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

Comportamento dos custos na saúde pública dos municípios de Santa Catarina segundo o porte populacional (2004-2025)

Amanda Dalla Costa Miranda (UFSC) - amanda.dalla.miranda@grad.ufsc.br

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

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

Resumo:

O presente estudo tem como objetivo analisar o comportamento dos custos públicos em saúde nos 295 municípios de Santa Catarina, entre 2004 e 2025, com foco na evolução dos custos totais e de atenção básica por habitante, segundo o porte populacional. Trata-se de pesquisa quantitativa, descritiva e documental, que abrange a totalidade dos municípios catarinenses, com dados secundários extraídos do Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (SICONFI) e atualizados monetariamente pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) até dezembro de 2025. Optou-se por manter os anos da pandemia de COVID-19 na série histórica, de modo a possibilitar uma análise longitudinal contínua. Os resultados mostram crescimento praticamente ininterrupto dos custos por habitante, ao longo de todo o período, com destaque para os municípios de pequeno porte, que registraram, simultaneamente, os maiores custos totais por habitante e a maior concentração proporcional de gastos em atenção básica. Os municípios de médio porte, por sua vez, apresentaram os menores custos médios totais por habitante. Os achados evidenciam que o elevado desenvolvimento socioeconômico do estado não elimina as desigualdades na distribuição dos recursos em saúde entre municípios de diferentes portes, reforçando a necessidade de políticas de financiamento mais equitativas e da adoção de sistemas de custeio pelos municípios catarinenses.

Palavras-chave: *Custos Públicos. Sistema de Saúde. Municípios Catarinenses*

Área temática: *Custos aplicados ao setor público*

Comportamento dos custos na saúde pública dos municípios de Santa Catarina segundo o porte populacional (2004-2025)

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar o comportamento dos custos públicos em saúde nos 295 municípios de Santa Catarina, entre 2004 e 2025, com foco na evolução dos custos totais e de atenção básica por habitante, segundo o porte populacional. Trata-se de pesquisa quantitativa, descritiva e documental, que abrange a totalidade dos municípios catarinenses, com dados secundários extraídos do Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (SICONFI) e atualizados monetariamente pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) até dezembro de 2025. Optou-se por manter os anos da pandemia de COVID-19 na série histórica, de modo a possibilitar uma análise longitudinal contínua. Os resultados mostram crescimento praticamente ininterrupto dos custos por habitante, ao longo de todo o período, com destaque para os municípios de pequeno porte, que registraram, simultaneamente, os maiores custos totais por habitante e a maior concentração proporcional de gastos em atenção básica. Os municípios de médio porte, por sua vez, apresentaram os menores custos médios totais por habitante. Os achados evidenciam que o elevado desenvolvimento socioeconômico do estado não elimina as desigualdades na distribuição dos recursos em saúde entre municípios de diferentes portes, reforçando a necessidade de políticas de financiamento mais equitativas e da adoção de sistemas de custeio pelos municípios catarinenses.

Palavras-chave: Custos Públicos. Sistema de Saúde. Municípios Catarinenses.

Área Temática: Custos aplicados ao setor público.

1 INTRODUÇÃO

A alocação de recursos e a tomada de decisão gerencial no setor público de saúde dependem de informações fidedignas sobre os custos assistenciais, uma vez que estes envolvem múltiplos insumos como financeiros, humanos, materiais e tecnológicos, os quais são mobilizados na prestação dos serviços (Oliveira, Santos, & Roquete, 2017).

O processo de descentralização do SUS consolidou, ao longo do tempo, critérios técnicos de repasse de recursos federais por tipo de serviço, os quais, historicamente, favoreceram estados e regiões com maior capacidade administrativa e institucional já instalada (Ugá, Piola, Porto, & Vianna, 2003). Nas duas décadas seguintes, porém, o financiamento do setor continuou mudando. Um exemplo importante foi a expansão das emendas parlamentares, que passaram a funcionar como uma fonte adicional relevante de recursos para a atenção primária nos municípios. Ulinski, Carvalho, Vieira, Rodrigues e Lima (2024), mostram que essas emendas representam, atualmente, parcela expressiva do financiamento da atenção primária à saúde em parte dos municípios brasileiros. Os autores identificam, ainda, que essa participação varia conforme o porte populacional do município e sua capacidade de articulação política, o que sugere que a concentração de recursos,

longe de ser apenas um traço histórico, permanece um fenômeno atual e pouco explorado no nível intraestadual.

Nesse cenário, compreender o comportamento dos custos em saúde pública para além do panorama nacional exige estudos que aprofundem o olhar sobre unidades federativas específicas. Estudos recentes analisaram tal comportamento em diferentes escalas: Gomes e Borgert (2024) investigaram uma amostra estratificada de 360 municípios brasileiros entre 2004 e 2021, identificando uma trajetória predominantemente crescente dos custos ao longo do período, com a região Sudeste concentrando o maior custo total por habitante e a região Norte, o menor; e Koch, Borgert e Gomes (2025) realizaram um censo dos 79 municípios do Mato Grosso do Sul entre 2004 e 2019, constatando trajetória igualmente crescente dos custos por habitante, com maior concentração proporcional de recursos em atenção básica nos municípios de pequeno porte e os menores custos totais por habitante nos municípios de médio porte. Especificamente sobre Santa Catarina, a literatura oferece diagnósticos relevantes, ainda que parciais: Vieira, Borgert e Fabre (2023) analisaram a composição dos custos municipais com saúde a partir de uma amostra de 12 municípios catarinenses com mais de 100 mil habitantes, constatando forte correlação entre o custo total em saúde e as subfunções de Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico e Demais Subfunções nesses municípios de grande porte, enquanto Mazon, Freitas e Colussi (2021) concentraram-se exclusivamente nos municípios catarinenses de pequeno porte, tendo como objeto de análise a eficiência técnica desses municípios nos gastos com saúde e constatando que, ao final do período analisado, apenas 29% deles foram considerados eficientes. Até o momento, não há um mapeamento abrangente do comportamento do custo per capita em saúde pública para a totalidade dos 295 municípios catarinenses.

Essa lacuna ganha relevância adicional em razão de Santa Catarina figurar, atualmente, entre as unidades federativas com maior Índice de Desenvolvimento Humano do país, ocupando a terceira posição no ranking nacional, atrás apenas do Distrito Federal e de São Paulo (PNUD, 2026). Cabe indagar, portanto, se esse elevado grau de desenvolvimento socioeconômico se reflete em padrões de gasto público em saúde mais equitativos entre os municípios catarinenses de diferentes portes, ou se, ao contrário, reproduz desigualdades semelhantes às já observadas em outras regiões do país.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo analisar o comportamento dos custos com saúde pública dos municípios de Santa Catarina no período de 2004 a 2025, com foco na evolução dos custos totais e de atenção básica por habitante, segundo o porte populacional dos municípios. A pesquisa abrange a totalidade dos 295 municípios catarinenses, caracterizando-se como um censo estadual, e mantém os anos da pandemia de COVID-19 na série histórica, o que possibilita uma análise longitudinal contínua, capaz de capturar tanto o período pré-pandêmico quanto o de recuperação subsequente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Comportamento dos custos públicos

Evidências empíricas recentes mostram que os custos públicos em saúde no Brasil não crescem de forma linear, mas alternam períodos de expansão e de retração conforme o contexto econômico e fiscal. Cruz, Barros e Souza (2022) constataram crescimento real dos gastos municipais em saúde de 2004 a 2014,

seguido de queda entre 2014 e 2015 e posterior recuperação até 2019, período em que também identificaram aumento da dependência fiscal dos municípios em relação a recursos não-próprios. Já Gomes e Borgert (2024), especificamente sobre a função saúde, analisaram uma amostra de municípios brasileiros entre 2004 e 2021 e identificaram trajetória predominantemente crescente no período, com valor máximo em 2020, ainda que com variações relevantes conforme a região geográfica e o porte populacional dos municípios.

Parte desse crescimento de longo prazo é compatível com fatores estruturais amplamente documentados na literatura internacional como responsáveis pelo crescimento continuado dos custos em saúde: o envelhecimento populacional, a incorporação de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas e a natureza intensiva em mão de obra dos serviços de saúde, setor no qual os ganhos de produtividade são limitados, fazendo com que os custos cresçam mais rapidamente do que em outros setores da economia (Liu, 2020; OECD, 2025). Já, entre municípios de diferentes portes, o custo médio por habitante tende a ser mais elevado onde a população é menor, uma vez que a estrutura assistencial mínima precisa ser mantida independentemente do volume de atendimentos, gerando economias de escala mais favoráveis aos municípios maiores (Mattos, Rocha, Novaes, Arvate, & Orellano, 2009; Santos & Rodrigues, 2014).

O crescimento dos custos, no entanto, não deve ser interpretado isoladamente como indicador de melhoria na prestação dos serviços de saúde. Portulhak, Raffaelli e Scarpin (2018), ao avaliarem, por meio de Análise Envoltória de Dados, a eficiência da aplicação de recursos de 4.598 municípios brasileiros com base no Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), constataram que apenas 6,1% desses municípios poderiam ser considerados referência na alocação de recursos, o que reforça a importância de analisar não apenas a magnitude, mas também o comportamento desses custos ao longo do tempo.

2.2 Financiamento e descentralização da saúde pública no Brasil

O SUS constitui um dos maiores e mais complexos sistemas públicos de saúde do mundo, oferecendo desde procedimentos simples de atenção básica até intervenções de alta complexidade, com acesso universal e gratuito à população (Brasil, 2024). Sua operacionalização é compartilhada, de forma solidária, entre União, estados e municípios (Brasil, 2024).

O processo de descentralização do SUS, consolidado ao longo da década de 1990 por meio das Normas Operacionais Básicas, transferiu progressivamente aos municípios a responsabilidade pela gestão da oferta de serviços de saúde. Ugá, Piola, Porto e Vianna (2003) demonstram que, embora os critérios formais de repasse federal considerassem parâmetros populacionais e epidemiológicos, a distribuição efetiva dos recursos historicamente favoreceu os entes com maior capacidade técnica e administrativa de captação. Do ponto de vista normativo, a Lei Complementar nº 141/2012 estabelece percentuais mínimos de aplicação de recursos próprios em saúde: 15% das receitas municipais, 12% das receitas estaduais e, para a União, o valor do exercício anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (Brasil, 2012). Ainda assim, o financiamento municipal da saúde permanece pressionado: Sousa, Rosa e Ribeiro (2019) constataram que, em média, os municípios brasileiros investem 27,6% de suas despesas correntes em saúde e saneamento básico. Diferenças na capacidade de captação de recursos continuam documentadas na literatura mais recente: Ulinski et al. (2024), ao analisarem os efeitos das emendas parlamentares no financiamento

municipal da atenção primária à saúde, identificaram diferenças relevantes nos valores per capita repassados por essa via, associadas tanto ao porte populacional quanto à capacidade de articulação política dos municípios, o que indica que a questão da concentração de recursos permanece um traço atual do financiamento setorial.

Do ponto de vista contábil, a estrutura orçamentária da função saúde no Brasil compreende, entre outras, as subfunções 301 (Atenção Básica), 302 (Assistência Hospitalar e Ambulatorial), 303 (Suporte Profilático e Terapêutico), 304 (Vigilância Sanitária), 305 (Vigilância Epidemiológica) e 306 (Alimentação e Nutrição). Ocké-Reis et al. (2023) propõem o agrupamento dessas subfunções em dois blocos assistenciais: atenção básica, reunindo as subfunções 301, 304, 305 e 306; e média e alta complexidade, reunindo as subfunções 302 e 303.

A operacionalização de sistemas de custos no setor público brasileiro tem como ponto de partida a despesa orçamentária liquidada, conforme preconizado pelo Sistema de Informações de Custos (SIC) do Governo Federal (Freitas Filho, Xavier Junior, Rêgo, Mota, & Medeiros, 2022; Machado & Holanda, 2010). Para a contabilidade gerencial, o conceito de custo relaciona-se ao fornecimento de informações para a tomada de decisão (Schultz, Silva, & Borgert, 2008), motivo pelo qual, os termos custo, despesa e gasto são frequentemente tratados como sinônimos, sem prejuízo às particularidades conceituais e legais que os distinguem no contexto brasileiro.

2.3 Estudos relacionados

Diversos estudos nacionais e regionais dedicam-se a mapear o comportamento dos custos públicos em saúde a partir de diferentes recortes temporais e espaciais. Santos e Rodrigues (2014) destacam que a maior parte dos municípios brasileiros carece de população suficiente para justificar a instalação de hospitais gerais ou ambulatórios de especialidades, restando a eles, em geral, ofertar quase exclusivamente serviços de atenção básica, com encaminhamento dos casos de média e alta complexidade a centros regionais, o que eleva os custos indiretos do atendimento nesses municípios.

Mazon, Freitas e Colussi (2021) avaliaram, por meio de Análise Envoltória de Dados (DEA), a eficiência técnica de 259 municípios catarinenses de pequeno porte nos gastos públicos com saúde entre 2009 e 2015, identificando elevado número de municípios ineficientes, trajetória decrescente da eficiência técnica ao longo do período e heterogeneidade considerável nos recursos utilizados entre as diferentes regiões do estado.

Costa (2023) analisou o custo per capita com saúde pública nos municípios brasileiros e identificou a região Centro-Oeste como a de maior custo médio por habitante, além de constatar que os municípios de pequeno porte apresentam a maior média de custo por habitante no país, enquanto os de médio porte registram a menor média.

Gomes (2023), em dissertação de mestrado, analisou o comportamento dos custos em saúde de municípios brasileiros ao longo do tempo, evidenciando padrões distintos de alocação de recursos conforme a região e o porte populacional, o que reforça a relevância de investigações que considerem a heterogeneidade territorial do país.

Vieira, Borgert e Fabre (2023) analisaram a composição dos custos com saúde pública nos maiores municípios de Santa Catarina, com base em balanços públicos oficiais, constatando que os custos com saúde variam entre 18,61% e

34,73% do total das despesas municipais, além de identificar forte correlação entre o custo total em saúde e as subfunções de assistência hospitalar e ambulatorial (0,84) e de suporte profilático e terapêutico (0,73).

Gomes e Borgert (2024) analisaram uma amostra estratificada de 360 municípios brasileiros entre 2004 e 2021, identificando crescimento longitudinal contínuo dos custos por habitante, com variações relevantes conforme a região geográfica e o porte populacional dos municípios.

Koch, Borgert e Gomes (2025) realizaram um censo dos 79 municípios do Mato Grosso do Sul entre 2004 e 2019 e constataram crescimento de aproximadamente 119% no custo total por habitante ao longo do período, com os municípios de grande porte apresentando os maiores custos totais por habitante (R$ 1.396,97, em média) e os de pequeno porte concentrando a maior parcela proporcional de recursos na atenção básica (R$ 758,60 por habitante, em média).

Em conjunto, esses estudos evidenciam que, embora o crescimento dos custos com saúde pública por habitante seja uma tendência amplamente documentada na literatura nacional, o comportamento da distribuição desses custos entre municípios de diferentes portes populacionais varia conforme a região e a unidade federativa analisada, o que reforça a necessidade de investigações intraestaduais.

3 MÉTODOS DA PESQUISA

3.1 Coleta de dados

A presente pesquisa classifica-se como quantitativa, descritiva e documental. Diferentemente de Gomes e Borgert (2024), que trabalharam com amostra estratificada de municípios brasileiros, e de forma semelhante ao procedimento adotado por Koch, Borgert e Gomes (2025) para o Mato Grosso do Sul, optou-se pela coleta das despesas liquidadas anuais, por subfunção da saúde, da totalidade dos 295 municípios de Santa Catarina, o que confere à pesquisa caráter censitário.

Os dados foram extraídos do Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (SICONFI), plataforma mantida pela Secretaria do Tesouro Nacional que consolida os balanços públicos anuais declarados pelos entes federativos brasileiros. Utilizou-se, como variável de análise, a despesa orçamentária liquidada, conforme o critério adotado pelo Sistema de Informações de Custos do Governo Federal (Freitas Filho et al., 2022).

O período de análise compreende os anos de 2004 a 2025. O ano inicial justifica-se pela disponibilidade de dados completos e consistentes no SICONFI a partir desse exercício, decorrente da consolidação dos procedimentos de prestação de contas exigidos pela Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Brasil, 2000). O ano de 2025 foi definido como limite temporal por representar o exercício mais recente com dados completos disponíveis no momento da coleta, o que permite uma série histórica mais extensa do que a de estudos anteriores, cujos recortes temporais se encerravam antes ou logo após o início da pandemia de COVID-19 (Gomes & Borgert, 2024; Koch et al., 2025).

Ainda que o período de análise coincida, em parte, com a pandemia de COVID-19, evento atípico que ampliou extraordinariamente a demanda por recursos assistenciais (Gomes & Borgert, 2022), optou-se por não excluir esses anos da série histórica, de modo a possibilitar uma análise longitudinal completa, que contemple tanto o período anterior à pandemia quanto os anos de enfrentamento e de recuperação subsequente.

Foram coletadas, no SICONFI, as informações relativas às subfunções de saúde apresentadas na Tabela 1, classificadas segundo a proposta de Ocké-Reis et al. (2023).

Tabela 1

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, Borgert e Gomes (2025)

Para o cálculo dos custos por habitante, foram utilizadas as estimativas populacionais anuais dos municípios catarinenses, divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2025).

Para a classificação por porte populacional, os municípios foram segmentados em três categorias: pequeno porte (até 50 mil habitantes), médio porte (de 50 mil a 100 mil habitantes) e grande porte (acima de 100 mil habitantes), segmentação similar aos empregados por Koch et al. (2025) em seu censo do Mato Grosso do Sul. A Tabela 2 apresenta a distribuição dos 295 municípios catarinenses segundo essa classificação.

Tabela 2

Distribuição por Porte Populacional dos Municípios de Santa Catarina

Porte	N º de municípios	Percentual
Pequeno	260	88,14%
Médio	21	7,12%
Grande	14	4,75%

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Observa-se que a distribuição por porte populacional em Santa Catarina reproduz o padrão nacional de forte concentração de municípios de pequeno porte: 260 dos 295 municípios catarinenses (88,14%) têm população inferior a 50 mil habitantes, proporção elevada, ainda que inferior à observada por Koch et al. (2025) no Mato Grosso do Sul (92,41%).

3.2 Tratamento de dados

Os dados coletados foram organizados em planilha Microsoft Excel e atualizados monetariamente pelo IPCA/IBGE, com data-base em dezembro de 2025, a fim de mitigar o efeito da inflação e assegurar a comparabilidade dos valores ao longo de todo o período analisado. O custo por habitante foi calculado dividindo-se o custo total com saúde ou, alternativamente, o custo de atenção básica de cada município pela sua população residente no ano observado, conforme a expressão a seguir:

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

Foram calculados os custos totais por habitante e os custos de atenção básica por habitante, no qual são consideradas as subfunções 301, 304, 305 e 306, conforme a classificação de Ocké-Reis et al. (2023) apresentada na tabela 1, organizados segundo o porte populacional dos municípios e expostos por meio de gráficos e de estatística descritiva (média, desvio padrão, mínimo e máximo), de forma similar à metodologia empregada por Gomes e Borgert (2024) e por Koch et al. (2025).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados obtidos por meio da análise dos custos com saúde pública nos municípios de Santa Catarina, entre 2004 e 2025, evidenciam uma trajetória consistente de crescimento dos valores por habitante, tanto no custo total quanto no custo de atenção básica, acompanhada de diferenças relevantes conforme o porte populacional dos municípios.

A Figura 1 apresenta a evolução do custo total em saúde pública por habitante nos municípios catarinenses, segundo o porte populacional, entre 2004 e 2025. De forma geral, observa-se uma trajetória de crescimento praticamente contínuo: nos municípios de pequeno porte, o custo total por habitante evoluiu de R$ 615,12 em 2004 para R$ 2.017,97 em 2025, incremento de aproximadamente 228,06%; para o conjunto do estado, o custo total médio por habitante evoluiu de R$ 609,74 para R$ 1.950,02 no mesmo período, incremento próximo de 219,81%.

A redução observada no custo total per capita com saúde pública nos municípios catarinenses em 2015 coincide com o início da recessão econômica brasileira de 2015–2016, um dos períodos de maior retração do PIB nacional desde a década de 1990. A queda na atividade econômica reduziu a arrecadação tributária dos entes federativos e, por consequência, as transferências constitucionais e voluntárias destinadas à saúde.

Já, a queda identificada entre 2020 e 2021, possivelmente, está relacionada à retração dos repasses federais emergenciais destinados ao enfrentamento da pandemia de Covid-19, cujo volume excepcional em 2020 elevou a base de comparação daquele exercício. Em 2021, esses repasses sofreram forte redução: dados do Senado Federal (2021) apontam um corte de aproximadamente 90,5% no valor médio diário das transferências emergenciais da União a estados e municípios em relação ao ano anterior.

É digno de nota que, em ambos os episódios, as quedas observadas foram pontuais e seguidas de rápida retomada da trajetória de crescimento. Esse crescimento pode ser atribuído a fatores estruturais como o envelhecimento populacional, a incorporação de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas e a elevação das expectativas da população quanto ao que os sistemas de saúde podem oferecer (Liu, 2020; OECD, 2025). O padrão não linear, de expansão prolongada intercalada por retrações associadas a momentos de crise econômica ou fiscal, é semelhante ao identificado por Cruz, Barros e Souza (2022) para o conjunto dos municípios brasileiros no mesmo período. A recorrência desse padrão em diferentes recortes temporais e territoriais sugere que os custos com saúde pública tendem a se recompor após choques negativos, ainda que a origem de cada retração seja específica ao contexto de cada período.

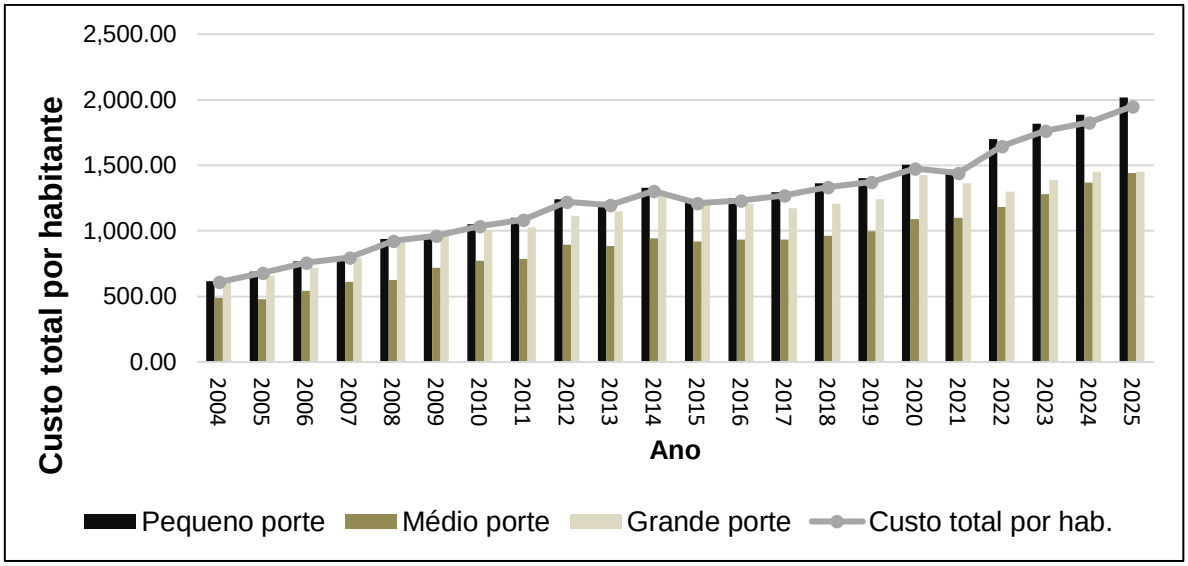


Figura 1. Custo médio total de saúde por habitante, segundo porte, entre 2004 e 2025.
Fonte: Elaborado pelos autores, 2026

Ao longo de quase toda a série histórica, são os municípios de pequeno porte que concentram os maiores custos totais por habitante, à frente dos municípios de grande porte, enquanto os de médio porte permanecem, na maior parte dos anos, com os menores valores. Esse resultado diverge do observado por Koch et al. (2025) no Mato Grosso do Sul, onde os municípios de grande porte apresentaram os maiores custos totais por habitante. Em Santa Catarina, portanto, tanto os pequenos quanto os médios municípios apresentam comportamento distinto do observado nesses estudos de referência, o que reforça a importância de análises intraestaduais para a compreensão das particularidades regionais do financiamento da saúde pública municipal.

A Tabela 3 sintetiza a estatística descritiva dos custos totais e de atenção básica por habitante, segundo o porte municipal, para todo o período analisado.

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	1.256,11	1.116,05
	Desvio Padrão	596,20	580,45
	Mínimo	0,64	0,60
	Máximo	5.523,05	5.523,05
Médio	Média	945,48	570,81
	Desvio Padrão	397,10	233,82
	Mínimo	260,80	16,00
	Máximo	2.370,20	1.297,17
Grande	Média	1.145,89	571,06
	Desvio Padrão	480,07	297,39
	Mínimo	249,96	29,76
	Máximo	2.629,98	1.652,35

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

A Tabela 3 confirma que os municípios de pequeno porte apresentam, simultaneamente, a maior média de custo total por habitante (R$ 1.256,11) e a maior variabilidade entre municípios (desvio padrão de R$ 596,20), o que é compatível

com a heterogeneidade de gestão entre pequenos municípios catarinenses já discutida por Mazon, Freitas e Colussi (2021). Os municípios de médio porte, por sua vez, apresentam a menor média de custo total por habitante (R$ 945,48), resultado que corrobora, especificamente para esse grupo, o observado nacionalmente por Costa (2023).

A Figura 2 apresenta a evolução dos custos de atenção básica por habitante entre 2004 e 2025, segundo o porte municipal. O comportamento é semelhante ao do custo total, porém com disparidade ainda mais acentuada entre os municípios de pequeno porte e os demais: nos municípios de pequeno porte, o custo de atenção básica por habitante evoluiu de R$ 563,41 em 2004 para R$ 1.672,45 em 2025, incremento de aproximadamente 196,84%, enquanto nos municípios de médio e de grande porte os valores permaneceram relativamente mais estáveis, oscilando entre aproximadamente R$ 270,00 e R$ 790,00 por habitante ao longo do período.

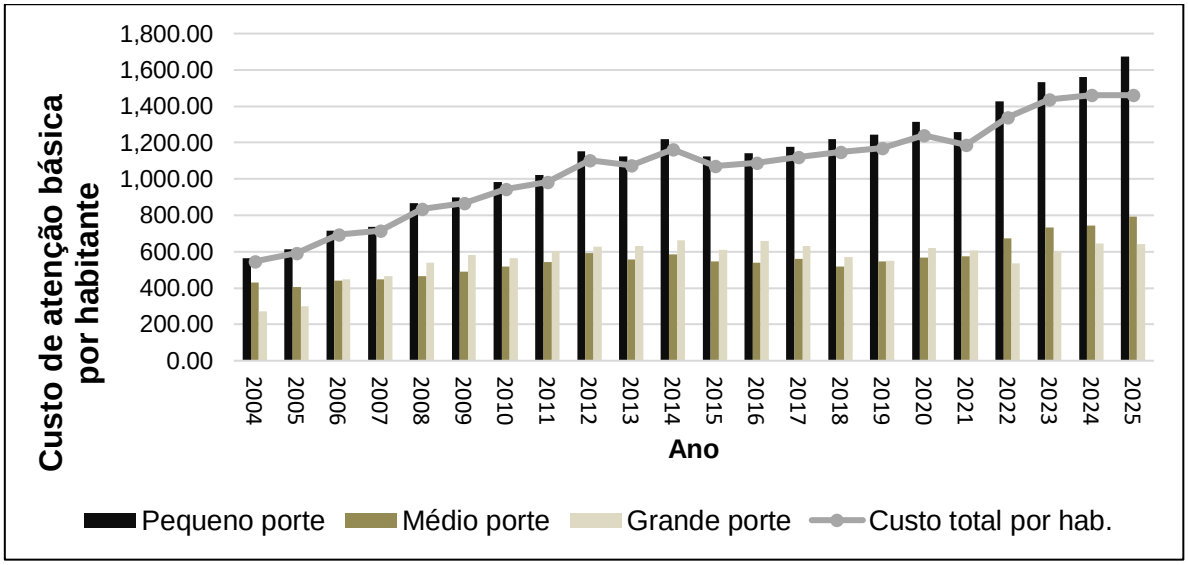


Figura 2. Custo médio de saúde com atenção básica por habitante, segundo porte, entre 2004 e 2025.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Chama atenção o fato de que, nos municípios de pequeno porte, o custo de atenção básica por habitante (média de R$ 1.116,05) representa parcela expressiva do custo total por habitante (média de R$ 1.256,11), cerca de 88,85% do gasto total em saúde desses municípios está concentrado na atenção básica. Esse padrão é compatível com o argumento de Santos e Rodrigues (2014) de que a maioria dos pequenos municípios brasileiros carece de população suficiente para justificar a instalação de hospitais gerais ou ambulatórios de especialidades, restando-lhes ofertar, majoritariamente, serviços de atenção primária, com encaminhamento dos casos de média e alta complexidade a municípios-polo da região. Já nos municípios de médio e de grande porte, a atenção básica corresponde a uma fração bem menor do custo total por habitante, cerca de 60,37% e 49,84%, respectivamente, refletindo a maior disponibilidade, nesses municípios, de estrutura hospitalar e ambulatorial de maior complexidade, tal como discutido por Koch et al. (2025) para o Mato Grosso do Sul.

