

## ***Superando o Mínimo: o papel das capitais brasileiras no financiamento da saúde pública***

**Victor Nobre<sup>1</sup>, Marcella Semente<sup>1</sup>, Milena Rodrigues<sup>1</sup>, Júlia Pereira<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)

### **Resumo**

- Este estudo tem por objetivo analisar o financiamento público da saúde nos municípios entre 2013 e 2023, com ênfase nas capitais brasileiras;
- Municípios brasileiros foram os principais responsáveis pela expansão do gasto público em saúde. Entre 2013 e 2023, o crescimento do gasto municipal *per capita* em saúde foi de 21%. Nos estados, essa expansão foi de 7%. A União, por sua vez, apresentou uma queda de 4% no mesmo período. Este quadro indica uma redução por parte da União, principal detentora de recursos, no gasto público no setor saúde;
- Em média, as capitais chegam a aplicar sete pontos percentuais a mais em relação ao piso constitucional. Embora o piso constitucional seja de 15%, para atender às demandas de saúde, as capitais chegam a aplicar, em média, até 22%. Para algumas capitais em particular, como Teresina (PI), esse percentual chega a alcançar 34%;
- É baixa a participação dos estados no financiamento público da saúde nas capitais. Das 26 capitais, em dez delas os estados não apresentaram nenhum grau de contribuição em seus gastos com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).<sup>\*</sup> Entre as 16 capitais que receberam recursos estaduais, em apenas três (Campo Grande, Cuiabá e Curitiba) esse financiamento ultrapassou a participação de 10%;
- Metade das capitais brasileiras possuem como principal fonte de receita as transferências constitucionais e legais da União. A maior parte delas está localizada no Norte e Nordeste, onde essas transferências correspondem, em média, a 60% de suas receitas, o que evidencia uma alta dependência das capitais dessas regiões das transferências da União para o cumprimento do piso constitucional da saúde;
- Apesar do aumento de receita, São Luís (MA) e Maceió (AL) reduziram sua alocação de recursos próprios em saúde. Entre 2013 e 2023, a receita municipal *per capita* dessas capitais ampliaram em 20% e 15%, respectivamente. Por outro lado, suas despesas em saúde apresentaram quedas de 2,3% e 3,6%.<sup>†</sup>

<sup>\*</sup>As Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) podem ser caracterizadas como os recursos voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde, e que tenham por principal objetivo atender às necessidades de saúde da população brasileira. Entre os principais exemplos, estão recursos orientados ao custeio de ações de vigilância em saúde, de serviços no âmbito da Atenção Primária e da média e alta complexidade, e demais políticas públicas de saúde que impactem diretamente nos resultados de saúde da população brasileira. Veja mais [aqui](#).

<sup>†</sup>Segundo Arruda et al. (2024), há uma correlação negativa entre despesas em saúde e indicadores de saúde nas capitais. Em outras palavras, os autores mostram que na medida em que há uma tendência de redução em despesas de saúde nas capitais, há um aumento na mortalidade ajustada por causas evitáveis em seus territórios.

### **Introdução**

Criado na Constituição de 1988, e normatizado pela Emenda Constitucional n. 29/2000, o financiamento público em saúde no Brasil é uma responsabilidade compartilhada entre a União, estados e municípios<sup>1</sup>. Cada ente federativo é responsável pela aplicação de um percentual mínimo constitucional destinado às Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). No caso dos municípios, eles devem aplicar pelo menos 15% da sua receita corrente líquida<sup>2</sup> (RCL) em ASPS, en-

<sup>1</sup>O Distrito Federal também faz parte dessa composição.

<sup>2</sup>A receita corrente líquida corresponde ao somatório da receita corrente total dos entes federativos, deduzidas as transfe-



quanto os estados, 12%. Para a União, a regra era alocar o valor do orçamento federal total empenhado do ano anterior acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB)<sup>3</sup>.

Por meio da EC n. 29/2000, o orçamento público em saúde passou por um processo de descentralização e redistribuição de seus recursos tributários, assegurando que todos os entes tenham condições equitativas de financiar os serviços públicos de saúde (Lima, 2007). Apesar disso, a EC ainda apresentava grandes lacunas em seu desenho, especialmente na ausência de definição sobre quais ações deveriam estar vinculadas ou não a gastos em ASPS.

Somente em 2012, com a criação da Lei Complementar (LC) n. 141, parte desse problema foi solucionado. Além disso, a LC n. 141 foi responsável por ratificar os mínimos constitucionais previstos pela EC n. 29/2000. Ainda que tenha gerado efeitos positivos, sobretudo na melhor destinação e identificação do gasto público no setor, outros desafios surgiram. Um deles foi o aumento expressivo do gasto municipal em saúde com recursos próprios (Benevides e Funck, 2023).

Diferentemente da União, que possui maior potencial de arrecadação, e por consequência, maior capacidade de financiamento de suas políticas públicas, nos municípios brasileiros o cenário é consideravelmente distinto. Isso porque, na medida em que crescem suas demandas de saúde, há um aumento no comprometimento de suas finanças municipais, e, dado que possuem maiores restrições fiscais em comparação à União, há, por consequência, maiores desgastes nas entregas de suas políticas públicas de saúde (Magalhães, 2014), e pressões para expandir cada vez mais seus recursos.

Dessa forma, entender o financiamento público da saúde nos municípios, tanto do lado da receita como da despesa, é um componente fundamental para compreender não somente a dinâmica por trás dos mecanismos de financiamento de suas políticas públicas de saúde, mas como elas são operacionalizadas, especialmente em contextos de restrições fis-

cais.

Nesse sentido, este estudo busca dar luz a essa discussão, concentrando-se, sobretudo, na experiência recente das capitais brasileiras. Para isso, debruça-se em três principais tópicos no campo das finanças públicas: i) receitas públicas; ii) despesas públicas – neste caso, as orientadas à saúde; e iii) a relação entre esses dois componentes do orçamento público.

## Metodologia

A elaboração deste documento ocorreu a partir das análises da execução orçamentária *per capita* das Leis Orçamentárias Anuais (LOA) destinadas à saúde pelos entes federativos, em especial, as capitais brasileiras<sup>4</sup>, e de suas receitas estimadas, entre os anos de 2013 e 2023. É importante destacar os critérios adotados para a escolha da unidade e do período de análise, e a metodologia utilizada para calcular o gasto público *per capita* em saúde nos diferentes entes federativos. Sobre a unidade de análise, a principal razão de focalizarmos nas capitais em vez dos municípios decorre do fato de que as capitais são as principais detentoras das demandas de saúde nos territórios brasileiros, sejam elas próprias ou da maior parte dos municípios vizinhos. Dessa forma, ao analisarmos seu orçamento, levando em conta aspectos regionais, conseguimos ter um retrato de como elas operam e suas desigualdades interorçamentárias.

O ano de 2013 foi escolhido como período inicial por constituir o período imediatamente posterior à implementação da Lei Complementar n. 141/2012. Essa lei foi responsável por consolidar, de maneira efetiva, o percentual mínimo de recursos que os entes governamentais deveriam direcionar a Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), além de estabelecer o que constitui ou não gastos em ASPS<sup>5</sup>. Para o cálculo do gasto público *per capita* em saúde, utilizamos, no caso dos estados e municípios, o volume de recursos próprios aplicados no setor, dividido pela população de cada ente. Para a União, o procedimento foi similar, mas tendo por numerador o volume de recursos destinados a Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

Para o total de recursos próprios aplicados em saúde

rências constitucionais e legais. No entanto, cada ente possui deduções específicas. Para mais detalhes, confira [aqui](#).

<sup>3</sup>Entre 2016 e 2022, com a promulgação da EC n. 95/2016, o gasto mínimo em saúde da União apresentou uma grande mudança, tendo por critério de correção apenas a variação anual do IPCA. Em 2023, com a criação do novo arcabouço fiscal, ancorado na Lei Complementar n. 200/2023, os pisos constitucionais voltaram a vigorar a partir de 2024, corrigidos conforme a evolução da receita do governo: para a saúde, o piso constitucional é de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL). Veja mais [aqui](#).

