

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**



**VINÍCIUS HENRIQUE FERREIRA PEREIRA DE OLIVEIRA**

**ANÁLISE DO FINANCIAMENTO, INVESTIMENTO E EFICIÊNCIA DO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE DAS CAPITAIS BRASILEIRAS E DO DISTRITO FEDERAL**

**UBERLÂNDIA  
2022**

**VINÍCIUS HENRIQUE FERREIRA PEREIRA DE OLIVEIRA**

**ANÁLISE DO FINANCIAMENTO, INVESTIMENTO E EFICIÊNCIA DO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE DAS CAPITAIS BRASILEIRAS E DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia da UFU, como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Renato Paranhos

UBERLÂNDIA  
2022

## SUMÁRIO

RESUMO	05
ABSTRACT	06
1. INTRODUÇÃO	07
2. OBJETIVO	09
3. METODOLOGIA	10
4. RESULTADOS	12
5. DISCUSSÃO	17
6. CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS	21
ANEXO	24

## RESUMO

Este estudo avaliou a tendência das transferências do Sistema Único de Saúde (SUS) e as despesas de saúde pagas exclusivamente com recursos do município por habitante nas capitais brasileiras entre 2008 e 2018. Trata-se de uma pesquisa quantitativa de natureza analítica e retrospectiva, envolvendo indicadores de despesa liquidada disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Foram incluídas as 26 capitais do país e analisadas as transferências do Sistema Único de Saúde (SUS) por habitante e as despesas em saúde de cada capital por habitante. Em cada ano, o valor total das transferências do SUS e as despesas de cada capital foram divididos pela população de cada capital em cada um dos anos analisados. Os valores foram deflacionados com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo de 2018 para permitir sua comparação ao longo dos anos. A variação anual média, em reais, dos investimentos em saúde foi avaliada por regressões lineares. Foram estimadas correlações de Pearson entre as transferências do SUS e as despesas em saúde das capitais. Todas as capitais apresentaram correlação positiva estatisticamente significativa. O menor coeficiente foi observado na capital Macapá (Amapá) ( $r = 0,860$ ) e o maior em Fortaleza (Ceará) ( $r = 0,997$ ). Belo Horizonte foi a capital que teve o maior aumento anual de transferências do SUS (em média R\$67,91 por ano), já Teresina foi a que teve o maior aumento anual de despesas em saúde entre as capitais (em média R\$55,42 por ano). A complexidade e quantidade dos procedimentos ofertados à população foram adicionadas, desta forma a contrapartida municipal está sendo mais sobrecarregada.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Financiamento da Assistência à Saúde. Investimento em Saúde.

## **ABSTRACT**

This study evaluated the trend of transfers from the Unified Health System (SUS) and health expenses paid exclusively with resources from the municipality per inhabitant in Brazilian capitals between 2008 and 2018. This is quantitative research of an analytical and retrospective nature, involving indicators of net expenditure made available by the Public Health Budgets Information System. The country's 26 capitals were included and the transfers from the Unified Health System (SUS) per inhabitant and the health expenditure of each capital per inhabitant were analyzed. In each year, the total value of SUS transfers and the expenses of each capital were divided by the population of each capital in each of the years analyzed. The values were deflated based on the Extended National Consumer Price Index of 2018 to allow comparison over the years. The average annual variation, in reais, of health investments was assessed by linear regressions. Pearson correlations were estimated between SUS transfers and health expenditures in the state capitals. All capitals showed a statistically significant positive correlation. The lowest coefficient was observed in the capital Macapá (Amapá) ( $r = 0.860$ ) and the highest in Fortaleza (Ceará) ( $r = 0.997$ ). Belo Horizonte was the capital that had the highest annual increase in transfers from SUS (an average of R \$ 67.91 per year), whereas Teresina was the one that had the highest annual increase in health expenditures among capitals (an average of R \$ 55.42 per annum). The complexity and quantity of procedures offered to the population were added, thus the municipal counterpart is being overloaded.

**Keywords:** Unified Health System. Health Care Financing. Health Investment.

## 1- INTRODUÇÃO

Engajado à luz do movimento sanitário, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, em defesa da universalização da saúde como um direito de todos e dever do estado (BRASIL, 2011; BRASIL, 2015). A implementação do SUS, foi acompanhada pela inserção do Setor Saúde no Sistema de Seguridade Social (UGÁ & SANTOS, 2006), a fim de garantir acesso universal a saúde, enquanto um direito inerente à cidadania (UGÁ & SANTOS, 2006; BRASIL, 2011).

