



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE GESTÃO E NEGÓCIOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO ORGANIZACIONAL E REGIONALIDADE**

**DESCENTRALIZAÇÃO FISCAL E FINANCIAMENTO DA SAÚDE
PÚBLICA: UMA ANÁLISE EM MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

KARINE DA SILVA FERREIRA

Orientador: Prof. Dr. Flávio Luiz de Moraes Barboza

Uberlândia-MG

2025

KARINE DA SILVA FERREIRA

**DESCENTRALIZAÇÃO FISCAL E FINANCIAMENTO DA SAÚDE
PÚBLICA: UMA ANÁLISE EM MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Federal de Uberlândia, como exigência para obtenção do título de Mestra em Administração.

Área de Concentração: Regionalidade e Gestão

Orientador: Prof. Dr. Flávio Luiz de Moraes Barboza

Uberlândia

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

F383d

2025

Ferreira, Karine da Silva, 1989-

Descentralização fiscal e financiamento da saúde pública [recurso eletrônico] : uma análise em municípios brasileiros / Karine da Silva Ferreira. - 2025.

Orientador: Flávio Luiz de Moraes Barboza.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-graduação em Administração.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2025.5206>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Administração. I. Barboza, Flávio Luiz de Moraes, 1980-, (Orient.).
- II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-graduação em Administração. III. Título.

CDU: 658

André Carlos Francisco
Bibliotecário-Documentalista - CRB-6/3408



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
**Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Gestão
Organizacional**

Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 1F, Sala 206 - Bairro Santa Mônica, Uberlândia-MG,
CEP 38400-902
Telefone: (34) 3291-6333 - www.ppggo.fagen.ufu.br - ppggo@ufu.br



ATA

Programa de Pós-Graduação em:	Gestão Organizacional				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional, 132, PPGGO				
Data:	Vinte e três de julho de dois mil e vinte e cinco	Hora de início:	14:00	Hora de encerramento:	16:00
Matrícula do Discente:	12312GOM012				
Nome do Discente:	Karine da Silva Ferreira				
Título do Trabalho:	Descentralização Fiscal e Sustentabilidade do Financiamento da Saúde: Evidências de Uberlândia/MG e Cidades Comparáveis				
Área de concentração:	Gestão Organizacional				
Linha de pesquisa:	Gestão Pública				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	-				

Reuniu-se, por meio de webconferência, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Gestão Organizacional, assim composta: Professores Doutores: Luciana Carvalho (UFU), Ariane Fernandes da Conceição (UFTM), e Flávio Luiz de Moraes Barboza, orientador da candidata. Membro de notório saber: Paulo Guido de Novaes Camargos Júnior (Prefeitura Municipal de Uberlândia).

Iniciando os trabalhos, o presidente da mesa, Prof. Dr. Flávio Luiz de Moraes Barboza, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público e concedeu à Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos examinadores, que passaram a arguir a candidata. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando a candidata:

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos,

conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Flávio Luiz de Moraes Barboza, Professor(a) do Magistério Superior**, em 24/07/2025, às 11:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Carvalho, Professor(a) do Magistério Superior**, em 24/07/2025, às 17:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Guido de Novaes Camargos Junior, Usuário Externo**, em 25/07/2025, às 13:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ariane Fernandes da Conceição, Usuário Externo**, em 25/07/2025, às 18:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **6480116** e o código CRC **6D65F5F4**.

Referência: Processo nº 23117.045567/2025-60

SEI nº 6480116

*Acredite no seu verdadeiro potencial –
dentro de si há força e capacidade para
alcançar tudo o que deseja*

AGRADECIMENTOS

Hoje encerro um dos ciclos mais desafiantes e transformadores da minha vida: a conclusão do meu mestrado. A caminhada até aqui foi tudo menos fácil. Enfrentei dúvidas, subestimei o meu próprio valor e, por vezes, não reconheci as pequenas vitórias ao longo do percurso. No entanto, com muito esforço, dedicação, renúncia e, acima de tudo, com o apoio daqueles que me cercaram, consegui.

Minha gratidão a todos os que estiveram ao meu lado nesta jornada. Ao Daniel, à minha família – com especial carinho aos meus pais e ao meu sobrinho – agradeço cada palavra de incentivo, cada gesto de apoio. Todos foram fundamentais para que este sonho se tornasse realidade.

Concluir este mestrado representa, para mim, mais do que uma realização pessoal e acadêmica. É um marco carregado de significado: sou a primeira da minha família a alcançar este diploma. É com emoção que comarkilho esta conquista, com a esperança de que ela sirva de inspiração para que outros também se desafiem, cresçam e avancem rumo ao conhecimento.

O mestrado é, um ponto de transição para alargar meus horizontes, amadurecer meu pensamento e transformar-me. Que este seja apenas o início de muitas outras etapas, sempre guiadas pelo desejo de aprender e evoluir.

RESUMO

Esta dissertação investiga a relação entre a descentralização fiscal e a sustentabilidade do financiamento da saúde pública em municípios brasileiros, com foco em Uberlândia/MG e cidades comparáveis (Sorocaba, Ribeirão Preto e Duque de Caxias) no período de 2019 a 2023. O estudo parte do pressuposto de que o federalismo fiscal brasileiro, embora tenha avançado na descentralização de recursos e responsabilidades, ainda enfrenta desafios para garantir equidade e eficiência no financiamento da saúde, especialmente em municípios de médio porte que atuam como polos regionais. A pesquisa adotou uma abordagem mista, combinando métodos qualitativos e quantitativos, baseada na análise de dados secundários extraídos de fontes oficiais. Foram examinados indicadores financeiros, como receitas próprias, transferências constitucionais, repasses do Sistema Único de Saúde (SUS) e despesas com saúde, além de critérios como Produto Interno Bruto (PIB) per capita e estrutura de serviços de saúde. Os resultados revelam que Uberlândia se destaca por sua robustez financeira, com investimentos acima da média em atenção básica e média/alta complexidade, refletindo sua posição como polo regional. No entanto, a dependência de transferências intergovernamentais limita sua autonomia orçamentária, expondo o município a vulnerabilidades em cenários de redução de repasses. Em comparação, Duque de Caxias enfrenta desafios estruturais mais acentuados, como insuficiência de leitos e dependência de serviços da capital fluminense, evidenciando as disparidades regionais no acesso à saúde. A análise também demonstra que, embora os municípios cumpram os percentuais mínimos constitucionais de investimento em saúde (15% das receitas), os valores alocados permanecem aquém das necessidades do sistema, especialmente após a Emenda Constitucional nº 95/2016 (Teto de Gastos), que congelou os gastos públicos por 20 anos. Além disso, a baixa execução de investimentos em infraestrutura e a predominância de despesas correntes, como terceirizações e parcerias na gestão dos serviços de saúde, comprometem a sustentabilidade do SUS no longo prazo. Conclui-se que a descentralização fiscal no Brasil representa um avanço na gestão pública, mas sua efetividade exige critérios mais justos de distribuição de recursos, maior cooperação federativa e fortalecimento da capacidade administrativa local. A pesquisa evidencia a necessidade de revisar os critérios de repasse e adotar estratégias para reduzir desigualdades regionais no acesso à saúde, em consonância com o ODS 3 – Saúde e Bem-Estar, contribuindo para a formulação de políticas públicas mais equitativas e sustentáveis.

Palavras-chave: Descentralização fiscal; Financiamento da saúde; Federalismo brasileiro; Sustentabilidade orçamentária; Transferências intergovernamentais.

ABSTRACT

This dissertation examines the relationship between fiscal decentralization and the sustainability of public health financing in Brazilian municipalities, focusing on Uberlândia/MG and comparable cities (Sorocaba, Ribeirão Preto, and Duque de Caxias) from 2019 to 2023. Although Brazil's fiscal federalism has advanced in decentralizing resources and responsibilities, it still faces significant challenges in ensuring equity and efficiency in health financing, particularly in medium-sized municipalities that serve as regional hubs. The research employed a mixed-methods approach, combining qualitative and quantitative techniques with the analysis of secondary data from official sources. Financial indicators (own-source revenues, constitutional transfers, transfers from the Unified Health System – SUS, and health expenditures) and socioeconomic criteria (per capita GDP and the structure of health services) were analyzed. Findings reveal that Uberlândia stands out for its financial robustness, with above-average investments in both primary care and medium- to high-complexity services, reflecting its role as a regional center. However, dependence on intergovernmental transfers limits its budgetary autonomy and exposes the municipality to vulnerabilities under funding reductions. In contrast, Duque de Caxias faces more severe structural challenges, such as a shortage of hospital beds and reliance on services provided by the state capital, highlighting regional disparities in healthcare access. The analysis also shows that, while municipalities comply with the constitutionally mandated minimum health investment (15% of revenues), the allocated amounts remain insufficient, particularly after Constitutional Amendment No. 95/2016 (Spending Cap), which froze public spending for 20 years. Moreover, the low execution of infrastructure investments and the predominance of current expenditures, such as outsourcing and management partnerships, undermine the long-term sustainability of SUS. In conclusion, fiscal decentralization in Brazil represents progress in democratizing public administration, but its effectiveness depends on fairer resource distribution, stronger federative cooperation, and enhanced local administrative capacity. The study contributes to debates on fiscal policy and public health by highlighting the need to revise transfer criteria and develop strategies to reduce regional inequalities in healthcare access. It aligns with Sustainable Development Goal (SDG) 3 – Good Health and Well-Being by providing empirical evidence to support the design of more equitable and sustainable public policies aimed at ensuring universal, high-quality healthcare.

Keywords: Fiscal decentralization; Health financing; Brazilian federalism; Budgetary sustainability; Intergovernmental transfers.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Blocos de Financiamento do SUS e Suas Finalidades 37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Repasses Federais, em Reais, para Custeio da Atenção Básica de 2020 a 2023	43
Tabela 2- Recursos, em Reais, para Média e Alta Complexidade entre 2020 a 2023	44
Tabela 3 - Recursos Emergenciais, em Reais, para COVID-19 em 2020.....	46
Tabela 4 - Comparativo de Investimentos (em Reais) em Infraestrutura entre 2020-2023	46
Tabela 5 - Percentual de Execução do Mínimo Constitucional por ano nos municípios.....	48
Tabela 6 - Receitas da Secretaria de Saúde de Uberlândia, em Reais, entre 2019 a 2023.....	50
Tabela 7 - Despesas da Secretaria de Saúde de Uberlândia, em Reais, de 2019 a 2023	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CIDE	Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico
DPVAT	Danos Pessoais por Veículos Automotores de Via Terrestre
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNAS	Fundo Nacional de Assistência Social
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FPS	Fundo de Participação dos Municípios
Fundeb	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IR	Imposto de Renda
ISS	Imposto Sobre Serviços
ITBI	Imposto de Transmissão de Bens e Imóveis
ITR	Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PIB	Produto Interno Bruto
PPA	Plano Plurianual
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 OBJETIVO GERAL	14
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
1.3 JUSTIFICATIVA	14
1.4 OBJETIVO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS).....	15
1.5 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1 FEDERALISMO.....	18
2.2 FEDERALISMO FISCAL.....	20
2.3 TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS	22
2.4 INSTRUMENTOS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO FISCAL.....	24
2.5 ARRECADAÇÃO MUNICIPAL	25
2.6 ESTADO DA ARTE SOBRE O TEMA FINANÇAS MUNICIPAIS E GESTÃO DA SAÚDE	27
2.6.1 <i>Saúde Financeira dos Municípios no Âmbito da Saúde Pública</i>	28
2.6.2 <i>O Sistema Único de Saúde e Financiamento Municipal da Saúde</i>	30
2.6.4 <i>A Descentralização do Financiamento Municipal da Saúde e COVID</i>	33
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	35
3.1 DADOS	35
3.2 VARIÁVEIS DA PESQUISA	37
3.3 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE	40
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	41
4.1 ANÁLISE INTEGRADA DOS INDICADORES FINANCEIROS DA SAÚDE – PAGAMENTOS E RECEITAS DA SECRETARIA DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA (2019-2023)	49
4.2. SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	52
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS.....	58
APÊNDICE: PRODUTO TÉCNICO-TECNOLÓGICO	66

1. INTRODUÇÃO

A saúde pública é um direito constitucional garantido pelo SUS, mas sua efetividade depende de um financiamento adequado e sustentável. Com a descentralização, os municípios assumiram grande parte dessa responsabilidade, porém enfrentam limitações estruturais, como dependência de transferências intergovernamentais e baixa capacidade de arrecadação própria (Santos, Mendes, Pereira & Paranhos, 2017).

A elaboração e o financiamento de políticas públicas estão relacionados ao modelo institucional adotado por cada país, e entre os principais fatores que influenciam a atuação estatal destaca-se o sistema de governo. O federalismo, por sua vez, é um arranjo político que possibilita a administração de territórios extensos e socialmente diversos. Esse modelo baseia-se na divisão administrativa em unidades subnacionais, como estados, municípios e distritos, que operam sob a soberania de um governo central. Seu objetivo é descentralizar o poder, fortalecendo instâncias locais para promover eficiência administrativa, ampliação da participação democrática e o atendimento adequado às demandas regionais (D'Albuquerque & Palotti, 2021).

Conti (2004) argumenta que o federalismo é um processo político que busca descentralizar o poder, promovendo autonomia local e combatendo as desigualdades regionais. No Brasil, desde a década de 1980, diversas mudanças estruturais marcaram a organização do Estado, incluindo a redemocratização, o fortalecimento do federalismo, a estabilização econômica e o avanço das políticas sociais. Nesse contexto, o federalismo fiscal emergiu como um elemento essencial na distribuição de receitas e despesas entre os diferentes níveis de governo, desempenhando um papel estratégico na redução das desigualdades regionais e na gestão eficiente dos recursos públicos (Franzese, 2010).

A Constituição de 1988 representou um marco ao fortalecer a autonomia financeira dos municípios e instituir mecanismos de transferência de recursos livres de interferências políticas. A relação entre os governos federal, estadual e municipal tornou-se um elemento fundamental na gestão das finanças públicas, consolidando o federalismo e promovendo uma redistribuição mais equitativa de recursos e serviços (Abrucio & Franzese, 2007; Gadelha, 2018; Simão & Orellano, 2015).

Contudo, a partir da década de 1990, o Brasil passou por um processo de recentralização fiscal, caracterizado pela retomada, pela União, de parte da arrecadação tributária e do controle sobre os recursos financeiros anteriormente administrados pelos entes subnacionais. Além disso, houve a priorização de repasses vinculados a áreas estratégicas, como saúde, educação e

assistência social. Esse modelo foi estruturado por meio de legislações e fundos específicos que regulamentaram a aplicação dos recursos e definiram sua destinação, visando garantir maior controle sobre a execução das políticas públicas (Soares & Melo, 2016).

A complexidade das relações entre os governos municipais, estaduais e federais intensificou-se nesse contexto de recentralização. A administração fiscal dos municípios enfrenta diversos desafios, como a ausência de critérios bem definidos para a alocação eficiente de recursos e a dependência de transferências intergovernamentais. Diante das desigualdades regionais e das restrições orçamentárias, a necessidade de planejamento e estratégias eficazes torna-se ainda mais evidente, demandando maior coordenação entre as esferas governamentais para assegurar a sustentabilidade fiscal e a continuidade dos serviços públicos essenciais. Por isso, compreender essa dinâmica é fundamental para uma gestão eficiente e para garantir uma colaboração equilibrada na execução das políticas públicas (Gadelha, 2018).

No âmbito da saúde pública, as transferências intergovernamentais desempenham um papel fundamental no financiamento do SUS, especialmente após sua criação pela Constituição de 1988. A descentralização promovida pelo SUS redistribuiu os recursos financeiros, assegurando um atendimento universal, equitativo e integral à população. Nesse modelo, os municípios assumiram a responsabilidade pela gestão local da saúde, contando com o financiamento proveniente das três esferas de governo, repassado por meio de fundos estaduais e municipais (Simão & Orellano, 2015).

A descentralização financeira desempenha um papel fundamental na autonomia dos municípios e na eficiência da alocação de recursos, especialmente no setor de saúde, onde a demanda por serviços cresce continuamente. No entanto, os municípios enfrentam desafios na captação e gestão de recursos próprios, tornando-se dependentes de transferências intergovernamentais para manter o financiamento da saúde pública (Soares & Melo, 2016).

A maior parte das transferências do SUS ocorre na modalidade "fundo a fundo", a qual se refere a recursos provenientes do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais, destinados à administração e manutenção dos serviços de saúde. Esses repasses garantem o pagamento a fornecedores e prestadores, permitindo a continuidade das políticas públicas, sem a necessidade de contrapartida explícita dos governos locais. No entanto, Simão e Orellano (2015) ressaltam que, na prática, há uma "exigência implícita de contrapartida", pois os municípios que recebem mais recursos geralmente possuem maior capacidade de financiamento. Além disso, esses valores nem sempre cobrem integralmente os custos, levando os municípios a complementar as despesas com recursos próprios.

Este estudo contribui para o debate sobre a descentralização financeira e a capacidade

dos municípios de financiar a saúde pública. Para isso, analisou-se a evolução do financiamento da saúde em Uberlândia, correlacionando às receitas e despesas de recursos próprios (não vinculados a gastos específicos) com os fundos municipais (destinados exclusivamente à saúde), a fim de verificar a relação entre essas variáveis.

Para embasar a análise, a pesquisa investigou ainda a correlação entre as receitas de impostos e transferências constitucionais e legais e as receitas provenientes das transferências de recursos do SUS. Esse estudo foi realizado a partir de uma amostra composta por quatro municípios de porte semelhante (Uberlândia, Sorocaba, Ribeirão Preto e Duque de Caxias), permitindo uma avaliação abrangente da correlação entre esses dois principais grupos de recursos municipais destinados à saúde.

A análise das cidades selecionadas permitiu avaliar de que forma diferentes estruturas fiscais impactam o financiamento da saúde, considerando os desafios inerentes à implementação de políticas públicas. Esse estudo se torna particularmente relevante em um contexto de restrições fiscais e limitações orçamentárias, que podem comprometer a capacidade dos municípios de atender às necessidades da população.

Diante desse cenário, é importante analisar a relação entre as receitas e despesas municipais e os fundos exclusivos para a saúde, pois compreender essa dinâmica pode contribuir para a melhoria da gestão financeira e para a sustentabilidade do setor. O município de Uberlândia constitui um caso representativo dessa realidade, devido à sua participação no financiamento da saúde e à necessidade de estratégias que garantam a continuidade e a qualidade dos serviços oferecidos à população.

Para a elaboração deste trabalho, realizou-se uma pesquisa bibliográfica em artigos publicados em revistas conceituadas, como o estudo de Simão e Orellano (2015). O estudo citado analisou os municípios brasileiros no período de 2002 a 2010 e constatou que o aumento da receita municipal estimula a adesão a programas do SUS, uma vez que exige uma contrapartida financeira menor por parte dos municípios. Assim, aqueles com maior receita dispõem de mais recursos para a saúde e têm maior incentivo para participar dos programas, uma vez que o modelo de financiamento do SUS tende a beneficiar os que realizam maiores gastos na área.

A pesquisa utilizou dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), do Portal da Transparência do Município, do Tribunal de Contas da União (TCU) e do Fundo Municipal de Saúde (FMS) para analisar os investimentos em saúde de Uberlândia, fazendo um paralelo com municípios similares para identificar padrões e desafios no financiamento público. As transferências do SUS foram obtidas no SIOPS, enquanto as

estimativas populacionais vieram do DATASUS, com base no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e no TCU. Além disso, com base nos dados da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), foi possível obter os dados das receitas municipais, permitindo diferenciar arrecadação tributária e transferências incondicionais.

Cabe ressaltar que a sustentabilidade fiscal dos governos subnacionais é fundamental para a eficácia das políticas descentralizadas, pois garante a disponibilidade de recursos necessários para a promoção da saúde pública e a melhoria da qualidade de vida da população. A efetiva implementação dessas políticas depende de uma gestão eficiente das transferências intergovernamentais e da autonomia financeira dos municípios, assegurando um financiamento adequado e sustentável para as ações em saúde.

1.1 Objetivo Geral

O objetivo central deste estudo é analisar como a descentralização fiscal impacta o financiamento da saúde pública em municípios brasileiros, com ênfase em Uberlândia e em cidades de porte semelhante.

1.2 Objetivos Específicos

1. Examinar a evolução da arrecadação própria e das transferências constitucionais destinadas à saúde em Uberlândia, comparando-as com os repasses do Fundo Nacional de Saúde (FNS).
2. Avaliar a correlação entre receitas tributárias locais - como Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto Sobre Serviços (ISS) e Imposto de Transmissão de Bens Imóveis (ITBI) - e os gastos com saúde, verificando se os municípios conseguem suprir as demandas com recursos próprios.
3. Comparar o desempenho financeiro de Uberlândia com o de Sorocaba, Ribeirão Preto e Duque de Caxias.
4. Identificar padrões e discrepâncias no financiamento da saúde.
5. Discutir os impactos da Emenda Constitucional nº 95/2016 (Teto de Gastos com Saúde)) nos orçamentos municipais e na capacidade de investimento em saúde.

1.3 Justificativa

Este estudo busca apresentar evidências empíricas sobre as dinâmicas fiscais da saúde, contribuindo para o debate sobre políticas públicas e para a compreensão do acesso aos serviços. A análise comparativa entre municípios também permite identificar práticas de gestão e

soluções aplicáveis em diferentes contextos locais.