<sup>4</sup>O Distrito Federal (DF) acumula características de estado e município, e a cidade de Brasília, como capital federal do Brasil e sede de governo do DF, tem uma organização administrativa distinta e não possui prefeitura. Essa singularidade se reflete no orçamento público e, por essa razão, Brasília não foi incluída nas análises sobre orçamento e gasto público dos municípios.

<sup>5</sup>Veja mais [aqui](#).



por estados e municípios, os valores foram obtidos pelos Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária (RREO), disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). No caso da União, esses foram acessados por meio do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP). Por fim, o total populacional foi retirado das estimativas de população residente utilizadas pelo Tribunal de Contas da União (TCU) para a determinação das cotas do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Todos os valores foram reportados em valores correntes de dezembro de 2023, corrigidos por meio do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Um ponto de atenção sobre a caracterização do financiamento da saúde das capitais é a definição de suas receitas públicas, ou como suas despesas em saúde são financiadas. Ao longo desse documento, ao nos referirmos às receitas públicas das capitais, especialmente às derivadas de transferências constitucionais e legais da União, estaremos nos referindo àquelas que contribuem para o cálculo do piso constitucional. Por sua vez, ao tratarmos da participação da União no financiamento do SUS nas capitais, estaremos fazendo menção não apenas aos recursos enviados pela União para o cumprimento do mínimo em saúde, mas também aos recursos adicionais destinados por elas. Esses recursos extras são responsáveis por auxiliar as capitais na execução de suas políticas de saúde.

A distinção entre transferências constitucionais para o cumprimento e não-cumprimento do mínimo constitucional em saúde é importante por uma grande razão: as receitas que compõem o orçamento dos municípios. Além das transferências constitucionais e legais repassadas pela União e da arrecadação de impostos, a União também realiza repasses adicionais para os municípios executarem suas políticas públicas de saúde. Desses recursos, uma grande parcela é de natureza obrigatória, pactuada na Constituição, como mecanismo de cofinanciamento para apoiar estados e municípios na execução de suas políticas de saúde, e o restante, discricionário – isto é, levando em conta necessidades específicas de saúde de cada município.

É válido mencionar que, no primeiro caso, isto é, nas transferências constitucionais e legais da União, como o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), sua aplicação está diretamente vinculada ao cumprimento do piso constitucional da saúde. Nas demais transferências, por sua vez, ainda que parte delas

também seja obrigatória, o apoio é para a execução das demais políticas de saúde, não necessariamente orientadas ao piso constitucional. Nesse contexto, quando abordarmos o tema das receitas das capitais brasileiras, estaremos nos referindo àquelas derivadas de duas principais fontes: i) oriundas de arrecadação de impostos, chamadas, dessa maneira, de receitas próprias; e de ii) transferências constitucionais e legais, realizadas pela União, em especial, o Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Quando abordarmos a participação da União no financiamento da saúde, estaremos nos referindo ao último caso mencionado no parágrafo anterior. No total, são nove os tipos de tributos que compõem as receitas das capitais brasileiras<sup>6</sup>. Esses tributos e suas definições podem ser encontrados no Quadro A1 no Apêndice ao final deste documento.

Não menos importante, embora as transferências constitucionais e legais também configurem receitas próprias dos municípios, ao longo do documento, essa terminologia será utilizada apenas para as receitas decorrentes de arrecadação de impostos. A motivação dessa distinção decorre do fato de que sua destinação, ainda que obrigatória, é realizada por outro ente nacional, caracterizando-a, dessa maneira, como um tributo não recolhido dentro do território.

Por fim, apesar dos estados também contribuírem nas transferências aos municípios, seu grau de contribuição é consideravelmente baixo. Em razão disso, ao mencionarmos transferências constitucionais, estaremos nos referindo somente aos recursos repassados pela União.

## Resultados

### Entre 2013 a 2023, os municípios foram os principais responsáveis pelo incremento dos recursos aplicados em saúde

*O crescimento no gasto per capita em saúde dos municípios foi de 21% – enquanto nos estados a expansão foi de 7% e a União apresentou retração (-3,9%)*

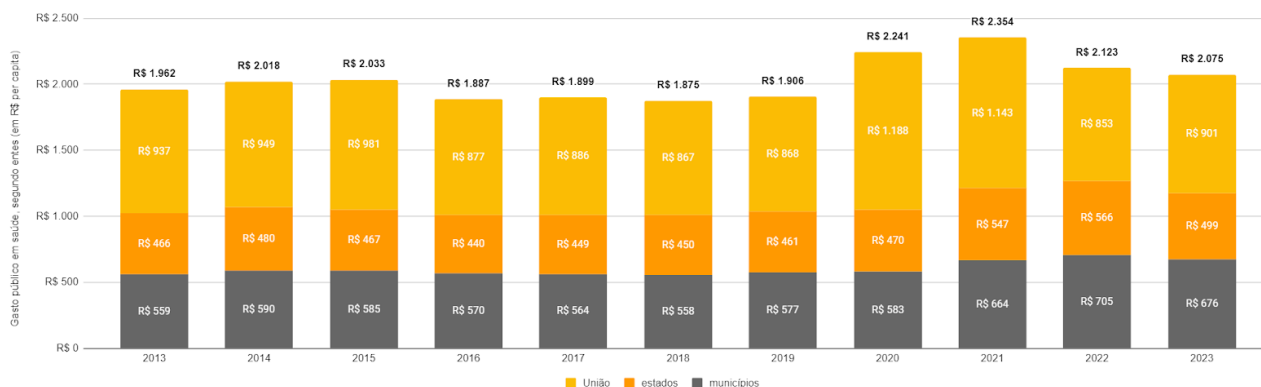
Nos últimos anos, com o envelhecimento populacional, o aumento da prevalência de doenças crônicas e a emergência de novas epidemias coexistindo simultaneamente a altas cargas de antigas doenças ainda não superadas<sup>7</sup>, a demanda pelo aumento do gasto público em saúde tem crescido de forma expressiva no país. Estimativas sugerem que, para cobrir as necessidades totais de saúde da população, o gasto pú-

<sup>6</sup>O mesmo vale para os demais municípios.

<sup>7</sup>Doenças infecciosas e parasitárias, maternas, perinatais e nutricionais.



**Figura 1. Gasto público em saúde *per capita*, segundo entes federados: Brasil, 2013-2023**



Fonte: SIOPS para gastos em saúde de estados e municípios e SIOP para gastos em saúde da União. Valores reais corrigidos pelo IPCA de dez./2023.

blico no setor terá de alcançar, até 2030, o percentual de 4,7% do Produto Interno Bruto (PIB)<sup>8</sup> (Rocha, Furtado e Spinola, 2021).

Entre 2013 e 2023, o gasto público total *per capita* em saúde cresceu 5,7%, saindo de R\$ 1.962 para R\$ 2.075 (Figura 1). Esse crescimento, porém, não ocorreu de forma linear. Até 2015, a expansão do gasto público do setor apresentava uma trajetória positiva. Nesse período, seu crescimento médio anual foi de 2%, alcançando R\$ 2.033 por habitante em 2015. A partir de 2016, houve uma inflexão nesse cenário: nesse ano, houve uma retração de 7% em seu montante, seguido de estagnação nos três anos subsequentes – próximo a R\$ 1.900. Esse quadro, de contração do gasto público seguido de estagnação, foi decorrente do regime fiscal instituído – a Emenda Constitucional (EC) n. 95/2016, cuja principal medida limitava o crescimento do gasto público em diferentes áreas sociais, entre elas saúde e educação (Mariano, 2017).

Em 2020, houve uma retomada do crescimento do gasto público no setor, mas impulsionada por um contexto adverso: a pandemia de Covid-19. Para enfrentar a emergência sanitária, o governo federal, apesar da vigência da Emenda Constitucional n. 95/2016 (teto de gastos), utilizou créditos extraordinários para aumentar os recursos destinados à saúde. Como resultado, nos anos de pandemia (2020-2021), o gasto público *per capita* em saúde cresceu 22,6%, alcançando um total de R\$ 2.354 por habitante. Apesar dessa expansão ter sido expressiva, ela foi pontual, visto que, no ano seguinte, o gasto no setor voltou a recuar, retraindo em 9,8%, e, em 2023, manteve a trajetória de queda, porém,

mais modesta, reduzindo em 2,3%. Esse breve panorama reflete alguns dos principais desafios encontrados não só para recomposição orçamentária do orçamento público em saúde, mas para expandi-lo ao longo dos próximos anos.

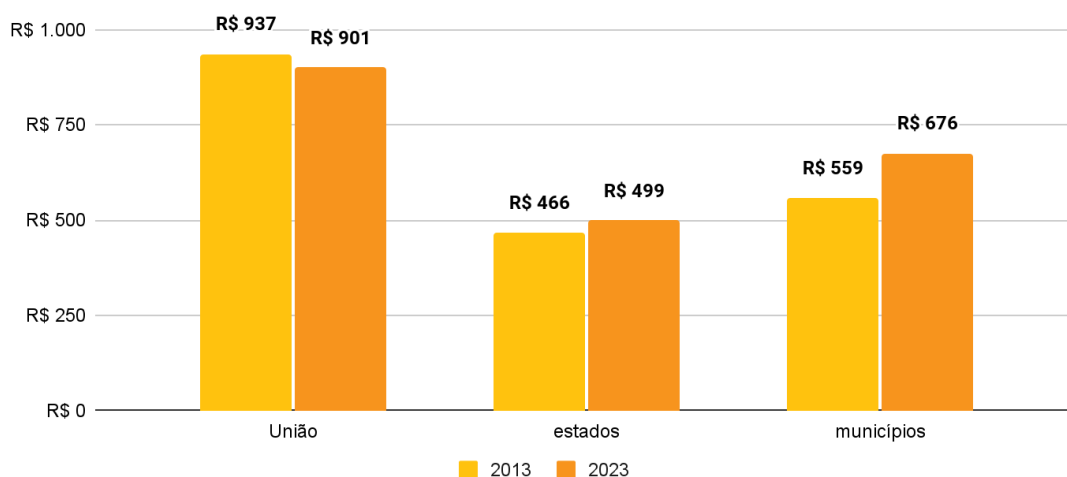
Além da discussão sobre a evolução do gasto público em saúde, é importante mencionar a participação dos entes federativos no financiamento do SUS. Na comparação entre 2013 e 2023, nota-se que os municípios foram os principais responsáveis pela ampliação do orçamento público do setor. Ao longo desse período, o gasto municipal em saúde cresceu mais de 21%, totalizando um incremento de R\$ 117 reais por habitante (R\$ 676 contra R\$ 559). Na sequência estão os estados, cuja variação foi de 7%. Inversamente, no caso da União, houve uma retração de 3,9% em seu volume de recursos (Figura 2), ou queda de R\$ 36 reais nos gastos com SUS por habitante. Esse quadro indica uma pressão cada vez maior sobre estados e municípios para atenderem suas demandas de saúde, e dificuldades da União para auxiliá-los nesse processo.

Em face da diferença observada na participação dos recursos da União e dos municípios na ampliação do gasto *per capita* em saúde nos últimos anos, é importante ressaltar o potencial arrecadatório de cada um desses entes. Diferente do governo federal, ente de maior potencial arrecadatório e, por conseguinte, de maior capacidade de financiamento das políticas públicas do SUS, os estados e municípios apresentam limitação maior na expansão de seus recursos (Araújo, Gonçalves e Machado, 2017), o que impõe mais desafios no provimento de políticas públicas de saúde para os entes subnacionais, visto as dificuldades fiscais existentes.

<sup>8</sup>Atualmente, o gasto público em saúde representa 4% do PIB no Brasil.



**Figura 2. Gasto público em saúde *per capita* de cada ente federativo: Brasil, 2013 e 2023**



Fonte: SIOPS para gastos em saúde de estados e municípios e SIOP para gastos em saúde da União. Valores reais corrigidos pelo IPCA de dez./2023.

### Apesar do piso constitucional ser de 15%, capitais brasileiras chegam a aplicar, em média, até 34% dos seus recursos próprios em saúde

*A união aplica 15% de suas receitas em ASPS, enquanto os estados, em média, também aplicam esse mesmo percentual*

As despesas públicas são caracterizadas como uma das principais ferramentas na formulação e implementação de políticas públicas. Simplificadamente, no caso das despesas em saúde, elas podem ser financiadas de duas maneiras: i) com recursos próprios, a partir da arrecadação de impostos por parte dos entes subnacionais; e ii) por transferências de recursos da União, que envolvem tanto recursos, cujos repasses são obrigatórios – seja para o cumprimento do mínimo constitucional em saúde dos estados e municípios, seja para o cofinanciamento de execução de políticas do setor –, até recursos adicionais discricionários para apoiá-los nas necessidades de saúde específicas de seus municípios.

Conforme apresentado na seção anterior, as despesas municipais com recursos próprios destinadas à saúde cresceram consideravelmente nos últimos anos. Entre 2013 e 2023, houve um aumento de 20,9%, totalizando, em média, um percentual de recursos próprios alocados no setor de 24,3% – nove pontos percentuais acima do mínimo constitucional<sup>9</sup>. Esse percentual, entretanto, não é algo novo. Isso porque, mesmo em 2013, a maior parte dos municípios brasileiros já destinava um percentual significativo de recursos próprios ao setor, sendo, em sua maioria, muito acima do mínimo constitucional<sup>10</sup>.

<sup>9</sup>Dados retirados do SIOPS.

<sup>10</sup>Nesse ano, a média de recursos próprios municipais des-

Um maior detalhamento desse quadro pode ser visto ao analisarmos o caso das capitais.

Considerando o mesmo período, o volume total de recursos próprios alocados em saúde *per capita* pelas capitais brasileiras passou de R\$ 620 para R\$ 784, registrando crescimento de 26%. As capitais da região Sudeste apresentaram o maior crescimento *per capita* de despesas com recursos próprios em saúde, com variação de 32,3%<sup>11</sup>. Na sequência, as capitais das regiões Nordeste e Centro-Oeste aparecem na segunda e terceira posições, com aumentos de 23,4% e 18,4%, respectivamente. No Sudeste, entretanto, São Paulo responde em larga medida pelo crescimento do gasto (aumento de 61%), compensando a queda de despesas no Rio de Janeiro (-21,4%) e Vitória (-5,1%). A região Norte foi a de menor crescimento do gasto *per capita*, aumentando em apenas 13,8%.

É importante ressaltar, entretanto, que o volume expressivo de recursos aplicados pelas capitais não é algo recente. Em 2013, esse quadro já se mostrava presente. Nesse ano, nota-se que Campo Grande (MS) já alocava 31% de seus recursos em saúde (Figura 3); Teresina (PI), Fortaleza (CE), São Luís (MA) e Natal (RN) aplicavam entre 28% e 25%. Inversamente, Salvador (BA), Recife (PE) e Rio Branco (AC) respondiam pelos menores percentuais, 16%, aplicando, dessa forma, muito próximo ao mínimo estabelecido.

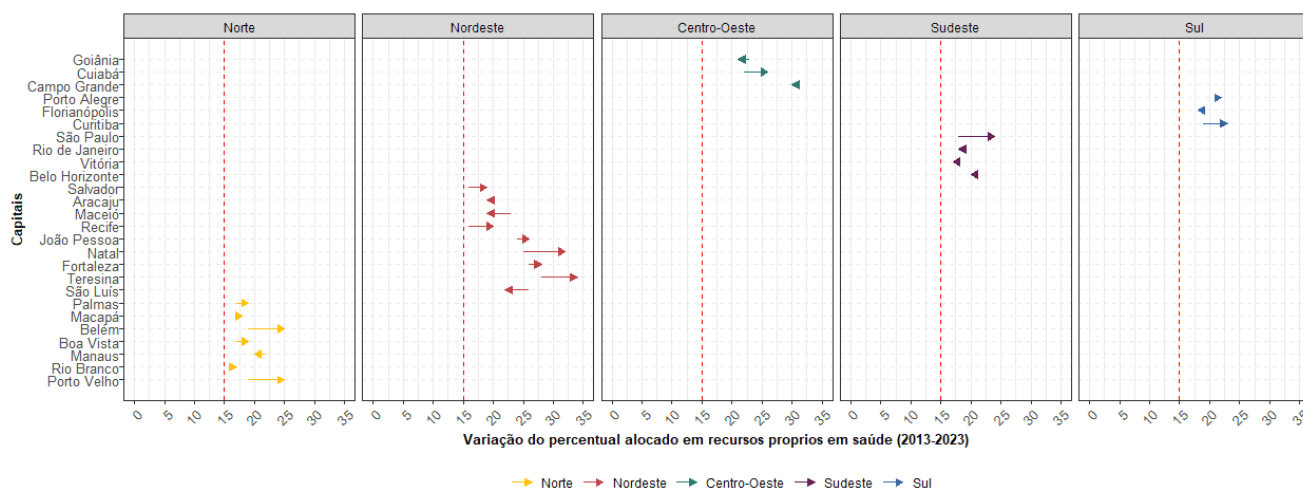
tinados à saúde era de 21%, ou seja, sete pontos percentuais a mais que o mínimo constitucional.

<sup>11</sup>As informações deste parágrafo estão na Tabela A2 do Apêndice.





**Figura 3. Percentual de recursos próprios aplicados em saúde segundo as capitais brasileiras, Brasil, 2013 e 2023**



Fonte: SIOPS.

Em 2023, entretanto, o que se observa é uma intensificação na alocação desses recursos. Isso porque das 26 capitais brasileiras, 16 delas ampliaram seu volume de recursos próprios destinados ao SUS. Em perspectiva regional, nota-se que, na região Norte, com exceção de Manaus (AM), onde o percentual passou de 22% para 20%, todas as capitais ampliaram sua alocação de recursos próprios em saúde. Entre elas, Belém (PA) e Porto Velho (AC) são as que mais se destacam, cujos percentuais saltaram de 19% para 25%. No Nordeste, seis das nove capitais também apresentaram a mesma trajetória, especialmente Natal (RN), Teresina (PI) e Recife (PE), com aumento de recursos de 7 p.p., 6 p.p. e 4 p.p., respectivamente. Na contramão, São Luís (MA) e Maceió (AL) apresentaram queda de 4 p.p. (de 26% para 22%, e de 23% para 19%, respectivamente), e Aracaju (SE), que reduziu em 1 p.p.

Por fim, nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, o cenário foi de pouca ou nenhuma variação no percentual de recursos aplicados. Para fins de comparação, houve redução entre 1 p.p. e 2 p.p. em Goiânia (GO), Campo Grande (MS), Florianópolis (SC), Rio de Janeiro (RJ) e Vitória (ES), estagnação no caso de Belo Horizonte (MG) (em 20%), e aumento em apenas 1 p.p. em Porto Alegre (RS).

Nessas regiões, as únicas exceções foram Cuiabá (MT), São Paulo (SP) e Curitiba (PR), visto que ampliaram seu volume de recursos aplicados, alcançando 26%, 24% e 23% em 2023, respectivamente<sup>12</sup>. Em

resumo, esse cenário aponta que têm sido cada vez maiores as pressões orçamentárias sobre os municípios, especialmente nas capitais, para atenderem suas demandas de saúde, o que implica em um aumento de recursos próprios destinados por esses entes ao setor.

### Capitais arcam, em média, com 55% do financiamento da saúde em seu território; estados têm participação mínima nessas despesas

*Em Manaus, São Paulo, Vitória e Florianópolis, o município responde por mais de 74% das despesas de saúde*

Uma segunda análise envolvendo o gasto público em saúde nas capitais diz respeito à participação dos demais entes federativos em seu financiamento, ou seja, o quanto estados e a União contribuem nos gastos em ASPS das capitais brasileiras. Um destaque importante a ser feito nessa seção é que, conforme mencionado na metodologia, a participação da União ocorre tanto na contribuição de recursos para o cumprimento do mínimo constitucional como na destinação de recursos extras obrigatórios e voluntários para auxiliar as capitais na execução das suas políticas de saúde. Da mesma maneira, é papel do estado contribuir nesse processo.

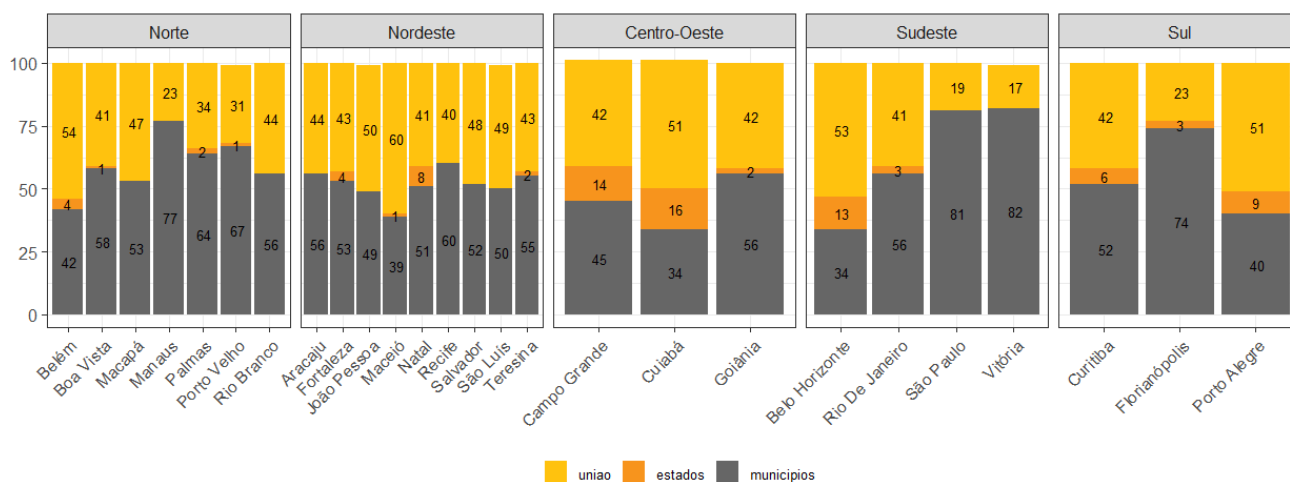
Analisando o período de 2023, é possível identificar dois grandes achados: i) em média, independente do potencial arrecadatório, há uma considerável participação da União na composição do gasto público nas capitais sobre o setor de saúde; e ii) há baixa contribuição dos estados em seu financiamento.

<sup>12</sup>Para maiores detalhes sobre os percentuais alocados em recursos próprios nas capitais e suas respectivas variações, ver

mais na Tabela A1 do Apêndice.



**Figura 4. Participação relativa dos entes federativos no financiamento público da saúde nas capitais, segundo grandes regiões: Brasil, 2023**



Fonte: SIOPS.

Em relação ao primeiro ponto, verifica-se que, em 20 das 26 capitais brasileiras analisadas, a União foi responsável por pelo menos 40% do financiamento da saúde nesse período (Figura 4). Isto é, de cada dez reais destinados à saúde, quatro advêm de recursos do governo federal. Por outro lado, o papel dos estados é consideravelmente baixo nessa composição. Considerando o mesmo período, nota-se que, entre as 26 capitais, dez delas não apresentaram nenhuma participação do estado no seu financiamento. Na região Nordeste, esse achado é ainda mais visível, visto que das nove capitais, apenas quatro registraram participação financeira do estado para auxiliar na execução de suas políticas de saúde.

Mesmo nas capitais que possuem algum grau de participação no financiamento por parte do estado (16), em 80% delas esse percentual ainda se mostra baixo, configurando menos de 10% nessa composição. A exceção ocorre nas capitais de Cuiabá (16%), Campo Grande (14%) e Belo Horizonte (13%).

