



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

CAROLINA SOARES HENRIQUES

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): despesas com saúde e desigualdade
entre os entes federados

Rio de Janeiro

2025

CAROLINA SOARES HENRIQUES

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): despesas com saúde e desigualdade
entre os entes federados

Monografia apresentada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Artur Monte Cardoso

Rio de Janeiro

2025

FOLHA DE APROVAÇÃO

CAROLINA SOARES HENRIQUES

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): despesas com saúde e desigualdade
entre os entes federados**

Monografia apresentada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 05 de junho de 2025.

Prof. Dr. Artur Monte Cardoso (Orientador)

IESC/UFRJ

Prof.^a Dra. Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti

IESC/UFRJ

Prof. Dr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

IESC/UFRJ

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho representa mais do que o encerramento de uma etapa acadêmica — é também o resultado de um percurso cheio de desafios, aprendizados e superações. Por isso, gostaria de dedicar este espaço a todos que, de alguma forma, contribuíram para que eu chegasse até aqui.

Em primeiro lugar, agradeço a minha família, que foi meu alicerce durante todo esse processo. Aos meus pais, que sempre estiveram ao meu lado com apoio prático, conselhos sinceros e incentivo nos momentos mais difíceis. Vocês me ajudaram a manter o foco e me lembraram, sempre que necessário, que persistência vale a pena.

Aos meus avós, por acompanharem essa caminhada com carinho e orgulho. Mesmo à distância ou em silêncio, o apoio de vocês fez diferença. Saber que torcem por mim com tanto afeto foi um estímulo constante.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que souberam respeitar meus momentos de ausência, cansaço e dedicação, e ainda assim estiveram presentes com palavras de incentivo, ajuda nos estudos ou simplesmente com uma conversa leve nos momentos certos. A convivência com vocês tornou esse processo menos pesado e mais equilibrado.

Aos professores e professoras que contribuíram ao longo da minha formação, deixo minha gratidão pelo conhecimento transmitido e pelas reflexões que me ajudaram a enxergar além do conteúdo. Cada aula, orientação e incentivo fizeram diferença.

Um agradecimento especial ao meu orientador, professor Artur, pela paciência, disponibilidade e contribuições valiosas durante o desenvolvimento deste trabalho. Seu apoio foi essencial para que este projeto saísse do papel e se transformasse em algo concreto.

Por fim, agradeço a todas que, de alguma forma, fizeram parte desta etapa — mesmo que de maneira breve ou indireta. Cada gesto, conversa ou contribuição teve seu valor. Muito obrigada!

RESUMO

HENRIQUES, Carolina Soares. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: despesas com saúde e desigualdade entre os entes federados. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa um marco na garantia do direito universal à saúde. A Constituição Federal (CF) estabeleceu a saúde como um direito fundamental e dever do Estado e definiu que o financiamento da saúde seria responsabilidade da União, estados e municípios. No entanto, deixou lacunas na forma de sua implementação, especialmente em relação à organização, funcionamento, e financiamento, gerando incertezas sobre a alocação de recursos do SUS. A partir disso, este trabalho teve como objetivo comparar as despesas absolutas e per capita dos diferentes entes federados no SUS para identificar a desigualdade regional no gasto com saúde por meio de uma revisão documental. Justifica-se a análise para que sejam levantados os pontos positivos e os pontos insuficientes, gerando dados e argumentos científicos para que as políticas públicas possam ser melhor direcionadas aos elementos mais vulneráveis. A análise revela que, apesar da despesa total com saúde ser comparável a de outros países, o gasto público é insuficiente e mal distribuído, resultando em desigualdades regionais e na dependência de recursos privados e/ou de mais repasses entre os entes federados.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; despesas com saúde; financiamento; desigualdade.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Despesas com Saúde em Porcentagem ao PIB, 2022 (ou ano mais próximo).....	22
Figura 2 - Despesas com saúde <i>per capita</i> , 2022 (ou ano mais próximo).....	22
Figura 3 - Despesas com saúde por tipo de financiamento, 2021 (ou ano mais próximo).....	24
Gráfico 1 - Retropulação da série de consumo final de bens e serviços de saúde, em % do PIB, e Despesa de Consumo final das Famílias e das ISFLSF e do Governo, como % do Total, 2000-2021	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores Estaduais: Despesas com Recursos Próprios, Despesa Total com Saúde, Despesas com Recursos Próprios per capita e Despesa Total com Saúde per capita - em Reais, valores corrente - 2022	27
Tabela 2 - Indicadores Municipais, por Região: Despesas com Recursos Próprios, Despesa Total com Saúde, Despesas com Recursos Próprios per capita e Despesa Total com Saúde per capita - 2022	28
Tabela 3 - Despesas Totais com Saúde e Despesas com Recursos Próprios, dos Municípios, segundo Porte Pop - 2022	29
Tabela 4 - Indicadores Municipais por UF: Despesas com Recursos Próprios, Despesa Total com Saúde, Despesas com Recursos Próprios per capita e Despesa Total com Saúde per capita - 2022	30
Tabela 5 - Indicadores Municipais por Capital: Despesas com Recursos Próprios, Despesa Total com Saúde, Despesas com Recursos Próprios per capita e Despesa Total com Saúde per capita - 2022	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CF	Constituição Federal
Cofins	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
EC	Emenda Constitucional
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ISFLSF	Instituições Sem Fins Lucrativos a Serviço das Famílias
LC	Lei Complementar
NAF	Novo Arcabouço Fiscal
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PIB	Produto Interno Bruto
RCL	Receita Corrente Líquida
RP	Recursos Próprios
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TABNET	Sistema de tabulação de dados públicos do DATASUS
UF	Unidade Federativa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1 FINANCIAMENTO DO SUS.....	13
3.2 DESPESAS COM SAÚDE E A DESIGUALDADE DOS ENTES FEDERADOS.....	14
3.3 DESIGUALDADE NOS GASTOS ENTRE MUNICÍPIOS NO SUS	16
3.3.1 Disparidades na Capacidade de Arrecadação e no Gasto com Saúde	16
3.3.2 O Impacto das Transferências Federais e Estaduais	16
4 METODOLOGIA.....	18
4.1 LIMITAÇÕES DA PESQUISA	19
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
5.1 PERSPECTIVA COMPARADA	21
5.2 ANÁLISE DAS DESPESAS DO SUS	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

Criado pela Constituição Federal (CF) de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) representa um marco na garantia do direito universal à saúde.

Anteriormente, o sistema de saúde no Brasil era caracterizado por profundas desigualdades e fragmentação no acesso aos serviços. Durante parte do século XX, a assistência à saúde era majoritariamente prestada por organizações filantrópicas e médicos particulares, com pouca participação do Estado. A estrutura previdenciária teve início com a Lei Eloy Chaves (1923), que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Posteriormente, essas foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), a partir da década de 1930. Em 1943, foi promulgada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que fortaleceu os vínculos formais e os direitos sociais. Em 1966, os institutos foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e, em 1974, criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (Fikelman, 2002). Apesar da centralização, o modelo permaneceu limitado, pois ainda vinculava o acesso à saúde à contribuição previdenciária, excluindo grande parte da população. Além disso, a gestão era predominantemente voltada para a compra de serviços privados, reforçando a dependência do setor público aos serviços particulares (Paim *et al.*, 2011).

A partir do movimento da Reforma Sanitária nos anos 1980, que culminou na formalização do SUS na Constituição Federal de 1988, houve uma mudança significativa no sistema de saúde brasileiro. O movimento defendia a saúde como um direito de cidadania e tinha como proposta um sistema público e universal, financiado por recursos públicos (Paim *et al.*, 2011).

O financiamento do SUS foi definido como tripartite, sendo responsabilidade da União, estados e municípios, conforme disposto no artigo 198 da CF/88 (Brasil, 1990). Os recursos destinados à saúde devem ser coletados de diversas fontes, incluindo o Orçamento da Seguridade Social (OSS) e outros tributos, como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), além de repasses federais aos estados e municípios (Piola; Viera, 2023). No entanto, o Fundo de Participação dos Estados (FPE) e o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), embora sejam importantes fontes de receita para os entes federativos, não são destinados exclusivamente à saúde (Brasil, 2023).

Apesar dessas diretrizes, nos primeiros anos do SUS, houve incertezas sobre sua implementação, especialmente em relação à organização, funcionamento e financiamento do

sistema. A CF de 1988 trouxe diretrizes gerais, mas os detalhamentos sobre os investimentos mínimos em saúde foram estabelecidos pela Emenda Constitucional nº 29/2000, que define os valores mínimos a serem aplicados em saúde pela União, Estados e Municípios, e que foi regulamentada posteriormente pela Lei Complementar nº 141/2012 (Brasil, 2000, 2012).

O SUS, desde sua criação, esteve num contexto internacional turbulento, de enfrentamento de dívida externa e inflação elevada; e em um cenário nacional com políticas de governo neoliberais. Por essa razão, desde sua origem, há um embate entre o objetivo de garantir a universalidade dos direitos sociais, dentro dos princípios doutrinários do SUS, e a meta do governo, de conter gastos ou direcionar recursos para outras áreas e objetivos. Nos primeiros anos, o SUS enfrentou desafios para consolidar seu financiamento, dado o aumento expressivo na demanda por serviços e a necessidade de expandir a cobertura (Noronha *et al.*, 2013).