A escolha de Uberlândia justifica-se pelo seu papel no financiamento da saúde municipal. Com população estimada em 723.457 habitantes (IBGE, 2022), o município possui a segunda maior economia de Minas Gerais e apresentou um PIB per capita de R\$ 48.740,00 (IBGE, 2021). Em 2022, as despesas com saúde foram de aproximadamente R\$ 1,2 bilhão, sendo 60% de recursos próprios e 40% de transferências do SUS (STN – FINBRA, 2023).

Outro ponto favorável é a disponibilidade de dados financeiros organizados em bases como o SIOPS/DATASUS. Ademais, o autor deste trabalho possui acesso direto a essas informações, devido à sua atuação junto à Secretaria de Finanças do Município de Uberlândia, o que facilita e confere maior precisão à análise realizada.

Para fins comparativos, foram selecionados Sorocaba (SP), Ribeirão Preto (SP) e Duque de Caxias (RJ). Os municípios foram selecionados por apresentarem características socioeconômicas e demográficas semelhantes às de Uberlândia, permitindo uma comparação mais consistente. Todos possuem população superior a 700 mil habitantes, elevado PIB municipal e desempenham funções de referência regional na área da saúde. Além disso, adotam o mesmo modelo de financiamento do SUS, que combina recursos próprios com transferências intergovernamentais, possibilitando analisar como diferentes gestões aplicam os recursos, priorizam investimentos e enfrentam desafios de infraestrutura e de atendimento. Essa escolha facilita a identificação de boas práticas, limitações e desigualdades na gestão municipal da saúde, fornecendo subsídios para o estudo da descentralização fiscal e da eficácia do financiamento público.

1.4 Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

A descentralização promovida pela Constituição de 1988 e consolidada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) buscou ampliar a autonomia municipal e assegurar a universalidade, equidade e integralidade dos serviços de saúde. No entanto, conforme destacam Simão e Orellano (2015). A efetivação desse processo está condicionada não apenas à redistribuição de recursos, mas também à capacidade de gestão local, que, em grande parte dos municípios, encontra-se fragilizada pela vinculação dos gastos às transferências intergovernamentais.

Ao examinar como as receitas próprias e os repasses do SUS influenciam a capacidade dos municípios de financiar políticas de saúde, a pesquisa contribui para a compreensão de fatores estruturais que condicionam a efetividade do sistema. Esse debate torna-se ainda mais relevante em um contexto de subfinanciamento crônico e de restrições impostas pela Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou os gastos sociais por vinte anos. Para Vieira e

Benevides (2016), tal medida representa um retrocesso no financiamento do SUS, pois limita a expansão de serviços em um cenário de crescente demanda populacional.

A análise comparativa entre Uberlândia, Sorocaba, Ribeirão Preto e Duque de Caxias evidencia as diferentes estratégias de gestão fiscal adotadas pelos municípios, revelando boas práticas, lacunas e desafios. Uberlândia, por exemplo, destaca-se por alocar recursos próprios acima do mínimo constitucional, enquanto municípios como Duque de Caxias enfrentam maiores dificuldades estruturais, com percentual de recursos próprios inferior ao observado em outros municípios de porte semelhante. Esse quadro confirma as desigualdades regionais no acesso à saúde, observadas por Mazon et al. (2018) em seu estudo sobre os municípios catarinenses, nos quais a maioria precisou aumentar, de diferentes maneiras, o aporte de recursos próprios para garantir a manutenção dos serviços de saúde.

Dessa forma, ao propor reflexões e apresentar evidências empíricas, este estudo contribui tanto para o debate acadêmico quanto para o aprimoramento das políticas públicas, ao oferecer subsídios que permitam aos gestores locais formular estratégias mais eficientes, justas e sustentáveis. Nesse sentido, alinha-se diretamente ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 – Saúde e Bem-Estar, ao analisar os mecanismos de financiamento da saúde pública em municípios brasileiros, com ênfase na sustentabilidade fiscal e na efetividade da descentralização. De maneira complementar, conecta-se ao ODS 16, voltado ao fortalecimento de instituições públicas eficazes, transparentes e responsáveis, uma vez que a adequada gestão dos recursos e a transparência na aplicação dos fundos constituem pilares essenciais para assegurar a confiança social e a responsabilização no setor da saúde.

Alinhada às metas do ODS 3 e do ODS 16, esta pesquisa reforça a necessidade de mecanismos de financiamento equitativos, de fortalecimento da cooperação federativa e da transparência institucional, de modo a assegurar o acesso contínuo e de qualidade aos serviços de saúde e, assim, promover o bem-estar da população brasileira.

1.5 Estrutura da Dissertação

Esta dissertação está estruturada em cinco capítulos, organizados de forma a garantir uma construção lógica e consistente do objeto de estudo. O primeiro capítulo, dedicado à introdução, apresenta o contexto da pesquisa, delimita os objetivos e evidencia a relevância do tema no cenário das finanças públicas municipais, com ênfase nas questões relacionadas ao financiamento da saúde no âmbito do federalismo brasileiro.

O segundo capítulo corresponde ao referencial teórico, no qual são discutidos os principais conceitos que fundamentam a análise, incluindo federalismo fiscal, transferências

intergovernamentais e os mecanismos de financiamento da saúde pública, com base em autores amplamente reconhecidos na literatura, como Abrucio e Franzese (2007) e Simão e Orellano (2015). Na sequência, o terceiro capítulo aborda os procedimentos metodológicos adotados, descrevendo a abordagem mista utilizada – combinando técnicas qualitativas e quantitativas –, bem como as fontes de dados consultadas, tais como o SIOPS, TCU e o Portal da Transparência municipal.

O quarto capítulo apresenta a análise dos dados, contemplando o exame dos principais indicadores financeiros relacionados à saúde, incluindo receitas, despesas e percentuais de aplicação dos recursos, com destaque para as diferenças observadas entre os municípios selecionados para o estudo. Por fim, o quinto capítulo traz as considerações finais, nas quais os resultados obtidos são sintetizados, as limitações da pesquisa são reconhecidas e são sugeridas direções para investigações futuras, com atenção especial à necessidade de aperfeiçoamento dos mecanismos de repasse intergovernamental, visando à promoção de maior equidade no financiamento da saúde pública.

Ao integrar teoria, metodologia e análise empírica, esta dissertação busca não apenas aprofundar a compreensão acerca dos desafios enfrentados pelos municípios brasileiros no financiamento da saúde, mas também fornecer subsídios que possam orientar a atuação de gestores públicos e a formulação de políticas voltadas à construção de um federalismo fiscal mais justo, eficiente e sustentável.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A análise dos desafios contemporâneos no financiamento da saúde pública no Brasil demanda uma abordagem do arranjo federativo, com foco na descentralização fiscal e na sustentabilidade das políticas públicas locais. Neste sentido, o referencial teórico organiza-se a partir das múltiplas dimensões do federalismo, do federalismo fiscal, dos mecanismos de transferência intergovernamental, destacando-se o papel dos municípios na arrecadação e aplicação dos recursos públicos – elementos centrais para compreender as capacidades institucionais e fiscais dos entes subnacionais diante das crescentes demandas por serviços de saúde e, por fim, trata-se da saúde financeira municipal.

A abordagem das transferências constitucionais, dos instrumentos de planejamento orçamentário e da estrutura de financiamento do SUS é justificada pela relevância desses fatores na configuração da autonomia financeira municipal. A literatura confirma a relação entre a efetividade das políticas públicas de saúde, a qualidade da gestão orçamentária local, a coordenação federativa e a equidade nos repasses de recursos (Moreira, Ferré & Andrade, 2017).

Este capítulo, portanto, discute os fundamentos teóricos e legais que sustentam o modelo brasileiro de descentralização, suas implicações na área da saúde e os desafios enfrentados por municípios de médio porte, como Uberlândia (MG).

2.1 Federalismo

O federalismo garante autonomia administrativa, política, tributária e financeira às entidades federativas, promovendo a descentralização em países de grande extensão territorial e diversidade socioeconômica. Essa estrutura implica a divisão de competências entre o governo central e os entes subnacionais, visando à maior eficiência na gestão pública (Anderson, 2009; Gadelha, 2018; Soares & Machado, 2018).

Segundo Oliveira (2007), o Estado federativo compõe-se de níveis de governo com autonomia e competências legislativas próprias. Para Pereira, Lima e Machado (2018), a descentralização favorece a adequação às demandas regionais, em contraste com modelos centralizados. Ou seja, o federalismo atua como mecanismo de equilíbrio entre soberania e autonomia territorial (Abrucio & Franzese, 2007; Soares & Machado, 2018).

As relações entre os entes federativos, de natureza colaborativa e contratual, possibilitam o compartilhamento de soberania rígida, contribuindo para a eficiência da gestão local (Dallari, 2019). Tal modelo se mostra comum em países marcados por diversidade

territorial e cultural, nos quais a cooperação é fundamental para políticas eficazes (Abrucio & Franzese, 2007).

O federalismo surgiu nos Estados Unidos, em 1787, como tentativa de equilibrar centralização e autonomia estadual. No Brasil, esse modelo se desenvolveu a partir da descentralização iniciada no pós-Império. Em ambos os países, há uma Constituição Federal, um Senado representativo e um Tribunal Superior para resolver conflitos federativos (Abrucio & Franzese, 2007; Soares & Machado, 2018).

No Brasil, o federalismo conferiu maior poder aos governadores das esferas estaduais. De 1930 a 1985, prevaleceu um modelo centralizador, no qual a autonomia estadual foi reduzida (Soares & Machado, 2018). A Constituição de 1946 buscou restabelecer o federalismo, mas este foi novamente enfraquecido com o regime militar de 1964, que reforçou o controle central (Abrucio & Franzese, 2007).

O processo de redemocratização, iniciado com as eleições de 1974 e 1982, resultou na Constituição de 1988, que fortaleceu a autonomia dos estados e municípios, descentralizou recursos e ampliou a participação municipal na receita nacional (Lopreato, 2022). Contudo, o equilíbrio federativo exige instituições que mitiguem as desigualdades regionais. Apesar dos avanços, persistem diferenças econômicas e sociais que demandam medidas para garantir equidade fiscal e administrativa entre os entes (Paula & Pinho, 2023).

O federalismo tende a influenciar as políticas públicas no Brasil e é central ao desenvolvimento do Estado. Entre os desafios, destacam-se a modernização da administração local, o fortalecimento da cooperação intergovernamental e a reavaliação da estrutura territorial. A descentralização contribui para políticas públicas mais ajustadas às realidades locais, mas exige planejamento para não acentuar desigualdades (Abrucio & Franzese, 2007).

Nesse contexto, a descentralização impôs desafios aos municípios de médio e grande porte, que, diante de dificuldades financeiras, passaram a buscar estratégias de atração de investimentos (Lopreato, 2022). Após a Constituição de 1988, houve um movimento de recentralização nos anos 1990, com a União retomando parte do controle sobre os recursos destinados à saúde e educação (Mendes, Teixeira & Ferreira, 2021).

A partir de 1994, com o Plano Real e a estabilização monetária, o federalismo brasileiro passou por um novo ponto de inflexão (Paula & Pinho, 2023). Os municípios assumiram maiores atribuições em áreas essenciais, mas enfrentaram limitações na cooperação intermunicipal. Essa situação levou à consolidação do “municipalismo autárquico”, caracterizado pela atuação isolada dos municípios, dificultando soluções regionais integradas (Abrucio & Franzese, 2007).

Nessa perspectiva, o federalismo brasileiro enfrenta dificuldades de cooperação entre União, estados e municípios. Como explica Almeida et al. (2023), a Constituição de 1988 descentralizou políticas sociais, como o SUS e o Fundeb, criando relações diretas entre União e municípios. Isso fortaleceu os municípios, mas reduziu o papel dos estados no planejamento e nos investimentos. Além disso, a ausência de mecanismos institucionais de coordenação aumenta a competição entre os entes federados, evidenciando que os principais problemas não decorrem apenas do desenho constitucional, mas também da ausência de canais efetivos de cooperação.

2.2 Federalismo Fiscal

A gestão fiscal consiste no equilíbrio entre receitas e despesas públicas, garantindo recursos para cobrir custos operacionais e investimentos em áreas essenciais como saúde e educação (Garruti, Barboza & Diniz, 2024). Envolve ações tributárias, financeiras e orçamentárias, visando à eficiência arrecadatória e à sustentabilidade dos recursos públicos (Silva & Crisóstomo, 2019).

O federalismo fiscal, como extensão do federalismo político, organiza a distribuição de competências e receitas entre os entes federativos, definindo os tributos de cada esfera e sua partilha, o que sustenta políticas públicas e fortalece a autonomia dos entes (Gadelha, 2018). No Brasil, essa estrutura passou por fases de centralização e descentralização, conforme mudanças político-econômicas (da Silva Filho, De Lima, Palácio & Gledson, 2017; Mendes, Teixeira & Ferreira, 2021).

A Reforma Tributária de 1967 centralizou a arrecadação na União e criou os Fundos de Participação dos Estados (FPE) e os Fundos de Participação dos Municípios (FPM), promovendo uma redistribuição parcial do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS). Na década de 1980, a participação dos municípios na arrecadação desse imposto foi ampliada, e passaram-lhes a serem atribuídos tributos próprios, como o Imposto Sobre Serviços (ISS) e o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) (Mendes, Teixeira & Ferreira, 2021).

Nos anos 1980, a União financiava cerca de 75% da saúde pública, mas, após a Constituição de 1988, esse modelo foi modificado, ampliando a responsabilidade dos estados e municípios, que passaram a responder por 54% desse financiamento (Santos, 2013).

A Carta Magna também instituiu o ITBI e fortaleceu a arrecadação municipal com taxas e contribuições, além de incentivar melhorias na avaliação de imóveis e no setor de serviços (da Silva Filho et al., 2017). Por outro lado, promoveu a criação de pequenos municípios e intensificou a “guerra fiscal” por meio de incentivos tributários (Prado, 2001).

De acordo com Soares e Melo (2016), o aumento das receitas municipais se deu em razão do aumento do ITBI, da autonomia sobre alíquotas e do aumento das transferências constitucionais, especialmente o FPM.

Contudo, as transferências intergovernamentais enfrentam entraves relacionados à eficiência, equidade e interferência política. Khair e Vignoli (2001) destacaram que os municípios ampliaram sua participação na receita nacional devido à crescente demanda por serviços essenciais e ao aumento das responsabilidades decorrente da atuação dos demais entes federativos.

Debaco e Jorge Neto (1998) apontam que, embora cada esfera administrativa tenha relativa autonomia, a competição entre entes pode tornar o federalismo menos cooperativo. Essa disputa, voltada à atração de investimentos por meio de incentivos, gera desarmonia. Para Pereira (2008), tal competição pode ter efeitos positivos, ao estimular melhorias na prestação de serviços públicos. Já Oliveira (2007) destaca a concentração fiscal na União, que impõe dependência dos entes subnacionais frente às crescentes demandas sociais, levando-os, muitas vezes, ao endividamento.

Nos anos 1990, a recentralização ocorreu com a criação de contribuições exclusivas da União e transferências condicionadas à implementação de políticas públicas federais, consolidando o papel central do governo federal na redução das desigualdades regionais (Mendes et al., 2021). Abrucio e Franzese (2007) relatam que, nessa década, a União passou a condicionar repasses ao cumprimento de metas nacionais, especialmente nas áreas sociais, visando coordenar melhor os serviços e garantir padrões uniformes.

Apesar dos avanços da descentralização, a ausência de articulação eficaz resultou em sobreposição de ações, lacunas nos serviços e no aumento do endividamento local. As transferências, embora redistributivas, não estimularam suficientemente o esforço arrecadatório dos estados (Soares e Melo, 2016). Diante disso, Pereira (2008) propôs que o governo central se concentre na estabilização macroeconômica, cabendo aos entes locais a prestação de serviços, respeitando as especificidades institucionais de cada contexto.

Garruti et al. (2024) analisaram a condição fiscal de municípios mineiros entre 2016 e 2020 com o uso de Inteligência Artificial, identificando a liquidez e a gestão fiscal como principais determinantes para a previsão de estresse fiscal, e alheio à participação direta das despesas com saúde e educação nas previsões das situações críticas. Para os autores, a previsão antecipada de estresse fiscal pode subsidiar decisões de gestão e políticas públicas sustentáveis, inclusive em períodos de crise, como o da pandemia de Covid-19.

2.3 Transferências Constitucionais

A Constituição de 1988 descentralizou o poder político no Brasil, ampliando as competências fiscais e administrativas dos entes subnacionais e conferindo-lhes maior autonomia sobre receitas e responsabilidades. Essa nova estrutura constitucional possibilitou o aumento dos recursos financeiros disponíveis para estados e municípios, impulsionado pelo crescimento das receitas próprias e pelo fortalecimento das transferências intergovernamentais (Soares, Flores & Coronel, 2014; Marenco, Strohschoen & Joner, 2017).

A análise das transferências constitucionais e da autonomia municipal é essencial, especialmente considerando a diversidade cultural e as necessidades específicas de cada município (Paula & Pinho, 2023). Segundo Gomes (2009), as transferências intergovernamentais correspondem ao repasse de recursos entre os entes federativos, fundamentadas em normas constitucionais, leis específicas ou decisões discricionárias. Tais repasses visam ao equilíbrio fiscal entre encargos e receitas ou ao financiamento de projetos e serviços públicos essenciais.

As transferências constitucionais, provenientes da arrecadação de tributos federais ou estaduais, são fundamentais para reduzir desigualdades regionais e fortalecer o equilíbrio socioeconômico. O custo da autonomia municipal tende diminuir com o aumento populacional e da atividade econômica (Paula & Pinho, 2023).

Esse processo ampliou as prerrogativas dos municípios, resultando no aumento tanto das receitas próprias quanto das transferências recebidas da União e dos Estados, elevando assim sua capacidade fiscal (Falletti, 2010; Marenco et al., 2017).

Embora a descentralização fiscal tenha se consolidado com a Constituição de 1988, a municipalização das políticas públicas avançou na década de 1990, principalmente em áreas como saúde, educação e saneamento. O artigo 23 da Constituição estabelece competências compartilhadas entre os entes federativos, abrangendo áreas como patrimônio público, saúde, assistência social, educação, cultura, meio ambiente, produção agrícola, habitação e saneamento básico (Abrucio & Franzese, 2007).

O Tesouro Nacional executa as transferências previstas constitucionalmente aos entes subnacionais, entre as quais se destacam o FPE, FPM, Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica (Fundeb) e Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR), além de tributos partilhados como Imposto de Renda (IR), Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico (CIDE) (TCU, 2024). Também cabe ao Tesouro a divulgação das estimativas de receita e dos repasses

extraordinários, como o Apoio Financeiro aos Municípios. Tais transferências cumprem papel estratégico na política fiscal federativa, tanto na devolução tributária – proporcional à base arrecadatória local – quanto na equalização da capacidade de gasto entre jurisdições (TCU, 2024).

A concentração das bases tributárias e as diferenças na eficiência arrecadatória entre regiões impõem a necessidade de redistribuição por parte dos níveis superiores de governo, visando à redução das desigualdades inter-regionais (Prado, 2001). As transferências redistributivas consideram critérios como população, receita e renda per capita, complementando orçamentos locais que não seriam sustentáveis de forma autônoma.

Segundo Guedes (2001), a política fiscal é central no planejamento público, contribuindo para fortalecer a arrecadação própria dos municípios e reduzir sua dependência das transferências. Os municípios detêm autonomia tributária sobre propriedades urbanas e suas transmissões, incluindo a gestão do IPTU e do ITBI.

Desde 2003, observa-se que as transferências voluntárias aos municípios superam em volume as destinadas aos estados, sinalizando maior acesso a recursos por meio de convênios e programas com a União (Falleti, 2005). Além de apoiar a execução de políticas públicas, essas transferências ampliam a capacidade municipal de atendimento às demandas locais e de execução de projetos específicos (Soares & Melo, 2016).

Essas transferências buscam eficiência e equalização fiscal, com foco na redução das disparidades regionais. No entanto, Ahmad (2006) e Rezende (2010) apontam que a descentralização pode elevar os custos transacionais e comprometer a estabilidade macroeconômica, razão pela qual defendem a centralização da arrecadação e posterior redistribuição.

Prado (2001) diferencia as transferências intergovernamentais em livres e vinculadas. As primeiras conferem autonomia na alocação dos recursos, promovendo igualdade na capacidade de gasto; as segundas visam uniformizar os padrões de despesa per capita, sendo adequadas em federações com elevada diversidade econômica e social, como o Brasil. Assim, o sistema nacional combina transferências legais com repasses discricionários para atender a necessidades emergenciais.

Diante das restrições enfrentadas pelos municípios na arrecadação própria, é imprescindível que a repartição de recursos considere desigualdades e demandas regionais. A adoção de mecanismos que priorizem liquidez, continuidade dos serviços públicos e equilíbrio regional é fundamental para o desenvolvimento local. A atuação estratégica dos gestores públicos, com investimentos direcionados às áreas mais vulneráveis, contribui para a promoção

de um desenvolvimento regional sustentável.

2.4 Instrumentos de Gestão e Planejamento Fiscal

Em regimes democráticos, o orçamento público é uma ferramenta para o equilíbrio fiscal, detalhando receitas e despesas previstas. Antes considerado apenas como uma relação entre entradas e saídas de recursos, ao longo do século XX passou a representar também um plano de ação governamental, especificando serviços e seus custos (Amorim Neto & Simonassi, 2013).