Apesar do financiamento setorial por meio do Orçamento de Seguridade Social (OSS), de origem Federal, e dos Tesouros Estaduais e Municipais (UGÁ & SANTOS, 2006), a história do SUS ainda hoje é marcada pelos problemas de financiamento (MENDES, 2013). A partilha dos recursos da União para Estados e Municípios, tem características de um sistema com critérios de financiamento não muito bem estabelecidos (MENDES *et al.*, 2011). Distribuições não equitativas dos recursos de saúde no Brasil (SANTOS NETO *et al.*, 2010; ESPIRITO SANTO & TANAKA, 2011; MARINHO, 2012; SANTO *et al.*, 2012; ROSA & COELHO, 2012;; SANTOS NETO *et al.* 2017), dados oriundos de regiões metropolitanas e pequenos municípios brasileiros, ainda é realidade. Tal fato, torna um grande desafio a garantia de uma saúde pública universal, integral e de qualidade a população (BRASIL, 2011; MENDES, 2013).

Com isso, apesar do município ser o principal responsável pela saúde pública de sua população, exercendo a gestão das ações e serviços de saúde ofertados em seu território (BRASIL, 2006), os recursos financeiros oriundo da União tem papel fundamental para viabilizar saúde pública no país. Dessa forma, a diferença da capacidade de arrecadação entre municípios, aliada a iniquidade no repasse de recursos para o SUS (SANTOS NETO *et al.*, 2010; SANTOS NETO *et al.*, 2017), torna propícia a desigualdade na oferta dos serviços de saúde à população bem como na qualidade das ações de políticas públicas entre municípios de uma mesma região.

Sendo assim, diante da tendência de maior restrição no orçamento público na área da saúde e, tendo em vista a propensão de registros em financiamento e gastos em saúde restritas às regiões metropolitanas e pequenos municípios

brasileiros (SANTOS NETO *et al.*, 2010; ESPIRITO SANTO & TANAKA, 2011; MARINHO, 2012; SANTO *et al.*, 2012; ROSA & COELHO, 2012; SANTOS NETO *et al.*, 2017).

## **2- OBJETIVO**

O presente estudo teve como objetivo fazer uma análise da tendência de financiamento e investimentos públicos em saúde ao longo dos últimos doze anos nas 26 capitais brasileiras, além de verificar qual a porcentagem de financiamento por parte do Sistema Único de Saúde e pela própria capital



### 3- METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa quantitativa de natureza analítica e retrospectiva seguindo as diretrizes do *checklist Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* (STROBE) (MALTA *et al.*, 2010). Os dados analisados foram obtidos a partir do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (BRASIL, 2020), o qual é mantido pelo Ministério da Saúde por meio do Departamento de Informática do SUS (BRASIL, 2020), estando de acordo com a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. Este estudo não foi submetido à avaliação ética por utilizar dados secundários de domínio público (BRASIL, 2020).

Os principais desfechos desse estudo foram indicadores de orçamento público voltados para saúde. Foram analisadas as receitas em saúde obtidas a partir de transferências do Sistema Único de Saúde (SUS), as despesas em saúde pagas somente com verbas do município e o total de despesas em saúde (incluindo pagamentos realizados com outras verbas que não são exclusivas do município). Os desfechos analisados compreenderam o período entre 2008 e 2018, intervalo de tempo definido por ser o período que compreende três mandatos presidenciais. Os municípios analisados neste estudo foram as 26 capitais dos estados brasileiros. Brasília foi excluída da análise por ausência dos dados de interesse.

Para cada capital, o total de receitas provenientes do SUS, o total de despesas pagas exclusivamente com recursos do próprio município e o total de despesas em saúde foram coletadas para cada um dos anos (2008-2018). A variação das receitas e despesas ao longo dos anos pode ocorrer simplesmente em virtude da inflação, podendo comprometer a comparação dos valores ao longo dos anos. Visando corrigir esse problema e permitir a comparação de receitas e despesas, os valores foram deflacionados com base no Índice de Preços ao Consumidor Amplo (BRASIL. Instituto brasileiro de geografia e bioestatística. Índice de Preços ao Consumidor Amplo) de 2018 (último ano considerado nas análises). Após deflacionados, os valores foram utilizados para calcular a razão da receita e despesas pela população residente nas capitais em cada um dos anos – gerando estimativas por habitantes.

As variações anuais médias das receitas provenientes do SUS e das despesas pagas exclusivamente com verbas das capitais por habitante foram estimadas a partir de regressões lineares. Correlações de Pearson foram utilizadas para estimar a

correlação entre ambas variáveis. Todas análises consideraram um nível de significância de 5% e foram conduzidas utilizando o software Stata 16.1 (StataCorp LLC., College Station, TX).

