

**REVISTA GESTÃO & SAÚDE**  
**JOURNAL OF MANAGEMENT AND HEALTH**



<https://doi.org/10.26512/rgs.v15i2.54408>  
Revista Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785

Recebido: 19.06.2024  
Aprovado: 21.08.2024  
Artigo Original

**Helen Maria da Silva Gomes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1758-9811>  
Doutorado em Contabilidade em andamento pela  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Email: helensgomes@hotmail.com

**Emanuele Engelage**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9243-5209>  
Doutora em Contabilidade pelo Programa de Pós-Graduação  
em Contabilidade pela Universidade Federal de Santa Catarina  
Email: [manuengelage@hotmail.com](mailto:manuengelage@hotmail.com)

**Altair Borgert**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0116-8089>  
Doutorado em Engenharia de Produção  
pela Universidade Federal de Santa Catarina  
Email: altair@borgert.com.br

**Vladimir Arthur Fey**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5297-9044>  
Bacharel em Ciências Contábeis pela  
Universidade Federal de Santa Catarin  
Email:vlafey@gmail.com

**Análise do Comportamento dos Gastos Públicos em Saúde**

**Analysis of The Behavior of Public Health Spending**

**Analisis del Comportamiento del Gasto Público en Salud**

**RESUMO**

Este estudo analisa o comportamento dos gastos públicos em saúde e sua relação com os demais gastos por classificação funcional programática no período de 2002 a 2020, o que gera reflexões importantes, inclusive como facilitador para análises futuras de eficiência dos serviços. Utiliza-se as técnicas de análise descritiva, correlação de Pearson e regressão para dados em painel. Constata-se que os gastos em saúde representam 7,9% dos gastos totais do governo, 4,1% dos gastos da União, 11,6% dos estaduais e 23,8% dos municipais. Os gastos em Assistência e Previdência Social, Educação, Urbanismo, Legislativo, Judiciário e Organização Agrária elevam a demanda por recursos aplicados em saúde, enquanto, maiores gastos em Defesa Nacional, Segurança Pública, Saneamento, Desporto e Lazer e Ciência e Tecnologia reduzem esse valor. Isso porque, ações governamentais realizadas a partir desses investimentos podem impactar de diferentes maneiras

na qualidade de vida e no bem-estar da população, o que expande o conceito de saúde para além da ausência de doença. Esses resultados ressaltam a importância dessa particularização nas análises, a fim de embasar a gestão e as escolhas públicas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Comportamento dos Custos. Gastos Públicos. Saúde.

## ABSTRACT

This study analyzes the evolution of public health expenditure and its relation with other expenditures by functional programmatic classification in the period from 2002 to 2020, which generates important reflections also as a facilitator for future analyses of the efficiency of services. Descriptive analysis, Pearson correlation and panel regression techniques are used. Health expenditure represents 7.9% of total government expenditure, 4.1% of federal expenditure, 11.6% of state expenditure and 23.8% of local government expenditure. Spending on social welfare and assistance, education, urbanism, legislative, judicial, and agricultural organization increases the demand for resources devoted to health, while higher spending on national defense, public security, sanitation, sports and recreation, and science and technology reduces it. The reason for this is that the government actions carried out through these investments can affect the quality of life and well-being of the population in different ways, expanding the concept of health beyond the absence of disease. These results highlight the importance of this particularization in analyses to inform management and public choices.

**KEYWORDS:** Cost Behavior. Public Spending. Health Care.

## RESUMEN

Este estudio analiza el comportamiento del gasto público en salud y su relación con otros gastos según la clasificación funcional programática durante el periodo comprendido entre 2002 y 2020, y genera importantes reflexiones que incluso pueden resultar útiles para futuros análisis de la eficiencia del servicio. Para ello, utiliza las técnicas de análisis descriptivo, correlación de Pearson y regresión para datos de panel. Los gastos sanitarios representan el 7,9 % del gasto público total, el 4,1 % del gasto de la Unión, el 11,6 % de los estados y el 23,8 % de los municipios. Los gastos en asistencia social y seguridad social, educación, urbanismo, legislativo, judicial y organización agraria aumentan la demanda de recursos aplicados a los servicios sanitarios, mientras que los mayores gastos en defensa nacional, seguridad pública, sanidad, deportes, ocio y ciencia y tecnología reducen este valor. Esto se debe a que las acciones de gobierno realizadas a partir de estas inversiones pueden impactar de diferentes formas en la calidad de vida y el bienestar de la población, lo que amplía el concepto de salud más allá de la ausencia de enfermedad. Estos resultados destacan la importancia de este análisis particularizado para apoyar la gestión y las elecciones públicas.

**PALABRAS-CLAVE:** Comportamiento de los Costes. Gasto Público. Salud.

## 1 INTRODUÇÃO

Com o intuito de viabilizar o bem-estar e a qualidade de vida da população, o Estado disponibiliza bens e serviços à sociedade, o que demanda a aplicação de recursos públicos nas mais diversas áreas de atuação. Portanto, para que essa oferta seja integrada ao desenvolvimento socioeconômico, deve ser realizada com base na otimização de recursos, devido à quantidade fixa e limitada de insumos<sup>(1)</sup>. Segundo Barroso et al.<sup>(2)</sup>, “os gastos públicos possuem função social”,

pois têm a finalidade de fazer valer os direitos sociais, garantidos pela Constituição da República Federativa do Brasil.

No Brasil, a Portaria n. 42 estabelece 28 funções de governo e suas respectivas subfunções, as quais são aplicáveis aos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios. