

# CONTAS DE SAÚDE SOB A ÓTICA MUNICIPAL

# 4

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

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

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

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

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

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

## 4.1 RECEITAS MUNICIPAIS

### 4.1.1 AUTONOMIA FISCAL DOS MUNICÍPIOS

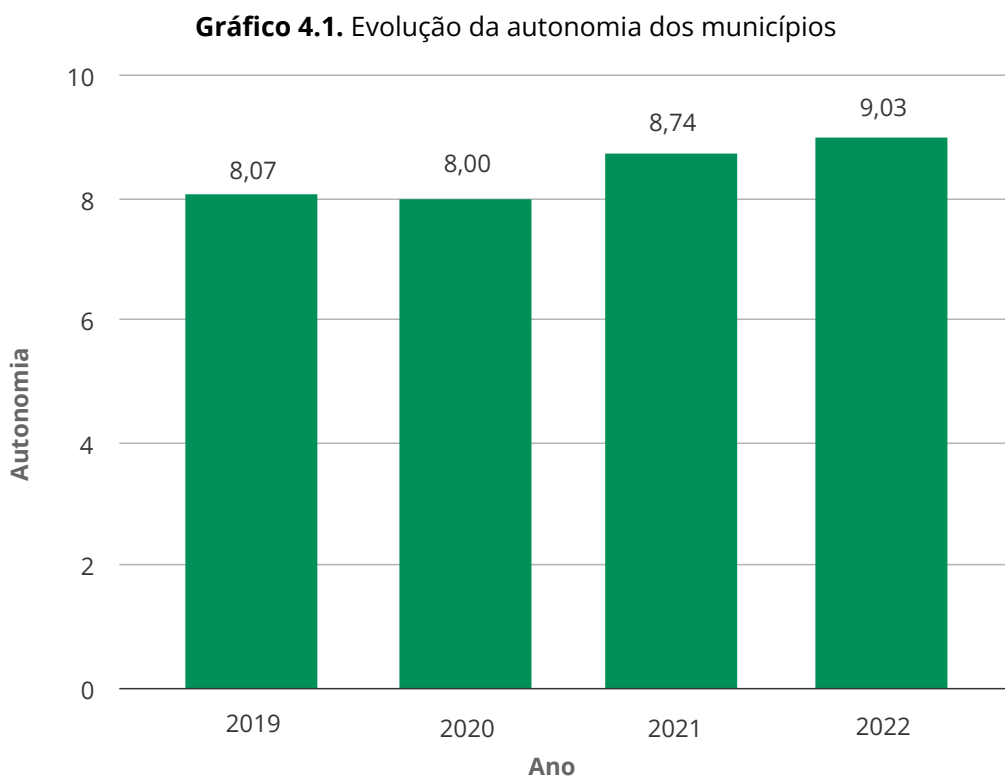
As receitas orçamentárias representam as disponibilidades de recursos financeiros que ingressam nos cofres públicos ao longo do exercício. Essas receitas viabilizam a execução das políticas públicas, sendo utilizadas pelo Estado para financiar programas e ações voltadas às necessidades da sociedade.

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

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

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

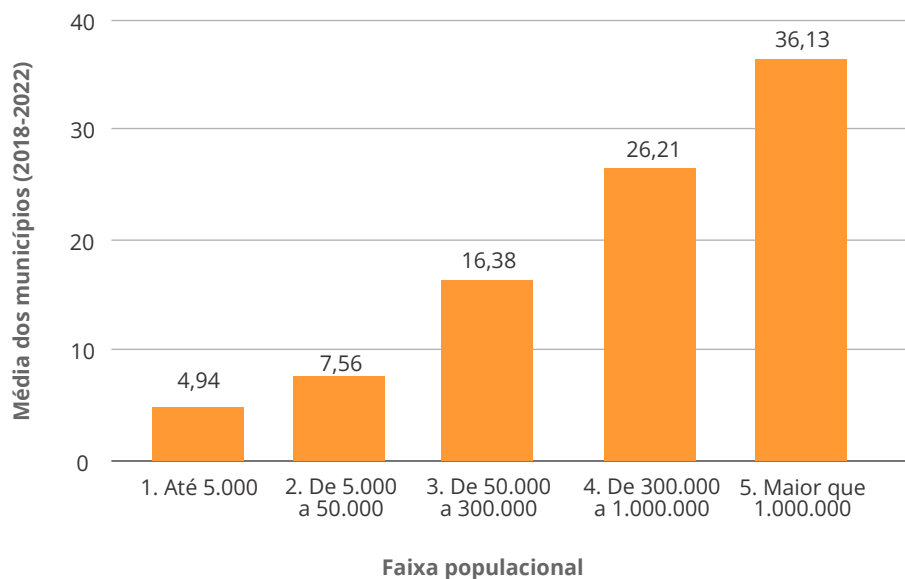
Nesse cálculo, o FPM é considerado uma transferência, pois a arrecadação está fora da gestão direta do município. De fato, o FPM é composto por 25,5% do Imposto de Renda (IR), e o mesmo percentual do IPI, ambos arrecadados pela União. Ainda que tecnicamente seja uma transferência involuntária, de caráter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



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

**Gráfico 4.2.** Evolução da autonomia por porte populacional



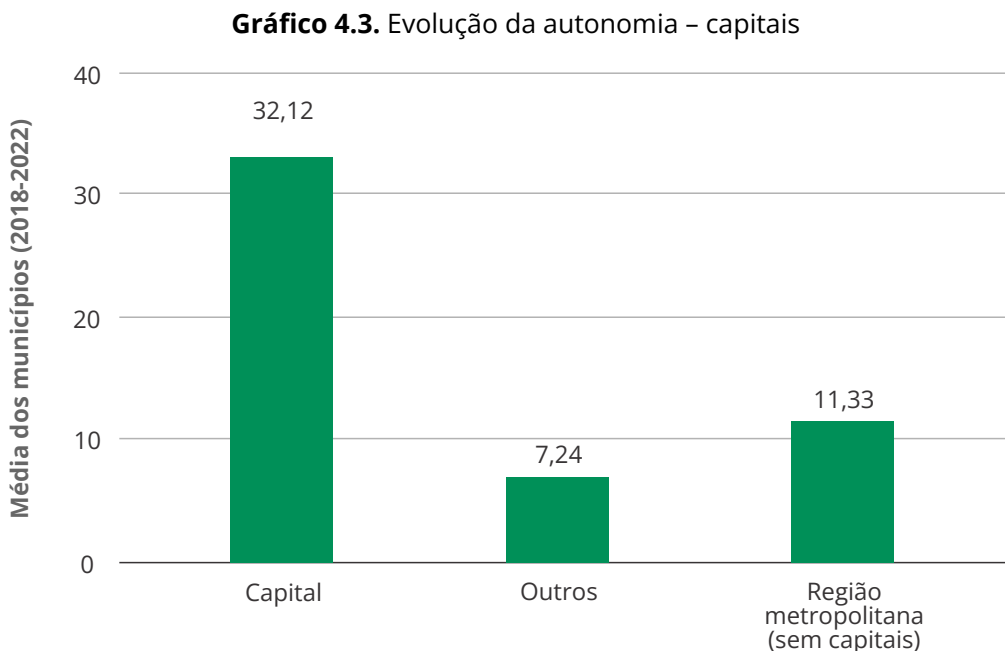
Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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

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

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



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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

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

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

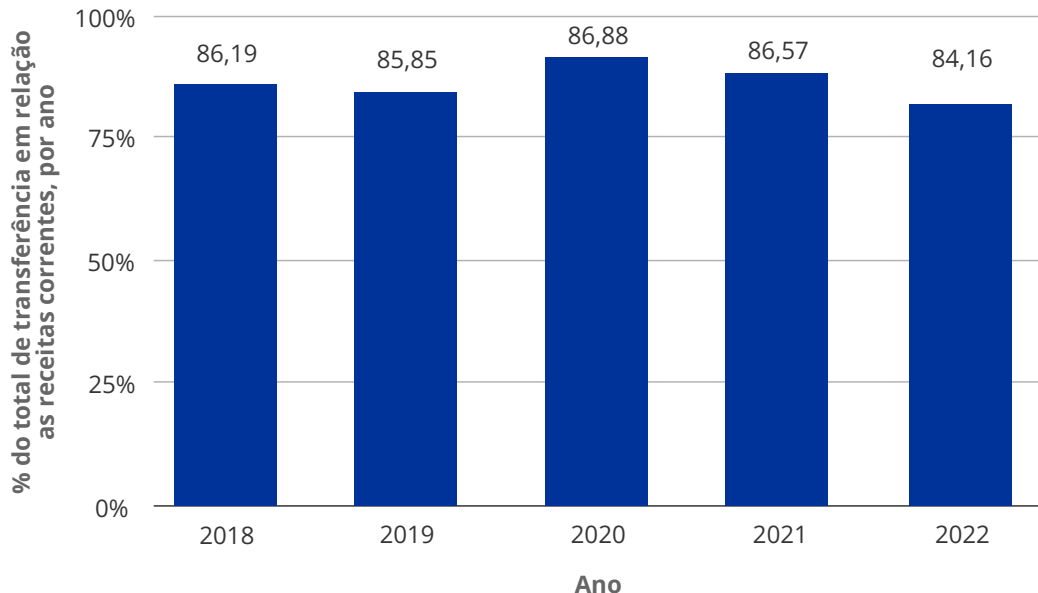
#### **4.1.2 RECEITA COM FPM, FPE E OUTRAS MODALIDADES**

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

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

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

**Gráfico 4.4.** Relevância das transferências

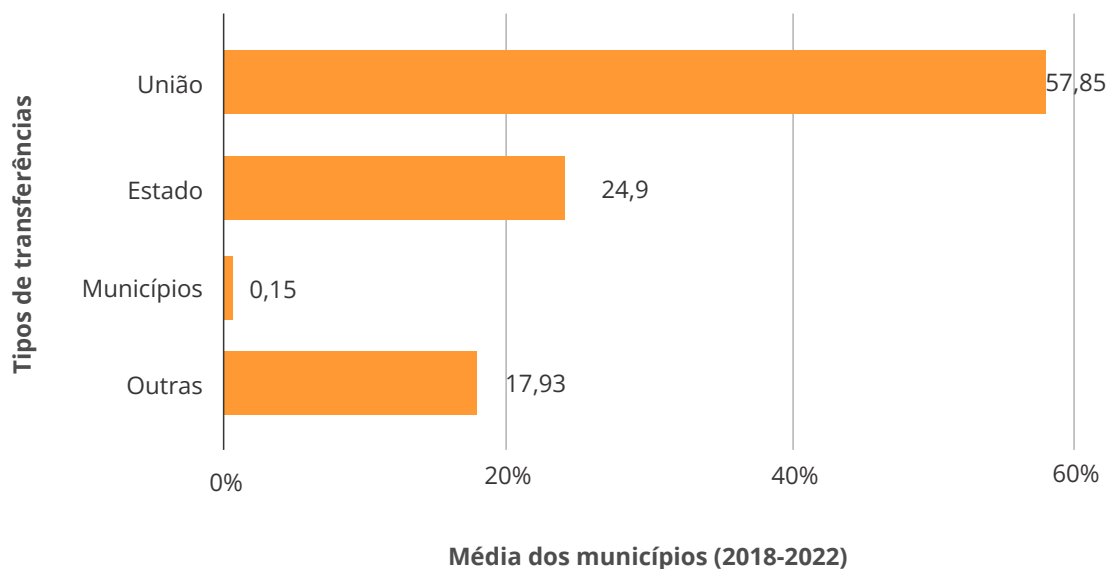


Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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

**Gráfico 4.5.** Tipo de transferências



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

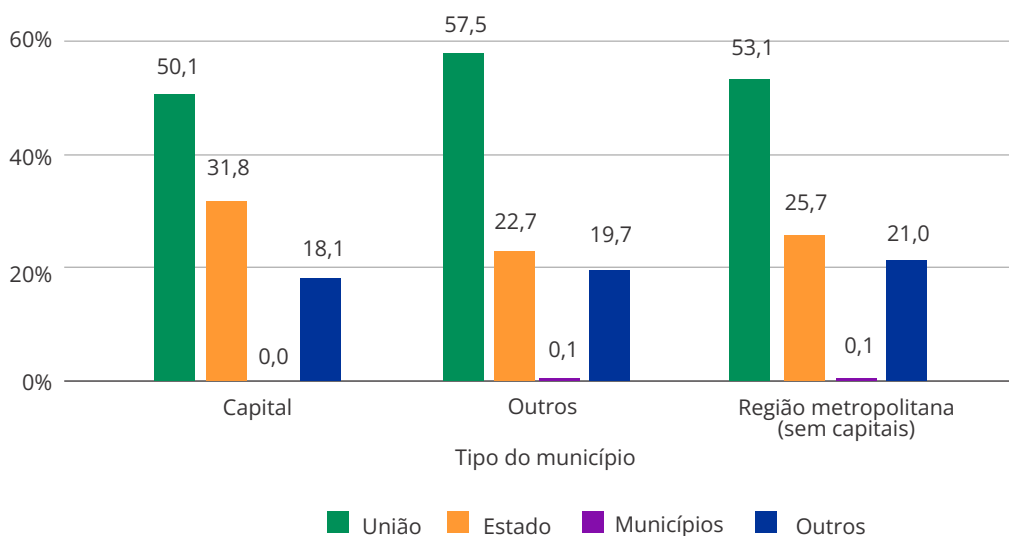
O gráfico 4.5 evidencia o perfil de transferências por ente federativo de origem em relação ao total de transferências governamentais recebidas pelos municípios brasileiros no período de 2018 a 2022.