#### 4- RESULTADOS

As 26 capitais dos estados brasileiros foram incluídas no estudo, o que representa uma população estimada de 45.737.596 habitantes (IBGE, 2018) e refere-se a 5.226 estabelecimentos de saúde (DATASUS, 2020) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Caracterização das capitais brasileiras quanto aos Estados a que pertencem, região do país, população estimada e número de estabelecimentos de saúde

Região	Estado	Capitais	População Estimada	Estabelecimentos de Saúde
<b>Norte</b>				
	Acre	Rio Branco	401.155	95
	Amapá	Macapá	493.634	79
	Amazonas	Manaus	2.145.444	363
	Pará	Belém	1.485.732	168
	Rondônia	Porto Velho	519.513	99
	Roraima	Boa Vista	375.374	71
	Tocantins	Palmas	291.855	90
<b>Nordeste</b>				
	Alagoas	Maceió	1.012.38	148
	Bahia	Salvador	2.857.329	367
	Ceará	Fortaleza	2.643.247	187
	Maranhão	São Luís	1.094.667	100
	Paraíba	João Pessoa	800.323	208
	Pernambuco	Recife	1.637.834	274
	Piauí	Teresina	861.442	181
	Rio Grande do Norte	Natal	877.640	149
	Sergipe	Aracaju	648.939	115
<b>Centro-Oeste</b>				
	Goiás	Goiânia	1.495.705	327
	Mato Grosso	Cuiabá	607.153	145
	Mato Grosso do Sul	Campo Grande	885.711	123
<b>Sudeste</b>				
	Espírito Santo	Vitória	358.267	86
	Minas Gerais	Belo Horizonte	2.501.576	328
	São Paulo	São Paulo	12.176.866	678
	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	6.688.927	257
<b>Sul</b>				
	Paraná	Curitiba	1.917.185	253
	Rio Grande do Sul	Porto Alegre	1.479.101	201
	Santa Catarina	Florianópolis	492.977	134

Em 2008, os valores de transferência SUS por habitante variaram entre R\$ 22,30 (Manaus) e R\$ 174,58 (Belo Horizonte) (Tabela 2). Já, em 2018, estes valores variaram entre R\$ 19,81 (Macapá) e R\$ 919,68 (Cuiabá) por habitante. Com relação às despesas em saúde pagas exclusivamente com recursos do município, em 2008

Salvador foi a capital que apresentou as menores despesas por habitante (R\$ 44,80), enquanto Vitória teve as maiores despesas (R\$ 219,89). Em 2018 as menores despesas por habitante foram encontradas em Macapá (R\$ 120,17) e as maiores em Teresina (R\$ 655,08).

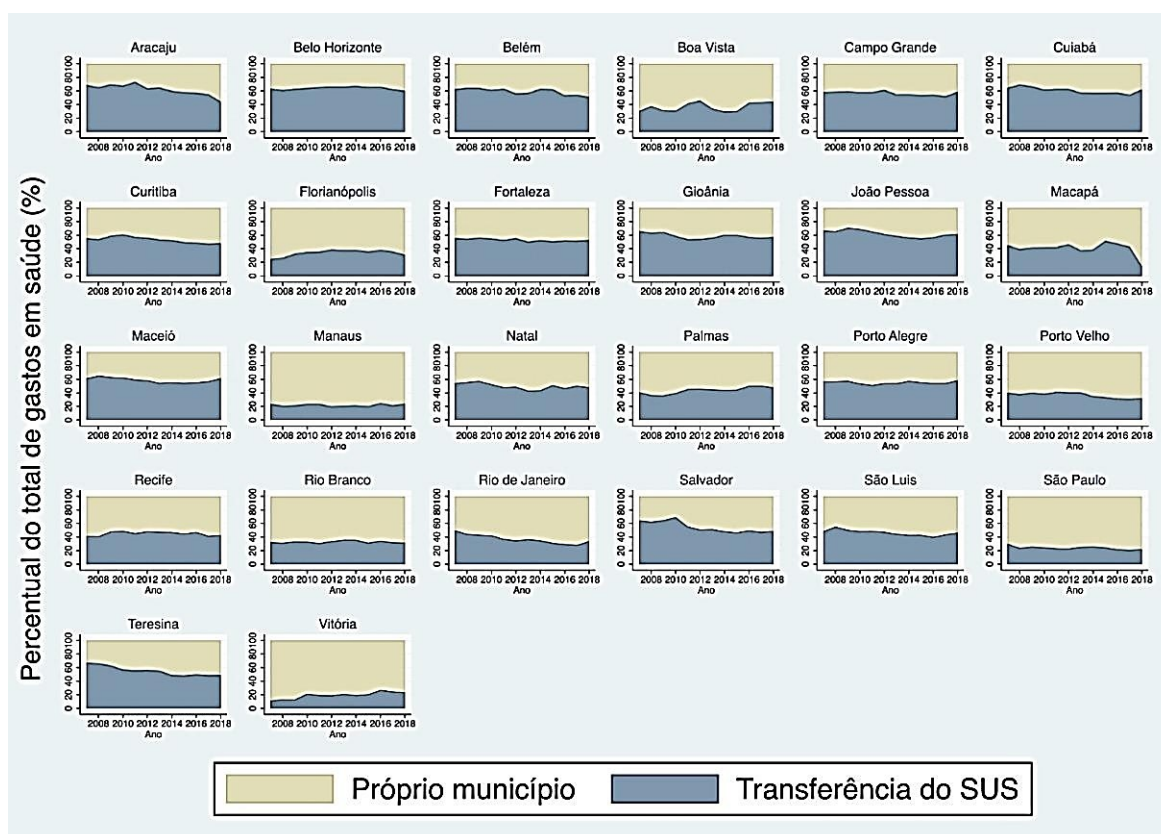
**Tabela 2.** Variação anual da receita para a saúde de transferências federais (per capita) e das despesas empenhadas pelos municípios em saúde (per capita).

