



## REVISTA AMBIENTE CONTÁBIL

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

ISSN 2176-9036

Vol. 12, n. 2, Jul./Dez. 2020

Sítios: <http://www.periodicos.ufrn.br/ambiente>

<http://www.atena.org.br/revista/ojs-2.2.3-06/index.php/Ambiente>

Artigo recebido em: 05.09.2019. Revisado por pares em: 22.11.2019. Reformulado em: 07.02.2020. Avaliado pelo sistema double blind review.

DOI: 10.21680/2176-9036.2020v12n2ID18708

**O gasto e as fontes do financiamento do SUS nos municípios brasileiros de 2003 a 2018**

**Expenditure and revenues of funding in Brazilian municipalities from 2003 to 2018**

**Gasto y fuentes de financiación del SUS en municipios brasileños de 2003 a 2018**

### **Autores**

#### **Jaime Crozatti**

Doutor em Controladoria e Contabilidade, professor do mestrado em Gestão de Políticas Públicas da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo – EACH/USP. Rua Dr. Elísio de Castro, 467, apto. 82, 04.277-010, São Paulo – SP. (011) 973634665. Identificadores (ID):

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3789-8761>

E-mail: [jcrozatti@usp.br](mailto:jcrozatti@usp.br)

#### **Albires Ferreira de Lima Junior**

Bacharel em Gestão de Políticas Públicas pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo – EACH/USP. Rua Arlindo Bettio, 1000, CEP: 03828-000, Bairro: Vila Guaraciaba, São Paulo – SP. Identificadores (ID):

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0216-3519>

E-mail: [albiresjunior@hotmail.com](mailto:albiresjunior@hotmail.com)

#### **Leandro Nascimento Lima**

Bacharel em Gestão de Políticas Públicas pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo – EACH/USP. Rua Arlindo Bettio, 1000, CEP: 03828-000, Bairro: Vila Guaraciaba, São Paulo – SP. Identificadores (ID):

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9114-9577>

E-mail: [leandro.nascimento.lima@usp.br](mailto:leandro.nascimento.lima@usp.br)

#### **Luana Lima de Oliveira**

Aluna do curso de Bacharel em Gestão de Políticas Públicas pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo – EACH/USP. Rua Arlindo Bettio, 1000, CEP: 03828-000, Bairro: Vila Guaraciaba, São Paulo – SP. Identificadores (ID):

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9935-0814>

E-mail: [luanalima@usp.br](mailto:luanalima@usp.br)

#### **Patricia Righetto**

Bacharel em Ciências Contábeis pela Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo – FEA/USP. Mestranda em Gestão de Políticas Públicas na

EACH/USP. Rua Mantena, 02, Vila Nivi, São Paulo, SP - Cep: 02252-080, São Paulo – SP.  
Identificadores (ID):  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6418-254X>  
E-mail: [patricia.righetto@usp.br](mailto:patricia.righetto@usp.br)

### Resumo

**Objetivo:** Identificar e descrever as fontes de financiamento da função saúde e os gastos empenhados na atenção básica e na atenção hospitalar dos municípios brasileiros no período de 2003 a 2018.

**Metodologia:** Os dados oficiais de 5.561 municípios foram sistematizados por porte de população e região geográfica em Tabelas e Figuras com o uso dos *softwares* Microsoft Excel e STATA.

**Resultados:** Os municípios brasileiros empenharam gastos no orçamento em montante próximo a 1,8 trilhões de reais na função saúde no período de 2003 a 2018. Os maiores valores *percapita* são dos municípios das Regiões Sudeste e Sul; os menores do Nordeste e do Norte. A principal fonte destes recursos é a arrecadação própria, que inclui as transferências obrigatórias da União e dos Estados. As transferências da União exclusiva para as políticas de saúde nos municípios são a segunda maior fonte destes recursos. Estas transferências aumentaram significativamente no período entre os anos 2003 e 2014, diminuíram nos anos 2015 e 2016 com pequeno aumento em 2017 e 2018. Os municípios do Nordeste e do Norte têm maior dependência dos recursos federais para a saúde.

**Contribuições do Estudo:** A evidência sistematizada de o quanto aumentou os gastos empenhados nos municípios brasileiros e o esforço destes entes federativos em atender a demanda local dos sistemas de saúde com recursos próprios e/ou com recursos federais mostra a relevância das políticas incentivadas pelo Ministério da Saúde como a Estratégia Saúde da Família e a regionalização dos atendimentos especializados nas unidades hospitalares. Contribui para a discussão da forma do financiamento da saúde nos municípios brasileiros, parte relevante do arranjo institucional complexo consolidado para a saúde pública pós-Constituição de 1988, bem como questionam o modelo hospitalocêntrico da saúde pública no Brasil.

**Palavras-chave:** Financiamento do SUS, Gastos com SUS nos municípios, atenção básica, atenção hospitalar, transferências para a saúde.

### Abstract

**Objective:** To identify expenditures on primary and hospital care and revenues of health financing in Brazilian municipalities from 2003 to 2018

**Methodology:** The available data from 5,561 municipalities were systematized by population size and geographic region in Tables and Figures using Microsoft Excel and STATA Software.

**Results:** There is evidences that the Brazilian municipalities made expenditures in the amount of 1.8 trillion of reais in the period from 2003 to 2018, with larger amounts reached by the municipalities of the Southeast and South Regions; and smaller for the Northeast and North. The main source of these funds is their own collection, which includes mandatory legal transfers

from the Union and the states. Direct Union transfers to health policies in municipalities are the second largest source of these resources. These rates had a significant increase in the period between 2003 and 2014, with a significant decrease for 2015 and 2016 and a slight recovery in 2017 and 2018. The results were also observed in the municipalities of the Northeast and North with greater dependence on federal resources.

**Study Contributions:** The paper provides clear evidence that small and large municipally managed health systems increase the average health expenditure per inhabitant from 2003 to 2018, with primary care in the smallest municipalities and hospital care in the largest municipalities. This analysis contributes to the discussion of health financing in Brazilian municipalities, a relevant part of the complex consolidated institutional arrangement for public health following the 1988 Constitution of the Federative Republic of Brazil, as well as make questions on the model of public health hospital centralization in Brazil.

**Keyword:** SUS financing, SUS spending in municipalities.

### Resumen

**Objetivo:** Identificar los gastos de la atención básica y la atención hospitalaria y las fuentes de financiación de la salud pública de los municipios brasileños en el período 2003 a 2018.

**Metodología:** Los datos disponibles de 5,561 municipios se sistematizaron por tamaño de población y región geográfica en Tablas y Figuras usando el software Microsoft Excel y STATA.

**Resultados:** Los gastos están cercano a 1,8 billones de reales en el período comprendido entre 2003 y 2018, porcentaje más alto para los municipios de las regiones sudeste y sur; y más pequeño para el noreste y el norte. La fuente principal de estos recursos es su propia colección, que incluye transferencias legales obligatorias de la Unión y los estados. Las transferencias exclusivas de la Unión a las políticas de salud en los municipios son la segunda mayor fuente de estos recursos. Estas transferencias tuvieron un aumento entre 2003 y 2014 con una disminución significativa para 2015 y 2016 y una ligera recuperación en 2017 y 2018. Los municipios del noreste y el norte tienen mayor dependencia de los recursos federales.

**Contribuciones del estudio:** Proporciona evidencia clara de que los sistemas de salud administrados por las municipalidades pequeñas y grandes aumentaron el gasto promedio en salud de 2003 a 2018, con preponderancia para la atención primaria en municipios más pequeños, para la atención hospitalaria en el más grande. Contribuye a la discusión sobre el financiamiento de la salud en los municipios brasileños, una parte relevante del complejo arreglo institucional consolidado para la salud pública después de la Constitución de la República Federativa de Brasil de 1988, así como cuestiona sobre el modelo de salud pública centrado en el hospital en Brasil.

**Palabras clave:** financiamiento del SUS, gasto del SUS en municipios, atención primaria, atención hospitalaria, transferencias a la salud.

## 1 Introdução

Desde a promulgação da atual Constituição da República Federativa do Brasil, realizada em 5 de outubro de 1988, aconteceram relevantes mudanças no cenário das políticas públicas

brasileiro. No setor de saúde foram concedidas novas atribuições de gestão aos municípios, através do processo de descentralização de ações e de serviços de saúde como uma das principais diretrizes para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Para Lotta e Vaz (2015) o SUS é um caso emblemático da nova configuração dos “arranjos institucionais complexos” observados no país em diversas áreas das políticas públicas pós-constituição. Para estes autores: “... embora o SUS tenha a lógica da coordenação federativa, percebe-se que o Governo Federal não impõe sua agenda e planejamento, mas, sim, que as decisões são negociadas e construídas em fóruns coletivos que também envolvem a população” (Lotta & Vaz, 2015, p. 184).

Nos arranjos institucionais complexos o Governo Federal se fortalece como o coordenador das políticas e diretrizes nacionais que tem como implementadores os estados e os municípios. Para estes e outros autores, estabelece-se “... a lógica de padrões mínimos de atuação vinculados a repasse de recursos com incentivos e induções, como já previa a própria Constituição Federal de 1988 (Gonçalves, Lotta e Bitelman, 2008, Almeida, 2005, Arretche, 2012, 2008)” (Lotta & Vaz, 2015, p. 176). Em outra via, gestores e instâncias de controle social veem-se privados do fundamental: a possibilidade de questionar os parâmetros que reproduzem a insuficiência de recursos e a chance de demandar, politicamente, a elevação de recursos que se justifiquem pela necessidade de superar eventuais insuficiências (Mattos & Costa, 2014).