Os instrumentos de gestão e planejamento fiscal são essenciais para o equilíbrio entre receitas e despesas públicas, favorecendo a sustentabilidade financeira dos entes federativos. Eles compreendem a definição de metas fiscais, o monitoramento dos gastos, a alocação eficiente de recursos e a análise contínua dos efeitos das políticas públicas.

Segundo a Secretaria do Tesouro Nacional (2007), o orçamento é um instrumento de planejamento que projeta receitas e define a aplicação nas despesas anuais, traduzindo as prioridades da sociedade. Conti, Moutinho e do Nascimento (2023) reforçam sua relevância democrática, por permitir a fiscalização por parte dos representantes e da sociedade em diferentes fases da execução. Também observam que o orçamento equilibra demandas políticas, econômicas e sociais e, com o avanço institucional, os governos passaram a dispor de maior autonomia administrativa e financeira. O orçamento tornou-se fundamental para promover a transparência dos programas governamentais.

Para assegurar a estabilidade econômica, o planejamento é indispensável ao cumprimento do equilíbrio fiscal e das metas (Vieira & Barreto, 2019). O Plano Plurianual (PPA) orienta ações governamentais ao longo de quatro anos, iniciando no segundo ano de mandato e encerrando no primeiro do mandato seguinte. Segundo Cavalcante (2007), o PPA define diretrizes e metas para a administração pública, promovendo o desenvolvimento socioeconômico regional.

A Constituição de 1988 instituiu a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). A LDO orienta a elaboração da LOA, enquanto esta detalha receitas e despesas anuais. Elaboradas pelo Executivo e apreciadas pelo Legislativo, assumem forma de lei autorizativa, expressando os compromissos governamentais (Amorim Neto & Simonassi, 2013). Ambas são propostas pelo Executivo, analisadas e aprovadas pelo Legislativo, e sancionadas pelo chefe do Executivo (TCU, 2024).

A LDO ampliou o controle sobre os órgãos públicos e reforçou a transparência. Conforme o §2º do Art. 165 da Constituição Federal, a LDO deve conter metas, prioridades e

estimativas orçamentárias (Brasil, 1988). A LOA, conforme o §5º do mesmo artigo, inclui o orçamento fiscal, o de investimentos das estatais e o da seguridade social. Deve observar o princípio da anualidade, com estimativas e fixações válidas por um ano (TCU, 2024). Milioni, Behr e Goularte (2015) observaram que a LOA deve ser enviada ao Legislativo até 31 de agosto e, após aprovação, transforma-se em lei, sendo base para arrecadação e aplicação dos recursos.

No campo infraconstitucional, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), de 2000, aprimora o controle das finanças intergovernamentais por meio da exigência de monitoramento contínuo (mensal, trimestral, anual e plurianual), além de limites para gastos com pessoal, endividamento, previdência, transferências e déficit primário (Cruz, Pimenta & Soares, 2018).

Conti, Moutinho e do Nascimento (2023) destacam que a LRF impõe limites e sanções, mas observam que seu ajuste não foi acompanhado de reforma estrutural nas finanças federais. Na década de 1990, a União elevou a arrecadação por meio de contribuições sociais, sem obrigação de compartilhamento com estados e municípios.

Assim, o orçamento público passou a exercer funções múltiplas: controle legislativo, planejamento econômico e debate republicano sobre prioridades. Para tanto, é relevante observar os princípios orçamentários e manter o debate sobre a natureza jurídica das leis orçamentárias (Conti et al., 2023).

2.5 Arrecadação Municipal

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 fortaleceu a descentralização do poder público ao reconhecer os municípios como entes federativos, ampliando suas atribuições e autonomia financeira. Desde então, passaram a assumir responsabilidades além da saúde e educação, incluindo a gestão da arrecadação própria, com competência para instituir, fiscalizar, arrecadar e administrar tributos locais (Ozaki & Biderman, 2004).

Essa autonomia conferiu também o dever de legislar sobre interesses locais, oferecer serviços públicos essenciais, garantir a educação infantil e o ensino fundamental, além de assegurar os serviços de saúde, conforme previsto na Constituição (Brasil, 1988).

As receitas municipais se dividem entre fontes próprias – como ITBI, ISS, IPTU e taxas – e transferências intergovernamentais, como ICMS e Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), 25% da arrecadação do ICMS destinada aos municípios, de acordo com critérios econômicos locais (Brasil, 1988).

Postali e Rocha (2003) classificam as receitas municipais em três grupos: arrecadação própria, transferências constitucionais e legais, e transferências voluntárias voltadas à implementação de políticas locais. Mendes, Miranda e Cosio (2008) observam que tais políticas

visam à equidade na distribuição da arrecadação, com destaque para as reformas fiscais da década de 1990 no contexto do federalismo fiscal.

A classificação por fontes e destinações de recursos, conforme o Tesouro Nacional (2021), organiza as receitas de acordo com normas que regem sua aplicação. As fontes associam-se às despesas, indicando se os recursos são vinculados ou livres. Já as destinações revelam se há relação direta entre origem e aplicação dos recursos, contribuindo para uma gestão orçamentária mais eficiente e transparente (Tesouro Nacional, 2021).

O ISS, segundo Santos (2004), é a principal fonte de receita própria, especialmente em municípios médios e grandes, pois, sendo um imposto indireto, cobrado sobre produtos e serviços, sua elevação encontra menor resistência que o IPTU, tributo direto que incide diretamente sobre a renda e propriedade. A expansão da terceirização favorece sua arrecadação, beneficiando os municípios com maior atividade econômica.

Caetano, Ávila e Tavares (2017) reforçam a importância do IPTU e ISS para a autonomia financeira municipal, destacando a necessidade de aprimorar os processos relacionados a esses tributos. Observa-se que a autonomia dos municípios contrasta com a evolução das transferências da União, influenciada pela base tributária disponível, alíquotas aplicadas e esforço fiscal.

No nível federal, os principais repasses incluem o FPM, Fundeb e os FMS. Enquanto o FPM visa equilibrar financeiramente os municípios sem destinação específica, o FMS e o Fundeb financiam, respectivamente, as responsabilidades locais em saúde e educação (Khair & Vignoli, 2001; Santos, 2004).

A União passou a realizar repasses por fundos como o FNS e o Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), assegurando o financiamento contínuo de serviços essenciais, condicionados ao cumprimento de metas nacionais. Contudo, as desigualdades econômicas-financeiras impõem desafios, mantendo elevada a dependência dos municípios em relação a essas transferências (Postali & Rocha, 2003).

Mesmo com aumento da arrecadação própria, nem sempre há reflexo em maiores investimentos públicos, revelando a dependência de receitas não sustentáveis e limitando a autonomia financeira. Isso demonstra um impasse do federalismo brasileiro: a retórica de descentralização contrasta com a atuação da União, que privilegia o ajuste fiscal e restringe a efetividade dos governos locais (Santos, 2004).

Guedes (2001) destaca a importância da política fiscal no planejamento municipal, essencial para ampliar a arrecadação própria e reduzir a dependência de repasses. Os municípios possuem autonomia sobre a tributação imobiliária urbana e transações correlatas,

regulamentando taxas, isenções, cadastros, arrecadação e cobrança de tributos como IPTU e ITBI.

A correlação entre arrecadação própria e dependência de transferências varia entre municípios, mas tende a ser inversa: quanto maior a arrecadação própria, menor a dependência. Contudo, mesmo cidades com alta arrecadação podem permanecer dependentes, devido à demanda por serviços públicos e aos critérios de distribuição (Pinheiro, 2009).

Para Paula e Pinho (2023), a fusão de municípios vizinhos pode melhorar a eficiência administrativa, ampliar a arrecadação e reduzir desigualdades regionais. Já Caetano et al. (2017) destacam a relevância do SUS e dos consórcios intermunicipais, os quais são parcerias voluntárias entre diferentes municípios, com o objetivo de administrar conjuntamente serviços e políticas públicas, visando à otimização de recursos e à melhoria na qualidade dos serviços prestados à população, otimizando recursos e ampliando o acesso à saúde, principalmente em localidades menores.

2.6 Estado da arte Sobre o Tema Finanças Municipais e Gestão da Saúde

O estudo de Araújo, Gonçalves e Machado (2017) aponta que os orçamentos municipais brasileiros variam conforme o porte dos municípios e a origem de suas receitas. Em estados como Mato Grosso, municípios de maior porte conseguem gerar mais arrecadação própria, enquanto os menores dependem fortemente de transferências da União. No Nordeste, observa-se que a atenção básica representa uma parte relevante dos gastos em saúde, embora sua aplicação ocorra de forma desigual entre os municípios. O estudo de Araújo et al. (2017) ainda destaca que, em São Paulo, a descentralização do SUS impactou os pequenos municípios, que enfrentam dificuldades para alcançar escala na prestação de serviços. Por outro lado, nos grandes centros urbanos paulistas, os recursos concentram-se na média e alta complexidade, sendo o financiamento da atenção básica condicionado ao modelo de gestão e à eficiência do sistema de saúde local.

Na análise, o artigo de Santos et al. (2017) destaca que, entre 2009 e 2012, a União foi responsável por 95,4% dos repasses destinados aos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes (SP), os quais verificaram aumento tanto nas receitas quanto nos gastos com saúde. Em média, 27,3% das receitas próprias foram aplicadas na área, com destaque para Carapicuíba, que chegou a 37,5%, muito acima do mínimo constitucional. Esse cenário reforça a constatação de Araújo et al. (2017) sobre a dependência dos municípios menores e a concentração de investimentos em níveis de maior complexidade nos centros urbanos.

Nessa mesma linha, Mazon, Colussi, Senff & Freitas (2018) observam que os

municípios brasileiros vêm assumindo papel central no financiamento do setor de saúde. Em 2013, estados, municípios e o Distrito Federal foram responsáveis por 57,41% dos recursos aplicados. Em 2016, os municípios destinaram, em média, 23,8% de seus próprios orçamentos à saúde, ultrapassando com folga os 15% exigidos pela Constituição. Essa crescente responsabilidade ocorre em um contexto de restrições orçamentárias e reforça a necessidade de planejamento eficaz e controle rigoroso da execução dos recursos públicos. O estudo de Mazon et al. (2018) destaca ainda que entre 2009 e 2015, por exemplo, os repasses federais e estaduais para os municípios de Santa Catarina aumentaram 60,2%, saltando de R\$ 1,22 bilhão para R\$ 1,96 bilhão, distribuídos em seis blocos de financiamento.

Apesar desse crescimento, os dados mostram que os municípios investem recursos próprios em proporção maior do que recebem em transferências. Em Santa Catarina, a média de investimento municipal com recursos próprios foi de 20% em 2009 e 24% em 2015, valores bem superiores aos aplicados pelo governo estadual (12,1% e 12,8%). Em 2015, os municípios investiram 60% acima do mínimo constitucional, enquanto o estado ultrapassou o exigido em apenas 6,6%. Mazon et al. (2018) destacam ainda em sua análise individual dos municípios catarinenses revela realidades distintas. Alguns operaram com déficits elevados, compatíveis com alta demanda e escassez de recursos, enquanto outros, mesmo investindo em verbas próprias, deixaram de aplicar integralmente os recursos transferidos pelas demais esferas governamentais, acumulando saldos não utilizados.

Diante desse panorama, torna-se evidente que, no modelo federativo brasileiro, no qual os municípios possuem autonomia constitucional semelhante à dos estados e da União, a construção de um sistema de saúde realmente integrado e eficiente depende do fortalecimento das regiões de saúde.

Conforme argumentam Santos et al. (2017), é fundamental que essas regiões possuam instrumentos de governança que permitam articular os serviços locais em rede, otimizando recursos por meio de economias de escala e de escopo, garantindo acesso e integralidade dentro do território. A regionalização surge, assim, como o caminho necessário para consolidar um SUS verdadeiramente nacional e equitativo.

2.6.1 Saúde Financeira dos Municípios no Âmbito da Saúde Pública

A saúde financeira no âmbito das administrações públicas municipais está associada à capacidade de manter, ao longo do tempo, a sustentabilidade orçamentária e a eficiência na alocação dos recursos voltados às políticas sociais, inclusive no setor da saúde. O SUS, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988, opera sob os princípios da

universalidade, integralidade e equidade, o que demanda o aporte de recursos financeiros para garantir seu funcionamento pleno e a efetividade do direito à saúde (Vieira, Piola & Benevides, 2019).

O conceito de saúde financeira vai além da simples verificação de equilíbrio orçamentário e envolve a capacidade institucional dos entes subnacionais de cumprir seus compromissos constitucionais, mesmo diante de restrições fiscais e oscilações na arrecadação. A Emenda Constitucional nº 29/2000 (E C - 2 9) representou um marco na tentativa de estabilizar o financiamento do SUS ao estabelecer pisos mínimos de gasto com saúde para cada esfera de governo. No entanto, estudos apontam que, mesmo com a vinculação constitucional, os valores alocados permanecem aquém das necessidades do sistema, refletindo a persistência de um subfinanciamento crônico (Lazzari, 2003; Pinto, Moraes Bahia & Santos, 2017).

A Emenda Constitucional 29 determinou que estados e municípios destinassem percentuais mínimos de suas receitas para a saúde, com metas progressivas até 2004: 12% para estados e 15% para municípios (Campelli & Calvo, 2007). Contudo, dados do SIOPS mostram que, entre 2000 e 2003, a União acumulou um déficit de R\$ 1,8 bilhão, enquanto os estados deixaram de aplicar R\$ 5,29 bilhões, totalizando R\$ 7,09 bilhões não investidos no SUS. Esse cenário demonstra a fragilidade no cumprimento das regras constitucionais, mesmo com a existência de mecanismos de vinculação.

Além disso, as transformações institucionais ocorridas nos últimos anos, como a promulgação do Novo Regime Fiscal pela Emenda Constitucional nº 95/2016, intensificaram os desafios ao impor limites de crescimento real às despesas públicas, inclusive na saúde. A medida desvinculou os gastos com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) da receita corrente líquida, limitando a ampliação dos investimentos mesmo em cenários de crescimento econômico e aumentando os riscos de retrocesso no acesso e na qualidade dos serviços ofertados (Vieira & Benevides, 2016). A EC 95/2016 congelou os gastos primários por 20 anos, corrigindo-os apenas pela inflação, o que, segundo estimativas, retirará aproximadamente R\$ 400 bilhões do SUS nesse período.

A análise da saúde financeira dos municípios deve considerar, ainda, o papel das transferências intergovernamentais e a diversidade de fontes de receita disponíveis. Municípios de menor porte ou com reduzida capacidade arrecadatória enfrentam maiores dificuldades para garantir o financiamento adequado da saúde, o que aprofunda desigualdades regionais e compromete a equidade do sistema (Araújo et al., 2017). A literatura indica que muitos municípios brasileiros utilizam percentuais superiores ao mínimo legal de receitas próprias para o financiamento da saúde, em uma tentativa de suprir as insuficiências das transferências

obrigatórias. No entanto, esse esforço local pode comprometer outras áreas essenciais, como educação e infraestrutura, gerando desequilíbrios nas finanças públicas.

Outro fator relevante na discussão da saúde financeira é a confiabilidade dos dados orçamentários e financeiros. Estudos realizados com base no SIOPS encontraram inconsistências e divergências entre os dados declarados pelos municípios e os efetivamente apurados por tribunais de contas, o que compromete o monitoramento da aplicação dos recursos e a avaliação da gestão financeira (Gonçalves et al., 2009). Além disso, alguns estados incluíram gastos não relacionados à saúde, como saneamento e habitação, para atingir as metas da EC-29, distorcendo a real alocação de recursos (Campelli & Calvo, 2007).

Além das questões orçamentárias e contábeis, a forma de execução dos serviços de saúde também tem implicações sobre a saúde financeira municipal. A terceirização por meio de contratos de gestão e termos de parceria com organizações sociais e entidades do terceiro setor, embora represente uma alternativa para ampliação da oferta de serviços, levanta questionamentos quanto à economicidade, à transparência e ao controle social da aplicação dos recursos públicos (Araújo et al., 2017).

A ausência de mecanismos efetivos de fiscalização e prestação de contas por parte das entidades contratadas pode contribuir para a fragilização do planejamento financeiro e da responsabilidade pública (*accountability*) no setor.

Portanto, a saúde financeira dos municípios, no que se refere ao financiamento da saúde pública, deve ser analisada de forma integrada, considerando os aspectos legais, institucionais, econômicos e de gestão. A sustentabilidade do SUS depende, em grande medida, da articulação entre os entes federativos, da efetividade dos mecanismos de vinculação orçamentária, do fortalecimento da capacidade administrativa local e da priorização política da saúde como direito fundamental. A persistência do subfinanciamento e os recentes retrocessos impostos pela EC 95/2016 exigem a revisão das políticas de financiamento e a garantia de recursos suficientes para assegurar o direito à saúde de forma universal e equitativa.

2.6.2 O Sistema Único de Saúde e Financiamento Municipal da Saúde

O SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988, assegura o direito universal à saúde e é fundamental nos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Como uma das maiores redes públicas de saúde do mundo, oferece acesso gratuito a serviços que abrangem promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e vigilância sanitária e epidemiológica (Ministério da Saúde, 2024). O princípio da universalidade garante que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde. Já a integralidade refere-se ao cuidado em todas as fases

do atendimento, desde a prevenção até o tratamento.

A equidade, por sua vez, busca reduzir desigualdades, dando prioridade a quem mais precisa. Entre os principais serviços oferecidos pelo SUS estão a atenção básica, os atendimentos de urgência e emergência, os procedimentos de alta complexidade e a distribuição gratuita de medicamentos. Apesar dos desafios enfrentados como o subfinanciamento e a sobrecarga dos profissionais, o SUS é amplamente valorizado pela sua importância na promoção da saúde pública no Brasil (Ministério da Saúde, 2024).

Conforme Simão e Orellano (2015), o SUS consolidou o princípio da universalidade, promovendo uma lógica redistributiva dos investimentos. Estruturado de forma descentralizada, repassa recursos federais a estados e municípios, responsáveis pela execução das ações, enquanto as diretrizes são formuladas de forma integrada.

Antes da criação do SUS, o acesso aos serviços públicos de saúde era limitado aos trabalhadores segurados pelo INAMPS, o que aprofundava as desigualdades regionais, uma vez que os estados com maior formalização do trabalho concentravam a maior parte dos atendimentos (Simão & Orellano, 2015). A incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde, em 1990, seguida da promulgação da Emenda Constitucional nº 29, em 2000, representou um avanço na redistribuição de recursos e na descentralização das ações de saúde. No entanto, apesar desses progressos, ainda persistem desigualdades históricas no sistema (Souza, 2002).

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu o financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde (SUS), prevendo a responsabilidade compartilhada entre os entes federal, estadual e municipal. Esse modelo baseia-se na diversidade de fontes de financiamento, conforme disposto no artigo 194, parágrafo único, inciso VI, da Constituição. Ao garantir essa estrutura, o SUS passou a representar não apenas um modelo de atendimento universal, mas também um importante instrumento de combate às desigualdades estruturais no setor da saúde, promovendo maior equidade no acesso e na distribuição de recursos em todo o território nacional (Lazzari, 2003).

Dentro desse cenário, as Normas Operacionais Básicas (NOBs), em vigor entre 1991 e 1998, tiveram um papel importante para consolidar a descentralização. Elas estimularam a adesão dos municípios ao SUS, incentivaram a criação dos Conselhos Municipais de Saúde – importantes espaços de controle social – e instituíram, em 1997, o Piso de Atenção Básica (PAB). Este último priorizou ações preventivas e estabeleceu critérios mais equitativos para a redistribuição dos recursos, fortalecendo a atenção primária como eixo estruturante do sistema (Abrucio, 2000). Nesse contexto, o modelo de gestão compartilhada entre os entes federativos consolidou-se com a ampliação da autonomia municipal. A definição clara das diretrizes e o

compromisso com a universalização dos serviços de saúde tornaram-se pilares fundamentais para a integração das ações e para o aumento da eficiência do sistema como um todo. (Abrucio, 2000).

Inicialmente, a Constituição não estabelecia percentuais mínimos de aplicação de recursos. A Emenda Constitucional nº 29/2000 supriu essa lacuna, definindo a obrigatoriedade de 15% da receita líquida dos municípios e 12% dos estados para a saúde. No caso dos municípios, os 15% consideram cinco fontes principais, incluindo transferências e receitas correntes, a fim de garantir estabilidade no financiamento (Brasil, 1988).

A EC nº 29 também instituiu os fundos de saúde estaduais e municipais, responsáveis por receber e aplicar os recursos. A obrigatoriedade dos Conselhos de Saúde foi reafirmada para fiscalizar os investimentos. Com o "Pacto pela Saúde" (2006), as transferências federais tornaram-se automáticas, organizadas por blocos, substituindo mais de 100 formas de repasse, ainda que mantendo as diretrizes gerais (Mendes, Miranda & Cosio, 2008).

Segundo a Lei nº 8.080/1990, os recursos do SUS devem ser depositados em contas específicas e fiscalizadas pelos Conselhos de Saúde. No nível federal, são administrados pelo Ministério da Saúde via FNS, oriundos do orçamento da seguridade social e de outras fontes.