Embora Santa Catarina apresente elevado grau de desenvolvimento socioeconômico esse desenvolvimento não se traduz em uma distribuição mais equitativa dos custos per capita em saúde entre os municípios de diferentes portes:

observa-se elevada dispersão, especialmente entre os municípios de pequeno porte, cujo desvio padrão (R$ 596,20) supera o dos demais grupos. Esse resultado é compatível com os achados de Ulinski et al. (2024) sobre as disparidades no financiamento municipal per capita da atenção primária associadas ao porte populacional, mesmo em contextos estaduais de maior desenvolvimento relativo.

A manutenção do período pandêmico na série histórica permitiu observar que o crescimento dos custos em saúde em Santa Catarina não se limitou a um efeito temporário associado à pandemia de COVID-19: a trajetória ascendente se manteve também nos anos subsequentes, entre 2022 e 2025. Esse comportamento é compatível com o observado por Gomes e Borgert (2022) e por Fernandes e Pereira (2020), que destacaram a pressão extraordinária exercida pela pandemia sobre o financiamento do SUS.

Em síntese, os resultados aqui apresentados confirmam o padrão de crescimento contínuo dos custos com saúde pública já identificado em estudos nacionais anteriores (Gomes & Borgert, 2024) e em outras unidades federativas (Koch et al., 2025), indicando que esse fenômeno não se restringe a estados com menor desenvolvimento relativo. Ao mesmo tempo, os dados mostram que o porte populacional permanece uma variável determinante na composição e na magnitude dos custos municipais em saúde, com os municípios catarinenses de pequeno porte arcando, proporcionalmente, com uma carga de atenção básica muito superior à dos municípios de maior porte, ainda que disponham, em geral, de menor capacidade fiscal e institucional para tanto. Cabe ressaltar, contudo, que esse crescimento não deve ser interpretado isoladamente como indicador de melhoria na prestação dos serviços de saúde, como já discutido a partir dos achados de Portulhak, Raffaelli e Scarpin (2018) sobre a eficiência da aplicação de recursos em saúde. Esse achado reforça a importância de que estudos futuros sobre os municípios catarinenses avancem para além da magnitude dos custos, incorporando também indicadores de eficiência e de desfechos em saúde.

5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

O presente estudo analisou o comportamento dos custos com saúde pública nos 295 municípios de Santa Catarina, entre 2004 e 2025, com ênfase na evolução dos custos totais e de atenção básica por habitante, segundo o porte populacional. Os resultados mostram crescimento praticamente contínuo dos custos por habitante ao longo de todo o período, tanto no custo total quanto no custo de atenção básica, mesmo com a manutenção da pandemia de COVID-19 na série histórica, o que confirma, para o contexto catarinense, a tendência de elevação sistemática dos gastos públicos em saúde já identificada em estudos nacionais anteriores (Gomes & Borgert, 2024) e em outras unidades federativas (Koch et al., 2025).

A análise por porte municipal mostrou que os municípios de pequeno porte de Santa Catarina concentram, simultaneamente, os maiores custos totais por habitante e a maior parcela proporcional de recursos em atenção básica, o que pode ser atribuído à limitada oferta local de serviços de média e alta complexidade (Santos & Rodrigues, 2014; Koch et al., 2025). Os municípios de médio porte catarinenses, por sua vez, registraram os menores custos médios totais por habitante, resultado consistente com o encontrado por Costa (2023) para esse mesmo estrato populacional em âmbito nacional.

O fato de Santa Catarina figurar entre os estados de maior desenvolvimento socioeconômico do país, mas ainda assim apresentar elevada dispersão nos custos per capita em saúde entre municípios de diferentes portes, sugere que o

desenvolvimento econômico estadual, por si só, não seja suficiente para promover maior equidade na distribuição de recursos em saúde entre os municípios, alinhado aos resultados de Ulinski et al. (2024) sobre as disparidades no financiamento municipal da atenção primária via emendas parlamentares, associadas ao porte populacional dos municípios.

Como contribuição prática, o estudo evidencia a necessidade de fortalecimento da gestão orçamentária e da implantação de sistemas de custos nos municípios catarinenses, especialmente entre os de pequeno porte, de modo a subsidiar decisões mais eficientes de alocação de recursos escassos, tal como recomendado por Freitas Filho et al. (2022). Como contribuição teórica, a pesquisa preenche uma lacuna identificada na literatura catarinense, ao apresentar o primeiro mapeamento censitário do comportamento do custo per capita em saúde pública para a totalidade dos municípios do estado, complementando os diagnósticos anteriores restritos aos maiores municípios (Vieira et al., 2023) ou aos municípios de pequeno porte (Mazon et al., 2021).

Como limitações, destaca-se que o estudo não avaliou indicadores de resultado ou de eficiência do gasto, tampouco investigou, de forma causal, os determinantes da concentração de recursos observada entre os municípios de diferentes portes. Como sugestões para pesquisas futuras, recomenda-se a inclusão de indicadores de eficiência e a comparação regionalizada dos custos entre as associações de municípios do estado, de modo a aprofundar a compreensão sobre os determinantes locais do comportamento dos custos com saúde pública em Santa Catarina.

REFERÊNCIAS

Brasil. Congresso Nacional. (2000). Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm

Brasil. Congresso Nacional. (2012). Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm

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

Costa, A. B. R. (2023). Recursos financeiros com saúde no Brasil: uma análise do custo per capita (Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Santa Catarina). https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/248857

Cruz, W. G. N., Barros, R. D., & Souza, L. E. P. F. (2022). Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019. Ciência & Saúde Coletiva, 27(6), 2459–2469. https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.15062021

Fernandes, G. A. D. A. L., & Pereira, B. L. S. (2020). Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. Revista de Administração Pública, 54, 595–613. https://doi.org/10.1590/0034-761220200290

Freitas Filho, R. C. O., Xavier Junior, A. E., Rêgo, T. F., Mota, R. H. G., & Medeiros, K. N. (2022). Custos no setor público: uma proposta de implantação do sistema de custos da Universidade Federal Rural do Semi-Árido. Anais do Congresso

Brasileiro de Custos – ABC. https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/4973

Gomes, H. M. S. (2023). Análise do comportamento dos custos em saúde dos municípios brasileiros (Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina). https://tede.ufsc.br/teses/PPGC0276D.pdf

Gomes, H. M. S., & Borgert, A. (2022). Análise do impacto da pandemia por COVID-19 nos custos com saúde. Anais do Congresso Brasileiro de Custos – ABC. https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/4966

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

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2025). Estimativas da população residente nos municípios brasileiros. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html

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 XXXII Congresso Brasileiro de Custos – ABC. Campo Grande, MS, Brasil.

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

Machado, N., & Holanda, V. B. (2010). Diretrizes e modelo conceitual de custos para o setor público a partir da experiência no governo federal do Brasil. Revista de Administração Pública, 44(4), 791–820. https://doi.org/10.1590/S0034-76122010000400003

Mattos, E., Rocha, F., Novaes, L. M., Arvate, P. R., &; Orellano, V. I. F. (2009). Economias de escala na oferta de serviços públicos de saúde: um estudo para os municípios paulistas. Economia, 10(2), 357–386.

Mazon, L. M., Freitas, S. F. T., & Colussi, C. F. (2021). Financiamento e gestão: a eficiência técnica dos municípios catarinenses de pequeno porte nos gastos públicos com saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 26(4), 1521–1532. https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.41752020

Ocké-Reis, C. O., Marinho, A., Funcia, F. R., Sobrinho, L. V., Santos, 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).https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12029/1/SUS_avaliacao_da_eficiencia.pdf

OECD. (2025). Health at a Glance 2025: OECD Indicators. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en

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

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Fundação João Pinheiro, & Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2026). Radar IDHM: evolução do IDHM e de seus componentes: período de 2012 a 2024. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

Portulhak, H., Raffaelli, S. C. D., & Scarpin, J. E. (2018). A eficiência da aplicação de recursos voltada à saúde pública nos municípios brasileiros. Revista Contabilidade, Gestão e Governança, 21(1), 21–39. https://revistacgg.org/index.php/contabil/article/view/1154/pdf

Santos, D. L., & Rodrigues, P. H. A. (2014). Política, atenção primária e acesso a serviços de Média e Alta Complexidade em pequenos municípios. Saúde em Debate, 38(103), 744–755. https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140068

Schultz, C. A., Silva, M. Z. da, & Borgert, A. (2008). É o custeio por absorção o único método aceito pela contabilidade? Anais do Congresso Brasileiro de Custos – ABC. https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/1370

Senado Federal. União corta 90,5% de repasses para estados e municípios durante pandemia. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/06/02/uniao-corta-90-5-de-repasses-para-estados-e-municipios-durante-pandemia, Acesso em: 31/07/2026.

Sousa, A. M. de, Rosa, F. S. da, & Ribeiro, A. M. (2019). Influência dos gastos públicos no crescimento e desenvolvimento econômico: uma análise em municípios de Santa Catarina. Anais do 9º Congresso UFSC de Controladoria e Finanças. https://daankrug.github.io/ccn-ufsc-cdn/9CCF/20190705151854.pdf

Ugá, M. A., Piola, S. F., Porto, S. M., & Vianna, S. M. (2003). Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciência & Saúde Coletiva, 8(2), 417–437. https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200008

Ulinski, K. G. B., Carvalho, B. G., Vieira, F. S., Rodrigues, R., & Lima, L. D. (2024). Efeitos das emendas parlamentares no financiamento municipal da atenção primária à saúde do SUS. Cadernos de Saúde Pública, 40(3), e00007323. https://doi.org/10.1590/0102-311XPT007323

Vieira, I. C., Borgert, A., & Fabre, V. V. (2023). Um diagnóstico dos custos com saúde pública em municípios de Santa Catarina. Contribuciones a las Ciencias Sociales, 16(4), 1933–1949. https://doi.org/10.55905/revconv.16n.4-029