Capitais	Receita de Transferências Federais por habitante			Despesas empenhadas em saúde pelo município por habitante		
	Variação anual	IC 95%	Valor p	Variação anual	IC 95%	Valor p
Aracaju	21,54	-3.29; 46.37	0,082	30,61	10.25; 50.96	<b>0,007</b>
Belo Horizonte	67,91	19.87; 115.95	<b>0,010</b>	41,18	10.28; 72.09	<b>0,014</b>
Belém	19,12	2.66; 35.58	<b>0,027</b>	20,50	5.93; 35.07	<b>0,011</b>
Boa Vista	20,84	4.13; 37.54	<b>0,019</b>	22,81	1.97; 43.66	<b>0,035</b>
Campo Grande	57,16	11.50; 102.81	<b>0,019</b>	50,74	7.93; 93.55	<b>0,025</b>
Cuiabá	61,36	20.82; 101.90	<b>0,007</b>	48,67	16.89; 80.45	<b>0,007</b>
Curitiba	30,06	5.56; 54.56	<b>0,021</b>	38,74	10.69; 66.79	<b>0,012</b>
Florianópolis	17,07	5.01; 29.13	<b>0,010</b>	29,48	6.38; 52.58	<b>0,017</b>
Fortaleza	28,52	6.17; 50.86	<b>0,017</b>	27,92	7.38; 48.46	<b>0,013</b>
Goiânia	31,11	4.64; 57.58	<b>0,026</b>	26,74	5.87; 47.61	<b>0,017</b>
João Pessoa	34,15	2.91; 65.39	<b>0,035</b>	26,91	8.80; 45.02	<b>0,008</b>
Macapá	4,76	-3.11; 12.63	0,207	9,11	0.27; 17.94	<b>0,045</b>
Maceió	32,11	7.72; 56.50	<b>0,015</b>	24,45	7.26; 41.65	<b>0,010</b>
Manaus	6,58	1.59; 11.57	<b>0,015</b>	22,13	3.99; 40.27	<b>0,022</b>
Natal	27,21	4.38; 50.04	<b>0,024</b>	31,08	10.33; 51.84	<b>0,008</b>
Palmas	25,50	5.42; 45.58	<b>0,018</b>	19,87	-0.06; 39.80	0,051
Porto Alegre	42,50	9.16; 75.83	<b>0,018</b>	33,42	5.76; 61.08	<b>0,023</b>
Porto Velho	11,80	2.54; 21.07	<b>0,018</b>	29,63	8.63; 50.64	<b>0,010</b>
Recife	20,24	6.37; 34.11	<b>0,009</b>	27,40	6.56; 48.24	<b>0,015</b>
Rio Branco	7,78	1.87; 13.69	<b>0,015</b>	16,19	3.32; 29.06	<b>0,019</b>
Rio de Janeiro	14,17	1.76; 26.59	<b>0,029</b>	43,16	11.86; 74.47	<b>0,012</b>
Salvador	14,82	1.08; 28.55	<b>0,037</b>	21,62	7.15; 36.09	<b>0,008</b>
São Luís	23,53	2.38; 44.69	<b>0,033</b>	33,81	8.21; 59.40	<b>0,015</b>
São Paulo	12,37	2.26; 22.48	<b>0,021</b>	50,20	10.27; 90.14	<b>0,019</b>
Teresina	42,88	8.66; 77.11	<b>0,019</b>	55,42	20.26; 90.59	<b>0,006</b>
Vitória	15,01	4.66; 25.36	<b>0,009</b>	31,28	-1.28; 63.84	0,058

