XXXIII Congresso Brasileiro de Custos
17, 18 e 19 de novembro de 2026
- Porto de Galinhas / PE -

A dinâmica do fluxo de custos na saúde pública dos municípios de Pernambuco de 2004 a 2025

Luiza de Espíndola (UFSC) - luizadespindola@gmail.com

Altair Borgert (UFSC) - altair@borgert.com.br

Jacir Leonir Casagrande (UFSC) - jacir.bighouse@gmail.com

Resumo:

A presente pesquisa busca analisar o comportamento dos custos direcionados à saúde pública nos municípios de Pernambuco entre 2004 e 2025, baseada em dados do Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (SICONFI). A pesquisa é classificada como descritiva, documental e quantitativa e compreende os 184 municípios do estado, classificados de acordo com o porte populacional. Os custos foram apurados por habitante, considerando os valores totais destinados à função Saúde e, especificamente, à subfunção de Atenção Básica, todos deflacionados pelo IPCA para garantir uma comparabilidade monetária mais adequada ao longo do período. Os resultados evidenciam uma trajetória de crescimento contínuo dos gastos, com um recuo associado à crise fiscal de 2015-2016 e um novo salto durante a pandemia de Covid-19. Os municípios de pequeno porte apresentaram os maiores custos totais e de Atenção Básica por habitante, enquanto os de grande porte concentraram, proporcionalmente, mais recursos em ações de média e alta complexidade. Verificou-se, ainda, elevada heterogeneidade entre municípios de mesmo porte, sugerindo influências relacionadas à gestão de cada município. Os achados assemelham-se aos de estudos anteriores sobre o comportamento dos custos em saúde pública no Brasil e em diversos estados, contribuindo para o debate sobre desigualdades na distribuição dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a formulação de políticas públicas de gestão mais equitativas.

Palavras-chave: *Custos com Saúde. Setor Público. Municípios Pernambucanos. Sistema Único de Saúde. Saúde Pública Municipal.*

Área temática: *Custos aplicados ao setor público*

A dinâmica do fluxo de custos na saúde pública dos municípios de Pernambuco de 2004 a 2025

RESUMO

A presente pesquisa busca analisar o comportamento dos custos direcionados à saúde pública nos municípios de Pernambuco entre 2004 e 2025, baseada em dados do Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (SICONFI). A pesquisa é classificada como descritiva, documental e quantitativa e compreende os 184 municípios do estado, classificados de acordo com o porte populacional. Os custos foram apurados por habitante, considerando os valores totais destinados à função Saúde e, especificamente, à subfunção de Atenção Básica, todos deflacionados pelo IPCA para garantir uma comparabilidade monetária mais adequada ao longo do período. Os resultados evidenciam uma trajetória de crescimento contínuo dos gastos, com um recuo associado à crise fiscal de 2015-2016 e um novo salto durante a pandemia de Covid-19. Os municípios de pequeno porte apresentaram os maiores custos totais e de Atenção Básica por habitante, enquanto os de grande porte concentraram, proporcionalmente, mais recursos em ações de média e alta complexidade. Verificou-se, ainda, elevada heterogeneidade entre municípios de mesmo porte, sugerindo influências relacionadas à gestão de cada município. Os achados assemelham-se aos de estudos anteriores sobre o comportamento dos custos em saúde pública no Brasil e em diversos estados, contribuindo para o debate sobre desigualdades na distribuição dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a formulação de políticas públicas de gestão mais equitativas.

Palavras-chave: Custos com Saúde. Setor Público. Municípios Pernambucanos. Sistema Único de Saúde. Saúde Pública Municipal.

Área Temática: Custos aplicados ao setor público.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei n° 8.080/1990, representa uma das mais amplas expressões do direito social à saúde no mundo, ao assegurar acesso universal, integral e gratuito a serviços que vão da atenção básica aos procedimentos de alta complexidade (Brasil, 1990; Brasil, 2024). Sua concepção rompeu com o modelo assistencialista anterior, fundamentando-se nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, consolidando-se, ao longo de mais de três décadas, como um dos maiores e mais complexos sistemas públicos de saúde do planeta (Cobaito & Cobaito, 2021). Compreender a trajetória de seu financiamento e de seus custos operacionais é, portanto, condição essencial para avaliar a efetividade das políticas públicas voltadas à garantia desse direito.

Para sustentar essa estrutura, a Lei Complementar n° 141/2012 estabelece percentuais mínimos de aplicação de recursos em saúde por parte da União, dos estados e dos municípios, cabendo a estes últimos a maior responsabilidade relativa, com base mínima de 15% de suas receitas estimadas (Brasil, 2012). Essa

centralidade municipal no financiamento da saúde tornou-se ainda mais sensível a partir da Emenda Constitucional n° 95/2016, que instituiu um novo regime fiscal e limitou o crescimento real das despesas públicas federais, transferindo parte relevante da pressão orçamentária para os entes locais (Brasil, 2016; Duarte, Diniz, Nobre & Araújo, 2016). Ainda assim, o financiamento do SUS parece insuficiente diante da crescente demanda por serviços, fenômeno impulsionado pelo envelhecimento populacional, decorrente do aumento da expectativa de vida, pela incorporação de novas tecnologias e pelo aumento das comorbidades (Gomes & Borgert, 2024; Liu, 2020).

Em escala nacional, os custos totais cresceram significativamente entre 2004 e 2021 (Gomes & Borgert, 2024), evidenciando uma trajetória de expansão contínua dos gastos municipais. Entretanto, essa expansão não é realizada de forma homogênea entre os entes federativos. Estudos indicam diferenças relevantes entre regiões e entre municípios de diferentes portes populacionais, fator que pode comprometer o princípio constitucional da universalidade e da integralidade do cuidado em saúde (Brasil, 2024; Gomes & Borgert, 2024; Koch, Borgert & Gomes, 2025). A esse respeito, avaliações sobre a eficiência do gasto público em saúde apontam que o aumento do volume de recursos não é, isoladamente, garantia de melhores resultados assistenciais, reforçando a necessidade de investigar não apenas quanto se gasta, mas como os recursos são distribuídos e geridos ao longo do tempo (Ocké-Reis et al., 2023; Cordeiro & Assunção, 2024).

Nesse cenário de heterogeneidade, o estado de Pernambuco constitui um recorte especialmente relevante para investigação. Composto por 184 municípios de portes populacionais e realidades socioeconômicas bastante distintas, que vão desde pequenas cidades do interior até a Região Metropolitana do Recife, um dos maiores aglomerados urbanos do Nordeste, o estado reúne condições diversas de arrecadação, de estrutura administrativa e de capacidade de oferta de serviços de saúde. Essa diversidade interna torna Pernambuco um observatório propício para identificar como diferentes portes municipais lidam com as pressões de custo e com os limites do financiamento tripartite do SUS, ampliando a compreensão sobre desigualdades regionais que, muitas vezes, permanecem obscurecidas em análises consolidadas em nível nacional. Essa disparidade regional se reflete, por exemplo, no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e na estrutura da rede de saúde, que apresentam níveis de desenvolvimento e de cobertura assistencial substancialmente inferiores em regiões como a do Agreste e do Sertão pernambucano, quando comparadas à Região Metropolitana do Recife, evidenciando desigualdades intraestaduais que merecem atenção (Portal de Prefeitura, 2025; Silva et al., 2024).

Apesar da relevância do tema, a literatura nacional sobre o comportamento dos custos em saúde pública ainda é concentrada em poucos estudos, em sua maioria de abrangência nacional (Gomes & Borgert, 2024), estadual (Koch et al., 2025) ou municipal (Duarte et al., 2016), havendo escassez de investigações longitudinais e individualizadas voltadas especificamente para realidades como a de Pernambuco. Diante dessa lacuna, este estudo busca responder à seguinte questão: qual a variação e como se comportaram os custos com saúde pública nos municípios de Pernambuco de 2004 a 2025?

O objetivo da pesquisa é, portanto, analisar a variação e o comportamento dos custos destinados à saúde pública das prefeituras nos 184 municípios de Pernambuco ao longo desse período, com ênfase na comparação entre municípios de pequeno, médio e grande porte e na subfunção de Atenção Básica, de modo a

identificar padrões, tendências e possíveis desigualdades na distribuição dos recursos, além de confrontar os achados com os resultados de pesquisas anteriores.

Ao adotar procedimento metodológico semelhante ao de Gomes e Borgert (2024) e de Koch et al. (2025), a pesquisa busca verificar em que medida os padrões nacionais e os observados em outros estados também se manifestam no contexto pernambucano, contribuindo para reduzir a lacuna geográfica identificada na literatura sobre economia da saúde no Brasil. Assim, o presente estudo dá continuidade a essa linha de pesquisa ao analisar o comportamento dos custos com saúde pública nos municípios de Pernambuco ao longo de duas décadas.

Diferentemente de estudos anteriores baseados em amostras estratificadas ou em recortes municipais parciais, esta pesquisa abrange a totalidade dos 184 municípios pernambucanos ao longo de 22 anos, incluindo a pandemia, o que confere caráter censitário ao levantamento e amplia a robustez das comparações entre portes populacionais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O SUS estrutura-se sobre os princípios da universalidade, integralidade e equidade, sendo gerido de forma solidária pela União, estados e municípios, com financiamento proveniente dos orçamentos de cada ente federativo (Brasil, 2024; Gomes & Borgert, 2024). Ademais, a Lei Complementar n° 141/2012 fixa os pisos mínimos de aplicação orçamentária em saúde (Brasil, 2012). Para fins orçamentários, a Portaria n° 42/1999 instituiu a classificação funcional-programática das despesas públicas, definindo a função Saúde e suas subfunções que foram utilizadas neste estudo para analisar os municípios pernambucanos (Brasil, 1999).

A atenção básica constitui o eixo estrutural do SUS e é reconhecida como alta prioridade estratégica por sua capacidade de reduzir a demanda por serviços de alta complexidade por meio da prevenção e da promoção da saúde (Brasil, 2024; Ocké-Reis et al., 2023). Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), ela corresponde ao conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, voltadas à promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, constituindo a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde. A assistência hospitalar e ambulatorial, por sua vez, tende a representar uma parcela expressiva do orçamento em municípios de maior porte, pressionada pelos custos de internações, cirurgias e utilização de Unidades de Terapia Intensiva, além do envelhecimento populacional e do aumento de comorbidades (Gomes & Borgert, 2024; Lana et al., 2020).

Na área da saúde, os custos compreendem os fatores associados à prestação de serviços, envolvendo recursos financeiros, humanos, materiais e tecnológicos, sendo os termos “custos”, “despesas” e “gastos” frequentemente tratados como sinônimos na literatura contábil (Oliveira, Santos & Roquete, 2017; Schultz, Silva & Borgert, 2008).

Entre os principais desafios da gestão de custos do SUS estão o subfinanciamento crônico, a carência de profissionais qualificados e a ausência de sistema de custeio estruturado nos municípios, fatores que dificultam o planejamento orçamentário e a avaliação da eficiência dos recursos aplicados (Cordeiro & Assunção, 2024; Cobaito & Cobaito, 2021; Koch et al., 2025).

Nesse contexto, o conceito de eficiência, princípio da administração pública desde 1998, remete à inseparabilidade do uso racional dos meios disponíveis e da satisfação dos resultados entregues à comunidade (Dermindo, Guerra & Gondinho, 2020). O aumento do volume de gastos não implica necessariamente uma maior

eficiência ou melhores resultados relacionados à saúde. Um estudo sobre a aplicação dos recursos municipais no SUS revela que muitos municípios obtêm notas altas nos indicadores apenas por financiarem um maior volume de recursos, e não por utilizá-los de forma otimizada, reforçando a necessidade de qualificar a distribuição dos gastos, e não apenas ampliá-los (Portulhak, Raffaelli & Scarpin, 2018).

A dinâmica das despesas municipais também está relacionada às transformações ocorridas no modelo de financiamento e na organização do SUS, especialmente porque as alterações nos mecanismos de transferência federal, na regionalização dos serviços e na definição das responsabilidades dos diferentes níveis de governo podem modificar a autonomia municipal para alocação dos recursos. Estudo sobre a regionalização do SUS de Duarte, Mendes e Louvison (2018) mostrou que os mecanismos de financiamento vinculados às redes de atenção podem afetar a autonomia dos municípios na utilização dos recursos financeiros. Também de forma semelhante, pesquisas sobre a execução financeira dos blocos de financiamento demonstraram que os municípios podem apresentar dificuldades distintas na utilização de recursos transferidos, mesmo quando realizam aplicações próprias superiores aos limites mínimos estabelecidos pela legislação (Mazon, Colussi, Senff & Freitas, 2018).

A literatura também aponta que a distribuição dos custos em saúde varia de acordo com o porte populacional dos municípios; normalmente, os de menor porte tendem a concentrar proporcionalmente mais recursos na atenção básica, dada a ausência de serviços de média e alta complexidade em seus territórios, enquanto municípios maiores direcionam uma parcela mais expressiva do orçamento a atividades de maior especialização (Gomes & Borgert, 2024; Koch et al., 2025).

Especificamente a literatura sobre os custos da saúde pública no Brasil tem se expandido nos últimos anos, ainda que de forma concentrada geograficamente. Portulhak et al. (2018) avaliaram a eficiência da aplicação de recursos municipais no SUS, constatando que a maioria dos municípios brasileiros se situa em faixas intermediárias de eficiência, reforçando que o volume de gastos não é, isoladamente, garantia de melhores resultados. Gomes e Borgert (2024) analisaram o comportamento dos custos públicos em saúde em 360 municípios brasileiros entre 2004 e 2021, constatando crescimento contínuo e variações significativas por região e porte municipal. Já Koch et al. (2025) aprofundaram essa análise para os 79 municípios do Mato Grosso do Sul entre 2004 e 2019, revelando crescimento de custo por habitante e maior alocação proporcional em atenção básica entre os municípios de pequeno porte.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo pode ser classificado como uma pesquisa descritiva, documental e quantitativa, sendo essa classificação justificada pelo fato de a pesquisa descrever o comportamento dos custos ao longo do tempo, sem manipulação das variáveis, utilizar dados extraídos de registros orçamentários oficiais e submeter os valores monetários coletados a tratamento estatístico-descritivo, conforme os critérios de classificação metodológica propostos por Gil (2002).

A pesquisa analisa o comportamento dos custos destinados à saúde pública dos municípios de Pernambuco entre 2004 e 2025, a partir de dados orçamentários de natureza secundária, extraídos de bases de acesso público administradas por órgãos federais. Essas bases correspondem ao Sistema de Informações Contábeis

e Fiscais do Setor Público Brasileiro (SICONFI), detalhado na seção seguinte, além de dados populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Tribunal de Contas da União (TCU). A pesquisa compreende o conjunto de todos os municípios de Pernambuco, com exceção do distrito de Fernando de Noronha, que por se tratar de um distrito estadual, sem estrutura de governo local próprio e com gestão orçamentária vinculada diretamente à administração do estado de Pernambuco, não se enquadra, portanto, na categoria de município.

Analisaram-se os registros realizados como despesa na função Saúde (função 10), seguindo a classificação funcional programática estabelecida pela Portaria n° 42/1999 (Brasil, 1999), a qual instituiu, para fins orçamentários, a classificação funcional-programática das despesas públicas em funções e subfunções, definindo a função Saúde (10) e suas demais subfunções. Os municípios foram observados de forma agregada seguindo o critério de porte populacional, sendo classificados em pequeno (menos de 50.001 habitantes), médio (entre 50.001 e 100.000) e grande (acima de 100.001 habitantes), baseados em dados extraídos do IBGE.

3.1 Coleta de dados

A pesquisa utiliza um procedimento semelhante ao realizado por Gomes e Borgert (2024), no qual houve a análise de 360 municípios selecionados de maneira aleatória, e por Koch et al. (2025), que investigaram os custos referentes aos municípios do estado do Mato Grosso do Sul. Assim, para seguir um padrão com os dados já analisados em pesquisas anteriores, escolheu-se o ano de 2004 para início e o de 2025 para o final, de modo a analisar os anos antes, durante e após a pandemia e entender como esse período influenciou o comportamento dos custos ao longo dos anos.

Os dados populacionais foram extraídos de censos realizados e publicados pelo IBGE, e pelas estimativas populacionais realizadas pelo TCU e divulgadas pelo IBGE. Dessa forma, a pesquisa compreendeu os 184 municípios do estado de Pernambuco, divididos em pequeno, médio e grande porte, como demonstrado abaixo.

Tabela 1

Distribuição por Porte Populacional dos Municípios de Pernambuco.

Porte populacional	Quantidade	Percentual
Pequeno	149	80,98%
Médio	20	10,87%
Grande	15	8,15%

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

A principal fonte de dados é o SICONFI, uma iniciativa do Governo Federal desenvolvida pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN) em parceria com o Serviço Federal de Processamento de Dados (Serpro) (Brasil, 2025). O sistema reúne declarações periódicas enviadas pelos entes federativos e consolida as informações em nível nacional. Isso permite o acompanhamento sistemático da execução orçamentária de estados e municípios ao longo do tempo, visto que a padronização de dados viabiliza a comparação direta entre os entes. No SICONFI, há a divisão das subfunções da saúde, as quais são apresentadas a seguir.

Tabela 2

Classificação das Subfunções de Saúde

Código	Função	Classificação (Ocké-Reis et al., 2023)
10.301	Atenção Básica	Atenção Básica
10.302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Média e Alta Complexidade
10.303	Suporte Profilático e Terapêutico	Média e Alta Complexidade
10.304	Vigilância Sanitária	Atenção Básica
10.305	Vigilância Epidemiológica	Atenção Básica
10.306	Alimentação e Nutrição	Atenção Básica
10.122	Administração Geral	Complementares
FU10	Demais Subfunções	Complementares

Fonte: Koch et al. (2025)

A opção pelas despesas liquidadas, em vez das empenhadas, justifica-se pela maior abrangência dessa modalidade nas bases públicas consultadas para o período analisado, procedimento também adotado por Koch et al. (2025). Para garantir a comparabilidade monetária ao longo dos anos, todos os valores foram deflacionados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE), tendo como base dezembro de 2025, último ano de análise, para assim eliminar o efeito inflacionário e permitir comparações em termos reais. A coleta de dados ocorreu entre abril de 2026 e junho de 2026.

3.2 Técnicas e Procedimentos de Análise dos Dados

Os dados coletados nas etapas informadas foram registrados em planilhas do programa Microsoft Excel e posteriormente atualizados monetariamente pelo IPCA. Foram utilizados custos por habitante, calculados dividindo os valores de cada subfunção e os totais pelos números de habitantes de cada ano, seguindo a fórmula:

$$\text{Custos por habitante} = \frac{\text{Custos com saúde}}{\text{Número de habitantes}}$$

Para apresentar os resultados obtidos com o comportamento dos custos ao longo dos anos, as informações foram representadas por meio de gráficos. Os valores foram analisados pelos totais, com a soma de todas as subfunções por habitante. Ainda houve uma outra análise com os dados referentes à classificação de “Atenção Básica”, utilizando a divisão apresentada na Tabela 2. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), a atenção básica corresponde ao conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, voltadas à promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, constituindo-se como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

Posteriormente, os municípios foram agrupados de acordo com o porte populacional, a fim de facilitar a visualização. Em seguida, foram realizados os cálculos da média, desvio-padrão, mínimo e máximo, permitindo, assim, que fosse realizada a análise descritiva, na qual os dados foram submetidos a uma tabela dinâmica, dentro do programa Microsoft Excel e, por fim, analisados.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos por meio da coleta e da análise dos custos destinados à saúde pública nos municípios de Pernambuco, no período de 2004 a 2025,

revelam uma tendência de crescimento ao longo dos anos. Contudo, observou-se uma redução a partir de 2015, seguida de uma retomada do crescimento em 2018. Essa redução coincide com o período de maior restrição fiscal enfrentado pelos entes federativos brasileiros, associado à crise econômica de 2015-2016 e às medidas para contenção de déficits orçamentários adotadas a partir da mudança de governo em 2016, com destaque para a Emenda Constitucional n° 95/2016 (Brasil, 2016), que instituiu o Novo Regime Fiscal e limitou o crescimento real das despesas públicas, incluindo as da saúde.

A retomada observada em 2018 corresponde, na prática, ao retorno aos patamares já registrados anteriormente, sendo o crescimento mais expressivo verificado apenas em 2020, em decorrência da pandemia de Covid-19. Durante o período pandêmico, verificou-se um aumento mais acentuado dos custos, que posteriormente retornaram a níveis semelhantes à tendência de crescimento sem grandes oscilações observada anteriormente.

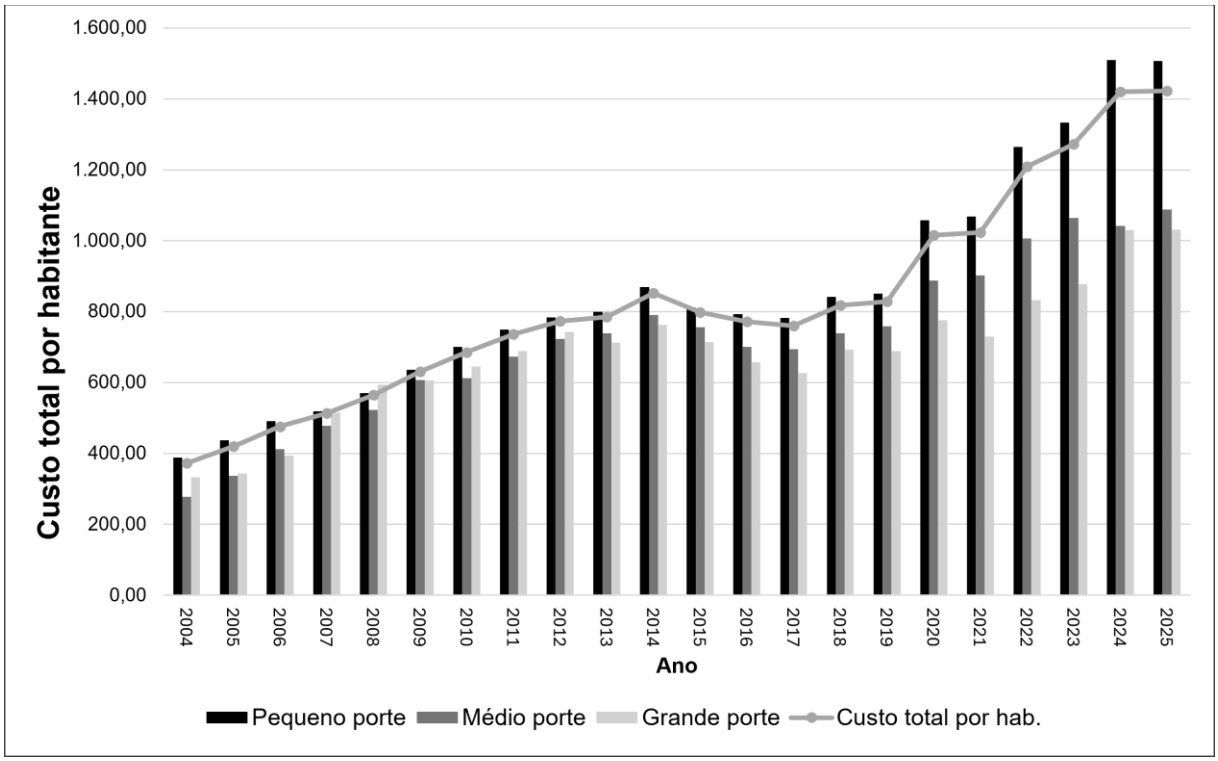


Figura 1. Custo médio total de saúde por habitante, segundo porte, entre 2004 e 2025.
Fonte: Elaborado pelos autores, 2026

A Figura 1 apresenta a evolução do custo médio total em saúde pública por habitante, dividido pelo porte populacional. Observa-se uma tendência de crescimento constante, saindo de uma média de R$ 372,48 em 2004 para R$ 1.422,64 em 2025, um crescimento de aproximadamente 282% ao longo dos anos. O gráfico evidencia uma tendência de crescimento contínuo, com poucas variações durante o período analisado, sugerindo, portanto, um comportamento estável, mesmo após o período pandêmico, e evidenciando uma ampliação nos gastos em saúde pública com o passar dos anos. Esse comportamento também acompanha, em parte, as mudanças na condução do Governo Federal ao longo do período analisado, incluindo o processo de impeachment ocorrido em 2016 e a posterior adoção de políticas de contenção fiscal, fatores que ajudam a explicar as oscilações identificadas nos gastos com saúde pública municipal.

Dessa maneira, os resultados acompanham as tendências nacionais nos municípios estudados e evidenciados por Gomes e Borgert (2024), e no Mato Grosso do Sul demonstrado por Koch et al. (2025). Ambas as pesquisas ressaltam o crescimento dos gastos com saúde pública no decorrer dos anos das últimas duas décadas. Porém, Pernambuco apresenta os maiores valores gastos em municípios de pequeno porte, influenciados, principalmente, pela atenção básica e por funções complementares. Esse resultado pode também estar relacionado a fatores de gestão municipal e a prioridades políticas locais, uma vez que municípios de menor porte tendem a concentrar a maior parte de seus orçamentos em atenção básica e funções complementares, possivelmente refletindo escolhas da gestão quanto à alocação de recursos, além das características socioeconômicas de cada localidade.

O volume de crescimento pode ser explicado pelo envelhecimento da população e pelo aumento da expectativa de vida, o que demanda um maior valor investido ao longo do tempo (Liu, 2020). Esse movimento também pode ser explicado pelo estudo e introdução de novas tecnologias para o tratamento e prevenção de diversas enfermidades, principalmente, de alta e média complexidade (Lana et al., 2020).

A estabilidade ainda pode ser explicada pelo disposto na Lei Complementar n° 141/2012, em que há a determinação de percentuais mínimos destinados para a saúde no plano orçamentário de todos os entes, envolvendo a União, Estados e Municípios de todo o país. Porém, um estudo realizado por Portulhak et al. (2018) revela que uma simples ampliação do montante de recursos financeiros destinados à saúde não é suficiente para garantir um melhor resultado, e não implica maior eficiência na alocação de recursos. Muitos municípios obtêm notas altas no indicador apenas por apresentarem um volume elevado de recursos, e não por utilizarem de maneira otimizada. O artigo ainda reforça que um cenário de restrição orçamentária exige que os gestores quebrem o paradigma de que “gastar mais é necessariamente melhor”, ou seja, além do aumento do volume dos gastos, ainda é necessário aumentar a qualidade de distribuição, para que assim, tudo funcione de maneira mais eficiente.

O aumento de volume repentino nos anos em que o país passou por uma pandemia reforça o estudo de Lana et al. (2020), no qual houve um maior número de recursos destinados ao tratamento dos indivíduos que necessitavam e, posteriormente, para a compra e distribuição de vacinas. É importante destacar ainda que, embora a pandemia, no Brasil, tenha se iniciado oficialmente em março de 2020, a aquisição e distribuição de vacinas contra a Covid-19 no país teve início em janeiro de 2021, quando se iniciou a campanha nacional de imunização, o que explica parte do aumento de custos também no exercício seguinte ao início da pandemia.

Entretanto, o salto de custos observado a partir de 2020 não pode ser atribuído apenas à resposta emergencial imediata e à campanha de imunização. Durante o período mais agudo da pandemia, a reorganização dos serviços de saúde em torno do enfrentamento à Covid-19, somada às restrições de circulação e ao receio da população em buscar atendimento presencial, provocou a suspensão e o adiamento de consultas, exames e procedimentos eletivos, sobretudo no âmbito da Atenção Básica. Esse represamento assistencial gerou uma demanda reprimida que não desapareceu, mas foi postergada, retornando de forma intensificada aos serviços municipais de saúde nos anos subsequentes. Assim, o crescimento mais expressivo dos custos observado no período pós-pandêmico, entre 2022 e 2025, reflete não apenas a manutenção das ações de vacinação e vigilância

epidemiológica, mas também o esforço dos municípios para recuperar o atendimento de consultas, exames diagnósticos e ações de prevenção que haviam sido postergados durante o período de maior restrição sanitária, pressionando de forma particular os custos da subfunção de Atenção Básica nos anos seguintes à pandemia.