Disparidades regionais no financiamento e na oferta de serviços podem demonstrar desafios na equidade do SUS, refletindo a necessidade de políticas públicas mais eficazes na redução dessas desigualdades. A Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, devendo ser assegurada por meio de políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de doenças e promovam o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde (Brasil, 1988).

A relevância deste estudo decorre do fato de que o financiamento adequado do SUS é essencial para que os princípios norteadores do sistema sejam cumpridos (Paim *et al.*, 2011). O SUS representa um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, atendendo milhões de brasileiros, mas enfrenta desafios históricos relacionados ao subfinanciamento, à desigualdade na distribuição de recursos e à crescente demanda por serviços (Piola; Vieira, 2023).

A complexidade do sistema exige um planejamento sistêmico para garantir acesso eficiente a serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento. Para tanto, o gasto público deve contemplar a contratação de profissionais, a infraestrutura de unidades de atendimento, a aquisição de equipamentos e insumos médicos, além do desenvolvimento de políticas de saúde eficazes (Mendes, 2013). Estudos indicam que limitações no financiamento comprometem a qualidade dos serviços prestados e dificultam a redução das desigualdades regionais no acesso à saúde (Piola; Vieira, 2023).

Diante desse contexto, torna-se essencial analisar a magnitude do financiamento do SUS e sua adequação para garantir o direito universal à saúde. A distribuição de recursos entre a saúde pública e privada no Brasil pode evidenciar desigualdades estruturais que

impactam o acesso e os serviços prestados. Além disso, a comparação do sistema de saúde brasileiro com modelos internacionais permite avaliar suas fortalezas e fragilidades, considerando diferentes padrões de financiamento e organização. Nesse sentido, este trabalho busca responder à seguinte pergunta de pesquisa: Como a alocação dos recursos no Sistema Único de Saúde (SUS) se compara a modelos internacionais de financiamento da saúde e quais são os impactos das desigualdades regionais na distribuição desses recursos no Brasil? Para responder a essa questão, este trabalho tem como objetivo analisar as despesas com saúde no SUS, comparando as despesas absolutas e *per capita*, considerando a participação dos diferentes entes federados, as variações regionais, e uma perspectiva comparada com outros países.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Comparar as despesas absolutas e *per capita* dos diferentes entes federados no SUS para identificar a desigualdade regional no gasto com saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar as despesas com saúde no Brasil e em outros países;
- Examinar as desigualdades regionais no financiamento da saúde, comparando unidades da federação no gasto estadual e municipal;
- Analisar a participação dos entes federados na alocação de recursos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 FINANCIAMENTO DO SUS

Antes da criação do SUS, o financiamento da saúde pública no Brasil era constituído por colaborações previdenciárias. A mudança se deu a partir de 1988 com a CF, integrando a saúde no planejamento de segurança social com a saúde englobada à previdência e à assistência social. Nesse momento, os financiamentos eram divididos entre os tributos adquiridos, e contribuição social de trabalhadores e empregados (Mendes, 2013).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, consolidou a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, determinando que seu financiamento deveria ser compartilhado entre União, estados e municípios (Brasil, 1988). A regulamentação desse financiamento foi detalhada posteriormente pela Emenda Constitucional nº 29/2000 e pela Lei Complementar nº 141/2012, estabelecendo percentuais mínimos de investimento por esfera de governo (Brasil, 2012).

Do ponto de vista social, a Constituição de 1988 significou uma verdadeira inflexão no tratamento até então concedido pelo Estado. Os constituintes progressistas, ao terem clareza quanto à necessidade de serem dados passos concretos em relação ao resgate da imensa dívida social brasileira herdada do regime militar, procuraram assegurar na Constituição direitos básicos e universais de cidadania, estabelecendo o direito à saúde pública, definindo o campo da assistência social, regulamentando o seguro-desemprego e avançando na cobertura da previdência social (Marques; Mendes, 2005, p. 159).

Apesar dessas diretrizes, o financiamento do SUS enfrenta desafios históricos, como subfinanciamento e desigualdades regionais na alocação de recursos (Piola; Vieira, 2023). A distribuição de verbas entre os entes federados não acompanha as necessidades epidemiológicas e socioeconômicas de cada região, impactando a qualidade e o acesso aos serviços de saúde (Ribeiro, 2018).

Nos anos seguintes, novas emendas constitucionais alteraram as regras de financiamento federal da saúde. A Emenda Constitucional nº 86/2015 vinculou os recursos destinados à saúde a um percentual da Receita Corrente Líquida (RCL), estabelecendo uma transição gradual até atingir o patamar de 15% (Brasil, 2016). Posteriormente, a Emenda Constitucional nº 95/2016, conhecida como "EC do Teto dos Gastos", instituiu o Novo Regime Fiscal, congelando os gastos federais em saúde e educação por 20 anos, com correções anuais limitadas à inflação. Essa medida foi considerada uma das mais rígidas

políticas de austeridade no mundo (Rossi; David, 2021).

No final de 2022, durante a transição para o novo governo federal, a Emenda Constitucional nº 126/2022 revogou o regime anterior estabelecido pela EC 95/2016. Em seguida, em agosto de 2023, foi sancionado o Novo Arcabouço Fiscal (NAF), substituindo a EC 95/2016. Segundo Flaeschen (2023, p. 1), “há pontos positivos, como a retomada de pisos para saúde e educação, mas o investimento é vinculado à arrecadação do Estado – ou seja, o critério ainda não é a necessidade da população, é o chamado equilíbrio fiscal”.

3.2 DESPESAS COM SAÚDE E A DESIGUALDADE DOS ENTES FEDERADOS

O financiamento público da saúde no Brasil é estruturado de forma tripartite, com responsabilidades compartilhadas entre União, estados e municípios. Essa descentralização, prevista na Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Lei nº 8.080/1990, busca garantir autonomia dos entes federativos na gestão dos recursos e na implementação das políticas de saúde (Brasil, 1990). No entanto, na prática, essa descentralização resulta em grandes disparidades regionais na alocação dos investimentos, refletindo desigualdades econômicas e fiscais entre os estados e municípios.

A Emenda Constitucional nº 29/2000, posteriormente regulamentada pela Lei Complementar nº 141/2012, estabeleceu percentuais mínimos de investimento em saúde para cada nível de governo: 15% da receita líquida para os municípios, 12% para os estados e um montante variável para a União, vinculado ao crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) (Brasil, 2012). No entanto, o cumprimento desses percentuais varia de acordo com a capacidade de arrecadação local e, em muitas vezes, com a vontade política, levando a uma realidade na qual estados e municípios economicamente mais fortes investem mais do que o exigido, enquanto outros lutam para atingir o mínimo constitucional (Brasil, 2023).

Estados e municípios com maior desenvolvimento econômico possuem uma arrecadação tributária mais robusta, o que lhes permite destinar mais recursos próprios para a saúde. Em contrapartida, regiões menos desenvolvidas dependem fortemente dos repasses federais para manter os serviços básicos do SUS (Piola; Vieira, 2023).

Os repasses federais são fundamentais para reduzir essas disparidades, mas a distribuição desses recursos nem sempre segue critérios que consideram as reais necessidades regionais. Embora a Lei nº 8.080/1990, em seu artigo 35, estabeleça que a alocação dos recursos deve levar em conta fatores como perfil epidemiológico, indicadores

socioeconômicos e desempenho da gestão local, muitas vezes a distribuição é influenciada por interesses políticos e não reflete as desigualdades regionais (Brasil, 1990).

A dependência dos estados e municípios em relação aos repasses da União também gera um fator crítico: a influência das emendas parlamentares no financiamento da saúde. Em 2022, 9,9% das despesas federais na saúde foram provenientes de emendas parlamentares, um percentual elevado em comparação com anos anteriores (Vieira, 2024). Embora as emendas sejam um mecanismo legítimo de alocação de recursos, seu uso nem sempre segue critérios técnicos, podendo priorizar regiões com maior influência política em detrimento de áreas mais carentes.

Além disso, os fundos de participação dos estados (FPE) e municípios (FPM), que são fontes importantes de receita para entes federados com baixa arrecadação própria, não são destinados exclusivamente à saúde, sendo utilizados também para custear outras áreas, como educação e infraestrutura. Isso significa que, mesmo em estados mais dependentes de repasses federais, os recursos para saúde podem ser insuficientes, agravando a desigualdade no acesso aos serviços (Brasil, 2023).

Outro fator que aprofundou as desigualdades no financiamento da saúde foi a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC do Teto de Gastos), que congelou os investimentos federais em saúde por 20 anos, limitando seu reajuste apenas pela inflação. Essa medida reduziu significativamente a capacidade do governo federal de ampliar os repasses aos estados e municípios, que, por sua vez, tiveram que arcar com uma parcela maior dos investimentos em saúde (Flaeschen, 2023).