Observou-se que esses dois indicadores demonstraram um aumento anual, em reais, significativo para quase todas as capitais do país. Aracaju (SE) e Macapá (AM) foram as únicas capitais em que as receitas provenientes do SUS se mantiveram

constantes entre 2008 e 2018. O maior aumento anual foi observado em Belo Horizonte (MG), onde as transferências do SUS aumentaram, em média, R\$ 67,91 por habitante (IC95% = 19,87; 115,95) Com relação às despesas em saúde pagas exclusivamente pelas capitais, Palmas (TO) e Vitória (ES) não apresentaram aumento ou redução ao longo dos anos. Enquanto o maior aumento anual foi observado em Teresina (PI), com R\$ 55,42 por habitante (IC95% = 20,26; 90,59).

Considerando a composição percentual dos recursos para a saúde, a Figura 1 mostra as proporções das receitas em saúde por transferências de recursos federais (azul) e de recursos próprios dos municípios (amarelo). Na maior parte das capitais (53,8%), a receita proveniente das transferências do SUS representou mais de 50% dos valores alocados para a saúde ao longo dos anos. Boa Vista, Macapá, Rio de Janeiro e Vitória foram as capitais que demonstraram maior variabilidade na composição dos recursos para saúde entre 2008 e 2018.



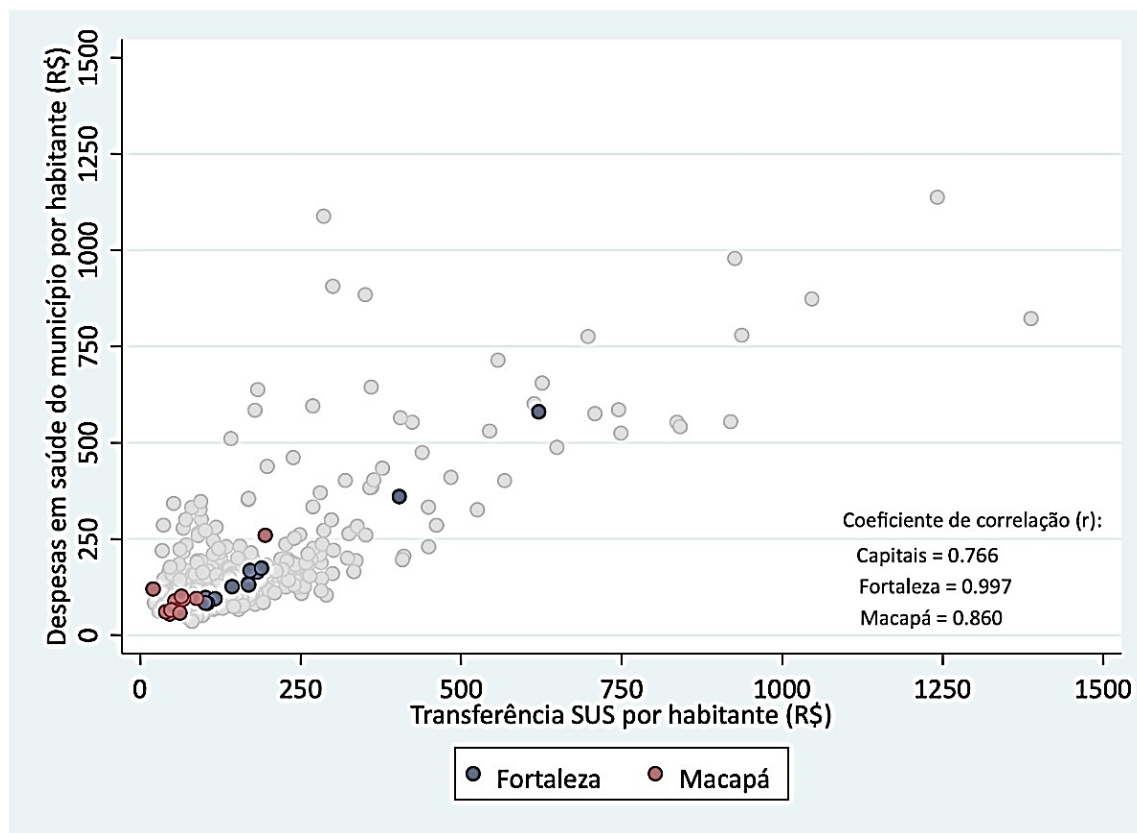
**Figura 1.** Proporções das receitas em saúde por transferências de recursos federais e de recursos próprios dos municípios.

A Tabela 3 apresenta a correlação entre a receita per capita por transferências federais e a despesa municipal per capita em saúde. Todas as capitais apresentaram uma correlação positiva estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) e considerada alta entre os indicadores, sendo que o menor coeficiente de correlação foi observado na capital Macapá (AM) ( $r = 0,860$ ), enquanto o maior coeficiente foi observado em Fortaleza (CE) ( $r = 0,997$ ).

**Tabela 3.** Análise da correlação entre a receita para a saúde por transferências federais (per capita) e despesas empenhadas pelos municípios em saúde (per capita).

Capitais	Coefficiente de Correlação	p -valor
Macapá	0,860	< 0.001
Aracaju	0,899	< 0.001
Vitória	0,963	< 0.001
Boa Vista	0,976	< 0.001
Cuiabá	0,976	< 0.001
Rio de Janeiro	0,977	< 0.001
João Pessoa	0,978	< 0.001
Salvador	0,978	< 0.001
Belém	0,978	< 0.001
Florianópolis	0,978	< 0.001
Palmas	0,983	< 0.001
Porto Velho	0,985	< 0.001
Natal	0,987	< 0.001
Maceió	0,987	< 0.001
Campo Grande	0,989	< 0.001
São Luís	0,989	< 0.001
Goiânia	0,990	< 0.001
Teresina	0,990	< 0.001
Curitiba	0,992	< 0.001
Manaus	0,992	< 0.001
Porto Alegre	0,993	< 0.001
Belo Horizonte	0,993	< 0.001
Recife	0,994	< 0.001
Rio Branco	0,995	< 0.001
São Paulo	0,996	< 0.001
Fortaleza	0,997	< 0.001
Macapá	0,860	< 0.001

A Figura 2 destaca as correlações obtidas para essas capitais, sendo Fortaleza (azul) o maior coeficiente e Macapá (vermelho) o menor coeficiente.



**Figura 2.** Correlação entre a receita per capita por transferências federais e a despesa municipal. Destaque para Fortaleza (azul) o maior coeficiente e Macapá (vermelho) o menor coeficiente.

## 5- DISCUSSÃO

Os padrões de financiamento em saúde descritos constitucionalmente, na prática, apresentam critérios pouco delineados, expondo o sistema ao subfinanciamento em determinadas centros, através da iniquidade observada na distribuição de verbas entre as capitais em estudo. As análises da tendência de financiamento e investimentos públicos em saúde, nas 26 capitais brasileiras, demonstraram uma discrepância acentuada entre as capitais, quando comparadas as receitas em saúde obtidas a partir das transferências do SUS ao longo dos últimos 12 anos.

A escolha das 26 capitais brasileiras para estudo, se deu pelo fato de permitir a abrangência de todas as regiões políticas do país. As análises entre os anos de 2008 e 2018, foi definido por ser o período que compreende três mandatos presidenciais.

No período analisado, observou-se mudanças, ao longo dos anos, nas capitais que recebiam as maiores e as menores transferências SUS por habitante. No entanto, as discrepâncias entre a arrecadação mínima e máxima continuaram altas, demonstrando a diferença do financiamento oriundo da União entre as capitais em estudo. Em 2018, as maiores diferenças foram encontradas entre Macapá e Cuiabá, com arrecadações de R\$ 19,81 e R\$ 919,68 por habitante, respectivamente.

Desigualdade muito grande também foram encontradas entre os municípios da região de Saúde Rota dos Bandeirantes, onde a média de 4 anos demonstrou que a receita disponível para executar as ações e os serviços públicos do município de Barueri era quase 10 vezes maior do que a receita do município de Carapicuíba, R\$ 5.531,55 e R\$ 599,18 per capita, respectivamente (SANTOS NETO ET AL., 2017). Outro estudo, já nos grandes centros urbanos do estado de São Paulo, a análise de despesa pública com saúde por habitante mostrou um intervalo de variação de R\$ 204,08 em Osasco a R\$ 377,74 em Campinas, revelando, segundo os autores, a desigualdade das situações encontradas (ESPIRITO SANTO & TANAKA, 2011).

Em relação as despesas em saúde pagas exclusivamente com verbas municipais, no ano de 2018, Macapá também foi a capital que menos empenhou despesas municipais por habitante, a nível nacional. Quando considerado apenas os estados da Macrorregião Norte, o Amapá apresentou-se como sexto na posição entre os sete estados que a compõe, abrangendo os municípios com as menores despesas públicas em saúde por habitante da região (SANTO ET AL., 2012).