No processo de maturação de uma política pública, como o observado no atual estágio de implementação do sistema único de saúde em nível de país, ocorrem muitas mudanças, influência das contingências regionais e de cada momento político e econômico. O impasse político e as dificuldades regionais em um país de tamanho continental fazem dos obstáculos os aprimoramentos para o atingimento dos objetivos apresentados quando da formulação inicial. As estratégias e programas como Saúde da Família, Farmácia Popular, Projeto Expande, Controle do Tabagismo, Mais Médicos, Médicos pelo Brasil entre outros, são importantes para que haja o acesso da população à oferta dos serviços de saúde com qualidade. São ações do Ministério da Saúde para reduzir a discricionariedade nos gastos com as políticas de saúde.

Do exposto, percebe-se que a questão do dinheiro (recurso financeiro) é central no novo modelo do arranjo institucional complexo das políticas de saúde pública, haja vista sua função de indução à adesão. Também é central a participação dos municípios, seja na oferta dos serviços, seja na adequação de sua capacidade de gestão da política, seja na elaboração de planos para o devido enfrentamento das demandas em seu território. Dada a complexidade dos temas relacionados à gestão das políticas de saúde em nível de municípios brasileiros, optamos por colocar foco, neste artigo, nas questões do gasto e do financiamento das políticas de saúde.

Diante deste contexto e situação-problema, este artigo descreve a aplicação e a fonte do recurso para o financiamento da saúde pública gerida pelos municípios brasileiros no período de 2003 a 2018. A pergunta central das análises está relacionada à identificação da fonte - e a proporção - da origem dos recursos que tem sido utilizado pelos municípios nas políticas locais de saúde pública. Detalhe, de forma original e inédita, em quais níveis dos serviços de saúde os municípios brasileiros gastaram os recursos do orçamento bem como quais foram suas principais fontes. O trabalho busca descrever e analisar a aplicação nas subfunções da saúde – atenção básica e atenção hospitalar - e a proporção por origem dos recursos orçamentários próprios e dos repasses recebidos por estes entes federados. Representa uma atualização das análises do financiamento da saúde na fase de consolidação do SUS nos municípios, os menores e mais frágeis entes da federação brasileira e os mais empoderados pela atual Constituição Federal.

## **2 As Políticas públicas de saúde no Brasil e o SUS**

## 2.1 Contexto histórico

O sistema de saúde do Brasil era totalmente segmentado e excludente nos anos de 1960 e 1970. Boa parte da população não tinha acesso à saúde e disputava o pouco do recurso destinado ao Ministério da Saúde - MS e Secretarias de Estados e municípios entre si. Outra parte dependia de caridades prestadas por entidades religiosas e filantrópicas. Centralizados no MS os recursos financeiros eram aplicados na vigilância à saúde e na vigilância sanitária na tentativa de controlar doenças transmissíveis. A partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 a saúde foi instituída como direito de todos e um dever do Estado (Art. 193). Além do critério de universalização, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabeleceu como princípios e diretrizes do SUS a integralidade da atenção e a descentralização das ações de gestão. Junto a isso, a saúde foi declarada como parte integrante da seguridade social, ao lado da Previdência e da Assistência Social.

Apesar de entendida como dever do Estado, a saúde foi declarada pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 como livre à iniciativa privada (Art. 199), e dois anos pós a Lei 8.080/1990 estabeleceu diretriz de igualdade no atendimento. No fim dos anos 1980 foi formado o Sistema Único de Saúde – SUS, que representou, segundo Arretche (2000), a maior e mais relevante reforma social da década. Das mudanças cabe destacar a transferência aos governos locais – municípios e estados – a responsabilidade de gerir os procedimentos médicos, ambulatoriais e hospitalares, do setor público e do privado, cabendo apenas ao nível federal o repasse de verbas relativas ao financiamento.

No mesmo período, o país viveu um período de hiperinflação e restrições macroeconômicas que gerou crise institucional pela ausência de recursos, apesar da segurança legal já citada. A intensa disputa pelos recursos se deu nas áreas de saúde e previdência social. Não houve o cumprimento do mínimo de 30% de gastos com a seguridade social, obrigatórios no caso da saúde nos anos de 1990 e 1991. Para Mendes e Marques (2009) a situação foi agravada porque havia previsão orçamentária para a saúde, mas, nenhuma transferência foi efetivada, sob a alegação de problemas com o caixa da Previdência.

O princípio constitucional da igualdade no acesso aos serviços de saúde, independente da localização geográfica, impôs um esforço de superação das desigualdades regionais e locais ao Ministério da Saúde. Este definiu como objetivo estratégico reduzir as diferenças dos repasses de recursos federais *per capita* entre estados e regiões (Mattos & Costa, 2003). O repasse de recursos, além de ser pautado por Lei, é definido com base em padrões que consideram indicadores de necessidade de cada região. O Governo Federal é o ator preponderante para a diminuição da desigualdade uma vez que tem maior poder de arrecadação no atual modelo de tributação do país. As características das receitas vinculadas à saúde diferenciam os municípios segundo graus de capacidade e dependência - fiscal e setorial -, em relação à União e aos estados, para obtenção e expansão de recursos financeiros, com possíveis implicações para o desempenho da gestão local, para as relações intergovernamentais, para a integração e a prestação de serviços (Lima & Andrade, 2009).

No caso do SUS, os instrumentos reguladores, as ferramentas e as estratégias combinados com atos legislativos e requisitos administrativos são Norteadores das ações dos gestores e base para o acompanhamento e a fiscalização da implementação das políticas do setor pelos Conselhos de Saúde e instâncias de controle, de regulação e de avaliação (CNSS, 2007). Em última instância, a regulação é função do Estado que visa responder às demandas de saúde em seus diversos níveis e etapas do processo de assistência, de forma a integrá-las às necessidades sociais e coletivas (Farias; Gurgel Jr. & Costa, 2011).

Historicamente o processo de desenvolvimento de instrumentos começou com as normas definidas na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), reforçada pelas Normas

Operacionais de Assistência à Saúde (Portaria MS 95; Portaria MS 373). No ano de 2006 o Ministério da Saúde editou o Pacto pela Saúde (Portaria MS 399), que fundamenta o sistema de planejamento, controle, avaliação e regulação do SUS para as três esferas do governo e para os três níveis de assistência à saúde. Em 2008 o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS (Portaria MS 1.559), que caracterizou distintos níveis de regulação em saúde, organizada em três dimensões de atuação: regulação dos sistemas de saúde; regulação da atenção à saúde; e regulação do acesso à assistência (Farias Jr. & Costa, 2011).

## 2.2 Instrumentos de regulação do financiamento

Em mais de trinta anos, alternaram-se fontes de receitas, impostos e contribuições sociais, para garantir recursos para o SUS, sem, no entanto, ampliar-se a participação dos gastos no Produto Interno Bruto ou na receita tributária como um todo. Isso ocorre em flagrante descompasso com as responsabilidades impostas pela universalização do sistema e seu reflexo sobre o gasto público em Saúde (Daim, 2007).

Os anos 1990 foram cercados de medidas de regulação para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), como explica Costa (2002). Os setores conservadores diagnosticaram a "falência programada" da saúde pública como consequência direta do texto final da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que estabeleceu a *universalização* da cobertura da assistência médica, sem a necessária definição de fontes de financiamento. Em um contexto de crise econômica internacional com a necessidade de políticas de ajuste, a decisão política de universalização teria significado simplesmente a *inviabilização* da previdência social e da assistência à saúde pelo Estado. Ao contrário do esperado aumento no volume de recursos destinados à saúde pública em decorrência da universalização prevista pelo SUS. O que de fato correu, foi uma drástica redução dos gastos federais durante o governo Collor, nos anos de 1990 a 1992 e um *déficit* nos gastos totais no governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso, de 1995 a 2002.

Com a crise surgiram novas propostas parlamentares para assegurar a vinculação de recursos para o SUS. As diversas propostas deram origem à Emenda Constitucional Nr. 29/2000, que definiram montantes "mínimos exigidos" de aplicação pela União, estados e municípios nas ações de serviços públicos de saúde. Tal emenda trouxe aumento no volume de recursos para a área da saúde e maior participação dos municípios, do Distrito Federal e dos estados no financiamento do SUS.

Com o passar dos anos a participação da União no financiamento da saúde no Brasil foi decrescendo, passando de 60% em 2002 até próximo a 44% em 2011. No mesmo período a participação de estados passou de 18,5% para 25,7%, enquanto os municípios participaram de 21,7% para 29,6% (SIOPS, 2019). A Emenda Constitucional n. 29/2000 foi bem-sucedida quanto à descentralização, já que houve maior participação de estados e municípios no financiamento da saúde pública desde então.

A introdução de ações de natureza regulatória para a assistência à saúde vem sendo colocada de forma mais explícita, pelo Ministério da Saúde, desde a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS, em 2001 (Portaria MS n. 95/2001). Esta ação continuou com o Pacto pela Saúde em 2006 e acentuou o processo de institucionalização, mediante a Política Nacional de Regulação, publicada em 2008 (Portaria MS 1.559).

## 2.3 As fontes dos recursos de financiamento da saúde

A descentralização tributária que ocorreu a partir da Constitucional da República Federativa do Brasil de 1988, não somente ampliou a participação tributária de estados e

municípios, mas elevou o nível de transferências de tributos federais às menores esferas de governo. Com a reforma tributária de 1988, implícita na Constituição, competem aos estados os tributos: (i) o Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação - ICMS; (ii) o Imposto sobre Transmissão “Causa Mortis” e Doação de Bens e Direitos - ITCMD; (iii) o Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores – IPVA; e; (iv) 5% adicionais ao Imposto sobre a Renda – IR, incidente sobre rendimentos de capital.