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

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

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

**Gráfico 4.6.** Tipo de transferências por tipo de município



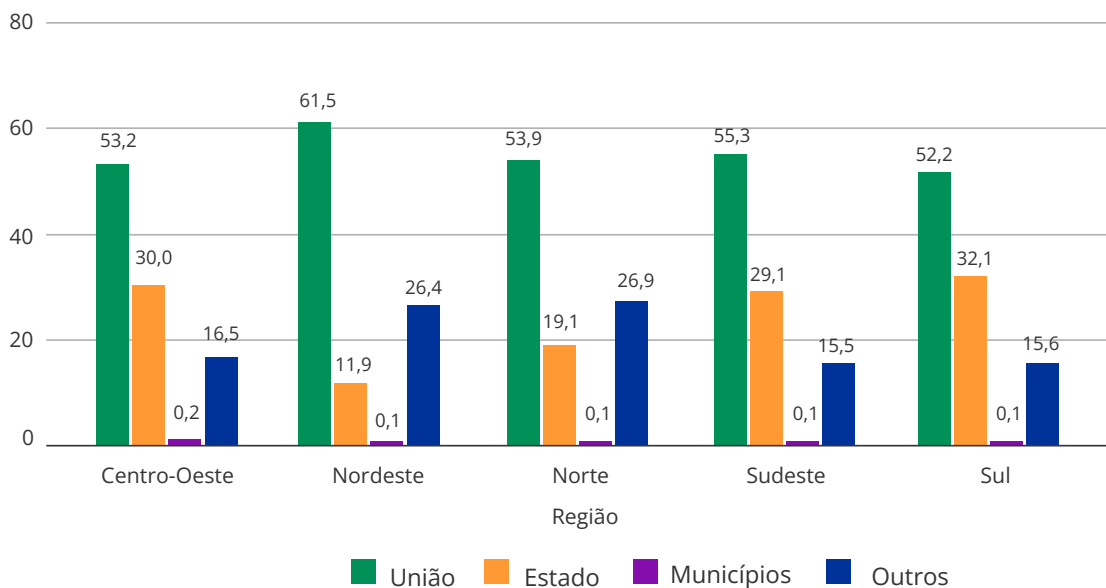
Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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

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

**Gráfico 4.7.** Tipo de Transferências por Tipo de Município



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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

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

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

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

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

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

## 4.2 PERFIL DAS DESPESAS MUNICIPAIS

### 4.2.1 DESPESAS POR SUBFUNÇÃO

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

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

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

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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

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

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

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

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

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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

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

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

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

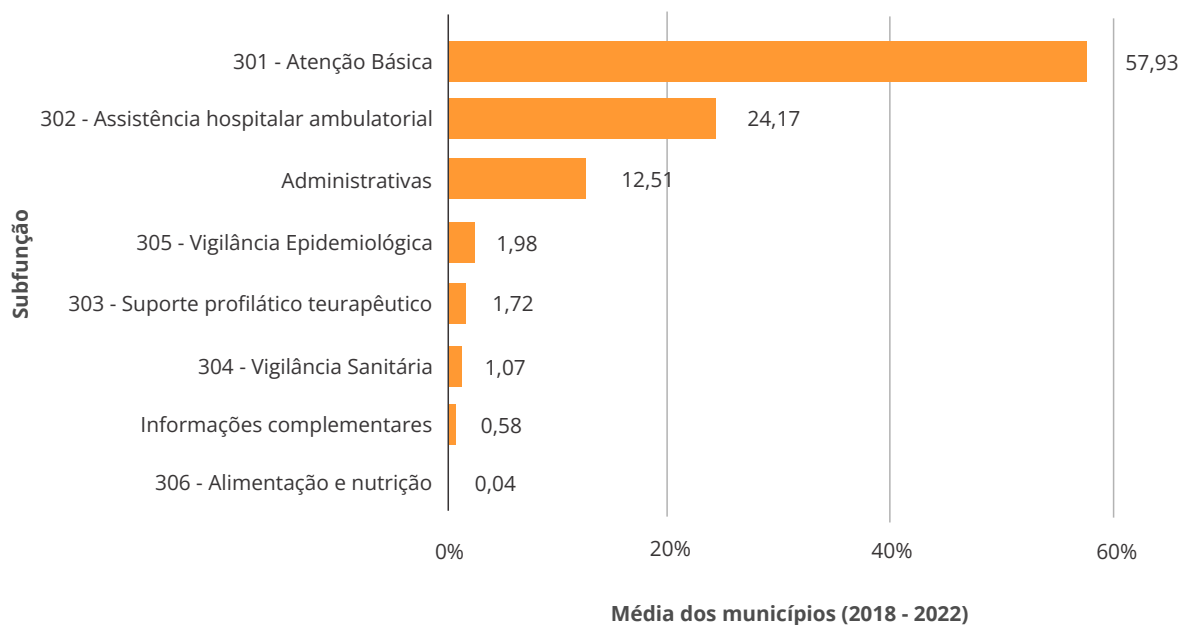
Função	Média Período em %	Valor em 2022 em %
301 - Atenção Básica	36.16%	37.05%
302 - Assistência Hospitalar Ambulatorial	42.90%	43.35%
303 - Suporte Profilático e Terapêutico	1.96%	2.12%
304 - Vigilância Sanitária	0.94%	0.99%
305 - Vigilância Epidemiológica	2.05%	2.18%
306 - Alimentação e Nutrição	0.04%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

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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

**Gráfico 4.8.** % de gastos médios por subfunção nos municípios



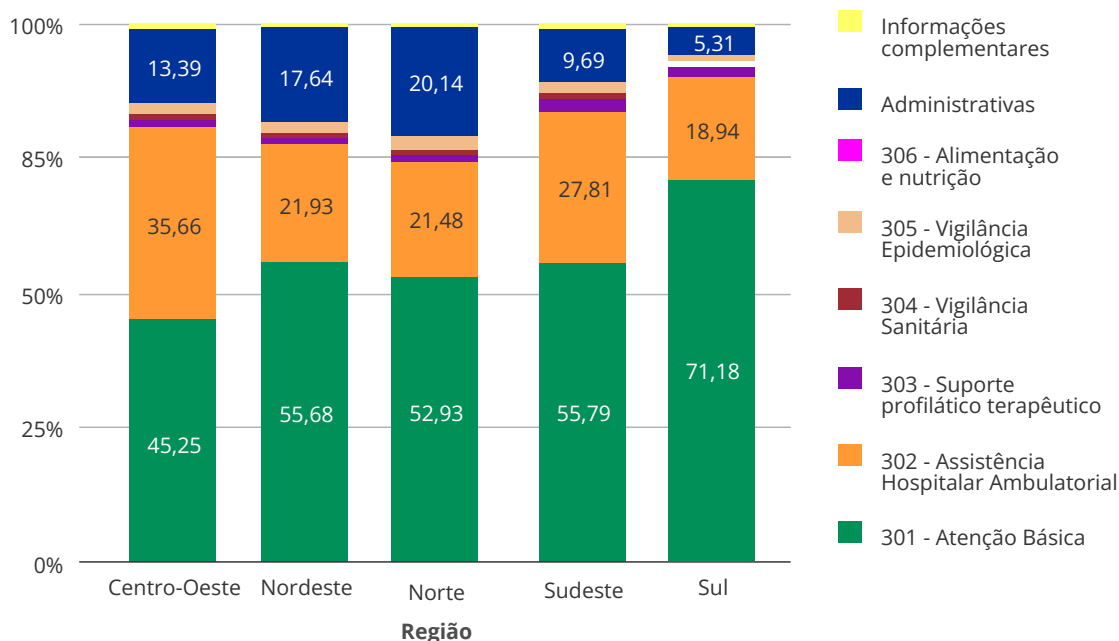
Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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

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

**Gráfico 4.9.** % de despesas por subfunção por região



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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

## 4.2.2 DESPESAS POR FONTE DE RECEITA

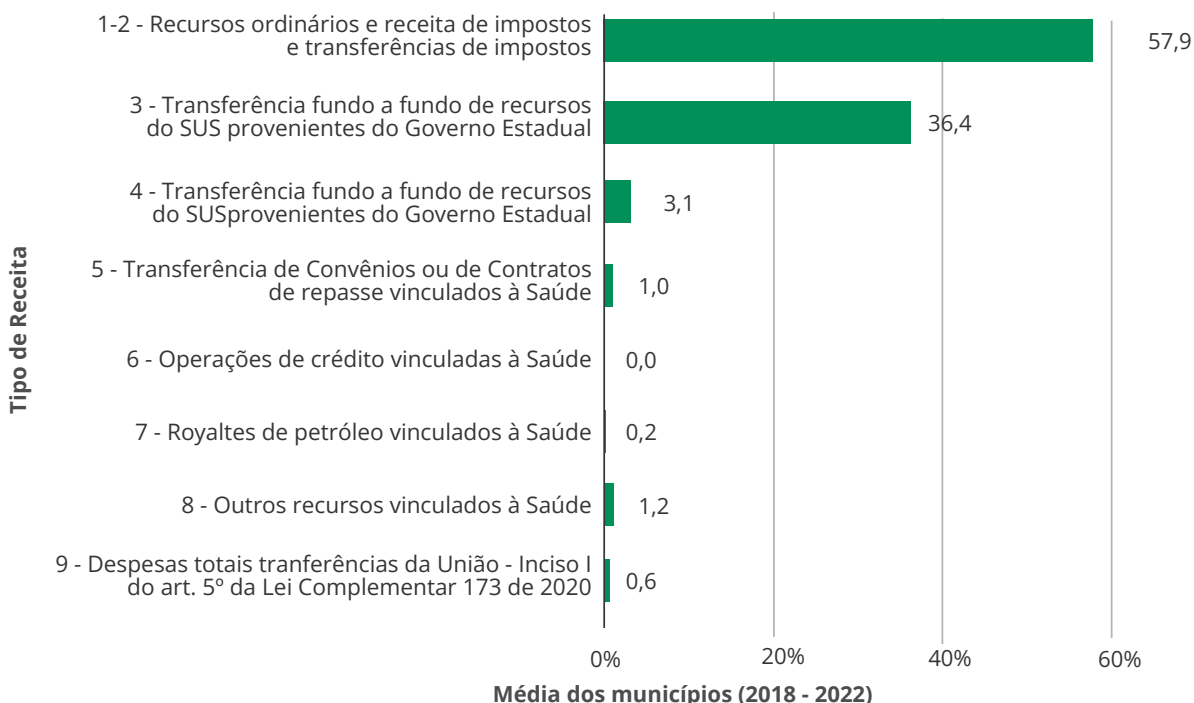
Na análise das despesas de saúde por fonte de receita, incorporamos os recursos do FPM, além da quota parte do ICMS e IPVA, ao total da arrecadação de impostos, taxas e contribuições. Trata-se do valor total disponível para os municípios conforme sua tributação local e sua parcela da arrecadação nos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