Em grande parte dos casos, são as capitais brasileiras as detentoras das demandas de saúde no território, cobrindo não apenas as demandas de seu próprio território, mas de territórios vizinhos. Nesse contexto, o apoio dos estados é fundamental não só para reduzir o nível de dependência dos demais municípios sobre elas, mas para induzir a regionalização (Rehem et al., 2023) por meio de uma maior coordenação das necessidades epidemiológicas e sanitárias via regiões de saúde. Contudo, o que se observa é uma baixa contribuição dos estados no processo de financiamento do SUS nas capitais.

Ainda assim, é válido ressaltar que, embora as capitais exerçam grande influência no apoio aos serviços de saúde dos territórios vizinhos, há uma desigualdade significativa na oferta de saúde entre elas (Semente, Pereira e Eleone, 2024).

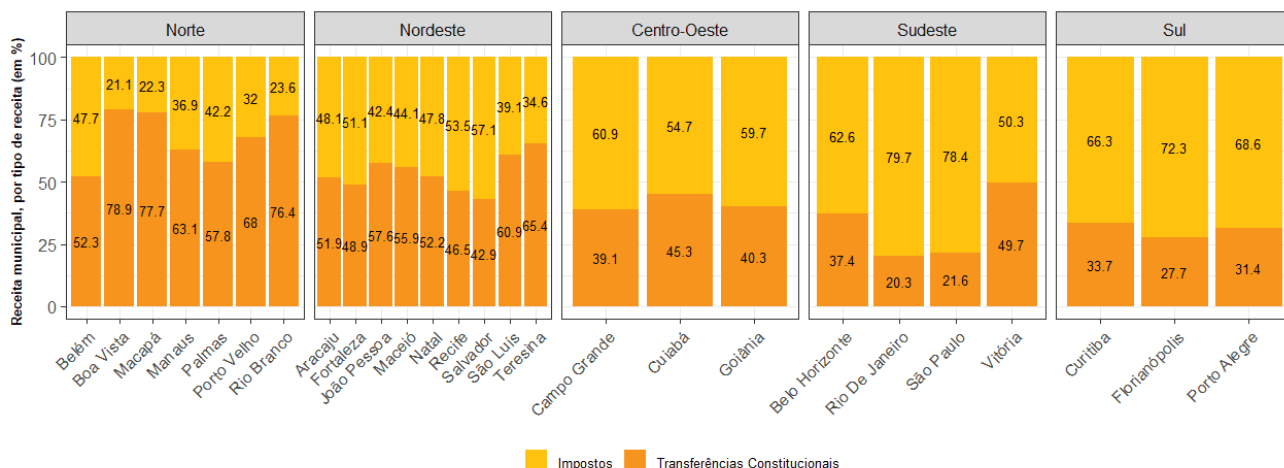
### Entre 2013 e 2023, a receita *per capita* das capitais brasileiras cresceu 9%, mas com grande dependência das transferências constitucionais da União no Norte e Nordeste

*As capitais do Norte e Nordeste possuem maior dependência das transferências constitucionais na composição de suas receitas: em 13 das 16 capitais, as transferências compõem mais de 50% da receita desses municípios*

As receitas públicas, que são o montante de recursos recolhidos pelo Tesouro Nacional e pelas secretarias econômicas estaduais e municipais, têm o objetivo de financiar as políticas públicas no país (Gadelha, 2017). As receitas podem ser classificadas de duas formas: i) receitas próprias, isto é, oriundas da arrecadação de impostos pelos próprios entes federativos; e ii) transferências constitucionais e legais, em que a União é obrigada a repassar parte de sua arrecadação aos estados e municípios, configurando um importante mecanismo para amenizar as desigualdades regionais existentes. O crescimento das receitas e o quanto desse crescimento foi impulsionado via arrecadação própria ou transferências constitucionais, no entanto, pode variar bastante entre as capitais brasileiras.

Na comparação entre 2013 e 2023, a receita *per capita* das capitais brasileiras cresceu 9% (de R\$ 3.163 para

**Figura 5. Participação relativa dos impostos e transferências constitucionais na receita das capitais, segundo grandes regiões: Brasil, 2023**



Fonte: SIOPS.

R\$ 3.454)<sup>13</sup>. A maior parte desse aumento foi alavancada pelas capitais da região Centro-Oeste (22,4%), seguidas pelas do Nordeste e Sul, cujas variações foram de 12,8% e 8,6%, respectivamente. No Centro-Oeste, Goiânia chama a atenção, apresentando uma expansão da arrecadação *per capita* de 33%. A capital que teve a maior expansão de receita no período foi Florianópolis, com aumento de 35%.

Inversamente, embora o Sudeste configure a região com maior grau de desenvolvimento econômico do país, em 2023, seu aumento de receita foi de apenas 7,9%. Este cenário decorreu especialmente em razão da queda de arrecadação do Rio de Janeiro (-16,8%) e Vitória (-2,8%), que somadas retraíram as receitas da região em aproximadamente 20%. Belém e Porto Velho, no Norte, também apresentaram queda na receita, de 6% e 7,2%, respectivamente.

Em resumo, analisando a composição das receitas públicas das diferentes capitais brasileiras (Figura 5) em 2023, destaca-se que, em média, as capitais do Norte e Nordeste apresentam maior dependência das transferências constitucionais por parte da União: em 13 das 16 capitais, as transferências compõem mais de 50% da receita dos municípios. Essa dependência é ainda mais forte entre as capitais da região Norte. Das sete capitais localizadas na região, em três delas, mais de 70% de suas receitas advêm de transferências constitucionais da União.

É importante destacar que as transferências constitucionais variam negativamente durante crises econô-

micas. Esse processo ocorreu no ano de 2015, quando a União adotou a Emenda Constitucional (EC) n. 95/2016 para lidar com as consequências do crescimento do gasto público. Com isso, a participação das transferências da União nas receitas dos municípios reduziu, prejudicando especialmente os pequenos municípios que dependem fortemente de suas transferências para custeio de bens e serviços de saúde (Cruz, Barros e Souza, 2022).

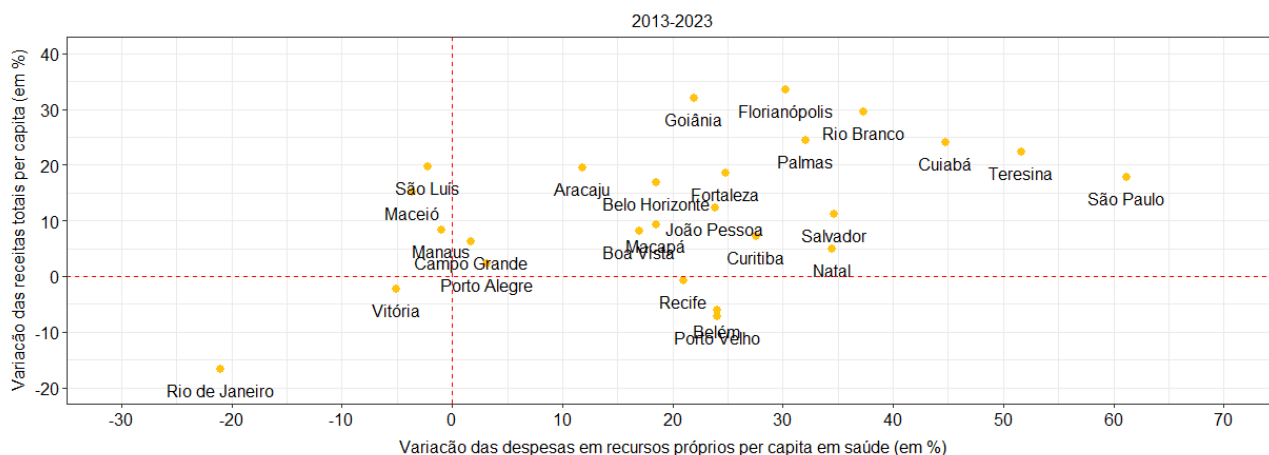
Inversamente, no caso das capitais do Sudeste e Sul, a maior parte das receitas são oriundas de arrecadação própria. Com exceção de Vitória (ES), a arrecadação via imposto compõe mais de 60% do total de suas receitas. Entre as capitais desse grupo, Rio de Janeiro e São Paulo são as que mais se destacam: em 2023, a participação via arrecadação de imposto no total de suas receitas foi de 79,7% e 78,4%, respectivamente.