Outros impostos referentes às transferências constitucionais diretas de tributos federais são: o Fundo de Participação dos Estados (FPE) que passou a receber 21,5% do IR e do Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI, arrecadados pela União – no lugar dos 14%, como acontecia anteriormente a 1988. Além, de que 10% dos recursos do IPI passaram a ser redistribuídos para os estados que exportam produtos industriais, proporcionalmente ao valor dessas exportações.

Já os municípios ficaram responsáveis por outros tributos: Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana - IPTU e o Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS. Com a reforma tributária, os municípios conquistaram mais dois novos tributos: o Imposto sobre Venda de Combustíveis a Varejo - IVCV e o Imposto sobre Transmissão Intervivos de Bens e Direitos Sobre Imóveis - ITBI.

Somado a esses, há as transferências estaduais e federais, fontes das quais vem a maior parte dos ganhos tributários municipais. Os respectivos repasses são: i) por meio do Fundo de Participação dos Municípios - FPM eles passaram a adquirir 22,5%, no lugar dos 17% do IPI e do IR; ii) a União passou a transferir-lhes 50% da arrecadação do Imposto Territorial Rural - ITR; iii) os estados passaram a transferir aos municípios 25% no lugar dos 20% anteriores da sua arrecadação de ICMS e, ainda, 50% do valor do IPVA.

Neste novo contexto tributário, as esferas de governo local passaram a reter 34% da carga tributária do Brasil. Entretanto deve-se dizer que os municípios e estados tiveram seus repasses afetados pela Desvinculação das Receitas da União (DRU), quando 20% das receitas de impostos e contribuições passaram a ser retidos e usados livremente pela União, até mesmo para pagamento dos juros da dívida. Desta forma, as transferências do governo federal, neste caso, o FPM – Fundo de Participação dos Municípios, foram prejudicados, pois deles advêm da arrecadação do IR, do IPI e das Contribuições Federais como a CIDE – Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico, de forte participação na arrecadação federal.

Entre os tributos que financiam o SUS estão: COFINS, IPI, ICMS, ISS, IRPF, IRPJ, IPTU e IPVA, que são responsáveis por 70% do financiamento público do sistema de saúde. Os tributos diretos que possuem maior peso no financiamento do setorial são o IRPF, IPVA e o IPTU. Os tributos indiretos são o IPI, ICMS, ISS e COFINS. Esta complexidade de fontes tributárias demonstra que o financiamento do SUS é feito através do pagamento de impostos federais, estaduais e municipais.

Uma vez que a União continua a arrecadar o maior volume dos impostos na Federação, tem a prerrogativa e a capacidade financeira de induzir as políticas de saúde e de outras áreas de atuação do Estado brasileiro, pela repasse de recursos para o financiamento dos programas prioritários em nível nacional. Para Mendes e Marques (2014):

*“A portaria do Pacto de Gestão determinou alguns princípios para o financiamento do SUS e definiu ‘blocos’ gerais de alocação dos recursos federais, sendo eles: Atenção Básica; atenção da Média e Alta Complexidade; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; e gestão do SUS. Posteriormente, foi acrescentado outro bloco denominado de ‘investimentos na rede de serviços de saúde.’” (Mendes & Marques, 2014, p. 904).*

Com estratégias distintas para a definição dos valores dos repasses dos “blocos” assinalados acima, o Ministério da Saúde tem, ao longo dos últimos anos, induzido os municípios ao desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família como a principal e mais relevante Política Pública de Saúde no país devido ao seu alto grau de impacto nas ações de prevenção, vis a vis às de remediação (Mendes & Marques, 2015, p. 900-16).

### 3 Procedimentos metodológicos

Uma vez que este estudo aprofunda o conhecimento de questões relevantes do financiamento da função saúde do universo dos municípios brasileiros: o montante dos gastos com a função saúde, a proporção com o gasto nas subfunções da função saúde, a participação proporcional das transferências da união, estado e outros municípios e os recursos próprios na cobertura dos gastos com saúde no período de 2003 a 2018, este estudo pode ser classificado como exploratório descritivo. Alguns dados foram agregados pela média por habitante em cada município, agregados pela região geográfica e o porte do município. Para o porte usou-se como critério a população estimada pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para o ano de 2018. O uso da média de alguns valores foi escolhido uma vez que:

*“A média é uma medida resumo que se faz com medidas quantitativas para sugerir o que todos os elementos do grupo seriam se fossem todos iguais ... é uma expectativa de medida; a medida de menor frequência; o menor erro. Uma expectativa de medida para os elementos de um conjunto: se temos um elemento que pertence a um conjunto, mas não sabemos sua medida, esperamos que seu comportamento seja o desse arquétipo de elemento.”* (Pereira, 2010, 76, 7).

O problema de pesquisa requer o emprego da estatística descritiva uma vez que se pretende descrever o comportamento dos montantes e proporções de gastos e receitas no universo dos municípios brasileiros. Conhecer o comportamento do gasto nos serviços de saúde, discriminando os municípios por sua localização geográfica e por seu porte, contribui para o entendimento das discrepâncias que há entre “Norte” e “Sul” bem como entre pequenos e grandes municípios.

Este trabalho usa dados secundários, de bancos de dados oficiais de órgãos federais. No site da Secretaria do Tesouro Nacional – STN - foram obtidos os valores dos gastos (despesa empenhada) e das transferências orçamentárias recebidas pelos municípios da função e subfunções da saúde (Machado, 2005, 109) para o período de 2003 a 2018. Até 2003 o gasto com saúde era divulgado de forma agregada, sem distinção entre os níveis de saúde (Moog, 2018). Os valores das transferências recebidas pelos municípios oriundos da União e dos respectivos Estados foram agregados, em cada ano, de várias contas contábeis de receitas identificadas pelo nome como recursos para aplicação exclusiva na saúde.

São dados de 5.561 municípios, ou seja, de toda a população dos municípios brasileiros com dados do período analisado disponibilizados no FINBRA, sistema de disseminação das contas do setor público brasileiro pela STN - Secretaria do Tesouro Nacional. O critério de inclusão é a disponibilidade dos dados nos bancos oficiais já citados. A limitação da pesquisa refere-se à pequena margem de municípios que não disponibilizou dados na base FINBRA ou no IBGE, distinta para cada ano. Foram utilizados os aplicativos *Microsoft Access*, *Microsoft Excel* e o *software* estatístico STATA para a construção das Tabelas e das Figuras

Os valores foram atualizados monetariamente pela variação do INPC – Índice Nacional de Preços ao Consumidor (IBGE, 2018) entre cada ano e o ano de 2018, para eliminar o efeito



da inflação nas análises. No site do IBGE foi obtida a população estimada dos municípios para o ano de 2018. Este dado foi usado para gerar as faixas populacionais dos municípios, seu indicador de porte, o mesmo utilizado pela STN em suas análises. Assim, os municípios foram agrupados em cinco faixas de população: Faixa 1: até 10.000 habitantes; Faixa 2: entre 10.001 e 50.000; Faixa 3: entre 50.001 e 300.000; Faixa 4: entre 300.001 e 1.000.000; Faixa 5: acima de 1.000.000.

#### 4 Dados e análises

A primeira informação possível a partir dos dados tabulados para esta pesquisa refere-se aos montantes que cada perfil de municípios – faixa da população combinado com a região geográfica – realizou no período analisado. Estes dados, agregados também em nível de região e Brasil, estão explicitados na Tabela 1, abaixo.

**Tabela 1**

*Total do gasto orçamentário na função saúde dos municípios brasileiros categorizados por faixa da população nas regiões geográficas no período de 2003 a 2018. (Valores em bilhões de reais).*