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

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

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

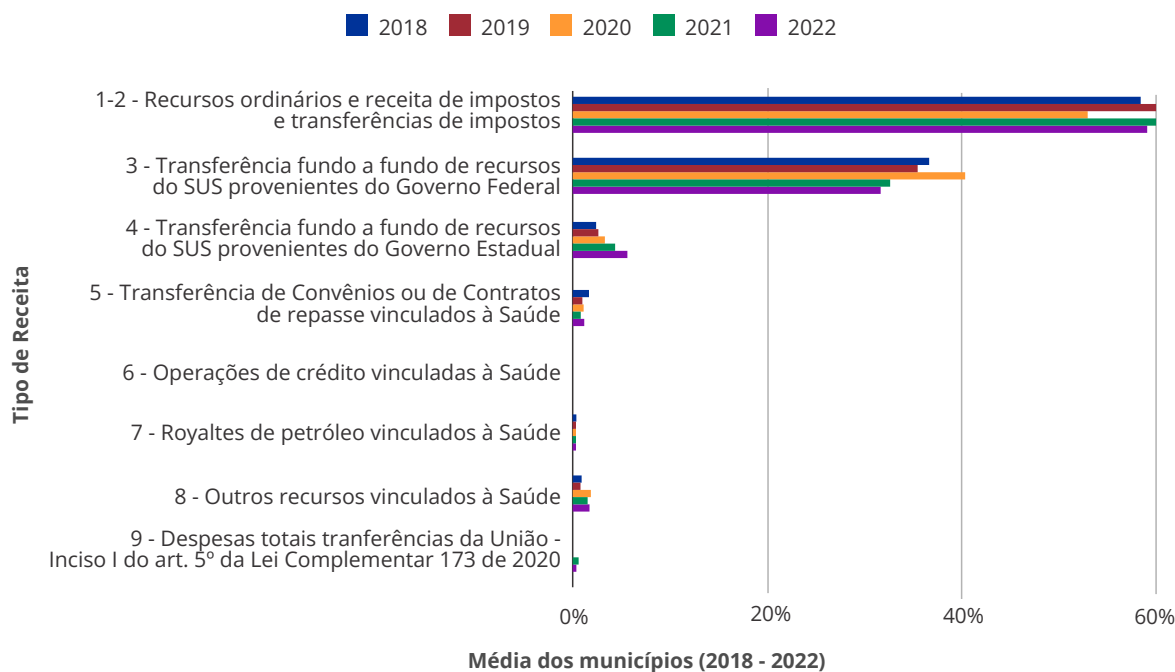
**Gráfico 4.10.** Participação das receitas nas despesas por tipo de receitas



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

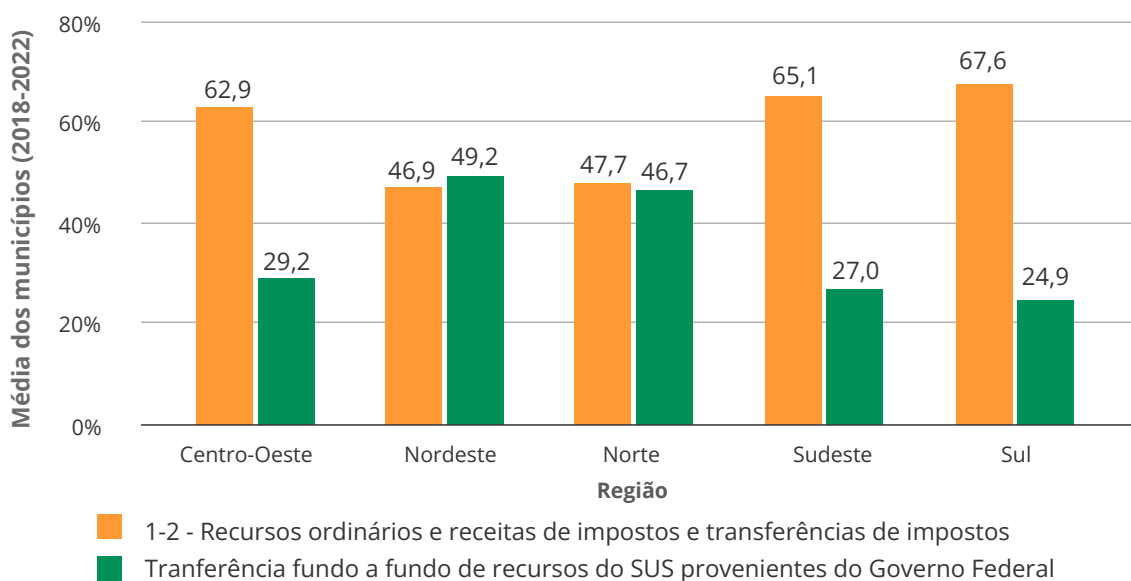
A linha das “Despesas Totais Transferências da União – inciso I do art. 5º da Lei Complementar nº 173 de 2020” é notável em 2020, mas quase inexistente nos outros anos. A LC nº 173, de 27 de maio de 2020, estabeleceu o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19) e alterou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

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

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

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

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



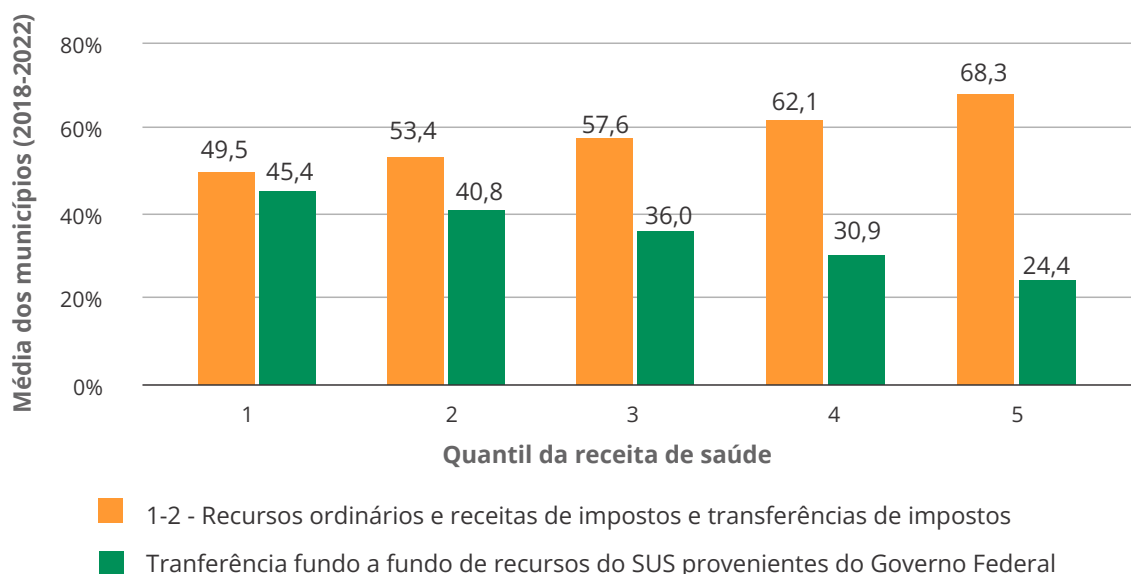
Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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

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

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



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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

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

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

**Tabela 4.5.** Distribuição dos gastos por subfunção por fonte em % 2018 a 2021

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

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Tabela 4.6.** Distribuição dos gastos por subfunção por fonte per capita em R\$ – 2018 a 202

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

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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

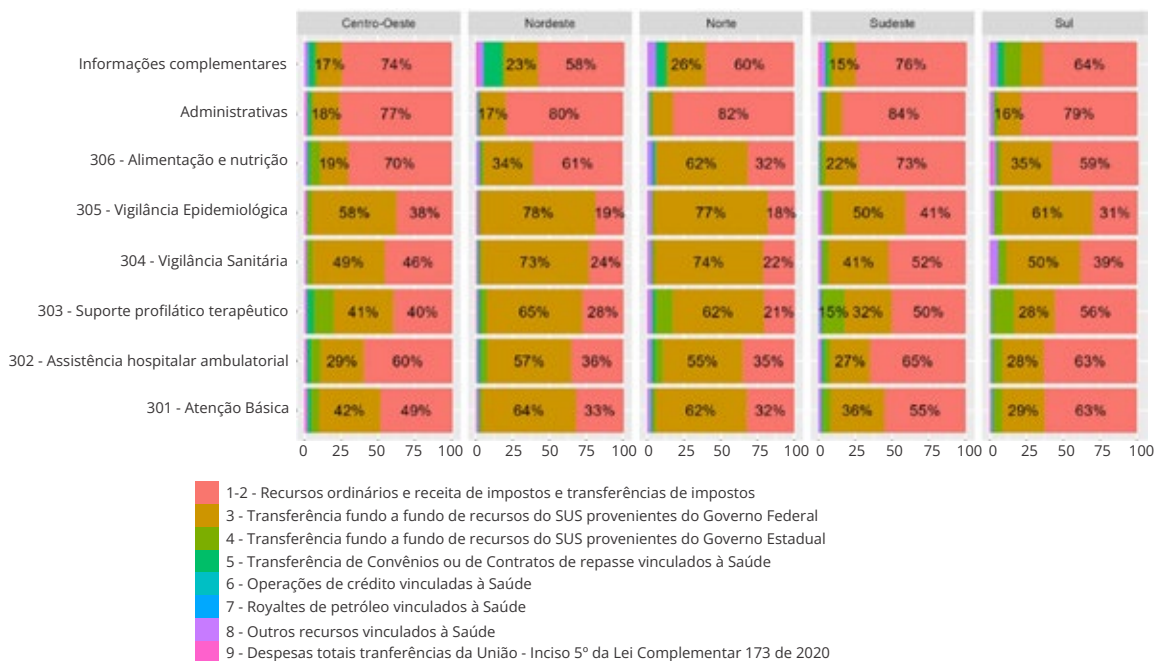
Nas demais subfunções, o padrão se repete: as despesas municipais não apenas se mantêm elevadas como também crescem em termos absolutos, mesmo com oscilações das demais fontes. Na AHA, por exemplo, os investimentos próprios passaram de R\$ 173,53 em 2018 para R\$ 251,20 em 2022, compensando parcialmente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

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

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

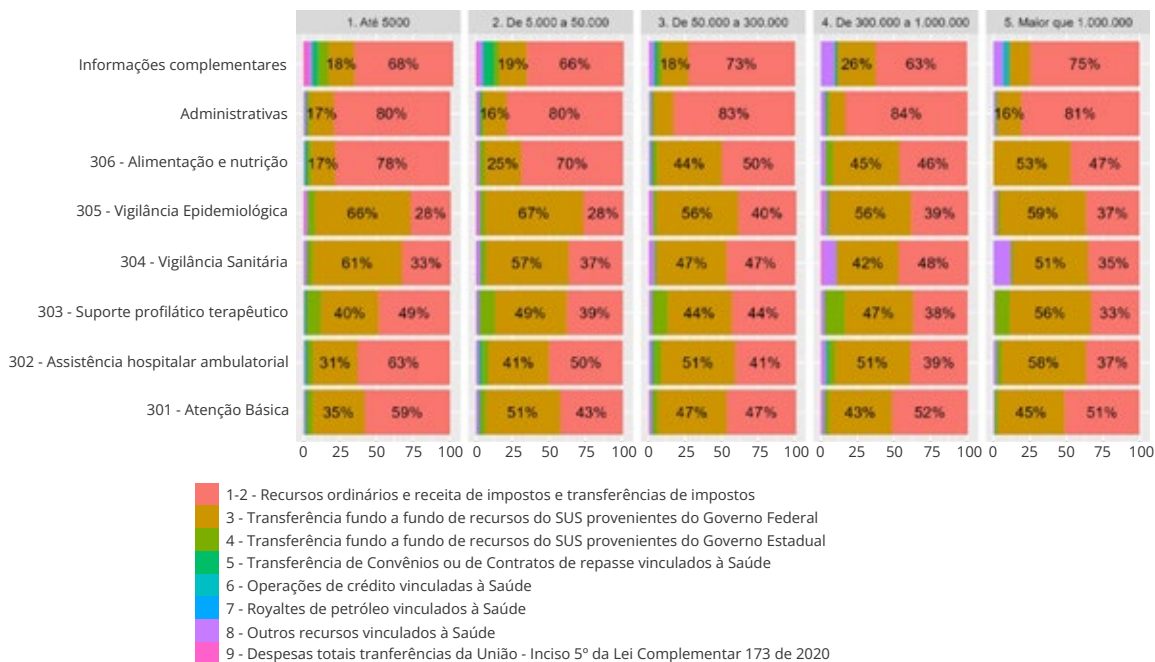
Essas diferenças regionais nas fontes de receita por subfunção de gasto refletem variações nas capacidades econômicas e nas prioridades de políticas públicas de saúde de cada região. As regiões com menor capacidade de mobilizar recursos próprios, como o Norte e Nordeste, contrastam com as regiões Sudeste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