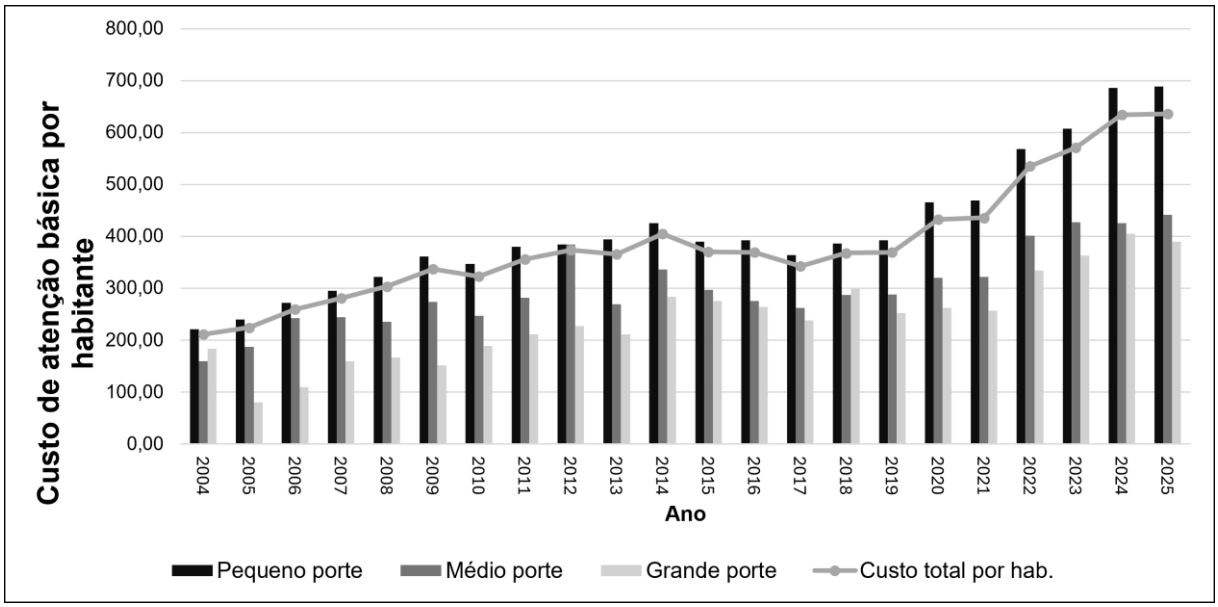


Figura 2. Custo médio de saúde com atenção básica por habitante, segundo porte, entre 2004 e 2025.
Fonte: Elaborado pelos autores, 2026

A Figura 2 ilustra a evolução dos custos atribuídos à atenção básica, como evidenciado na Tabela 2, por habitante, divididos pelo porte populacional. O crescimento é similar ao que acontece no custo total, demonstrado na Figura 1. O comportamento é semelhante ao observado no Mato Grosso do Sul, evidenciado por Koch et al. (2025), em que há uma tendência de crescimento, com leve queda registrada em 2015, associada a contextos econômicos adversos no ano.

Os custos destinados à atenção básica saem de R$ 211,83 em 2004, para R$ 636,32 em 2025, crescendo aproximadamente 200%, um comportamento semelhante aos custos totais, o que revela que, mesmo com a queda, os municípios continuaram destinando recursos para a atenção básica, voltando a aumentar em 2018, com um crescimento ainda mais expressivo após o período da pandemia. Isso reforça a ideia de que, mesmo após a pequena queda entre 2015 e 2018, os municípios mantiveram a atenção básica como prioridade orçamentária, principalmente no momento adverso. Esse período coincide com o Governo de Michel Temer (2016-2018) e com a adoção de medidas de contenção fiscal, com destaque para a Emenda Constitucional n° 95/2016 (Brasil, 2016). Ainda é válido ressaltar que os valores de 2018 e 2019 representam, na prática, uma retomada ao patamar já observado em 2016, com crescimento mais expressivo registrado apenas em 2020, em decorrência da pandemia de Covid-19.

Tabela 3
Custos por habitante e atenção básica, segundo o porte populacional, por município.

Porte populacional	Custo total por habitante	Custo de Atenção Básica por habitante

Pequeno	Média	853,21	413,10
	Desvio Padrão	397,81	260,05
	Mínimo	1,95	0,02
	Máximo	4672,55	2028,56
	Coeficiente de Variação (%)	46,63%	62,95%
Médio	Média	714,45	299,74
	Desvio Padrão	405,59	173,17
	Mínimo	25,15	3,46
	Máximo	2864,60	2172,52
	Coeficiente de Variação (%)	56,77%	57,77%
Grande	Média	700,23	251,24
	Desvio Padrão	333,99	143,93
	Mínimo	6,73	0,45
	Máximo	3116,62	896,32
	Coeficiente de Variação (%)	47,70%	57,29%

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

A Tabela 3 evidencia uma análise descritiva do custo total por habitante e do custo de atenção básica por habitante, de acordo com o porte populacional dos municípios do estado de Pernambuco. Os municípios de pequeno porte apresentam o maior valor tanto por custo total, R$ 853,21, quanto por atenção básica, R$ 413,10, em que os custos por atenção básica representam quase 50% dos custos totais, sendo a maior parcela entre os portes, indicando uma prioridade relacionada a essa classificação. Os municípios de médio porte registraram custos de atenção básica equivalentes a aproximadamente 42% do total; a média dos custos totais ainda superou a dos municípios de grande porte, divergindo do estudo de Koch et al. (2025), em que os de médio porte foram os que menos destinaram recursos para saúde.

Os municípios de grande porte apresentam os menores custos totais por habitante, R$ 700,23, e por atenção básica, R$ 251,24, o segundo representando aproximadamente 36% dos custos totais. Esses resultados evidenciam que, mesmo possuindo o menor valor per capita, os municípios de grande porte destinam a maior parte dos recursos para atividades de média e alta complexidade e complementares, revelando um maior investimento em atividades que necessitam de maior especialização, diferenciando-os dos municípios de pequeno porte, que destinam a maior parcela à atenção básica e têm como foco principal a prevenção e não a atuação na média e na alta complexidade.

Ainda é possível observar o valor elevado apresentado no desvio-padrão, indicando forte heterogeneidade na distribuição dos montantes, sendo possível, então, perceber a alta desigualdade na destinação desses valores entre os diferentes municípios, mesmo que apresentem o mesmo porte. Esses valores seguem o que é apresentado por Koch et al. (2025) no Mato Grosso do Sul, e por Duarte et al. (2016) no estudo sobre a eficiência dos gastos públicos nos serviços de saúde municipal, em que é comentado que essa alta variabilidade pode ser reflexo da gestão dos municípios, além das características socioeconômicas de cada município, que influenciam o resultado.

Por fim, a leitura do Coeficiente de Variação (CV) confirma e qualifica essa heterogeneidade: os municípios de pequeno porte apresentam CV de 46,63% no custo total e de 62,95% na Atenção Básica, os de médio porte registram CV de 56,77% e 57,77%, e os de grande porte, CV de 47,70% e 57,29%, respectivamente.

Por se tratar de uma medida relativa de dispersão, o CV evidencia que a variabilidade proporcional dos gastos com Atenção Básica é a mais elevada em todos os portes, superando, inclusive em termos relativos, a dispersão do custo total, o que indica, portanto, que a subfunção de Atenção Básica é a que mais reflete diferenças de gestão entre municípios de mesma classificação populacional.

5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

O presente estudo teve como objetivo analisar a variação e o comportamento dos custos destinados à saúde pública nas prefeituras dos 184 municípios de Pernambuco, durante os anos de 2004 a 2025, com ênfase na comparação entre municípios de pequeno, médio e grande porte e na subfunção de Atenção Básica. Os resultados evidenciam uma trajetória de crescimento contínuo das despesas ao longo do período analisado, porém, esse crescimento não foi linear, sendo marcado por uma leve redução a partir de 2015, associada à crise econômica do período e à adoção do Novo Regime Fiscal pela Emenda Constitucional n° 95/2016 (Brasil, 2016), e por uma aceleração expressiva em 2020 e em 2021, decorrente da pandemia de Covid-19 e da subsequente campanha de imunização.

Quanto à comparação entre portes populacionais, verificou-se que os municípios de pequeno porte apresentavam os maiores custos por habitante, tanto no total quanto nos destinados à Atenção Básica, correspondendo a quase metade de suas despesas com saúde, revelando uma provável priorização orçamentária de serviços que compõem a subfunção. Já os municípios de grande porte, apesar de apresentarem os menores valores per capita, direcionam proporcionalmente mais recursos a atividades de maior especialização. O elevado desvio-padrão observado em todos os portes indica ainda uma expressiva heterogeneidade na distribuição dos gastos entre municípios de mesma classificação, sugerindo que fatores de gestão local e características socioeconômicas específicas têm influência relevante sobre o comportamento dos custos.

Os resultados encontrados são, de maneira geral, semelhantes às tendências observadas por Gomes e Borgert (2024) em escala nacional e por Koch et al. (2025) no Mato Grosso do Sul, reforçando o padrão de crescimento contínuo dos gastos direcionados à saúde pública nas últimas duas décadas. Entretanto, Pernambuco apresenta uma particularidade: os municípios de pequeno porte concentram os maiores valores per capita, resultado que diverge do observado em outros estudos e que reforça a contribuição deste trabalho para reduzir a lacuna geográfica na literatura sobre os custos direcionados à saúde no Brasil. Esses resultados também vão ao encontro da discussão de Portulhak et al. (2018) quanto à necessidade de qualificar a distribuição dos recursos, uma vez que um simples aumento do volume das despesas não garante, por si só, maior eficiência ou melhores resultados em saúde.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se a utilização de dados agregados por porte populacional, o que não permite identificar particularidades de gestão de cada município individualmente, bem como a ausência de indicadores de resultado em saúde que possibilitassem relacionar o volume de gastos à efetividade das ações realizadas. Ainda assim, os resultados obtidos contribuem para o debate sobre o financiamento da saúde pública nos municípios brasileiros e reforçam a importância de políticas voltadas à qualificação da gestão orçamentária, e não apenas à ampliação dos recursos destinados à saúde.

Como contribuição teórica, este estudo preenche uma lacuna geográfica na literatura nacional sobre custos em saúde pública, ao apresentar o primeiro

levantamento censitário voltado especificamente aos 184 municípios de Pernambuco. Como contribuição prática, os resultados fornecem informações a gestores municipais e estaduais para o direcionamento de políticas de financiamento mais equitativas, sobretudo para os municípios de pequeno porte, que concentram os maiores custos per capita com Atenção Básica.

Em última análise, para futuras investigações, sugere-se observar cada município individualmente, relacionando-os a indicadores de resultado, a fim de confrontar os volumes gastos com a efetividade de suas alocações. Também é interessante investigar o comportamento dos custos em demais estados brasileiros, contribuindo para uma compreensão ainda mais ampla das desigualdades regionais do financiamento do SUS. Nesse sentido, reforça-se que o aumento do volume de recursos aplicados em saúde não garante, por si só, maior eficiência ou melhores resultados assistenciais, de modo que pesquisas futuras devem, sempre que possível, cruzar os dados orçamentários com indicadores de desfecho e de qualidade em saúde, permitindo avaliar em que medida o volume de gastos efetivamente se traduz em ganhos de efetividade assistencial para a população.

REFERÊNCIAS

Brasil. Congresso Nacional. (1990). *Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990.* https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Brasil. Congresso Nacional. (2012). *Lei Complementar n° 141, de 13 de janeiro de 2012.* https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm

Brasil. Congresso Nacional. (2016). *Emenda Constitucional n° 95, de 15 de dezembro de 2016.* https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm

Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2024). Sistema Único de Saúde. In Saúde de A a Z. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus

Brasil. Ministério do Planejamento e Orçamento. (1999). *Portaria n° 42, de 14 de abril de 1999.* https://www.gov.br/planejamento/pt-br/assuntos/orcamento/publicacoes-sobre-orcamento/legislacao/legislacao/portaria-mog-42_1999_atualizada_23jul2012-1.doc

Brasil. Serviços e Informações do Brasil. (2025). Finanças, Impostos e Gestão Pública. In Encaminhar e consultar informações contábeis, financeiras e fiscais. https://www.gov.br/pt-br/servicos/encaminhar-e-consultar-informacoes-contabeis-financeiras-e-fiscais

Cobaito, F. C., & Cobaito, V. Q. (2021). SUS – Sistema Único de Saúde: a gênese, contemporaneidade, e os desafios do amanhã. Inova Saúde, 12(1), 160–177. https://doi.org/10.18616/inova.v12i1.6026

Cordeiro, R., & Assunção, A. A. (2024). Saúde e trabalho: novos tempos, novos paradigmas. *Cadernos De Saúde Pública*, *40*(2), e00176323. https://doi.org/10.1590/0102-311XPT176323

Dermindo, M. P., Guerra, L. M., & Verna Castro Gondinho, B. (2020). O conceito eficiência na gestão da saúde pública brasileira: uma revisão integrativa da literatura. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750*, *12*, 1–17. https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.972

Duarte, J. M. S., Diniz, J. A., Nobre, C. J. F., & Araújo, R. J. R. (2016). A eficiência dos gastos públicos nos serviços de saúde municipal. *Anais do XVI Congresso USP de Controladoria e Contabilidade*, São Paulo, SP, Brasil. https://congressousp.fipecafi.org/anais/16UspInternational/120.pdf

Duarte, L.S., Mendes, Á.N., & Louvison, M.C.P. (2018). O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014). *Saúde em Debate*. 42(116), 25-37.

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4a ed.). Atlas. https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf

Gomes, H. M. S., & Borgert, A. (2024). Custos da saúde pública no Brasil: Uma análise entre 2004 e 2021. Ciência & Saúde Coletiva. https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/custos-da-saude-publica-no-brasiluma-analise-entre-2004-e-2021/19140?id=19140&id=19140

Koch, Y. S., Borgert, A., & Gomes, H. M. S. (2025). A dinâmica dos custos da saúde pública no Mato Grosso do Sul: aspectos e desafios municipais. Anais Do Congresso Brasileiro De Custos - ABC. Recuperado de https://anaiscbc.abcustos.org.br/anais/article/view/5261

Lana, A. P., Perelman, J., Gurgel Andrade, E. I., Acúrcio, F., Guerra Junior, A. A., & Cherchiglia, M. L. (2020). Cost analysis of cancer in Brazil: A population-based study of patients treated by public health system from 2001-2015. *Value in Health Regional Issues*, 23, 137–147. https://doi.org/10.1016/j.vhri.2020.05.008

Liu, Y.-M. (2020). Population aging, technological innovation, and the growth of health expenditure: Evidence from patients with Type 2 diabetes in Taiwan. *Value in Health Regional Issues*, 21, 120-126. https://doi.org/10.1016/j.vhri.2019.07.012

Mazon, L.M., Colussi, C.F., Senff, C.O., & Freitas, S.F.T. (2018). Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil. *Saúde em Debate*, 42(116), 38-51.

Ocké-Reis, C. O., Marinho, A., Funcia, F. R., Sobrinho, L. V., dos Santo, M. A. B., Tasca, R., Sá e Benevides, R. P., & Cardoso, S. S. (2023). SUS: Avaliação da eficiência do gasto público em saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Organização PanAmericana da Saúde (Opas/Oms).

https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12029/1/SUS_avalia%C3%A7%C3%A3o_da_eficiencia.pdf

Oliveira, F. E. G., Santos, A. de S., & Roquete, F. F. (2017). O uso das informações de custo em serviços públicos de urgência e emergência. *Revista Gestão & Saúde*, *8*(2), 230-253. https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3722

Portal de Prefeitura. (2025). Pernambuco: conheça os municípios com os piores IDHs do estado. https://portaldeprefeitura.com.br/curiosidades/pernambuco-conheca-os-municipios-com-os-piores-idhs-do-estado/595355/

Portulhak, H., Raffaelli, S. C. D., & Scarpin, J. E. (2018). A Eficiência da Aplicação de Recursos Voltada à Saúde Pública nos Municípios Brasileiros. *Contabilidade Gestão E Governança*, *21*(1), 21–39. https://doi.org/10.51341/1984-3925_2018v21n1a2

Schultz, C. A., da Silva, M. Z., & Borgert, A. (2008). É o Custeio por Absorção o único método aceito pela Contabilidade?. *Anais Do Congresso Brasileiro De Custos - ABC*. Recuperado de https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/1370

Silva, R. R. da ., Silva, I. E. P. da ., Guilhermino, G. M. S., Velasco, W. D., Pereira, I. C. A. L., & Lyra, T. M.. (2024). Geographic distribution of health services in the breast cancer care pathways in Pernambuco, Northeast of Brazil. *Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil*, *24*, e20240092. https://doi.org/10.1590/1806-9304202400000092-en