Os estados e municípios com menor arrecadação própria foram os mais afetados, pois dependem dos repasses federais para sustentar seus sistemas de saúde. A estagnação dos recursos federais levou muitos entes federativos a realocar recursos de outras áreas ou reduzir investimentos em infraestrutura e pessoal, impactando diretamente a qualidade dos serviços prestados à população (Rossi; David, 2021).

Desde a Emenda Constitucional nº 86/2015, as emendas parlamentares individuais passaram a ser de caráter impositivo, o que significa que sua execução orçamentária tornou-se obrigatória. Isso alterou significativamente a lógica de alocação de recursos do Ministério da Saúde, pois parte do orçamento passou a ser previamente comprometida com emendas parlamentares, reduzindo a autonomia técnica da pasta para decidir sobre a destinação de verbas com base em critérios epidemiológicos ou de necessidade regional.

3.3 DESIGUALDADE NOS GASTOS ENTRE MUNICÍPIOS NO SUS

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é descentralizado, sendo responsabilidade da União, estados e municípios. No entanto, a distribuição desses recursos apresenta grandes desigualdades entre os municípios, impactando diretamente a qualidade e a disponibilidade dos serviços de saúde prestados à população. As diferenças nas receitas municipais, na dependência de repasses federais e estaduais, e na capacidade de gestão dos recursos contribuem para um cenário heterogêneo de financiamento da saúde pública no país (Piola; Vieira, 2023).

3.3.1 Disparidades na Capacidade de Arrecadação e no Gasto com Saúde

Os municípios brasileiros apresentam grande variação na capacidade de arrecadação de receitas próprias, que incluem impostos como o ISS (Imposto Sobre Serviços) e o IPTU (Imposto Predial e Territorial Urbano). Enquanto cidades economicamente mais desenvolvidas conseguem destinar uma parcela maior de recursos próprios para a saúde, municípios menores e com baixa atividade econômica dependem quase inteiramente dos repasses federais e estaduais para custear seus serviços de saúde (Carvalho, 2021).

Estudos indicam que, em 2022, municípios das regiões Sul e Sudeste foram os que mais destinaram recursos próprios para a saúde, enquanto as regiões Norte e Nordeste apresentaram maior dependência de transferências intergovernamentais (Piola; Vieira, 2023).

3.3.2 O Impacto das Transferências Federais e Estaduais

Os repasses da União e dos estados desempenham um papel fundamental na redução das desigualdades municipais no financiamento da saúde. No entanto, a distribuição desses recursos nem sempre ocorre de maneira equitativa, pois os critérios de alocação podem ser influenciados por fatores políticos e administrativos. Apesar de haver regras que dispõe a respeito dos valores mínimos, municípios que possuem baixa arrecadação própria frequentemente enfrentam dificuldades para cumprir esse percentual sem comprometer outros serviços essenciais (Carvalho, 2021).

Além disso, o uso de emendas parlamentares como instrumento de financiamento da saúde cria distorções na alocação de recursos. Em municípios com maior influência política, observa-se um volume maior de recursos destinados à saúde via emendas, enquanto

municípios menores e menos representativos politicamente podem receber valores inferiores, independentemente de suas reais necessidades epidemiológicas (Piola; Vieira, 2023).

4 METODOLOGIA

O presente trabalho adotou uma abordagem quantitativa, considerando a natureza do problema e os objetivos da pesquisa. A análise dos dados foi realizada com base em informações extraídas do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), utilizando técnicas de estatística descritiva para examinar os padrões de financiamento da saúde no país.

Foram consultadas fontes documentais, incluindo leis, relatórios e dados governamentais acessíveis em arquivos institucionais e plataformas públicas. Dentre os documentos analisados, destaca-se o relatório *Health at a Glance* (2023), da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), especialmente os capítulos que abordam as despesas em saúde nos países membros. A escolha desse relatório se justifica por sua relevância como documento oficial de uma instituição internacional reconhecida por sua atuação na promoção do desenvolvimento econômico e social e pela comparação de muitos países diferentes no que tange às despesas com saúde.

Além disso, utilizou-se como fonte de dados o TABNET SIOPS, um sistema de informações do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que disponibiliza registros detalhados das receitas e despesas públicas em saúde de todas as esferas governamentais no Brasil. O SIOPS é essencial para o acompanhamento do financiamento da saúde pública, sendo a principal base oficial de consulta para dados orçamentários do SUS.

No TABNET SIOPS foram extraídos dados dos indicadores estaduais¹ e municipais², das Despesas com Recursos Próprios e Despesas Totais com Saúde, para todas as Unidades Federativas, para o ano de 2022. Despesas com Recursos Próprios com Saúde se referem àquelas realizadas utilizando as receitas de impostos e transferências constitucionais e legais de cada ente federado - União, estado, Distrito Federal ou município. Esse dado é utilizado para aferir se o ente gastou o percentual mínimo previsto pela Lei Complementar n. 141/2012 (e, anteriormente, pela Emenda Constitucional n. 29/2000). Despesas Totais com Saúde se referem ao total de despesas com saúde realizadas pelo ente, incluindo aquelas financiadas com recursos próprios e aquelas financiadas com recursos transferidos por outros entes federados. As despesas com saúde devem atender à definição de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), conforme previsto na já mencionada LC 141/2012 (Brasil, 2012).

Com base nestes dados de despesas e com dados de população, também obtidos no

¹ Disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?SIOPS/SerHist/ESTADO/indicuf.def>

² Disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe?SIOPS/serhist/municipio/mIndicadores.def>

sistema, foram calculadas as Despesas com Recursos Próprios *per capita* e Despesa Total com Saúde *per capita*. Estratificações por regiões, capitais das UFs, e porte populacional, também foram feitas.

Além disso, as Contas-Satélite de Saúde, fornecidas pelo IBGE, também foram utilizadas para análises (IBGE, 2024).

Os dados coletados foram analisados por meio de técnicas de análise descritiva, com a construção de gráficos e tabelas para apresentação dos resultados, utilizando as ferramentas Excel e Google Sheets.

4.1 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Esta pesquisa apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, os dados utilizados da OCDE dependem das informações fornecidas por cada país-membro, o que pode gerar inconsistências metodológicas ou diferenças conceituais que dificultam comparações diretas.

No âmbito nacional, os dados utilizados do SIOPS são informados diretamente pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Por serem alimentados manualmente no sistema, estão sujeitos a erros de digitação ou inconsistências no registro das informações.

Além disso, a comparação entre os estados e o Distrito Federal exige cautela, pois o DF acumula atribuições e receitas tanto estaduais quanto municipais, o que pode distorcer os indicadores financeiros em relação às demais unidades da federação.

Outro ponto relevante diz respeito à análise agregada das despesas com saúde. Embora um maior volume de gasto possa, em tese, refletir uma oferta ampliada de serviços, isso não é uma garantia. Existem diversos fatores que influenciam os níveis de despesa, como a renda disponível do ente federativo (entes mais ricos tendem a gastar mais em termos absolutos), as prioridades políticas locais (alguns entes destinam uma proporção maior de seus recursos à saúde) e as diferenças regionais nos custos para a produção de serviços e aquisição de insumos.

Além disso, as transferências federais, que variam conforme a capacidade instalada e a demanda por serviços de cada ente, também influenciam os montantes disponíveis, assim como a presença de emendas parlamentares que pode alterar significativamente a composição das receitas e despesas. Vale destacar, também, que parte dos recursos destinados aos hospitais universitários federais está vinculada ao orçamento da educação, principalmente via folha de pagamento de docentes e servidores. Essa característica dificulta o rastreamento

direto desses gastos no sistema de saúde e representa uma limitação à análise das despesas exclusivamente sob a ótica do financiamento do SUS.

Outra limitação relevante refere-se à dificuldade em distinguir, na análise dos dados agregados, os diferentes tipos de hospitais (municipais, estaduais ou federais) e a lógica de sua distribuição territorial. A pactuação regional entre entes federativos influencia essa organização, o que pode afetar o tipo e o custo dos serviços ofertados localmente, mas esses fatores não estão diretamente visíveis nos dados macro utilizados nesta pesquisa. Sendo os dados deste estudo agregados, não permitem distinguir quantidades, tipos de serviços prestados ou preços unitários. Isso configura outra limitação analítica, pois pode ocultar desigualdades relevantes na oferta e na qualidade dos serviços. Portanto, novos estudos que explorem dados microeconômicos ou qualitativos seriam essenciais para aprofundar essas discussões

Por fim, é importante destacar que a análise se concentra nos dados referentes ao ano de 2022 (ou anos mais recentes para dados da OCDE). A utilização de um único ano como base pode não refletir padrões mais estruturais ou tendências de longo prazo nos gastos com saúde, limitando a abrangência temporal da análise e a capacidade de captar dinâmicas mais duradouras.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