Nota-se um padrão na composição das receitas entre as capitais, nas quais as que se encontram em regiões mais desenvolvidas economicamente são menos dependentes dos recursos da União, enquanto nas menos desenvolvidas o cenário é o oposto. Isso se dá porque o nível de desenvolvimento socioeconômico desigual dos municípios pode afetar significativamente o montante de recursos próprios e, consequentemente, a alocação de recursos em serviços de saúde, comprometendo o atendimento às necessidades da população (Machado et al., 2021; Machado, Quaresma e Araújo, 2021).

<sup>13</sup>As informações deste parágrafo estão na Tabela A2 do Apêndice.



**Figura 6. Variação relativa das receitas totais *per capita* (%) e variação relativa das despesas em saúde *per capita* com recursos próprios (%) nas capitais: Brasil, 2013 e 2023**



Fonte: SIOPS.

## Apesar do aumento de receita, algumas capitais reduziram a aplicação de recursos próprios em saúde

São Luís (MA) e Maceió (AL) expandiram em 20% e 15% suas receitas, respectivamente, e reduziram suas despesas em saúde. Na contramão, Porto Velho (RO) e Belém (PA) expandiram os recursos em saúde apesar da retração de suas receitas

Segundo Machado et al. (2021), os fatores que melhor explicam a alocação de recursos próprios em saúde pelos municípios acima do piso constitucional são o porte populacional – quanto maior a população, menor a despesa –, e a concentração de serviços de maior complexidade tecnológica (associação positiva). Além disso, a expansão dos recursos próprios aplicados em saúde pelos municípios pode estar relacionada à sua ampliação de receita. Isso porque é esperado que, na medida em que o potencial arrecadatório das gestões municipais aumente, mais recursos sejam destinados às diferentes áreas sociais. Assim, para analisar em que medida as capitais ampliaram suas despesas *per capita* em saúde por meio de recursos próprios, a Figura 6 apresenta essa variação comparando à variação ocorrida em suas receitas *per capita* no mesmo período.

Com exceção do Rio de Janeiro (RJ), onde a receita sofreu queda de cerca de 15% entre 2013 e 2023, as demais capitais podem ser agrupadas em quatro grandes grupos: i) aquelas que observaram pouca ou nenhuma variação em sua receita e em suas despesas em saúde (como é o caso de Vitória/ES e Porto Alegre/RS); ii) aquelas que registraram variação positiva na receita e, em algum grau, isso se refletiu positivamente em maiores despesas em saúde – todas as capitais distribuídas no quadrante superior di-

reito; iii) aquelas que, embora tenham expandido sua arrecadação no período, reduziram as despesas em saúde – caso de São Luís (MA), Maceió (AL) e Manaus (AM); e, por fim iv) aquelas que, apesar de não terem registrado aumento de receita ou mesmo cuja receita sofreu retração, ampliaram as despesas em saúde com recursos próprios: Porto Velho (RO), Belém (PA) e Recife (PE).

Essas últimas capitais chamam a atenção pela expansão da alocação de recursos próprios em saúde, embora tenham mantido ou perdido receita no período. São Paulo (SP), Teresina (PI) e Cuiabá (MT) se destacam pela magnitude do crescimento de suas despesas em saúde *per capita*: enquanto as receitas *per capita* dessas capitais aumentaram entre 18% e 24%, os recursos próprios *per capita* alocados em saúde ampliaram de 45% a 61%. Do outro lado, estão São Luís (MA) e Maceió (AL), cujas receitas aumentaram em 20% e 15%, respectivamente, e nenhuma parcela desse aumento se refletiu nas despesas em saúde, que retraíram.

A relação entre a variação de receita e despesa em saúde não necessariamente é diretamente proporcional, mas possui uma correlação positiva moderada (0,49)<sup>14</sup>. Em outras palavras, embora haja uma tendência para que à medida que as receitas cresçam (ou recuam), o mesmo ocorra com as despesas, isso nem sempre é verdadeiro. Contextos políticos, econômicos e de gestão exercem forte influência sobre como cada gestão municipal operacionaliza

<sup>14</sup>O coeficiente de correlação entre a variação das receitas e despesas em saúde foi calculado por meio do método de correlação de Pearson.



e atribui preferências ao financiamento de suas políticas de saúde. Em razão disso, é importante enfatizar o papel indutor da equidade regional que a União desempenha no financiamento do SUS e que se manifesta de maneira mais perceptível nos municípios e capitais de menor nível de desenvolvimento econômico. Ainda assim, os desafios são constantes para prover o financiamento para as políticas de saúde nos três níveis da federação, cabendo uma coordenação cada vez maior e necessária entre eles.

## Considerações finais

O presente documento teve por principal objetivo caracterizar o financiamento público em saúde das capitais brasileiras. Em linhas gerais, nota-se que, para a maioria das capitais, houve um crescimento tanto das receitas como das despesas públicas em saúde.

Tratando, primeiramente, das receitas, observa-se que as capitais do Norte e Nordeste possuem, por principal fonte de arrecadação, recursos que advêm de transferências constitucionais e legais da União para cumprimento do piso constitucional. Esse quadro indica a alta dependência dessas capitais para financiarem suas políticas de saúde. Por outro lado, é baixo o número de capitais brasileiras que possuem a arrecadação de impostos como principal fonte de receita. Das 26 capitais, apenas sete apresentam algum grau de autonomia fiscal. Essas estão concentradas, majoritariamente, nas regiões Sul e Sudeste, o que aponta que o desenvolvimento socioeconômico da região pode estar associado à maior capacidade de arrecadação de tributos.

No campo das despesas, nota-se que nem todas as capitais decidiram destinar mais recursos para a saúde no período avaliado. Exemplos disso estão nas gestões municipais de São Luís (MA), Maceió (AL) e Manaus (AM). Embora tenham apresentado aumento de receita entre 2013 e 2023, direcionaram menos recursos próprios em saúde para seus municípios. Porto Alegre (RS), Recife (PE), Belém (PA) e Porto Velho (RO), por sua vez, seguiram o caminho oposto, isto é, alocaram mais recursos próprios na área, ainda que tenham tido queda em suas receitas.

Nesse contexto, é necessário refletir acerca das pressões orçamentárias sobre os gastos em saúde das capitais brasileiras. Embora os estados, e, sobretudo, a União, auxiliem no financiamento de suas ações e programas, a maior parte das capitais ainda necessita alocar um volume considerável de recursos próprios para atender às demandas de saúde de seus

territórios. Esse quadro traz um alerta sobre o cenário futuro. Isso porque, em razão das dificuldades de arrecadação de impostos (receitas próprias), aliado à dependência das transferências de recursos da União, em momentos de crise econômica ou de mudanças de conjuntura, seu orçamento é fortemente afetado, ocasionando, em última instância, uma baixa capacidade de resposta frente aos desafios epidemiológicos existentes, e uma pressão de demanda cada vez maior por parte da população.

Além disso, é importante destacar a participação da União no financiamento da saúde nas capitais para além do repasse do mínimo constitucional. Conforme apresentado nas seções anteriores, além das transferências constitucionais e legais que auxiliam no cumprimento do piso constitucional, a União também contribui significativamente na execução das políticas de saúde das capitais, por meio de recursos adicionais obrigatórios e voluntários. Ao analisarmos sua participação no financiamento delas, verifica-se que, em média, a União responde por mais de 40% do financiamento no setor das capitais. A exceção ocorre apenas para Manaus (AM), Vitória (ES) e São Paulo (SP). Ainda, é interessante apontar que esse cenário – de grande participação relativa da União – ocorre independente do potencial arrecadatório das capitais.

Outro ponto a se destacar é a variação na participação relativa dos entes federativos no financiamento da saúde pública nas capitais. Em particular, chama a atenção o caso dos estados. Das 26 capitais, dez não têm o apoio dos estados no financiamento de seus gastos com saúde. Entre as que possuem algum grau de participação dos estados, como Cuiabá (MT), Campo Grande (MS) e Belo Horizonte (MG), esse percentual é consideravelmente baixo, variando entre 13% e 16%. Tendo em vista a regionalização como um mecanismo fundamental para o aprimoramento da gestão e serviços do SUS, esse cenário indica desafios para a sua expansão. Para compreender se os estados podem ser incentivados a contribuir mais ativamente com o financiamento da saúde nas capitais e se a regionalização pode ser fortalecida por meio de uma maior participação estadual, são necessários o desenvolvimento de outros estudos com enfoques mais detalhados sobre a dinâmica de financiamento do setor saúde.

Este estudo, portanto, busca estimular esse debate, trazendo uma discussão não apenas no campo das despesas, mas analisando o lado da arrecadação dos municípios, com ênfase nas capitais brasileiras. Com



as demandas de saúde cada vez mais crescentes, é necessário que o SUS se adeque a essas novas dinâmicas, implicando em uma maior coordenação e ampliação do seu financiamento, principalmente, por parte dos estados e da União.

## Agradecimentos

Agradecemos a Antonio Carlos Junior, Agatha Eleone, Blenda Leite, Evelyn Santos, Felipe Poyares, Rebeca Freitas e Vinicius Peçanha pelas sugestões e comentários e a Helena Ciorra pelo apoio na edição e revisão deste documento.

## Referências

- Araújo, C. E. L., G. Q. Gonçalves e J. A. Machado. 2017. “Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações”. *Ciência & Saúde Coletiva* 22 (3): 953–963. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.15542016>.
- Arruda, H., V. Peçanha, L. Rosa e M. Santos. 2024. *Saúde nas Capitais*. Boletim IEPS Data 4. Rio de Janeiro. <https://ieps.org.br/boletim-ieps-data-04-2024/>.
- Benevides, R. P. S. e F. Funcia. 2023. “Desafios para melhorar a qualidade dos gastos do SUS”. Cap. 8 em *SUS: Avaliação da Eficiência do Gasto Público em Saúde*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).
- Cruz, W. G. N., R. D. Barros e L. E. P. F. Souza. 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>.
- Gadelha, S. R. D. B. 2017. *Entendendo o Orçamento Público*. Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/3167>.
- Lima, L. D. 2007. “Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil”. *Ciência & Saúde Coletiva* 12 (2): 511–522. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200027>.
- Machado, J. A., G. Q. Gonçalves, M. L. Jeronimo e C. E. L. Araújo. 2021. “Financiamento da Saúde e Despesas Municipais com Receitas Próprias: Fazendo a diferença?” *Novos estudos CEBRAP* 40 (2): 281–299. <https://doi.org/10.25091/10.25091/S01013300202100020006>.
- Machado, J. A., G. Quaresma e C. E. L. Araújo. 2021. “Much Beyond the Minimum: Why do Brazilian municipalities overallocate their own revenues to healthcare?” *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 36 (107): e3610700. <https://doi.org/10.1590/3610700/2021>.
- Magalhães, D. 2014. “Saúde brasileira: o caos do financiamento”. *Revista Técnica*, 105–116. <https://cnm.org.br/biblioteca/exibe/1636>.
- Mariano, C. M. 2017. “Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre”. *Revista de Investigações Constitucionais* 4 (1): 259–281. <https://doi.org/10.5380/rinc.v4i1.50289>.
- Rehem, R., R. Tasca, F. Padilha, B. Almeida, A. Eleone, A. Aguillar e M. Carrera. 2023. *Os desafios da regionalização do SUS de acordo com a visão de atores estratégicos*. Estudo Institucional 11. Rio de Janeiro. <https://ieps.org.br/estudo-institucional-11>.
- Rocha, R., I. Furtado e P. Spinola. 2021. “Financing needs, spending projection, and the future of health in Brazil”. *Health Economics* 30 (5): 1082–1094. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4241>.
- Semente, M., J. Pereira e A. Eleone. 2024. *A Oferta de Serviços Públicos de Saúde nas Capitais Brasileiras em 2023*. Boletim Radar +SUS 1. Rio de Janeiro. <https://ieps.org.br/boletim-radar-mais-sus-01-2024/>.

## Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Nobre, V., Semente, M., Rodrigues, M., Pereira, J. (2024). *Superando o Mínimo: o papel das capitais brasileiras no financiamento da saúde pública*. Nota Técnica n. 36. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde.

[www.ieps.org.br](http://www.ieps.org.br)  
[contato@ieps.org.br](mailto:contato@ieps.org.br)



## Apêndice

**Quadro A1. Composição das receitas dos municípios brasileiros, segundo tipo de receita, tributos vinculados e suas definições**

Tipo de receita	Tributos	Definição
<b>Impostos</b>	IPTU	Imposto municipal cobrado sobre a propriedade de imóveis urbanos (terrenos e edifícios), calculado com base no valor venal do bem.
	ITBI	Imposto municipal cobrado sobre a transmissão de imóveis, geralmente em casos de compra e venda, doação ou herança.
	ISS	Imposto municipal sobre a prestação de serviços, como serviços médicos, educacionais, de transporte, entre outros.
	IRRF	Imposto federal que é descontado diretamente na fonte (pela empresa ou órgão pagador) sobre a renda de pessoas físicas e jurídicas, como salários, aluguéis e outros rendimentos.
<b>Transferências Constitucionais e Legais</b>	Cota-parte FPM	Transferência de recursos do governo federal para os municípios, calculada com base na arrecadação de impostos e destinada a apoiar o orçamento municipal.
	Cota-parte ITR	Imposto federal sobre a propriedade de imóveis rurais, cuja arrecadação é dividida entre a União, estados e municípios.
	Cota-parte IPVA	Imposto estadual cobrado sobre a propriedade de veículos automotores, com parte da arrecadação sendo repassada aos municípios.
	Cota-parte ICMS	Imposto estadual sobre a circulação de mercadorias e a prestação de alguns serviços (como energia elétrica e transporte), com parte dos recursos sendo transferida para os municípios.
	Cota-parte IPI	Imposto federal sobre a produção e circulação de produtos industrializados, com parte da arrecadação sendo repassada para estados e municípios.

Fonte: RREO-SIOPS. Nota: para facilitar a visualização da tabela, inserimos apenas as siglas correspondentes a cada um dos tributos. Os tributos mencionados, considerando o ordenamento de cada um na tabela, são: I) Imposto Predial e Territorial Urbano; II) Imposto de Transmissão de Bens Imóveis; III) Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza; IV) Imposto de Renda Retido na Fonte; V) Fundo de Participação dos Municípios; VI) Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural; VII) Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores; VIII) Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços; e IX) Imposto sobre Produtos Industrializados.



**Tabela A1. Percentual de recursos próprios aplicados em saúde, segundo capitais, Brasil, 2013 e 2023**

Capital/Região	Percentual de recursos próprios aplicados em saúde		Variação (2023-2013) (em p.p.)
	2013	2023	
<b>Brasil</b>	<b>20,8%</b>	<b>22,3%</b>	1,5
<b>Norte</b>	<b>18,1%</b>	<b>20,3%</b>	2,2
Rio Branco (AC)	15,9%	16,8%	0,9
Palmas (TO)	17,5%	18,5%	1,1
Macapá (AP)	16,5%	18,0%	1,4
Manaus (AM)	21,8%	20,0%	-1,9
Boa Vista (RR)	17,1%	18,5%	1,4
Belém (PA)	19,0%	25,1%	6,1
Porto Velho (RO)	18,7%	25,0%	6,3
<b>Nordeste</b>	<b>22,7%</b>	<b>24,3%</b>	1,6
Teresina (PI)	27,7%	34,3%	6,6
São Luís (MA)	26,4%	21,5%	-4,9
Aracaju (SE)	20,1%	18,8%	-1,3
Fortaleza (CE)	26,3%	27,7%	1,4
Maceió (AL)	23,2%	19,4%	-3,8
João Pessoa (PB)	23,6%	26,1%	2,4
Salvador (BA)	16,0%	19,3%	3,3
Natal (RN)	24,7%	31,7%	7,0
Recife (PE)	16,2%	19,8%	3,6
<b>Centro-Oeste</b>	<b>25,4%</b>	<b>25,6%</b>	0,2
Goiânia (GO)	22,7%	21,0%	-1,7
Cuiabá (MT)	22,1%	25,8%	3,7
Campo Grande (MS)	31,2%	29,9%	-1,3
<b>Sudeste</b>	<b>18,8%</b>	<b>20,1%</b>	1,3
São Paulo (SP)	17,9%	24,4%	6,6
Belo Horizonte (MG)	19,8%	20,1%	0,3
Vitória (ES)	18,0%	17,5%	-0,5
Rio de Janeiro (RJ)	19,4%	18,4%	-1,0
<b>Sul</b>	<b>19,7%</b>	<b>20,8%</b>	1,1
Florianópolis (SC)	18,8%	18,3%	-0,4
Curitiba (PR)	18,9%	22,6%	3,7
Porto Alegre (RS)	21,4%	21,6%	0,2

Fonte: SIOPS. Nota: Para o cálculo dos percentuais de recursos próprios por regiões e Brasil no ano, foram consideradas as médias das capitais inseridas em cada região e a média de todas as capitais brasileiras, respectivamente.





**Tabela A2. Receita municipal *per capita* das capitais e variação relativa, Brasil, 2013 e 2023**

Capital/Região	Receita municipal (em reais <i>per capita</i> )		Variação (%) 2013-2023
	2013	2023	
<b>Brasil</b>	R\$ 3.163	R\$ 3.454	<b>9,19%</b>
<b>Norte</b>	R\$ 2.170	R\$ 2.325	<b>7,17%</b>
Rio Branco (AC)	R\$ 2.076	R\$ 2.690	29,56%
Palmas (TO)	R\$ 3.030	R\$ 3.773	24,53%
Macapá (AP)	R\$ 1.631	R\$ 1.783	9,31%
Manaus (AM)	R\$ 2.298	R\$ 2.488	8,26%
Boa Vista (RR)	R\$ 2.788	R\$ 3.017	8,22%
Belém (PA)	R\$ 1.796	R\$ 1.687	-6,09%
Porto Velho (RO)	R\$ 2.446	R\$ 2.269	-7,21%
<b>Nordeste</b>	R\$ 2.155	R\$ 2.430	<b>12,79%</b>
Teresina (PI)	R\$ 2.299	R\$ 2.815	22,45%
São Luís (MA)	R\$ 2.448	R\$ 2.931	19,76%
Aracaju (SE)	R\$ 2.409	R\$ 2.882	19,62%
Fortaleza (CE)	R\$ 1.932	R\$ 2.291	18,60%
Maceió (AL)	R\$ 1.808	R\$ 2.082	15,14%
João Pessoa (PB)	R\$ 2.319	R\$ 2.606	12,38%
Salvador (BA)	R\$ 1.826	R\$ 2.030	11,17%
Natal (RN)	R\$ 2.170	R\$ 2.277	4,94%
Recife (PE)	R\$ 2.868	R\$ 2.848	-0,68%
<b>Centro-Oeste</b>	R\$ 2.574	R\$ 3.150	<b>22,39%</b>
Goiânia (GO)	R\$ 2.474	R\$ 3.265	31,99%
Cuiabá (MT)	R\$ 2.681	R\$ 3.328	24,16%
Campo Grande (MS)	R\$ 2.668	R\$ 2.834	6,20%
<b>Sudeste</b>	R\$ 4.071	R\$ 4.396	<b>7,97%</b>
São Paulo (SP)	R\$ 4.488	R\$ 5.285	17,76%
Belo Horizonte (MG)	R\$ 3.127	R\$ 3.651	16,76%
Vitória (ES)	R\$ 5.838	R\$ 5.704	-2,29%
Rio de Janeiro (RJ)	R\$ 3.573	R\$ 2.975	-16,74%
<b>Sul</b>	R\$ 3.159	R\$ 3.431	<b>8,61%</b>
Florianópolis (SC)	R\$ 3.110	R\$ 4.151	33,48%
Curitiba (PR)	R\$ 3.151	R\$ 3.374	7,07%
Porto Alegre (RS)	R\$ 3.185	R\$ 3.258	2,27%

Fonte: SIOPS. Valores reais corrigidos pelo IPCA de dez./2023. Nota: para o cálculo das receitas municipais *per capita* das capitais brasileiras por grandes regiões e Brasil, foram consideradas, no caso das regiões, a soma das receitas das capitais pertencentes àquela região dividida pelas suas respectivas populações, enquanto para o Brasil, considerou-se a soma das receitas das capitais de todas as regiões dividido pela sua população.



**Tabela A3. Despesas com recursos próprios em saúde *per capita* das capitais e variação relativa, Brasil, 2013 e 2023**

Capital/Região	Despesas com recursos próprios em saúde (em reais <i>per capita</i> )		Variação (%) 2013-2023
	2013	2023	
<b>Brasil</b>	R\$ 620	R\$ 784	<b>26,36%</b>
<b>Norte</b>	R\$ 423	R\$ 481	<b>13,77%</b>
Rio Branco (AC)	R\$ 330	R\$ 453	37,22%
Palmas (TO)	R\$ 529	R\$ 699	32,18%
Macapá (AP)	R\$ 270	R\$ 320	18,72%
Manaus (AM)	R\$ 502	R\$ 497	-0,97%
Boa Vista (RR)	R\$ 477	R\$ 558	17,17%
Belém (PA)	R\$ 341	R\$ 423	23,87%
Porto Velho (RO)	R\$ 458	R\$ 568	23,86%
<b>Nordeste</b>	R\$ 468	R\$ 578	<b>23,40%</b>
Teresina (PI)	R\$ 638	R\$ 967	51,63%
São Luís (MA)	R\$ 646	R\$ 632	-2,31%
Aracaju (SE)	R\$ 484	R\$ 541	11,85%
Fortaleza (CE)	R\$ 508	R\$ 634	24,80%
Maceió (AL)	R\$ 420	R\$ 405	-3,62%
João Pessoa (PB)	R\$ 548	R\$ 679	23,87%
Salvador (BA)	R\$ 292	R\$ 393	34,45%
Natal (RN)	R\$ 536	R\$ 721	34,59%
Recife (PE)	R\$ 466	R\$ 564	21,06%
<b>Centro-Oeste</b>	R\$ 649	R\$ 768	<b>18,38%</b>
Goiânia (GO)	R\$ 562	R\$ 685	21,94%
Cuiabá (MT)	R\$ 594	R\$ 860	44,90%
Campo Grande (MS)	R\$ 833	R\$ 847	1,69%
<b>Sudeste</b>	R\$ 752	R\$ 994	<b>32,27%</b>
São Paulo (SP)	R\$ 801	R\$ 1.291	61,04%
Belo Horizonte (MG)	R\$ 620	R\$ 735	18,44%
Vitória (ES)	R\$ 1.050	R\$ 996	-5,11%
Rio de Janeiro (RJ)	R\$ 694	R\$ 548	-21,04%
<b>Sul</b>	R\$ 628	R\$ 740	<b>17,74%</b>
Florianópolis (SC)	R\$ 584	R\$ 761	30,41%
Curitiba (PR)	R\$ 597	R\$ 762	27,74%
Porto Alegre (RS)	R\$ 682	R\$ 703	3,06%

Fonte: SIOPS. Valores reais corrigidos pelo IPCA de dez./2023. Nota: para o cálculo das despesas municipais *per capita* das capitais brasileiras por grandes regiões e Brasil, foram consideradas, no caso das regiões, a soma das receitas das capitais pertencentes àquela região dividida pelas suas respectivas populações, enquanto para o Brasil, considerou-se a soma das receitas das capitais de todas as regiões dividido pela sua população.