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



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

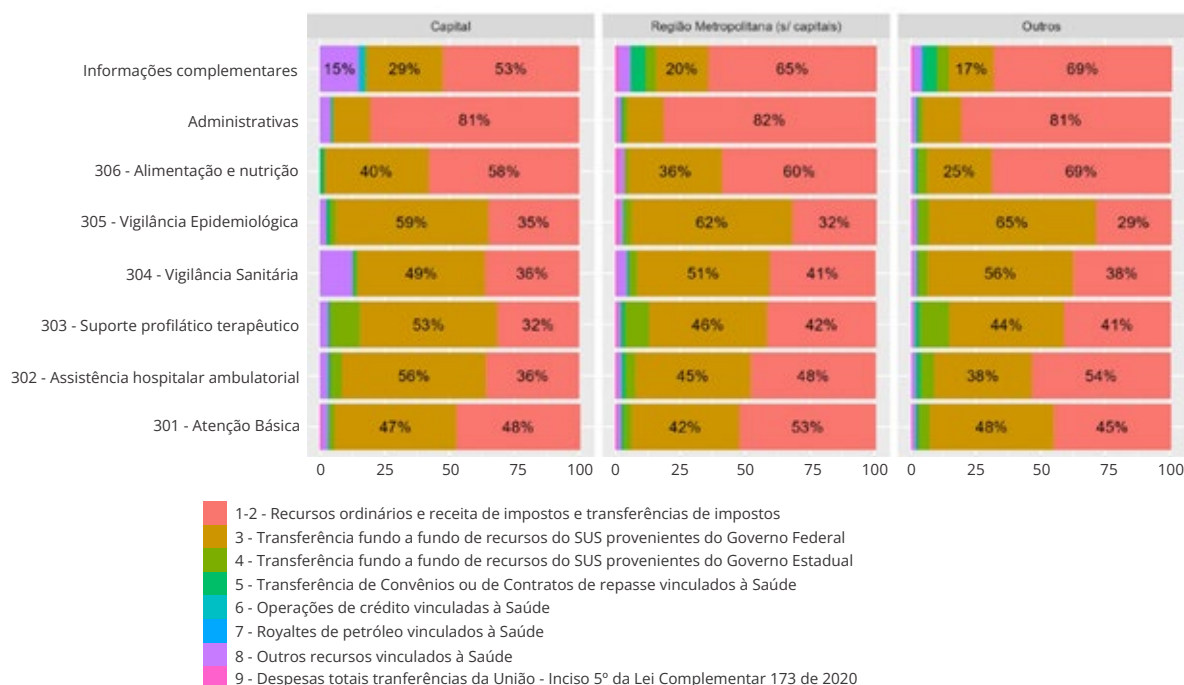
**Gráfico 4.15. % de despesas por subfunção e por fonte – tamanho de município**



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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

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

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

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

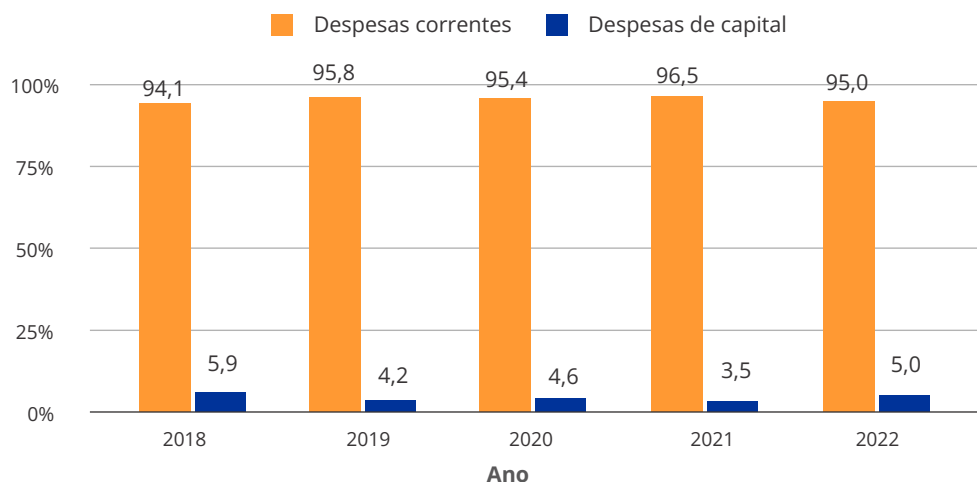
A relação entre dependência de transferências federais e capacidade de mobilizar recursos próprios evidencia a importância de um modelo de financiamento da saúde que leve em conta essas diferenças estruturais. Enquanto as capitais conseguem articular receitas próprias para reduzir sua dependência dos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

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

### 4.3 DESPESAS POR CATEGORIA ECONÔMICA

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

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



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

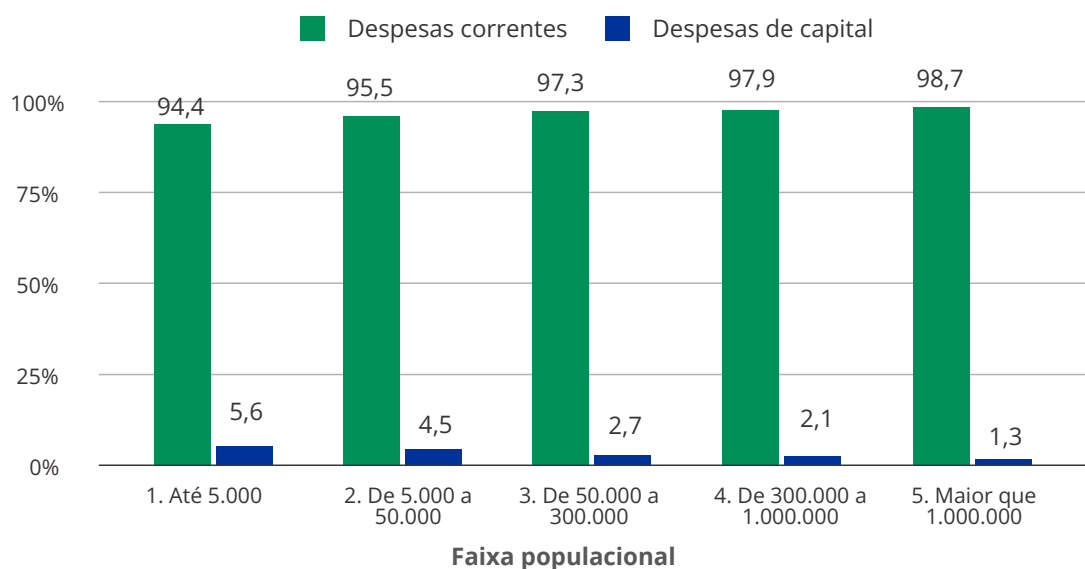
Em 2018, as despesas correntes representavam 94,1% do total enquanto as despesas de capital eram 5,9%. Em 2019, as despesas correntes aumentaram para 95,8%, com as despesas de capital reduzindo para 4,2%. Em 2020, as despesas correntes continuaram

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

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

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

**Gráfico 4.18.** Despesas correntes e de capital por faixa populacional



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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

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

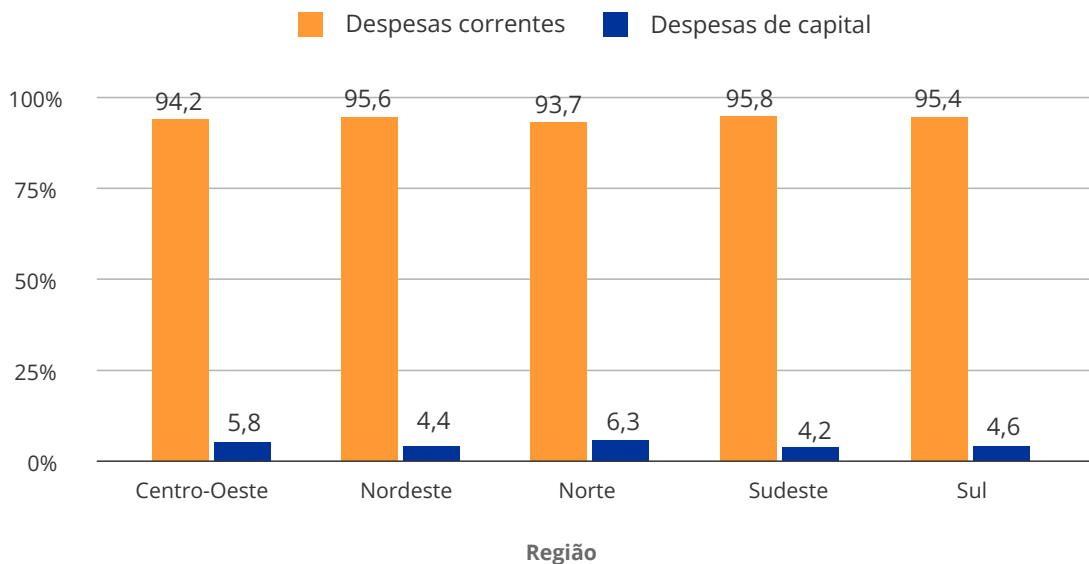
A análise revela a importância da retomada de investimentos contínuos em infraestrutura de saúde, especialmente nos municípios menores, para garantir a capacidade de expansão e melhoria dos serviços de saúde. Para os municípios maiores, há uma necessidade de equilibrar melhor as despesas correntes com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

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

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

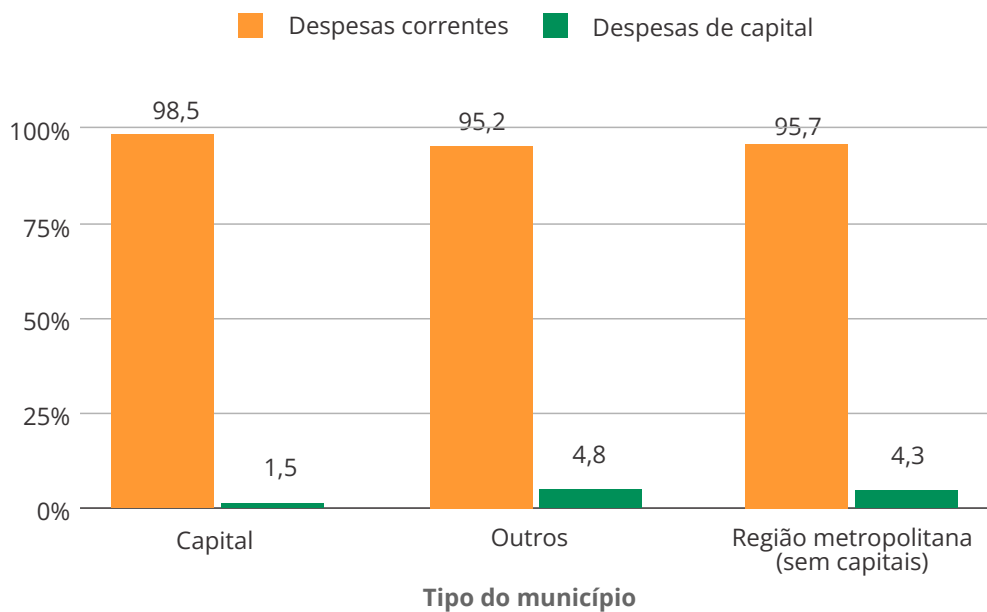
A análise revela que as diferentes regiões do Brasil têm uma composição variadas em relação às despesas de saúde por capital. Isso destaca a importância de estratégias regionais específicas para atender às necessidades e aos desafios de cada área, garantindo um desenvolvimento equilibrado e sustentável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

**Gráfico 4.19 - Despesas correntes e de capital por região**



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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

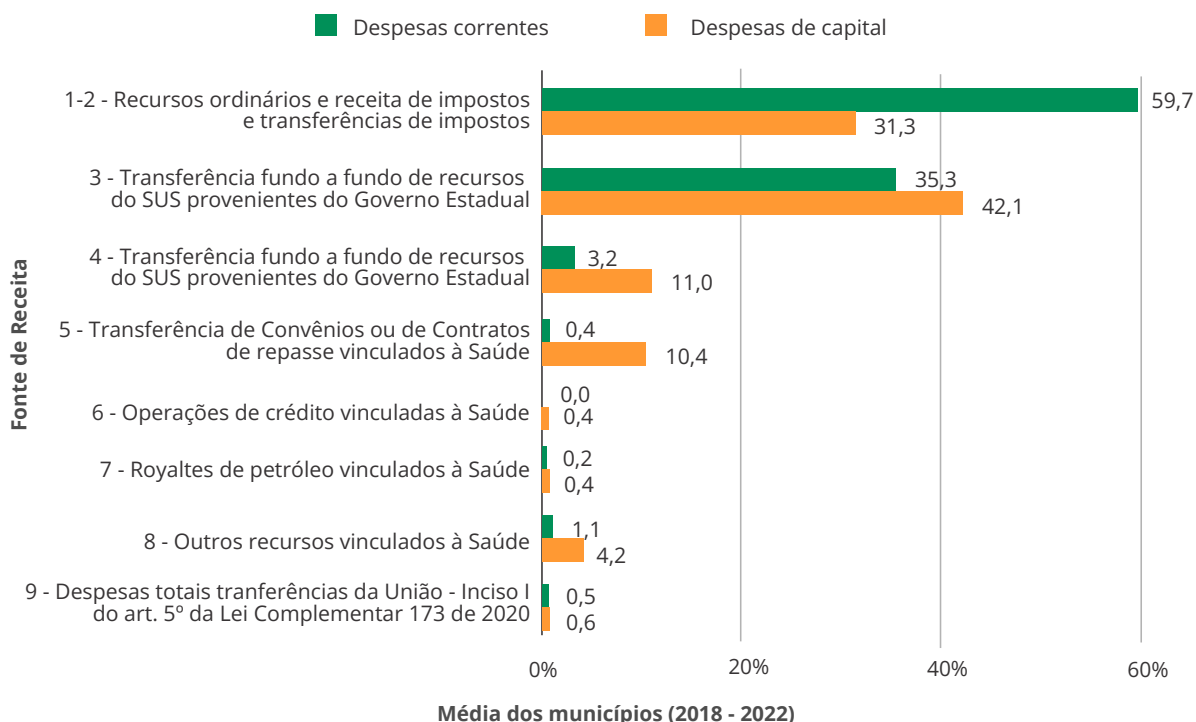
Os dados indicam que as capitais destinam uma menor parcela de seus orçamentos de saúde para despesas de capital em comparação com os municípios que não são capitais. Isso pode estar relacionado com a forte pressão exercida pelos gastos correntes para a manutenção da infraestrutura e dos serviços existentes,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

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

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

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

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



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

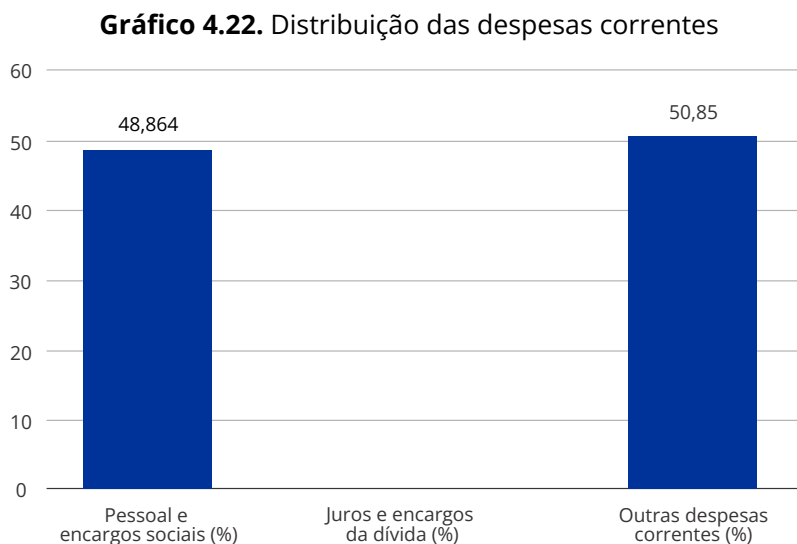
Para as despesas de capital, a principal fonte de financiamento são as transferências FAF de recursos do SUS provenientes do governo federal (42,1%). Em seguida, estão os recursos ordinários e receitas de impostos (31,3%), transferências de convênios ou de contratos de repasse vinculados à saúde (11%),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

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

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

### 4.3.1 DESPESAS CORRENTES

Analisamos agora em detalhe as despesas correntes



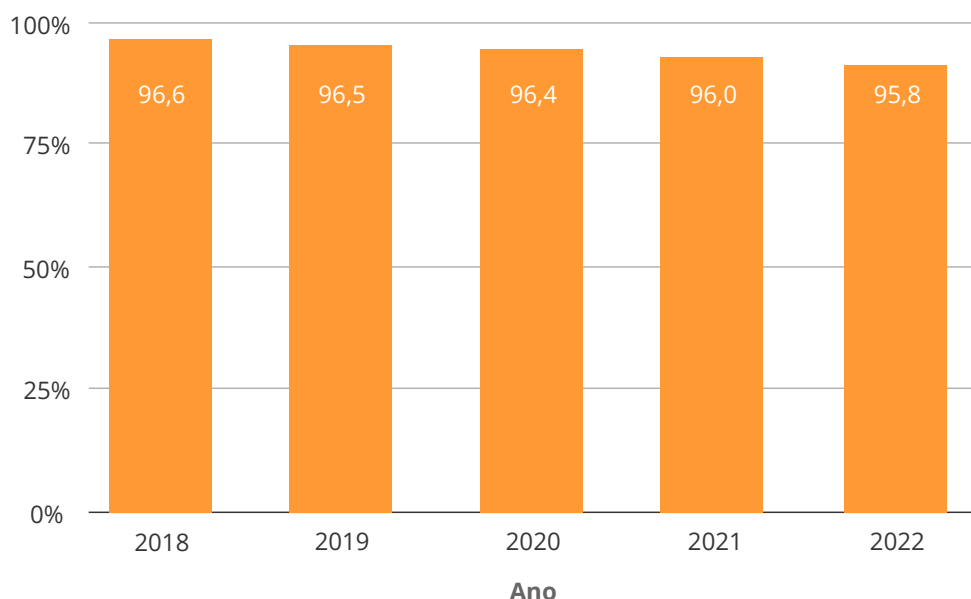
Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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

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

**Gráfico 4.23.** Aplicações diretas

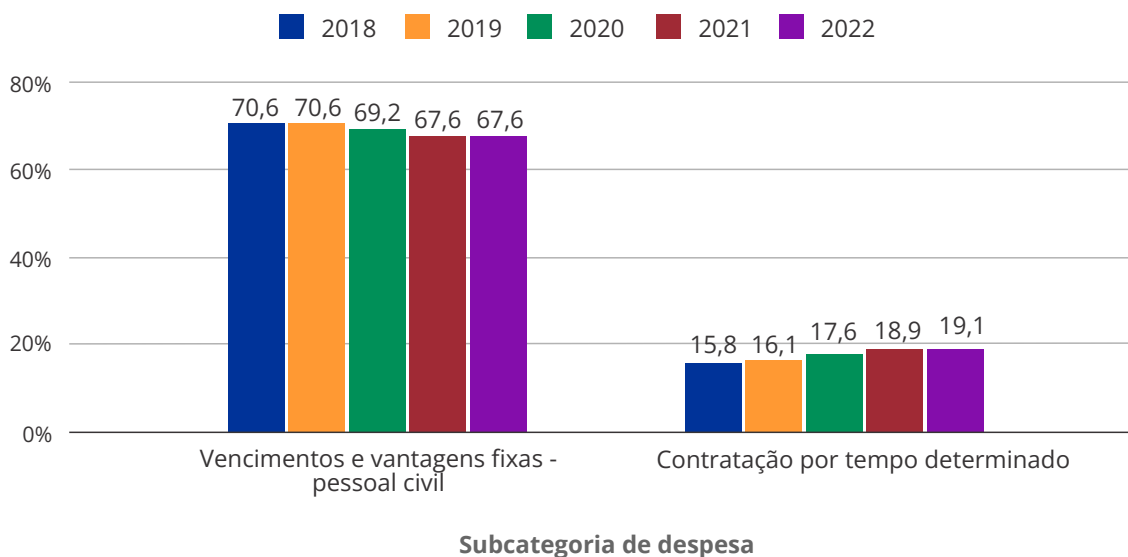


Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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

**Gráfico 4.24.** Aplicações diretas em detalhe



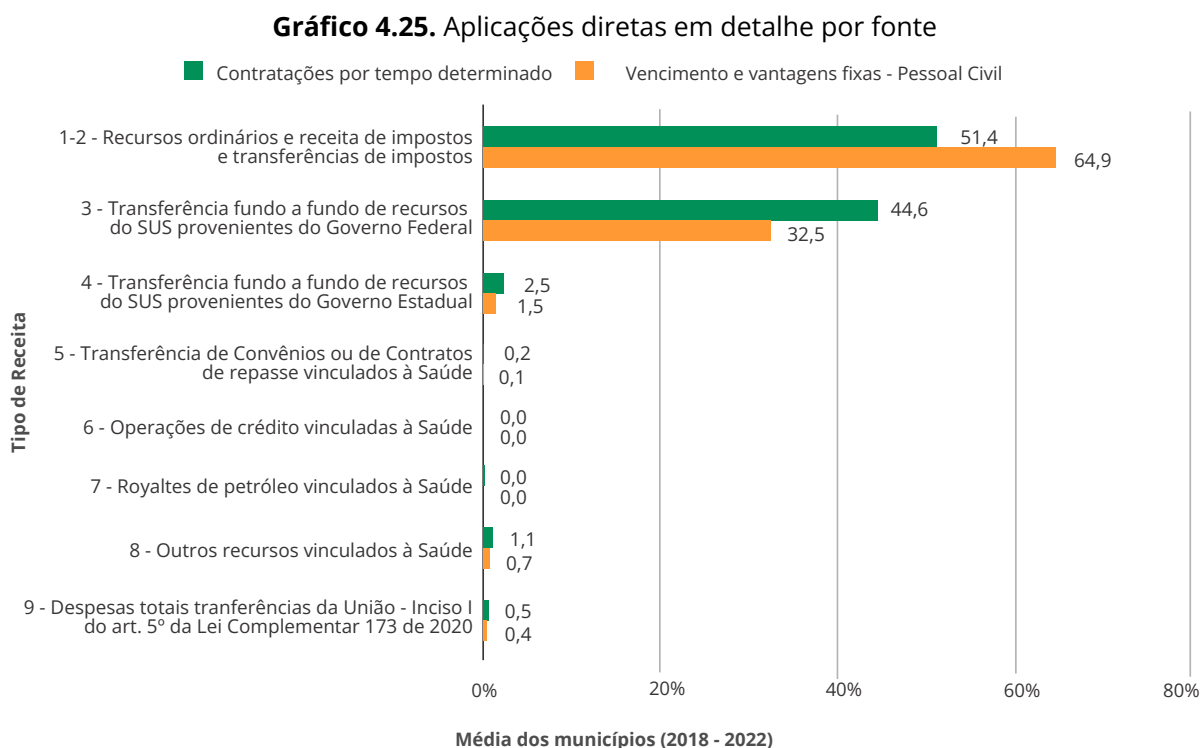
Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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

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

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



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

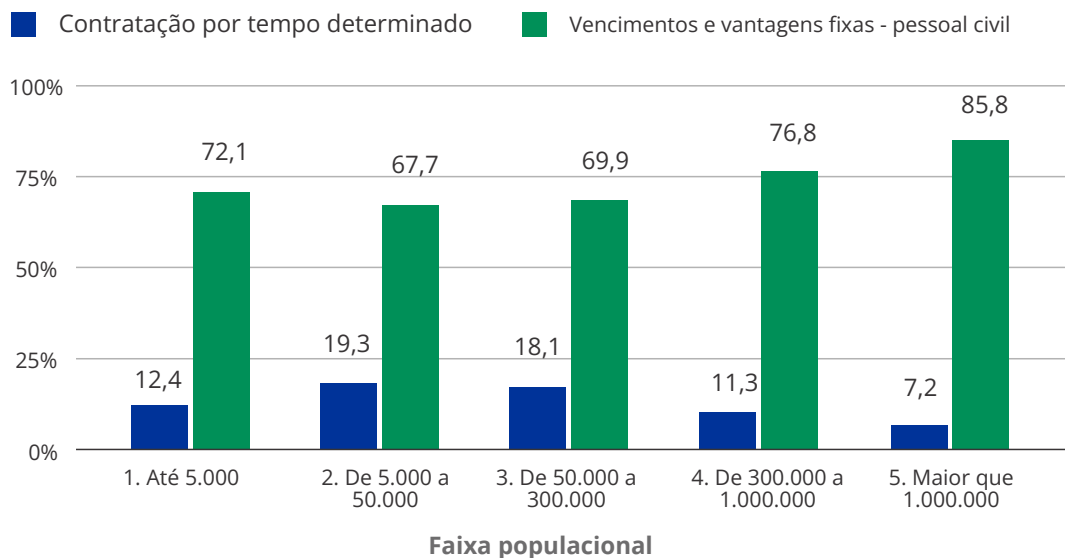
Para os vencimentos e vantagens fixas do pessoal civil, 64,9% das receitas provêm de recursos ordinários e receitas de impostos, incluindo transferências de impostos. Transferências FAF de recursos do SUS provenientes do governo federal contribuem com 32,5%, enquanto 1,5% das receitas vem de transferências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

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

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

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

**Gráfico 4.26.** Aplicações diretas em detalhe por faixa populacional

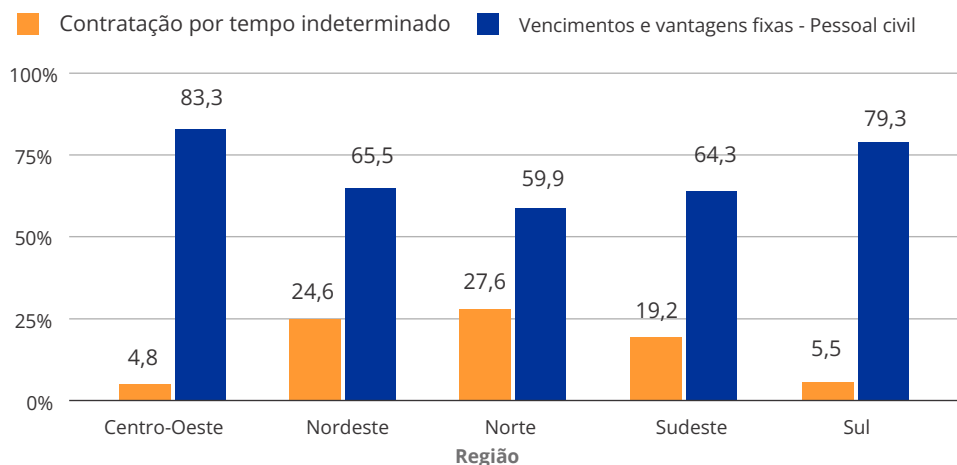


Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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

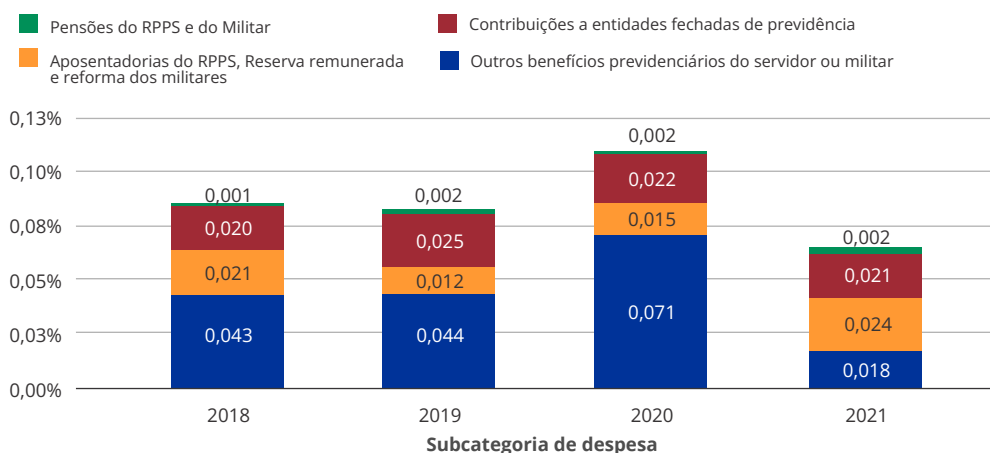
**Gráfico 4.27.** Aplicações diretas em detalhe por região



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

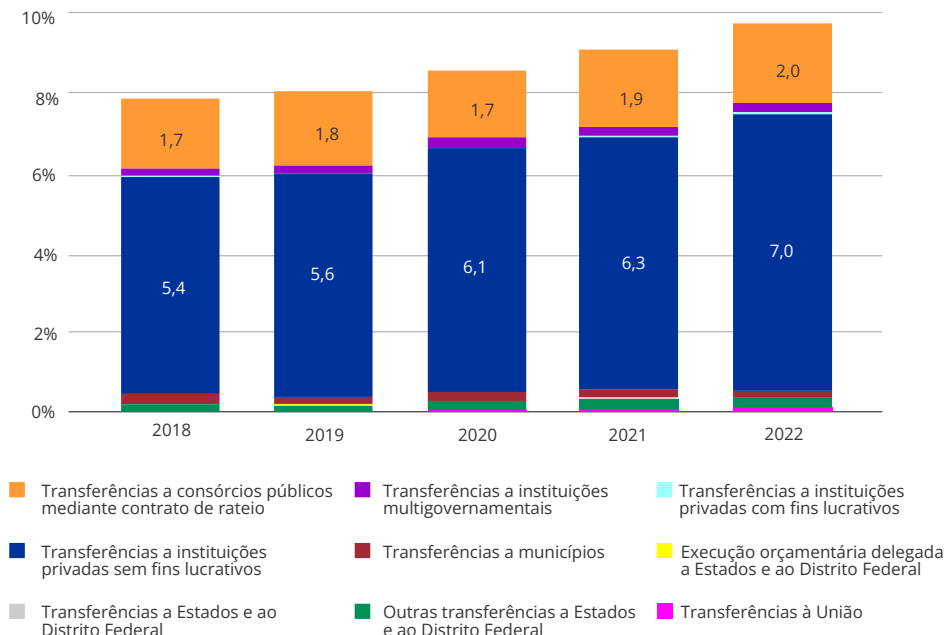
O gráfico 4.27 exhibe a composição das aplicações diretas em despesas com pessoal e contribuições sociais, divididas por região. Como esperado, em todas as regiões, a maior parte das despesas é destinada a vencimentos e vantagens fixas do pessoal civil. No entanto, a proporção dessas despesas varia entre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

**Gráfico 4.28.** Aplicações diretas em despesa – outros gastos



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

**Gráfico 4.29.** Outras despesas correntes – transferências



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

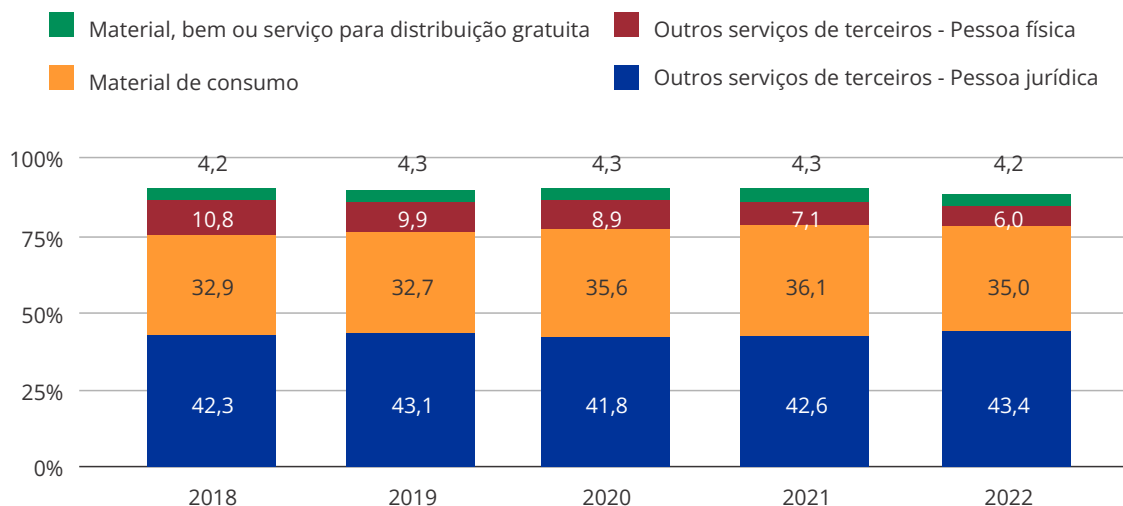
Ao longo dos anos, observa-se uma tendência de crescimento dessas transferências, com destaque para o aumento da participação das instituições filantrópicas, que passaram de 5,4% em 2018 para 7% em 2022. Esse crescimento indica um aumento do papel dessas entidades no gasto em saúde, especialmente na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

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

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

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

**Gráfico 4.30.** Outras despesas correntes – composição



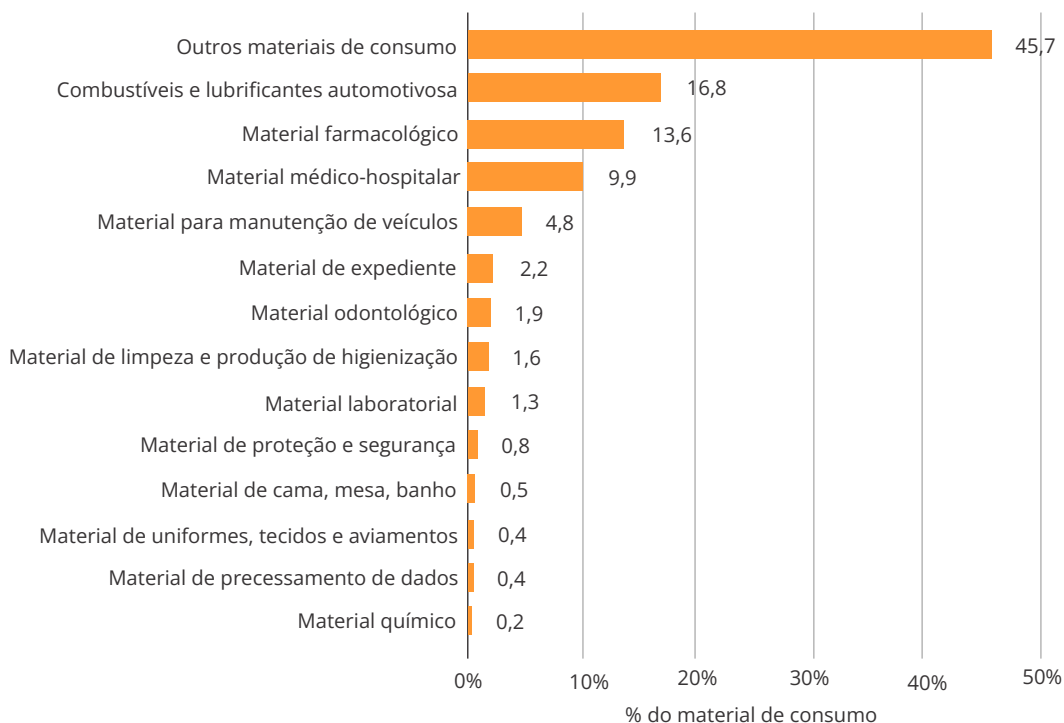
Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