| rgfxp\ ano  | 2003         | 2004         | 2006         | 2008         | 2010         | 2012         | 2014         | 2016         | 2018         | Soma*         |
|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| co1         | 0,47         | 0,52         | 0,70         | 0,81         | 0,93         | 1,08         | 1,05         | 1,14         | 1,12         | 14,16         |
| co2         | 0,97         | 1,01         | 1,52         | 1,56         | 1,72         | 1,98         | 2,68         | 2,74         | 2,78         | 31,18         |
| co3         | 0,25         | 0,26         | 0,39         | 0,42         | 0,49         | 0,51         | 2,33         | 2,57         | 2,72         | 19,01         |
| co4         | 1,56         | 1,61         | 2,43         | 2,83         | 3,04         | 3,61         | 2,28         | 2,42         | 2,67         | 40,40         |
| co5         | 1,30         | 1,44         | 1,90         | 2,22         | 2,42         | 2,93         | 1,42         | 1,33         | 1,16         | 27,32         |
| <b>Soma</b> | <b>4,55</b>  | <b>4,84</b>  | <b>6,94</b>  | <b>7,84</b>  | <b>8,59</b>  | <b>10,10</b> | <b>9,76</b>  | <b>10,21</b> | <b>10,45</b> | <b>132,06</b> |
| nd1         | 1,10         | 1,20         | 1,65         | 1,96         | 2,35         | 2,74         | 2,23         | 2,01         | 2,35         | 31,57         |
| nd2         | 4,26         | 4,45         | 6,72         | 7,20         | 9,04         | 9,74         | 11,30        | 10,29        | 11,90        | 136,87        |
| nd3         | 0,85         | 0,87         | 1,37         | 1,34         | 1,72         | 1,78         | 8,78         | 8,13         | 9,00         | 64,92         |
| nd4         | 4,30         | 4,40         | 6,22         | 7,57         | 8,65         | 10,45        | 4,81         | 4,70         | 4,78         | 99,44         |
| nd5         | 1,99         | 2,22         | 2,94         | 3,50         | 3,96         | 5,00         | 5,47         | 5,69         | 6,19         | 66,15         |
| <b>Soma</b> | <b>12,50</b> | <b>13,14</b> | <b>18,91</b> | <b>21,57</b> | <b>25,71</b> | <b>29,72</b> | <b>32,59</b> | <b>30,83</b> | <b>34,21</b> | <b>398,94</b> |
| nt1         | 0,71         | 0,79         | 1,16         | 1,46         | 1,84         | 2,10         | 0,50         | 0,49         | 0,58         | 16,87         |
| nt2         | 3,21         | 3,51         | 4,90         | 5,68         | 6,73         | 7,83         | 2,13         | 1,84         | 2,49         | 67,54         |
| nt3         | 1,12         | 1,22         | 1,68         | 1,82         | 2,01         | 2,35         | 2,79         | 2,47         | 2,98         | 34,13         |
| nt4         | 8,65         | 8,92         | 11,67        | 13,50        | 16,38        | 19,65        | 0,99         | 0,98         | 1,01         | 140,92        |
| nt5         | 2,61         | 2,81         | 3,74         | 4,43         | 5,12         | 6,51         | 2,01         | 1,68         | 0,83         | 52,97         |
| <b>Soma</b> | <b>16,30</b> | <b>17,25</b> | <b>23,14</b> | <b>26,89</b> | <b>32,08</b> | <b>38,44</b> | <b>8,42</b>  | <b>7,46</b>  | <b>7,89</b>  | <b>312,42</b> |
| sd1         | 0,90         | 1,06         | 1,27         | 1,67         | 1,62         | 2,19         | 3,61         | 3,36         | 3,73         | 35,80         |
| sd2         | 2,07         | 2,28         | 3,08         | 3,80         | 4,75         | 5,67         | 10,57        | 10,17        | 10,43        | 99,49         |
| sd3         | 0,30         | 0,34         | 0,43         | 0,55         | 0,65         | 0,82         | 20,03        | 19,81        | 20,43        | 126,86        |
| sd4         | 6,51         | 7,03         | 8,84         | 10,52        | 11,77        | 14,25        | 15,46        | 14,18        | 14,51        | 187,71        |
| sd5         | 1,63         | 1,80         | 2,14         | 2,52         | 2,88         | 3,31         | 19,35        | 20,80        | 20,78        | 129,96        |
| <b>Soma</b> | <b>11,41</b> | <b>12,51</b> | <b>15,76</b> | <b>19,07</b> | <b>21,67</b> | <b>26,24</b> | <b>69,02</b> | <b>68,31</b> | <b>69,87</b> | <b>579,83</b> |
| sl1         | 0,63         | 0,70         | 0,81         | 0,96         | 1,21         | 1,47         | 2,79         | 2,96         | 3,24         | 27,59         |
| sl2         | 2,34         | 2,73         | 3,79         | 4,36         | 4,99         | 5,24         | 5,02         | 5,35         | 5,87         | 72,16         |

Jaime Crozatti, Albires Ferreira de Lima Junior, Leandro Nascimento Lima, Luana Lima de Oliveira e Patricia Righetto

|        |       |       |       |        |        |        |        |        |        |          |
|--------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|
| sl3    | 0,94  | 1,07  | 1,33  | 1,46   | 1,66   | 1,80   | 6,65   | 6,86   | 7,48   | 54,93    |
| sl4    | 10,64 | 11,61 | 12,36 | 15,84  | 17,80  | 20,83  | 4,17   | 4,14   | 4,41   | 176,26   |
| sl5    | 2,07  | 1,93  | 2,32  | 2,68   | 2,78   | 3,37   | 3,64   | 3,22   | 3,05   | 42,47    |
| Soma   | 16,64 | 18,05 | 20,60 | 25,29  | 28,45  | 32,71  | 22,28  | 22,53  | 24,04  | 373,41   |
| Brasil | 61,40 | 65,79 | 85,34 | 100,67 | 116,50 | 137,21 | 142,07 | 139,33 | 146,46 | 1.796,67 |

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: rgfxp: composição da região geográfica e da faixa populacional conforme segue: co: Centro-oeste; nd: Nordeste; nt: Norte; sd: Sudeste; sl: Sul. Faixa 1: até 10.000 habitantes; faixa 2: entre 10.001 e 50.000; faixa 3: entre 50.001 e 300.000; faixa 4: entre 300.001 e 1.000.000; faixa 5: acima de 1.000.000.

Obs.: a partir de 2004 os dados dos anos ímpares foram suprimidos para melhor exposição da Tabela.

\*A soma dos valores das linhas inclui os valores dos anos ímpares suprimidos.

Os municípios brasileiros realizaram gastos orçamentários na função saúde em montantes próximos a 1,8 trilhões de reais entre 2003 a 2018. Próximo de um terço deste valor foi realizado pelos municípios do Sudeste. Este região agrega quase 43% da população brasileira o que justifica este montante. Porém, a região Nordeste tem 25% da população e realizou menos de um quarto dos gastos. No ano de 2003 os gastos totalizaram 61,4 bilhões de reais; em 2018 146,46 bilhões de reais, o que representa aumento superior a 2,38 vezes. O país aumentou consideravelmente a aplicação de recursos na saúde pública, fruto das diversas ações para a descentralização da gestão da saúde e aumento dos recursos da área, conforme discutido anteriormente. As cifras são impressionantes e mostram a relevância da área de saúde pública gerida pelos municípios no contexto social e econômico do país.

## Tabela 2

Média por habitante do gasto orçamentário na função saúde dos municípios brasileiros categorizados por faixa da população nas regiões geográficas no período de 2003 a 2018 (valores em reais).

| rgfxp\ ano | 2003 | 2004 | 2006 | 2008 | 2010 | 2012 | 2014  | 2016  | 2018  |
|------------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|
| co1        | 351  | 399  | 503  | 581  | 641  | 733  | 1.038 | 1.001 | 965   |
| nd1        | 232  | 267  | 365  | 409  | 425  | 501  | 778   | 756   | 757   |
| nt1        | 262  | 287  | 417  | 472  | 482  | 520  | 660   | 687   | 707   |
| sd1        | 318  | 343  | 489  | 578  | 620  | 736  | 922   | 979   | 1.050 |
| sl1        | 321  | 380  | 477  | 552  | 618  | 736  | 1.003 | 931   | 799   |
| Média      | 297  | 335  | 450  | 518  | 557  | 645  | 880   | 871   | 856   |
| co2        | 239  | 268  | 346  | 408  | 467  | 528  | 733   | 679   | 742   |
| nd2        | 164  | 182  | 254  | 295  | 338  | 385  | 562   | 509   | 561   |
| nt2        | 157  | 175  | 233  | 281  | 317  | 349  | 559   | 514   | 562   |
| sd2        | 245  | 263  | 339  | 410  | 463  | 546  | 663   | 603   | 614   |
| sl2        | 203  | 232  | 287  | 337  | 383  | 465  | 655   | 644   | 701   |
| Média      | 202  | 224  | 292  | 346  | 394  | 455  | 634   | 590   | 636   |
| co3        | 198  | 234  | 278  | 367  | 424  | 467  | 748   | 729   | 799   |
| nd3        | 174  | 193  | 254  | 307  | 348  | 389  | 482   | 454   | 503   |
| nt3        | 175  | 204  | 252  | 302  | 300  | 344  | 502   | 418   | 458   |
| sd3        | 291  | 309  | 371  | 437  | 511  | 602  | 465   | 459   | 465   |
| sl3        | 202  | 217  | 265  | 318  | 372  | 454  | 611   | 499   | 288   |
| Média      | 208  | 231  | 284  | 346  | 391  | 451  | 562   | 512   | 502   |

Jaime Crozatti, Albiros Ferreira de Lima Junior, Leandro Nascimento Lima, Luana Lima de Oliveira e Patricia Righetto

|        |     |     |     |     |     |     |       |       |       |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-------|-------|
| co4    | 301 | 352 | 398 | 513 | 499 | 656 | 1.061 | 922   | 1.023 |
| nd4    | 201 | 216 | 292 | 352 | 423 | 488 | 795   | 723   | 742   |
| nt4    | 154 | 166 | 199 | 257 | 279 | 338 | 875   | 796   | 820   |
| sd4    | 298 | 302 | 375 | 447 | 505 | 588 | 821   | 745   | 760   |
| sl4    | 351 | 374 | 435 | 507 | 565 | 643 | 872   | 829   | 848   |
| Média  | 261 | 282 | 340 | 415 | 454 | 543 | 885   | 803   | 838   |
| co5    | 390 | 418 | 467 | 537 | 657 | 780 | 1.079 | 1.029 | 1.132 |
| nd5    | 248 | 281 | 360 | 405 | 479 | 497 | 693   | 683   | 743   |
| nt5    | 236 | 259 | 308 | 335 | 378 | 396 | 680   | 665   | 725   |
| sd5    | 344 | 351 | 374 | 479 | 552 | 626 | 932   | 917   | 972   |
| sl5    | 487 | 440 | 514 | 591 | 631 | 760 | 1.107 | 971   | 906   |
| Média  | 341 | 350 | 404 | 470 | 539 | 612 | 898   | 853   | 896   |
| Brasil | 262 | 284 | 354 | 419 | 467 | 541 | 772   | 726   | 746   |

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda:

rgfxp: composição da região geográfica e da faixa populacional conforme segue: co: Centro-oeste; nd: Nordeste; nt: Norte; sd: Sudeste; sl: Sul. Faixa 1: até 10.000 habitantes; faixa 2: entre 10.001 e 50.000; faixa 3: entre 50.001 e 300.000; faixa 4: entre 300.001 e 1.000.000; faixa 5: acima de 1.000.000.

Obs.: a partir de 2004 os dados dos anos ímpares foram suprimidos para melhor exposição da Tabela.

A média do gasto por morador na função saúde, com os municípios categorizados por tamanho dentro da faixa da população, está evidenciado na Tabela 2 acima. Observa-se que os valores tiveram evolução significativa, comparados os valores dos anos do início da série com os do final. Na média de todo o país os valores por habitante aumentaram 2,85 vezes, passaram de R\$ 262,00 para R\$ 746,00. Os valores das médias tiveram aumento consistente até o ano de 2014, ano pré-crise fiscal. No período entre 2015 e 2018 os valores regrediram, ficaram inferiores aos de 2014. Os municípios da Região Norte que tem entre 300.001 e 1 milhão de habitantes foram os que mais evoluíram no gasto médio, passando de R\$ 154,00, a menor média em 2003 (60% da média nacional que era de R\$ 262,00), para R\$ 820,00, 10% acima da média nacional (R\$ 746,00).

A menor evolução é observada nos municípios com população entre 50.001 e 300 mil habitantes da região Sul, passaram de R\$ 202,00 em 2003 para R\$ 288,00 em 2018, depois de terem atingido R\$ 611,00 em 2014. Os municípios desta categoria foram também os que menos tiveram incremento no gasto médio por habitante com a saúde. Observa-se também, que há um gasto extremamente discrepante entre os municípios do Nordeste se comparados aos do Sul ou Sudeste. Evidência que, apesar do progresso no valor do gasto por morador as diferenças entre “Norte e Sul” ainda não foram superadas. Estes dados revelam o impacto, por região geográfica e por porte de município dos significativos incrementos nos blocos de financiamento das políticas públicas de saúde nos municípios brasileiros, bem como a discrepância destes nos perfis de municípios. Podem refletir a capacidade destes municípios no desenvolvimento das Estratégias e Programas já discutidos na seção anterior, uma vez que a indução para estes se dá através do aumento da verba repassada pelo MS.

**Tabela 3**

*Proporção do gasto na subfunção assistência básica dos gastos orçamentários com a função saúde dos municípios brasileiros categorizados por faixa da população nas regiões geográficas no período de 2003 a 2018 (valores em reais).*

| rgfxp\<br>ano | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| co1           | 68,0 | 77,7 | 72,7 | 72,5 | 71,8 | 71,7 | 70,1 | 70,6 | 65,8 | 66,6 | 53,6 | 52,5 | 55,1 | 50,7 | 50,2 | 51,9 |
| co2           | 66,4 | 67,4 | 66,9 | 69,0 | 72,1 | 69,9 | 68,0 | 64,8 | 63,0 | 59,8 | 54,0 | 52,9 | 49,0 | 44,8 | 45,3 | 43,3 |
| co3           | 48,3 | 60,1 | 53,8 | 56,2 | 47,5 | 45,6 | 59,3 | 58,0 | 55,0 | 50,2 | 42,4 | 41,5 | 37,4 | 38,5 | 39,1 | 33,9 |
| co4           | 21,0 | 44,5 | 30,6 | 57,1 | 57,7 | 53,2 | 29,8 | 47,8 | 32,3 | 21,5 | 27,8 | 12,5 | 12,6 | 12,8 | 12,3 | 12,0 |
| co5           | -    | -    | -    | -    | -    | 98,4 | 45,1 | 51,3 | 51,2 | 49,1 | .    | 8,8  | 7,3  | 5,6  | 5,1  | 5,4  |
| c-oeste       | 50,9 | 62,4 | 56,0 | 63,7 | 62,3 | 67,8 | 54,5 | 58,5 | 53,4 | 49,4 | 44,4 | 33,6 | 32,3 | 30,5 | 30,4 | 29,3 |
| nd1           | 67,2 | 67,4 | 67,3 | 66,9 | 68,9 | 67,8 | 67,7 | 71,0 | 70,4 | 70,8 | 67,0 | 67,4 | 68,2 | 69,4 | 68,9 | 70,7 |
| nd2           | 60,9 | 65,8 | 63,3 | 61,4 | 63,2 | 61,8 | 60,6 | 59,5 | 59,9 | 60,1 | 55,8 | 55,6 | 54,7 | 53,3 | 53,2 | 52,8 |
| nd3           | 49,2 | 61,3 | 54,9 | 53,6 | 52,4 | 50,4 | 46,5 | 44,0 | 42,7 | 43,5 | 42,5 | 41,8 | 40,2 | 40,1 | 39,4 | 40,0 |
| nd4           | 28,8 | 48,1 | 37,2 | 34,2 | 37,8 | 35,5 | 26,9 | 22,9 | 20,0 | 22,2 | 24,8 | 23,6 | 24,1 | 23,3 | 23,8 | 24,9 |
| nd5           | 13,2 | 28,1 | 19,3 | 10,0 | 19,4 | 15,8 | 13,1 | 11,5 | 10,1 | 10,8 | 5,9  | 18,4 | 16,3 | 18,3 | 17,4 | 17,1 |
| nord.         | 43,9 | 54,1 | 48,4 | 45,2 | 48,3 | 46,3 | 43,0 | 41,8 | 40,6 | 41,5 | 39,2 | 41,4 | 40,7 | 40,9 | 40,5 | 41,1 |
| nt1           | 53,0 | 59,6 | 56,2 | 57,1 | 55,2 | 56,8 | 59,3 | 55,7 | 60,3 | 62,7 | 59,3 | 53,1 | 53,8 | 53,1 | 51,0 | 53,1 |
| nt2           | 43,8 | 59,6 | 51,1 | 49,7 | 52,7 | 54,2 | 55,4 | 51,8 | 56,4 | 58,4 | 49,8 | 53,0 | 55,0 | 53,1 | 53,2 | 54,7 |
| nt3           | 39,7 | 54,6 | 46,5 | 42,9 | 45,6 | 47,4 | 44,6 | 40,8 | 43,5 | 46,4 | 39,4 | 42,7 | 41,6 | 39,6 | 40,2 | 40,3 |
| nt4           | 18,8 | 58,6 | 33,2 | 49,9 | 39,0 | 39,6 | 47,2 | 52,4 | 49,4 | 47,1 | 44,1 | 45,5 | 44,6 | 36,0 | 37,5 | 37,7 |
| nt5           | 9,1  | 15,8 | 12,0 | 3,2  | 12,9 | 33,0 | 32,5 | 32,1 | 31,2 | 31,5 | 28,8 | 20,9 | 20,2 | 28,1 | 29,6 | 15,3 |
| Norte         | 32,9 | 49,6 | 39,8 | 40,6 | 41,1 | 46,2 | 47,8 | 46,5 | 48,2 | 49,2 | 44,3 | 43,0 | 43,0 | 42,0 | 42,3 | 40,2 |
| sd1           | 66,7 | 73,3 | 69,9 | 72,0 | 72,7 | 72,2 | 71,7 | 72,2 | 71,6 | 71,9 | 70,7 | 72,2 | 71,7 | 71,4 | 70,2 | 66,6 |
| sd2           | 61,5 | 65,8 | 63,6 | 63,8 | 65,7 | 63,9 | 63,1 | 62,7 | 60,4 | 61,0 | 57,2 | 57,6 | 56,8 | 55,3 | 54,6 | 50,3 |
| sd3           | 47,4 | 54,8 | 51,0 | 51,3 | 48,6 | 47,4 | 47,3 | 42,7 | 41,5 | 39,8 | 39,2 | 36,1 | 35,4 | 34,0 | 34,0 | 29,7 |
| sd4           | 26,0 | 48,0 | 35,3 | 37,3 | 36,2 | 32,7 | 32,7 | 35,2 | 34,7 | 32,3 | 29,5 | 23,8 | 23,9 | 24,6 | 23,1 | 25,8 |
| sd5           | 32,6 | 34,8 | 33,7 | 18,2 | 12,1 | 13,3 | 15,8 | 24,7 | 24,5 | 23,7 | 23,3 | 20,2 | 21,6 | 21,9 | 25,0 | 28,4 |
| sudest.       | 46,8 | 55,3 | 50,7 | 48,5 | 47,1 | 45,9 | 46,1 | 47,5 | 46,5 | 45,7 | 44,0 | 42,0 | 41,9 | 41,4 | 41,4 | 40,2 |
| sl1           | 78,9 | 80,4 | 79,6 | 81,5 | 80,4 | 81,4 | 81,1 | 82,1 | 81,6 | 82,1 | 79,8 | 79,8 | 80,1 | 80,3 | 79,8 | 79,9 |
| sl2           | 70,1 | 74,8 | 72,4 | 74,5 | 74,5 | 75,1 | 75,2 | 74,7 | 74,9 | 74,7 | 74,1 | 71,3 | 71,0 | 70,3 | 69,2 | 68,2 |
| sl3           | 62,1 | 69,7 | 65,8 | 64,1 | 64,9 | 65,0 | 62,0 | 62,3 | 62,5 | 62,5 | 60,9 | 58,4 | 56,9 | 55,7 | 55,0 | 49,3 |
| sl4           | 33,4 | 38,4 | 35,8 | 42,0 | 38,4 | 35,1 | 32,0 | 25,6 | 26,7 | 26,5 | 29,4 | 28,8 | 28,2 | 28,4 | 29,7 | 29,1 |
| sl5           | 34,1 | 32,8 | 33,5 | 49,4 | 32,0 | 26,3 | 26,9 | 27,2 | 28,5 | 28,6 | .    | 34,6 | 35,0 | 35,8 | 34,3 | 28,1 |
| Sul           | 55,7 | 59,2 | 57,4 | 62,3 | 58,0 | 56,6 | 55,4 | 54,4 | 54,8 | 54,9 | 61,0 | 54,6 | 54,3 | 54,1 | 53,6 | 50,9 |
| Brasil        | 63,5 | 68,8 | 66,1 | 66,4 | 67,2 | 66,7 | 65,8 | 65,7 | 65,3 | 65,6 | 61,6 | 61,1 | 61,0 | 60,2 | 59,6 | 58,6 |

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda:

rgfxp: composição da região geográfica e da faixa populacional conforme segue: co: Centro-oeste; nd: Nordeste; nt: Norte; sd: Sudeste; sl: Sul. Faixa 1: até 10.000 habitantes; faixa 2: entre 10.001 e 50.000; faixa 3: entre 50.001 e 300.000; faixa 4: entre 300.001 e 1.000.000; faixa 5: acima de 1.000.000.

A Tabela 3 acima, mostra a proporção entre os gastos com a subfunção assistência básica com os gastos totais com a função saúde. Evidencia claramente que o porte do município indica a proporção de gastos com o atendimento primário à saúde da população. Os municípios maiores tem maior tendência de terem hospitais secundários e terciários em sua estrutura de atendimento. Os municípios maiores destinam perto de 30% dos recursos da saúde à atenção básica. Os menores ficam próximos a 70%. Outra comparação possível é que enquanto os municípios maiores tem diminuída a proporção de gastos com a atenção básica, os menores aumentam esta proporção. Os recursos transferidos pela União para o financiamento da Estratégia Saúde da Família estão inclusos nestes números (Mendes & Marques, 2015, p. 900-16).

**Tabela 4**

*Proporção do gasto na subfunção atenção hospitalar dos gastos orçamentários com a função saúde dos municípios brasileiros categorizados por faixa da população nas regiões geográficas no período de 2003 a 2018 (valores em reais).*

| rgfxp\<br>ano | 2003  | 2004  | 2005  | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---------------|-------|-------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| co1           | 56,9  | 59,6  | 58,2  | 52,3 | 55,3 | 56,1 | 55,4 | 46,2 | 47,9 | 47,8 | 30,7 | 31,2 | 31,7 | 31,0 | 33,6 | 32,5 |
| co2           | 42,1  | 49,8  | 45,8  | 42,4 | 42,1 | 42,7 | 38,2 | 36,1 | 36,4 | 36,1 | 33,2 | 32,6 | 37,9 | 35,8 | 38,2 | 39,1 |
| co3           | 39,9  | 52,5  | 45,8  | 44,4 | 48,4 | 51,3 | 44,7 | 43,0 | 37,1 | 42,7 | 40,8 | 35,4 | 39,4 | 39,4 | 36,4 | 43,7 |
| co4           | 54,5  | 39,4  | 46,3  | 22,7 | 22,6 | 28,8 | 45,6 | 41,5 | 47,4 | 44,3 | 45,2 | 59,0 | 59,4 | 57,3 | 58,9 | 61,1 |
| co5           | 100,0 | 100,0 | 100,0 | -    | -    | 1,1  | 39,4 | 39,7 | 39,4 | 41,5 | .    | 46,0 | 46,3 | 47,8 | 46,6 | 49,0 |
| c-oeste       | 58,7  | 60,2  | 59,2  | 40,4 | 42,1 | 36,0 | 44,7 | 41,3 | 41,6 | 42,5 | 37,5 | 40,8 | 42,9 | 42,3 | 42,7 | 45,1 |
| nd1           | 38,3  | 49,2  | 43,4  | 38,0 | 36,1 | 33,9 | 32,1 | 30,1 | 28,1 | 29,2 | 16,9 | 16,8 | 15,9 | 14,9 | 14,7 | 12,7 |
| nd2           | 32,3  | 42,6  | 37,1  | 32,2 | 31,3 | 31,3 | 31,5 | 29,5 | 29,1 | 28,8 | 23,5 | 24,0 | 24,0 | 24,0 | 24,8 | 25,9 |
| nd3           | 30,2  | 39,9  | 34,7  | 32,9 | 32,3 | 33,3 | 36,3 | 41,4 | 41,8 | 40,7 | 36,8 | 38,6 | 39,4 | 41,2 | 40,9 | 40,0 |
| nd4           | 28,6  | 39,9  | 33,8  | 45,5 | 38,5 | 43,5 | 44,0 | 41,2 | 44,2 | 45,1 | 50,9 | 47,4 | 47,0 | 45,1 | 46,0 | 44,8 |
| nd5           | 49,4  | 71,1  | 59,2  | 66,4 | 60,3 | 55,9 | 57,0 | 46,5 | 56,4 | 56,7 | 46,1 | 54,7 | 47,4 | 49,2 | 50,7 | 51,2 |
| nord.         | 35,8  | 48,5  | 41,7  | 43,0 | 39,7 | 39,6 | 40,2 | 37,7 | 39,9 | 40,1 | 34,8 | 36,3 | 34,7 | 34,9 | 35,4 | 34,9 |
| nt1           | 51,6  | 62,4  | 56,7  | 49,9 | 50,2 | 48,2 | 44,8 | 40,6 | 34,9 | 35,6 | 19,4 | 21,8 | 20,3 | 18,2 | 16,2 | 14,9 |
| nt2           | 46,1  | 46,3  | 46,2  | 40,1 | 41,9 | 39,3 | 33,4 | 32,8 | 31,0 | 30,4 | 23,4 | 23,1 | 23,2 | 23,1 | 21,1 | 21,4 |
| nt3           | 33,6  | 36,1  | 34,8  | 31,7 | 31,7 | 30,8 | 33,7 | 37,1 | 37,7 | 36,6 | 35,6 | 36,4 | 35,4 | 37,5 | 37,1 | 39,7 |
| nt4           | 31,5  | 37,8  | 34,5  | 26,3 | 23,9 | 24,2 | 24,9 | 14,3 | 8,5  | 9,0  | 22,3 | 26,5 | 26,3 | 26,0 | 27,9 | 25,5 |
| nt5           | 37,1  | 51,1  | 43,6  | 27,9 | 18,3 | 28,7 | 27,0 | 27,1 | 27,7 | 26,5 | 28,6 | 42,8 | 42,2 | 39,9 | 43,8 | 63,5 |
| Norte         | 40,0  | 46,8  | 43,2  | 35,2 | 33,2 | 34,2 | 32,8 | 30,4 | 28,0 | 27,6 | 25,8 | 30,1 | 29,5 | 28,9 | 29,2 | 33,0 |
| sd1           | 42,5  | 51,8  | 46,9  | 43,5 | 40,9 | 35,9 | 33,8 | 28,9 | 25,9 | 26,0 | 15,8 | 15,5 | 15,3 | 15,7 | 15,7 | 18,5 |
| sd2           | 40,6  | 50,4  | 45,2  | 41,0 | 40,3 | 38,9 | 37,7 | 35,3 | 34,4 | 33,9 | 26,6 | 28,1 | 28,4 | 29,3 | 30,2 | 34,3 |
| sd3           | 40,9  | 46,6  | 43,7  | 42,0 | 42,7 | 44,3 | 44,8 | 44,2 | 43,7 | 45,3 | 40,9 | 44,5 | 45,3 | 47,0 | 47,2 | 48,8 |
| sd4           | 36,9  | 44,4  | 40,5  | 38,3 | 34,9 | 38,1 | 38,3 | 38,9 | 39,0 | 37,8 | 39,5 | 45,2 | 47,4 | 46,9 | 47,3 | 45,7 |
| sd5           | 50,3  | 54,0  | 52,1  | 44,0 | 49,1 | 46,5 | 53,7 | 46,2 | 46,0 | 45,5 | 42,2 | 52,6 | 49,6 | 50,4 | 51,4 | 52,1 |
| sudest.       | 42,2  | 49,4  | 45,7  | 41,8 | 41,6 | 40,7 | 41,6 | 38,7 | 37,8 | 37,7 | 33,0 | 37,2 | 37,2 | 37,8 | 38,4 | 39,9 |
| sl1           | 34,5  | 39,9  | 37,1  | 34,6 | 34,9 | 32,6 | 32,3 | 28,5 | 27,2 | 25,4 | 14,6 | 13,6 | 12,8 | 12,7 | 13,3 | 13,5 |
| sl2           | 38,1  | 39,4  | 38,7  | 35,4 | 36,0 | 34,4 | 33,7 | 29,0 | 28,7 | 26,7 | 18,3 | 19,6 | 20,5 | 20,8 | 21,8 | 22,7 |
| sl3           | 33,2  | 32,5  | 32,9  | 32,4 | 31,3 | 30,0 | 33,1 | 29,7 | 31,2 | 30,1 | 25,9 | 28,2 | 28,5 | 30,6 | 31,6 | 34,6 |
| sl4           | 48,7  | 48,4  | 48,5  | 44,5 | 43,8 | 45,9 | 48,2 | 46,8 | 44,4 | 46,9 | 48,6 | 51,9 | 51,6 | 51,4 | 52,0 | 54,6 |

Jaime Crozatti, Albiros Ferreira de Lima Junior, Leandro Nascimento Lima, Luana Lima de Oliveira e Patricia Righetto

|        |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| sl5    | 49,1 | 63,4 | 55,8 | 41,6 | 53,3 | 59,0 | 60,2 | 61,9 | 60,4 | 61,4 | .    | 56,8 | 56,3 | 54,5 | 55,7 | 65,2 |
| Sul    | 40,7 | 44,7 | 42,6 | 37,7 | 39,9 | 40,4 | 41,5 | 39,2 | 38,4 | 38,1 | 26,8 | 34,0 | 33,9 | 34,0 | 34,9 | 38,1 |
| Brasil | 38,8 | 46,6 | 42,5 | 38,6 | 37,9 | 36,7 | 35,7 | 33,1 | 31,9 | 31,7 | 22,8 | 23,4 | 23,5 | 23,5 | 24,0 | 25,0 |

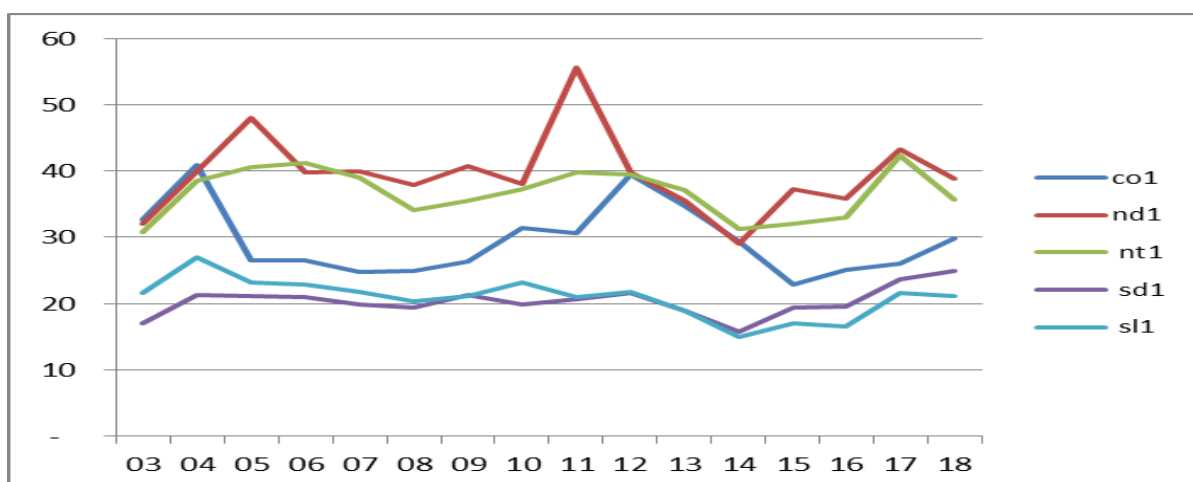
Fonte: dados da pesquisa.

Legenda:

rgfxp: composição da região geográfica e da faixa populacional conforme segue: co: Centro-oeste; nd: Nordeste; nt: Norte; sd: Sudeste; sl: Sul. Faixa 1: até 10.000 habitantes; faixa 2: entre 10.001 e 50.000; faixa 3: entre 50.001 e 300.000; faixa 4: entre 300.001 e 1.000.000; faixa 5: acima de 1.000.000.

A Tabela 4 evidencia que o gasto com a atenção hospitalar aumenta quanto maior o município. Observa-se, nesta subfunção, que os municípios de maior porte têm aumento considerável, enquanto os municípios menores têm significativo aumento da proporção de gastos em relação à atenção básica, desta subfunção. Considerando os valores evidenciados na Tabela 1 e os percentuais da Tabela 4, pode-se deduzir que os municípios tem aumentado significativamente o gasto com saúde, porém, o aumento é maior nos serviços de atendimento hospitalar, o que é sinal de uma grave transição de concentração dos esforços da gestão de saúde em serviços especializados dos níveis secundário e terciário enquanto os serviços com atenção às políticas de prevenção de saúde têm recebido menores volumes de recursos.

Para atendimento ao objetivo da pesquisa de evidenciar o percentual da participação das transferências da união, estado, outros municípios e recursos próprios no financiamento dos gastos com a saúde nos municípios brasileiros, serão apresentadas as Figuras 1 a 4 a seguir. Para esta análise preferimos recortar as categorias de municípios por região geográfica, tendo em vista simplificar a leitura dos números em Figuras. As Figuras 1 a 4, a seguir, referem-se aos recursos transferidos da união e próprios, respectivamente, dos municípios com até 10 mil habitantes e aos com população entre 300 mil e um milhão de habitantes.



**Figura 1** Evolução da proporção entre as transferências da União para saúde e os gastos orçamentários com saúde dos municípios brasileiros com até 10 mil habitantes categorizados por faixa da população nas regiões geográficas no período de 2003 a 2018.

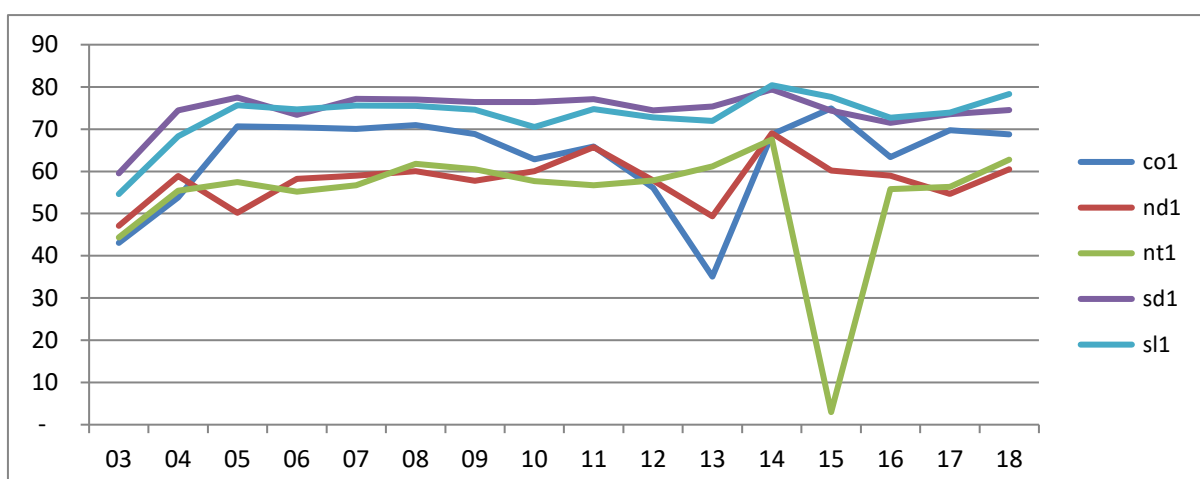
Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: composição da região geográfica e da faixa populacional conforme segue: co: Centro-oeste; nd: Nordeste; nt: Norte; sd: Sudeste; sl: Sul. Faixa 1: até 10.000 habitantes.

A Figura 1 mostra a evolução, na série temporal de 2003 a 2018, da participação dos recursos transferidos da união para os municípios com até 10 mil habitantes financiarem os gastos com a função saúde. Observa-se que os municípios do Nordeste são os que mais receberam proporcionalmente aos gastos, maior volume de recursos transferidos do governo

central. Como evoluíram de pouco mais de 30% para quase 40% na série, identifica-se a forte dependência dos pequenos municípios do Nordeste desta fonte de recursos. Os menos dependentes são os das regiões Sul e Sudeste, já que no final da série, os recursos da união, para estes municípios, representam proporções superiores a 22%.

Observa-se a diminuição da capacidade do financiamento da União, via repasses diretos para a saúde, como indicado na seção 3 deste trabalho, nos anos de 2013 e 2014 para os pequenos municípios.

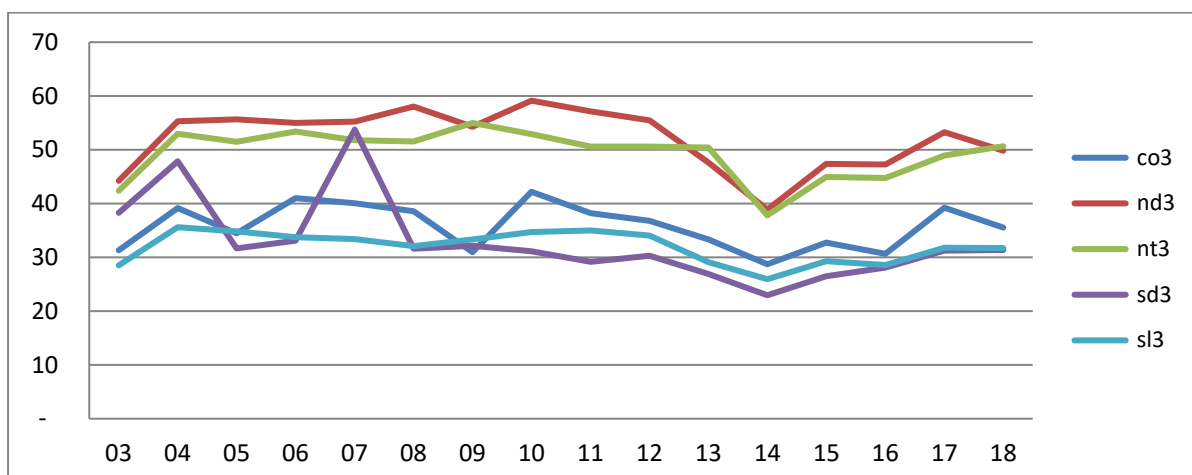


**Figura 2** Evolução da proporção entre a parcela dos recursos próprios e os gastos orçamentários com saúde dos municípios brasileiros com até 10 mil habitantes categorizados por faixa da população nas regiões geográficas no período de 2003 a 2018.

**Fonte:** dados da pesquisa.

Legenda: composição da região geográfica e da faixa populacional conforme segue: co: Centro-oeste; nd: Nordeste; nt: Norte; sd: Sudeste; sl: Sul. Faixa 1: até 10.000 habitantes.

A Figura 2 mostra a evolução da proporção dos recursos próprios dos municípios com até 10 mil habitantes utilizados nos gastos com a função saúde de 2003 a 2018. É claro que para este perfil de município, para todas as regiões geográficas, há certa estabilidade na proporção, indicando que as fontes de recursos próprios para uso nas funções Saúde destes municípios não se modificou no período. Consoante com a observação do gráfico da Figura 1, acima, identifica-se que, apesar do crescimento nos valores dos gastos – Tabelas 1 e 2 – a participação da União e dos recursos próprios não teve alteração no período dos anos analisados, ou seja, os valores cresceram significativamente e foram financiados nas mesmas proporções entre as transferências diretas para via blocos de financiamento do Governo Federal e os municípios. Em outras palavras, observa-se que o governo federal proporcionou significativo aumento no volume de repasses, que foi acompanhado pelas outras fontes de financiamento nos municípios.

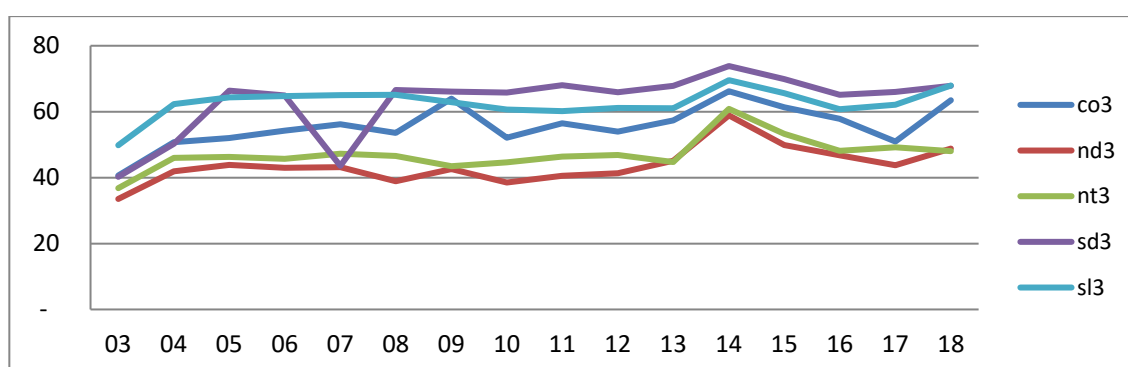


**Figura 3** Evolução da proporção entre as transferências da União para saúde e os gastos orçamentários com saúde dos municípios brasileiros com população entre até 50 mil e 300 mil habitantes categorizados por faixa da população nas regiões geográficas no período de 2003 a 2018.

**Fonte:** dados da pesquisa.

Legenda: composição da região geográfica e da faixa populacional conforme segue: co: Centro-oeste; nd: Nordeste; nt: Norte; sd: Sudeste; sl: Sul. Faixa 3: entre 50.001 a 300 mil habitantes.

A Figura 3 evidencia que, a exemplo dos municípios com até 10 mil habitantes, abordados na figura 1, que aqueles que têm população entre 50.001 e 300 mil em 2018 também tiveram a proporção de recursos transferidos pela união em relação aos gastos com saúde relativamente estabilizado no período. Porém, em patamares ligeiramente maiores. Os municípios do Nordeste e do Norte são novamente destaques como os que mais receberam recursos proporcionalmente da união e os do Sul e Sudeste como os que menos receberam recursos proporcionais aos gastos.



**Figura 4** Evolução da proporção entre a parcela dos recursos próprios e os gastos orçamentários com saúde dos municípios brasileiros com população entre 50 mil e 300 mil habitantes categorizados por faixa da população nas regiões geográficas no período de 2003 a 2018.

**Fonte:** dados da pesquisa.

Legenda: composição da região geográfica e da faixa populacional conforme segue: co: Centro-oeste; nd: Nordeste; nt: Norte; sd: Sudeste; sl: Sul. Faixa 3: entre 50.001 a 300 mil habitantes.

Como os municípios com até 10 mil habitantes, aqueles com população entre 50.001 e 300 mil também tiveram manutenção dos níveis de uso dos recursos próprios no financiamento da função saúde, proporcionalmente aos gastos no período. Os municípios da região centro



oeste, Sul e Sudeste são, na ordem, os que mais usam recursos próprios, os das regiões Nordeste e Norte são os que menos usam esta fonte de recursos, proporcionalmente aos gastos.

## 5 Conclusão

O presente trabalho teve como objetivo identificar e descrever as fontes de financiamento da função saúde e os gastos empenhados na atenção básica e na atenção hospitalar no período de 2003 a 2018, nos municípios brasileiros categorizados pelo porte na região geográfica. Identificou também, a forma como estes entes da federação financiou as políticas públicas com saúde no mesmo período.

Quanto aos montantes de recursos aplicados na saúde dos municípios, os dados evidenciam que no período analisado, o montante cresceu quase 2,4 vezes, passando de mais de 61 bilhões no primeiro ano para mais de 146 bilhões no último ano da série (valores atualizados monetariamente pelo INPC (IBGE, 2019)). Esta é uma evidência de que as disposições constitucionais e legais implementadas e objetivadas nos moldes de políticas de aplicação vinculada de recursos tributários efetivaram o direcionamento significativo de recursos à saúde para os municípios. Os dados evidenciam que os municípios aumentaram significativamente os gastos com a atenção hospitalar quanto maiores fossem; e que os gastos com a atenção básica, responsável por atividades de prevenção a problemas de saúde, tem perdido espaço nos gastos com a saúde destes municípios. Seria mais uma evidência da consolidação do modelo Hospitalocêntrico para a saúde pública brasileira? Quais forças políticas suportam esta constatação?

Outro aspecto relevante das análises é que há, ainda, significativa discrepância nos montantes totais, *per capita* e proporcionais dos gastos e dos recebidos pelos municípios segundo sua localização geográfica – região – e seu porte – tamanho conforme a população. Os mecanismos de repasses implementados até então, não foram capazes de harmonizar a distribuição de recursos, apesar de este ser um dos objetivos constitucionais, replicados em vários planos de desenvolvimento nacionais e apresentados sistematicamente pelos governos federais. Há que se considerar o desenvolvimento das capacidades estatais destes municípios.

A partir dos dados apresentados neste trabalho pode-se pensar uma série de desdobramentos para trabalhos futuros. Os mais prováveis como inspiração nas análises referem-se à avaliação do resultado das políticas públicas de saúde tendo em vista a flagrante necessidade de melhoria da qualidade da saúde nos municípios e avaliação da eficiência do gasto por modalidade de repasse do Ministério da Saúde, com a inclusão de indicadores de desempenho no sistema, principalmente, o de atenção básica à saúde.

## Referências

Almeida, M. H. T. (2005). Recentralizando a federação. *Rev. Sociol. Polit.*, n. 24, p. 29-40.

Arretche, M. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. São Paulo: Fapesp, 2000.

Arretche, M. (2010) *A dinâmica da participação local no Brasil*. São Paulo: Cortez.

Arretche, M. (2012). *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas/Fiocruz.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1998). Brasília, DF. Recuperado em 10 abril 2019, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).

- Daim, S. (2007). Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciênc. saúde coletiva*. Vol.12 supl.0 Rio de Janeiro. Recuperado de [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000700008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 02 ago. 2018.
- Emenda Constitucional n. 29 de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm)
- Farias, S. F.; Gurgel JR., G. D.; Costa, A. M. (2011). A regulação no setor público de saúde: um processo em construção. *Ciênc. saúde coletiva* vol.16 supl.1 Rio de Janeiro.
- Goncalves, R.; Lotta, G.; e Bitelman, M. (2008). A coordenação federativa de políticas públicas duas décadas após a Constituição Federal de 88. *Anais do Encontro Nacional de Administração Pública e Governança*, 3, Salvador.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conheça cidades e estados do Brasil. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em julho de 2019.
- Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 10 de julho de 2019 de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm).
- Lima, L. D. & Andrade;C. L. T.. (2009). Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. *Cad. Saúde Pública* vol.25 n.10 Rio de Janeiro Oct. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001000014&lang=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001000014&lang=pt)> Acesso em: 02 ago. 2014.
- Lotta, G. S.; Vaz, J. C. (2015). Arranjos institucionais de políticas públicas: aprendizados a partir de casos de arranjos institucionais complexos no Brasil. *Revista do Serviço Público: Brasília* 66 (2). 171-194, abr/jun 2015.
- Machado, N. (2005) *Sistemas de informação de custos – diretrizes para integração ao orçamento público e à contabilidade governamental*. Brasília: ENAP.
- Mattos, R. A. & Costa, N. R. (2003). Financiando o SUS: algumas questões para o debate. *Trab. educ. Saúde*. Vol.1 no.2 Rio de Janeiro Sept. 2003. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462003000200008&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462003000200008&lang=pt)>. Acesso em: 02 ago. 2018.
- Mendes, A.; Marques, R. (2009). A saúde pública sob a batuta da nova ordem. In: Marques, R; Ferreria, M. (orgs.). *O Brasil sob a nova ordem: a economia brasileira contemporânea: uma análise dos governos Collor a Lula*. São Paulo: Saraiva.
- Mendes, A.; Marques, R. (2014). O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde em debate*. Vol.38 n. 103, Rio de Janeiro, Oct./Dec. 2014.

Moog, M. S. (2012). *Classificação funcional da despesa*. Monografia de especialização. São Paulo: EACH/USP.

Pereira, J. C.R. (2010). *Bioestatística em outras palavras*. São Paulo: EDUSP.

Portaria Ministério da Saúde n. 95 de 25 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2001. Brasília, DF. Recuperado em 11 de julho de 2019 de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html/](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html/)

Portaria Ministério da Saúde n. 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Brasília, DF. Recuperado em 11 de julho de 2019 de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html).

Portaria Ministério da Saúde n. 399 de 22 de fevereiro de 2006. Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, na forma do Anexo I a esta portaria. Brasília, DF. Recuperado em 12 de julho de 2019 de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html).

Portaria Ministério da Saúde n. 1.559 de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF. Recuperado em 12 de julho de 2019 de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html).

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (2019). Brasília, DF. Recuperado de <http://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops>