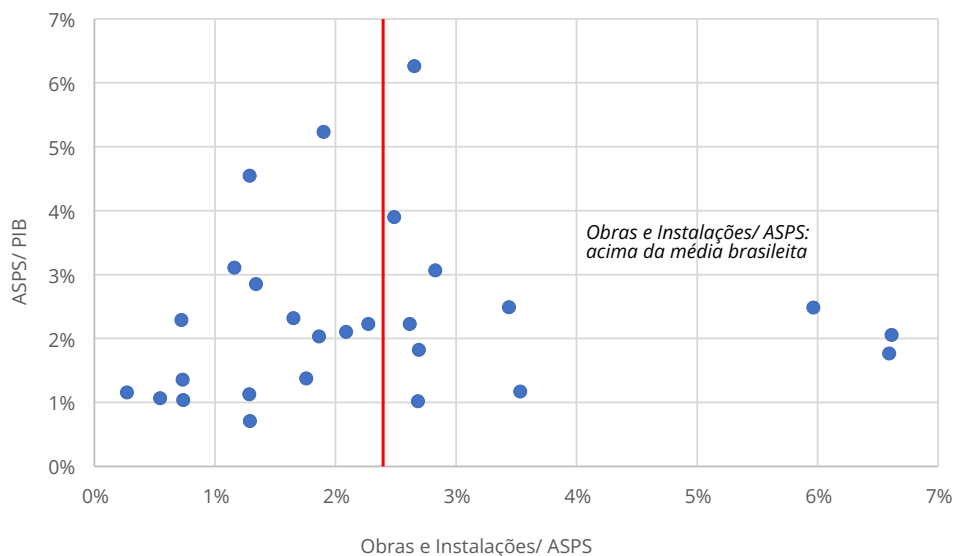
Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Os dados mostram que são as UF das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste que mantêm, em média, a participação da despesa em obras e instalações no patamar de 35%

das despesas de aplicação direta em capital ASPS, pois as regiões Sul e Sudeste ficam abaixo dos 30%. Além disso, ao contrário do que se imagina, as UF mais populosas (pelo menos 10 milhões de habitantes) apresentam uma menor participação da despesa em obras e instalações. Já as UF com até 5 milhões de habitantes gastam aproximadamente 33% das despesas de aplicação direta com obras e instalações, e os maiores gastos proporcionais em capital (37%) são realizados por 6 UF com população entre 5 e 10 milhões de habitantes^{XLVI}.

O gráfico 3.33 mostra a relação entre a participação da despesa em obras e instalações no gasto em ASPS e a proporção do PIB estadual destinado a ASPS. Entre 2018 e 2019, as UF gastaram, em média, 2,33% da despesa em ASPS em obras e instalações (linha vertical vermelha no gráfico). Temos 11 UF acima da média, entre as quais a proporção mínima de obras e instalações/ASPS é de 2,50%, e a máxima, de 6,60%. A visualização gráfica não permite identificar nenhuma correlação (positiva ou negativa) entre o gasto em ASPS/PIB e a participação de investimentos em obras e instalações sobre o total de gastos em ASPS. Nota-se que a UF com maior proporção de ASPS/PIB apresenta uma relação do gasto em obras e instalações sobre ASPS levemente superior à média nacional (2,65%); ou ainda, a UF com maior participação do gasto em obras e instalações sobre ASPS (6,60%) aloca somente 2% do seu PIB em ASPS.

Gráfico 3.33. Relação entre participação da despesa em Obras e Instalações sobre o gasto total ASPS e a proporção ASPS sobre o PIB – média dos estados (2018-2022)



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

XLVI São eles: Ceará, Goiás, Maranhão, Pará, Pernambuco e Santa Catarina.

A ausência de uma relação direta entre o gasto em obras e instalações e a proporção do PIB estadual que é alocado em ASPS não nos permite identificar um perfil de gastos em ASPS que favoreça o investimento na expansão/reposição da rede estadual de saúde. Apesar de a elevada proporção de despesa em equipamento e material permanente (em detrimento ao gasto em obras e instalações) ser maior nas regiões Sudeste e Sul, ela é generalizada em termos de tamanho populacional da UF. Ou seja, independentemente das características locais quanto à necessidade de serviços de saúde e/ou à complexidade da oferta e gerenciamento da rede, a baixa despesa em obras e instalações indica que o risco de sucateamento das estruturas de saúde é uma realidade possível.

3.3 SONDAGEM ON-LINE COM AS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE

A gestão das despesas em saúde é particularmente complexa. Cada UF possui peculiaridades e se depara com demandas específicas quanto a comando, controle e supervisão dos serviços ASPS ofertados. Por esse motivo, há dificuldades na definição de uma categorização comum dos gastos que são lançados em uma ou outra rubrica.

Além disso, compreendemos que as constantes alterações na agregação das contas do Siops, também dificultam a criação de uma cultura organizacional em que as decisões sobre alocação de recursos estejam baseadas em evidências comuns. Esse panorama prejudica a troca de experiências entre os gestores de saúde.

Visando compreender melhor como as Secretarias de Saúde alimentam e utilizam o Siops, aplicamos um questionário *on-line* direcionado aos gestores. Essa sondagem foi composta de quatro partes específicas:

- I. Despesas correntes e Despesas de capital;
- II. Fontes de receita disponíveis para ASPS;
- III. Despesas por subfunções típicas da saúde; e
- IV. Produção dos dados e envio das informações ao Siops.

Tabela 3.14. Principais resultados da sondagem Conass aos Secretários de Saúde

Região	Dificuldade na execução		Sistema monitoramento próprio dos gastos em ASPS	Previsão da receita destinada a saúde é estável
	Despesa Corrente	Despesa Capital		
Norte	33,3%	50,0%	16,7%	16,7%
Nordeste	28,6%	42,9%	57,1%	50,0%
Sudeste	25,0%	75,0%	100%	50,0%
Sul	0,0%	0,0%	66,7%	16,7%
Centro-Oeste	0,0%	0,0%	33,3%	50,0%
Brasil	21,7%	39,1%	47,8%	47,8%

Fonte: elaboração própria.

Os secretários de saúde tiveram um período de três meses ao longo do segundo semestre de 2023 para enviar as respostas. Ao final, contamos com uma adesão de 85,2% (23 Secretarias de Saúde).

Resumidamente, as respostas ao questionário *on-line* indicaram que:

- Existe dificuldade na execução da despesa de capital;
- Quanto à classificação das despesas pelo Siops, 17,4% das Secretarias respondentes apontam que têm dúvidas quanto à melhor forma de lançamento;
- Menos da metade das Secretarias conta com sistema de monitoramento próprio para a execução dos gastos em ASPS;
- A previsão da receita destinada à saúde comporta-se de maneira estável para menos da metade das Secretarias respondentes (47,8%);

Elevada percepção de que o estado necessita alocar uma grande parcela de recursos próprios na saúde;

A maioria das Secretarias utiliza os dados enviados ao Siops.ara o planejamento da pasta;

A maior parte das Secretarias gostaria de ter um painel de dados.

No nosso entendimento, este projeto é um primeiro passo para que as SES tenham uma visão ampla e, ao mesmo tempo, circunscrita à participação das principais fontes de receitas nos gastos de saúde. Ao fornecer um retrato regional do financiamento das ASPS, queremos incentivar a troca de experiências locais e, assim, ampliar o debate dos gargalos existentes na aplicação e execução dos recursos dedicados a ações e serviços de saúde no nível estadual.

3.4 CONCLUSÃO

Este capítulo detalhou as contas públicas em saúde dos estados. Nota-se que, apesar da razoável autonomia fiscal, os estados ainda estão longe de conseguir equalizar a gestão financeira a ponto de elevar consideravelmente o gasto com investimento. Em primeiro lugar, mostramos como a autonomia fiscal é desigual não só entre regiões, mas também dentro de cada região. Essa situação torna ainda mais complexa a equalização de recursos proporcionais à população entre os diferentes entes.

Além disso, as diferenças quanto ao grau de relevância das transferências federais em relação às despesas correntes praticamente separam o Brasil em duas áreas. De um lado, temos o Norte e o Nordeste com menor capacidade de arrecadação e com elevada participação das transferências federais (FAF) nas receitas correntes; do outro, o Sudeste, o Sul e o Centro-Oeste, cuja participação das transferências federais representa bem menos que a metade dos recursos.

O segundo ponto relevante diz respeito ao perfil de gastos. Nota-se que as despesas em ASPS dos estados estão concentradas nas subfunções AHA e Administrativa. Entre as demais, SPT é a mais significativa, enquanto as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica demonstraram participação marginal. Vale mencionar que ambas as Vigilâncias demonstraram crescimento durante a pandemia, mas que o gasto foi reduzido já em 2022. O cruzamento entre subfunção e fonte de recursos aponta que a grande maioria dos gastos em AHA e a função Administrativa advêm de recursos próprios dos estados (soma das receitas ordinárias, impostos e os recursos de transferências constitucionais de impostos). Apenas as despesas com as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica têm como principal fonte os recursos do FAF do governo federal.

Apesar de todas as regiões terem mais da metade do gasto em AHA mantido com receitas próprias, ainda assim, existem diferenças significativas de acordo com a região e/ou perfil populacional do estado. Dados das despesas por subfunção-fontes de recursos mostram que as regiões Norte e Nordeste têm uma maior diversificação quanto às

fontes de recursos. Nesse caso, apenas as Três UF com população entre 10 e 15 milhões de habitantes apresentam um maior equilíbrio entre as fontes de financiamento.

O último ponto refere-se à distribuição dos recursos entre despesa correntes e de capital. Os dados reafirmam que os recursos são quase majoritariamente alocados em despesas correntes. Isso revela que o elevado peso de manter os serviços já existentes demanda praticamente a totalidade de recursos, comprometendo, assim, investimentos em novas estruturas que poderiam ampliar o acesso da população. Ou seja, existe hoje um limite que estreita o espaço dos gestores estaduais quanto à alocação de recursos em infraestrutura, particularmente obras e instalações. Ao final do estudo, nota-se que, sem um esforço direcionado, dificilmente as UF, por si sós, conseguirão ampliar a despesa com capital para renovar e expandir a infraestrutura em saúde.

Por fim, acreditamos que este estudo mostra o complexo contexto da gestão financeira dos recursos de saúde no nível estadual. Sabe-se que, apesar de a capacidade de gerar recursos arrecadatários ser desigual entre as UF, a necessidade de investimento é premente a todos. Diante desse quadro, chamam a atenção a desigualdade regional e a urgência em diversificar as fontes de recursos para ampliar o investimento em infraestrutura (obras e instalações).

Uma vez que a chance de ampliação da participação de recursos federais no financiamento da saúde parece limitada, recomenda-se ampliar os recursos via transferências de convênio ou contratos de repasse que não sejam oriundos do SUS. Além disso, é inadiável a análise detalhada de cada política/programa de saúde para verificar se estes vêm cumprindo com os objetivos. Caberá a cada estado verificar se existe ou não espaço para realocação de gastos, otimizando ainda mais o orçamento público com a finalidade de abrir espaço para despesa de capital.

Nessa perspectiva, é fundamental que especificidades locais referentes às características epidemiológicas e à carga de doença sejam consideradas para que o gasto em saúde não seja exclusivamente eficiente, mas também equitativo e voltado para as necessidades da população. Creemos que as recomendações sugeridas contribuem para que a gestão financeira da saúde dos estados seja reavaliada, para que um maior equilíbrio dos gastos possa ser alcançado.

3.5 APÊNDICE

GASTOS ESTADUAIS

Tabela A1. Gasto total em ASPS em R\$ milhões (nominal) – Brasil

Subfunção	2018	2019	2020	2021	2022	Média 2018-2022	Participação 2018-2022 (%)
301 – Atenção Básica	2.256	3.489	3.450	4.359	4.616	3.634	3,26
302 – Ass. Hosp. Ambulatorial	54.720	60.405	66.743	81.518	91.933	71.064	63,75
303 – Sup. Prof. Terapêutico	5.069	5.527	6.117	5.690	6.332	5.747	5,16
304 – Vig. Sanitária	115	109	162	247	210	169	0,15
305 – Vig. Epidemiológica	742	506	2.855	2.973	1.324	1.680	1,51
306 – Alimentação e Nutrição	386	393	357	309	249	339	0,30
Administrativa	23.472	22.914	24.497	28.100	30.602	25.917	23,25
Informação Complementar	2.223	2.302	3.856	2.931	3.293	2.921	2,62
Norte	88.983	95.644	108.037	126.126	138.560	111.470	100

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

* Despesa liquidada

Tabela A2. Total de despesa estadual em ASPS em R\$ milhões (valores reais: jan./2023)

Subfunção*	2018	2019	2020	2021	2022	Média 2018-2022
AB – Atenção Básica	2.879	4.268	4.038	4.635	4.616	4.087
AHA – Ass. Hosp. Ambulatorial	69.823	73.894	78.120	86.690	91.933	80.092
SPT – Sup. Prof. Terapêutico	6.468	6.761	7.159	6.051	6.332	6.554
SAN – Vig. Sanitária	147	133	189	263	210	188
EPI – Vig. Epidemiológica	946	619	3.342	3.162	1.324	1.879
A&N – Alimentação e Nutrição	492	481	418	328	249	394
ADM – Administrativa	29.950	28.031	28.673	29.883	30.602	29.428
Informação Complementar	2.837	2.816	4.513	3.117	3.293	3.315
Brasil	113.543	117.004	126.452	134.130	138.560	125.938

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

* Despesa liquidada

Tabela A3. Gasto total ASPS em R\$ milhões (nominal) – segundo a região

	Subfunção	2018	2019	2020	2021	2022	Média 2018-2022	Participação 2018-2022 (%)
Norte	301 – Atenção Básica	156,8	266,3	105,1	165,2	227,2	184,1	1,37
	302 – Ass. Hosp. Ambulatorial	6.196,0	6.219,1	6.390,5	7.525,4	9.203,5	7.106,9	52,81
	303 – Sup. Prof. Terapêutico	316,5	334,8	256,1	328,0	408,3	328,7	2,44
	304 – Vig. Sanitária	14,7	10,0	9,5	3,3	12,6	10,0	0,07
	305 – Vig. Epidemiológica	81,8	59,7	48,9	63,6	80,5	66,9	0,50
	306 – Alimentação e Nutrição	1,8	7,1	0,0	0,0	0,0	1,8	0,01
	Administrativa	3.574,0	3.584,8	4.979,4	7.057,4	7.478,0	5.334,7	39,64
	Informação Complementar	113,8	35,5	1.420,5	386,4	159,5	423,1	3,14
	Norte	10.455	10.517	13.210	15.529	17.570	13.456	100
Nordeste	301 – Atenção Básica	291,4	400,5	458,9	453,3	841,3	489,1	1,83
	302 – Ass. Hosp. Ambulatorial	13.517,9	16.387,6	17.261,6	20.762,8	24.136,2	18.413,2	68,79
	303 – Sup. Prof. Terapêutico	598,8	604,0	720,4	793,9	979,0	739,2	2,76
	304 – Vig. Sanitária	39,7	52,1	7,0	8,8	10,9	23,7	0,09
	305 – Vig. Epidemiológica	137,9	125,5	1.007,3	1.236,7	480,7	597,6	2,23
	306 – Alimentação e Nutrição	15,4	14,8	0,8	0,9	0,9	6,5	0,02
	Administrativa	5.808,2	5.198,2	6.000,6	6.287,8	7.287,9	6.116,5	22,85
	Informação Complementar	409,8	364,8	325,7	380,2	435,6	383,2	1,43
	Nordeste	20.819	23.148	25.782	29.924	34.172	26.769	100
Sudeste	301 – Atenção Básica	994,2	1.916,8	1.684,1	2.415,5	2.291,7	1.860,5	4,28
	302 – Ass. Hosp. Ambulatorial	25.145,4	27.268,5	30.687,4	38.829,0	42.056,4	32.797,3	75,46
	303 – Sup. Prof. Terapêutico	2.463,1	2.660,3	2.836,1	2.699,5	3.084,8	2.748,7	6,32
	304 – Vig. Sanitária	45,4	32,8	108,3	186,5	128,6	100,3	0,23
	305 – Vig. Epidemiológica	436,6	221,7	1.303,9	903,9	521,8	677,6	1,56
	306 – Alimentação e Nutrição	143,5	146,4	138,9	132,4	130,0	138,2	0,32
	Administrativa	5.017,5	4.226,4	2.653,8	3.490,4	3.225,1	3.722,6	8,57
	Informação Complementar	809,2	1.255,3	1.589,3	1.503,4	1.928,2	1.417,1	3,26
	Sudeste	35.055	37.728	41.002	50.161	53.367	43.462	100

Tabela A3. Gasto total ASPS em R\$ milhões (nominal) – segundo a região

	Subfunção	2018	2019	2020	2021	2022	Média 2018-2022	Participação 2018-2022 (%)
Sul	301 – Atenção Básica	584,3	584,3	776,0	1.067,6	927,9	788,0	5,08
	302 – Ass. Hosp. Ambulatorial	6.908,3	6.992,3	7.663,2	8.041,5	8.715,2	7.664,1	49,36
	303 – Sup. Prof. Terapêutico	1.192,2	1.351,3	1.774,6	1.426,7	1.464,0	1.441,8	9,29
	304 – Vig. Sanitária	7,2	6,6	30,8	44,9	52,1	28,3	0,18
	305 – Vig. Epidemiológica	55,9	55,3	278,7	633,2	135,5	231,7	1,49
	306 – Alimentação e Nutrição	92,2	89,7	68,1	105,9	0,0	71,2	0,46
	Administrativa	3.855,6	3.813,9	4.649,1	5.195,3	6.137,2	4.730,2	30,47
	Informação Complementar	732,5	506,7	481,9	532,0	599,3	570,5	3,67
	Sul	13.428	13.400	15.722	17.047	18.031	15.526	100
Centro-Oeste	301 – Atenção Básica	229,2	321,2	425,9	257,2	328,2	312,3	2,55
	302 – Ass. Hosp. Ambulatorial	2.952,8	3.537,1	4.740,5	6.359,0	7.821,6	5.082,2	41,46
	303 – Sup. Prof. Terapêutico	498,5	576,6	529,7	441,9	395,8	488,5	3,99
	304 – Vig. Sanitária	8,5	7,1	6,1	3,5	6,0	6,2	0,05
	305 – Vig. Epidemiológica	29,5	44,2	216,4	135,9	105,8	106,4	0,87
	306 – Alimentação e Nutrição	132,7	135,2	149,4	69,4	118,3	121,0	0,99
	Administrativa	5.216,2	6.090,3	6.214,6	6.068,8	6.474,0	6.012,8	49,06
	Informação Complementar	158,2	139,6	38,7	129,5	170,6	127,3	1,04
	Centro-Oeste	9.226	10.851	12.321	13.465	15.420	12.257	100

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Tabela A4. Gasto total ASPS em R\$ milhões (real) – segundo a região

* conceito: liquidade

	Subfunção	2018	2019	2020	2021	2022	Média 2018-2022	Variação 2022/2018 (%)
Norte	301 – Atenção Básica	200	326	123	176	227	210	13,5
	302 – Ass. Hosp. Ambulatorial	7.906	7.608	7.480	8.003	9.204	8.040	16,4
	303 – Sup. Prof. Terapêutico	404	410	300	349	408	374	1,1
	304 – Vig. Sanitária	19	12	11	3	13	12	-33,1
	305 – Vig. Epidemiológica	104	73	57	68	80	77	-22,8
	306 – Alimentação e Nutrição	2	9	0	0	0	2	-99,4
	Administrativa	4.560	4.385	5.828	7.505	7.478	5.951	64,0
	Informação Complementar	145	43	1.663	411	159	484	9,9
	Norte	13.341	12.866	15.462	16.515	17.570	15.151	31,7
Nordeste	301 – Atenção Básica	372	490	537	482	841	544	126,2
	302 – Ass. Hosp. Ambulatorial	17.249	20.047	20.204	22.080	24.136	20.743	39,9
	303 – Sup. Prof. Terapêutico	764	739	843	844	979	834	28,1
	304 – Vig. Sanitária	51	64	8	9	11	29	-78,6
	305 – Vig. Epidemiológica	176	154	1.179	1.315	481	661	173,2
	306 – Alimentação e Nutrição	20	18	1	1	1	8	-95,6
	Administrativa	7.411	6.359	7.023	6.687	7.288	6.954	-1,7
	Informação Complementar	523	446	381	404	436	438	-16,7
	Nordeste	26.565	28.317	30.177	31.823	34.172	30.211	28,6
Sudeste	301 – Atenção Básica	1.269	2.345	1.971	2.569	2.292	2.089	80,6
	302 – Ass. Hosp. Ambulatorial	32.086	33.358	35.918	41.293	42.056	36.942	31,1
	303 – Sup. Prof. Terapêutico	3.143	3.254	3.319	2.871	3.085	3.134	-1,8
	304 – Vig. Sanitária	58	40	127	198	129	110	122,2
	305 – Vig. Epidemiológica	557	271	1.526	961	522	768	-6,3
	306 – Alimentação e Nutrição	183	179	163	141	130	159	-29,0
	Administrativa	6.402	5.170	3.106	3.712	3.225	4.323	-49,6
	Informação Complementar	1.033	1.536	1.860	1.599	1.928	1.591	86,7
	Sudeste	44.730	46.154	47.991	53.344	53.367	49.117	19,3

Tabela A4. Gasto total ASPS em R\$ milhões (real) – segundo a região

* conceito: liquidade

	Subfunção	2018	2019	2020	2021	2022	Média 2018-2022	Variação 2022/2018 (%)
Sul	301 – Atenção Básica	746	715	908	1.135	928	886	24,4
	302 – Ass. Hosp. Ambulatorial	8.815	8.554	8.969	8.552	8.715	8.721	-1,1
	303 – Sup. Prof. Terapêutico	1.521	1.653	2.077	1.517	1.464	1.647	-3,8
	304 – Vig. Sanitária	9	8	36	48	52	31	468,7
	305 – Vig. Epidemiológica	71	68	326	673	135	255	89,9
	306 – Alimentação e Nutrição	118	110	80	113	0	84	-100,0
	Administrativa	4.920	4.666	5.441	5.525	6.137	5.338	24,7
	Informação Complementar	935	620	564	566	599	657	-35,9
	Sul	17.134	16.393	18.402	18.129	18.031	17.618	5,2
Centro-Oeste	301 – Atenção Básica	292	393	498	273	328	357	12,2
	302 – Ass. Hosp. Ambulatorial	3.768	4.327	5.548	6.763	7.822	5.645	107,6
	303 – Sup. Prof. Terapêutico	636	705	620	470	396	565	-37,8
	304 – Vig. Sanitária	11	9	7	4	6	7	-44,5
	305 – Vig. Epidemiológica	38	54	253	145	106	119	181,3
	306 – Alimentação e Nutrição	169	165	175	74	118	140	-30,1
	Administrativa	6.656	7.450	7.274	6.454	6.474	6.862	-2,7
	Informação Complementar	202	171	45	138	171	145	-15,5
	Centro-Oeste	11.772	13.275	14.422	14.320	15.420	13.842	31,0

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Tabela A5. Gasto médio dos estados em ASPS em R\$ milhões (valores reais R\$: jan./23) – segundo região

* conceito: liquidada

	Subfunção	2018	2019	2020	2021	2022	Média 2018-2022
Norte	301 – Atenção Básica	29	47	18	25	32	30
	302 – Ass. Hosp. Ambulatorial	1.129	1.087	1.069	1.143	1.315	1.149
	303 – Sup. Prof. Terapêutico	58	59	43	50	58	53
	304 – Vig. Sanitária	3	2	2	0	2	2
	305 – Vig. Epidemiológica	15	10	8	10	11	11
	306 – Alimentação e Nutrição	0	1	0	0	0	0
	Administrativa	651	626	833	1.072	1.068	850
	Informação Complementar	21	6	238	59	23	69
	Norte	1.906	1.838	2.209	2.359	2.510	2.164
Nordeste	301 – Atenção Básica	41	54	60	54	93	60
	302 – Ass. Hosp. Ambulatorial	1.917	2.227	2.245	2.453	2.682	2.305
	303 – Sup. Prof. Terapêutico	85	82	94	94	109	93
	304 – Vig. Sanitária	6	7	1	1	1	3
	305 – Vig. Epidemiológica	20	17	131	146	53	73
	306 – Alimentação e Nutrição	2	2	0	0	0	1
	Administrativa	823	707	780	743	810	773
	Informação Complementar	58	50	42	45	48	49
	Nordeste	2.952	3.146	3.353	3.536	3.797	3.357
Sudeste	301 – Atenção Básica	317	586	493	642	573	522
	302 – Ass. Hosp. Ambulatorial	8.021	8.340	8.980	10.323	10.514	9.236
	303 – Sup. Prof. Terapêutico	786	814	830	718	771	784
	304 – Vig. Sanitária	14	10	32	50	32	28
	305 – Vig. Epidemiológica	139	68	382	240	130	192
	306 – Alimentação e Nutrição	46	45	41	35	33	40
	Administrativa	1.601	1.293	777	928	806	1.081
	Informação Complementar	258	384	465	400	482	398
	Sudeste	11.182	11.538	11.998	13.336	13.342	12.279

Tabela A5. Gasto médio dos estados em ASPS em R\$ milhões (valores reais R\$: jan./23) – segundo região

* conceito: liquidada

	Subfunção	2018	2019	2020	2021	2022	Média 2018-2022
Sul	301 – Atenção Básica	249	238	303	378	309	295
	302 – Ass. Hosp. Ambulatorial	2.938	2.851	2.990	2.851	2.905	2.907
	303 – Sup. Prof. Terapêutico	507	551	692	506	488	549
	304 – Vig. Sanitária	3	3	12	16	17	10
	305 – Vig. Epidemiológica	24	23	109	224	45	85
	306 – Alimentação e Nutrição	39	37	27	38	0	28
	Administrativa	1.640	1.555	1.814	1.842	2.046	1.779
	Informação Complementar	312	207	188	189	200	219
	Sul	5.711	5.464	6.134	6.043	6.010	5.873
Centro-Oeste	301 – Atenção Básica	73	98	125	68	82	89
	302 – Ass. Hosp. Ambulatorial	942	1.082	1.387	1.691	1.955	1.411
	303 – Sup. Prof. Terapêutico	159	176	155	117	99	141
	304 – Vig. Sanitária	3	2	2	1	1	2
	305 – Vig. Epidemiológica	9	14	63	36	26	30
	306 – Alimentação e Nutrição	42	41	44	18	30	35
	Administrativa	1.664	1.863	1.818	1.613	1.618	1.715
	Informação Complementar	50	43	11	34	43	36
	Centro-Oeste	2.943	3.319	3.605	3.580	3.855	3.460

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

CONTAS DE SAÚDE SOB A ÓTICA MUNICIPAL

4

Este capítulo apresenta um diagnóstico aprofundado sobre as despesas municipais em ASPS no Brasil, evidenciando o expressivo esforço fiscal realizado pelos municípios para sustentar o sistema de saúde diante da insuficiência de financiamento por parte das esferas estadual e federal. O objetivo é compreender a dinâmica de financiamento do setor, analisando a limitada autonomia fiscal dos entes locais, a composição das receitas intergovernamentais e o perfil das despesas, com ênfase nas subfunções e nas fontes de recursos mobilizadas.

A análise, baseada em dados oficiais e oficinas de validação com gestores municipais, revela que, embora a média dos municípios ainda dependa fortemente das transferências constitucionais de impostos arrecadados na esfera federal, o volume agregado de despesas mostra que a maior parte do financiamento da saúde provém diretamente dos cofres municipais. Esse cenário reflete não apenas a centralização da arrecadação no pacto federativo brasileiro, mas também a capacidade limitada das demais esferas de governo em prover recursos compatíveis com as responsabilidades descentralizadas aos municípios.

Esse descompasso impõe aos entes locais um papel central na sustentação do SUS, frequentemente obrigando-os a compensar a instabilidade e a imprevisibilidade dos repasses federais e estaduais com receitas próprias mesmo diante de bases arrecadatórias restritas e desiguais. O esforço é ainda mais evidente nas subfunções de maior demanda, como AB e AHA, nas quais os municípios financiam a maior parte das despesas, em contraste com áreas onde o apoio estadual e federal deveria ser mais significativo, como Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Alimentação e Nutrição.

Além disso, a composição das despesas por categoria econômica evidencia um padrão de alocação fortemente concentrado em despesas correntes – que consomem, em média, 95% dos recursos – em detrimento de investimentos em capital, o que compromete a capacidade de expansão e modernização da infraestrutura de saúde ao longo do tempo.

A estrutura do capítulo está organizada da seguinte forma: na Seção 4.1, discute-se a composição das receitas municipais, com destaque para a baixa autonomia fiscal e a

dependência das transferências; a Seção 4.2 detalha o perfil das despesas municipais, explorando as despesas por subfunção, por fonte de receita; a Seção 4.3 analisa a composição econômica das despesas, distinguindo entre custeio e investimento; por fim, a Seção 4.4 apresenta as conclusões, com ênfase nos desafios à sustentabilidade do financiamento municipal em saúde e na urgência de políticas que promovam maior equidade e estabilidade no arranjo federativo.

4.1 RECEITAS MUNICIPAIS

4.1.1 AUTONOMIA FISCAL DOS MUNICÍPIOS

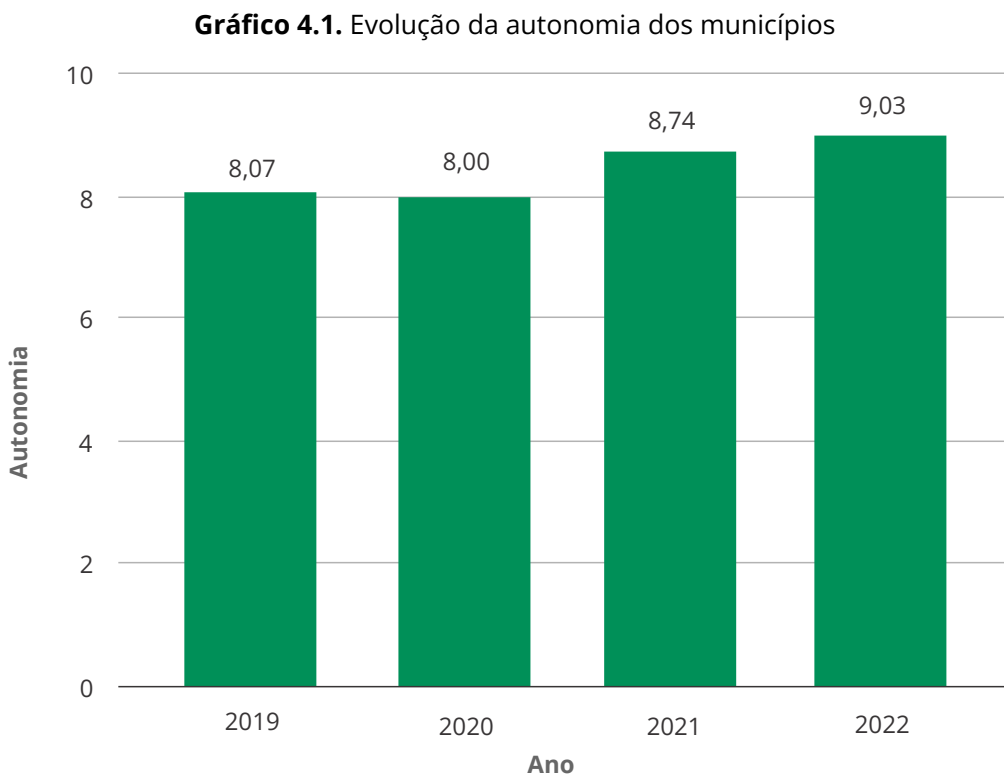
As receitas orçamentárias representam as disponibilidades de recursos financeiros que ingressam nos cofres públicos ao longo do exercício. Essas receitas viabilizam a execução das políticas públicas, sendo utilizadas pelo Estado para financiar programas e ações voltadas às necessidades da sociedade.

Mais especificamente, impostos, taxas e contribuições de melhoria são tributos classificados como receitas na estrutura orçamentária. São receitas derivadas, arrecadadas compulsoriamente pelo Estado para custear suas atividades, conforme estabelecido no Código Tributário Nacional (CTN). Os impostos incidem sobre fatos geradores independentes de qualquer prestação estatal específica, sem contraprestação direta ao contribuinte. Já as taxas são cobradas em razão do exercício do poder de polícia ou da prestação de serviços públicos específicos e divisíveis. A contribuição de melhoria decorre da valorização imobiliária gerada por obras públicas, sendo limitada ao custo da obra e ao benefício individual auferido pelo imóvel.

No contexto dos municípios brasileiros, a arrecadação própria, composta por impostos, taxas e contribuições, representa uma parcela reduzida do total de receitas. A autonomia fiscal municipal, medida pela razão entre essas receitas próprias e o total arrecadado, é limitada. Isto decorre, sobretudo, do pacto federativo brasileiro, que impõe uma centralização da arrecadação, cabendo aos municípios a cobrança de impostos de menor potencial de receitas, como o IPTU, ISS e ITBI.

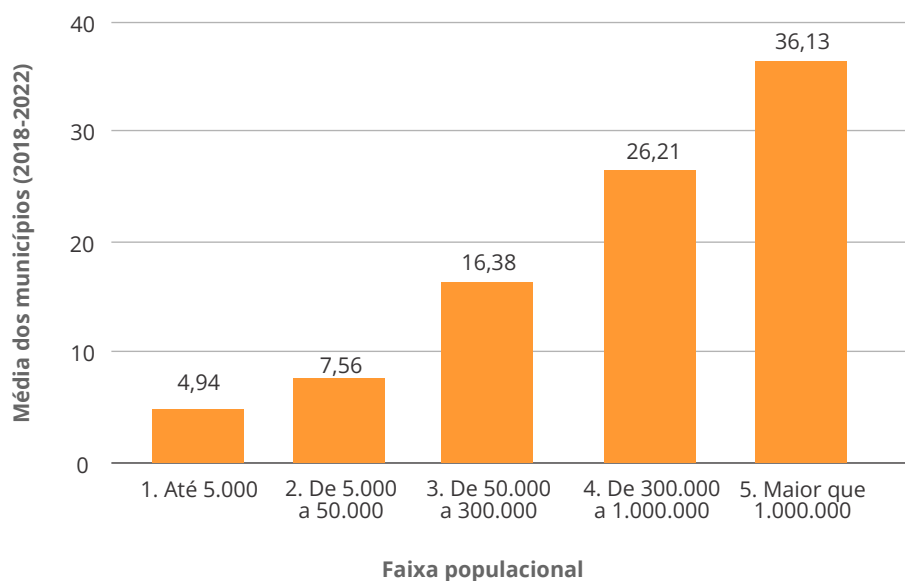
De toda forma, durante o período analisado, verificou-se um ligeiro crescimento da autonomia financeira dos municípios, de aproximadamente um ponto percentual. Ainda assim, a dependência de transferências intergovernamentais permanece significativa: de cada R\$ 10,00 arrecadados, apenas R\$ 1,00 provém da tributação própria, evidenciando o papel central das transferências de impostos arrecadados por outros entes federativos na estrutura financeira municipal. É importante destacar que tais impostos arrecadados por outros entes federativos compõem a base de receitas dos municípios conforme previsto na legislação.

Nesse cálculo, o FPM é considerado uma transferência, pois a arrecadação está fora da gestão direta do município. De fato, o FPM é composto por 25,5% do Imposto de Renda (IR), e o mesmo percentual do IPI, ambos arrecadados pela União. Ainda que tecnicamente seja uma transferência involuntária, de caráter obrigatório, constituindo, portanto, a base de receitas dos municípios, tal fonte é influenciada pela decisão do governo federal em quais alíquotas definir para tributação do IR e do IPI. Isso acaba por reduzir a autonomia municipal, acarretando volatilidade e incerteza na arrecadação. Os dados estão expostos no gráfico 4.1



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 4.1 apresenta a evolução da autonomia fiscal dos municípios brasileiros ao longo dos anos de 2019 a 2022. Observa-se um crescimento gradual no índice de autonomia fiscal durante esse período. Em 2019, a autonomia foi de 8,07%, passando para 8 % em 2020, o que indica uma leve queda. No entanto, nos anos seguintes, houve um aumento significativo, com a autonomia atingindo 8,74% em 2021 e 9,03% em 2022.

Gráfico 4.2. Evolução da autonomia por porte populacional

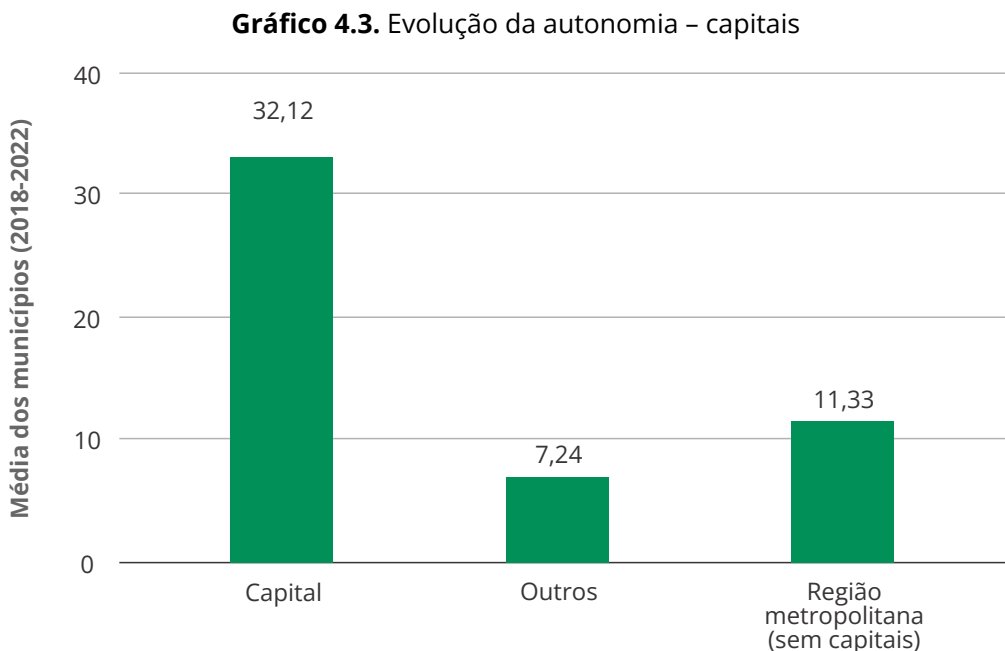
Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Observamos, contudo, que a autonomia está diretamente relacionada com o tamanho populacional. O gráfico 4.2 ilustra a autonomia dos municípios brasileiros segmentada por diferentes faixas populacionais, com uma média calculada para o período de 2018 a 2022. A análise revela uma clara correlação entre o tamanho da população e o nível de autonomia fiscal dos municípios.

Para municípios com até 5 mil habitantes, a autonomia média é a mais baixa, registrando 4,94%. À medida que a população aumenta, a autonomia fiscal também cresce. Municípios com população entre 5 mil e 50 mil habitantes possuem uma média de autonomia de 7,56%. Essa autonomia aumenta significativamente para 16,38% em municípios com população entre 50 mil e 300 mil habitantes. O crescimento continua em municípios com população entre 300 mil e 1 milhão de habitantes, onde a autonomia média é de 26,21%. A maior autonomia fiscal é observada em municípios com população superior a 1 milhão de habitantes, registrando uma média de 36,13%.

Esse padrão sugere que municípios maiores tendem a ter maior capacidade de gerar receitas próprias, possivelmente devido a uma base tributária mais ampla e diversificada, bem como a uma infraestrutura mais desenvolvida para a arrecadação de impostos, taxas e contribuições. Em contraste, municípios menores enfrentam maiores desafios na geração de receitas próprias e, conseqüentemente, dependem mais de trans-

ferências externas, ou seja, do compartilhamento de receitas arrecadadas por outros entes federativos, para sustentar as políticas públicas que produzem.



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Em seguida, analisamos a autonomia fiscal média dos municípios brasileiros, segmentada em três categorias: capitais, outros municípios e municípios da região metropolitana (excluindo as capitais), considerando o período de 2018 a 2022. Os dados estão no Gráfico 4.3. As capitais apresentam a maior média de autonomia fiscal, com um valor de 32,12%. Isso indica que as capitais possuem uma capacidade significativa de gerar receitas próprias, possivelmente devido a uma economia mais diversificada, maior base tributária e melhores mecanismos de arrecadação.

Os outros municípios, que não são capitais nem fazem parte das regiões metropolitanas, exibiram uma média de autonomia fiscal muito menor, de apenas 7,24% das receitas sendo originadas de impostos, taxas e contribuições de melhoria. Essa média relativamente baixa sugere uma maior dependência de transferências externas e menor capacidade de geração de receitas próprias. Trata-se, portanto, de uma realidade completamente distinta, em que o FPM, além de outras transferências governamentais, é a principal fonte de receitas da administração. Conforme já explicitado, isso significa dependência do envio de recursos arrecadados por outros entes federativos que, ainda

que de envio obrigatório, traz grande volatilidade e incerteza para a gestão municipal. Na seção seguinte, essa fonte de recursos será mais bem explorada.

Os municípios situados em regiões metropolitanas, excluindo as capitais, têm uma média de autonomia fiscal de 11,33%. Esses municípios, apesar de estarem próximos a grandes centros urbanos, ainda enfrentam desafios em termos de geração de receitas próprias embora apresentem melhor desempenho em comparação com os outros municípios não metropolitanos. Em resumo, o gráfico evidencia que a autonomia fiscal é significativamente maior nas capitais, refletindo uma maior capacidade de gestão financeira e arrecadação de recursos próprios, enquanto os municípios menores e não metropolitanos enfrentam maiores dificuldades em alcançar essa autonomia.

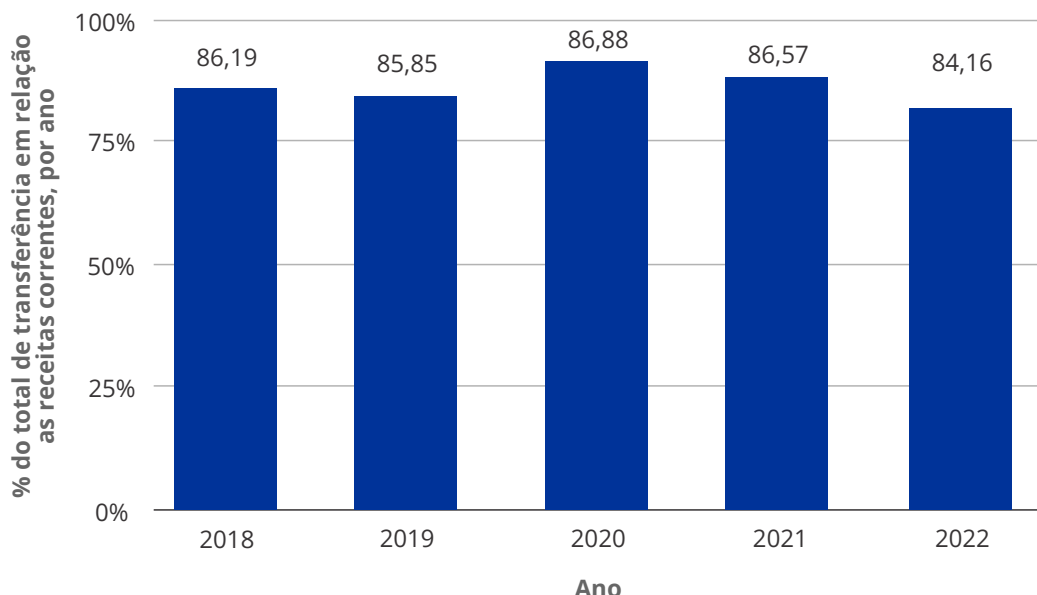
4.1.2 RECEITA COM FPM, FPE E OUTRAS MODALIDADES

As transferências involuntárias são as principais fontes de receita para os municípios, ou seja, os recursos financeiros recebidos de outras entidades, públicas ou privadas, para custear despesas de manutenção ou funcionamento de atividades de interesse público, sem exigir contraprestação direta em bens ou serviços ao transferidor. Essas transferências podem ser constitucionais, legais ou voluntárias, sendo exemplos relevantes as transferências da União para estados e municípios, como os FPE e os FPM. Nesta seção, analisamos todas as transferências recebidas, tanto aquelas diretamente destinadas à saúde quanto valores que também podem ser aplicados em outras áreas.

Durante o período analisado, houve uma queda de 2,03 pp nas transferências, mas ainda permanecem acima de 80% em todos os anos. No entanto, a relevância dos entes federativos que apoiam os municípios é muito distinta. Para cada R\$ 1,00 repassado pelos governos estaduais, o governo federal contribui com R\$ 2,40. Os governos estaduais tendem a repassar mais recursos para as capitais, com uma diferença média de 9,10 pp. Por outro lado, as transferências da União por meio do FPM direcionam mais recursos para municípios fora das regiões metropolitanas e para aqueles que não são capitais, isso, sobretudo, em virtude das regras de repartição do referido fundo.

Há uma grande heterogeneidade nos padrões de repasse estadual. Estados do Centro-Sul repassam, em média, 30% dos recursos. No Norte, esse percentual é de aproximadamente 20% enquanto no Nordeste é de apenas 11%. Esses valores consideram o FPM como uma transferência involuntária, ou seja, o compartilhamento obrigatório das parcelas de IR e IPI que são de direito dos municípios.

Gráfico 4.4. Relevância das transferências

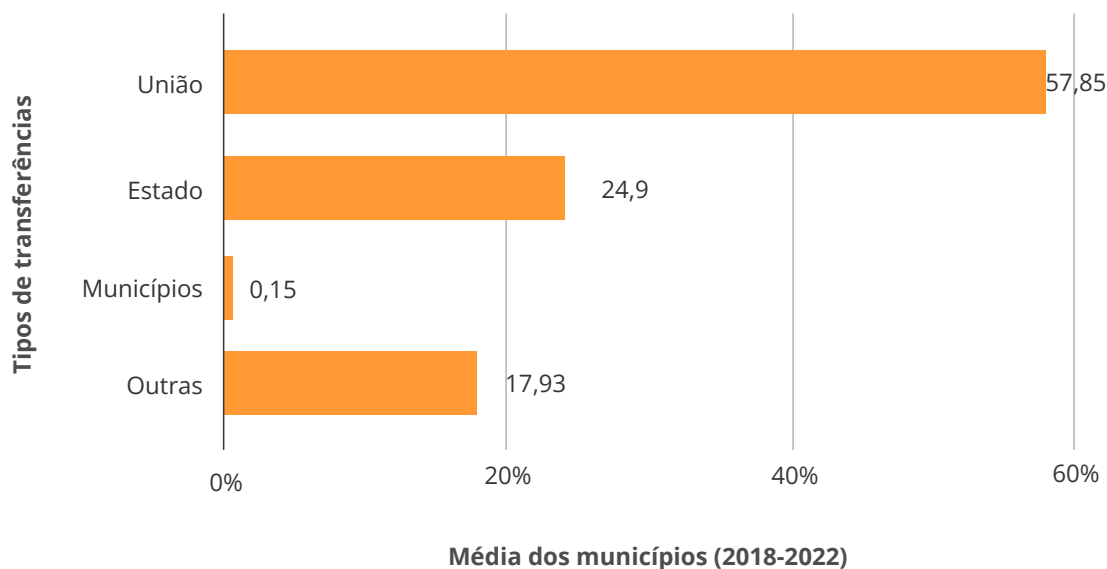


Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 4.4 apresenta a porcentagem do total de transferências em relação às receitas correntes dos municípios brasileiros, analisada anualmente de 2018 a 2022. Em 2018, a porcentagem de transferências em relação às receitas correntes foi de 86,19%. Em 2019, houve uma leve redução para 85,85%, seguido por um aumento em 2020, em que a porcentagem atingiu 86,88%, o valor mais alto do período analisado. No ano de 2021, a porcentagem de transferências caiu ligeiramente para 86,57%, e em 2022, houve uma redução mais significativa, chegando a 84,16%.

Em complementariedade à análise do item anterior, esses dados indicam que, ao longo do período, uma grande parte das receitas correntes dos municípios brasileiros provém de transferências, ressaltando a dependência significativa de recursos externos. Apesar de pequenas variações anuais, a porcentagem de transferências em relação às receitas correntes se manteve bastante elevada, sempre acima de 84%.

Gráfico 4.5. Tipo de transferências



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

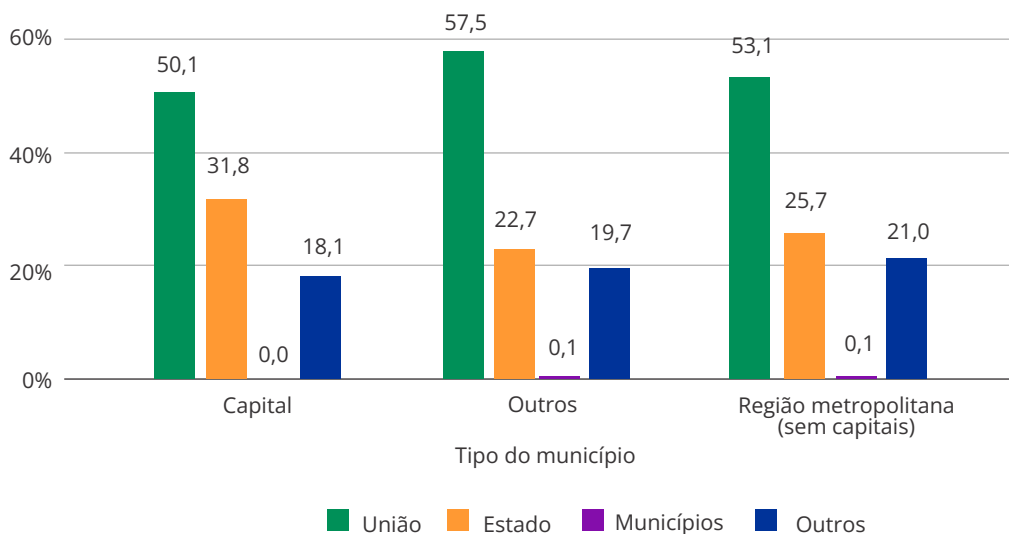
O gráfico 4.5 evidencia o perfil de transferências por ente federativo de origem em relação ao total de transferências governamentais recebidas pelos municípios brasileiros no período de 2018 a 2022.

A maior parte das transferências governamentais vem da União, representando 57,85% do total. Isso mostra uma significativa dependência dos municípios em relação ao governo federal para obtenção de recursos financeiros, visto que parcela substantiva da arrecadação de direito dos municípios é realizada pela União e posteriormente transferida. A composição dessas transferências, em detalhe, será apresentada e discutida nas seções a seguir. As transferências provenientes dos estados constituem a segunda maior fonte, com 24,08% do total. Isso reflete o papel relevante atribuído pela Constituição Federal na centralização da arrecadação dos recursos na União e a concentração da provisão de serviços e logo de despesas nos governos estaduais e federal.

As transferências entre os próprios municípios são praticamente insignificantes, representando apenas 0,15% do total. Outras fontes de transferências, que podem incluir organizações não governamentais, doações internacionais e outras formas de suporte financeiro, representam 17,93% do total de transferências governamentais.

A elevada dependência das transferências de impostos de direito dos municípios, porém, arrecadas pelos governos federal e estaduais indica que muitos municípios acabam em uma situação de fragilidade, dependendo de uma capacidade limitada de gerar receitas próprias, necessitando de um apoio constante para a manutenção de suas finanças e para a execução de suas políticas públicas. Isso ocorre devido a múltiplas razões, decorrentes da centralização de arrecadação. Em primeiro lugar, a base arrecadatória dos municípios, composta por IPTU, ISS, ITB, Taxas e Contribuição de Melhoria, possui um potencial mais limitado de arrecadação se comparado com impostos estaduais e municipais. Por sua vez, os impostos de outros entes federativos com parcela garantida de repasse aos municípios têm sua administração fora do alcance dos gestores municipais. Dessa forma, políticas de isenção de IPI, por exemplo, acabam por afetar fortemente os cofres municipais.

Gráfico 4.6. Tipo de transferências por tipo de município



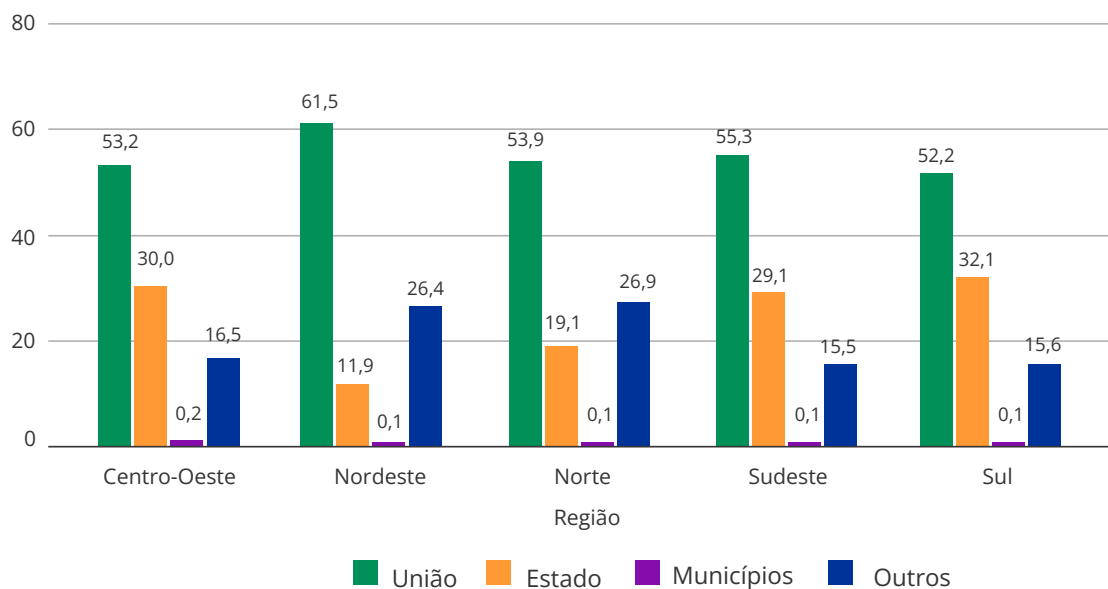
Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 4.6 apresenta a porcentagem dos tipos de transferência em relação ao total de transferências governamentais, segmentada por tipo de município: capitais, outros municípios e municípios da região metropolitana (excluindo as capitais), considerando a média dos anos de 2018 a 2022. Para as capitais, 50,1% das transferências governamentais provêm da União; 31,8%, dos estados; e 18,1%, de outras fontes. Não há transferências entre municípios observadas nessa categoria.

Nos outros municípios, a dependência das transferências da União é ainda maior, representando 57,5% do total. As transferências estaduais correspondem a 22,7% enquanto 19,7% vêm de outras fontes. Tal como nas capitais, as transferências entre municípios são praticamente inexistentes, com apenas 0,1%.

Nos municípios da região metropolitana, excluindo as capitais, a União é a principal fonte de transferências, com 53,1% do total. As transferências estaduais representam 25,7%, e as outras fontes contribuem com 21,1%. Transferências entre municípios também são desprezíveis, com apenas 0,1%. Embora as capitais tenham uma contribuição mais equilibrada entre União e estados, os outros municípios e aqueles da região metropolitana dependem mais intensamente das transferências de impostos de arrecadação federal. As transferências de outras fontes também desempenham um papel importante, especialmente fora das capitais. A ausência de transferências entre municípios indica que essa forma de financiamento é pouco explorada ou insignificante no contexto das finanças municipais brasileiras.

Gráfico 4.7. Tipo de Transferências por Tipo de Município



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 4.7 mostra a porcentagem dos tipos de transferência em relação ao total de transferências governamentais dividida por regiões do Brasil: Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul. A análise abrange a média dos anos de 2018 a 2022. Na região

Centro-Oeste, a União é a principal fonte de transferências, representando 53,2% do total, seguida pelos estados com 30% e outras fontes com 16,5%. As transferências entre municípios são praticamente insignificantes, com 0,2%.

No Nordeste, a dependência da União é ainda mais acentuada, com 61,5% das transferências provenientes do governo federal. As transferências estaduais correspondem a 11,9% enquanto outras fontes contribuem com 26,4%. As transferências entre municípios são desprezíveis, com 0,1%. Na região Norte, as transferências da União constituem 53,9% do total, seguidas pelos estados com 19,1% e outras fontes com 26,9%. As transferências entre municípios representam apenas 0,1%.

A região Sudeste exibe uma dependência significativa das transferências federais, com 55,3% do total. As transferências estaduais correspondem a 29,1% enquanto outras fontes contribuem com 15,5%. As transferências entre municípios são mínimas, com 0,1%. No Sul, a União é responsável por 52,2% das transferências, seguida pelos estados com 32,1% e outras fontes com 15,6%. As transferências entre municípios são insignificantes, com 0,1%.

Conforme esperado, esses dados evidenciam que, em todas as regiões, a União é a principal fonte de transferências governamentais conforme estabelecido pela Constituição Federal. Trata-se da essência, como já explicitado, do modelo brasileiro de arrecadação, que é centralizado. Destes, o principal é o FPM conforme já esclarecido. Outras fontes adicionais são as transferências FAF etc. que foram abordadas em profundidade nas seções anteriores.

De outro lado, no tocante aos estados, a variação no tamanho das transferências dos estados sugere diferenças regionais na estrutura de financiamento. No Nordeste, por exemplo, há uma maior contribuição de outras fontes, tais como transferências específicas do SUS, enquanto no Sul, as transferências estaduais têm um papel mais proeminente. A presença quase insignificante de transferências entre municípios é um padrão constante em todas as regiões, indicando que essa fonte é irrelevante no contexto das finanças municipais brasileiras.

É importante destacar que, nesta seção, foram analisadas todas as fontes de transferências. Analisar o perfil de arrecadação e, com isso, a autonomia fiscal é de extrema relevância, pois estabelece quais são os limites com que municípios podem operar para realizar suas despesas em saúde, por uma decisão própria, dentro dos seus orçamentos.

4.2 PERFIL DAS DESPESAS MUNICIPAIS

4.2.1 DESPESAS POR SUBFUNÇÃO

Nesta seção, analisamos os valores totais das despesas por subfunção, consoante definidos na Portaria nº 42/1999 do então Ministério de Estado do Orçamento e Gestão e atualmente utilizados pela Secretaria do Tesouro Nacional. Os dados são apresentados sem ainda desagregar por fontes de financiamento, o que será feito adiante. É importante destacar que os resultados das oficinas indicam que os municípios possuem dificuldades em entender a lógica macro da função orçamentária, visto que, no caso da saúde, seria sempre a Função 10 – Saúde, utilizando-se depois livremente a subfunção que coubesse. Isso é evidenciado pela aplicação incorreta das subfunções de administração, por exemplo, e pelo baixo gasto em Vigilância Sanitária. De outro lado, contudo, pudemos verificar que as subfunções da saúde são usadas de forma consistente, conforme foi investigado nas duas oficinas realizadas nos estados do Rio Grande do Sul (RS) e do Rio Grande do Norte (RN).

Tabela 4.1. Valores nominais por subfunção da despesa (em milhões de R\$) – média por município

Função	2018	2019	2020	2021	2022
301 – Atenção Básica	10,02	10,59	11,92	12,99	16,00
302 – Assistência Hospitalar Ambulatorial	11,04	12,28	14,65	16,44	18,72
303 – Suporte Profilático e Terapêutico	0,50	0,56	0,62	0,74	0,92
304 – Vigilância Sanitária	0,25	0,27	0,31	0,35	0,43
305 – Vigilância Epidemiológica	0,44	0,52	0,77	0,84	0,94
306 – Alimentação e Nutrição	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02
Administrativas	4,28	4,28	5,48	5,71	5,74
Informações Complementares	0,23	0,23	0,29	0,38	0,41

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

A análise dos dados mostra um crescimento significativo e contínuo de investimentos na AB. A tabela 4.1 apresenta os valores nominais despendidos em média por subfunção do gasto em milhões de reais para os anos de 2018 a 2022, detalhando os recursos destinados a diferentes áreas da saúde nos municípios brasileiros. Trata-se do gasto médio por município, incluindo as despesas correntes e de capital. Em relação à AB, os gastos foram de R\$ 10,02 milhões em 2018, aumentando progressivamente até atingir R\$ 6 milhões em 2022. Na AHA, os gastos começaram em R\$ 1,04 milhão em 2018 e aumentaram para R\$ 18,72 milhões em 2022, indicando a expansão dos serviços hospitalares e ambulatoriais para atender às demandas da população.

Para o SPT, os valores passaram de R\$ 500 mil em 2018 para R\$ 920 mil em 2022, mostrando um crescimento constante embora em menor escala em comparação com outras subfunções. A Vigilância Sanitária teve suas despesas aumentadas de R\$ 250 mil em 2018 para R\$ 430 mil em 2022. A Vigilância Epidemiológica também registrou um aumento nas despesas, passando de R\$ 440 mil em 2018 para R\$ 940 mil em 2022. Prosseguindo, a subfunção A&N apresentou valores estáveis em R\$ 10 mil até 2021, com um pequeno aumento para R\$ 20 mil em 2022. É importante destacar que se trata de valores baixos em virtude da relevância dessas subfunções, indicando a necessidade imediata de maiores gastos.

As despesas Administrativas médias, por sua vez, aumentaram de R\$ 4,28 milhões em 2018 para R\$ 5,74 milhões em 2022, refletindo a necessidade de suportar a estrutura administrativa para o funcionamento dos serviços de saúde. Finalmente, os investimentos em Informações Complementares cresceram de R\$ 230 mil em 2018 para R\$ 410 mil em 2022, indicando a valorização da coleta e gestão de informações para a saúde pública.

Em suma, a tabela mostra uma tendência geral de aumento nos investimentos em várias subfunções do gasto em saúde, com destaque para a AB e a AHA. O crescimento nas áreas de vigilância epidemiológica e sanitária sugere uma resposta às necessidades crescentes de monitoramento e controle de saúde pública, ainda que muito aquém do necessário. Por outro lado, áreas como A&N apresentam investimentos baixos e estáveis, sugerindo a necessidade de maior atenção.

Tabela 4.2. Valores reais por subfunção do gasto (média em milhões de R\$) – média por município

Função	2018	2019	2020	2021	2022	Var 18-22%
301 – Atenção Básica	12,66	12,95	13,98	13,76	16,00	26%
302 – Assistência Hospitalar Ambulatorial	13,95	15,03	17,18	17,41	18,72	34%
303 – Suporte Profilático e Terapêutico	0,63	0,69	0,73	0,78	0,92	45%
304 – Vigilância Sanitária	0,31	0,33	0,36	0,37	0,43	38%
305 – Vigilância Epidemiológica	0,56	0,63	0,90	0,89	0,94	68%
306 – Alimentação e Nutrição	0,01	0,01	0,02	0,01	0,02	59%
Administrativas	5,40	5,24	6,43	6,05	5,74	6%
Informações Complementares	0,29	0,28	0,34	0,40	0,41	44%

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

A tabela 4.2 exibe os valores reais gastos em média por subfunção a preços de dezembro de 2022, em milhões de reais, para os anos de 2018 a 2022, com a variação percentual no período de 2018 a 2022. Os dados são analisados por subfunção do gasto, fornecendo uma visão detalhada das mudanças nos investimentos ao longo desses anos. Trata-se do gasto médio por município.

Em relação à AB, os gastos aumentaram de R\$ 12,66 milhões em 2018 para R\$ 16 milhões em 2022, representando um crescimento de 26%. A AHA também teve um aumento significativo, passando de R\$ 13,95 milhões em 2018 para R\$ 18,72 milhões em 2022, com uma variação de 34%.

O SPT registrou um aumento de R\$ 630 mil em 2018 para R\$ 920 mil em 2022, com uma variação de 45%. A Vigilância Sanitária teve um crescimento de 38%, passando de R\$ 310 mil em 2018 para R\$ 430 mil em 2022. A Vigilância Epidemiológica apresentou o maior aumento percentual, com uma variação de 68%, passando de R\$ 560 mil em 2018 para R\$ 940 mil em 2022.

Os investimentos em A&N, embora baixos, aumentaram de R\$ 10 mil em 2018 para R\$ 20 mil em 2022, refletindo uma variação de 59%. As despesas Administrativas aumentaram de R\$ 5,40 milhões em 2018 para R\$ 5,74 milhões em 2022, com

uma variação de 6%, enquanto os investimentos em Informações Complementares cresceram de R\$ 290 mil em 2018 para R\$ 410 mil em 2022, representando uma variação de 44%

Em suma, a tabela mostra uma tendência geral de aumento em diversas subfunções das despesas em saúde mesmo que existam diferenças marcantes no impacto de cada uma delas. Destacam-se os crescimentos significativos na Vigilância Epidemiológica e no SPT, refletindo a importância crescente dessas áreas na saúde pública. Por outro lado, áreas como A&N, apesar de exibirem um crescimento percentual elevado, ainda representam uma parcela muito pequena do total de investimentos. As despesas Administrativas mostraram um crescimento mais modesto, sugerindo uma estabilização nos custos de gestão.

A tabela 4.3 a seguir apresenta o total de despesa por todos os municípios por subfunção, a preços de dezembro de 2022, em bilhões de reais, para os anos de 2018 a 2022. Os dados fornecem uma visão abrangente dos investimentos totais em diferentes áreas da saúde ao longo desses anos. Enquanto na análise anterior foram analisadas as médias por municípios, agora, exploram-se os totais despendidos por todos os municípios.

Tabela 4.3. Total gasto por subfunção do gasto a preços de dez./2022
(em bilhões de R\$)

Função	2018	2019	2020	2021	2022
301 – Atenção Básica	70,5	72,1	77,9	76,6	89,1
302 – Assistência Hospitalar Ambulatorial	77,7	83,7	95,7	96,9	104,2
303 – Suporte Profilático e Terapêutico	3,5	3,8	4,1	4,4	5,1
304 – Vigilância Sanitária	1,7	1,8	2,0	2,1	2,4
305 – Vigilância Epidemiológica	3,1	3,5	5,0	4,9	5,2
306 – Alimentação e Nutrição	0,08	0,07	0,09	0,06	0,13
Administrativas	30,1	29,2	35,8	33,7	32,0
Informações Complementares	1,6	1,6	1,9	2,2	2,3
Total	188,3	195,8	222,5	220,9	240,4

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Para a AB, os gastos aumentaram de R\$ 70,5 bilhões em 2018 para R\$ 89,1 bilhões em 2022, indicando um crescimento substancial. A AHA também registrou um aumento significativo, passando de R\$ 77,7 bilhões em 2018 para R\$ 104,2 bilhões em 2022.

No SPT, os gastos cresceram de R\$ 3,5 bilhões em 2018 para R\$ 5,1 bilhões em 2022. A Vigilância Sanitária teve um crescimento de R\$ 1,7 bilhão em 2018 para R\$ 2,4 bilhões em 2022. A Vigilância Epidemiológica apresentou um aumento de R\$ 3,1 bilhões em 2018 para R\$ 5,2 bilhões em 2022.

As despesas na subfunção A&N, embora baixos, cresceram de R\$ 79,2 milhões em 2018 para R\$ 125,7 milhões em 2022. As despesas Administrativas aumentaram de R\$ 30,1 bilhões em 2018 para R\$ 32,0 bilhões em 2022. Finalmente, os investimentos em Informações Complementares cresceram de R\$ 1,6 bilhão em 2018 para R\$ 2,3 bilhões em 2022.

O total das despesas em saúde aumentou de R\$ 188,3 bilhões em 2018 para R\$ 240,4 bilhões em 2022, refletindo um crescimento significativo nos investimentos gerais em saúde ao longo desses anos. Em síntese, os dados evidenciam um aumento contínuo e expressivo nos investimentos municipais em diversas áreas da saúde, com destaque para a AB e a AHA. O crescimento nas áreas de Vigilância Sanitária e Epidemiológica também sugere uma resposta às necessidades crescentes de monitoramento e controle da saúde pública. Por outro lado, áreas como A&N, apesar do crescimento percentual elevado, ainda representam uma parcela reduzida do total de investimentos. Já as despesas Administrativas apresentaram um crescimento mais modesto, indicando uma possível estabilização nos custos de gestão.

Tabela 4.4. Distribuição dos gastos por subfunção a preços de dez./2022 (em milhões de R\$) – média por município

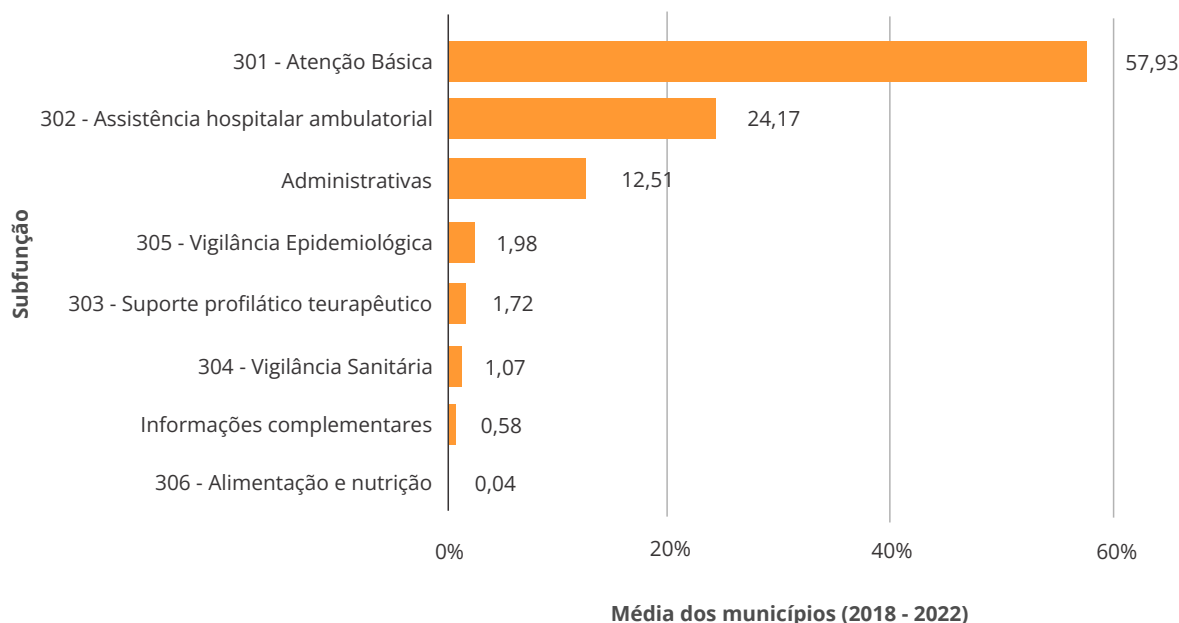
Função	Média Período em %	Valor em 2022 em %
301 – Atenção Básica	36.16%	37.05%
302 – Assistência Hospitalar Ambulatorial	42.90%	43.35%
303 – Suporte Profilático e Terapêutico	1.96%	2.12%
304 – Vigilância Sanitária	0.94%	0.99%
305 – Vigilância Epidemiológica	2.05%	2.18%
306 – Alimentação e Nutrição	0.04%	0.05%
Administrativas	15.05%	13.29%
Informações Complementares	0.90%	0.96%

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

A tabela 4.4 expõe a distribuição das despesas por subfunção a preços de dezembro de 2022, destacando a distribuição em porcentagens do período e em 2022. A AB representou, em média, 36,16% do total de gastos no período analisado, atingindo 37,05% em 2022. Na AHA, a participação média foi de 42,90%, aumentando para 43,35% no último ano da série. O SPT teve uma participação média de 1,96%, subindo para 2,12% em 2022. A Vigilância Sanitária, que representou 0,94% dos gastos ao longo do período, chegou a 0,99% no último ano. Já a Vigilância Epidemiológica teve uma média de 2,05%, aumentando para 2,18% em 2022. Por sua vez, a participação da A&N manteve-se baixa, com 0,04% na média do período e 0,05% em 2022. As despesas Administrativas, que representaram 15,05% do total em média, exibiram uma leve redução, chegando a 13,29% em 2022. Por fim, os gastos com Informações Complementares passaram de uma média de 0,90% para 0,96% no último ano da série.

O gráfico 4.8 demonstra a porcentagem média dos gastos por subfunção dos municípios brasileiros para o período de 2018 a 2022. A subfunção com a maior participação média nos gastos é a AB, representando 57,93% do total. Em seguida, a média AHA ocupa 24,17% dos gastos. A média das despesas Administrativas correspondem a 12,51% do total. Outras subfunções apresentam participações médias menores, como Vigilância Epidemiológica (1,98%), SPT (1,72%), Vigilância Sanitária (1,07%), Informações Complementares (0,58%) e A&N (0,04%).

Gráfico 4.8. % de gastos médios por subfunção nos municípios



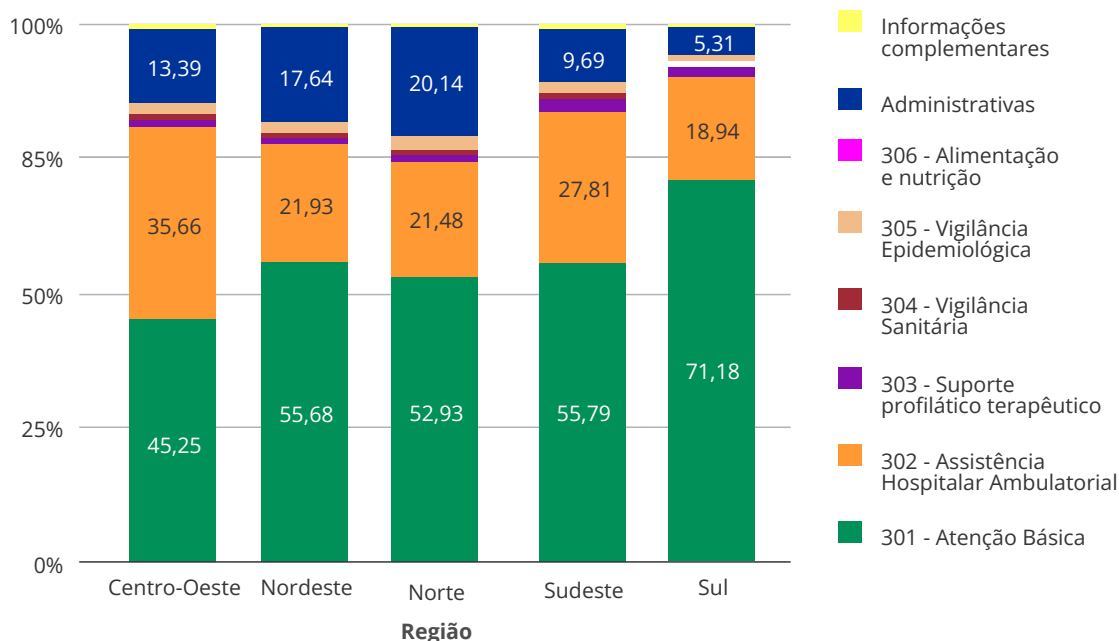
Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Esse padrão de distribuição de despesas evidencia a prioridade dada à AB e à AHA na alocação de recursos pelos municípios, refletindo a importância dessas áreas na prestação de serviços de saúde pública. As despesas Administrativas também constituem uma parte significativa do orçamento enquanto as outras subfunções, apesar de essenciais, recebem uma parcela menor dos recursos. Essas despesas na rubrica Administrativa podem englobar finalidades das subfunções. No entanto, é importante destacar a dificuldade no registro dessas despesas e a tendência à sua centralização erroneamente como administrativa, o que pode impactar a transparência e a eficiência na alocação dos recursos.

Nos gráficos a seguir, apresenta-se a análise das despesas nas subfunções por diversos recortes. O gráfico 4.9 exibe a porcentagem das despesas por subfunção nas diferentes regiões do Brasil, com base na média dos municípios para o período de 2018 a 2022. A análise destaca variações significativas no perfil de gastos entre as regiões.

Na região Centro-Oeste, a AB representa 45,25% dos gastos, seguida pela AHA com 35,66% e pelas despesas Administrativas com 13,89%. No Nordeste, a AB responde por 55,68% dos gastos, enquanto a AHA ocupa 21,93%, e as despesas Administrativas, 17,64%.

Gráfico 4.9. % de despesas por subfunção por região



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Na região Norte, a AB constitui 52,93% das despesas; a AHA 21,48%; e as despesas Administrativas, 20,14%. No Sudeste, a AB é responsável por 55,79% dos gastos; a AHA, 27,81%; e as despesas Administrativas, 9,69%. Por fim, na região Sul, a AB representa 71,18% dos gastos; a AHA, 18,94%; e as despesas Administrativas, 5,31%. Outras subfunções, como Vigilância Epidemiológica, SPT, Vigilância Sanitária, A&N, e Informações Complementares, apresentam variações menores em todas as regiões, com percentuais geralmente abaixo de 5%. Esses dados mostram que o perfil de gastos por subfunção não é homogêneo entre as regiões. Há uma grande variação nos custos administrativos e nos gastos nas subfunções de AB e AHA. Enquanto algumas regiões, como o Sul, priorizam amplamente a AB, outras, como o Centro-Oeste, distribuem os gastos de forma mais equilibrada entre diferentes subfunções.

Os dados evidenciam que a maior parte dos recursos foi direcionada para a AB e a AHA, que mantiveram crescimento ao longo dos anos. Outras subfunções, como SPT e Vigilância Epidemiológica, apresentaram aumentos relativos embora ainda representem uma parcela muito menor do total. As despesas Administrativas mantiveram-se estáveis, já os investimentos em A&N continuaram reduzidos.

4.2.2 DESPESAS POR FONTE DE RECEITA

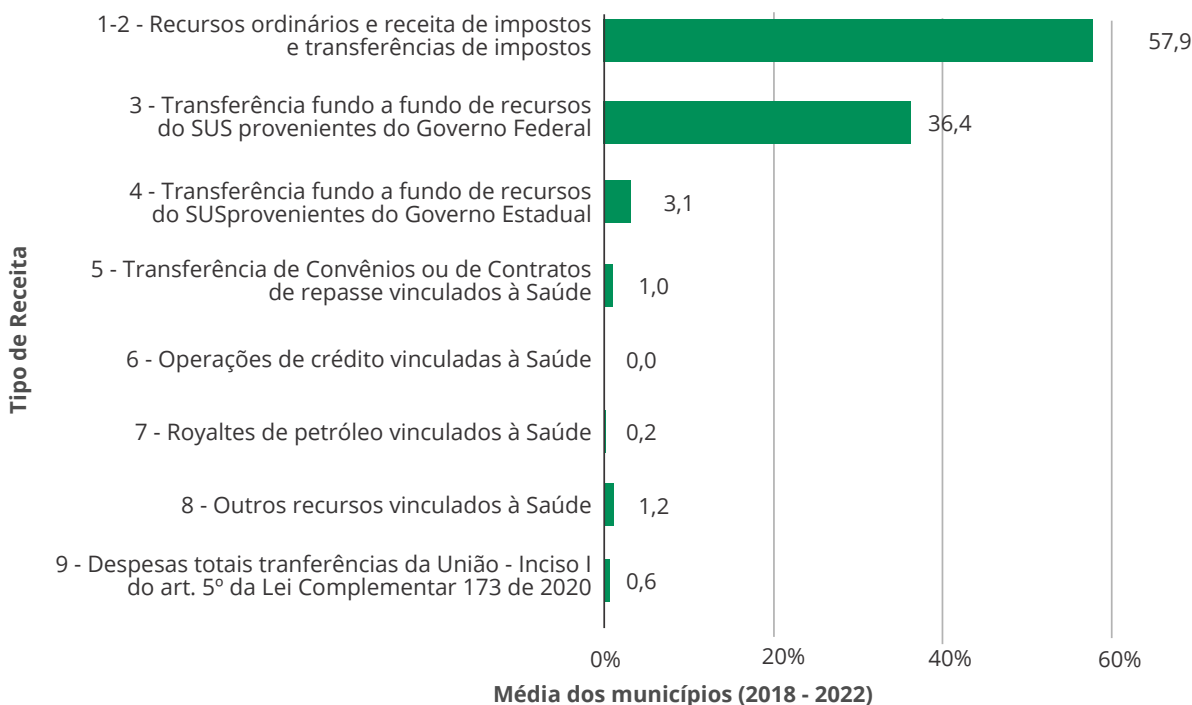
Na análise das despesas de saúde por fonte de receita, incorporamos os recursos do FPM, além da quota parte do ICMS e IPVA, ao total da arrecadação de impostos, taxas e contribuições. Trata-se do valor total disponível para os municípios conforme sua tributação local e sua parcela da arrecadação nos impostos federais e estaduais (IR e IPI, somados ao ICMS e ao IPVA). É importante destacar que esses tributos fazem parte da base vinculada à EC nº 29.

No período analisado, foi identificado que, para cada R\$ 1,00 que o governo federal repassou FAF, os municípios gastaram, em média, R\$ 1,59 em saúde. Da mesma forma, para cada R\$ 1,00 que o governo estadual repassou FAF, os municípios gastaram, em média, R\$ 18,67 em saúde.

O gráfico 4.10 exibe a participação das receitas nos gastos de saúde, por tipo de receita, com base na média dos municípios no período de 2018 a 2022. Os dados mostram que os “Recursos Ordinários e Receitas de Impostos e Transferências de Impostos” representam a maior parte das receitas, com 57,9%. Em seguida, as “Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS Provenientes do Governo Federal” constituem 36,4% das receitas. As “Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS Provenientes do Governo Estadual” somam 3,1% enquanto as “Transferências de Convênios ou de Contratos de Repasse Vinculadas à Saúde” contribuem com 1%.

Outras categorias, como “Operações de Crédito Vinculadas à Saúde” e “Royalties de Petróleo Vinculados à Saúde”, apresentam participações menores, de 0,2% cada. “Outros Recursos Vinculados à Saúde” somam 1,2%, e “Despesas Totais Transferências da União – inciso I do art. 5º da LC nº 173 de 2020” representam 0,6%.

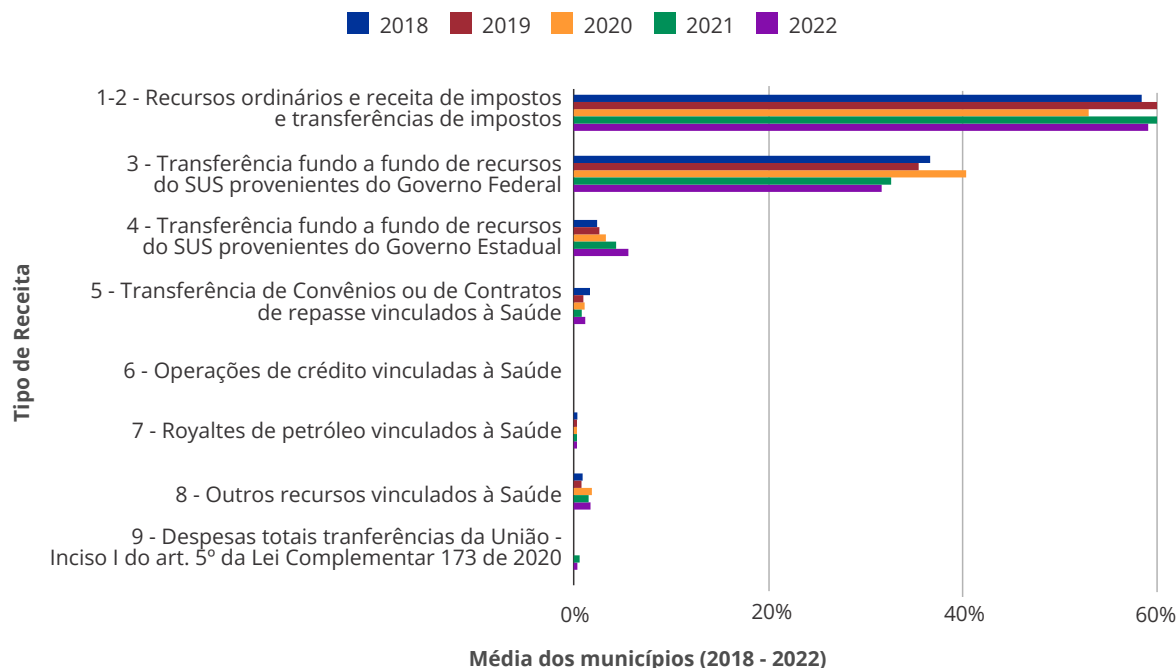
Gráfico 4.10. Participação das receitas nas despesas por tipo de receitas



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 4.11, por sua vez, apresenta a participação das receitas nas despesas de saúde por tipo de receita e ano, detalhando ano a ano para o período de 2018 a 2022. Novamente, os “Recursos Ordinários e Receitas de Impostos e Transferências de Impostos” mantiveram-se como a maior fonte de financiamento ao longo dos anos, variando pouco e permanecendo acima de 50%. Em 2020, houve um aumento significativo na “Transferência Fundo a Fundo de Recursos do SUS Provenientes do Governo Federal”, refletindo uma maior participação do governo federal em resposta à pandemia da covid-19. No entanto, em 2021, essa tendência voltou aos níveis observados anteriormente no período, com uma leve diminuição em 2022.

Gráfico 4.11. Participação das receitas nas despesas por tipo de receitas e por ano



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

As “Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS Provenientes do Governo Estadual” mostram uma participação menor e relativamente constante, variando de 2% a 4% ao longo dos anos. “Transferências de Convênios ou de Contratos de Repasse Vinculadas à Saúde” e outras fontes como “Operações de Crédito Vinculadas à Saúde”, “Royalties de Petróleo Vinculados à Saúde” e “Outros Recursos Vinculados à Saúde” apresentaram participações menores e mais estáveis, geralmente abaixo de 2%.

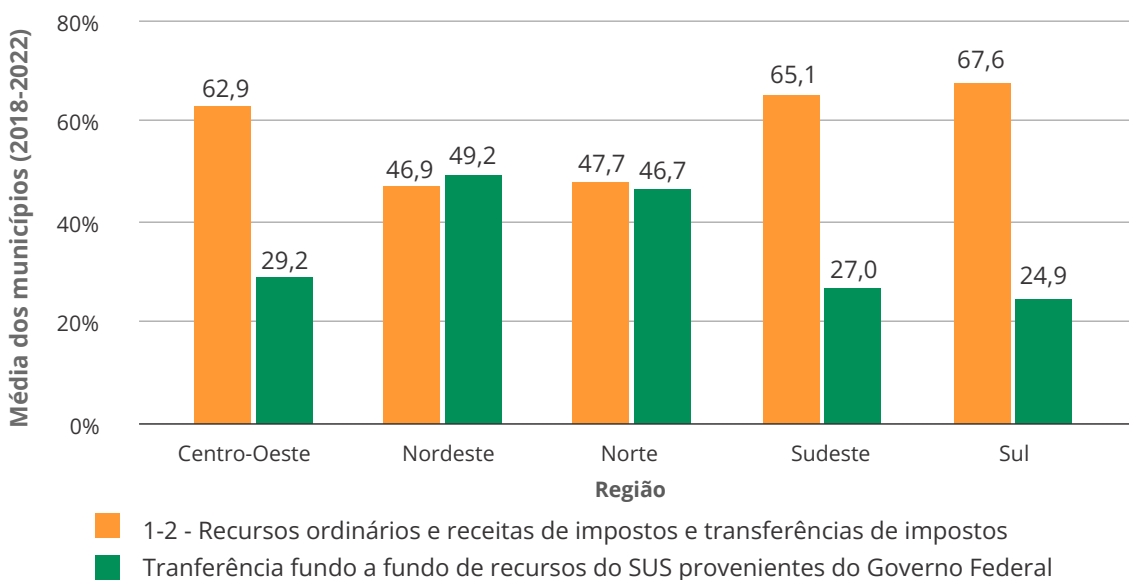
A linha das “Despesas Totais Transferências da União – inciso I do art. 5º da Lei Complementar nº 173 de 2020” é notável em 2020, mas quase inexistente nos outros anos. A LC nº 173, de 27 de maio de 2020, estabeleceu o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19) e alterou a Lei de Responsabilidade Fiscal (LC nº 101, de 4 de maio de 2000). O objetivo principal dessa lei foi fornecer auxílio financeiro a estados, Distrito Federal e municípios para mitigar os impactos econômicos e sociais decorrentes da pandemia.

Em resumo, o gráfico evidencia que, embora existam variações anuais, os “Recursos Ordinários e Receitas de Impostos e Transferências de Impostos” e as “Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS Provenientes do Governo Federal” são as principais

fontes de financiamento para os gastos de saúde dos municípios. A maior participação do governo federal em 2020 destaca uma resposta específica às necessidades emergenciais desse ano, ou seja, em função da pandemia, retornando logo após a uma distribuição mais típica nos anos subsequentes.

Esses dados evidenciam a predominância dos recursos próprios no financiamento da saúde municipal, com aportes complementares de outras fontes. Essa configuração ressalta a importância da previsibilidade nos repasses federais e estaduais, um desafio recorrente devido à sua frequente irregularidade. Nos próximos parágrafos, esse cenário será apresentado em mais detalhes.

Gráfico 4.12. Participação de receitas próprias e transferências federais por Região



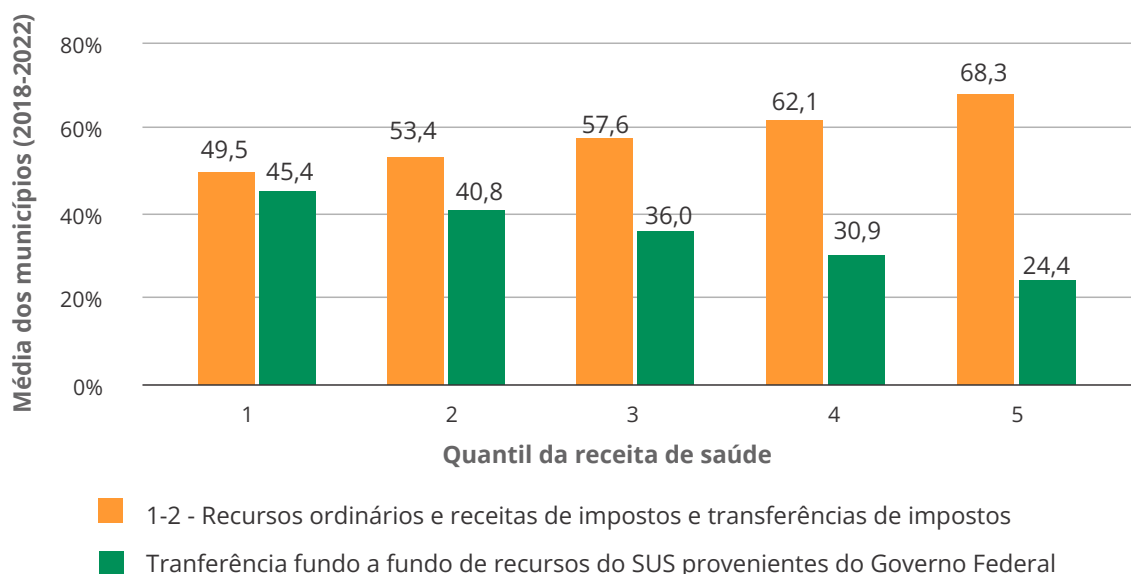
Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 4.12 exibe a participação de receitas próprias e transferências do governo federal nos gastos de saúde por região brasileira, com base na média dos municípios para o período de 2018 a 2022. As transferências estaduais, por serem muito menos relevantes, serão discutidas adiante. Para a região Centro-Oeste, as receitas próprias e as transferências de impostos (em azul) representam 62,9% dos recursos enquanto as transferências FAF de recursos do SUS provenientes do governo federal (em vermelho) correspondem a 29,2%. Na região Nordeste, as receitas próprias representam 49,2%, e as transferências federais somam 46,9%.

Na região Norte, as receitas próprias e as transferências de impostos constituem 47,7% enquanto as transferências federais equivalem a 46,7%. No Sudeste, a maior participação de receitas próprias é observada, com 65,1%, e as transferências federais representam 27%. Na região Sul, as receitas próprias alcançam 67,6%, e as transferências federais correspondem a 24,9%.

Esses dados mostram que as regiões Sul e Sudeste usam mais de suas receitas próprias e transferências de impostos locais para financiar os gastos de saúde enquanto as regiões Norte e Nordeste têm uma maior dependência das transferências federais. A região Centro-Oeste apresenta uma dependência intermediária entre receitas próprias e transferências federais.

Gráfico 4.13. Participação de receita próprias e transferências de Governo por Decil



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Nota: os municípios foram agrupados em cinco quantis com base na receita per capita de saúde. O primeiro quantil inclui aqueles com valores entre R\$ 0 e R\$ 646,02 enquanto o segundo quantil abrange de R\$ 646,02 a R\$ 782,17. No terceiro quantil, a receita varia de R\$ 782,17 a R\$ 944,96, e no quarto quantil, de R\$ 944,96 a R\$ 1.212,67. Por fim, o quinto quantil compreende os municípios com maior receita, entre R\$ 1.212,67 e R\$ 4.578,59.

O gráfico 4.13 demonstra a participação das receitas próprias e das transferências do governo federal nos gastos de saúde por quantil da receita de saúde, com base na média dos municípios para o período de 2018 a 2022. Para os municípios no primeiro quantil (R\$ 0 – R\$ 646,02), as receitas próprias e as transferências de impostos representam 49,5% dos recursos enquanto as transferências FAF do SUS, provenientes do governo federal, correspondem a 45,4%.

No segundo quantil (R\$ 646,02 – R\$ 782,17), a participação das receitas próprias aumenta para 53,4% enquanto as transferências federais caem para 40,8%. No terceiro quantil (R\$ 782,17 – R\$ 944,96), as receitas próprias e transferências de impostos passam a representar 57,6%, e as transferências federais reduzem-se para 36%. No quarto quantil (R\$ 944,96 – R\$ 1.212,67), essa tendência se mantém, com as receitas próprias chegando a 62,1% e com as transferências federais caindo para 30,9%. Já no quinto quantil (R\$ 1.212,67 – R\$ 4.578,59), que agrupa os municípios com maiores gastos per capita, as receitas próprias atingem 68,3% enquanto a participação das transferências federais diminui para 24,4%.

Os dados mostram que municípios com maior disponibilidade de recursos próprios tendem a ter gastos médios mais elevados na saúde. Conforme os municípios avançam nos quantis de receita, sua dependência de transferências federais diminui, indicando uma maior capacidade de financiamento próprio dos serviços de saúde.

Tabela 4.5. Distribuição dos gastos por subfunção por fonte em % 2018 a 2022

Fonte: elaboração própria com base no Siops.	Subfunção	Recursos próprios	Transferências do governo federal	Transferências do governo estadual	Outros
2018	Atenção Básica	59,67%	36,72%	2,11%	1,50%
2019		59,58%	36,95%	1,95%	1,52%
2020		54,81%	40,13%	2,50%	2,56%
2021		49,16%	47,32%	1,70%	1,83%
2022		57,82%	34,37%	4,86%	2,96%
2018	Assistência Hospitalar Ambulatorial	46,57%	47,58%	3,76%	2,08%
2019		46,89%	46,83%	4,36%	1,92%
2020		42,96%	48,52%	5,10%	3,42%
2021	Assistência Hospitalar Ambulatorial	48,20%	42,14%	6,13%	3,53%
2022		48,95%	37,23%	8,72%	5,10%
2018	Suporte Profilático e Terapêutico	47,74%	44,11%	6,48%	1,67%
2019		51,10%	41,25%	6,52%	1,13%
2020		51,56%	38,70%	8,01%	1,73%
2021		52,77%	34,21%	1,57%	2,45%
2022		51,79%	31,21%	1,56%	3,44%
2018	Vigilância Sanitária	52,81%	39,51%	1,39%	6,29%
2019		54,76%	37,36%	1,08%	6,80%
2020		49,09%	41,69%	1,81%	7,42%
2021		55,42%	37,54%	2,13%	4,91%
2022		55,79%	36,30%	4,86%	3,05%
2018	Vigilância Epidemiológica	43,69%	53,15%	1,86%	1,30%
2019		48,34%	48,91%	1,45%	1,30%
2020		39,05%	55,86%	1,43%	3,67%
2021		47,83%	45,17%	3,29%	3,71%
2022		50,28%	42,22%	4,86%	2,64%
2018	Alimentação e Nutrição	77,89%	20,68%	0,76%	0,68%
2019		65,56%	26,80%	1,41%	6,23%
2020		73,46%	19,17%	3,69%	3,68%
2021		76,82%	12,67%	3,45%	7,06%
2022		65,75%	25,69%	4,86%	3,71%

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Obs.: para a distribuição dos gastos na subfunção no total, vide tabela 04.

Na tabela 4.5, a análise da distribuição dos gastos municipais por subfunção e fonte de recursos entre 2018 e 2022 confirma o papel central dos municípios no financiamento da saúde pública apesar de sua base de arrecadação ser significativamente menor e mais volátil do que a das esferas estadual e federal. Mesmo com oscilações nas transferências, os recursos próprios continuaram a sustentar a maior parte das despesas em diversas áreas essenciais.

Na AB, os municípios foram historicamente os principais financiadores, cobrindo 59,67% das despesas em 2018. Esse percentual sofreu uma redução ligeira até 2021, quando atingiu seu menor valor (49,16%), mas voltou a crescer em 2022, alcançando 57,82%. Durante esse período, a participação das transferências federais aumentou até 2021, chegando a 47,32%, mas caiu para 34,37% em 2022. A participação dos estados, ainda que pequena, cresceu de 1,70% para 4,86% entre 2021 e 2022. Essa dinâmica evidencia que, mesmo diante de mudanças na composição dos repasses intergovernamentais, os municípios seguem como os principais responsáveis pelo financiamento da AB, garantindo a continuidade do serviço mesmo em cenários de instabilidade fiscal.

Na AHA, a participação municipal também sofreu oscilações, caindo de 46,57% em 2018 para 42,96% em 2020, mas recuperando-se para 48,95% em 2022. Em contraste, os repasses federais, que chegaram a 48,52% em 2020, reduziram-se progressivamente até 37,23% em 2022. Houve algum crescimento das transferências estaduais, que passaram de 3,76% em 2018 para 8,72% em 2022, todavia, mantendo-se em patamares muito baixos. No entanto, a maior parte dos gastos ainda recai sobre os municípios, que, apesar de terem menos capacidade arrecadatória, precisam alocar seus recursos para garantir a continuidade do atendimento hospitalar e ambulatorial.

No SPT, os municípios ampliaram sua participação de 47,74% em 2018 para 52,77% em 2021, mas registraram leve queda para 51,79% em 2022. Paralelamente, as transferências federais seguiram trajetória descendente, passando de 44,11% em 2018 para 31,21% em 2022. A participação estadual, por outro lado, cresceu um pouco, para 13,56% em 2022, o maior percentual no período analisado. Ainda assim, os números indicam que os municípios continuam sendo a principal fonte de financiamento dessa área mesmo diante da instabilidade das transferências.

A Vigilância Sanitária também permaneceu amplamente sustentada pelos municípios, cuja participação variou de 49,09% a 55,79% ao longo do período. As transferências federais, que representavam 41,69% em 2020, reduziram-se para 36,30% em 2022 enquanto os repasses estaduais, embora ainda modestos, mais que triplicaram entre 2018 e 2022, alcançando 4,86%. Esse padrão reforça que, apesar de oscilações nos repasses

externos, a responsabilidade fiscal e administrativa da Vigilância Sanitária segue concentrada nos municípios.

Na Vigilância Epidemiológica, a participação dos municípios variou de 39,05% em 2020 para 50,28% em 2022 ao passo que as transferências federais, que chegaram a 55,86% em 2020, caíram para 42,22% em 2022. Esse recuo do financiamento federal foi parcialmente compensado por um aumento na participação estadual, que passou de 1,86% em 2018 para 4,86% em 2022. Apesar desse crescimento, os municípios continuam desempenhando o papel central no financiamento dessa subfunção, sendo responsáveis por absorver a maior parte das variações nos repasses.

No financiamento da A&N, os municípios também assumiram a maior carga, embora sua participação tenha diminuído de 77,89% em 2018 para 65,75% em 2022. As transferências federais, que haviam atingido o menor nível em 2021 (12,67%), voltaram a crescer para 25,69% em 2022. Já os estados ampliaram sua participação para 4,86% no mesmo período, o que pode indicar um esforço regional para complementar as ações municipais. Mesmo com esse reforço, a maior parte do financiamento segue dependendo diretamente da arrecadação municipal.

Tabela 4.6. Distribuição dos gastos por subfunção por fonte per capita em R\$ – 2018 a 2022

Ano	Subfunção	Recursos Próprios	Transf. Governo federal	Transf. governo estadual	Outros
2018	Atenção Básica	201,78	124,18	7,15	5,08
2019		204,43	126,77	6,71	5,23
2020		201,65	147,62	9,21	9,40
2021		176,54	169,93	6,09	6,56
2022		253,71	150,79	21,32	13,00
2018	Assistência Hospitalar Ambulatorial	173,53	177,32	14,01	7,77
2019		186,77	186,54	17,37	7,66
2020		194,14	219,26	23,05	15,44
2021		218,97	191,40	27,85	16,03
2022		251,20	191,02	44,76	26,15
2018	Suporte Profilático e Terapêutico	8,01	7,39	1,10	0,29
2019		9,23	7,47	1,19	0,19
2020		9,96	7,51	1,56	0,33
2021		10,88	7,08	2,20	0,52
2022		13,00	7,83	3,40	0,89
2018	Vigilância Sanitária	4,32	3,21	0,10	0,53
2019		4,71	3,19	0,10	0,57
2020		4,63	3,92	0,19	0,71
2021		5,44	3,70	0,19	0,47
2022		6,60	4,28	0,59	0,34
2018	Vigilância Epidemiológica	6,47	7,91	0,29	0,19
2019		8,04	8,14	0,24	0,24
2020		9,21	13,18	0,33	0,85
2021		10,97	10,36	0,75	0,84
2022		12,85	10,83	1,23	0,69
2018	Alimentação e Nutrição	0,29	0,10	0,00	0,00
2019		0,24	0,10	0,00	0,00
2020		0,33	0,09	0,00	0,00
2021		0,23	0,05	0,00	0,00
2022		0,44	0,15	0,05	0,00

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

A tabela 4.6 apresenta a mesma distribuição por subfunção e fonte de financiamento da tabela 4.5, agora expressa em termos per capita (R\$ por habitante), o que permite dimensionar com maior precisão o esforço fiscal das diferentes esferas de governo ao longo do tempo. Os dados confirmam a predominância dos municípios na AB, cujo in-

vestimento próprio oscilou, mas atingiu R\$ 253,71 per capita em 2022 – o maior valor do período. A despeito da retração nas transferências federais (de R\$ 169,93 em 2021 para R\$ 150,79 em 2022), os municípios conseguiram elevar substancialmente sua alocação. Também é notável o aumento expressivo da participação estadual nesse mesmo ano, que passou de R\$ 6,09 para R\$ 21,32 por habitante.

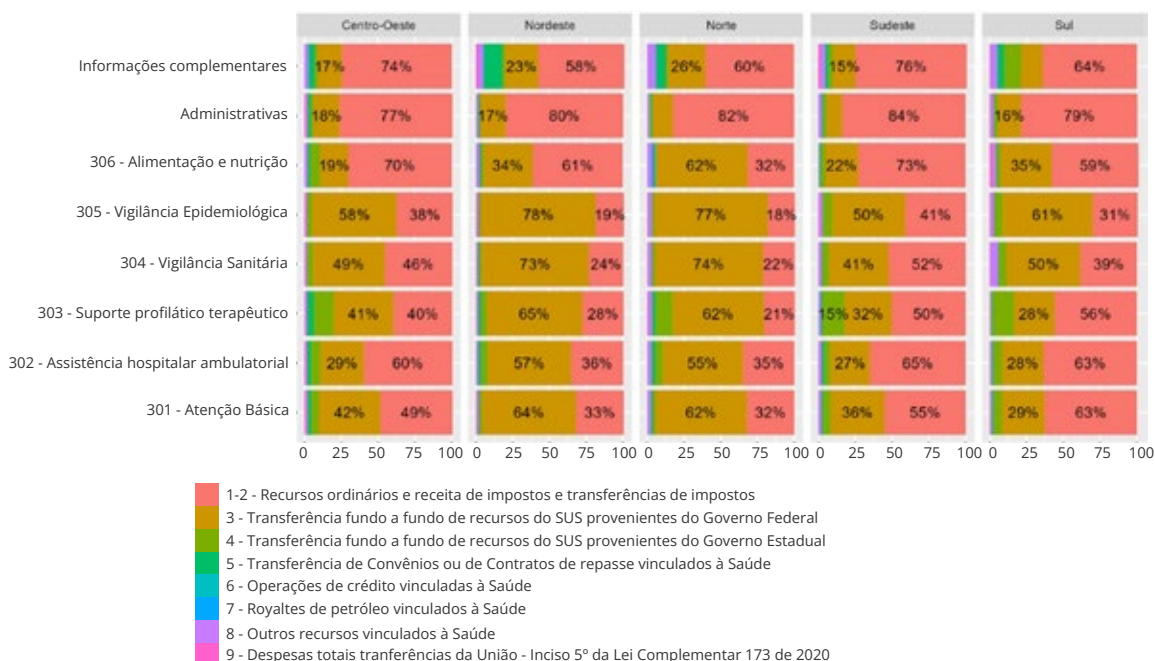
Nas demais subfunções, o padrão se repete: as despesas municipais não apenas se mantêm elevadas como também crescem em termos absolutos, mesmo com oscilações das demais fontes. Na AHA, por exemplo, os investimentos próprios passaram de R\$ 173,53 em 2018 para R\$ 251,20 em 2022, compensando parcialmente a redução das transferências federais observada a partir de 2020. Mesmo subfunções com valores menores, como Vigilância Sanitária ou A&N, evidenciam essa resiliência municipal, com incrementos per capita inclusive diante da baixa colaboração estadual ou federal. A leitura per capita, portanto, ilustra com ainda mais clareza o esforço redistributivo local e a pressão orçamentária suportada pelas administrações municipais na garantia do acesso à saúde.

Em síntese, a análise da série histórica mostra que, embora as transferências estaduais e federais tenham variado ao longo do período, a responsabilidade financeira dos municípios permaneceu elevada, voltando a crescer em 2022 após reduções pontuais nos anos anteriores. A base de arrecadação municipal, além de ser menor que a das esferas estadual e federal, é mais volátil e depende de fatores externos, como ciclos econômicos e políticas tributárias. No entanto, os municípios no desafio de responder às demandas de saúde da população passaram a sustentar boa parte das despesas, ajustando sua alocação de recursos mesmo diante das incertezas dos repasses intergovernamentais. Esse cenário reforça a necessidade de mecanismos que garantam maior previsibilidade orçamentária para os municípios, permitindo-lhes manter a prestação de serviços essenciais sem sofrer as consequências deletérias das instabilidades das transferências.

Nos próximos gráficos, analisa-se a distribuição dos gastos por diferentes recortes. O gráfico 4.14, por exemplo, aponta a distribuição das fontes de receita dos gastos de saúde por subfunção, dividida por região do Brasil (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul), com base na média dos municípios para o período de 2018 a 2022. A análise revela diferenças significativas nas fontes de financiamento entre as regiões e subfunções.

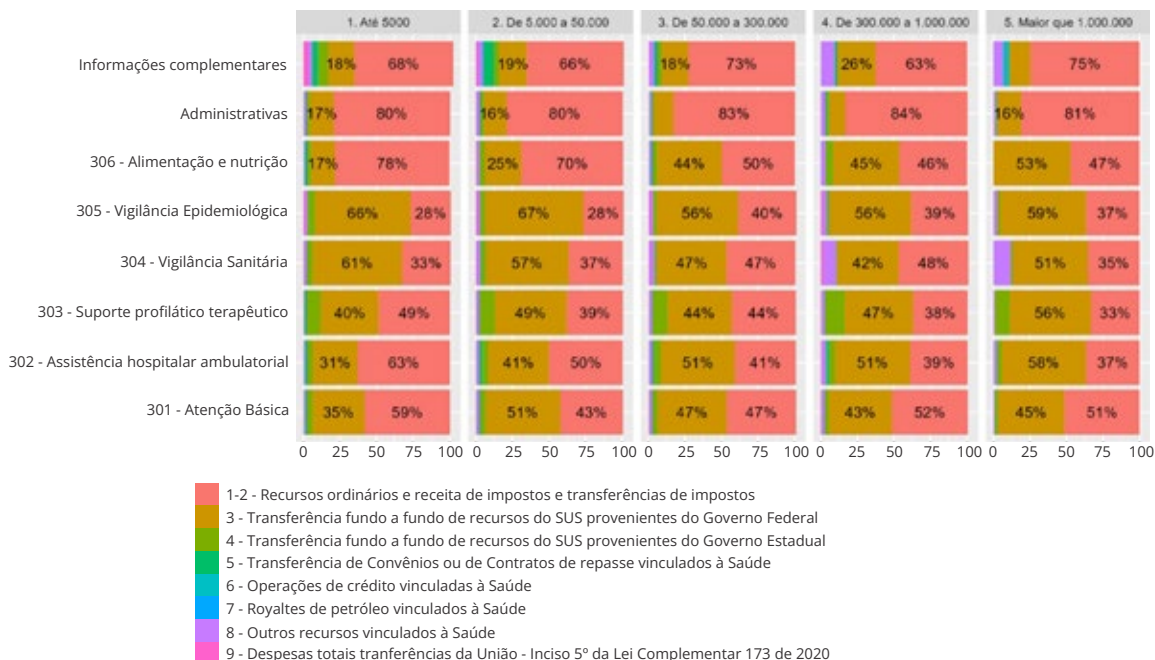
Essas diferenças regionais nas fontes de receita por subfunção de gasto refletem variações nas capacidades econômicas e nas prioridades de políticas públicas de saúde de cada região. As regiões com menor capacidade de mobilizar recursos próprios, como o Norte e Nordeste, contrastam com as regiões Sudeste e Sul, que têm maior participação de receitas ordinárias nos gastos de saúde.

Gráfico 4.14. % de despesas por subfunção e por fonte – regiões



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

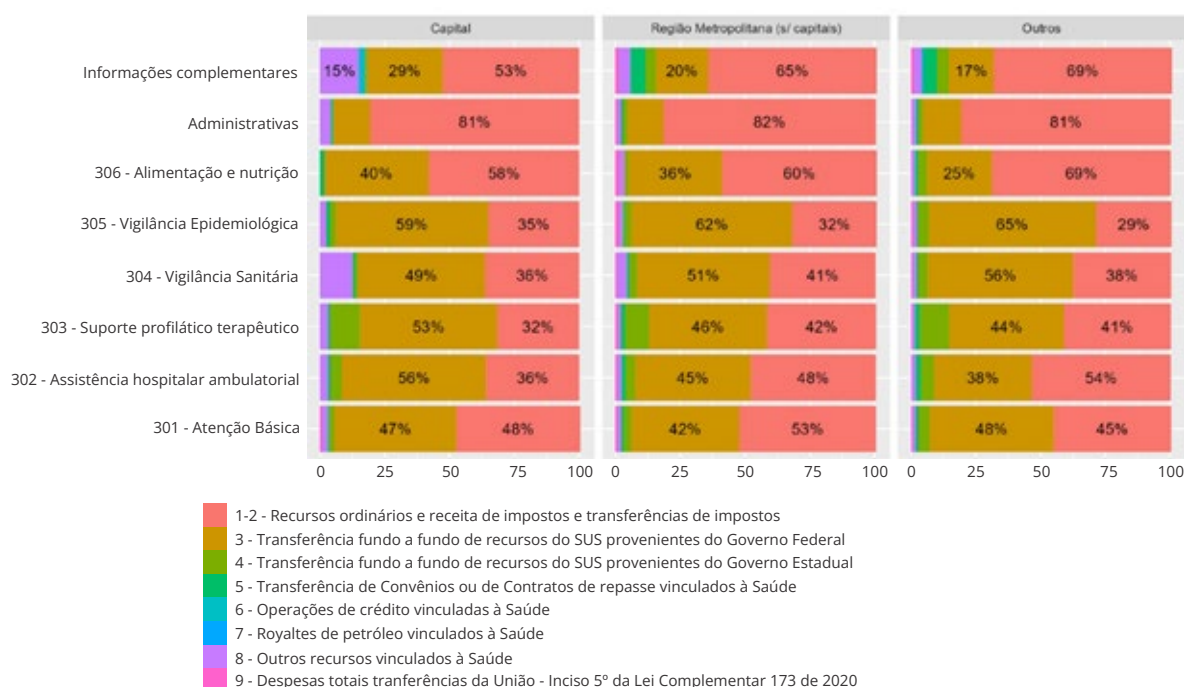
Gráfico 4.15. % de despesas por subfunção e por fonte – tamanho de município



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 4.15 apresenta a distribuição das fontes de receita das despesas de saúde por subfunção, dividida por porte populacional dos municípios brasileiros, com base na média dos municípios para o período de 2018 a 2022. Os dados mostram que os municípios menores dependem mais das transferências federais para financiar seus gastos de saúde, especialmente nas subfunções de A&N, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária. À medida que o porte populacional dos municípios aumenta, a participação das receitas ordinárias tende a crescer, refletindo uma maior capacidade de arrecadação própria. Municípios maiores, especialmente aqueles com mais de 1 milhão de habitantes, mostram uma maior diversificação das fontes de receita, embora as transferências federais e os gastos próprios ainda representem uma parte significativa do financiamento.

Gráfico 4.16. % de despesas por subfunção e por fonte – por tipo de município



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 4.16 indica a distribuição das fontes de receita das despesas de saúde por subfunção, dividida por tipo de cidade (capitais, regiões metropolitanas sem as capitais e outros municípios), com base na média dos municípios para o período de 2018 a 2022. A análise da distribuição dos gastos em saúde entre capitais, municípios das regiões metropolitanas (sem considerar as capitais) e outros municípios revela diferenças sig-

nificativas na capacidade de cada grupo de articular recursos próprios para compensar a dependência de transferências federais.

As capitais possuem maior capacidade de arrecadação e diversificação das fontes de receita, o que lhes permite reduzir a dependência dos repasses federais e manter maior autonomia financeira na alocação de recursos. Esse padrão se reflete, por exemplo, nas despesas Administrativas, em que 81% dos gastos são cobertos por receitas próprias, e em Informações Complementares, nas quais os recursos próprios chegam a 29%. Já na AB e na AHA (302), as receitas próprias representam 47% e 50% respectivamente, o que demonstra que, mesmo em subfunções tradicionalmente financiadas por transferências, as capitais conseguem mobilizar recursos próprios para equilibrar o financiamento.

Nos municípios das regiões metropolitanas sem as capitais, observa-se um perfil intermediário, em que há uma combinação entre recursos próprios e repasses federais, mas com menor capacidade de compensação da redução de transferências. Esses municípios ainda possuem alguma estrutura para captar recursos próprios, mas a articulação financeira é menos robusta que a das capitais. Isso se reflete na AB e na AHA, nas quais os recursos próprios cobrem 47% e 45% dos gastos, enquanto as transferências federais representam 44% e 48% respectivamente. No entanto, em áreas como A&N (306) e Vigilância Epidemiológica, a dependência das transferências federais é evidente, chegando a 63% e 62% dos gastos. Essa menor capacidade de compensação com recursos próprios torna esses municípios mais vulneráveis a oscilações no financiamento federal, afetando sua estabilidade financeira na prestação de serviços de saúde.

Nos outros municípios, que incluem cidades menores e mais afastadas dos grandes centros urbanos, a fragilidade imposta pelas transferências federais é ainda mais acentuada em virtude da menor capacidade de mobilizar recursos próprios para suprir possíveis lacunas no financiamento federal. Esses municípios, ao contrário das capitais e das regiões metropolitanas, têm menos instrumentos para compensar eventuais reduções no volume de transferências federais, tornando-se financeiramente mais vulneráveis e suscetíveis a cortes orçamentários no setor da saúde.

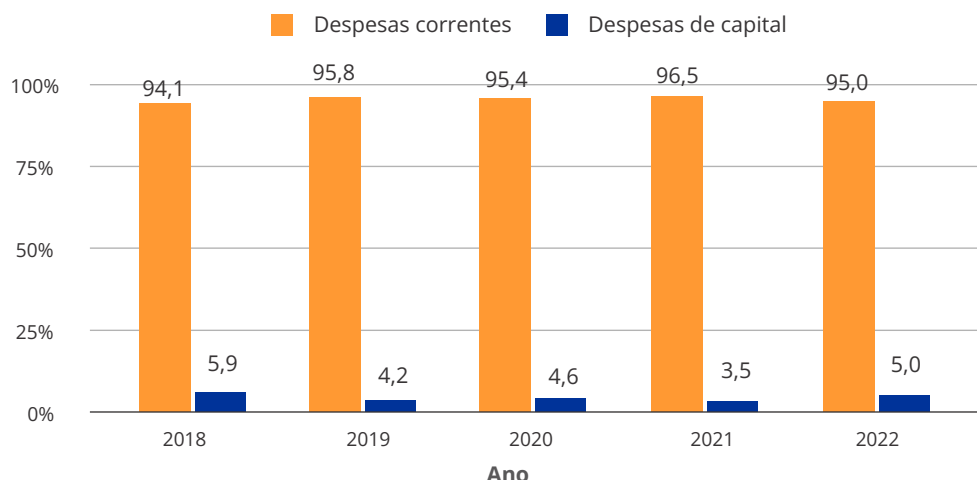
A relação entre dependência de transferências federais e capacidade de mobilizar recursos próprios evidencia a importância de um modelo de financiamento da saúde que leve em conta essas diferenças estruturais. Enquanto as capitais conseguem articular receitas próprias para reduzir sua dependência dos repasses federais, os municípios das regiões metropolitanas sem as capitais apresentam capacidade limitada de compensação, e os demais municípios enfrentam maiores dificuldades para equilibrar seu financiamento. Esse cenário reforça a necessidade de políticas públicas que garantam

maior previsibilidade nos repasses federais e incentivem o fortalecimento da arrecadação municipal, de modo a reduzir desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde entre diferentes tipos de cidades.

4.3 DESPESAS POR CATEGORIA ECONÔMICA

Neste subcapítulo, analisamos a composição das despesas pela sua categoria econômica. As despesas de capital são fundamentais, pois indicam a capacidade de expansão do sistema, enquanto as despesas correntes indicam o custo de funcionamento da atual estrutura. Usamos os valores reportados por classificação econômica conforme constante no Siops. Em síntese, de cada R\$ 100, praticamente 95% são gastos com despesas correntes conforme a média de todo o período.

Gráfico 4.17. Despesas correntes e de capital dos municípios – distribuição em %



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 4.17 mostra a distribuição das despesas correntes e de capital na saúde, com base na média dos municípios entre 2018 e 2022, em porcentagens. As despesas correntes, representadas em azul, indicam o custo de funcionamento da atual estrutura de saúde enquanto as despesas de capital, em vermelho, apontam a capacidade de expansão do sistema.

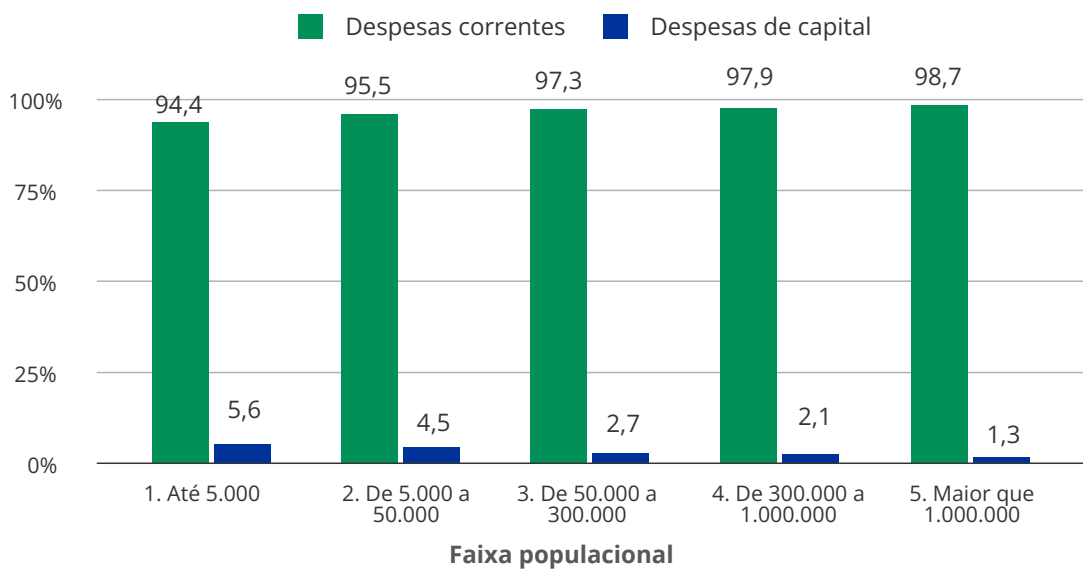
Em 2018, as despesas correntes representavam 94,1% do total enquanto as despesas de capital eram 5,9%. Em 2019, as despesas correntes aumentaram para 95,8%, com as despesas de capital reduzindo para 4,2%. Em 2020, as despesas correntes continuaram

subindo, chegando a 95,4%, ao passo que as despesas de capital caíram para 4,6%. Em 2021, a tendência de aumento das despesas correntes persistiu, atingindo 96,5%, com uma redução nas despesas de capital para 3,5%. Em 2022, as despesas correntes foram 95%, e as despesas de capital subiram ligeiramente para 5%.

Esse padrão indica que, enquanto as despesas correntes estão crescendo, as despesas de capital estão perdendo espaço. Isso pode sugerir uma maior prioridade dada ao funcionamento diário dos serviços de saúde em detrimento da expansão e da melhoria das infraestruturas de saúde. A razão média das despesas correntes em comparação com as despesas de capital na OCDE é de 6,82, destacando uma diferença significativa entre a média dos municípios brasileiros e os padrões internacionais.

A análise evidencia a necessidade de equilibrar melhor as despesas correntes e de capital para garantir não apenas a manutenção dos serviços de saúde, mas também a expansão e a modernização das infraestruturas, visando a uma melhoria contínua no sistema de saúde.

Gráfico 4.18. Despesas correntes e de capital por faixa populacional



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 4.18 mostra a distribuição das despesas correntes e de capital na saúde, dividida por faixa populacional dos municípios, com base no gasto médio dos anos 2018 a 2021. As despesas correntes, representadas em azul, refletem o custo de funcionamento

da estrutura de saúde existente enquanto as despesas de capital, em vermelho, representam investimentos para expansão e melhoria do sistema.

Esses dados indicam que as despesas de capital são maiores nos municípios de menor porte populacional, sugerindo que estes ainda estão em fase de desenvolvimento e expansão de suas infraestruturas de saúde. Em contraste, os municípios maiores têm uma proporção significativamente maior de despesas correntes, indicando um enfoque maior na manutenção e operação da infraestrutura de saúde existente.

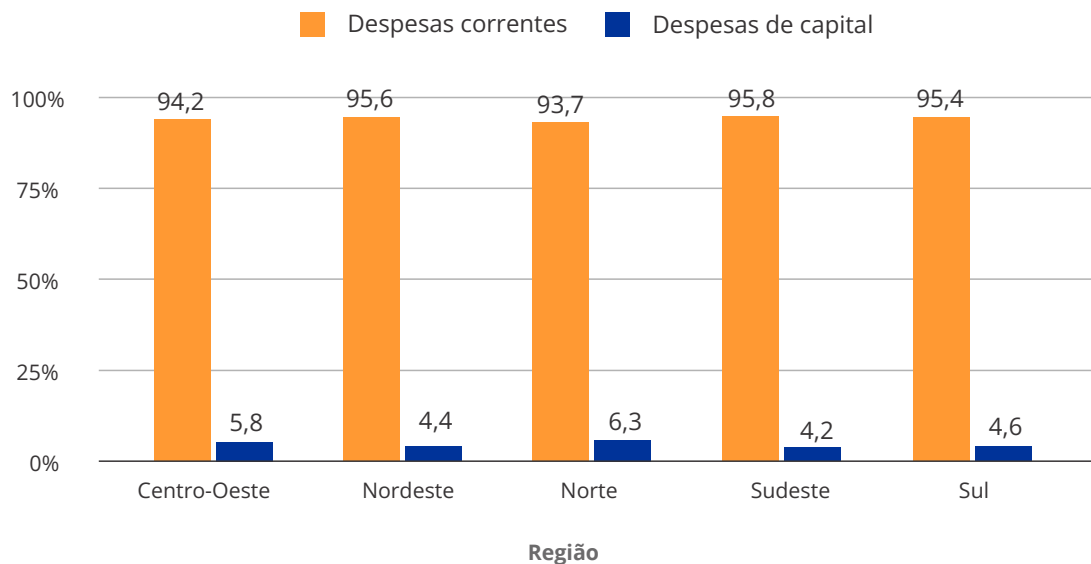
A análise revela a importância da retomada de investimentos contínuos em infraestrutura de saúde, especialmente nos municípios menores, para garantir a capacidade de expansão e melhoria dos serviços de saúde. Para os municípios maiores, há uma necessidade de equilibrar melhor as despesas correntes com investimentos de capital para assegurar a modernização e adaptação contínua às demandas crescentes da população.

O gráfico 4.19 apresenta a distribuição das despesas correntes e de capital na saúde nos municípios, por região, com base na média dos anos 2018 a 2021. As despesas correntes, representadas em azul, mostram o custo de funcionamento da estrutura de saúde existente enquanto as despesas de capital, em vermelho, representam os investimentos para a expansão e melhoria do sistema.

Esses dados indicam que as despesas de capital são maiores na região Norte, sugerindo que essa região está investindo proporcionalmente mais na expansão e melhoria de suas infraestruturas de saúde. Em contraste, a região Sudeste exibe a menor proporção de despesas de capital, refletindo uma pressão maior na manutenção e operação da infraestrutura de saúde existente.

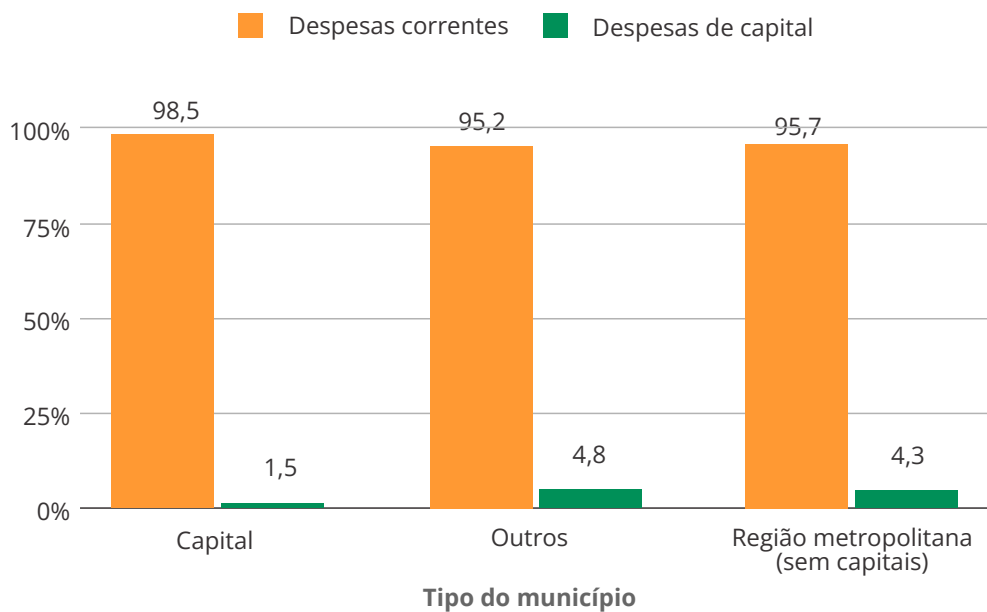
A análise revela que as diferentes regiões do Brasil têm uma composição variadas em relação às despesas de saúde por capital. Isso destaca a importância de estratégias regionais específicas para atender às necessidades e aos desafios de cada área, garantindo um desenvolvimento equilibrado e sustentável do sistema de saúde em todo o País.

Gráfico 4.19 – Despesas correntes e de capital por região



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Gráfico 4.20. Despesas correntes e de capital por região tipo de município



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 4.20 mostra a distribuição das despesas correntes e de capital na saúde, por tipo de município (capitais, outros e regiões metropolitanas sem as capitais), com base na média dos anos 2018 a 2021. As despesas correntes, representadas em azul, refletem o custo de funcionamento da estrutura de saúde existente enquanto as despesas de capital, em vermelho, representam investimentos para expansão e melhoria do sistema.

Nas capitais, 98,5% das despesas são correntes, e 1,5% são de capital. Em outros municípios, 95,2% das despesas são correntes, e 4,8% são de capital. Nas regiões metropolitanas sem as capitais, 95,7% das despesas são correntes, e 4,3% são de capital.

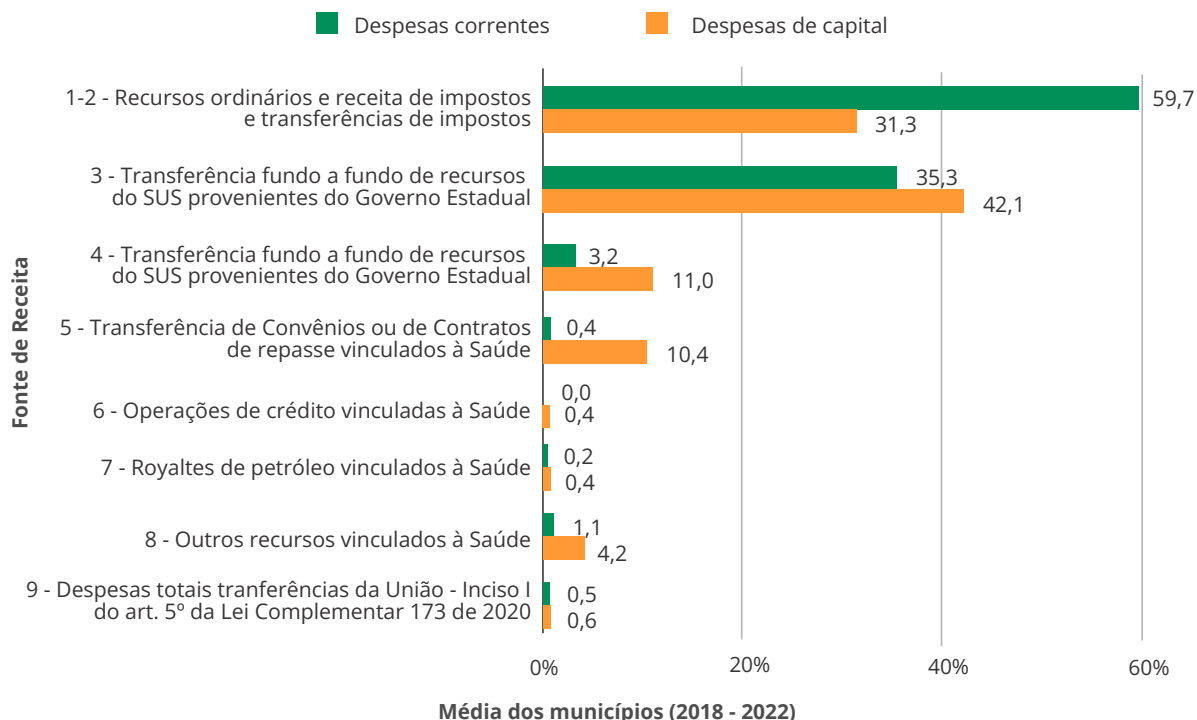
Os dados indicam que as capitais destinam uma menor parcela de seus orçamentos de saúde para despesas de capital em comparação com os municípios que não são capitais. Isso pode estar relacionado com a forte pressão exercida pelos gastos correntes para a manutenção da infraestrutura e dos serviços existentes, reduzindo a margem para novos investimentos. Em contrapartida, os outros municípios e as regiões metropolitanas sem as capitais dedicam uma maior proporção de seus orçamentos às despesas de capital por estarem relativamente menos suscetíveis a tais pressões.

A análise revela que as diferentes necessidades de infraestrutura de saúde variam conforme o tipo de município. As capitais, com estruturas mais consolidadas, priorizam a manutenção e a operação enquanto os outros municípios e regiões metropolitanas sem as capitais estão mais voltados para expandir e modernizar seus serviços de saúde para atender às demandas crescentes.

O gráfico 4.21 aponta a distribuição das despesas correntes e de capital na saúde por fonte de receita com base na média dos municípios para o período de 2018 a 2021. As despesas correntes, representadas em azul, são principalmente financiadas por receitas próprias enquanto as despesas de capital, em vermelho, dependem majoritariamente de transferências.

Para as despesas correntes, 59,7% são financiadas por recursos ordinários e receitas de impostos, incluindo transferências de impostos. Outras fontes incluem transferências FAF de recursos do SUS provenientes dos governos federal (35,3%) e estadual (3,2%), transferências de convênios ou de contratos de repasse vinculados à saúde (0,4%), operações de crédito vinculadas à saúde (0,1%), *royalties* de petróleo vinculados à saúde (0,4%), outros recursos vinculados à saúde (1,2%) e despesas totais de transferências da União (0,4%).

Gráfico 4.21. Despesas correntes e de capital por fonte de receita



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

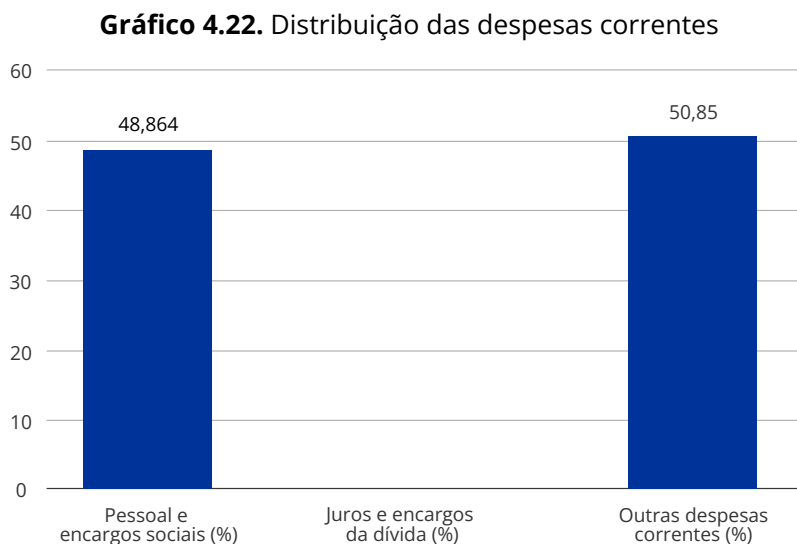
Para as despesas de capital, a principal fonte de financiamento são as transferências FAF de recursos do SUS provenientes do governo federal (42,1%). Em seguida, estão os recursos ordinários e receitas de impostos (31,3%), transferências de convênios ou de contratos de repasse vinculados à saúde (11%), transferências FAF de recursos do SUS provenientes do governo estadual (3,2%), outros recursos vinculados à saúde (1%), operações de crédito vinculadas à saúde (0,4%), royalties de petróleo vinculados à saúde (0,6%) e despesas totais de transferências da União (0,1%).

Esses dados indicam que a principal fonte das despesas correntes são as receitas próprias, refletindo a arrecadação local e as transferências de impostos. Em contrapartida, a principal fonte das despesas de capital são as transferências, especialmente as provenientes do governo federal. Isso mostra que, enquanto o funcionamento diário dos serviços de saúde depende fortemente da arrecadação local, os investimentos em infraestrutura e expansão do sistema de saúde são mais dependentes de recursos transferidos pelos governos federal e estadual, em especial das emendas parlamentares.

Essa análise evidencia a importância de uma estrutura equilibrada de financiamento, que permita tanto a manutenção quanto a expansão dos serviços de saúde. Municípios que conseguem equilibrar com receitas próprias as insuficiências de transferências estão mais bem posicionados para garantir a sustentabilidade e a melhoria contínua de seus sistemas de saúde, muito embora isso acabe por comprometer os gastos em outros setores e configure um descumprimento do pacto de responsabilidades do SUS.

4.3.1 DESPESAS CORRENTES

Analisamos agora em detalhe as despesas correntes



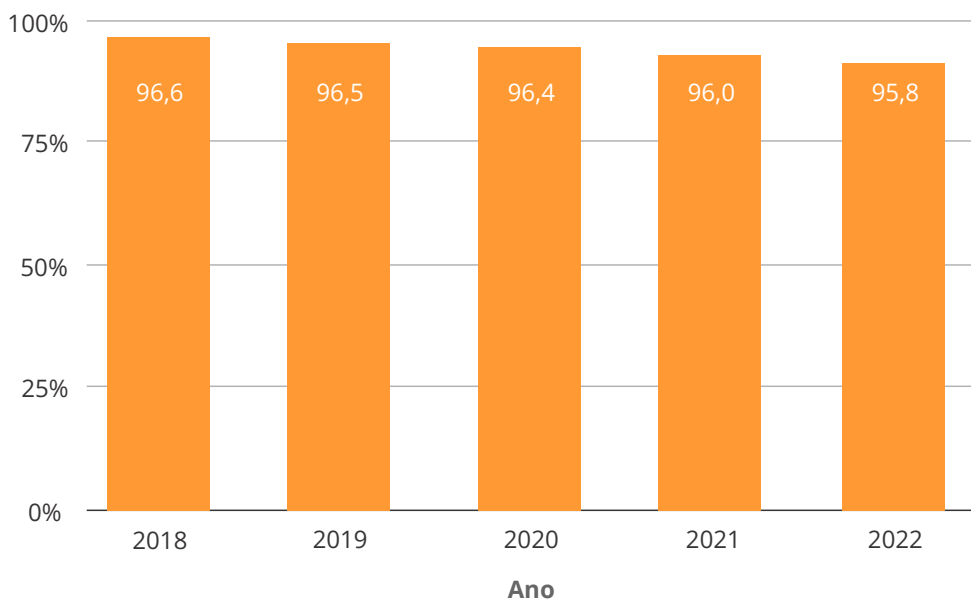
Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 4.22 apresenta a distribuição das despesas correntes de saúde na média no período de 2018 a 2022, divididas em três categorias: pessoal e encargos sociais, juros e encargos da dívida, e outras despesas correntes. O quadro geral mostra uma tendência de diminuição na participação da categoria de pessoal e encargos sociais ao longo dos anos, caindo de 52,15% em 2018 para 47,43% em 2022. Por outro lado, as outras despesas correntes aumentaram gradualmente, passando de 47,94% em 2018 para 52,55% em 2022, indicando uma redistribuição dos gastos dentro das despesas correntes da saúde. Essa mudança pode refletir um maior direcionamento de recursos para custeio de insumos, serviços terceirizados e manutenção da infraestrutura em detrimento da folha de pagamento. Além disso, juros e encargos da dívida não foram significativos durante

a maior parte do período analisado, permanecendo em 0% entre 2018 e 2021, mas com uma leve inclusão em 2022 (0,02%), possivelmente refletindo algum ajuste fiscal ou re-financiamento de passivos no setor da saúde.

Esses dados sugerem uma reorientação das despesas correntes, com uma menor ênfase em pessoal e encargos sociais e um maior enfoque em outras despesas correntes, possivelmente refletindo mudanças nas prioridades de financiamento dentro do sistema de saúde. Essa redistribuição pode indicar uma adaptação às crescentes demandas por serviços de saúde e a necessidade de alocar recursos para diversas áreas operacionais além do pagamento de pessoal. No grupo de outras despesas correntes, destacam-se as transferências para Instituições Privadas sem Fins Lucrativos e Consórcios Públicos. Esse grupo de despesa será explorado em detalhes mais à frente.

Gráfico 4.23. Aplicações diretas

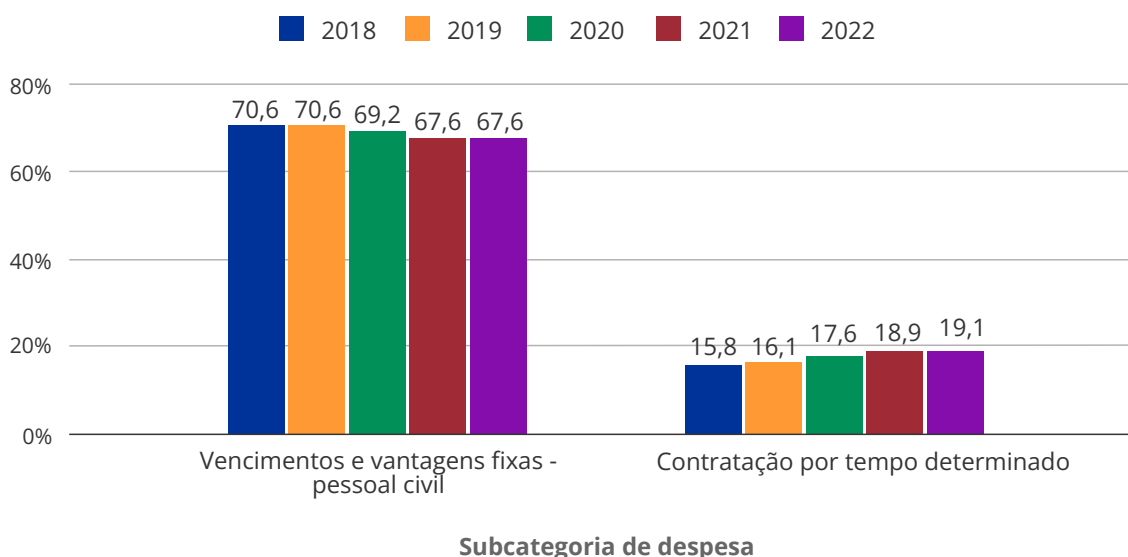


Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 4.23 evidencia a evolução da porcentagem de aplicações diretas no total das despesas com pessoal e encargos sociais entre 2018 e 2022. Os dados mostram que mais de 90% dessas despesas foram realizadas por meio de aplicações diretas, o que evidencia um padrão consolidado na gestão desses recursos. Em 2018, 96,6% das despesas com pessoal e encargos sociais foram aplicadas diretamente, mantendo-se praticamente estáveis nos anos seguintes: 96,5% em 2019, 96,4% em 2020, 96% em 2021 e 95,8% em

2022. Essa ligeira redução ao longo do período indica uma leve flexibilização no modelo de execução, mas sem alterações significativas na predominância das aplicações diretas. As aplicações diretas referem-se à execução dos créditos orçamentários realizados diretamente pela unidade responsável pelo orçamento ou por meio da descentralização de recursos para outras entidades dentro da mesma esfera de governo, abrangendo os Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social.

Gráfico 4.24. Aplicações diretas em detalhe



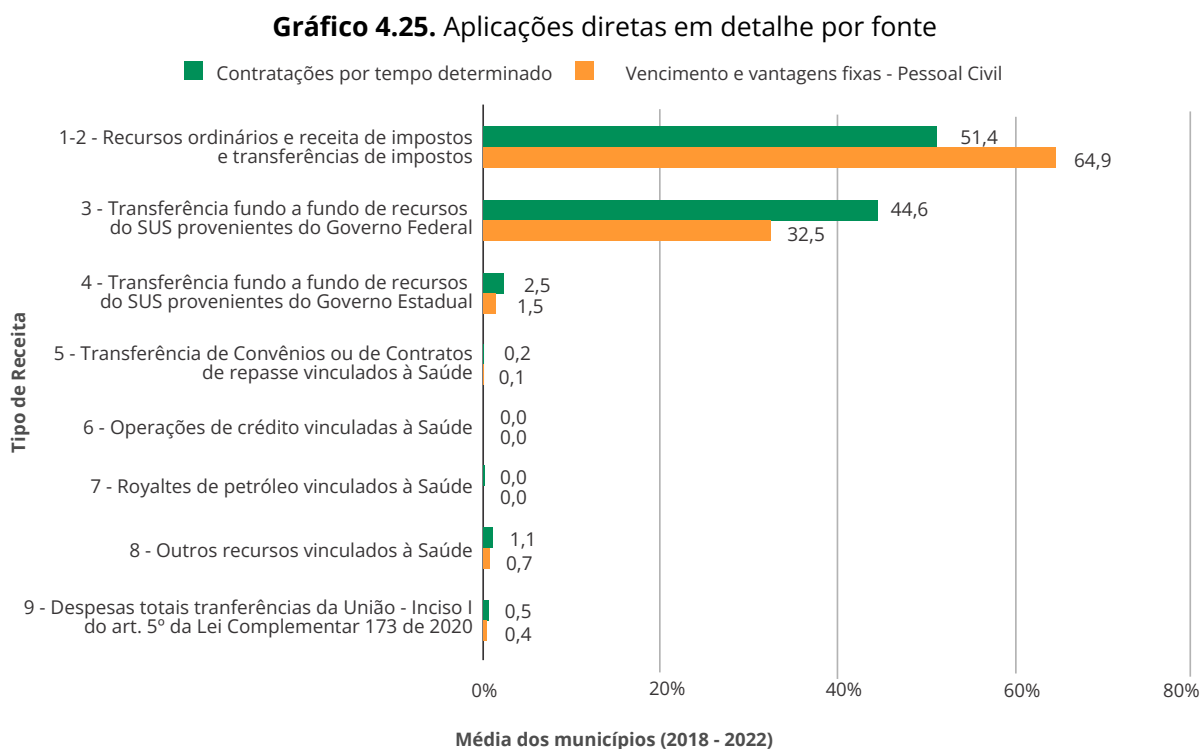
Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 4.24 apresenta a composição das aplicações diretas em despesas com pessoal e contribuições sociais, divididas em duas subcategorias: vencimentos e vantagens fixas do pessoal civil e contratação por tempo determinado, no período de 2018 a 2022.

Em 2018, 70,6% das aplicações diretas foram destinadas a vencimentos e vantagens fixas do pessoal civil. Em 2019, essa porcentagem permaneceu estável em 70,6%. Em 2020, houve uma leve redução para 69,2%. Em 2021, a participação diminuiu para 67,6% e, em 2022, manteve-se estável em 67,6%. Já para a subcategoria de contratação por tempo determinado, em 2018, 15,8% das aplicações diretas foram destinadas a essa finalidade. Em 2019, essa porcentagem aumentou para 16,1%. Em 2020, a participação subiu para 17,6%. Em 2021, houve um aumento significativo para 18,9% e, em 2022, a participação continuou crescendo, chegando a 19,1%.

Esses dados indicam que, dentro das aplicações diretas das despesas com pessoal e contribuições sociais, os vencimentos e vantagens fixas do pessoal civil têm perdido espaço para as contratações por tempo determinado ao longo dos anos. Essa tendência pode refletir uma maior flexibilidade na gestão de pessoal, com um aumento no uso de contratos temporários em detrimento de despesas fixas com pessoal civil.

A análise revela uma mudança nas prioridades de alocação de recursos dentro das despesas com pessoal, indicando uma possível adaptação às necessidades variáveis e às demandas crescentes no setor de saúde. Isso também pode apontar para estratégias de curto prazo para atender a necessidades emergentes ou específicas, sem comprometer os recursos em longo prazo.



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 4.25 apresenta as contas selecionadas das aplicações diretas das despesas com pessoal e encargos sociais, divididas por fonte de receita em duas categorias: contratação por tempo determinado e vencimentos e vantagens fixas do pessoal civil.

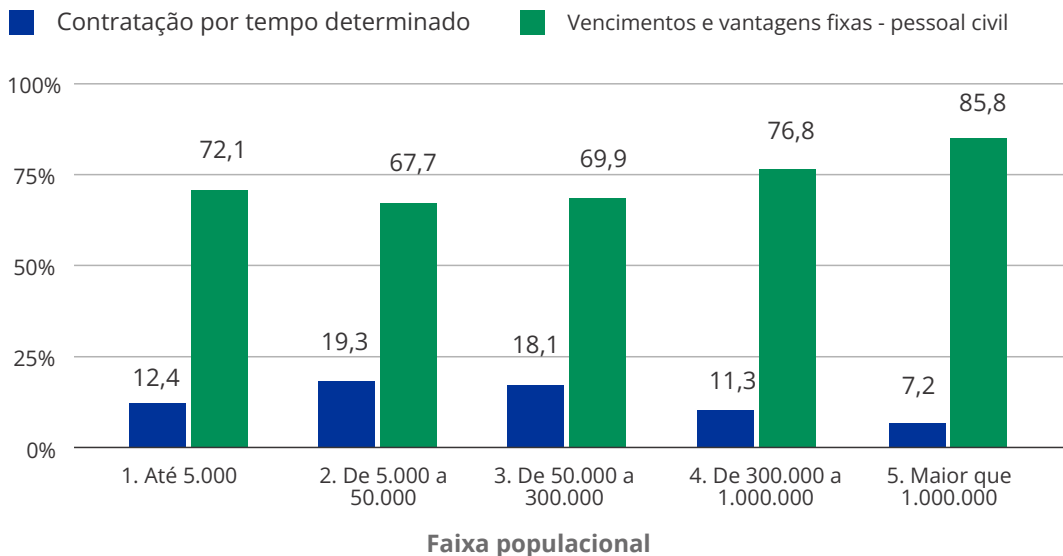
Para os vencimentos e vantagens fixas do pessoal civil, 64,9% das receitas provêm de recursos ordinários e receitas de impostos, incluindo transferências de impostos. Transferências FAF de recursos do SUS provenientes do governo federal contribuem com 32,5%, enquanto 1,5% das receitas vem de transferências FAF de recursos do SUS provenientes do governo estadual. Outras fontes, como transferências de convênios, operações de crédito, *royalties* de petróleo, outros recursos vinculados à saúde e despesas totais de transferências da União, têm participações menores, variando de 0% a 0,4%.

Para a contratação por tempo determinado, 51,4% das receitas provêm de recursos ordinários e receitas de impostos, incluindo transferências de impostos. Transferências FAF de recursos do SUS provenientes do governo federal representam 44,6%, e 2,5% das receitas vêm de transferências FAF de recursos do SUS provenientes do governo estadual. Outras fontes, como transferências de convênios, operações de crédito, *royalties* de petróleo, outros recursos vinculados à saúde e despesas totais de transferências da União, têm participações menores, variando de 0% a 1,7%.

Esses dados indicam que a maior parte das despesas com vencimentos e vantagens fixas do pessoal civil é financiada por recursos ordinários e receitas de impostos enquanto as transferências FAF de recursos do SUS provenientes do governo federal também desempenham um papel significativo, especialmente nas contratações por tempo determinado, em que representam quase metade das receitas.

A análise revela que, embora ambas as categorias de despesas sejam fortemente dependentes de recursos ordinários e transferências de impostos, as contratações por tempo determinado têm uma maior dependência das transferências FAF de recursos do SUS do governo federal em comparação com os vencimentos e as vantagens fixas do pessoal civil. Isso sugere uma abordagem diversificada de financiamento para diferentes tipos de despesas com pessoal, refletindo a complexidade e as variadas fontes de financiamento necessárias para manter e expandir a força de trabalho no setor de saúde.

Gráfico 4.26. Aplicações diretas em detalhe por faixa populacional

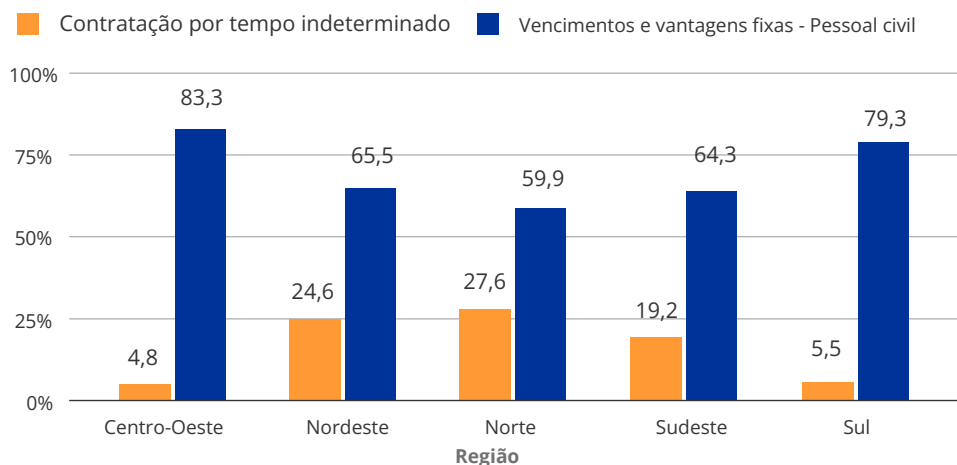


Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 4.26 apresenta a composição das aplicações diretas em despesas com pessoal e contribuições sociais, divididas por faixa populacional. Os dados indicam que a proporção de despesas destinadas a vencimentos e vantagens fixas do pessoal civil aumenta conforme o tamanho da população do município. Em contrapartida, a proporção de despesas para contratação por tempo determinado diminui à medida que a população aumenta. Isso sugere que municípios menores dependem mais de contratações temporárias para suprir suas necessidades de pessoal enquanto municípios maiores têm uma estrutura de pessoal mais estável e fixa, refletida nas maiores despesas com vencimentos e vantagens fixas.

Essa análise revela a variação na gestão de despesas com pessoal de acordo com o porte populacional dos municípios, destacando as diferentes estratégias adotadas para lidar com as demandas de saúde em cada contexto. Municípios menores tendem a utilizar mais contratos temporários, possivelmente para manter flexibilidade e controlar custos, enquanto municípios maiores investem mais em pessoal fixo, indicando uma maior capacidade de manter uma força de trabalho permanente.

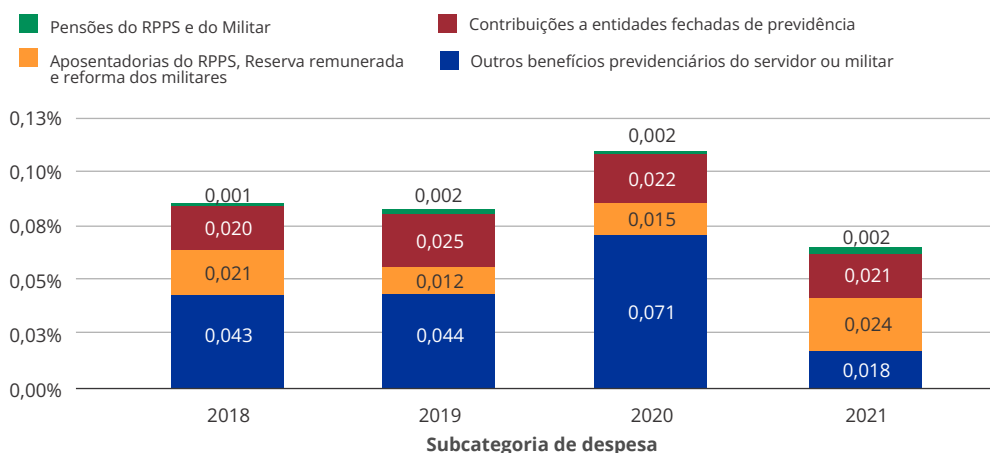
Gráfico 4.27. Aplicações diretas em detalhe por região



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

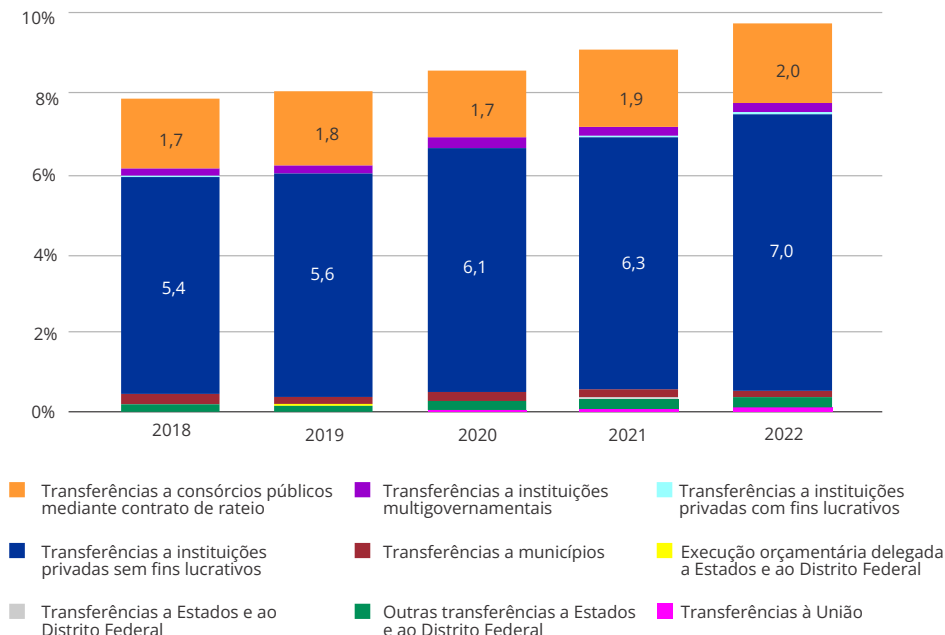
O gráfico 4.27 exhibe a composição das aplicações diretas em despesas com pessoal e contribuições sociais, divididas por região. Como esperado, em todas as regiões, a maior parte das despesas é destinada a vencimentos e vantagens fixas do pessoal civil. No entanto, a proporção dessas despesas varia entre as regiões. A região Centro-Oeste apresenta a maior proporção de despesas destinadas a vencimentos e vantagens fixas (83,3%), seguida pela região Sul (79,3%). A região Norte tem a menor proporção de despesas destinadas a vencimentos e vantagens fixas (59,9%), indicando uma maior dependência de contratação por tempo determinado (27,6%).

Gráfico 4.28. Aplicações diretas em despesa – outros gastos



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Gráfico 4.29. Outras despesas correntes – transferências



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Por sua vez, o gráfico 4.29 apresenta a porcentagem de transferências em relação ao total de outras despesas correntes no período de 2018 a 2022. Os dados indicam que as transferências a instituições privadas sem fins lucrativos (filantrópicas) e as transferências a Consórcios Públicos representam uma fração significativa dessas despesas, somando cerca de 10% do total.

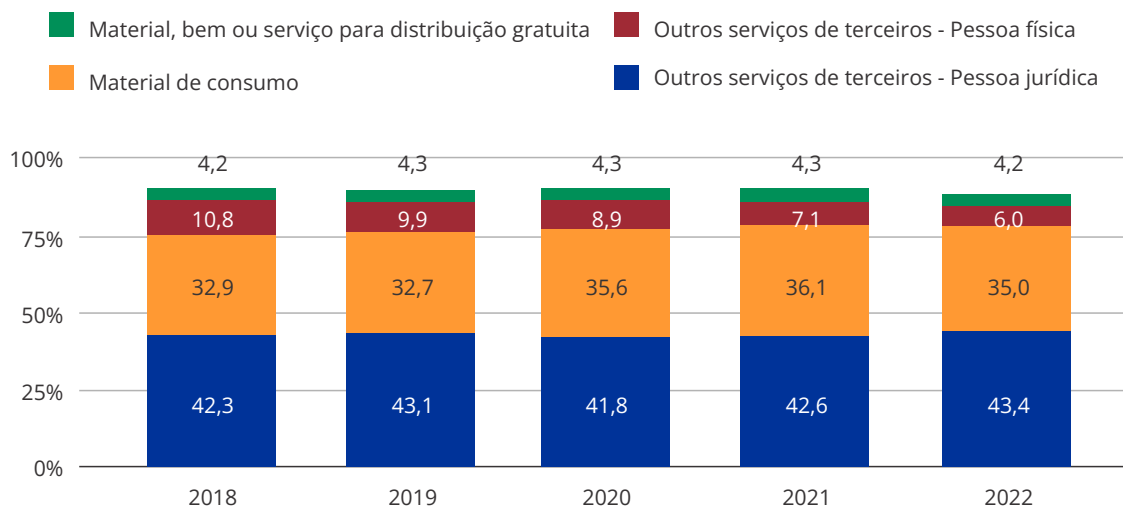
Ao longo dos anos, observa-se uma tendência de crescimento dessas transferências, com destaque para o aumento da participação das instituições filantrópicas, que passaram de 5,4% em 2018 para 7% em 2022. Esse crescimento indica um aumento do papel dessas entidades no gasto em saúde, especialmente na prestação de serviços hospitalares e especializados.

As transferências para Consórcios Públicos, por sua vez, também apresentaram crescimento, passando de 1,7% em 2018 para 2% em 2022. Esse aumento sugere uma ampliação do uso dos consórcios intermunicipais como estratégia para a gestão compartilhada de serviços de saúde.

A elevação contínua dessas transferências ao longo dos anos reflete uma dependência crescente desses arranjos institucionais na execução de serviços de saúde. Essa

dinâmica reforça a necessidade de monitoramento e avaliação da sustentabilidade dessas parcerias, garantindo que o modelo de transferência de recursos continue atendendo às demandas dos municípios e da população de forma eficiente e equitativa.

Gráfico 4.30. Outras despesas correntes – composição



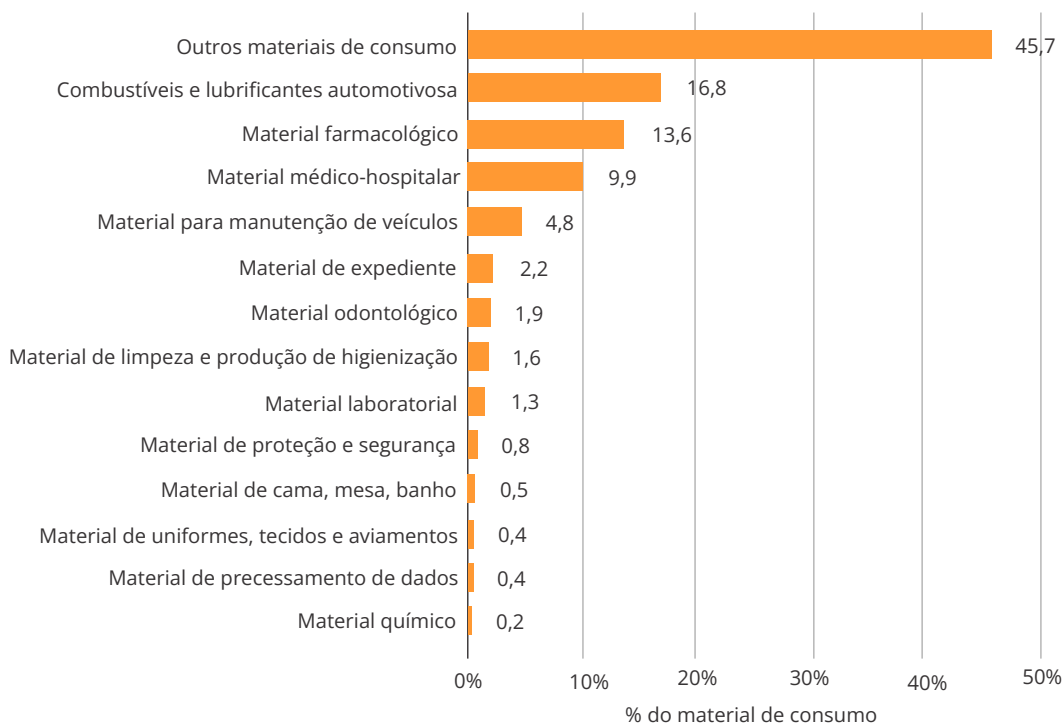
Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 4.30 apresenta a composição das aplicações diretas das outras despesas correntes, por ano, de 2018 a 2022, divididas em cinco categorias: material, bem ou serviço para distribuição gratuita; outros serviços de terceiros – PF; material de consumo; e outros serviços de terceiros – PJ.

Os dados mostram que os serviços de terceiros e a compra de material de consumo representam a maior fração das aplicações diretas ao longo dos anos analisados. Em particular, os serviços de terceiros – PJ têm a maior participação, variando de 41,8% a 43,4%, enquanto a compra de material de consumo varia de 32,7% a 36,1%. Material, bem ou serviço para distribuição gratuita e outros serviços de terceiros – PF têm uma participação menor, mas constante, ao longo dos anos.

Essa composição das despesas reflete uma forte dependência de serviços terceirizados, especialmente daqueles fornecidos por pessoas jurídicas, além da necessidade contínua de materiais de consumo para manter as operações de saúde. A estratégia de alocação prioriza contratos e serviços terceirizados, juntamente com a compra de materiais essenciais, garantindo a operação eficiente dos serviços de saúde.

Gráfico 4.31. Outras despesas correntes – composição



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 4.31 apresenta a composição do material de consumo, mostrando as diferentes categorias de materiais e suas respectivas participações percentuais. A maior parte dos produtos comprados como material de consumo não é classificada, representando 45,7% do total.

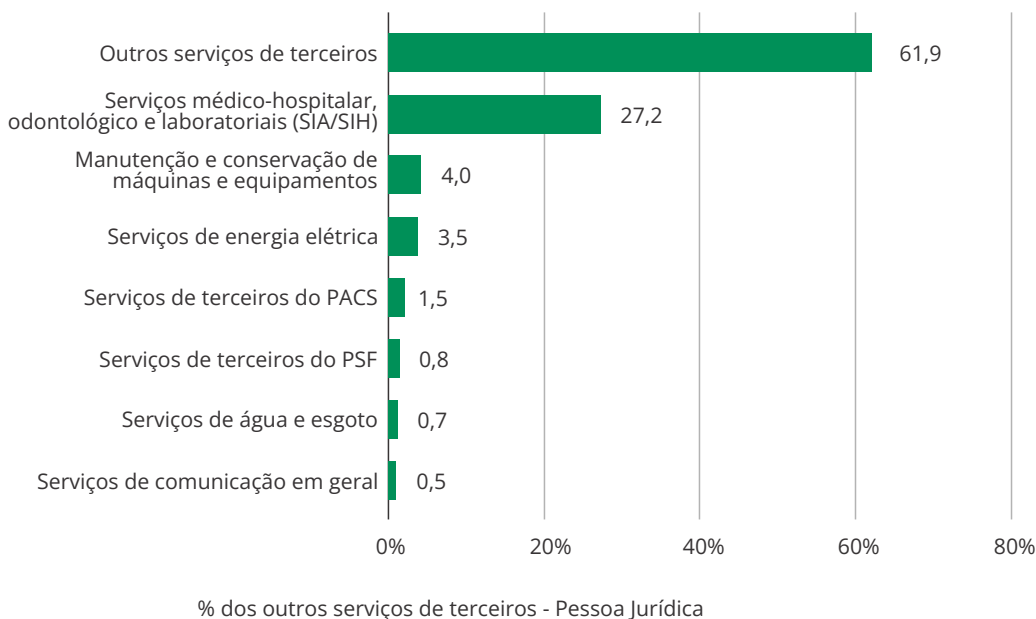
Entre os materiais de consumo classificados, combustíveis e lubrificantes automotivos ocupam uma parte significativa, representando 16,8% do total. Material farmacológico corresponde a 13,6%, e Material médico-hospitalar, que inclui órteses e próteses, representa 9,9% do total.

Outras categorias importantes incluem material para manutenção de veículos (4,8%), material de expediente (2,2%), material odontológico (1,9%), material de limpeza e produção de higienização (1,6%) e material laboratorial (1,3%).

Outras categorias com menor participação incluem material de proteção e segurança (0,8%), material de cama, mesa e banho (0,5%), material de uniformes, tecidos e aviamentos (0,4%), material de processamento de dados (0,4%) e material químico (0,2%).

Esses dados indicam que uma parte substancial dos gastos com material de consumo é destinada a itens não classificados, o que sugere uma oportunidade para melhorar a categorização e a transparência das despesas. Os gastos com automóveis representam uma fração importante do total, refletindo a necessidade contínua de manutenção e operação de veículos no setor de saúde. Além disso, os gastos com material farmacológico e material médico-hospitalar também representam partes significativas, sublinhando a importância desses itens para o funcionamento dos serviços de saúde.

Gráfico 4.32. Outras despesas correntes – composição



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

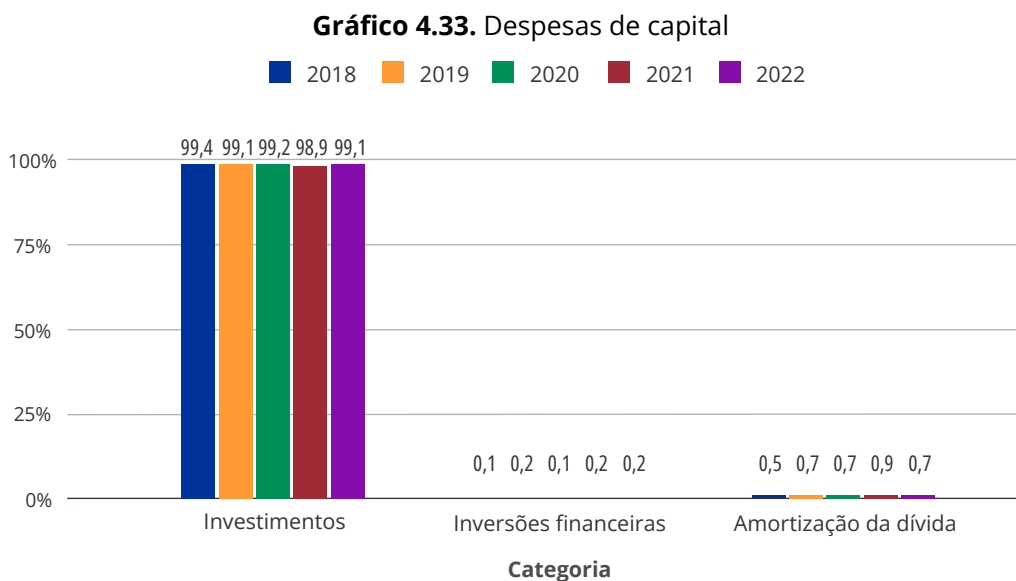
O gráfico 4.32 exibe a composição dos outros serviços de terceiros – PJ, destacando as diversas categorias de serviços e suas respectivas participações percentuais. A maior parte dos outros serviços de terceiros – PJ não é classificada, representando 61,9% do total.

Entre os serviços classificados, serviços médico-hospitalares, odontológicos e laboratoriais (SIA/SIH) ocupam uma parte significativa, representando 27,2% do total. Manutenção e conservação de máquinas e equipamentos correspondem a 4%, e serviços de energia elétrica representam 3,5%. Outras categorias importantes incluem serviços de terceiros do PACS (1,5%), serviços de terceiros do PSF (0,8%), serviços de água e esgoto (0,7%) e serviços de comunicação em geral (0,5%).

Esses dados indicam que uma parte substancial dos gastos com outros serviços de terceiros – PJ é destinada a itens não classificados, o que sugere uma oportunidade para melhorar a categorização e a transparência das despesas. Os serviços médico-hospitalares, odontológicos e laboratoriais representam uma fração importante dos serviços de terceiros de PJ, sublinhando a importância desses serviços para o funcionamento dos sistemas de saúde. A manutenção e a conservação de máquinas e equipamentos, bem como os serviços de energia elétrica, também são componentes significativos, refletindo a necessidade contínua de infraestrutura e operações eficientes no setor de saúde.

4.3.2 DESPESAS DE CAPITAL

Analisamos agora as despesas de capital. O gráfico 4.33 apresenta a distribuição das despesas de capital de saúde por ano, de 2018 a 2022, dividida em três categorias principais: investimentos, inversões financeiras e amortização da dívida.

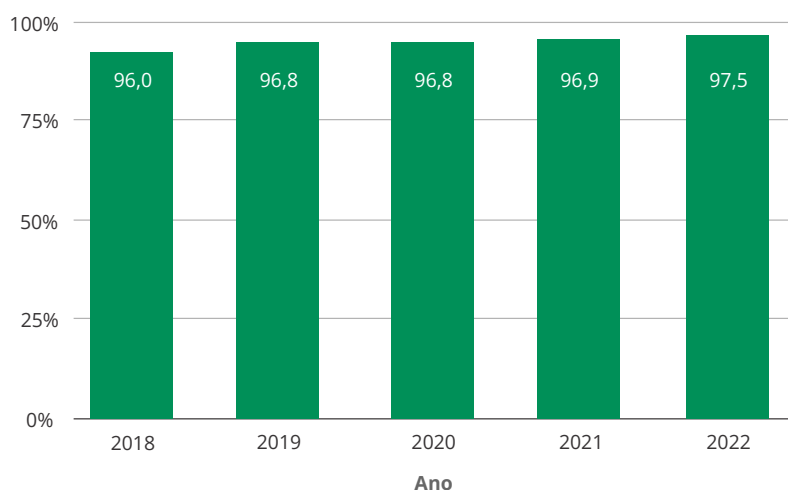


Fonte: elaboração própria com base no Siops.

A distribuição indica que a maior parte dos recursos destinados às despesas de capital em saúde é direcionada para investimentos, refletindo eventual expansão e aprimoramento das infraestruturas e serviços de saúde. As categorias de inversões financeiras e amortização da dívida têm uma participação muito limitada, sugerindo que os gastos com essas áreas são minimizados em favor de investimentos diretos em ativos e capacidades de saúde – em geral, por meio de emendas parlamentares, muito embora essa questão fuja do escopo deste trabalho.

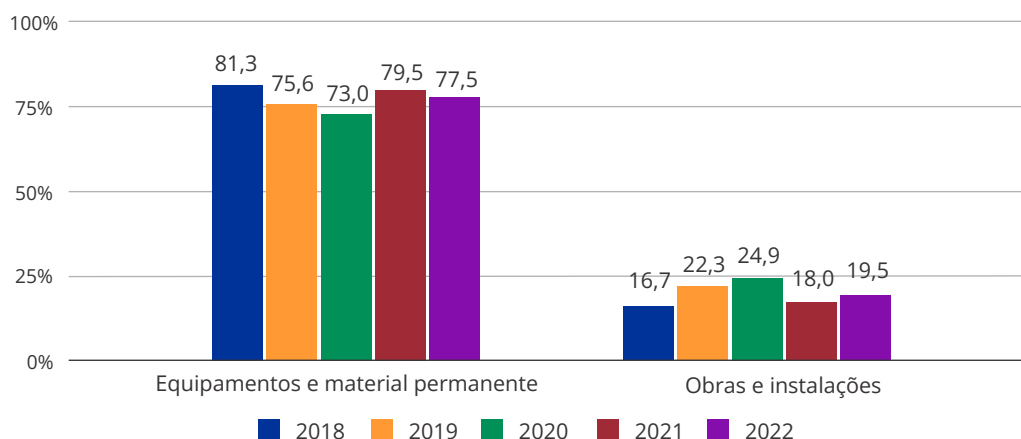
O gráfico 4.34 exibe o percentual de aplicações diretas em relação ao total de investimentos em saúde, de 2018 a 2022. Esses dados indicam que mais de 90% dos investimentos em saúde são realizados por meio de aplicações diretas ao longo dos anos analisados. É importante lembrar que aplicações dos créditos orçamentários são realizados diretamente pela unidade orçamentária detentora de crédito orçamentário, ou mediante descentralização a outras entidades integrantes dos orçamentos, no âmbito da mesma esfera de governo. Ou seja, são investimentos realizados diretamente pelo governo.

Gráfico 4.34. Despesas de capital – aplicação direta



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

Gráfico 4.35 – Despesas de capital – aplicação direta – composição

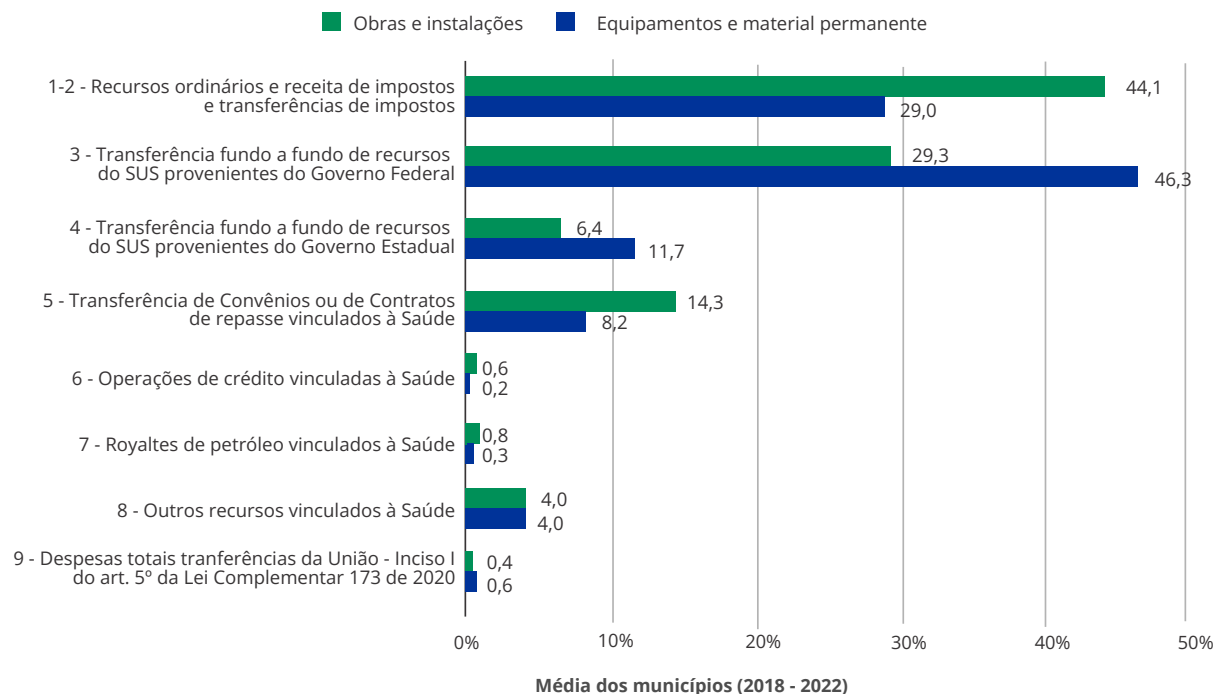


Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 4.35 apresenta a composição das aplicações diretas dos gastos com investimento em saúde, divididos entre equipamentos e material permanente, e obras e instalações, de 2018 a 2022. Os dados indicam que praticamente três quartos dos gastos com investimento são direcionados para equipamentos e material permanente ao longo dos anos analisados. Esse padrão reflete a importância dada à aquisição e à manutenção de equipamentos necessários para o funcionamento dos serviços de saúde.

Comparando com a OCDE, em que 40% dos investimentos são em obras e instalações, 46% são em equipamento e material permanente e 14% são em propriedade intelectual, observa-se que, no Brasil, há uma ênfase maior em equipamentos e material permanente, com menos recursos alocados para obras e instalações. Essa diferença pode indicar prioridades distintas em termos de infraestrutura e aquisição de bens permanentes no setor de saúde brasileiro em relação aos países da OCDE.

Gráfico 4.36. Despesas de capital – aplicação direta – por fonte



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

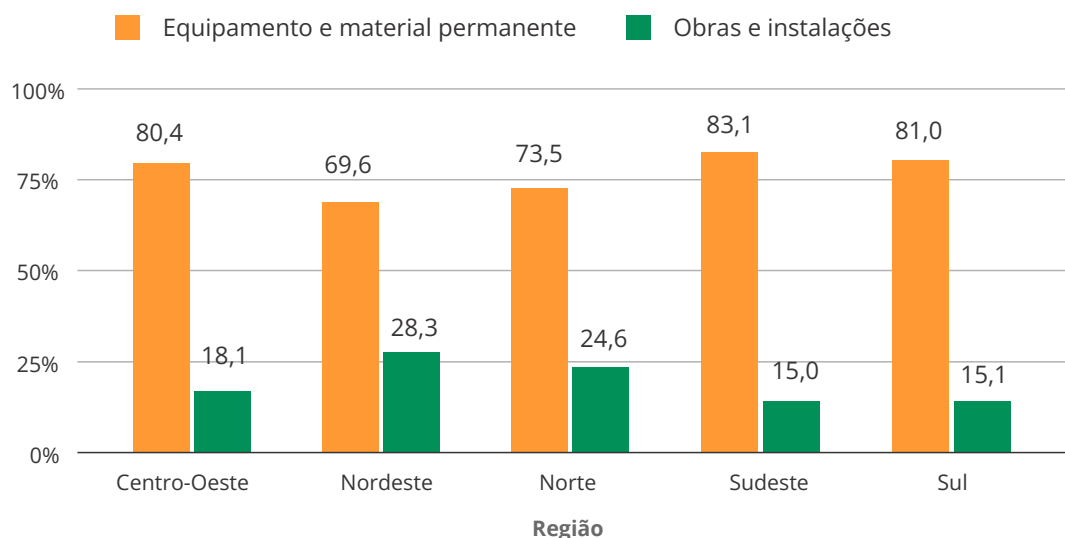
O gráfico 4.36 exibe as contas selecionadas das aplicações diretas de investimentos em saúde, divididas por fonte de receita entre obras e instalações e equipamentos e material permanente, com base na média dos municípios entre 2018 e 2021.

As obras e as instalações são custeadas principalmente com recursos próprios, representados por recursos ordinários e receitas de impostos e transferências de impostos, que correspondem a 44,1% do total. Para equipamentos e material permanente, a fonte de receita mais relevante é o FAF de recursos do sus provenientes do governo federal, que contribui com 46,3%.

Esses dados mostram que obras e instalações são predominantemente sustentadas por recursos próprios enquanto o financiamento de equipamentos e material permanente depende mais do apoio federal. O FAF de recursos do sus provenientes do governo estadual é menos relevante em termos gerais, mas, ainda assim, concentra uma maior proporção de recursos em equipamentos e material permanente (11,7%) do que em obras e instalações (6,7%).

Em resumo, o financiamento das obras e instalações é principalmente sustentado por recursos próprios enquanto o financiamento de equipamentos e material permanente depende mais do apoio federal. Isso destaca a diferença nas estratégias de alocação de recursos entre essas duas categorias de investimentos no setor de saúde.

Gráfico 4.37. Despesas de capital – aplicação direta – por região

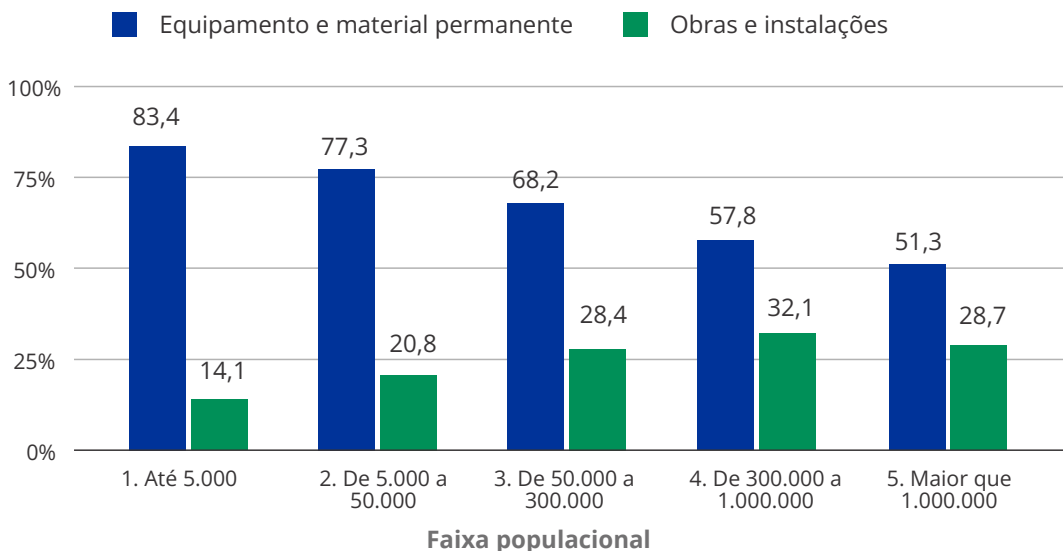


Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 4.37 apresenta a composição das aplicações diretas dos gastos com investimento em saúde, divididos entre equipamentos e material permanente, e obras e instalações, por região. Os dados revelam que há diferenças significativas no perfil das

despesas de capital entre as regiões. Enquanto o Sudeste e o Sul concentram a maior parte de seus investimentos em equipamentos e material permanente, o Nordeste apresenta uma proporção maior de gastos em obras e instalações. Essa variação regional pode refletir diferenças nas prioridades e necessidades específicas de infraestrutura e equipamento nas diversas áreas do País.

Gráfico 4.38. Despesas de capital – aplicação direta – por faixa populacional



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 4.38 exibe a composição das aplicações diretas dos gastos com investimento em saúde, divididos entre equipamentos e material permanente, e obras e instalações, por faixa populacional das cidades.

Esses dados revelam diferenças significativas no perfil das despesas de capital por perfil populacional das cidades. Cidades menores tendem a concentrar uma maior parte de seus investimentos em equipamentos e material permanente enquanto cidades maiores apresentam uma proporção crescente de gastos em obras e instalações. Isso pode refletir as diferentes necessidades de infraestrutura e equipamento de acordo com o tamanho da população e a complexidade dos serviços de saúde oferecidos em cada tipo de município.

4.4 CONCLUSÕES

A análise detalhada apresentada neste estudo evidencia a complexidade da gestão financeira dos municípios brasileiros na área da saúde, marcada por um esforço fiscal expressivo por parte dos entes locais diante da limitada colaboração das esferas estadual e federal. A sustentabilidade dos serviços públicos de saúde tem recaído, de forma crescente, sobre os cofres dos municípios, exigindo deles não apenas a gestão cotidiana, mas também a compensação das lacunas deixadas pelas transferências intergovernamentais.

Constatou-se uma fragilidade estrutural na forma como o financiamento da saúde está organizado no Brasil: os municípios, especialmente os de menor porte e localizados em regiões com menor dinamismo econômico, enfrentam severas dificuldades para suprir a insuficiência dos repasses estaduais e federais. Embora as transferências constitucionais e legais – como o FPM – continuem sendo fundamentais, em muitas subfunções, os recursos próprios dos municípios superam os valores transferidos, confirmando o papel central dos entes locais na sustentação do SUS. Capitais e municípios de regiões metropolitanas têm conseguido, em certa medida, compensar essas deficiências com arrecadação própria; no entanto, a maioria dos entes subnacionais permanece altamente vulnerável à instabilidade dos repasses.

A baixa autonomia fiscal permanece como um dos principais entraves ao fortalecimento da capacidade de resposta local. Apesar de uma leve elevação nos indicadores de autonomia ao longo dos últimos anos, essa melhora tem sido insuficiente para reduzir a dependência estrutural das transferências intergovernamentais. A escassa capacidade de geração de receitas próprias impõe restrições adicionais à gestão da saúde e de outras políticas públicas, agravando a exposição dos municípios à volatilidade das receitas federativas.

As desigualdades regionais intensificam esse cenário: enquanto municípios do Sul e do Sudeste conseguem mobilizar mais recursos próprios e, assim, reduzir sua vulnerabilidade, os entes do Norte e do Nordeste continuam fortemente dependentes de repasses que, muitas vezes, são instáveis, insuficientes ou atrasados. A disparidade evidencia a necessidade de rever os mecanismos de financiamento, de forma a garantir maior previsibilidade, equidade e capacidade redistributiva.

Do ponto de vista do perfil dos gastos, observa-se a prevalência da AB e da AHA como áreas prioritárias de investimento. Contudo, subfunções estratégicas para a vigilância e prevenção de doenças – como Vigilância Sanitária e Epidemiológica – continuam a receber uma parcela modesta dos recursos, o que compromete a resiliência do sistema

diante de crises sanitárias. Além disso, a rigidez da alocação orçamentária está refletida na predominância de despesas correntes, com investimentos em capital representando apenas uma fração dos gastos, o que limita a capacidade de modernização e expansão do sistema de saúde.

A heterogeneidade entre os municípios também se manifesta na composição das receitas: municípios maiores tendem a ter fontes de receita mais diversificadas enquanto os menores seguem dependentes quase exclusivamente das transferências. Esse panorama reforça a urgência de políticas públicas diferenciadas, capazes de reconhecer e responder às especificidades locais em termos de capacidade arrecadatória, estrutura institucional e perfil populacional.

Diante desse contexto, recomenda-se o fortalecimento da autonomia fiscal municipal por meio de medidas que ampliem a arrecadação própria, como a modernização da administração tributária local, a revisão das bases tributárias e a promoção do desenvolvimento econômico local. Paralelamente, é fundamental reequilibrar a composição das despesas, com maior ênfase em investimentos em infraestrutura, que permitam ampliar e qualificar a oferta de serviços de saúde.

Também é imprescindível adotar políticas de financiamento que considerem as assimetrias regionais e a capacidade fiscal dos entes mediante critérios redistributivos mais eficazes, maior previsibilidade nos repasses e fortalecimento da cooperação interfederativa. O reforço nas subfunções ligadas à vigilância, prevenção e resposta a emergências sanitárias deve ser prioridade em um cenário global em que pandemias e crises sanitárias têm impacto duradouro sobre os sistemas de saúde.

Em suma, os dados reunidos neste estudo demonstram que, mesmo diante de limitações estruturais e incertezas no financiamento, os municípios brasileiros têm desempenhado um papel central no financiamento da saúde pública. Nesse sentido, o fortalecimento da autonomia fiscal, a correção das desigualdades regionais e a reestruturação dos mecanismos de financiamento são medidas fundamentais para consolidar um sistema de saúde mais robusto, equitativo e sustentável.

FINANCIAMENTO DO SUS: ENTRE A EFETIVAÇÃO CONSTITUCIONAL E OS DESAFIOS POLÍTICOS DA SUSTENTABILIDADE

5

A trajetória de construção do SUS no Brasil representa uma das mais significativas conquistas do pacto social firmado na Constituição Federal de 1988. Edificado sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade, o SUS não apenas incorporou novos direitos ao ordenamento jurídico brasileiro, mas também reafirmou a função do Estado como garantidor da cidadania social. No entanto, a concretização desse projeto constitucional tem sido tensionada, de maneira sistemática, por insuficiências no financiamento público, pela manutenção de profundas desigualdades regionais e por sucessivos embates políticos em torno da priorização dos direitos sociais no orçamento público.

A análise aqui desenvolvida revelou que, apesar dos avanços institucionais alcançados – como a regulamentação dos pisos constitucionais e a consolidação das transferências FAF –, o financiamento da saúde no Brasil permanece marcado pela instabilidade e pela subordinação a ciclos econômicos, fiscais e políticos que não dialogam com a natureza expansiva e permanente do direito à saúde. O subfinanciamento do SUS, mais do que uma falha técnica, configura-se como expressão de escolhas políticas que reiteradamente fragilizam a política pública de saúde em detrimento de outras agendas econômicas.

No contexto federativo, a descentralização da gestão do SUS, fundamental para a aproximação das políticas públicas às necessidades de saúde do território, implicou também a transferência de responsabilidades sem a correspondente repartição de capacidade fiscal. A União, detentora da maior parcela de arrecadação tributária, vem reduzindo sua participação proporcional no financiamento da saúde, impondo a estados e municípios a difícil tarefa de ampliar o custeio dos serviços sem os instrumentos fiscais necessários para suportar essa responsabilidade. Esse desequilíbrio aprofunda as desigualdades regionais e compromete a equidade, um dos fundamentos do próprio SUS.

O estudo demonstrou que o cumprimento formal dos pisos constitucionais por estados e municípios, embora significativo, não garante, por si só, a suficiência de recursos para o atendimento das demandas de saúde da população. A observância dos percentuais mínimos estabelecidos em lei não tem sido capaz de compensar o descompasso entre as necessidades crescentes – impulsionadas pela transição demográfica, epidemiológica e tecnológica – e o volume de recursos efetivamente disponíveis. Tal constatação reforça que o problema do financiamento da saúde ultrapassa a dimensão normativa e exige soluções estruturantes de natureza política e econômica.

A adoção de políticas de austeridade fiscal, especialmente após a promulgação da EC nº 95/2016, impôs severas restrições ao crescimento dos gastos públicos, submetendo os direitos sociais a um regime de compressão incompatível com a expansão das necessidades de saúde. Ainda que o novo regime fiscal, instituído pela LC nº 200/2023, tenha revogado parte dos dispositivos mais rígidos do teto de gastos, a disputa em torno do financiamento da saúde permanece viva. Manifestações públicas que defendem a flexibilização dos pisos constitucionais de saúde e educação revelam que os direitos sociais continuam vulneráveis às lógicas fiscais dominantes, que muitas vezes subordinam as políticas públicas aos interesses de estabilização macroeconômica em curto prazo.

É nesse cenário que se impõe a necessidade de reafirmar o SUS não apenas como uma política pública, mas também como uma escolha civilizatória e como um compromisso ético do Estado brasileiro com seus cidadãos. A sustentabilidade financeira do SUS não se resolverá apenas por meio de ajustes técnicos na gestão orçamentária ou no aperfeiçoamento dos instrumentos de planejamento. Trata-se de uma disputa política sobre o sentido do orçamento público: se ele deve ser um instrumento de efetivação dos direitos ou apenas um mecanismo de contenção de gastos sociais.

O fortalecimento do financiamento estadual e municipal do SUS exige, assim, uma agenda política capaz de reconectar o orçamento público às necessidades sociais. Isso implica a redefinição do pacto federativo, com a ampliação da participação da União no financiamento da saúde e a adoção de critérios de rateio mais sensíveis às desigualdades regionais. Exige também a ampliação e diversificação das fontes de financiamento, por meio de uma Reforma Tributária eficaz, com mecanismos que onerem setores privilegiados da sociedade e desonerem a população vulnerável.

Ao lado dessas medidas estruturais, é imperativo qualificar a gestão dos recursos, fortalecer os fundos de saúde como instrumentos de execução financeira e integrar, de maneira mais efetiva, os instrumentos de planejamento e orçamento em cada esfera de governo. A eficiência na alocação e na execução dos recursos é imprescindível, mas

não substitui a necessidade de aumento do volume global de recursos disponíveis para a saúde pública.

Igualmente, a defesa da saúde pública requer o fortalecimento da transparência e do controle social, para que a sociedade brasileira possa acompanhar, avaliar e intervir na gestão dos recursos públicos. A efetivação do direito à saúde, nesse sentido, não é apenas um desafio técnico, mas também uma tarefa política e cidadã.

Os resultados aqui apresentados apontam, em suma, que o futuro do SUS dependerá da capacidade de a sociedade brasileira reafirmar o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado, recusando a lógica que subordina direitos a restrições fiscais circunstanciais. Defender o financiamento adequado da saúde pública é, portanto, defender a democracia, a inclusão e a justiça social.

O SUS não é apenas uma política de governo, é um projeto de País. Um projeto que exige, para sua plena realização, o compromisso renovado de gestores, legisladores, acadêmicos, trabalhadores da saúde e da sociedade civil organizada. Que esta obra possa, ao organizar análises e reflexões críticas, fortalecer o compromisso com a consolidação do SUS como instrumento de efetivação dos direitos sociais, reafirmando os princípios democráticos e solidários consagrados pela Constituição de 1988.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa SP, Martinez-Riera JR, Barroso TMMDA, Hernandez-Caravaca I, Oliveira AC, González CIA, et al. Sistemas nacionais de saúde, legislação e seus determinantes sociais: um estudo comparativo entre Brasil, Espanha, Portugal e Itália. *Cad Saúde Pública*. 2024;40(6):e00169423. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT169423>
2. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Statistics [Internet]. OECD; 2024 [citado 2025 maio 4] Disponível em: <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html>
3. Figueiredo JO, Prado NMDBL, Medina MG, Paim JS. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde Debate*. 2018;42(spe2):37-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S203>
4. Dallari SG. O direito à saúde. *Rev Saúde Pública*. 1988;22(1):57-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101988000100008>
5. Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis*. 2007;17(1):29-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>
6. World Health Organization. Basic Documents: Forty-Ninth Edition (including Amendments Adopted up to 31 May 2019). Geneva: WHO; 2020.
7. Medici AC. Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização. [Internet]. São Paulo: Faculdade Saúde Pública/USP; 1994 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: <https://colecoes.abcd.usp.br/fsp/files/original/82bb-c4b5cd52acb4bceb1349fc9d8c4f.pdf>
8. Presidência da República (BR). Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2000 set 14 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm

9. Câmara dos Deputados (BR). Projeto de Emenda à Constituição nº 82 [Internet]. Acrescenta dispositivo ao artigo 195 da Constituição Federal. Brasília, DF: Câmara dos deputados; 1995 [citado 2025 maio 5]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=24970>
10. Silva A, Lima LD, Baptista T, Vieira F, Andrade C. Transferências federais por emendas parlamentares aos municípios: implicações para o financiamento do SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2024;29(7):e03152024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.03152024>
11. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
12. Presidência da República (BR). Lei Complementar nº 201, de 24 de outubro de 2023. Dispõe sobre a compensação devida pela União nos termos dos arts. 3º e 14 da Lei Complementar nº 194, de 23 de junho de 2022, a dedução das parcelas dos contratos de dívida, a transferência direta de recursos da União aos Estados e ao Distrito Federal [...]. Diário Oficial da União [Internet]. 2023 out 24 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp201.htm
13. Presidência da República (BR). Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde [...]. Diário Oficial da União [Internet]. 2012 jan 16 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm
14. Presidência da República (BR). Lei Complementar nº 200, de 30 de agosto de 2023. Institui regime fiscal sustentável para garantir a estabilidade macroeconômica do País e criar as condições adequadas ao crescimento socioeconômico, com fundamento no art. 6º da Emenda Constitucional nº 126, de 21 de dezembro de 2022, e no inciso VIII do caput e no parágrafo único do art. 163 da Constituição Federal; e altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal). Diário Oficial da União [Internet]. 2023 ago 31 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp200.htm
15. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Lei nº 141/2012 e os fundos de saúde. Brasília, DF: Conass; 2013. (CONASS Documenta, 26).

16. Presidência da República (BR). Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Diário Oficial da União [Internet]. 2015 mar 18. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm
17. Câmara dos Deputados (BR). Proposta de Emenda à Constituição nº 241 [Internet]. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2016 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2088351>
18. Presidência da República (BR). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2016 dez 16 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm
19. Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Nota sobre a Proposta de Emenda Constitucional 241 / 2016 [Internet]. [Brasília, DF]: Conass; Conasems; 2016 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/06/NOTA_CONJUNTA_CONASS_CONASEMS_PEC241.pdf
20. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 113, de 8 de dezembro de 2021. Altera a Constituição Federal e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para estabelecer o novo regime de pagamentos de precatórios, modificar normas relativas ao Novo Regime Fiscal e autorizar o parcelamento de débitos previdenciários dos Municípios; e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2021 dez 9 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc113.htm
21. Borges B, Resende C, Pires M. Arcabouço Constitucional: modificações recentes e como isso condiciona a nova regra fiscal em preparação pelo Governo Federal. Observatório de Política Fiscal [Internet]. 2023 mar 3 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: <https://observatorio-politica-fiscal.ibre.fgv.br/politica-economica/outros/arcabouco-constitucional-modificacoes-recentes-e-como-isso-condiciona-nova>
22. Vieira FS, Bernades LCG, Piola S. Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Capítulo 3: Saúde [Internet]. Brasília, DF: IPEA 2024 [citado 2025 maio 4];(31). Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/14798>

23. Tribunal de Contas da União (BR). Contas do Presidente da República 2023 [Internet]. Brasília, DF: TCU; 2024 [citado 2025 maio 5]. Disponível em: <https://sites.tcu.gov.br/contas-do-presidente/>
24. Pinto EG, Comparato FK, Scaff FF, Sarlet IW, Derzi MAM, Oliveira RF. Opinião: Incidência imediata dos pisos em saúde e educação após revogação do teto. Consultor Jurídico [Internet]. 2023 set 14 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2023-set-14/opinio-incidencia-imediata-pisos-saude-educacao/>
25. Presidência da República (BR). Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [Internet]. 1964 mar 23 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm
26. Ministério da Economia (BR), Secretaria do Tesouro Nacional. Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público [Internet]. 10ª ed. [Brasília, DF]: SNT; 2023 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9::::9:P9_ID_PUBLICACAO:48458
27. Presidência da República (BR). 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. Diário Oficial da União [Internet]. 20 set 1990 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
28. Presidência da República (BR). 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [Internet]. 1990 dez 31 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
29. Presidência da República (BR). Decreto nº 11.531, de 16 de maio de 2023. Dispõe sobre convênios e contratos de repasse relativos às transferências de recursos da União, e sobre parcerias sem transferências de recursos, por meio da celebração de acordos de cooperação técnica ou de acordos de adesão. Diário Oficial da União [Internet]. 2023 maio 17 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11531.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2011.531%2C%20DE%2016%20DE%20MAIO%20DE%202023&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20conv%C3%AAnios%20e%20contratos,ou%20de%20acordos%20de%20ades%C3%A3o

30. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 6, de 6 de outubro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. [Internet]. 2017 out 3 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html
31. Ministério da Saúde (BR). Siops Cartilha de instrução ao preenchimento 2024 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: [http:// siops.datasus.gov.br/Documentacao/cartilha_2024.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/cartilha_2024.pdf)