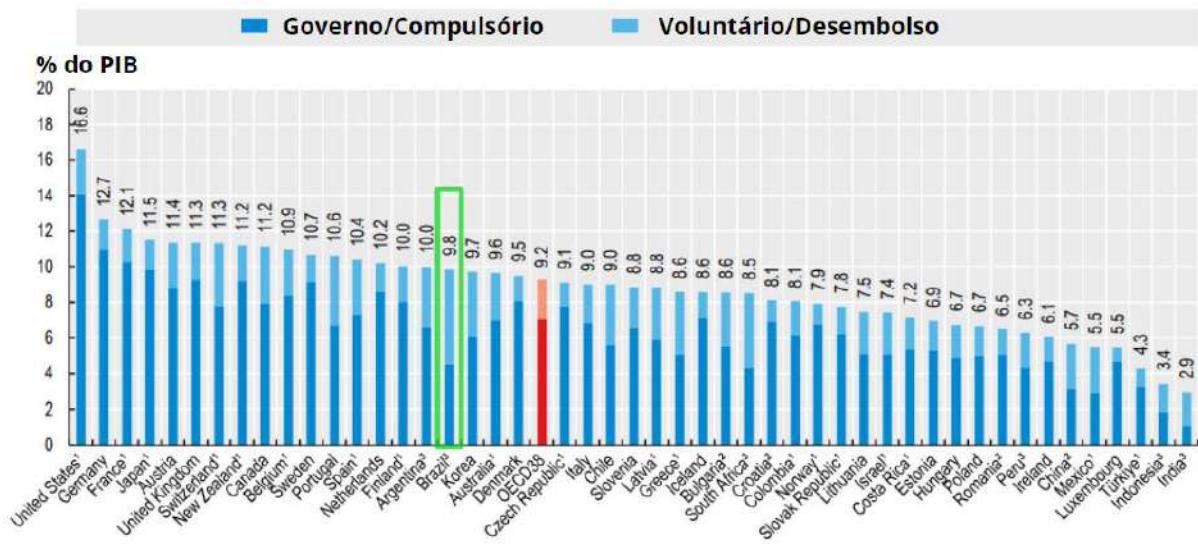
Segundo a OCDE (2019), o tamanho dos gastos com saúde em um país, para que cubra tanto as necessidades individuais, quanto a saúde da população em geral, e as mudanças desse gasto ao longo do tempo, dependem de uma variedade de fatores demográficos, sociais e econômicos, assim como de financiamento e arranjos organizacionais do sistema de saúde. As despesas com saúde dão uma medida do consumo final de bens e serviços de saúde, ou seja, das despesas correntes com saúde, incluindo gastos por todos os tipos/esquemas de financiamento (ex: programas governamentais, seguro social ou gastos diretos), serviços e bens médicos, programas de saúde e prevenção da população, assim como a administração do sistema de saúde. A divisão de gastos combina esquemas governamentais e de financiamento compulsório, este, incluindo seguro privado de natureza obrigatória.

5.1 PERSPECTIVA COMPARADA

A figura 1 mostra as Despesas Com Saúde como porcentagem do Produto Interno Bruto, em 2022 (ou anos mais recentes). Neste ano, a despesa do Brasil foi equivalente a 9,8% de seu PIB, enquanto o dos países da OCDE, em média, 9,2% de seus respectivos PIBs, o que indica que o Brasil manteve uma despesa maior em relação à média dos países da OCDE. Os países vizinhos, Chile (9,0%) e Colômbia (8,1%), tiveram uma despesa também menor que a do Brasil. Em comparação a países que, assim como o nosso, possuem um Sistema de Saúde universal, o Brasil fica à frente da Costa Rica (7,2%) e Noruega (7,9%); e atrás do Reino Unido (11,3%) e França (12,1%).

O Brasil está acima da média dos países da América Latina e próximo à faixa inferior dos países europeus de alta renda. No entanto, fica abaixo de países com maior investimento em saúde, como EUA, Alemanha, França e Japão (todos acima de 10%). A figura indica que as despesas com saúde do Brasil são grandes. Em comparação a países emergentes e da América Latina, o Brasil tem um percentual mais alto, mas a alta participação de gastos privados pode indicar desigualdade no acesso aos serviços de saúde.

Figura 1 - Despesas com Saúde em Porcentagem ao PIB, 2022 (ou ano mais próximo)

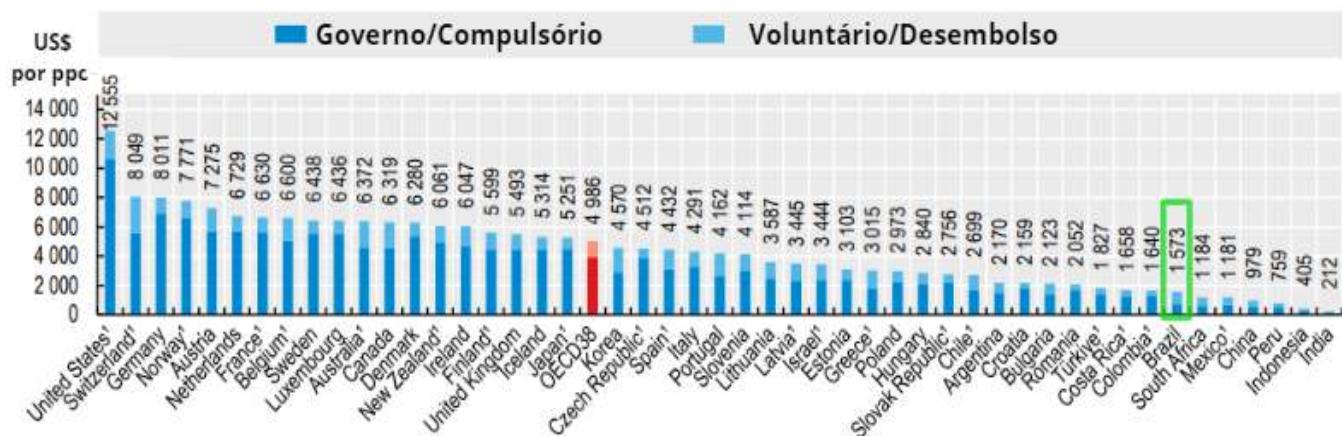


¹ Estimativas da OCDE para 2022. ² Dados de 2021. ³ Dados de 2020.

Fonte: OCDE - Health at a Glance 2023. Adaptado pela autora.

A figura 2 mostra as Despesas com saúde *per capita* em 2022, em dólar, por poder de paridade de compra. Esse indicador é função de três variáveis: a renda do país, sua população (*renda per capita*), e o percentual do gasto com saúde. Para fins de comparação entre os países, os gastos *per capita* com saúde são convertidos para uma moeda comum, o dólar americano, e ajustados levando em consideração o poder de compra diferente das moedas nacionais.

Figura 2 - Despesas com saúde *per capita*, 2022 (ou ano mais próximo)



*Poder de Paridade de Compra. ¹ Estimativas da OCDE.

Fonte: OCDE - Health at a Glance 2023. Adaptado pela autora.

Em 2022 as despesas com saúde do Brasil foram de US\$1.573, enquanto os países da OCDE gastam, em média, US\$4.986. Comparado aos mesmos países vizinhos, Chile (US\$2.699) e Colômbia (US\$1.640), o Brasil teve uma despesa com saúde *per capita* menor. E, em comparação a Costa Rica (US\$1.658), Noruega (US\$7.771), Reino Unido (US\$5.493) e França (US\$6.630), a despesa do Brasil é expressivamente menor, especialmente em relação aos países europeus.

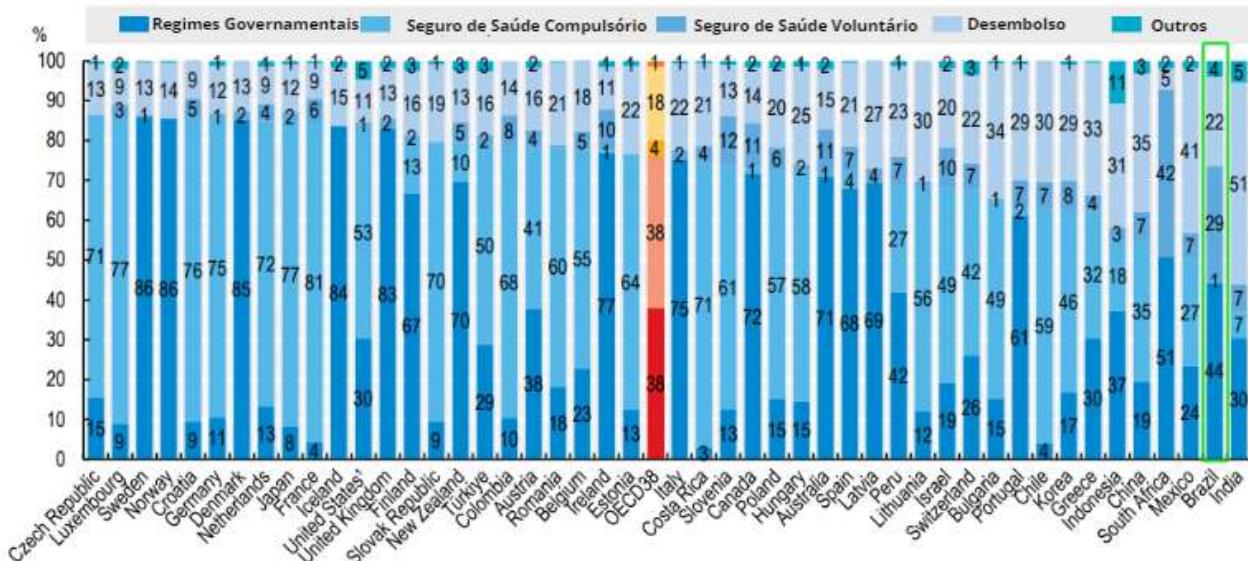
O Brasil não está entre os países com maior investimento na América Latina, mas também não está entre os piores. Em comparação com os países desenvolvidos, a despesa com saúde per capita no Brasil ainda é muito baixa. A dependência de gastos privados em muitos países da América Latina (incluindo o Brasil) indica desigualdade no acesso à saúde pública e eficiência variável dos sistemas nacionais. O Brasil apresenta uma grande parcela de gastos voluntários (desembolsos diretos da população), o que pode indicar também dificuldades no acesso a serviços públicos de saúde e maior dependência de planos privados e pagamentos diretos.

Uma possível explicação para a diferença em comparação aos países europeus, poderia ser a maior renda, em relação ao Brasil. Dado que são países que possuem uma renda *per capita* maior, e que o indicador é calculado pelo produto da renda *per capita* e a porcentagem do gasto em saúde.

A figura 3 mostra as Despesas com Saúde pelo tipo de financiamento no ano de 2021. Esta figura explicita uma especificidade do Brasil: o tamanho do setor privado. Enquanto nos países da OCDE, o gasto público com saúde é, em média, 76% em 2021, das despesas com saúde, no Brasil, o gasto público é aproximadamente 45% do total no mesmo período.

Outro dado importante presente na figura é a porcentagem de gastos diretos, sejam eles com seguro de saúde voluntário ou desembolso. É interessante analisar os gastos diretos, porque, através deles, observamos algumas questões importantes: quem no Brasil pode pagar por seguro de saúde ou usar recursos do próprio bolso?

Figura 3 - Despesas com saúde por tipo de financiamento, 2021 (ou ano mais próximo)



Nota: A categoria “Outros” refere-se ao financiamento por ONG, empregadores, regimes não residentes e regimes desconhecidos.¹ Todos os gastos das seguradoras privadas de saúde declarados no âmbito do seguro de saúde obrigatório.

Fonte: OCDE - Health at a Glance 2023. Adaptado pela autora.

No Brasil, o gasto privado em 2022 era equivalente a 51% - valor muito acima da média da OCDE (22%) - seja por meio de seguros de saúde voluntários (29%) ou desembolsos diretos das famílias (22%). Isso evidencia uma dependência maior do financiamento privado, o que pode resultar em desigualdades no acesso à saúde. Em comparação com outros países com sistemas de saúde universais, como Reino Unido (11,3% do PIB) e França (12,1%), o Brasil gasta menos, tanto em termos absolutos, quanto *per capita*, o que reflete as limitações de financiamento do SUS.

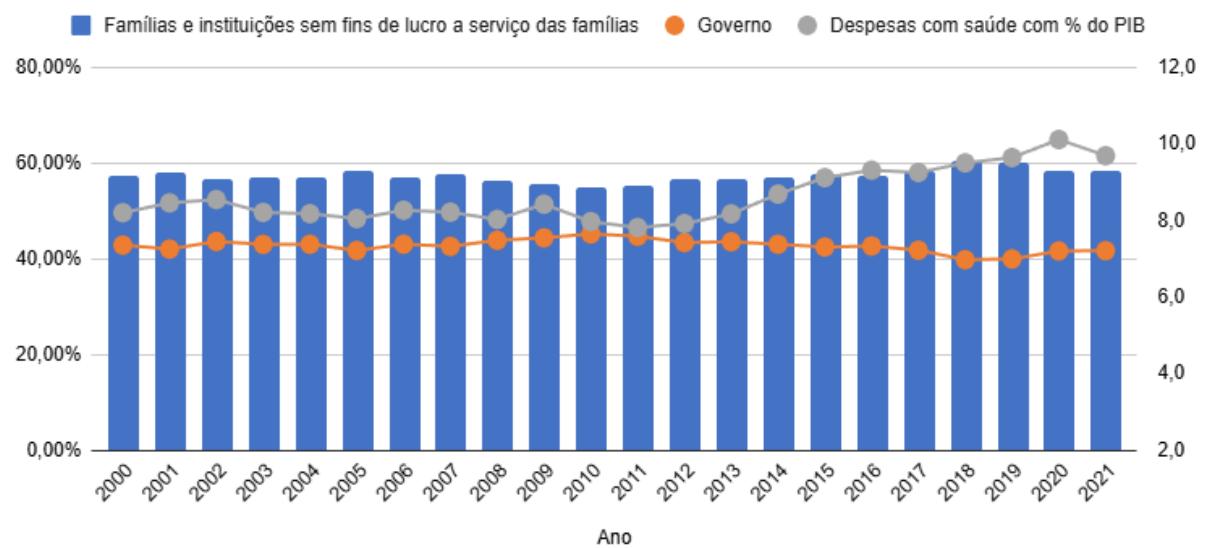
O gráfico 1 representa a retropulação da série de consumo final de bens e serviços de saúde. Apresenta o percentual das despesas de famílias e instituições sem fins de lucro a serviço das famílias, e do Governo, no período de 2000 a 2021. Os dados apresentados mostram a evolução da participação das famílias e instituições sem fins de lucro a serviço das famílias e do governo no consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil entre 2000 e 2021.

Observa-se que, ao longo do período, a maior parte do consumo esteve sob responsabilidade das famílias e instituições sem fins lucrativos, cuja participação variou entre aproximadamente 56% e 60%. Entre 2000 e 2016, essa participação manteve-se relativamente estável, com pequenas oscilações. A partir de 2017, nota-se uma tendência de crescimento, atingindo o pico de 60,24% em 2018, embora tenha sofrido uma leve queda em 2020 e 2021, possivelmente refletindo mudanças conjunturais como a pandemia da COVID-19.

Já a participação do governo, que iniciou em 42,80% em 2000, apresentou uma leve tendência de crescimento até 2010 (45,15%), indicando um aumento relativo do financiamento público da saúde. No entanto, a partir de 2011, essa participação começou a diminuir gradualmente, atingindo o menor patamar da série em 2018 (39,76%). Nos anos seguintes, houve uma leve recuperação, alcançando 41,64% em 2021.

Essa dinâmica revela um padrão em que o financiamento privado da saúde tem sido predominante ao longo das décadas, com uma leve ampliação da participação das famílias e instituições sem fins lucrativos. A queda da participação governamental, principalmente entre 2011 e 2018, pode estar associada a restrições fiscais e mudanças nas políticas de financiamento da saúde pública. Já o leve aumento da participação do governo em 2020 e 2021 pode estar relacionado ao maior investimento em saúde pública devido à pandemia.

Gráfico 1 - Retropulação da série de consumo final de bens e serviços de saúde, em % do PIB, e Despesa de Consumo final das Famílias e das ISFLSF e do Governo, como % do Total, 2000-2021



Fonte: Contas Satélites de Saúde.

A análise comparada do perfil de gastos com saúde entre o Brasil e outros países analisados revela que, apesar de um volume de despesas totais relativamente elevado em relação ao PIB, a estrutura de financiamento nacional apresenta características que diferem significativamente de outros sistemas de saúde, especialmente daqueles que possuem forte financiamento público. A predominância de gastos privados no Brasil indica um sistema marcado por desigualdades no acesso aos serviços, com uma parcela considerável da população dependendo de desembolsos diretos e seguros privados. A queda da participação

governamental no financiamento da saúde observada entre 2011 e 2018, seguida por uma leve recuperação recente, demonstra a sensibilidade do setor a fatores políticos e econômicos, como a Emenda Constitucional nº 95/2016 e os impactos da pandemia da COVID-19.

Importa ressaltar que o aumento na proporção do consumo final com saúde em relação ao PIB pode decorrer não apenas do aumento absoluto nos gastos com saúde, mas também da redução do próprio PIB, como ocorreu em determinados anos. Assim, a variação percentual deve ser interpretada com cautela, pois envolve múltiplas variáveis econômicas.

5.2 ANÁLISE DAS DESPESAS DO SUS

Nesta seção, são apresentados os dados referentes ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco nas despesas dos estados e municípios. A análise inclui a evolução das despesas, a participação dos diferentes níveis de governo e as disparidades regionais na alocação dos recursos. As tabelas a seguir permitem identificar padrões, evidenciando a dependência de repasses federais em algumas regiões e a variação na capacidade de financiamento próprio dos entes federados.

A tabela 1 mostra as despesas dos Estados, por região, no ano de 2022. Na região Norte há uma variação entre 70,74% (Rondônia) e 80,64% (Roraima) na porcentagem da Despesa com Recursos Próprios em relação à Despesa Total *per capita*. A média é elevada, com destaque para Roraima (80,64%) e Amapá (78,52%). Indica um cenário, em geral, homogêneo na região, caracterizando maior dependência de recursos próprios, do que de recursos repassados pela União. Os maiores valores de recursos próprios do país estão na região, com Roraima (1.866,93) no topo. Acre (1.293,32), Amapá (1.229,27) e Tocantins (1.178,02) também possuem valores elevados. Pará (441,63) é o menor da região.

No Nordeste o cenário é variado, entre 66,98% (Pernambuco) e 86,90% (Alagoas). Alagoas e Paraíba (85,89%) têm os maiores valores, sugerindo forte independência de transferências, ou desigualdade nos repasses. Na região Sul, o Rio Grande do Sul (80,48%) e Santa Catarina (83,21%) estão acima da média nacional, já o Paraná (77,35%) está mais alinhado à média. No Centro-Oeste, Mato Grosso (865,78) tem despesa com recursos próprios significativamente maior que os demais. Goiás (519,48) apresenta o menor valor da região. Mato Grosso do Sul (717,50) está acima da média nacional.

No Sudeste, o Espírito Santo (65,99%) tem a porcentagem mais baixa da região, São Paulo (74,73%) mantém um valor intermediário, enquanto o Rio de Janeiro (77,46%) é mais alta. Porém, é importante destacar que a menor despesa *per capita* com saúde no país, tanto

com recursos próprios (R\$366,13), quanto com recursos totais (R\$472,67), é a do estado do Rio de Janeiro.

Na tabela 1 é possível observar que as despesas com saúde nos estados brasileiros é bastante heterogênea. No entanto, todos os 26 estados têm algo em comum: as despesas com recursos próprios são uma porcentagem expressiva das despesas totais com saúde, em média, 77%.

Tabela 1 - Indicadores Estaduais: Despesas com Recursos Próprios, Despesa Total com Saúde, Despesas com Recursos Próprios per capita e Despesa Total com Saúde per capita - em Reais, valores corrente - 2022

UF	População	Desp. RP (R\$) ¹	Desp. Total (R\$) ²	Desp. RP per capita	Desp. Total per capita	% Desp. RP em relação à Desp. Total per capita
TOTAL	213.317.639	114.741,34	151.752,62	537,89	711,39	75,61%
RO	1.815.278	1.392,07	1.967,86	766,86	1.084,05	70,74%
AC	906.876	1.172,88	1.570,48	1.293,32	1.731,75	74,68%
AM	4.269.995	3.445,66	4.426,20	806,95	1.036,58	77,85%
RR	652.713	1.218,57	1.511,15	1.866,93	2.315,19	80,64%
PA	8.777.124	3.876,28	5.150,80	441,63	586,84	75,26%
AP	877.613	1.078,82	1.374,02	1.229,27	1.565,63	78,52%
TO	1.607.363	1.893,50	2.437,35	1.178,02	1.516,37	77,69%
MA	7.153.262	3.143,49	3.696,27	439,45	516,72	85,04%
PI	3.289.290	1.895,32	2.562,62	576,21	779,08	73,96%
CE	9.240.580	4.528,25	6.030,87	490,04	652,65	75,08%
RN	3.560.903	1.752,92	2.358,99	492,27	662,47	74,31%
PB	4.059.905	1.862,78	2.168,73	458,82	534,18	85,89%
PE	9.674.793	5.809,44	8.673,96	600,47	896,55	66,98%
AL	3.365.351	2.193,12	2.523,66	651,68	749,90	86,90%
SE	2.338.474	1.769,74	2.253,55	756,79	963,68	78,53%
BA	14.985.284	6.459,76	8.583,98	431,07	572,83	75,25%
MG	21.411.923	9.155,13	12.770,82	427,57	596,44	71,69%
ES	4.108.508	2.659,23	4.029,96	647,25	980,88	65,99%
RJ	17.463.349	6.393,92	8.254,43	366,13	472,67	77,46%
SP	46.649.132	23.964,30	32.066,60	513,71	687,40	74,73%
PR	11.597.484	5.476,08	7.079,78	472,18	610,46	77,35%
SC	7.338.473	5.134,64	6.170,62	699,69	840,86	83,21%
RS	11.466.630	5.245,73	6.517,73	457,48	568,41	80,48%
MS	2.839.188	2.037,11	2.332,74	717,50	821,62	87,33%
MT	3.567.234	3.088,45	3.439,91	865,78	964,31	89,78%
GO	7.206.589	3.743,65	6.103,62	519,48	846,95	61,33%
DF	3.094.325	4.350,48	5.695,93	1.405,95	1.840,77	76,38%

¹Desp. RP: Despesa com Recursos Próprios. ²Desp. Total: Despesa Total com Saúde.

Nota: Valores expressos em milhões de reais. Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS.

A tabela 2 mostra as despesas dos municípios, por região, no ano de 2022. Na Região Norte (409,98) e Nordeste (458,42) estão os menores valores *per capita* do Brasil, bem abaixo

da média nacional (654,63). A alta desigualdade social e econômica contribui para a baixa receita *per capita*, reflete menor arrecadação própria e maior dependência de transferências federais e estaduais.

Observa-se que os municípios da região Sudeste (792,37) são os que mais gastam recursos próprios, seguidos dos municípios da região Sul (740,36) e Centro-Oeste (726,78). Segundo dados do IBGE³, dos 25 municípios com maior participação no PIB do Brasil em 2021, 20 (80%) pertenciam às regiões sudeste, sul e centro-oeste.

Tabela 2 - Indicadores Municipais, por Região: Despesas com Recursos Próprios, Despesa Total com Saúde, Despesas com Recursos Próprios per capita e Despesa Total com Saúde per capita - 2022

Região	População	Desp. RP (R\$) ¹	Desp. Total (R\$) ²	Desp. RP per capita	Desp. Total per capita
Total	210.189.622	137.597,05	250.253,86	654,63	1.190,61
Norte	18.886.761	7.743,25	16.116,15	409,98	853,30
Nordeste	57.659.233	26.432,29	56.355,68	458,42	977,39
Sudeste	89.628.030	71.018,80	120.162,58	792,37	1.340,68
Sul	30.402.587	22.508,99	39.031,40	740,36	1.283,82
Centro-Oeste	13.613.011	9.893,72	18.588,05	726,78	1.365,46

¹ Desp. RP: Despesa com Recursos Próprios. ² Desp. Total: Despesa Total com Saúde.

Nota: Valores expressos em milhões de reais.

Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS.

A tabela 3 traz os dados referentes às Despesas com Recursos Próprios e Despesas Totais com Saúde, estratificados por Porte Populacional, para o ano de 2022. Segundo os dados, as maiores despesas com recursos próprios são dos municípios com até 5 mil habitantes (63,68%) e entre 5.001 e 10.000 (57,34%), colocando-se acima das despesas dos municípios com mais de 400.001 (56,36%).

Municípios muito pequenos (até 5 mil habitantes e entre 5.001 e 10.000) e muito grandes (mais de 400.001) são os que mais dispõem de recursos próprios. Uma hipótese para tal cenário, poderia ser, nos municípios pequenos, pela simplicidade de serviços e estrutura, e nos grandes, pela complexidade econômica e capacidade de arrecadação. Municípios médios enfrentam um desafio maior, pois estão em uma fase de crescimento onde as demandas aumentam, mas a capacidade de arrecadação própria ainda não se equipara aos grandes centros.

³ Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?=&t=resultados>

Tabela 3 - Despesas Totais com Saúde e Despesas com Recursos Próprios, dos Municípios, segundo Porte Pop - 2022

Porte Populacional	Desp. RP (R\$) ¹	Desp. Total (R\$) ²	% Desp. com RP em relação à Desp.Total
Total	137.597,05	250.253,86	54,98%
Até 5.000 hab	5.330,08	8.370,48	63,68%
De 5.001 a 10.000 hab	6.769,05	11.804,10	57,34%
De 10.001 a 20.000 hab	12.298,32	22.320,59	55,10%
De 20.001 a 50.000 hab	20.019,62	38.090,78	52,56%
De 50.001 a 100.000 hab	14.242,31	27.711,07	51,40%
De 100.001 a 200.000 hab	14.071,34	26.567,20	52,97%
De 200.001 a 400.000 hab	16.420,43	29.432,06	55,79%
Acima de 400.001	48.445,90	85.957,58	56,36%

¹ Desp. RP: Despesa com Recursos Próprios. ² Desp. Total: Despesa Total com Saúde.

Nota: Valores expressos em milhões de reais.

Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS (2022).

A tabela 4 mostra as despesas dos municípios por Unidade Federativa, no ano de 2022. Na região Norte há uma relativa homogeneidade na distribuição, a maior parte dos estados apresenta percentuais na faixa dos 50% das Despesas com Recursos Próprios em relação à Despesa Total *per capita*, com exceção de Amapá (46,43%) e Pará (44,33%), que são os menores da região.

Os estados do Nordeste têm uma maior variação nos percentuais, indo de 37% a 51%. Alagoas (37,51%) tem o menor percentual, não só do Nordeste, mas de todo o Brasil. Pernambuco (51,66%) lidera no Nordeste, seguido por Bahia (50,85%) e Rio Grande do Norte (50,51%). Maranhão (40,50%) e Piauí (42,37%) estão abaixo de 45% das Despesas com Recursos Próprios em relação à Despesa Total *per capita*, indicando uma concentração menor em comparação com outros estados nordestinos. Os estados do Nordeste têm os percentuais mais baixos no geral, com a maior concentração abaixo de 50%.

Os estados do Centro-Oeste apresentam percentuais acima de 50%, com Mato Grosso (56,80%) se destacando na região. Mato Grosso do Sul (51,56%) e Goiás (51,77%) têm percentuais muito próximos. A região apresenta percentuais estáveis e concentrados na faixa dos 50%.

A distribuição nos estados do sudeste é bastante heterogênea. São Paulo (71,82%) tem o maior percentual, não só do Sudeste, mas de todo o Brasil, o que caracteriza pouca dependência de recursos repassados. Espírito Santo (62,40%) também apresenta um percentual alto, enquanto Minas Gerais (47,25%) e Rio de Janeiro (40,62%), que tem a menor porcentagem da região. A variação no Sudeste é a mais significativa entre todas as regiões, indo de 40% a 71%. Há uma clara divisão interna, com São Paulo e Espírito Santo bem acima da média, enquanto Minas Gerais e Rio de Janeiro estão abaixo de 50%.

Todos os estados do Sul têm percentuais acima de 50%, mostrando, também, uma menor dependência de recursos da União. Santa Catarina (62,56%) tem a maior porcentagem do Sul, seguido por Paraná (58,53%). Rio Grande do Sul (53,38%) tem o menor percentual da região, mas ainda é maior do que muitos estados de outras regiões.

Tabela 4 - Indicadores Municipais por UF: Despesas com Recursos Próprios, Despesa Total com Saúde, Despesas com Recursos Próprios per capita e Despesa Total com Saúde per capita - 2022

UF	População	Desp. RP (R\$) ¹	Desp. Total (R\$) ²	Desp. RP <i>per capita</i>	Desp. Total <i>per capita</i>	% Desp. RP em relação à Desp. Total <i>per capita</i>
TOTAL	210.189.622	137597,05	250253,86	654,63	1.190,61	54,98%
RO	1.815.278	952,26	1825,54	524,58	1.005,65	52,16%
AC	906.876	298,43	574,35	329,07	633,33	51,96%
AM	4.269.995	1766,51	3512,80	413,70	822,67	50,29%
RR	652.713	322,79	617,51	494,54	946,06	52,27%
PA	8.777.124	3214,82	7252,34	366,27	826,28	44,33%
AP	877.613	247,13	532,25	281,59	606,47	46,43%
TO	1.587.162	941,32	1801,37	593,09	1.134,96	52,26%
MA	7.153.262	2607,90	6439,64	364,57	900,24	40,50%
PI	3.283.821	1695,64	4001,87	516,36	1.218,66	42,37%
CE	9.240.580	4584,60	9811,14	496,14	1.061,75	46,73%
RN	3.560.903	2082,18	4122,46	584,73	1.157,70	50,51%
PB	4.059.905	2028,27	4598,93	499,59	1.132,77	44,10%
PE	9.671.653	4057,20	7853,54	419,49	812,02	51,66%
AL	3.365.351	1417,73	3779,30	421,27	1.123,00	37,51%
SE	2.338.474	963,13	1991,62	411,86	851,67	48,36%
BA	14.985.284	6995,65	13757,18	466,83	918,05	50,85%
MG	21.411.923	14629,02	30963,94	683,22	1.446,11	47,25%
ES	4.108.508	2296,04	3679,26	558,85	895,52	62,40%
RJ	17.463.349	9539,01	23485,21	546,23	1.344,83	40,62%
SP	46.644.250	44554,74	62034,17	955,20	1.329,94	71,82%
PR	11.597.484	8905,74	15216,89	767,90	1.312,09	58,53%
SC	7.338.473	6072,77	9706,73	827,52	1.322,72	62,56%
RS	11.466.630	7530,49	14107,78	656,73	1.230,33	53,38%
MS	2.839.188	2571,53	4987,33	905,73	1.756,60	51,56%
MT	3.567.234	3177,21	5594,14	890,67	1.568,20	56,80%
GO	7.206.589	4144,97	8006,58	575,16	1.111,01	51,77%

¹ Desp. RP: Despesa com Recursos Próprios. ² Desp. Total: Despesa Total com Saúde.

Nota: Valores expressos em milhões de reais. O DF não foi incluído nos dados devido às peculiaridades do ente federado. Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS.

A tabela 5 traz as despesas das Capitais das Unidades Federativas, no ano de 2022. Em relação às Despesas com Recursos Próprios *per capita*, Macapá (303,16) e São Paulo (1.137,72) possuem, respectivamente, os menores e maiores valores, enquanto a média nacional é de 696,46. Em relação à Despesa Total com Saúde *per capita*, Macapá (526,76) e Belo Horizonte (2.064,36) possuem, respectivamente, os menores e maiores valores, enquanto a média nacional é de 1.216,29. Tanto em relação às Despesas com Recursos Próprios *per*

capita, quanto às Despesas Totais com Saúde *per capita*, os menores valores estão na região Norte e os maiores na região Sudeste.

Quando se trata da porcentagem da Despesa com Recursos Próprios em relação à Despesa Total *per capita*, a média nacional é de 57,26%; Belo Horizonte (31,96%) e Porto Alegre (32,14%) têm os menores valores, enquanto Manaus (72,51%), Rio Branco (70,26%) e Vitória (84,04%), os maiores.

Há grande disparidade entre as capitais na capacidade de arrecadação e na dependência de recursos externos. As diferenças regionais podem refletir desigualdades econômicas e estruturas tributárias distintas.

Tabela 5 - Indicadores Municipais por Capital: Despesas com Recursos Próprios, Despesa Total com Saúde, Despesas com Recursos Próprios per capita e Despesa Total com Saúde per capita - 2022

Capitais	População	Desp. RP ¹ (R\$)	Desp. Total (R\$) ²	Desp. RP <i>per capita</i>	Desp. Total <i>per capita</i>	% Desp. RP em relação à Desp. Total <i>per capita</i>
TOTAL	47.821.713	33.306,04	58165,11	696,46	1.216,29	57,26%
Porto Velho	548.952	258,51	429,59	470,91	782,56	60,17%
Rio Branco	419.452	171,87	244,62	409,76	583,19	70,26%
Manaus	2.255.903	1.051,59	1450,35	466,15	642,91	72,51%
Boa Vista	436.591	259,48	380,30	594,34	871,06	68,23%
Belém	1.506.420	657,08	1200,80	436,19	797,12	54,72%
Macapá	522.357	158,36	275,16	303,16	526,76	57,55%
Palmas	313.349	237,20	374,89	756,99	1.196,41	63,27%
São Luís	1.115.932	633,08	1094,31	567,31	980,63	57,85%
Teresina	871.126	763,94	1452,26	876,95	1.667,11	52,60%
Fortaleza	2.703.391	1.514,99	2733,08	560,40	1.010,98	55,43%
Natal	896.708	562,85	1191,45	627,68	1.328,69	47,24%
João Pessoa	825.796	437,23	996,79	529,46	1.207,06	43,86%
Recife	1.661.017	912,10	1581,38	549,12	952,06	57,68%
Maceió	1.031.597	409,23	935,99	396,69	907,32	43,72%
Aracaju	672.614	312,26	627,05	464,25	932,26	49,80%
Salvador	2.900.319	969,42	2168,58	334,25	747,70	44,70%
B. Horizonte	2.530.701	1.669,59	5224,27	659,73	2.064,36	31,96%
Vitória	369.534	312,26	371,57	845,00	1.005,50	84,04%
R. de Janeiro	6.775.561	3.531,27	7191,98	521,18	1.061,46	49,10%
São Paulo	12.396.372	14.103,62	18095,47	1.137,72	1.459,74	77,94%
Curitiba	1.963.726	1.294,15	2536,89	659,03	1.291,87	51,01%
Florianópolis	516.524	353,81	516,65	684,98	1.000,25	68,48%
Porto Alegre	1.492.530	755,50	2350,86	506,19	1.575,08	32,14%
C. Grande	916.001	710,95	1755,85	776,15	1.916,86	40,49%
Cuiabá	623.614	539,28	1188,16	864,77	1.905,28	45,39%
Goiânia	1.555.626	726,43	1796,82	466,97	1.155,05	40,43%

¹ Desp. RP: Despesa com Recursos Próprios. ² Desp. Total: Despesa Total com Saúde.

Nota: Valores expressos em milhões de reais. O DF não foi incluído nos dados devido às receitas estaduais e municipais irem para o mesmo ente federado. Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS.

Embora o Brasil destine uma parcela considerável de seu PIB para a saúde, essa despesa não se traduz em um gasto per capita elevado. O valor *per capita* brasileiro é de US\$ 1.573, significativamente menor que a média da OCDE de US\$ 4.986. Isso reflete a disparidade na renda *per capita* e na estrutura de financiamento da saúde entre o Brasil e os demais países.

Em relação às despesas próprias e totais com saúde per capita nos municípios, estados e regiões do Brasil, há uma disparidade significativa nas despesas *per capita* com saúde entre as diferentes regiões e unidades federativas. Em 2022, as capitais das regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste foram as que mais gastaram com saúde, com exceção da cidade do Rio de Janeiro (521,18), que gastou menos que a média nacional (598,58), e Teresina (876,95), se destacando no Nordeste.

Por outro lado, estados como o Pará (787,07) apresentaram uma despesa *per capita* menor, enquanto Roraima(1.770,29) bastante acima. Essas variações refletem diferenças na capacidade de arrecadação e nas prioridades orçamentárias de cada localidade, mesmo os estados sendo da mesma região.

Na porcentagem da Despesa com Recursos Próprios em relação à Despesa Total per capita, Florianópolis (68,48%), Rio Branco (70,26%), Manaus (72,51%), São Paulo (77,94%) e Vitória (84,04%) se destacam com mais financiamento usando recursos próprios, já Belo Horizonte (31,96%), Porto Alegre (32,14%), Campo Grande (40,49%) e Goiânia (40,43%), o contrário; isto aponta um cenário bastante heterogêneo nas capitais.

Nos municípios, há também uma variação significativa: os menores valores per capita estão nas regiões Norte (409,98) e Nordeste (458,42), enquanto os maiores estão nas regiões Sudeste (792,37) e Sul (740,36). Municípios muito pequenos (até 5 mil habitantes) e muito grandes (mais de 400 mil habitantes) são os que mais dispõem de recursos próprios, sugerindo diferenças na estrutura econômica e na capacidade de arrecadação.

A tabela 5 detalha as despesas das capitais, destacando grandes disparidades. Macapá (R\$ 303,16) apresenta o menor valor de Despesas com Recursos Próprios *per capita*, enquanto São Paulo (R\$ 1.137,72) tem o maior. No quesito Despesa Total com Saúde per capita, Macapá (R\$ 526,76) também possui o menor valor, enquanto Belo Horizonte (R\$ 2.064,36) lidera o ranking. A média nacional é de R\$ 1.216,29, com os menores valores concentrados na região Norte e os maiores na região Sudeste.

Quando se analisa a porcentagem de Despesa com Recursos Próprios em relação à Despesa Total per capita, observa-se que Belo Horizonte (31,96%) e Porto Alegre (32,14%) dependem mais de recursos repassados, enquanto Manaus (72,51%), Rio Branco (70,26%) e

Vitória (84,04%) têm as maiores independências. Essas disparidades podem refletir desigualdades econômicas e estruturas tributárias distintas entre as capitais brasileiras.

Brasília não está nas tabelas devido à peculiaridade do DF de acumular impostos municipais e estaduais, o que pode causar distorções nas análises comparativas.

É importante destacar que o baixo percentual de gastos com recursos próprios (RP) por parte de alguns municípios ou estados não deve ser automaticamente interpretado como dependência ou má gestão. Essa proporção pode refletir realidades distintas, como baixa arrecadação tributária local, maior eficiência administrativa ou grande volume de repasses constitucionais e legais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil destina uma parcela considerável de seu PIB para a saúde, porém, constatou-se que essa despesa não se traduz em um gasto per capita elevado, se comparado com outros países, inclusive vizinhos. O financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil apresenta particularidades significativas quando comparado aos países da OCDE: o modelo brasileiro se diferencia negativamente dos sistemas universais mais consolidados nesses países, visto que a maior parte do gasto no Brasil vem do setor privado, enquanto nos outros países com sistemas universais ou de seguro social de alcance universal predomina o financiamento público.

Ao analisar as despesas per capita em saúde nos diferentes níveis de governo e regiões do país, observam-se variações significativas, com aumentos em algumas localidades e manutenção de baixos valores em outras. Embora o Brasil invista uma parcela considerável de seu PIB em saúde, a predominância do financiamento privado, as disparidades regionais e a dependência de recursos transferidos nas diferentes esferas de governo indicam desafios persistentes para garantir um acesso equitativo e universal aos serviços de saúde, conforme preconizado pelo SUS.

A análise revela que, apesar da despesa total com saúde, como percentual do PIB, ser comparável à de países da OCDE, a despesa pública é insuficiente e mal distribuída, resultando em desigualdades regionais e na dependência de recursos privados de mais repasses entre os entes federados. Essa dinâmica compromete a equidade e a universalidade do sistema de saúde, exigindo uma reforma no financiamento e na gestão do SUS para atender às demandas crescentes da população brasileira.

Diante desse cenário, a revisão dos critérios de repasse federal, como previsto na legislação (Brasil, 2012), incorporando fatores como indicadores epidemiológicos e demográficos na distribuição dos recursos, garantiria maior justiça na destinação das verbas públicas. Bem como, a ampliação da participação do financiamento público reduziria a dependência do setor privado e aumentaria a participação estatal no financiamento da saúde, garantindo, assim, acesso igualitário aos serviços (Piola; Vieira, 2023). Também, o fortalecimento da gestão municipal e estadual ajudaria a criar mecanismos de fiscalização e planejamento para garantir que os recursos destinados à saúde sejam aplicados de forma eficiente e transparente.

Portanto, embora o SUS represente um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, em termos de população coberta, sua sustentabilidade depende de reformas estruturais no financiamento. A adoção de políticas públicas que garantam maior equidade e

previsibilidade orçamentária e maior igualdade e equidade no gasto em nível territorial é essencial para assegurar que o direito constitucional à saúde seja efetivamente garantido a toda a população brasileira.

Para concluir, é necessário destacar que as desigualdades evidenciadas nos dados agregados requerem análise complementar e aprofundada, pois os indicadores financeiros não captam integralmente a diversidade de contextos e estruturas locais. A relação entre o tipo de gasto e o tipo de serviço prestado, por exemplo, ainda carece de estudos específicos. Assim, sugere-se que futuras pesquisas abordem essas lacunas por meio de métodos qualitativos ou de séries temporais mais longas, além da incorporação de variáveis socioeconômicas locais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituição/constituicao.htm. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 198 e 200 da Constituição Federal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 set. 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituição/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta os valores mínimos a serem aplicados em saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 18 mar. 2025. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituição/emendas/emc/emc86.htm. Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. 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**: seção 1, Brasília, DF, 16 dez. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituição/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**: a construção tripartite do planejamento na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. v. 4. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 126, de 21 de dezembro de 2022. Altera a Constituição Federal, para dispor sobre as emendas individuais ao projeto de lei orçamentária, e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para excluir despesas dos limites previstos no art. 107; define regras para a transição da Presidência da República aplicáveis à Lei Orçamentária de 2023; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 22 dez. 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituição/emendas/emc/emc126.htm. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Fundo de Participação dos Municípios (FPM)**. Brasília: Tesouro Nacional, 2023. Disponível em: https://cdn.tesouro.gov.br/sistemas-internos/apex/producao/sistemas/thot/arquivos/publicacoes/28549_909191/anexos/6370_978491/Cartilha%20FPM.pdf?v=484. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As desigualdades no financiamento e oferta de recursos na saúde pública do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gove.digital/transferencias/as-desigualdades-no-financiamento-e-oferta-de-recursos-na-saude-publica-do-brasil/>. Acesso em: 20 mar. 2025.

CARVALHO, G. P. Desigualdades regionais e o papel dos recursos federais no SUS: fatores políticos condicionam a alocação de recursos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.31192019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3xrsfV6jSCyvB8mXtH4wPRR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2025.

CRUZ, W. G. N.; BARROS, R. D.; SOUZA, L. E. P. F. Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 2363-2374, jun. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.15062021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Gf38wvnpdXkFnv3KdlJxZgR>. Acesso em: 15 mar. 2025.

FINKELMAN, J. (org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2024.

FLAESCHEN, H. Teto de gastos foi pesadelo, mas arcabouço fiscal não é um sonho. **Informe ENSP**, Rio de Janeiro, 6 set. 2023. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/54496>. Acesso em: 12 set. 2024.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

IBGE. Produto Interno Bruto dos Municípios. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?=&t=resultados>. Acesso em: 14 set. 2024.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Os dilemas do financiamento do SUS no interior daseguridade social. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 14, n. 1, p. 159-175, jan./jun. 2005. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ecos/article/view/8643043>. Acesso em: 14 set. 2024.

MENDES, A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 987-990, dez. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/SQy6jTcM9j4q6c4RRmwmbmh/>. Acesso em: 21 mar. 2025.

NORONHA, J. C. *et al.* (org.). **A saúde no Brasil em 2030:** prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

OECD. **Health at a glance 2023:** OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2023.

PAIM, J. S. **O que é o SUS.** São Paulo: Editora Fiocruz, 2019.

PIOLA, S. F.; FRANÇA, A. F. **Financiamento público da saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Ipea, 2020.

PIOLA, S. F.; VIEIRA, F. S. Financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil: um retrato das desigualdades regionais do período 2010-2022. **Texto para Discussão,** Brasília, n. 3010, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/14118>. Acesso em: 20 mar. 2025

RIBEIRO, J. M. *et al.* Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, abr. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07932018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/C3hTNXwkCW9Rgfhh4P7D76y/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 mar. 2025.

ROSSI, P.; DAVID, G. Execução orçamentária na pandemia e o futuro do financiamento público da saúde. **Cadernos do Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 28, p. 267-280, 2021. Disponível em: <https://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/cdes/article/view/560>. Acesso em: 21 mar. 2025.

VIEIRA, F. S. Financiamento federal de ações e serviços públicos de saúde por emendas parlamentares e suas implicações para a regionalização da saúde. **Texto para Discussão,** Brasília, n. 3048, out. 2024. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/15997>. Acesso em: 21 mar. 2025.