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

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

**Gráfico 4.31.** Outras despesas correntes – composição



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

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

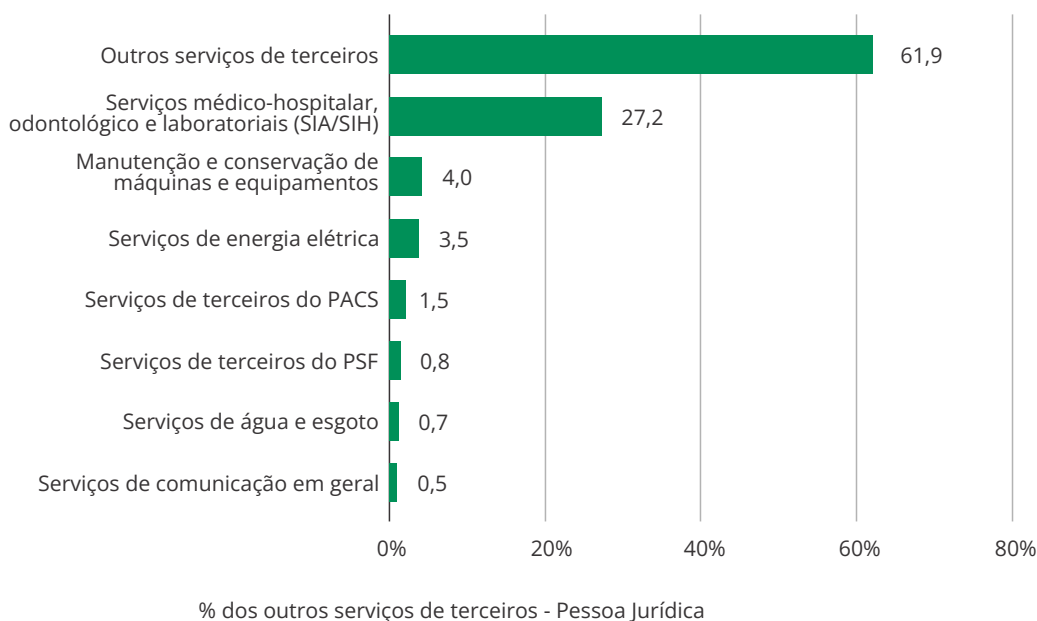
Entre os materiais de consumo classificados, combustíveis e lubrificantes automotivos ocupam uma parte significativa, representando 16,8% do total. Material farmacológico corresponde a 13,6%, e Material médico-hospitalar, que inclui órteses e próteses, representa 9,9% do total.

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

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

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

**Gráfico 4.32.** Outras despesas correntes – composição



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

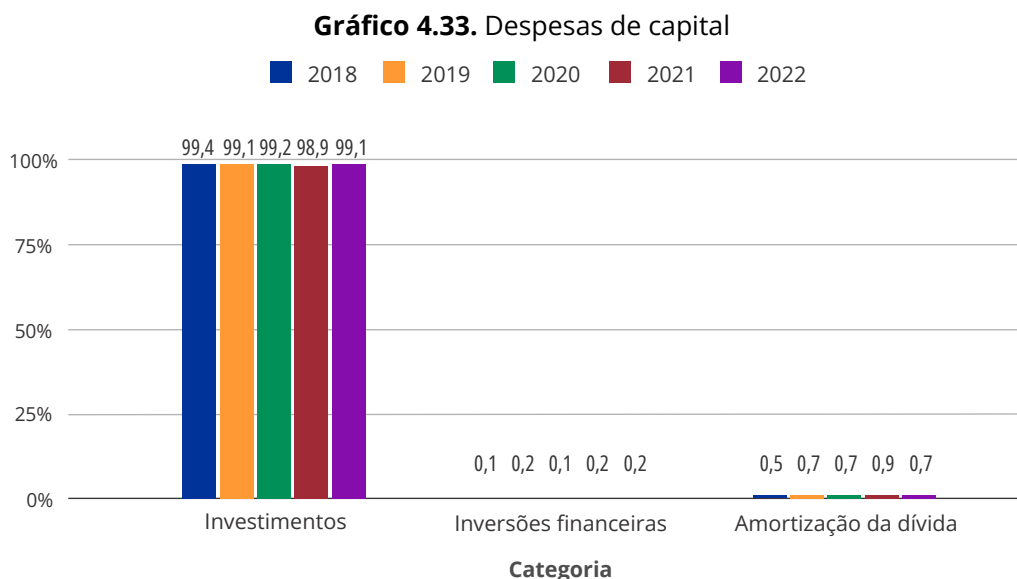
O gráfico 4.32 exhibe a composição dos outros serviços de terceiros – PJ, destacando as diversas categorias de serviços e suas respectivas participações percentuais. A maior parte dos outros serviços de terceiros – PJ não é classificada, representando 61,9% do total.

Entre os serviços classificados, serviços médico-hospitalares, odontológicos e laboratoriais (SIA/SIH) ocupam uma parte significativa, representando 27,2% do total. Manutenção e conservação de máquinas e equipamentos correspondem a 4%, e serviços de energia elétrica representam 3,5%. Outras categorias importantes incluem serviços de terceiros do PACS (1,5%), serviços de terceiros do PSF (0,8%), serviços de água e esgoto (0,7%) e serviços de comunicação em geral (0,5%).

Esses dados indicam que uma parte substancial dos gastos com outros serviços de terceiros – PJ é destinada a itens não classificados, o que sugere uma oportunidade para melhorar a categorização e a transparência das despesas. Os serviços médico-hospitalares, odontológicos e laboratoriais representam uma fração importante dos serviços de terceiros de PJ, sublinhando a importância desses serviços para o funcionamento dos sistemas de saúde. A manutenção e a conservação de máquinas e equipamentos, bem como os serviços de energia elétrica, também são componentes significativos, refletindo a necessidade contínua de infraestrutura e operações eficientes no setor de saúde.

### 4.3.2 DESPESAS DE CAPITAL

Analisamos agora as despesas de capital. O gráfico 4.33 apresenta a distribuição das despesas de capital de saúde por ano, de 2018 a 2022, dividida em três categorias principais: investimentos, inversões financeiras e amortização da dívida.

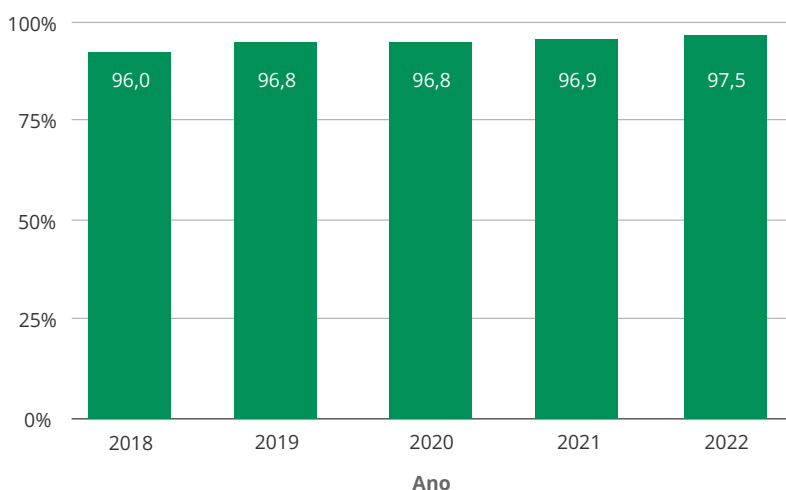


Fonte: elaboração própria com base no Siops.

A distribuição indica que a maior parte dos recursos destinados às despesas de capital em saúde é direcionada para investimentos, refletindo eventual expansão e aprimoramento das infraestruturas e serviços de saúde. As categorias de inversões financeiras e amortização da dívida têm uma participação muito limitada, sugerindo que os gastos com essas áreas são minimizados em favor de investimentos diretos em ativos e capacidades de saúde – em geral, por meio de emendas parlamentares, muito embora essa questão fuja do escopo deste trabalho.

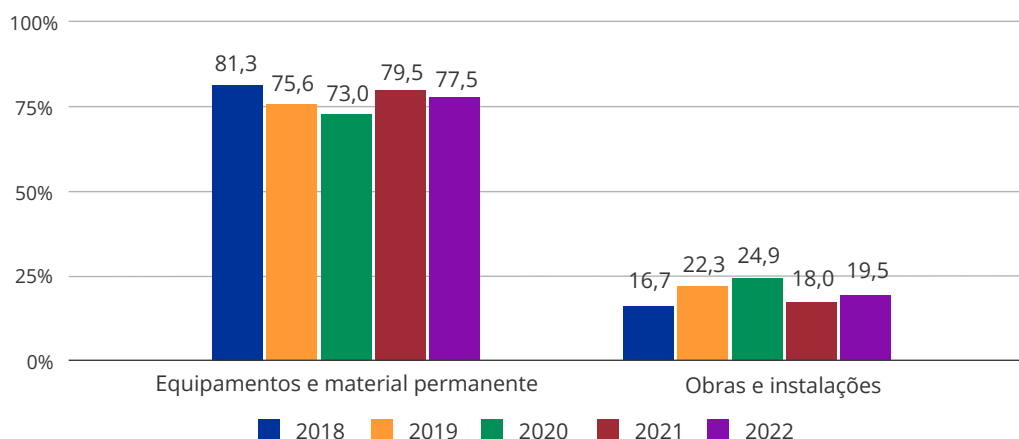
O gráfico 4.34 exibe o percentual de aplicações diretas em relação ao total de investimentos em saúde, de 2018 a 2022. Esses dados indicam que mais de 90% dos investimentos em saúde são realizados por meio de aplicações diretas ao longo dos anos analisados. É importante lembrar que aplicações dos créditos orçamentários são realizados diretamente pela unidade orçamentária detentora de crédito orçamentário, ou mediante descentralização a outras entidades integrantes dos orçamentos, no âmbito da mesma esfera de governo. Ou seja, são investimentos realizados diretamente pelo governo.

**Gráfico 4.34.** Despesas de capital – aplicação direta



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

**Gráfico 4.35 – Despesas de capital – aplicação direta – composição**

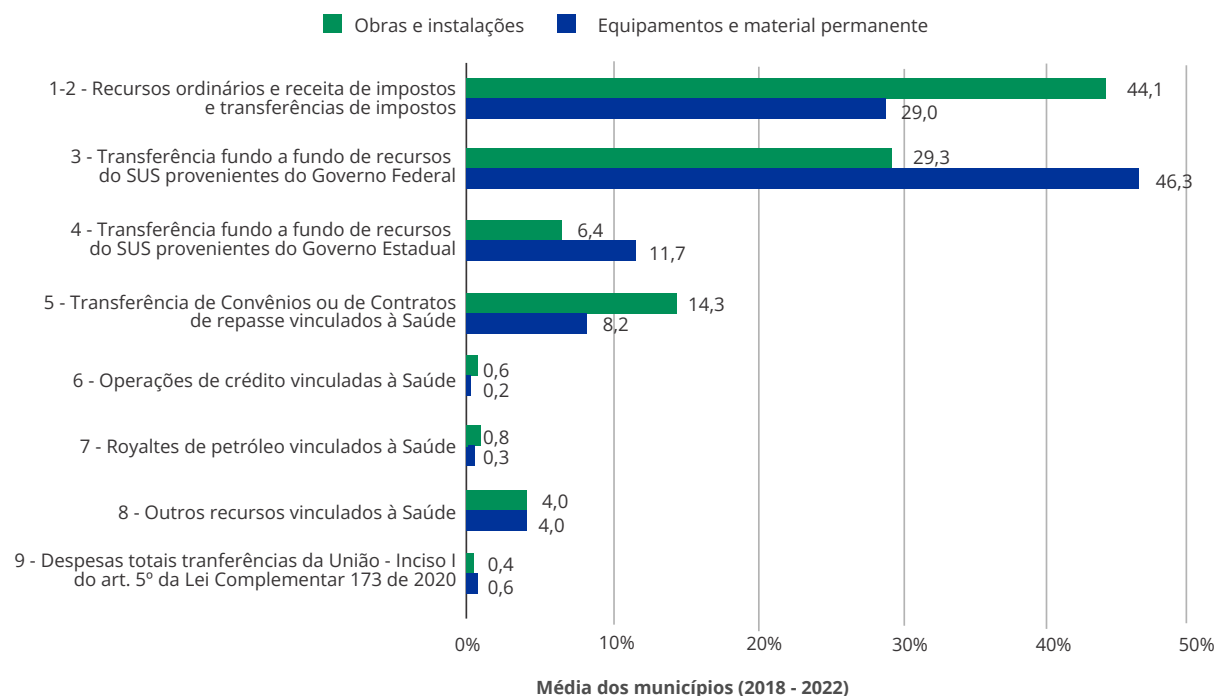


Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 4.35 apresenta a composição das aplicações diretas dos gastos com investimento em saúde, divididos entre equipamentos e material permanente, e obras e instalações, de 2018 a 2022. Os dados indicam que praticamente três quartos dos gastos com investimento são direcionados para equipamentos e material permanente ao longo dos anos analisados. Esse padrão reflete a importância dada à aquisição e à manutenção de equipamentos necessários para o funcionamento dos serviços de saúde.

Comparando com a OCDE, em que 40% dos investimentos são em obras e instalações, 46% são em equipamento e material permanente e 14% são em propriedade intelectual, observa-se que, no Brasil, há uma ênfase maior em equipamentos e material permanente, com menos recursos alocados para obras e instalações. Essa diferença pode indicar prioridades distintas em termos de infraestrutura e aquisição de bens permanentes no setor de saúde brasileiro em relação aos países da OCDE.

**Gráfico 4.36.** Despesas de capital – aplicação direta – por fonte



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

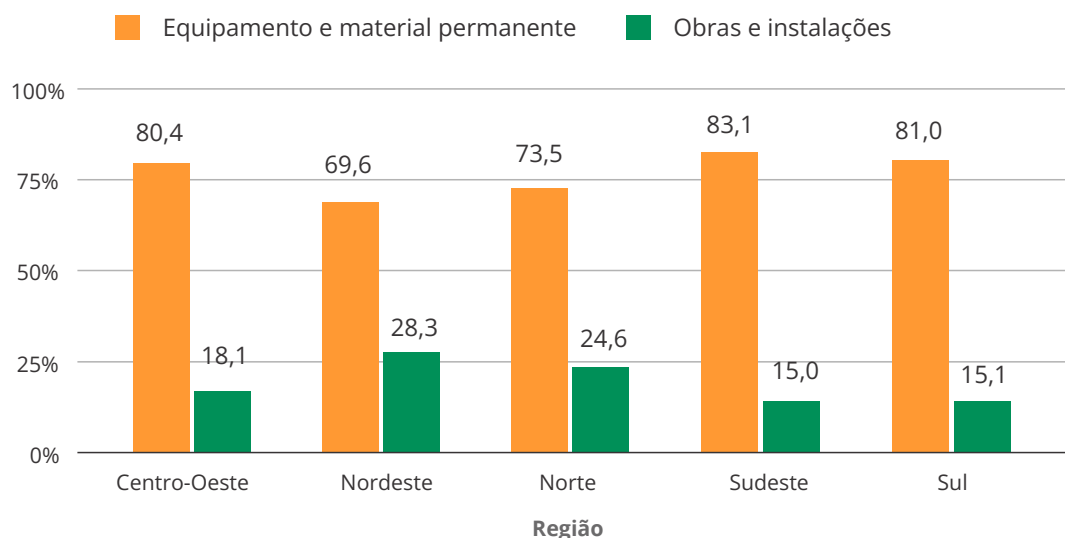
O gráfico 4.36 exhibe as contas selecionadas das aplicações diretas de investimentos em saúde, divididas por fonte de receita entre obras e instalações e equipamentos e material permanente, com base na média dos municípios entre 2018 e 2021.

As obras e as instalações são custeadas principalmente com recursos próprios, representados por recursos ordinários e receitas de impostos e transferências de impostos, que correspondem a 44,1% do total. Para equipamentos e material permanente, a fonte de receita mais relevante é o FAF de recursos do sus provenientes do governo federal, que contribui com 46,3%.

Esses dados mostram que obras e instalações são predominantemente sustentadas por recursos próprios enquanto o financiamento de equipamentos e material permanente depende mais do apoio federal. O FAF de recursos do sus provenientes do governo estadual é menos relevante em termos gerais, mas, ainda assim, concentra uma maior proporção de recursos em equipamentos e material permanente (11,7%) do que em obras e instalações (6,7%).

Em resumo, o financiamento das obras e instalações é principalmente sustentado por recursos próprios enquanto o financiamento de equipamentos e material permanente depende mais do apoio federal. Isso destaca a diferença nas estratégias de alocação de recursos entre essas duas categorias de investimentos no setor de saúde.

**Gráfico 4.37.** Despesas de capital – aplicação direta – por região

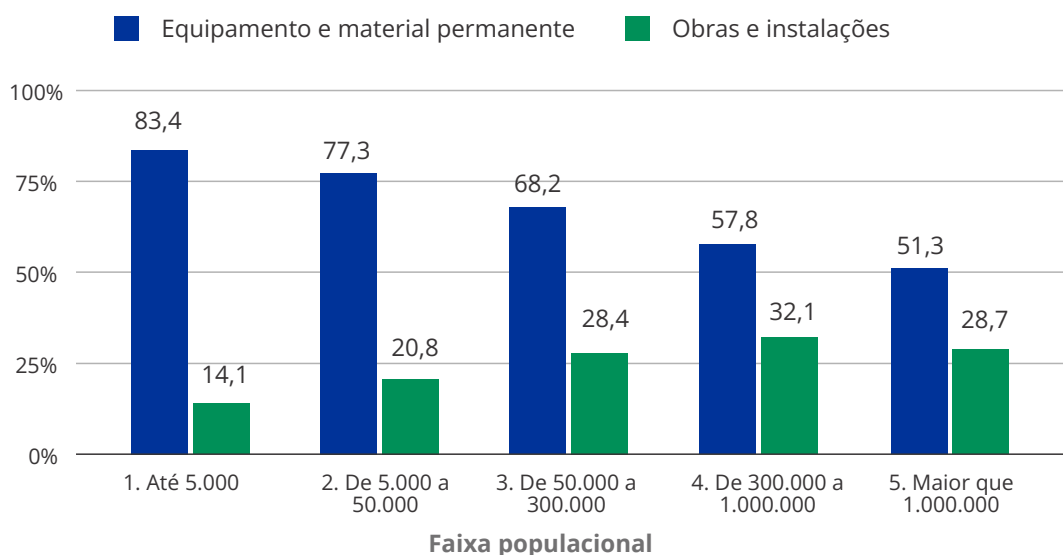


Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 4.37 apresenta a composição das aplicações diretas dos gastos com investimento em saúde, divididos entre equipamentos e material permanente, e obras e instalações, por região. Os dados revelam que há diferenças significativas no perfil das

despesas de capital entre as regiões. Enquanto o Sudeste e o Sul concentram a maior parte de seus investimentos em equipamentos e material permanente, o Nordeste apresenta uma proporção maior de gastos em obras e instalações. Essa variação regional pode refletir diferenças nas prioridades e necessidades específicas de infraestrutura e equipamento nas diversas áreas do País.

**Gráfico 4.38.** Despesas de capital – aplicação direta – por faixa populacional



Fonte: elaboração própria com base no Siops.

O gráfico 4.38 exibe a composição das aplicações diretas dos gastos com investimento em saúde, divididos entre equipamentos e material permanente, e obras e instalações, por faixa populacional das cidades.

Esses dados revelam diferenças significativas no perfil das despesas de capital por perfil populacional das cidades. Cidades menores tendem a concentrar uma maior parte de seus investimentos em equipamentos e material permanente enquanto cidades maiores apresentam uma proporção crescente de gastos em obras e instalações. Isso pode refletir as diferentes necessidades de infraestrutura e equipamento de acordo com o tamanho da população e a complexidade dos serviços de saúde oferecidos em cada tipo de município.

## 4.4 CONCLUSÕES

A análise detalhada apresentada neste estudo evidencia a complexidade da gestão financeira dos municípios brasileiros na área da saúde, marcada por um esforço fiscal expressivo por parte dos entes locais diante da limitada colaboração das esferas estadual e federal. A sustentabilidade dos serviços públicos de saúde tem recaído, de forma crescente, sobre os cofres dos municípios, exigindo deles não apenas a gestão cotidiana, mas também a compensação das lacunas deixadas pelas transferências intergovernamentais.

Constatou-se uma fragilidade estrutural na forma como o financiamento da saúde está organizado no Brasil: os municípios, especialmente os de menor porte e localizados em regiões com menor dinamismo econômico, enfrentam severas dificuldades para suprir a insuficiência dos repasses estaduais e federais. Embora as transferências constitucionais e legais – como o FPM – continuem sendo fundamentais, em muitas subfunções, os recursos próprios dos municípios superam os valores transferidos, confirmando o papel central dos entes locais na sustentação do SUS. Capitais e municípios de regiões metropolitanas têm conseguido, em certa medida, compensar essas deficiências com arrecadação própria; no entanto, a maioria dos entes subnacionais permanece altamente vulnerável à instabilidade dos repasses.

A baixa autonomia fiscal permanece como um dos principais entraves ao fortalecimento da capacidade de resposta local. Apesar de uma leve elevação nos indicadores de autonomia ao longo dos últimos anos, essa melhora tem sido insuficiente para reduzir a dependência estrutural das transferências intergovernamentais. A escassa capacidade de geração de receitas próprias impõe restrições adicionais à gestão da saúde e de outras políticas públicas, agravando a exposição dos municípios à volatilidade das receitas federativas.

As desigualdades regionais intensificam esse cenário: enquanto municípios do Sul e do Sudeste conseguem mobilizar mais recursos próprios e, assim, reduzir sua vulnerabilidade, os entes do Norte e do Nordeste continuam fortemente dependentes de repasses que, muitas vezes, são instáveis, insuficientes ou atrasados. A disparidade evidencia a necessidade de rever os mecanismos de financiamento, de forma a garantir maior previsibilidade, equidade e capacidade redistributiva.

Do ponto de vista do perfil dos gastos, observa-se a prevalência da AB e da AHA como áreas prioritárias de investimento. Contudo, subfunções estratégicas para a vigilância e prevenção de doenças – como Vigilância Sanitária e Epidemiológica – continuam a receber uma parcela modesta dos recursos, o que compromete a resiliência do sistema

diante de crises sanitárias. Além disso, a rigidez da alocação orçamentária está refletida na predominância de despesas correntes, com investimentos em capital representando apenas uma fração dos gastos, o que limita a capacidade de modernização e expansão do sistema de saúde.

A heterogeneidade entre os municípios também se manifesta na composição das receitas: municípios maiores tendem a ter fontes de receita mais diversificadas enquanto os menores seguem dependentes quase exclusivamente das transferências. Esse panorama reforça a urgência de políticas públicas diferenciadas, capazes de reconhecer e responder às especificidades locais em termos de capacidade arrecadatória, estrutura institucional e perfil populacional.

Diante desse contexto, recomenda-se o fortalecimento da autonomia fiscal municipal por meio de medidas que ampliem a arrecadação própria, como a modernização da administração tributária local, a revisão das bases tributárias e a promoção do desenvolvimento econômico local. Paralelamente, é fundamental reequilibrar a composição das despesas, com maior ênfase em investimentos em infraestrutura, que permitam ampliar e qualificar a oferta de serviços de saúde.

Também é imprescindível adotar políticas de financiamento que considerem as assimetrias regionais e a capacidade fiscal dos entes mediante critérios redistributivos mais eficazes, maior previsibilidade nos repasses e fortalecimento da cooperação interfederativa. O reforço nas subfunções ligadas à vigilância, prevenção e resposta a emergências sanitárias deve ser prioridade em um cenário global em que pandemias e crises sanitárias têm impacto duradouro sobre os sistemas de saúde.

Em suma, os dados reunidos neste estudo demonstram que, mesmo diante de limitações estruturais e incertezas no financiamento, os municípios brasileiros têm desempenhado um papel central no financiamento da saúde pública. Nesse sentido, o fortalecimento da autonomia fiscal, a correção das desigualdades regionais e a reestruturação dos mecanismos de financiamento são medidas fundamentais para consolidar um sistema de saúde mais robusto, equitativo e sustentável.