Criado pelo Decreto nº 64.867/1969, o FNS administra os recursos do Ministério da Saúde e dos órgãos do SUS. Sua missão é fortalecer o financiamento das ações de saúde e fornecer informações sobre repasses, custos e investimentos (Ministério da Saúde, 2024). Sua organização segue diretrizes do SUS e serve de modelo para os fundos estaduais e municipais. Ética, responsabilidade e transparéncia são essenciais na gestão (Lazzari, 2003).

Os recursos do FNS são transferidos a estados, municípios e Distrito Federal por meio de fundo a fundo, Convênios, Contratos de Repasse e Termos de Cooperação. A definição dos valores transferidos baseia-se em critérios técnicos, como perfil demográfico, estrutura da rede, desempenho anterior e previsão orçamentária. Considera-se também a participação da saúde nos orçamentos estaduais e municipais, visando uma distribuição equitativa e eficiente dos recursos (Brasil, 1990).

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado, permanente e deliberativo, formado por representantes do governo, prestadores, profissionais e usuários, com a função de formular estratégias e fiscalizar a política de saúde, inclusive no aspecto financeiro. Suas decisões necessitam de homologação (Brasil, 1990). O repasse da União ao FNS deve equivaler ao valor empenhado no exercício anterior, acrescido da variação nominal do PIB. Outra fonte é o resarcimento pelas operadoras de planos de saúde por atendimentos realizados na rede pública, conforme a Lei nº 9.656/1998. Os repasses são organizados em blocos de Financiamento, como

determina a Portaria nº 828/2020 (Brasil, 1998). A estrutura dos blocos de financiamento do SUS pode ser visualizada no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Blocos de Financiamento do SUS e Suas Finalidades

Blocos de Financiamento	Ações e Serviços Públicos de Saúde
Bloco de Manutenção: Recursos para garantir a continuidade e a qualidade dos serviços públicos de saúde, cobrindo despesas com reparos, adaptações e manutenção da infraestrutura como reformas e adaptações em imóveis, desde que não envolvam ampliação.	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção Primária • Atenção Média e alta complexidade • Assistência Farmacêutica • Vigilância em Saúde • Gestão do SUS
Bloco de Estruturação: Recursos alocados conforme estabelecido no ato normativo que os originou, sendo direcionados exclusivamente para: aquisição de equipamentos destinados à execução de ações e serviços públicos de saúde; construção de novas edificações ou ampliação de imóveis já existentes utilizados para ações e serviços públicos de saúde; e reforma de imóveis existentes voltados à realização de ações e serviços públicos de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção Primária • Atenção Média e alta complexidade • Assistência Farmacêutica • Vigilância em Saúde • Gestão do SUS

Fonte: Elaborada pela autora, 2025.

Portanto, o SUS consolidou-se como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, garantindo acesso universal, integral e equitativo à população, mas ainda enfrenta desafios referentes ao subfinanciamento e às desigualdades regionais que limitam sua plena efetividade. Embora a descentralização do financiamento e os mecanismos de controle social tenham fortalecido sua legitimidade, é importante assegurar recursos estáveis e suficientes, fortalecer a atenção primária e ampliar a transparência na gestão, de modo de modo a garantir a sustentabilidade do SUS e, se promover condições mais equitativas de saúde em todo o Brasil.

2.6.4 A Descentralização do Financiamento Municipal da Saúde e COVID

Durante a pandemia, Duarte (2023) aponta que a União atuou como principal agente na coordenação do sistema de saúde, definindo modelos de atenção e conduzindo ações emergenciais, sobretudo por meio da distribuição de recursos federais a estados e municípios. Nesse cenário, a descentralização ampliou o papel das instâncias subnacionais na gestão e no financiamento da saúde, atribuindo aos gestores locais um protagonismo essencial na organização de respostas mais eficientes.

Por outro lado, Funcia (2022) evidencia que, em 2020, o governo federal descumpriu as diretrizes constitucionais do SUS ao adotar uma condução centralizada e reativa, marcada pelo negacionismo e pela execução tardia dos recursos. Tal padrão manteve-se em 2021, agravado pela retomada das regras fiscais e pela ausência de programação orçamentária específica. Os gastos foram tratados como despesas emergenciais, liberados por créditos extraordinários de forma fragmentada, inviabilizando o planejamento tripartite do SUS e reafirmando a lógica de

austeridade fiscal imposta pela Emenda Constitucional nº 95, mesmo em meio à crise sanitária.

Essa postura federal gerou um cenário de baixa coordenação, com conflitos intergovernamentais e ausência de políticas ancoradas em evidências científicas. A definição de medidas não farmacológicas e a assistência direta aos infectados acabaram sendo transferidas aos estados e municípios. Apesar dos atrasos e das dificuldades, a União repassou recursos que visavam fortalecer financeiramente os entes federativos, com destaque para os municípios (Lui et al., 2022).

Nesse contexto, a análise de Lui et al. (2022) mostra que os recursos federais repassados em 2020 e 2021 foram utilizados de forma heterogênea, com forte variação segundo o porte populacional. Entre os municípios, 28,3% aplicaram em equipamentos como respiradores e leitos, 7,8% em reformas de UBS, 1,6% na construção de novas unidades, 11,1% em reformas hospitalares, 1% na criação de novos hospitais e 13,5% em hospitais de campanha, enquanto 45,1% não realizaram investimentos estruturais. As reformas e construções de UBS tiveram baixa incidência em todas as faixas populacionais. Observou-se ainda que cidades médias e grandes direcionaram recursos a equipamentos de maior complexidade tecnológica, elevando gastos com pessoal para operação dos novos serviços. Em contrapartida, municípios de menor porte destinaram seus recursos a campanhas educativas (Lui et al., 2022).

Por fim, Duarte (2023) ressalta que os repasses financeiros se caracterizaram por complexidade e desigualdades entre municípios. Enquanto alguns gestores dominavam o uso dos recursos, apontando limites e benefícios, outros transferiam a responsabilidade aos técnicos das secretarias. Para o autor, o fortalecimento do SUS requer estratégias que apoiem gestores em todos os níveis e superem a lógica restritiva do financiamento pautado apenas por incentivos e controles, favorecendo um planejamento mais articulado e consistente.

As análises de Duarte (2023), Funcia (2022) e Lui et al. (2022) revelam diferentes dimensões da gestão e do financiamento da saúde durante a pandemia. Enquanto Duarte enfatiza o protagonismo da União na coordenação e na distribuição de recursos, Funcia evidencia as falhas dessa atuação, marcadas pelo negacionismo, pela centralização reativa e pela austeridade fiscal que comprometeu o planejamento tripartite do SUS. Já Lui et al. demonstram como os recursos extraordinários foram utilizados de maneira desigual entre os municípios, refletindo as assimetrias estruturais de capacidade instalada e da gestão local. Juntas, essas perspectivas permitem compreender que, embora os repasses tenham sido fundamentais para garantir respostas emergenciais, a falta de coordenação nacional, o subfinanciamento estrutural e a desigualdade na aplicação dos recursos comprometeram a possibilidade de consolidar um sistema de saúde duradouro e eficiente.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Lakatos e Marconi (2021) definem a pesquisa como uma atividade destinada a resolver problemas teóricos e práticos por meio de métodos científicos. Essa abordagem permite a confirmação de teorias já consolidadas, e também possibilita a identificação de novos fatos que as sustentem ou as contradigam, enriquecendo o campo de estudo.

Com base no referencial, esta pesquisa adota uma abordagem mista, combinando métodos qualitativos e quantitativos para analisar a capacidade dos municípios de financiar políticas públicas na área da saúde, com foco no município de Uberlândia, no período de 2019 a 2023. O estudo caracteriza-se como descritivo e comparativo, fundamentado em uma análise documental e na exploração de dados secundários.

Foram empregadas técnicas de análise estatística e interpretação de indicadores financeiros e orçamentários, com o objetivo de compreender a relação entre receitas, despesas e a capacidade de financiamento dos serviços de saúde pública.

3.1 Dados

A análise comparativa da execução orçamentária inclui municípios de porte semelhante a Uberlândia, permitindo a identificação de discrepâncias e boas práticas na gestão dos recursos públicos. Para enriquecer essa análise, foram selecionados três municípios com base em critérios como porte populacional e perfil socioeconômico: Sorocaba, Ribeirão Preto e Duque de Caxias. Esses municípios são considerados comparáveis ao contexto de Uberlândia e contribuem para uma compreensão mais ampla da temática estudada.

A coleta de dados foi realizada a partir de fontes oficiais, garantindo a fidedignidade das informações. Inicialmente, foi realizado um levantamento histórico das receitas e despesas municipais na área da saúde, com base em dados extraídos de bases de dados oficiais da saúde pública, incluindo o Portal da Transparência do município de Uberlândia, o SIOPS, assim como Silva et al. (2012) e o FNS. Mazon et al. (2018) também utilizaram essas fontes oficiais em seu estudo sobre o financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, que disponibilizam dados financeiros e orçamentários referentes aos investimentos e gastos em saúde. Esses dados foram organizados e possibilitaram uma análise detalhada da evolução das receitas de tributos locais, da aplicação de recursos próprios e das transferências intergovernamentais destinadas à saúde.

Foi também considerada a utilização dos registros financeiros do SIOPS, que compreendem receitas e despesas municipais no setor. Como esse sistema é alimentado por estados e municípios, permite acompanhar a evolução dos investimentos, identificar padrões de

financiamento e avaliar a destinação dos recursos.

Para garantir conformidade com as exigências legais, foi utilizada a tabela do Tribunal de Contas da União, que classifica os recursos de acordo com suas origens e vinculações, seguindo os padrões definidos pelo Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público e pela Secretaria do Tesouro Nacional. Essa classificação organiza receitas e despesas segundo sua fonte, como tributos municipais, transferências constitucionais obrigatórias e repasses fundo a fundo do Ministério da Saúde, mensurar o esforço fiscal de cada ente federativo (TCU, 2024).

No campo da saúde, essa estrutura é essencial para diferenciar os recursos próprios dos municípios daqueles provenientes de transferências intergovernamentais e avaliar o grau de dependência financeira em relação à União e aos estados. No presente estudo, a tabela foi utilizada para analisar a composição e a evolução do financiamento da saúde em Uberlândia e em municípios de porte semelhante, fornecendo subsídios comparativos e evidenciando desigualdades na capacidade de financiamento.

As receitas da Secretaria de Saúde, conforme a tabela mencionada, foram classificadas em três categorias principais: recursos próprios do município, oriundos de tributos municipais; transferências constitucionais obrigatórias, provenientes da União ou dos estados e destinadas especificamente à saúde; e repasses fundo a fundo do Ministério da Saúde, aplicados diretamente em ações e serviços de saúde. Essa divisão permite identificar a origem dos recursos, avaliar a dependência financeira do município em relação a outros entes federados e compreender melhor a composição do financiamento da saúde municipal.

Já as despesas foram separadas entre gastos correntes, que incluem pessoal, custeio de serviços, contratos operacionais, medicamentos e materiais de consumo, e despesas de capital, voltadas a investimentos em infraestrutura, aquisição de equipamentos e construção ou reforma de unidades de saúde. Essa divisão permite identificar não apenas o volume total de recursos aplicados, mas também compreender a composição do financiamento, a dependência de transferências federais e estaduais, e o padrão de aplicação entre custeio e investimento.

Ao estruturar a tabela dessa forma, torna-se possível avaliar de maneira precisa o esforço fiscal de cada município, monitorar o cumprimento dos percentuais mínimos constitucionais de aplicação em saúde e fornecer subsídios para comparações intermunicipais. Simão e Orellano (2015) analisaram os municípios brasileiros entre 2002 e 2010 e concluíram que o aumento da receita local favorece a adesão aos programas do SUS. O estudo também recorreu a dados dos Tribunais de Contas para compreender a gestão orçamentária municipal.

A pesquisa também buscou explorar os desafios enfrentados por Uberlândia no financiamento da saúde do período de 2019 a 2023, analisando a suficiência das receitas

tributárias locais e das transferências constitucionais frente às demandas crescentes por serviços de saúde. Foram avaliados também os efeitos de eventuais déficits nos repasses do Fundo Nacional de Saúde.

Além disso, serão analisados os demonstrativos de transferências constitucionais da União, obtidos junto ao Banco do Brasil, com ênfase no Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e na cota-parte do ICMS. Os dados relativos aos repasses do FNS foram extraídos do site oficial do Ministério da Saúde. As estimativas populacionais utilizadas nos cálculos per capita serão obtidas junto ao IBGE e ao TCU. Por meio de variáveis comuns a citada a este estudo, Simão e Orellano (2015) demonstraram que a receita municipal tem um impacto positivo, embora inesperado, sobre o volume de transferências do SUS recebidas via fundo a fundo. Além disso, o trabalho aponta indícios de que fatores políticos podem influenciar o montante de recursos destinados pelo SUS aos municípios.

3.2 Variáveis da Pesquisa

As variáveis utilizadas nesta pesquisa foram agrupadas em quatro grandes categorias, com base em fundamentos legais e normativos que orientam a gestão orçamentária da saúde pública.

1. Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais

- Refere-se ao conjunto de recursos financeiros provenientes da arrecadação de tributos próprios e das transferências recebidas de outros entes da federação, previstas na Constituição Federal e em legislações infraconstitucionais. No estudo de Santos et al. (2017), foram analisadas variáveis financeiras relacionadas à saúde pública, destacando- se a receita per capita de impostos e transferências constitucionais, a composição da receita municipal (incluindo FPM e ICMS). Impostos: Conjunto de tributos arrecadados diretamente pelo ente federativo. Base legal: CF/88, arts. 156 a 159.
- ITR: tributo federal sobre propriedades rurais com parte da arrecadação repassada aos municípios. Base legal: CF/88, art. 153, VI; Lei nº 9.393/1996.
- IPTU (Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana): tributo municipal sobre propriedades urbanas. Base legal: CF/88, art. 156, I; CTN - Lei nº 5.172/1966.
- IRRF (Imposto de Renda Retido na Fonte): parte do imposto sobre a renda recolhida antecipadamente. Base legal: CF/88, art. 153, III; Decreto nº 9.580/2018.
- ITBI (Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis): tributo municipal sobre

transferência de imóveis. Base legal: CF/88, art. 156, II.

- ISS (Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza): tributo sobre prestação de serviços. Base legal: CF/88, art. 156, III; LC nº 116/2003.
- Multas e Juros de Mora de Impostos: receitas decorrentes de sanções por atraso no pagamento de tributos. Base legal: CTN - Lei nº 5.172/1966.
- Dívida Ativa de Impostos: créditos tributários não pagos inscritos na dívida ativa. Base legal: Lei nº 4.320/1964; CTN.

1.1. Transferências da União:

- FPM (Fundo de Participação dos Municípios): recursos repassados com base na arrecadação do IR e IPI. Base legal: CF/88, art. 159, I, "b"; Decreto-Lei nº 1.881/1981.
- Cota-Parte do ITR: percentual destinado aos municípios que fiscalizam o tributo. Base legal: Lei nº 9.393/1996.
- Lei Kandir: compensação da União aos estados por isenção de ICMS sobre exportações. Base legal: LC nº 87/1996.

1.2. Transferências do Estado:

- Cota-Parte do ICMS: percentual do ICMS repassado aos municípios. Base legal: CF/88, art. 158, IV; LC nº 63/1990.
- Cota-Parte do IPVA: percentual do IPVA repassado aos municípios. Base legal: CF/88, art. 158.
- Cota-Parte do IPI - Exportação: percentual do IPI repassado como compensação. Base legal: CF/88, art. 159, II.

2. Receitas de Transferências de Recursos do SUS: Transferências Fundo a Fundo da União e do Estado para o SUS

- Refere-se aos montantes financeiros repassados de forma regular e automática pelos Fundos de Saúde da União e dos Estados aos Fundos Municipais de Saúde, conforme previsto na Lei nº 8.080/1990 e regulamentado pela Lei Complementar nº 141/2012. Esse mecanismo de transferência, denominado Fundo a Fundo, constitui uma das principais formas de descentralização orçamentária no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo destinado ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde nas esferas municipal, estadual e federal. A pesquisa de Santos et al. (2017)

também examinou os repasses federais destinados ao SUS, além de avaliar indicadores de gasto, tais como a despesa em saúde por habitante, a proporção de recursos municipais próprios investidos na área e a forma como esses gastos são distribuídos entre pessoal, contratação de serviços de terceiros e investimentos.

- Atenção Básica: Financiamento federal para serviços básicos de saúde nos municípios. Base legal: Portaria nº 2.979/2019.
- Atenção de Média e Alta Complexidade: Financiamento destinado a hospitais e serviços especializados. Base legal: Portaria GM/MS nº 3.992/2017.
- Vigilância em Saúde: Recursos voltados para ações de controle epidemiológico e sanitário. Base legal: Lei nº 8.080/1990.
- Assistência Farmacêutica: Financiamento para aquisição e distribuição de medicamentos no âmbito do SUS. Base legal: Lei nº 8.080/1990 e Portaria GM/MS nº 1.555/2013.

3. Despesa Total com Ações e Serviços Públicos de Saúde

- Despesas Correntes: Gastos regulares necessários para o funcionamento dos serviços de saúde, como salários, materiais de consumo, entre outros. Base legal: Lei nº 4.320/1964.
- Despesas de Capital: Investimentos destinados à infraestrutura da saúde, incluindo obras e aquisição de equipamentos permanentes. Base legal: Lei nº 4.320/1964.
- Despesas com Pessoal e Encargos Sociais: Gastos com servidores da saúde e encargos trabalhistas. Base legal: Lei de Responsabilidade Fiscal - LC nº 101/2000.

4. Percentuais Mínimos de Aplicação em Saúde e Restos a Pagar (RP)

A Lei Complementar nº 141/2012 estabelece que os municípios brasileiros devem destinar, no mínimo, 15% da receita proveniente de impostos e transferências à área da saúde, com o objetivo de garantir um financiamento adequado dos serviços públicos de saúde. Essa obrigação, no entanto, já estava presente desde a promulgação da Emenda Constitucional nº 29/2000, que fixava percentuais mínimos de investimento em saúde por parte dos entes federativos.

Com base nesse marco legal, Campelli e Calvo (2007) analisaram o cumprimento da EC- 29 no período de 2000 a 2003, observando que, em média, os municípios aplicaram recursos próprios em saúde acima do mínimo constitucional exigido. Em contraste, utilizando dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), demonstrou

que 49 dos 100 municípios mais populosos do país descumpriram, em pelo menos um ano entre 2000 e 2008, os percentuais constitucionais obrigatórios, evidenciando desigualdades no comprometimento com o financiamento do setor.

Diante desse cenário, o presente estudo propõe-se a verificar o cumprimento dos limites constitucionais de investimento em saúde por meio de uma análise comparativa entre os municípios de Uberlândia (MG), Ribeirão Preto (SP), Sorocaba (SP) e Duque de Caxias (RJ), buscando identificar fatores estruturais que possam influenciar a aplicação dos recursos públicos na área.

3.3 Procedimento de Análise

A análise envolveu o levantamento e organização dos dados de cada município para as variáveis selecionadas, permitindo a avaliação da evolução temporal das fontes de financiamento. O objetivo foi compreender como as receitas tributárias locais, as transferências constitucionais e os repasses vinculados interagem e contribuem para o financiamento da saúde, considerando os desafios relacionados ao custeio e à ampliação da rede de atendimento.

Os dados comparativos foram obtidos do Fundo Nacional de Saúde, abrangendo os principais blocos de financiamento da saúde: atenção básica, média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e investimentos. Os índices de aplicação em saúde foram extraídos do SIOPS.

Para tanto, foi organizada uma base de dados em planilhas eletrônicas, com a tabulação e categorização das informações, permitindo análises comparativas. Foram apresentados indicadores financeiros, como a proporção de recursos próprios aplicados em saúde e a participação dos repasses vinculados nas despesas totais. Ferramentas visuais, como tabelas, foram utilizadas para ilustrar as relações entre receitas, despesas e indicadores.

Com o intuito de garantir a confiabilidade dos resultados, foi adotada a triangulação de fontes, por meio da análise de dados provenientes de diferentes plataformas oficiais. Os resultados foram interpretados à luz do referencial teórico, destacando suas implicações no contexto da descentralização fiscal e do financiamento da saúde pública nos municípios.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise comparativa entre os municípios de Uberlândia (MG), Ribeirão Preto (SP), Sorocaba (SP) e Duque de Caxias (RJ) evidenciou aspectos estruturais e socioeconômicos que influenciam diretamente a sustentabilidade do financiamento da saúde pública em contextos urbanos de porte semelhante. A seleção desses municípios foi baseada em critérios que consideraram a similaridade populacional, a relevância econômica regional e a representatividade das estruturas municipais de saúde. A análise contemplou quatro dimensões principais: população, PIB per capita, potencial de arrecadação e estrutura de serviços públicos de saúde.

Os dados de população estimada em 2022 indicam que os quatro municípios apresentam portes populacionais muito próximos: Uberlândia com 713.228 habitantes, Sorocaba com 706.311, Ribeirão Preto com 698.259 e Duque de Caxias com 694.041. Essa homogeneidade populacional constitui uma base sólida para análises comparativas, permitindo isolar parcialmente o fator demográfico na avaliação da oferta de serviços públicos.

Embora o PIB per capita (2021) revele disparidades entre os municípios, a análise relativa expõe nuances menos evidentes. Ribeirão Preto lidera com R\$ 64.912,84 por habitante, valor 48% superior ao de Duque de Caxias (R\$ 43.125,58), enquanto Uberlândia (R\$ 57.086,18) e Sorocaba (R\$ 51.528,09) ocupam posições intermediárias, com vantagens de 32% e 19%, respectivamente, sobre a cidade carioca. Essa hierarquia econômica não apenas reflete diferenças na estrutura produtiva local, como também destaca a forte base agroindustrial e de serviços na cidade paulista, além de sinalizar desafios de desigualdade intraregional.

Assim, é possível perceber que mesmo entre municípios economicamente dinâmicos, a concentração de riqueza persiste, com Duque de Caxias, apesar de integrar uma metrópole (no caso, Rio de Janeiro), apresenta um indicador próximo à média nacional da época (R\$ 42.197,00 em 2021). De certa forma, isso sugere que seu dinamismo se traduz menor graude benefícios equitativos para a população. A análise, todavia, vai além da classificação absoluta, revelando como as assimetrias regionais podem mascarar realidades socioeconômicas distintas mesmo em territórios aparentemente privilegiados.

Adicionalmente, esses valores não apenas refletem a intensidade da atividade econômica local, mas também indicam o potencial de arrecadação própria, uma variável crítica quando se avalia a autonomia financeira para investimentos em saúde. Conforme discutido por Gadelha (2018) e Soares e Melo (2016), municípios com maior capacidade arrecadatória tendem a dispor de maior margem de manobra orçamentária, o que impacta positivamente a sustentabilidade

das políticas públicas locais.

No que tange à estrutura das unidades de saúde, verificam-se diferentes níveis de complexidade e integração entre os municípios. Uberlândia e Ribeirão Preto destacam-se por manter redes de atenção articuladas e bem estruturadas, com forte presença da Estratégia Saúde da Família (ESF) na atenção primária e com apoio de hospitais universitários federais — o Hospital de Clínicas da UFU (Ministério da Educação, 2024) e o Hospital das Clínicas da USP (FMRP, 2025; Ribeirão Preto, 2025). Essa afirmação é corroborada pelos dados apresentados na Tabela 1, que mostram gastos consistentes e crescentes em atenção básica e média/alta complexidade em Uberlândia (SIOPS, 2020-2023), além da menção ao papel estratégico desses hospitais como polos regionais de referência (Abrucio & Franzese, 2007; Mendes et al., 2008). Tais instituições não apenas oferecem serviços de alta complexidade, mas também fortalecem a dimensão organizacional do sistema local por meio da formação e capacitação de profissionais, conforme destacado no referencial teórico (Simão & Orellano, 2015; Gadelha, 2018).

De acordo com informações da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo (SES-SP, 2025), Sorocaba, por sua vez, apresenta uma rede em expansão, com investimentos contínuos na atenção básica e na melhoria dos fluxos de encaminhamento para os níveis secundário e terciário. O município conta com o suporte de hospitais estaduais e filantrópicos que garantem acesso aos serviços de média e alta complexidade. Embora ainda esteja em fase de consolidação de alguns serviços, o município demonstra evolução positiva em termos de cobertura e infraestrutura.

Já Duque de Caxias enfrenta limitações estruturais que comprometem a efetividade da atenção em saúde. A inexistência de um hospital universitário federal no município, confirmada pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS, 2025), representa um entrave importante, pois reduz a capacidade local de oferecer formação, pesquisa e serviços de alta complexidade, características essenciais para que um município atue como polo regional de referência. Essa lacuna estrutural é agravada pela insuficiência de leitos de média e alta complexidade, cenário documentado no Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (2020–2023), que destaca a vulnerabilidade de municípios da Baixada Fluminense, como Duque de Caxias, frente à sobrecarga dos serviços hospitalares da capital.

Estudos anteriores (CONASS, 2021; Abrucio & Franzese, 2007; Mendes et al., 2008) destacam que, no Brasil, o setor de saúde enfrenta precariedade de equipamentos em algumas unidades e sobrecarga constante nos serviços de urgência e emergência, evidenciando um quadro persistente de subfinanciamento e dificuldades operacionais. Esses desafios estruturais e institucionais têm sido discutidos, analisando as desigualdades federativas e a fragmentação

da política de saúde no país, reforçando a ideia de que a fragilidade das capacidades locais contribui para a manutenção das assimetrias no acesso aos serviços de saúde.

No bloco de Custeio da Atenção Básica, observa-se que Uberlândia apresentou valores crescentes ao longo do período de 2020 a 2023, com destaque para o ano de 2023, quando ultrapassou a marca de R\$ 60 milhões. Isso indica um investimento contínuo na manutenção e na expansão da rede de atenção primária, em consonância com os princípios do SUS de promoção e prevenção à saúde. O comportamento é semelhante ao de Ribeirão Preto, embora com intensidade menor. Já Sorocaba manteve valores relevantes, especialmente em 2020, com certa estabilidade nos anos seguintes. Por outro lado, os dados de Duque de Caxias revelam uma oscilação maior, o que pode indicar instabilidades na execução orçamentária local ou entraves administrativos, como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 – Repasses Federais, em Reais, para Custeio da Atenção Básica de 2020 a 2023

Município	Ano			
	2020	2021	2022	2023
Uberlândia	42.547.673,65	45.054.123,13 (5,89%)	52.516.783,77 (16,56%)	60.465.369,88 (15,14%)
Sorocaba	25.635.150,42	22.325.039,69 (-1,29%)	37.022.773,49 (65,83%)	30.968.403,19 (-16,35%)
Ribeirão Preto	35.701.350,40	39.420.534,55 (10,41%)	41.821.395,15 (6,09%)	49.771.395,79 (19,01%)
Duque de Caxias	50.420.574,33	70.083.012,28 (40,00%)	40.548.854,48 (-42,14%)	61.802.080,50 (52,41%)

Nota: Os valores em porcentagem representam a variação relativa, calculada como a diferença entre o valor do ano atual e o valor do ano anterior.

Fonte: Dados do SIOPS (2020-2023). Nota: Valores ajustados para análise anual.

De todo modo, a análise revela que, embora os quatro municípios possuam características demográficas semelhantes, suas capacidades financeiras e estruturas de saúde diferem. Essa constatação reforça os argumentos do referencial teórico no sentido de que a descentralização fiscal, quando não acompanhada de mecanismos eficazes de equalização, pode acentuar desigualdades regionais no acesso e na qualidade dos serviços públicos essenciais (Abrucio & Franzese, 2007).

Em relação ao bloco de Média e Alta Complexidade, Uberlândia novamente se sobressai

entre os municípios analisados, apresentando valores consistentes e em trajetória de crescimento ao longo do período. Em 2021, o município registrou um aumento de 28,63%, impulsionado pelo acréscimo da demanda assistencial decorrente da crise sanitária da COVID-19. Embora tenha havido uma retração em 2022 (-12,44%), os repasses voltaram a crescer em 2023, superando a marca de R\$ 370 milhões, o que evidencia a capacidade do município em manter patamares elevados de financiamento e reforça sua posição como polo regional de referência em atenção de maior complexidade. Padrão semelhante é observado em Sorocaba e Ribeirão Preto: ambos registraram aumento acentuado em 2021 (33,99% e 20,57%, respectivamente), recuo em 2022 e nova elevação em 2023, sinalizando ajustes orçamentários e redistribuição de recursos após a fase mais crítica da pandemia.

Já Duque de Caxias apresentou comportamento mais discrepante: o município experimentou a maior variação positiva em 2021 (58,76%), mas, diferentemente dos demais, manteve uma tendência de queda nos dois anos seguintes (-8,46% em 2022 e -3,84% em 2023). Esse padrão sugere um esforço concentrado em 2021, seguido de retração contínua, possivelmente relacionado à execução atípica de recursos emergenciais.

De modo geral, os dados oficiais do SIOPS confirmam que os repasses para a Média e Alta Complexidade, embora tenham se expandido no auge da pandemia, não se sustentaram nos anos seguintes, revelando forte dependência de créditos extraordinários e a dificuldade de manutenção de investimentos em patamares elevados diante do contexto fiscal (ver Tabela 2, a seguir).

Tabela 2- Recursos, em Reais, para Média e Alta Complexidade entre 2020 a 2023

Município	Ano			
	2020	2021	2022	2023
Uberlândia	275.821.057,28	354.787.553,43 (28,63%)	310.637.645,64 (-12,44%)	318.341.054,52 (2,48%)
Sorocaba	118.361.798,09	158.593.305,49 (33,99%)	140.065.831,61 (-11,68%)	154.715.408,02 (10,46%)
Ribeirão Preto	135.429.030,72	163.287.269,34 (20,57%)	149.153.469,28 (-8,66%)	167.219.098,86 (12,11%)
Duque de Caxias	199.248.246,85	316.325.020,20 (58,76%)	289.562.942,64 (-8,46%)	278.451.372,23 (-3,84%)

Nota: Os valores em porcentagem representam a variação relativa, calculada como a diferença entre o valor do ano atual e o valor do ano anterior. Fonte: Dados do SIOPS (2020-2023).

Estudos recentes, como o relatório da Parceria para Sustentabilidade e Resiliência do Sistema de Saúde (PHSSR) Brasil, publicado em outubro de 2023, reforçam a importância de uma gestão eficiente e transparente. O relatório destaca que municípios com maior equilíbrio fiscal e melhor estruturação de receitas próprias demonstram maior resiliência diante de crises, como a pandemia de Covid-19. Por outro lado, aqueles com forte dependência de transferências intergovernamentais enfrentaram maior instabilidade na execução orçamentária, evidenciando fragilidades que impactam diretamente a sustentabilidade do financiamento (Costa, 2022).

A análise dos repasses federais destinados à saúde, discriminados por blocos de financiamento, revela variações entre os municípios analisados, tanto em termos de volume absoluto quanto na composição das categorias de aplicação dos recursos. A investigação permite compreender como diferentes cidades estruturaram suas políticas de saúde diante das diretrizes do SUS e em resposta a eventos excepcionais, como a pandemia de COVID-19.

Um ponto particularmente sensível diz respeito aos recursos destinados ao enfrentamento da COVID-19. Apesar dos aportes emergenciais realizados, chama atenção a baixa aplicação em investimentos de caráter estrutural, os dados de Lui et al. (2022) demonstram que tal configuração indica que a prioridade recaiu sobre medidas de rápida execução para ampliar a capacidade instalada durante a pandemia, em detrimento de iniciativas que de investimento para o sistema de saúde.

Essa tendência também se confirma quando se observam os repasses emergenciais de 2020, conforme demonstrado na Tabela 3, em consonância com os achados de Lui et al. (2022). Em todos os municípios analisados, os recursos destinados ao custeio superaram aqueles voltados a investimentos. Duque de Caxias, por exemplo, recebeu o maior volume total, aproximadamente R\$ 138,5 milhões, mas apenas R\$ 2,8 milhões foram aplicados em investimentos. Situação semelhante ocorreu em Uberlândia, que obteve cerca de R\$ 85,3 milhões, dos quais menos de R\$ 1 milhão foi destinado a essa finalidade. Já Ribeirão Preto e Sorocaba apresentaram valores ainda mais reduzidos, com apenas R\$ 131 mil e R\$ 27 mil, respectivamente, voltados a investimentos em saúde.

Ao relacionar esses valores com os percentuais de aplicação, fica evidente que, embora os repasses tenham sido fundamentais para reduzir os efeitos mais críticos da COVID-19, a baixa proporção destinada a investimentos permanentes revela uma fragilidade histórica: a dificuldade de transformar momentos de expansão dos gastos públicos em oportunidades de fortalecimento estrutural do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, o impacto de longo prazo sobre a rede de atenção básica e hospitalar permaneceu limitado, perpetuando desigualdades entre municípios na capacidade de resposta a futuras emergências (ver Tabela 3, a seguir).

Tabela 3 - Recursos Emergenciais, em Reais, para COVID-19 em 2020

Município	Tipo de Gasto		
	Custeio	Investimento	Total (R\$)
Uberlândia	84.370.154,26	940.268,00	85.310.422,26
Sorocaba	42.307.172,12	27.357,00	42.334.529,12
Ribeirão Preto	57.305.961,81	131.164,00	57.437.125,81
Duque de Caxias	135.648.131,45	2.863.921,00	138.512.052,45

Fonte: Dados do SIOPS (2020).

Nota: Valores referentes apenas a 2020, ano de maior repasse emergencial.

No que se refere aos investimentos em infraestrutura e equipamentos, os valores se mantêm-se mais baixos quando comparados às categorias de custeio. Uberlândia apresentou montantes superiores superiores aos de Sorocaba e Ribeirão Preto, embora ainda modestos diante das necessidades da rede de saúde local. A exceção foi Duque de Caxias, que registrou um valor discrepante em 2023 na categoria de Atenção Especializada, o que elevou substancialmente o total acumulado no período.

Esse cenário, demonstrado pela Tabela 4, reforça as evidências já apontadas pela literatura, de que os repasses destinados a investimentos são frequentemente esporádicos, dificultando a modernização e a ampliação da capacidade das unidades de saúde (Mendes et al., 2008). Enquanto os recursos de custeio garantem o funcionamento cotidiano da rede, a limitação dos valores voltados à infraestrutura compromete o fortalecimento estrutural do Sistema Único de Saúde, restringindo a criação de condições mais adequadas para o atendimento da população.

Tabela 4 - Comparativo de Investimentos (em Reais) em Infraestrutura entre 2020-2023

Município	Tipo de Atendimento		
	Atenção Primária	Atenção Especializada	Total
Uberlândia	2.241.253,00	784.746,00	3.025.999,00
Sorocaba	1.325.824,00	1.989.449,00	3.315.273,00
Ribeirão Preto	1.163.698,00	2.018.721,00	3.182.419,00
Duque de Caxias	3.276.520,00	51.608.492,00	54.885.012,00

Fonte: Dados do SIOPS (2020-2023). Nota: (1) valores acumulados no período. Destaque para Duque de Caxias em investimentos especializados em 2023; (2) A última coluna da Tabela 4 apresenta o total entre atenção primária e especializada para os anos de 2020 à 2023

Em síntese, a análise dos dados entre 2020 e 2023 revela que, embora tenham ocorrido aportes pontuais em investimentos, estes foram incapazes de alterar o quadro de subfinanciamento estrutural, evidenciando a persistência de desigualdades regionais e a dependência dos municípios de repasses emergenciais ou específicos para ampliar sua capacidade instalada.

Ao dialogar com o referencial teórico, observa-se que o modelo federativo brasileiro, embora tenha ampliado a autonomia dos municípios, ainda enfrenta importantes desafios para garantir uma redistribuição equitativa e eficiente dos recursos públicos. A estrutura de transferências Fundo a Fundo representa um avanço no processo de descentralização administrativa; contudo, persistem assimetrias históricas entre os entes federados, como evidenciado pelos dados analisados, comprometendo a plena efetividade do sistema.

Além disso, como apontam Soares e Melo (2016), a predominância de repasses vinculados compromete a autonomia de planejamento dos municípios, que muitas vezes se veem obrigados a direcionar recursos para programas previamente definidos, mesmo que suas necessidades locais indiquem outras prioridades. Essa limitação é agravada pela baixa execução de investimentos, o que compromete a capacidade de resposta do sistema municipal de saúde no médio e longo prazo.

A Tabela 5 apresenta o percentual de execução do mínimo constitucional de investimentos em saúde nos municípios de Uberlândia, Sorocaba, Ribeirão Preto e Duque de Caxias entre 2020 e 2023, considerando os recursos não vinculados. Esses recursos correspondem à parcela das transferências e receitas municipais que não estão legalmente condicionadas a despesas específicas, podendo ser alocados de acordo com a prioridade definida pela gestão local. Sua utilização oferece maior flexibilidade orçamentária, permitindo aos municípios atender demandas emergentes ou investir em áreas estratégicas, mas também exige planejamento e controle rigorosos para garantir que os gastos cumpram os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os dados indicam variações significativas entre os municípios e ao longo dos anos, evidenciando diferenças na priorização orçamentária local e na capacidade de execução dos investimentos em saúde. Uberlândia registrou os maiores percentuais de execução do mínimo constitucional, iniciando em 29,96% em 2020 e alcançando 34,27% em 2023, demonstrando um crescimento gradual ao longo do período. Sorocaba apresentou valores intermediários, com leve aumento de 26,94% em 2020 para 29,27% em 2022, mas sofreu queda em 2023 (26,51%). Ribeirão Preto manteve-se relativamente estável, variando entre 19,66% e 21,75%, enquanto Duque de Caxias apresentou crescimento contínuo, saindo de 16,94% em 2020 para 21,40%

em 2023, embora ainda abaixo dos níveis observados em Uberlândia.

Esses dados oficiais do SIOPS indicam que, mesmo diante da pandemia e das dificuldades fiscais, alguns municípios conseguiram avançar na execução mínima prevista constitucionalmente, enquanto outros permaneceram com percentuais mais baixos, evidenciando desigualdade na capacidade de alocação de recursos próprios e na priorização do financiamento em saúde. Pinto, Bahia e Santos (2017) ressaltam que o mínimo constitucional tem função de assegurar a efetividade do direito à saúde, por meio da equalização federativa do custeio, garantindo que estados e municípios cumpram o dever mínimo de financiamento do sistema.

Tabela 5 - Percentual de Execução do Mínimo Constitucional por ano nos municípios

Município	Ano			
	2020	2021	2022	2023
Uberlândia	29,96	30,60	31,98	34,27
Sorocaba	26,94	27,60	29,27	26,51
Ribeirão Preto	21,35	19,66	21,09	21,75
Duque de Caxias	16,94	17,72	20,19	21,40

Fonte: Dados do SIOPS (2023).

Nota: Percentual em relação ao total de recursos não vinculados.

No geral, todos os municípios analisados respeitaram o limite mínimo constitucional de investimentos em saúde, com destaque para o desempenho consistente de Uberlândia e a melhora progressiva de Duque de Caxias. Esses resultados refletem o esforço dos gestores municipais em assegurar a aplicação mínima exigida, mesmo diante de desafios fiscais e demandas emergenciais.

Campelli e Calvo (2007), ao analisarem as Unidades Federativas entre 2000 e 2003, observaram que, em 2000, apenas 59% dos estados atingiram a meta prevista pela EC-29, destacando a importância do comprometimento local para o cumprimento dos percentuais mínimos. De maneira complementar, Mazon et al. (2018) verificaram que, em Santa Catarina, entre 2009 e 2015, mesmo com recursos próprios acima do mínimo legal, o esforço local foi determinante para garantir a execução mínima e atender às exigências constitucionais.

Os dados do SIOPS e da literatura (Lui et al., 2022; Duarte, 2023; Funcia, 2022; Pinto et al., 2017) evidenciam que, embora os repasses emergenciais durante a pandemia tenham ampliado temporariamente a capacidade assistencial, os investimentos estruturais

permaneceram limitados. Ao mesmo tempo, estudos de Campelli e Calvo (2007), Abrucio e Franzese (2007), Gadelha (2018) e Simão e Orellano (2015) reforçam que a cooperação entre os governos federal, estadual e municipal é essencial para a administração eficiente das finanças públicas, destacando a necessidade de critérios de repasse mais claros e mecanismos de coordenação interfederativa. A análise dos dados orçamentários evidencia, portanto, não apenas diferenças estruturais entre os municípios, mas também a importância de fortalecer essa colaboração para garantir maior equidade no acesso à saúde pública no Brasil, assegurando que os investimentos se traduzam em melhorias permanentes para a população.

4.1 Análise Integrada dos Indicadores Financeiros da Saúde – Pagamentos e Receitas da Secretaria de Saúde de Uberlândia (2019-2023)

A constatação, ao longo da análise integrada dos indicadores financeiros, de que Uberlândia apresenta consistentemente os maiores níveis de gasto com saúde entre os municípios analisados – com destaque para os valores aplicados na Atenção de Média e Alta Complexidade – justifica a realização de uma análise específica sobre o município. Essa predominância de investimentos, que reflete não apenas sua capacidade fiscal, mas também sua posição estratégica como polo regional de referência em serviços de saúde, demanda uma compreensão sobre os fatores estruturais, administrativos e regionais que contribuem para esse cenário.

A análise dos dados financeiros da Secretaria de Saúde de Uberlândia entre 2019 e 2023 com base no Portal da Transparência do município de Uberlândia revela um cenário marcado por desafios estruturais e dinâmicas orçamentárias que refletem as complexidades do financiamento da saúde pública no contexto municipal. Os dados demonstram oscilações nas receitas e despesas, com impactos diretos na capacidade de gestão e na sustentabilidade do SUS local.

As receitas totais da Secretaria de Saúde apresentaram variações ao longo do período analisado (Tabela 6). Em 2019, as receitas vinculadas, que incluem principalmente transferências constitucionais e fundo a fundo do SUS, representaram R\$ 205,3 milhões, enquanto as receitas não vinculadas da secretaria de saúde somaram apenas R\$ 555,8 mil. Essa disparidade evidencia a alta dependência do município em relação a repasses externos, um padrão que se mantém nos anos subsequentes. Em 2023, por exemplo, as receitas vinculadas totalizaram R\$ 268,2 milhões, enquanto as receitas não vinculadas foram inexistentes, o que reforça a fragilidade da autonomia financeira municipal.

Tabela 6 - Receitas da Secretaria de Saúde de Uberlândia, em Reais, entre 2019 a 2023

Ano	Receita Não Vinculada	Receita Vinculada	Receita Total
2019	555.795,99	205.266.871,46	205.822.667,45
2020	4.929.810,88 (786,98%)	333.658.389,02 (62,55%)	338.588.199,90 (64,50%)
2021	1.097.050,16 (-77,75%)	357.026.958,40 (7,00%)	358.124.008,56 (5,77%)
2022	456.358,82 (-58,40%)	370.464.000,34 (3,76%)	370.920.359,16 (3,57%)
2023	0 (-100%)	268.240.560,35 (-27,59%)	268.240.560,35 (-27,68%)

Nota: Os valores em porcentagem representam a variação relativa, calculada como a diferença entre o valor do ano atual e o valor do ano anterior. Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados da secretaria.

A predominância de receitas vinculadas limita a flexibilidade orçamentária do município, conforme discutido por Abrucio e Franzese (2007), que destacam como a centralização de recursos na União restringe a capacidade de planejamento local. Além disso, a ausência de receitas próprias em 2023 sugere uma piora na capacidade de arrecadação municipal, agravando a vulnerabilidade diante de atrasos ou reduções nos repasses federais.

As despesas da Secretaria de Saúde de Uberlândia apresentaram crescimento consistente entre 2019 e 2023, passando de R\$ 628,9 milhões para R\$ 1,18 bilhão, refletindo não apenas a expansão dos serviços, mas também a elevação dos custos gerais e a crescente complexidade na gestão da saúde municipal, conforme destacado na Tabela 7.

Durante a pandemia de COVID-19, o município recebeu recursos federais destinados a reforçar sua capacidade de resposta à crise sanitária. Parte desses valores foi aplicada na aquisição de equipamentos, reformas hospitalares e melhorias em Unidades Básicas de Saúde (UBS), embora os investimentos em infraestrutura de longo prazo tenham sido limitados. A maior parte dos recursos emergenciais, contudo, destinou-se a despesas correntes, como remuneração de pessoal e execução de contratos de gestão operacional firmados com Organizações Sociais (OSs) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs). Entre essas entidades, destacam-se a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) e a Missão Sal da Terra, responsáveis por parte da execução dos serviços de saúde.

O financiamento desses gastos ocorreu por meio de receitas próprias, provenientes de tributos municipais, transferências constitucionais não vinculadas e repasses fundo a fundo, evidenciando a dependência do município de múltiplas fontes para assegurar a operação da rede de saúde. A maior parte dos recursos concentrou-se em despesas correntes, especialmente com OSCIPs e fundações, que absorveram R\$ 308 milhões em 2019 e R\$ 578,8 milhões em 2023,

conforme dados disponíveis no Portal da Transparência da Prefeitura de Uberlândia (2025).

Embora esse modelo proporcione agilidade e flexibilidade na prestação de serviços, ele também evidencia riscos de fragmentação, sobreposição de funções e redução da transparência pública (Soares & Melo, 2016). Esse padrão corrobora críticas à terceirização no SUS, conforme apontado por Santos (2013), que ressalta que a utilização de entidades terceirizadas frequentemente implica custos elevados e menor controle público sobre a qualidade dos serviços. Ao mesmo tempo, reforça a necessidade de estratégias de planejamento financeiro e de gestão capazes de equilibrar recursos próprios, transparência e sustentabilidade na prestação de serviços de saúde e na administração dos contratos operacionais.

Tabela 7 - Despesas da Secretaria de Saúde de Uberlândia, em Reais, de 2019 a 2023

Ano	Despesa Corrente	Despesa de Capital	Despesa Total
2019	600.207.861,33	19.645.190,45	628.853.051,78
2020	771.457.821,09 (28,53%)	19.341.713,53 (-1,54%)	799.599.534,62 (27,15%)
2021	918.215.025,94 (19,02%)	29.642.271,41 (53,26%)	956.828.395,95 (19,66%)
2022	960.061.922,01 (4,56%)	18.749.984,75 (-36,75%)	990.055.200,30 (3,47%)
2023	1.130.646.956,03 (17,77%)	22.094.573,81 (17,84%)	1.186.453.692,24 (19,84%)

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados da secretaria.

Em síntese Quanto à Média e Alta Complexidade, Uberlândia se destacou com crescimento consistente nos anos de 2019 a 2023 e apresentando aumento em 2021 (28,63%) devido à maior demanda assistencial provocada pela pandemia (SIOPS, 2020-2023). Além disso, o município manteve execução acima do mínimo constitucional, demonstrando esforço constante em cumprir os percentuais exigidos pela EC-29. Apesar desse comprometimento, os investimentos em capital permaneceram baixos, abaixo de 3% do total das despesas, limitando a modernização da infraestrutura e a ampliação da rede municipal de saúde.

Dados recentes do site oficial da Prefeitura de Uberlândia reforçam esse panorama positivo quanto ao esforço no financiamento da saúde: em 2023, o município destinou 35,73% de seu orçamento à saúde, mais que o dobro do mínimo constitucional. O município também foi destaque nacional no programa Previne Brasil, estando entre as dez maiores cidades do país com bom desempenho na Atenção Primária à Saúde (APS) com mais de 1,1 milhão de atendimentos médicos e 940 mil procedimentos ambulatoriais por enfermeiros na rede municipal (Prefeitura de Uberlândia, 2024).

Embora Uberlândia demonstre capacidade administrativa e esforço contínuo para ampliar o acesso à saúde e cumprir o mínimo constitucional, persistem desafios estruturais, principalmente na execução de investimentos em capital e na modernização tecnológica. Para assegurar sustentabilidade e qualidade a longo prazo, é importante que o município continue priorizando investimentos estratégicos e fortalecendo o planejamento financeiro, equilibrando despesas correntes, investimentos estruturais e repasses emergenciais, garantindo equidade e eficiência na prestação de serviços de saúde, inclusive na gestão de contratos com entidades.

4.2. Sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS)

A sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) é um desafio complexo que vai além da simples ampliação de recursos financeiros. Conforme Paim et al. (2011), a eficácia do SUS depende de uma gestão eficiente, descentralizada e com responsabilidades claramente definidas, além de uma capacidade robusta de planejamento intersetorial. Esses elementos são essenciais para alinhar as práticas de gestão municipal aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente o ODS 3 (Saúde e Bem-estar) e o ODS 16 (Instituições eficazes e transparentes). Mendes e Funcia (2021) reforçam que a sustentabilidade deve equilibrar responsabilidade fiscal e universalidade do acesso, enquanto Ugá (2019) observa que a questão não se limita ao volume de receitas, mas envolve planejamento e racionalidade na alocação de recursos. Nessa perspectiva, Piola, Francisco e Oliveira (2022) definem a sustentabilidade financeira em saúde como a capacidade da gestão pública de assegurar recursos contínuos e suficientes, conciliando eficiência na aplicação dos recursos e equidade no acesso aos serviços.

A análise dos dados financeiros obtidos nos Portais da Transparência dos municípios de Uberlândia, Ribeirão Preto, Sorocaba e Duque de Caxias evidencia diferentes estratégias de sustentabilidade na gestão da saúde pública. Embora todos priorizem a atenção básica e a manutenção de serviços essenciais, há variações na eficiência da utilização dos recursos e na capacidade de absorver choques externos, como a pandemia da Covid-19.

Em Uberlândia, a sustentabilidade financeira combina altos aportes orçamentários e pressões fiscais crescentes. Entre 2020 e 2023, o município destinou de 29,9% a 34,2% da receita municipal à saúde, bem acima do mínimo constitucional de 15% (Prefeitura de Uberlândia, 2023). Esse esforço permitiu expandir a rede hospitalar, com a inauguração do Centro de Internação Pediátrico e a incorporação do antigo Hospital Santa Catarina, além do funcionamento do Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro e das Unidades de Atendimento Integrado (UAIs). Essas unidades, reforçadas durante a pandemia,

somaram novos leitos de UTI e enfermaria, ampliando a capacidade de resposta do sistema. O gasto per capita municipal passou de R\$ 954,55 em 2019 para R\$ 1.212,35 em 2020 (Prefeitura de Uberlândia, 2025).

Um dos mecanismos legais para limitar os gastos com pessoal, contribuindo para o equilíbrio da sustentabilidade financeira, é o teto de 54% da Receita Corrente Líquida estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000). De acordo com o Boletim de Indicadores de Finanças Públicas de Uberlândia, publicado pelo Centro de Estudos, Pesquisas e Projetos Econômico-Sociais da Universidade Federal de Uberlândia (CEPES/UFU), o comprometimento da Receita Corrente Líquida com despesas de pessoal foi de aproximadamente 48% em 2023, situando-se próximo ao limite legal (Kobayashi, 2024). Para reduzir esses riscos e aumento da sustentabilidade financeira, a Prefeitura tem investido em estratégias de diversificação do financiamento, incluindo:

- 1. Aumento da eficiência arrecadatória:** por meio da revisão de cadastros, do combate à inadimplência e da modernização dos sistemas de fiscalização, incluindo programas de refinanciamento de dívidas, como o Refim Extra, e iniciativas como Protocolo Digital, IPTU Progressivo no Tempo e revisão da Planta de Valores do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), entre outros. Tais medidas contribuem diretamente para o aumento da receita própria do município, ampliando a capacidade de investimento em políticas públicas essenciais. Ao otimizar a arrecadação tributária, o município consegue equilibrar o orçamento, atender às demandas emergentes da população e reduzir a dependência de transferências federais e estaduais, assegurando maior autonomia na alocação de recursos para serviços de saúde e infraestrutura;
- 2. Recuperação de créditos tributários:** refere-se à recuperação de valores de tributos pagos indevidamente ou não recolhidos, como o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) incidente sobre o Valor Adicionado Fiscal (VAF), estimado em até R\$ 1,2 bilhão. Essa medida reforça o caixa municipal, ampliando a disponibilidade de recursos, sem aumentar a carga tributária sobre a população;
- 3. Securitização de créditos:** processo pelo qual o município transforma seus direitos creditórios — como dívidas de contribuintes, financiamentos ou recebíveis — em títulos negociáveis no mercado financeiro. Essa operação permite antecipar o recebimento de recursos futuros, aumentando a liquidez imediata e a capacidade de investimento em políticas públicas. Contudo, exige cautela, pois pode comprometer a arrecadação futura se não houver planejamento adequado, sendo necessário equilibrar os ganhos de curto prazo

com a sustentabilidade fiscal de longo prazo;

- 4. Parcerias público-privadas (PPPs):** estabelecidas para investimentos em infraestrutura hospitalar e modernização da rede de saúde, as PPPs permitem ampliar a capacidade de atendimento sem sobrecarregar imediatamente o orçamento municipal. Esse modelo promove alocação eficiente de recursos, compartilhando riscos com o setor privado, e contribui para a sustentabilidade financeira ao viabilizar projetos estratégicos de longo prazo, especialmente em áreas críticas que demandam elevada complexidade técnica e especialização;
- 5. Captação de recursos federais:** inclui a obtenção de investimentos provenientes de programas nacionais, como os previstos no Novo Programa de Aceleração do Crescimento, que contemplam aportes significativos na área da saúde. Tais recursos reforçam a capacidade do município de investir em obras e serviços de saúde, ampliando a infraestrutura e a qualidade do atendimento à população (Prefeitura de Uberlândia, 2025).

Essas medidas representam não apenas respostas emergenciais, mas também instrumentos de fortalecimento da autonomia financeira, desde que acompanhadas de gestão técnica e planejamento estratégico.

Na comparação com os demais municípios, Ribeirão Preto evidencia avanços no controle social e na incorporação de tecnologias, refletidos no aumento do gasto per capita em saúde, de R\$ 906,37 em 2019 para R\$ 1.030,69 em 2021, mantendo a aplicação em saúde próxima a 20% do orçamento municipal (Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, 2021). Sorocaba, por sua vez, destinou R\$ 140 milhões ao enfrentamento da COVID-19 entre 2020 e 2021, ampliando o número de leitos em hospitais conveniados; contudo, apresentou redução na aplicação total em saúde em 2023 (Prefeitura de Sorocaba, 2023). Já Duque de Caxias ampliou a rede de atendimento com a reabertura do Hospital Municipal São José em 2020, mas enfrenta restrições fiscais, evidenciadas pela queda das receitas próprias (Prefeitura de Duque de Caxias, 2020).

Assim, a análise conjunta evidencia que a sustentabilidade financeira da saúde depende não apenas do volume de recursos, mas também da capacidade de planejar, diversificar receitas, priorizar a atenção primária e gerir com eficiência e transparência. Em Uberlândia, o esforço de ampliação da rede hospitalar e diversificação do financiamento mostra avanços importantes, mas ainda convive com desafios estruturais, como o crescimento das despesas correntes e a dependência da terceirização. Como sintetizam Mendes e Funcia (2021), o futuro do SUS em âmbito municipal exige conciliar viabilidade fiscal, eficiência na alocação dos recursos e compromisso com a universalidade do acesso.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo analisou a relação entre a descentralização fiscal e a sustentabilidade do financiamento da saúde pública em municípios brasileiros, com foco em Uberlândia/MG e cidades comparáveis (Sorocaba, Ribeirão Preto e Duque de Caxias) no período de 2020 a 2023. A pesquisa evidenciou os desafios e as oportunidades do federalismo fiscal brasileiro, destacando como a autonomia municipal e as transferências intergovernamentais impactam a capacidade dos entes locais de garantir serviços de saúde de qualidade.

Os resultados demonstraram que o federalismo brasileiro, embora tenha avançado na descentralização de recursos e responsabilidades, ainda enfrenta desigualdades na distribuição de receitas e na capacidade de gestão dos municípios. Uberlândia destacou-se por sua robustez financeira, com investimentos acima da média em atenção básica e média/alta complexidade, refletindo sua posição como polo regional de saúde. No entanto, a dependência de transferências federais e estaduais mostrou-se um fator crítico, limitando a flexibilidade orçamentária e expondo os municípios a vulnerabilidades em cenários de redução de repasses.

A análise comparativa dos municípios de Uberlândia, Duque de Caxias, Sorocaba e Ribeirão Preto revelou disparidades na gestão da saúde pública. Uberlândia destacou-se pelo cumprimento do mínimo constitucional e pelo crescimento na Média e Alta Complexidade, enquanto Duque de Caxias apresentou aumento dos repasses de investimento durante a pandemia. Sorocaba e Ribeirão Preto mantiveram crescimento mais estável, mas todos os municípios enfrentam limitações na execução de investimentos em capital e na modernização da infraestrutura.

Em síntese, embora os recursos emergenciais tenham reforçado temporariamente a capacidade assistencial, a concentração em despesas correntes e a desigualdade na absorção de recursos entre municípios reforçam a necessidade de planejamento estratégico, diversificação de receitas e fortalecimento da coordenação administrativa para garantir sustentabilidade, equidade e eficiência na saúde municipal.

É possível notar que a descentralização fiscal no Brasil representa um avanço na democratização da gestão pública, mas seu pleno potencial só será alcançado com maior equidade na distribuição de recursos e com o fortalecimento da cooperação entre os entes federativos. Os municípios, especialmente os de médio porte como Uberlândia, desempenham um papel central no SUS, mas enfrentam desafios estruturais que exigem soluções inovadoras e um diálogo permanente entre os entes federados, envolvendo planejamento conjunto, critérios transparentes de alocação e mecanismos de apoio técnico.

Logo, este estudo contribui para esse debate, destacando a necessidade de políticas fiscais mais justas e eficientes, capazes de assegurar o direito universal à saúde em um contexto de diversidade regional e restrições orçamentárias. Não obstante, este estudo possui limitações que devem ser reconhecidas. Em primeiro lugar, a análise concentrou-se em apenas quatro municípios, o que, limita a generalização dos resultados para outras realidades municipais. Estudos futuros poderiam ampliar o escopo geográfico, incluindo um maior número de cidades com perfis socioeconômicos diversos.

Outra limitação refere-se à qualidade e à disponibilidade dos dados. Embora tenham sido utilizadas fontes oficiais, como o SIOPS e os portais de transparência, inconsistências em registros orçamentários e diferenças metodológicas entre municípios podem afetar a precisão das comparações. A ausência de dados padronizados sobre eficiência na aplicação dos recursos também dificulta a avaliação do impacto real dos investimentos em saúde.

Para avançar na compreensão do tema, recomenda-se que pesquisas futuras explorem a readequação dos critérios de distribuição de recursos de saúde aos municípios. É necessário revisar esses critérios, incorporando indicadores de eficiência, necessidades epidemiológicas e capacidade institucional. A atual lógica de repasse, baseada principalmente em parâmetros populacionais, não considera as desigualdades regionais nem as demandas específicas de cada território, limitando a equidade e a efetividade do financiamento da saúde.

Com isso, a análise das transferências constitucionais e voluntárias revela-se fundamental para compreender o financiamento da saúde pública e seu impacto na qualidade e no acesso aos serviços. Estudos quantitativos, utilizando métodos como análise de dados em painel e modelos de regressão, permitem mensurar de forma objetiva como esses repasses influenciam os resultados das políticas públicas, evidenciando tanto avanços quanto limitações no alcance das metas de saúde.

Nesse contexto, estratégias como a cooperação intermunicipal, a formação de consórcios e a implementação de políticas fiscais coordenadas emergem como instrumentos para otimizar recursos, reduzir custos e minimizar desigualdades regionais. Tais mecanismos são particularmente relevantes para municípios menores ou com menor capacidade arrecadatória, nos quais a gestão compartilhada pode ampliar a eficiência operacional e fortalecer a governança local. Apesar de a descentralização fiscal conferir autonomia aos municípios no gerenciamento do SUS, a dependência de repasses federais e as disparidades estruturais ainda limitam a flexibilidade orçamentária e a capacidade de planejamento estratégico.

Portanto, o estudo evidencia que uma gestão eficiente do financiamento da saúde

depende da combinação de alocação equitativa de recursos, cooperação entre municípios e políticas fiscais coordenadas. Essas estratégias não apenas fortalecem a sustentabilidade financeira do sistema, mas também promovem maior equidade, garantindo acesso universal e qualidade nos serviços de saúde. A incorporação estruturada e permanente dessas práticas é essencial para que o federalismo brasileiro seja mais justo e capaz de responder de forma eficaz tanto às demandas rotineiras quanto às crises emergenciais, assegurando que os recursos públicos cumpram seu papel de forma eficiente e estratégica.

REFERÊNCIAS

- Abrucio, F. L. (2000). Os laços federativos brasileiros: avanços, obstáculos e dilemas no processo de coordenação intergovernamental. X Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo. <https://doi.org/10.11606/T.8.2000.tde-25082022-101938>. Recuperado em 08-03-2025, de www.teses.usp.br
- Abrucio, F. L. & Franzese, C. (2007). Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. Tópicos de economia paulista para gestores públicos, 1, 13-31. São Paulo: Fundap. Recuperado em 01-04-2025 de <https://www.researchgate.net/publication/242213262>
- Ahmad, E. (2006). Handbook of fiscal federalism. Cheltenham: Edward Elgar Publishing. Recuperado em 01-04-2025 de <https://hdl.handle.net/2318/20876>
- Almeida, N. M. O., Camarão, F. C., Ramos, E. M. B. & Madureira, A. S. (2023). O impacto do federalismo na efetivação das políticas públicas de saúde brasileiras. *Revista Sociedade Científica*, 6(1). <https://doi.org/10.61411/rsc35202>
- Amorim Neto, O. & Simonassi, A. G. (2013). Bases políticas das transferências intergovernamentais no Brasil (1985–2004). *Brazilian Journal of Political Economy*, 33, 704–725. <https://doi.org/10.1590/S0101-31572013000400010>
- Anderson, G. (2009). Federalismo: Uma introdução (1^a ed.). São Paulo: Editora FGV.
- Araújo, C. E. L., Gonçalves, G. Q. & Machado, J. A. (2017). Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 953–963. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.15542016>
- Agência Minas. (2023, 17 de abril). *Painéis interativos da Secretaria de Saúde trazem transparência e agilidade nas informações em Uberlândia e região*. Agência Minas. <https://acesse.one/9EAWB>
- AME Ribeirão Preto. (2023). *Portal da transparência*. Recuperado em 8 de setembro de 2025, de <https://ameribeiraopreto.org.br/transparencia>
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constiticao/constituicao.htm.
- Brasil. (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Brasil. (1991). Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991 – Lei Orgânica da Seguridade Social. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212cons.htm
- Brasil. (1998). Decreto nº 2.867, de 8 de dezembro de 1998 – Legislação Informatizada.

- Recuperado de <https://sl1nk.com/OnP61>
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). Produto Interno Bruto dos Municípios – 2021. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/21885-pib-dos-municipios.html>
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação brasileiros em 2022. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2023). Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) – DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops>
- Brasil. Secretaria do Tesouro Nacional. (2023). Finanças do Brasil – FINBRA 2023. Brasília: STN. Recuperado de <https://www.gov.br/tesouronacional/pt-br/estados-e-municipios/dados-consolidados/finbra-financas-municipais>
- Caetano, C. C. R., Ávila, L. A. C. D. & Tavares, M. (2017). A relação entre as transferências governamentais, a arrecadação tributária própria e o índice de educação dos municípios do estado de Minas Gerais. *Revista de Administração Pública*, 51, 897–916. <https://doi.org/10.1590/0034-7612174433>
- Campelli, M. G. R. & Calvo, M. C. M. (2007). O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 1613–1623. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700012>
- Cavalcante, P. L. (2007). O Plano Plurianual: resultados da mais recente reforma do Planejamento e Orçamento no Brasil. *Revista do Serviço Público*, 58(2), 129–150. <https://doi.org/10.21874/rsp.v58i2.168>
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). (2021). Plano Estadual de Saúde. Rio de Janeiro. Recuperado de <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PES-2020-2023-PRELIMINAR.pdf>
- Conti, J. M., Moutinho, D. V. & do Nascimento, L. M. (2023). Orçamento público no Brasil (1^a ed.). Belo Horizonte; São Paulo: D'Plácido.
- Conti, J. M. (2004). Federalismo fiscal. São Paulo: Editora Manole Ltda.
- Costa, N. D. R. (2022). A resiliência das grandes cidades brasileiras e a pandemia da Covid-19. *Saúde em Debate*, 45, 10-20. <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E201>
- Cruz, A. F. D., Lopes, B. L., Pimenta, D. P. & Soares, G. F. (2018). A gestão fiscal do estado do Rio de Janeiro: uma análise à luz da LRF e da sustentabilidade da dívida no período

- de 2001 a 2017. *Revista de Administração Pública*, 52, 764–775. <https://doi.org/10.1590/0034-7612174116>
- D’Albuquerque, R. W. & Palotti, P. L. D. M. (2021). Federalismo e execução dos serviços públicos de atendimento do governo federal: a experiência brasileira nas políticas sociais. *Revista Brasileira de Ciência Política*, 35, e232504. <https://doi.org/10.1590/0103-3352.2021.35.232504>
- Da Silva Filho, L. A., de Lima, F. E. M., Palácio, J. G. & Gledson, W. (2017). Comportamento das receitas próprias municipais da Bahia e Pernambuco: análise do primeiro decênio do século XXI. *Revista de Economia Mackenzie*, 14(1), 107–122.
- Dallari, D. de A. (2019). O Estado Federal (2^a ed.). São Paulo: Saraiva.
- Debaco, E. S. & Jorge Neto, P. M. (1998). Competição entre os estados por investimentos privados. Fortaleza: CAEN/UFC.
- Falleti, T. G. (2005). A sequential theory of decentralization: Latin American cases in comparative perspective. *American Political Science Review*, 99(3), 327–346. <https://doi.org/10.1017/S0003055405051695>
- Falleti, T. G. (2010). Decentralization and subnational politics in Latin America. Cambridge: University Press.
- Franzese, C. (2010). Federalismo cooperativo no Brasil: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas (Tese de Doutorado em Administração Pública e Governo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo). Recuperado de <https://hdl.handle.net/10438/8219>
- Gadelha, S. R. D. B. (2018). Introdução ao federalismo e ao federalismo fiscal no Brasil. Brasília: Enap. Recuperado de <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/3186>
- Garruti, D. V. T., Barboza, F. L. de M. & Diniz, J. A. (2024). Utilization of Artificial Intelligence in fiscal stress forecasting: evidence for Brazilian municipalities. *Advances in Scientific and Applied Accounting*, 17(3), 152–166. <https://doi.org/10.14392/asaa.2024170307>
- Gomes, E. C. D. S. (2009). Fundamentos das transferências intergovernamentais. *Direito Público*, 6(27), 76–93. <https://doi.org/10.11117/22361766.27.01.03>
- Gonçalves, R. F., Bezerra, A. F. B., Espírito Santo, A. C. G. D., Sousa, I. M. C. D., Duarte-Neto, P. J. & Silva, K. S. D. B. (2009). Confiabilidade dos dados relativos ao cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 2612–2620. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200008>
- Guedes, J. R. D. M. (2001). Comentários à lei de responsabilidade fiscal (pp. 1–141).

- Recuperado de <https://acesse.one/Fdvnq>
- Khair, A. A., & Vignoli, F. H. (2001). Manual de orientação para crescimento da receita própria municipal (pp. 1–152). Recuperado de <https://acesse.one/VpMjf>
- Kobayashi, T. C. (2024). *Boletim de Indicadores de Finanças Públicas de Uberlândia - 5º bimestre*. Centro de Estudos, Pesquisas e Projetos Econômico-sociais da Universidade Federal de Uberlândia (CEPES/UFU). Recuperado de <https://www.ieri.ufu.br/en/node/2031>
- Lazzari, J. B. (2003). Fontes de financiamento do Sistema Único de Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, 4(1), 75–84. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/268313177.pdf>
- Lopreato, F. L. C. (2022). Federalismo brasileiro: origem, evolução e desafios. *Economia e Sociedade*, 31(1), 1–41. <https://doi.org/10.1590/1982-3533.2022v31n1art01>
- Lui, L., Dal Moro, R. M., Ferreira, D. M., Morais, H. M. M. de & Fleig, S. T. (2022). A potência do SUS no enfrentamento à Covid-19: alocação de recursos e ações nos municípios brasileiros. *Trabalho, Educação e Saúde*, 20, e00247178. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs00247>
- Marconi, M. D. A. & Lakatos, E. M. (2021). Fundamentos de metodologia científica: métodos científicos, técnicas de pesquisa, elaboração de referências bibliográficas. São Paulo: Atlas.
- Marencio, A., Strohschoen, M. T. B. & Joner, W. (2017). Capacidade estatal, burocracia e tributação nos municípios brasileiros. *Revista de Sociologia e Política*, 25(64), 03–21. <https://doi.org/10.1590/1678-987317256401>
- Mazon, L. M., Colussi, C. F., Senff, C. O. & Freitas, S. F. T. D. (2018). Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil. *Saúde em Debate*, 42(116), 38–51. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811603>
- Mendes, Á. & Funcia, F. (2021). Financiamento e gasto público em saúde: desafios para o SUS em tempos de austeridade. *Saúde em Debate*, 45(spe1), 1–14. <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E100>
- Mendes, M., Miranda, R. B. & Cosio, F. B. (2008). Transferências intergovernamentais no Brasil: diagnóstico e proposta de reforma (Vol. 40, pp. 1–111). Brasília: Senado Federal, Consultoria Legislativa. <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td-40-transferencias-intergovernamentais-no-brasil-diagnostico-e-proposta-de-reforma>
- Mendes, W. A., Teixeira, K. M. D. & Ferreira, M. A. M. (2021). Os investimentos em saúde pública: uma avaliação do desempenho dos gastos públicos em Minas Gerais. *Enfoque*:

- Reflexão Contábil*, 40(1), 88–105. <https://doi.org/10.4025/efoque.v40i1.45643>
- Milioni, K. C., Behr, A. & Goularte, J. L. L. (2015). Análise do processo de elaboração da proposta de Lei Orçamentária Anual em uma Instituição Pública Federal de Ensino Superior. *Revista Gestão Universitária na América Latina-GUAL*, 8(4), 164–188. <http://dx.doi.org/10.5007/1983-4535.2015v8n4p164>
- Ministério da Saúde. (2024). Sistema Único de Saúde (SUS). <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>
- Moreira, L. M. D. C., Ferré, F. & Andrade, E. I. G. (2017). Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1245–1256. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28252016>
- Oliveira, F. A. D. (2007). Teorias da Federação e do Federalismo Fiscal: o caso brasileiro. Texto para Discussão, 43, 1–58. https://dspace.almg.gov.br/bitstream/11037/45181/1/2_OLEVEIRA%20Fabr%C3%ADcio%20Augusto.%20Teorias%20da%20federal%C3%A7%C3%A3o%20e%20do%20federalismo%20fiscal%20-%20o%20caso%20brasileiro.pdf
- Ozaki, M. T. & Biderman, C. (2004). A importância do regime de estimativa de ISS para a arrecadação tributária dos municípios brasileiros. *Revista de Administração Contemporânea*, 8, 99–114. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552004000400006>
- Paula, H. C. D. & Pinho, M. M. (2023). A eficiência das políticas públicas e o custo da autonomia dos municípios brasileiros. *RAM. Revista de Administração Mackenzie*, 24, eRAMF230196. <https://doi.org/10.1590/1678-6971/eramf230196.en>
- Paim, J. S., Teixeira, C. F. & Ferreira, J. P. (2011). Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11), 2433–2445. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100012>
- Pereira, A. M. M., Lima, L. D. D. & Machado, C. V. (2018). Descentralização e regionalização da política de saúde: abordagem histórico-comparada entre o Brasil e a Espanha. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 2239–2252. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.08922018>
- Pereira, J. G. M. A. (2008). Sustentabilidade da dívida pública dos estados brasileiros (pp. 1–80). <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/AMSA-7LGKEX>
- Pinheiro, T. C. (2009). Hierarquia urbana e situação fiscal dos municípios brasileiros. *Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos*, 3(1), 107–127. <https://www.revistaaber.org.br/rberu/article/view/30>
- Pinto, É. G., de Moraes Bahia, A. M. F. & Santos, L. (2017). O financiamento da saúde na

- Constituição de 1988: um estudo em busca da efetividade do direito fundamental por meio da equalização federativa do dever do seu custeio mínimo. *A&C-Revista de Direito Administrativo & Constitucional*, 16(66), 209–237. <https://doi.org/10.21056/aec.v16i66.366>
- Piola, S. F., Francisco, A. A. & Oliveira, L. R. (2022). Sustentabilidade do financiamento da saúde no Brasil: desafios e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(8), 2969–2978. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.09172022>
- Postali, F. A. S. & Rocha, F. F. (2003). Federalismo fiscal enquanto esquema de seguro regional: uma avaliação do caso brasileiro. *IPEA*, 33(3), 573–595. <https://ppe.ipea.gov.br/index.php/ppe/article/view/83>
- Prado, S. (2001). Transferências fiscais e financiamento municipal no Brasil. São Paulo: FUNDAP.
- Prefeitura de Duque de Caxias. (2023). Portal da transparência. Recuperado em 8 de setembro de 2025, de <https://www.duquedecaxias.rj.gov.br/transparencia>
- Prefeitura de Sorocaba. (2023). Portal da transparência. Recuperado em 8 de setembro de 2025, de [https://www.sorocaba.sp.gov.br/portal-transparecia/](https://www.sorocaba.sp.gov.br/portal-transparencia/)
- Prefeitura de Uberlândia. (2023). Investimento da Prefeitura de Uberlândia em saúde supera em mais de 100% previsão constitucional. Recuperado de <https://www.uberlandia.mg.gov.br/2023/noticia/investimento-da-prefeitura-de-uberlandia-em-saude-supera-em-mais-de-100-previsao-constitucional/>
- Prefeitura de Uberlândia. (2024). Saúde de Uberlândia recebe investimentos da gestão municipal e é destaque nacional em 2023. Prefeitura de Uberlândia. <https://acesse.one/PQlsn>
- Prefeitura Municipal de Uberlândia, Secretaria Municipal de Saúde. (2021). Plano Municipal de Saúde 2022–2025. Prefeitura Municipal de Uberlândia. <https://docs.uberlandia.mg.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/Plano-Municipal-2022-2025-1.pdf>
- Rezende, F. (2010). Sustentabilidade fiscal nos municípios brasileiros: desafios e caminhos. *Revista de Administração Pública*, 44(3), 577–600. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122010000300005>
- Ribeirão Preto. (2025). Secretaria Municipal de Saúde. https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/saude/esf?utm_source
- Sanches, O. M. (2004). Dicionário de orçamento, planejamento e áreas afins (2^a ed., pp. 1–394). Prisma. <https://acesse.one/CCyfR>
- Santos, A. M. S. P. (2004). Descentralização e autonomia financeira municipal: a perspectiva

- das cidades médias. *Indicadores Econômicos FEE*, 32(3), 101–126. <https://revistas.planejamento.rs.gov.br/index.php/indicadores/article/view/423/653>
- Santos, J. A. D., Mendes, Á. N., Pereira, A. C. & Paranhos, L. R. (2017). 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*, 22(4), 1269–1280. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.2845 2016>
- Santos, M. A., Piekas, A., Bernardy, R. & Sehnem, S. (2014). Impacto da sustentabilidade econômico-financeira no desenvolvimento regional. *Economia e Desenvolvimento*, 26(2), 56–73. <https://doi.org/10.1234/ed.2014.262>
- Santos, N. R. D. (2013). SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 273–280. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100028>
- Secretaria da Saúde - Governo do Estado de São Paulo. (2025). Governo de São Paulo anuncia R\$ 274 milhões para a Saúde de Sorocaba e região. <https://l1nk.dev/zwGZc>
- Secretaria do Tesouro Nacional. (2007). Receitas públicas: manual de procedimentos: aplicado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios (4^a ed., pp. 1–233). <http://anexos.datalegis.inf.br/arquivos/1235321.pdf>
- Simão, J. B. & Orellano, V. I. F. (2015). Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. *Estudos Econômicos* (São Paulo), 45(1), 33–63. <https://doi.org/10.1590/0101-4161201545133jbv>
- Silva, C. R. M. D. & Crisóstomo, V. L. (2019). Gestão fiscal, eficiência da gestão pública e desenvolvimento socioeconômico dos municípios cearenses. *Revista de Administração Pública*, 53, 791–801. <https://doi.org/10.1590/0034-761220180234>
- Silva, M. C. D., Maciel, J. H. B., Chacon, M. J. M. & Araujo, A. O. (2012). Gastos com saúde: uma análise do cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000 pelos 100 municípios brasileiros mais populosos, no período de 2000 a 2008. *REUNIR Revista de Administração, Contabilidade e Sustentabilidade*, 2(1), 1–20. <https://doi.org/10.18696/reunir.v2i1.31>
- Silva Filho, L. A., Lima, F. E. M., Palácio, J. G. & Gledson, W. (2017). Comportamento das receitas próprias municipais da Bahia e Pernambuco: análise do primeiro decênio do século XXI. *Revista de Economia Mackenzie*, 14(1), 107–122. <https://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/rem/article/view/10309>
- Soares, C. S., Flores, S. A. M. & Coronel, D. A. (2014). O comportamento da receita pública municipal: um estudo de caso no Município de Santa Maria (RS). *Desenvolvimento em*

- Questão*, 12(25), 312–338. <https://www.redalyc.org/pdf/752/75230088012.pdf>
- Soares, M. M. & Machado, J. Â. (2018). Federalismo e políticas públicas (pp. 1–112). Brasília: Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/3331>
- Soares, M. M. & Melo, B. G. D. (2016). Condicionantes políticos e técnicos das transferências voluntárias da União aos municípios brasileiros. *Revista de Administração Pública*, 50, 539–562. <https://doi.org/10.1590/0034-7612138727>
- Souza, R. (2002). O Sistema Público de Saúde brasileiro. In Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas (pp. 1–44). https://www.inesul.edu.br/site/documentos/sistema_publico_brasileiro.pdf
- Souza, A. M., Marengo, J. A. & Almeida, L. B. (2014). Análise do desempenho socioeconômico de municípios gaúchos emancipados. *Revista de Educação e Pesquisa em Contabilidade (REPeC)*, 8(3), 232–250. <https://doi.org/10.17524/repec.v8i3.996>
- Supremo Tribunal Federal. (2020). ADI nº 1.923/DF. Brasília: STF
- Tesouro Nacional. (2021). Fonte ou destinação de recursos. <https://1lnk.dev/LYgCA>
- Tribunal de Contas da União (TCU). (2024). Gestão financeira e transferências. <https://portal.tcu.gov.br/gestao-financeira-e-transferencias>
- Ugá, M. A. D. (2019). O financiamento da saúde no Brasil: avanços e impasses. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4341–4350. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.32232017>
- Vieira, F. S. & Benevides, R. P. D. S. (2016). Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília: Ipea. https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT_n28_Dsoc.pdf
- Vieira, F. S., Piola, S. F. & Benevides, R. P. de S. (2019). Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor (No. 2516). *Texto para Discussão*, 1–71. <https://www.econstor.eu/handle/10419/211465>
- Vieira, J. B. & Barreto, R. T. D. S. (2019). Governança, gestão de riscos e integridade. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), 1–240. <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/4281>

APÊNDICE: PRODUTO TÉCNICO-TECNOLÓGICO

RELATO TÉCNICO CONCLUSIVO: Descentralização Fiscal e Sustentabilidade do Financiamento da Saúde: Evidências de Uberlândia/MG e Cidades Comparáveis

CONTEXTO

A elaboração e o financiamento de políticas públicas estão intrinsecamente ligados ao modelo institucional adotado por cada país, sendo o federalismo um dos arranjos políticos mais relevantes para nações com territórios extensos e diversidade socioeconômica. No Brasil, esse sistema permite a divisão administrativa em unidades subnacionais — estados, municípios e distritos — que operam sob a coordenação de um governo central, com o objetivo de descentralizar o poder e promover eficiência na gestão pública (Anderson, 2009; Abrucio & Franzese, 2007). A Constituição Federal de 1988 representou um marco ao fortalecer a autonomia financeira dos municípios e instituir mecanismos de transferência de recursos, consolidando um modelo de federalismo fiscal que busca equilibrar as desigualdades regionais (Gadelha, 2018).

No entanto, a partir da década de 1990, o país passou por um processo de recentralização fiscal, no qual a União retomou parte do controle sobre a arrecadação tributária e os repasses destinados aos entes subnacionais. Esse movimento, aliado à crescente demanda por serviços públicos essenciais, como saúde e educação, colocou os municípios diante de desafios para manter a sustentabilidade financeira (Soares & Melo, 2016). No âmbito da saúde, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 ampliou as responsabilidades municipais, transferindo a gestão de serviços para os governos locais, mas sem garantir recursos suficientes para cobrir os custos crescentes (Simão & Orellano, 2015).

Este relato busca contribuir para o debate sobre a descentralização fiscal e a capacidade dos municípios de financiar políticas públicas de saúde, com foco em Uberlândia/MG e em cidades comparáveis (Sorocaba, Ribeirão Preto e Duque de Caxias) no período de 2019 a 2023. A pesquisa analisa a relação entre receitas próprias, transferências constitucionais e repasses do SUS, investigando se os municípios conseguem equilibrar suas contas diante das demandas por serviços de saúde. A escolha dessas cidades justifica-se pela similaridade populacional e socioeconômica, permitindo uma análise robusta dos desafios enfrentados em diferentes contextos regionais.

O objetivo central do relato é analisar como a descentralização fiscal impacta a sustentabilidade do financiamento da saúde pública em municípios brasileiros, com ênfase em Uberlândia e nas cidades de porte semelhante. A proposta é identificar os principais desafios e possibilidades que a gestão municipal enfrenta ao tentar assegurar o acesso aos serviços de saúde diante das limitações orçamentárias e das exigências crescentes da população.

Para alcançar esse propósito, o estudo foi orientado por quatro objetivos específicos. O primeiro consiste em examinar a evolução da arrecadação própria e das transferências constitucionais destinadas à saúde em Uberlândia, estabelecendo uma análise com os repasses efetuados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). O segundo objetivo busca avaliar a relação entre as receitas tributárias locais — como Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto Sobre Serviços (ISS) e Imposto de Transmissão de Bens Imóveis (ITBI) — e os gastos municipais com saúde, com o intuito de verificar se os recursos arrecadados são suficientes para atender às demandas

locais. O terceiro objetivo é comparar o desempenho financeiro de Uberlândia com o de Sorocaba, Ribeirão Preto e Duque de Caxias, permitindo identificar padrões e diferenças no financiamento da saúde pública entre municípios de características semelhantes. Por fim, o quarto objetivo propõe discutir os efeitos da Emenda Constitucional nº 95/2016, que instituiu o teto de gastos, sobre os orçamentos municipais, especialmente no que diz respeito à capacidade de investimento em saúde.

A relevância do tema justifica-se pela centralidade da saúde pública como direito social garantido pela Constituição e pela importância de compreender como o modelo de federalismo fiscal adotado no Brasil tem influenciado a gestão orçamentária local. Embora o SUS tenha ampliado o acesso aos serviços de saúde, a manutenção de uma rede pública eficiente depende de um financiamento estável e suficiente. Com a descentralização administrativa, os municípios passaram a desempenhar um papel fundamental na implementação das políticas de saúde, mas continuam enfrentando limitações estruturais, como a dependência de transferências intergovernamentais e a reduzida capacidade de geração de receitas próprias (Santos et al., 2017).

A análise proposta busca oferecer uma visão concreta de como essas dinâmicas fiscais se expressam na prática, gerando evidências que possam subsidiar melhorias nas políticas públicas e contribuir para a redução das desigualdades regionais no acesso à saúde. Além disso, a comparação entre diferentes realidades municipais permite apontar caminhos e alternativas que possam fortalecer a gestão da saúde em contextos diversos. Por fim, a pesquisa está alinhada ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 – Saúde e Bem-Estar, ao contribuir com evidências empíricas para a formulação de políticas públicas mais equitativas e sustentáveis, voltadas à garantia do acesso universal e de qualidade aos serviços de saúde.

Para melhor organizar a apresentação dos resultados e garantir uma leitura fluida e comprehensível, este relato técnico está estruturado em cinco seções principais. Após esta introdução, o referencial teórico apresenta as bases conceituais que fundamentam a análise, com foco no federalismo fiscal e no financiamento da saúde pública municipal. Em seguida, a seção de metodologia descreve os procedimentos adotados na coleta e análise dos dados. A seção de resultados expõe os achados da pesquisa, dialogando com os autores aplicados ao tema e utilizando tabelas para ilustrar os principais indicadores financeiros e orçamentários. Por fim, as conclusões sintetizam as evidências encontradas, destacando as implicações para a gestão pública municipal e sugerindo caminhos para futuras pesquisas.

DESENVOLVIMENTO

Este relato tem caráter descritivo e comparativo, utilizando abordagem mista com técnicas quantitativas e qualitativas. O objetivo central foi analisar a capacidade de financiamento da saúde pública municipal, com foco em Uberlândia (MG) entre os anos de 2019 e 2023, a partir de uma comparação com três municípios de porte semelhante: Ribeirão Preto (SP), Sorocaba (SP) e Duque de Caxias (RJ).

A escolha desses municípios considerou critérios como tamanho populacional e perfil socioeconômico, permitindo estabelecer um parâmetro de comparação. Essa estratégia é semelhante à utilizada por Mazon et al. (2018), que comparou municípios catarinenses ao analisar a aplicação de recursos federais e estaduais na saúde.

O **Produto Técnico-Tecnológico (PTT)** foi utilizado para apresentar os resultados de forma organizada e acessível. Ele reúne informações sobre receitas próprias, transferências

constitucionais, repasses do SUS e despesas em saúde em um único documento, facilitando a consulta e a comparação entre municípios. Dessa maneira, o PTT auxilia gestores, pesquisadores e formuladores de políticas no planejamento e na tomada de decisões sobre a alocação de recursos e a gestão dos serviços de saúde.

A coleta de dados foi feita exclusivamente em fontes oficiais, como o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), o Portal da Transparência de Uberlândia, o Fundo Nacional de Saúde (FNS) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Também foram utilizadas informações disponíveis no Tribunal de Contas da União (TCU) e no Banco do Brasil, relacionadas às transferências constitucionais.

O levantamento envolveu a organização das receitas e despesas municipais destinadas à saúde, considerando tanto os recursos próprios como as transferências da União e do Estado. A estrutura de coleta e organização seguiu procedimentos semelhantes aos descritos em Mazon et al. (2018) e Silva, Maciel, Chacon & Araujo (2012), que também trabalharam com dados secundários oficiais para avaliar o financiamento da saúde.

Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas, permitindo o cálculo de indicadores como: participação dos recursos próprios nas despesas com saúde, repasses per capita, evolução das receitas tributárias e cumprimento dos percentuais mínimos de investimento em saúde previstos pela legislação.

A análise comparativa entre os municípios buscou identificar padrões na capacidade de financiamento, dificuldades enfrentadas e possíveis diferenças na alocação de recursos. A estrutura de análise seguiu metodologia semelhante à utilizada por Simão e Orellano (2015), que avaliaram a relação entre receitas municipais e transferências do SUS.

Além disso, foi realizada a verificação do cumprimento dos limites constitucionais estabelecidos pela Emenda Constitucional nº 29/2000 e pela Lei Complementar nº 141/2012. Esse aspecto já foi tema de estudos anteriores, como os de Campelli e Calvo (2007) e Silva et al. (2012), que abordaram o grau de cumprimento das normas de financiamento por parte dos municípios brasileiros.

As variáveis foram agrupadas em quatro grandes categorias:

- i. Receitas Tributárias e Transferências Constitucionais: Incluindo impostos municipais e repasses como FPM e ICMS.
- ii. Transferências Fundo a Fundo do SUS: Recursos federais e estaduais destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
- iii. Despesa Total em Saúde: Incluindo despesas correntes, de capital e com pessoal.
- iv. Percentual Mínimo de Aplicação e Restos a Pagar: Avaliação do cumprimento dos limites constitucionais de investimento em saúde.

Essas categorias seguem as orientações legais que regem a gestão orçamentária no setor público de saúde, bem como os procedimentos de análise adotados em estudos aplicados sobre o tema, como os de Santos et al. (2017) e Mazon et al. (2018).

RESULTADOS

A análise comparativa entre Uberlândia, Ribeirão Preto, Sorocaba e Duque de Caxias revelou que, apesar da similaridade populacional, os municípios apresentam diferenças importantes em relação ao contexto econômico e à estrutura de serviços de saúde.

Com base nos dados de 2022, todos os municípios possuem porte populacional semelhante,

variando entre 694 mil e 713 mil habitantes. Contudo, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita de 2021 indica maior capacidade econômica em Ribeirão Preto e Uberlândia, seguidos por Sorocaba e, por último, Duque de Caxias. Essa diferença impacta diretamente a capacidade de arrecadação e, consequentemente, o financiamento da saúde.

Em relação à rede de saúde, Uberlândia e Ribeirão Preto destacam-se pela presença de hospitais universitários federais, o que fortalece a atenção de média e alta complexidade. Sorocaba tem apresentado avanços, principalmente na atenção primária, enquanto Sorocaba enfrenta maiores dificuldades de arrecadação, especialmente no atendimento de alta complexidade.

A análise dos recursos destinados ao custeio da atenção básica mostrou que Uberlândia e Ribeirão Preto receberam valores progressivamente maiores ao longo dos anos, indicando investimento contínuo nesse nível de atenção. Sorocaba apresentou certa estabilidade, enquanto Duque de Caxias teve oscilações relevantes, com um aumento em 2023 (ver Tabela 1).

Tabela 1 – Repasses Federais para Custeio da Atenção Básica (2020-2023)

Município	2020	2021	2022	2023
Uberlândia	R\$ 42.547.673	R\$ 45.054.123	R\$ 52.516.783	R\$ 60.465.369
Sorocaba	R\$ 25.635.150	R\$ 22.325.039	R\$ 37.022.773	R\$ 30.968.403
Ribeirão Preto	R\$ 35.701.350	R\$ 39.420.534	R\$ 41.821.395	R\$ 49.771.395
Duque de Caxias	R\$ 50.420.574	R\$ 70.083.012	R\$ 40.548.854	R\$ 61.802.080

Fonte: SIOPS (2020-2023).

Uberlândia apresentou os maiores volumes de recursos na média e alta complexidade, consolidando-se como referência regional. Ribeirão Preto manteve um nível intermediário, enquanto Sorocaba e Duque de Caxias tiveram menores valores (ver Tabela 2).

Tabela 2 – Recursos para Média e Alta Complexidade (2020-2023)

Município	2020	2021	2022	2023
Uberlândia	R\$ 275.821.057	R\$ 354.787.553	R\$ 310.637.645	R\$ 318.341.054
Sorocaba	R\$ 118.361.798	R\$ 158.593.305	R\$ 140.065.831	R\$ 154.715.408
Ribeirão Preto	R\$ 135.429.030	R\$ 163.287.269	R\$ 149.153.469	R\$ 167.219.098
Duque de Caxias	R\$ 199.248.246	R\$ 316.325.020	R\$ 289.562.942	R\$ 278.451.372

Fonte: SIOPS (2020-2023).

No enfrentamento da pandemia, os quatro municípios receberam recursos extraordinários em 2020. Duque de Caxias foi o que recebeu o maior volume, seguido por Uberlândia (ver Tabela 3).

Os investimentos em infraestrutura foram baixos em todos os municípios. Duque de Caxias se destacou apenas em 2023 com um volume mais relevante em atenção especializada (ver Tabela 4).

Tabela 3 – Recursos Emergenciais para COVID-19 (2020)

Município	Total
Uberlândia	R\$ 85.310.422
Sorocaba	R\$ 42.334.529
Ribeirão Preto	R\$ 57.437.125
Duque de Caxias	R\$ 138.512.052

Fonte: SIOPS (2020).

A Tabela 4 evidencia que os repasses para investimentos são pontuais, dificultando a modernização e a ampliação das unidades de saúde (Mendes et al., 2008). Assim, embora os recursos de custeio mantenham o funcionamento diário da rede, a insuficiência de verbas para infraestrutura limita o fortalecimento do SUS e a melhoria das condições de atendimento.

Tabela 4 – Investimentos em Infraestrutura (2020-2023)

Município	Total
Uberlândia	3.025.999,00
Sorocaba	3.315.273,00
Ribeirão Preto	3.182.419,00
Duque de Caxias	54.885.012,00

Fonte: SIOPS (2020-2023).

Os percentuais de aplicação mínima em saúde também variaram. Uberlândia manteve os maiores índices, sempre acima dos 15% exigidos, enquanto Duque de Caxias apresentou os menores percentuais.

Tabela 5 – Percentual de Aplicação do Mínimo Constitucional (2020-2023)

Município	2020	2021	2022	2023
Uberlândia	29,96 %	30,60 %	31,98 %	34,27 %
Sorocaba	26,94 %	27,60 %	29,27 %	26,51 %
Ribeirão Preto	21,35 %	19,66 %	21,09 %	21,75 %
Duque de Caxias	16,94 %	17,72 %	20,19 %	21,40 %

Fonte: SIOPS (2023).

O detalhamento das receitas da Secretaria de Saúde de Uberlândia entre 2019 e 2023 mostrou forte dependência de receitas vinculadas, com baixo volume de recursos próprios. Em 2023, o município não teve registro de receitas não vinculadas para a saúde (ver Tabela 6).

Tabela 6 – Receitas da Secretaria de Saúde de Uberlândia (2019-2023)

Ano	Receita Não Vinculada (R\$)	Receita Vinculada (R\$)	Receita Total (R\$)
2019	R\$ 555.795	R\$ 205.266.871	R\$ 205.822.667
2020	R\$ 4.929.810	R\$ 333.658.389	R\$ 338.588.199
2021	R\$ 1.097.050	R\$ 357.026.958	R\$ 358.124.008
2022	R\$ 456.358	R\$ 370.464.000	R\$ 370.920.359
2023	R\$ 0	R\$ 268.240.560	R\$ 268.240.560

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia.

Do lado das despesas, observou-se crescimento considerável, com forte concentração nas despesas correntes, especialmente em contratos com OSCIPs e fundações (ver Tabela 7).

A comparação entre receitas e despesas deixa claro que, nos últimos anos, as despesas com saúde superaram em muito as receitas vinculadas ao setor, evidenciando um desafio fiscal crescente para o município.

Tabela 7 – Despesas da Secretaria de Saúde de Uberlândia (2019-2023)

Ano	Despesa Corrente (R\$)	Despesa de Capital (R\$)	Total (R\$)
2019	R\$ 600.207.861	R\$ 19.645.190	R\$ 628.853.051
2020	R\$ 771.457.821	R\$ 19.341.713	R\$ 799.599.534
2021	R\$ 918.215.025	R\$ 29.642.271	R\$ 956.828.395
2022	R\$ 960.061.922	R\$ 18.749.984	R\$ 990.055.200
2023	R\$ 1.130.646.956	R\$ 22.094.573	R\$ 1.186.453.692

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia.

Os dados analisados reforçam que a autonomia orçamentária municipal segue limitada, especialmente quando se considera a rigidez das transferências e a baixa capacidade de geração de receitas próprias. Uberlândia, apesar de apresentar melhores indicadores em comparação aos demais municípios analisados, também enfrenta desafios para equilibrar receitas e despesas. Os resultados dialogam com os achados de Santos et al. (2017), Silva et al. (2012) e Campelli e Calvo (2007), reforçando a importância de aprimorar os mecanismos de financiamento intergovernamental da saúde no Brasil.

CONCLUSÕES

O estudo analisou a relação entre a descentralização fiscal e a sustentabilidade do financiamento da saúde pública em municípios brasileiros, com foco em Uberlândia/MG e cidades comparáveis (Sorocaba, Ribeirão Preto e Duque de Caxias) no período de 2019 a 2023. A pesquisa evidenciou os desafios e as oportunidades do federalismo fiscal brasileiro, destacando como a autonomia municipal e as transferências intergovernamentais impactam a capacidade dos entes locais de garantir serviços de saúde de qualidade.

Os resultados demonstraram que o federalismo brasileiro, embora tenha avançado na descentralização de recursos e responsabilidades, ainda enfrenta desigualdades na distribuição de receitas e na capacidade de gestão dos municípios. Uberlândia destacou-se por sua robustez financeira, com investimentos acima da média em atenção básica e média/alta complexidade, refletindo sua posição como polo regional de saúde. No entanto, a dependência de transferências federais e estaduais mostrou-se um fator crítico, limitando a flexibilidade orçamentária e expondo os municípios a vulnerabilidades em cenários de redução de repasses.

A análise comparativa revelou disparidades marcantes entre os municípios estudados. Enquanto Uberlândia e Ribeirão Preto apresentaram estruturas de saúde mais consolidadas, Duque de Caxias enfrentou desafios estruturais, como a insuficiência de leitos e a dependência de serviços da capital fluminense. Essas diferenças reforçam a necessidade de mecanismos de equalização fiscal que considerem não apenas critérios populacionais, mas também demandas regionais e capacidades institucionais. Ou seja, a descentralização fiscal no Brasil representa um avanço na democratização da gestão pública, mas seu potencial só será plenamente realizado com maior equidade na distribuição de recursos e fortalecimento da cooperação federativa.

Os municípios, especialmente os de médio porte como Uberlândia, desempenham um papel central no SUS, mas enfrentam desafios estruturais que exigem soluções inovadoras e um diálogo permanente entre os entes federados. Este estudo contribui para esse debate, destacando a necessidade de políticas fiscais mais justas e eficientes, capazes de assegurar o direito universal à saúde em um contexto de diversidade regional e restrições orçamentárias.

Este estudo possui limitações que devem ser reconhecidas. Em primeiro lugar, a análise

concentrou-se em apenas quatro municípios, o que, embora permita uma comparação detalhada, limita a generalização dos resultados para outras realidades municipais. Estudos futuros poderiam ampliar o escopo geográfico, incluindo um maior número de cidades com perfis socioeconômicos diversos.

Outra limitação refere-se à qualidade e à disponibilidade dos dados. Embora tenham sido utilizadas fontes oficiais, como o SIOPS e os portais de transparência, inconsistências em registros orçamentários e diferenças metodológicas entre municípios podem afetar a precisão das comparações. A ausência de dados padronizados sobre eficiência na aplicação dos recursos também dificulta a avaliação do impacto real dos investimentos em saúde.

Para avançar na compreensão do tema, recomenda-se que pesquisas futuras explorem a Readequação dos Critérios de Distribuição: É necessário revisar os critérios de repasse de recursos, incorporando indicadores de eficiência, necessidades epidemiológicas e capacidade institucional. A atual lógica de distribuição, baseada principalmente em parâmetros populacionais, não considera as desigualdades regionais e as demandas específicas de cada território.

Análise de Impacto das Transferências: Estudos quantitativos poderiam mensurar o efeito das transferências constitucionais e voluntárias na qualidade e no acesso aos serviços de saúde, utilizando métodos como análise de dados em painel ou modelos de regressão.

Cooperação Intermunicipal: Investigar modelos de consórcios ou redes regionais de saúde que possam otimizar recursos e reduzir custos, especialmente em municípios menores ou com menor capacidade arrecadatória.

Referências

- Abrucio, F. L., & Franzese, C. (2007). Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. *Tópicos de economia paulista para gestores públicos*, 1, 13-31.
- Anderson, G. (2009). *FEDERALISMO: UMA INTRODUÇÃO*. ed. 1. São Paulo: FGV.
- Araújo, C. E. L., Gonçalves, G. Q., & Machado, J. A. (2017). Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 953-963. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.15542016>
- Campelli, M. G. R., & Calvo, M. C. M. (2007). O cumprimento da Emenda Constitucional nº.29 no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 1613-1623. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700012>
- Cruz, A. F. D., Lopes, B. L., Pimenta, D. P., & Soares, G. F. (2018). A gestão fiscal do estado do Rio de Janeiro: uma análise à luz da LRF e da sustentabilidade da dívida no período de 2001 a 2017. *Revista de Administração Pública*, 52, 764-775. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7612174116>
- Gadelha, S. R. D. B. (2018). Introdução ao federalismo e ao federalismo fiscal no Brasil.
- Lazzari, J. B. (2003). Fontes de financiamento do Sistema Único de Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, 4(1), 75-84. DOI: Lazzari, J. B. (2003). Fontes de financiamento do Sistema Único de Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, 4(1), 75-84. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v4i1p75-84>
- Marencó, A., Strohschoen, M. T. B., & Joner, W. (2017). Capacidade estatal, burocacia e tributação nos municípios brasileiros. *Rev. de Sociologia e Política*, 25(64), 03-21. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-987317256401>

- Mazon, L. M., Colussi, C. F., Senff, C. O., & Freitas, S. F. T. D. (2018). Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil. *Saúde em Debate*, 42(116), 38-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811603>
- Postali, F. A. S., & Rocha, F. F. (2003). Federalismo fiscal enquanto esquema de seguro regional: uma avaliação do caso brasileiro. *Revista PPE*, 33, 573-595. DOI:
- Prado, S. (2001). Transferências fiscais e financiamento municipal no Brasil. *Relatório de Pesquisa Descentralização Fiscal e Cooperação Financeira Intergovernamental*. EBAP/Fundação Konrad Adenauer. DOI:
- Santos, J. A. D., Mendes, Á. N., Pereira, A. C., & Paranhos, L. R. (2017). 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*, 22(4), 1269-1280. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28452016>
- Simão, J. B., & Orellano, V. I. F. (2015). Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. *Estudos Econômicos (São Paulo)*, 45(1), 33-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-4161201545133jbv>
- Soares, M. M., & Melo, B. G. D. (2016). Condicionantes políticos e técnicos das transferências voluntárias da União aos municípios brasileiros. *Revista de Administração Pública*, 50, 539-562. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7612138727>

Qualidade do PTT

Com base na análise detalhada do *Relato Técnico Conclusivo* intitulado "**Descentralização Fiscal e Sustentabilidade do Financiamento da Saúde: Evidências de Uberlândia/MG e Cidades Comparáveis**", apresenta-se a seguir a avaliação do PTT conforme os cinco critérios exigidos:

Aderência

O PTT apresenta forte aderência à área de concentração em Gestão Organizacional, uma vez que se debruça sobre a sustentabilidade fiscal da gestão municipal da saúde, tema diretamente vinculado à eficiência organizacional e à governança pública. A análise comparativa entre municípios brasileiros insere-se com nitidez na linha de pesquisa em Gestão Pública, com ênfase na avaliação de políticas públicas e modelos de financiamento, ambos componentes centrais do Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional (PPGGO). Ademais, embora não utilize técnicas computacionais diretamente, o PTT dialoga com o projeto de pesquisa "Previsão de Condição Financeira dos Municípios Mineiros por meio de Inteligência Artificial", ao oferecer evidências empíricas e estruturais que podem ser insumos para modelos preditivos em estudos futuros.

Impacto

A motivação do PTT decorre de uma demanda crítica e atual da gestão municipal de Uberlândia/MG:

compreender os limites da autonomia fiscal e os desafios do financiamento da saúde pública diante de crescentes restrições orçamentárias. O estudo investiga a capacidade de o município manter os serviços de saúde a partir de receitas próprias e transferências intergovernamentais, com base em evidências concretas entre 2019 e 2023.

O impacto potencial do PTT é alto, pois oferece um diagnóstico aprofundado que pode orientar decisões estratégicas da administração municipal e regional. Também pode subsidiar a formulação de políticas públicas baseadas em evidências, com foco na sustentabilidade fiscal e na equidade no acesso à saúde. Por outro lado, o impacto realizado, até o momento, é considerado baixo, pois não há registro de uso efetivo do PTT por parte de gestores públicos. Entretanto, o potencial transformador é evidente, especialmente se o material for apresentado a instâncias deliberativas e técnicas dos entes subnacionais.

Aplicabilidade

O PTT apresenta alta aplicabilidade potencial, pois sua estrutura metodológica é clara, replicável e baseada em fontes públicas acessíveis (SIOPS, IBGE, FNS, portais de transparência). A categorização das variáveis, os critérios de comparação entre municípios e os indicadores construídos podem ser facilmente empregados por equipes técnicas municipais ou por pesquisadores interessados em políticas públicas de saúde. Em termos de aplicabilidade realizada, considera-se baixa, dado que o produto ainda não foi formalmente utilizado por organizações demandantes.

Quanto à replicabilidade, o PTT é escalável, podendo ser reproduzido em outros municípios ou estados com diferentes portes populacionais, e inclusive adaptado para outras áreas de políticas públicas, como educação ou assistência social, mantendo a mesma lógica de análise fiscal comparativa.

Inovação

O PTT apresenta um grau de inovação médio, caracterizando-se como inovação incremental. Embora utilize conhecimentos já consolidados sobre federalismo fiscal e financiamento da saúde, o diferencial está na articulação comparativa entre municípios semelhantes e na análise crítica de dados recentes sob a ótica da sustentabilidade fiscal. A forma como os dados são organizados e interpretados, bem como a conexão com debates atuais como o teto de gastos e a rigidez orçamentária, permite avançar na compreensão prática de temas estruturantes da gestão pública municipal, oferecendo uma contribuição nova e contextualizada.

Complexidade

O desenvolvimento do PTT exigiu nível médio de complexidade, considerando que a produção envolveu múltiplas fontes de dados secundários, conhecimento técnico sobre finanças públicas e políticas de saúde,

além de rigor analítico para consolidação e interpretação dos indicadores. No entanto, não há evidência de envolvimento direto de múltiplos atores institucionais, como empresas, laboratórios ou redes colaborativas. A complexidade se concentra na articulação metodológica e temática, sendo resultado de uma atuação predominantemente individual ou de pequena equipe, com domínio técnico das áreas envolvidas.