Apesar dos resultados do presente estudo terem demonstrado um aumento anual, em reais, nos indicadores de valores de transferência do SUS e despesas em saúde pagas exclusivamente com verbas do município, significativo para quase todas as capitais do país, a desigualdade do financiamento entre elas não apresentou reduções. Ao contrário, observou-se ao longo dos anos uma desigualdade de distribuição de recursos entre os estados brasileiros, sendo necessário refletir se essa desigualdade tem promovido redução ou aumento da iniquidade no acesso a serviços de saúde. Realizar essa discussão é fundamental, pois um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde, tem sido conseguir os recursos necessários para preservar o caráter universal de seu acesso e garantir seu atendimento integral e igualitário (MARQUES & MENDES, 2012).

Diante disso, de acordo com Mendes, Leite e Marques (2011), acredita-se que os valores de transferências do SUS tenham o objetivo de complementar o financiamento das ações de saúde desenvolvidas pelos municípios, levando em conta, numa distribuição equitativa de recursos, suas necessidades financeiras. Para tanto, municípios com baixa disponibilidade de recursos per capita, deveriam ter uma complementação maior por parte dos recursos federais (MENDES ET AL., 2011).

Associado a isso, a baixa sistematização no processo de alocação de recursos, coloca em questão a qualidade das ações e serviços ofertados pelo SUS, fomentando o argumento daqueles que entendem que a saúde pública deveria se dedicar somente à Atenção Básica ou é dirigida apenas aos segmentos mais pobres da população (MARQUES & MENDES, 2012).

Quanto as fontes de financiamento, em aproximadamente metade das capitais, os valores alocados para a saúde foram provenientes principalmente das transferências da União. O percentual da União nas transferências para o SUS, mostra a importância destes repasses no financiamento da saúde dos municípios, impactando diretamente no atendimento aos moradores. Em determinadas regiões de saúde, as transferências para a saúde provenientes de recursos federais para os municípios, chegam a 82% (ROSA & COELHO, 2012).

Analisando-se a correlação entre as receitas por transferências federais e as despesas municipais per capita, pôde-se observar no presente estudo uma proporcionalidade entre as duas grandezas, ou seja, quanto maior foram as transferências federais, maiores foram também as despesas municipais em saúde financiadas pela própria capital. Contudo, os coeficientes de correlação

demonstraram uma proporcionalidade não igualitária, ao passo que, enquanto o maior coeficiente foi observado em Fortaleza, a capital Macapá apresentou a menor correlação das 26 capitais em estudo. Tal fato pode ser justificado principalmente, devido, como visto anteriormente, Macapá ser a capital com menor transferência per capita do SUS e a que menos despendeu recursos em saúde pagas exclusivamente com verbas do município.

A discussão sobre o orçamento do SUS não pode estar desatrelada da questão da gestão dos sistemas municipais e regionais, com vistas a eficiência do gasto público. Nesse sentido, apesar de municípios com maior receita disponível e maior gasto per capita atingem os melhores resultados nos indicadores de saúde, alguns municípios com pequena estrutura, atingiram bons resultados, ressaltando a eficiência da gestão de sua estrutura (SANTOS NETO ET AL., 2010). Dessa forma, uma das limitações deste estudo foi não avaliar o nível de eficiência técnica da gestão em saúde das capitais brasileiras, como forma de conhecer a aplicabilidade dos seus recursos próprios e os oriundos da União, bem como as prioridades em saúde e as principais demandas de cada uma das capitais.

No entanto, a análise do orçamento em saúde nas capitais brasileiras permitiu um conhecimento acerca da origem e da distribuição per capita do financiamento a nível nacional, evidenciando as diversas formas de desigualdades no repasse de verbas em todas as regiões do país. Essas desigualdades são relevantes e podem estar atuando para ampliar a iniquidade no acesso à serviços de saúde.

Futuras pesquisas com abrangência nacional ainda se fazem necessárias, em prol de avaliar a qualidade dos serviços ofertados pelas capitais e a equidade na distribuição dos recursos financeiros, podendo incluir, ainda, indicadores assistenciais das 26 capitais dos estados brasileiros.

## **6- CONCLUSÃO**

É possível concluir que houve aumento no repasse dos valores de transferências do SUS em quase todas as capitais em estudo, no entanto a heterogeneidade de distribuição dos recursos advindos da União, por habitante, apresentou-se exorbitantes, demonstrando iniquidade na distribuição de verbas destinadas a saúde no país.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Ministério da Saúde: Governo Federal, 2006. Disponível em: [http://www.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha\\_entendendo-o-sus-2007.pdf](http://www.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha_entendendo-o-sus-2007.pdf). Acesso em: 23 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da Saúde / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF\\_Carta\\_Usuarios\\_Saude\\_site.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf). Acesso em: 23 ago. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: [https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_2.pdf](https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_2.pdf). Acesso: em 23 ago. 2020.

ESPÍRITO SANTO, A.C.G.; TANAKA, O.Y. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1875-1885, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E BIOESTATÍSTICA (IBGE). **Índice de Preços ao Consumidor Amplo**, 2018 Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/precos-e-custos/9256-indice-nacional-de-precos-ao-consumidor-amplo.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 23 ago. 2020.

MALTA, M.; CARDOSO, L.O.; BASTOS, F.I.; MAGNANINI, M.M.F.; SILVA, C.M.F.P. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p 559-565, 2010.

MARINHO, A. Avaliação da eficiência técnica nos serviços de saúde nos municípios do estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Economia**, v. 57, n. 2, p. 515-534, 2012.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 345-362, 2012.

MENDES, A. Editorial Especial. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 987-983, 2013.

MENDES, A.; LEITE, M.G.; MARQUES, R.M. Discutindo uma metodologia para a alocação equitativa de Recursos Federais para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 3, p. 673-690, 2011.

ROSA, M.R.R.; COELHO, T.C. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1863-1873, 2012.

SANTO, A.C.G.E.; FERNANDO, V.C.N.; BEZERRA, A.F.B. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. **Ciência & Saúde**

**Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 861-871, 2012.

SANTOS NETO JA, MENDES AN, PEREIRA AC, PARANHOS LR. Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1269-1280, 2017.

SANTOS NETO, J.A.; MENDES, A.N.; PEREIRA, A.C.; PARANHOS, L.R. Avaliação da eficiência técnica em saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3793-3803, 2010.

UGÁ, M.A.D.; SANTOS, I.S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1597-1609, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Blog da Saúde** [acesso em 23 ago 2020]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/35647>. Acesso em: 23 ago. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE [homepage na internet]. **Portal da Saúde**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>. Acesso em: 23 ago. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE [homepage na internet]. **DATASUS**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 23 ago. 20

## ANEXOS

Anexo 1. Artigo publicado que originou o presente trabalho de Conclusão de Curso.

**Analysis of financial resources for public health in Brazilian capitals: a time trend ecological study**

Análise de recursos financeiros para saúde pública nas capitais brasileiras: um estudo ecológico de tendências temporais

Análisis de recursos financieros para la salud pública en capitales brasileñas: un estudio ecológico de tendencia temporal

Vinício Henrique Ferreira Pereira de Oliveira <sup>1</sup>  
Mariana Barroso Oliveira <sup>1</sup>  
Caroline Blasenberg <sup>2</sup>  
Alex Moreira Herval <sup>1</sup>  
Luiz Renato Panambun <sup>1</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00311620

**Abstract**

*This study aimed to analyze part of the financial resources used to fund public health actions in the 26-Brazilian capitals, from 2008 to 2018. This is a time-trend ecological study involving revenue and expenditure indicators provided by the Information System on Public Budget for Health (SIOPS). The values were deflated based on the Extended National Consumer Price Index of 2018 in Brazil to allow the comparison over the years. The mean annual variation of health investments, in Brazilian Reals (BRL) was assessed using linear regressions. Pearson's correlation coefficients were estimated between federal revenues and expenditures with the capitals' resources. All capitals presented statistically significant positive correlations for the origin of the budget resource invested in health. The lowest coefficient was found in the capital city of Macapá (Amapá State) ( $r = 0.868$ ) and the highest, in Fortaleza (Ceará State) ( $r = 0.997$ ). Belo Horizonte (Minas Gerais State) was the capital with the highest annual increase in federal transfers (about BRL 67.91 per year) and Teresina (Piauí State) presented the highest annual increase in health expenditures among the capitals (about BRL 55.42 per year). We found a increase in the transfers of the Brazilian Unified National Health System (SUS) and municipal resources in almost all capitals, but there are still inequalities in the distribution of financial resources among Brazilian capitals from different regions. Health funding is affected by the municipalization of SUS and it is not the single factor affecting the access and quality of health services.*

Investments; Quality of Health Care; Unified Health System

**Correspondence**

V. H. Ferreira  
Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia,  
Av. Pará 1720, Bloco 2G, sala 3, Uberlândia, MG 38405-520,  
Brazil.  
pansinho.hyp@gmail.com

<sup>1</sup> Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brazil.  
<sup>2</sup> Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brazil.



This article is published in Open Access under the Creative Commons Attribution License, which allows use, distribution, and reproduction in any medium, without restrictions, as long as the original work is properly cited.

Cad. Saúde Pública 2022; 38(1):e00311620

Periódico: Revista Cadernos de Saúde Pública

Qualis CAPES: A1

Fator de impacto: 1.632

Link das normas para publicação:

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/submissao/instrucao-para-autores>

Link para acesso ao artigo: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00311620>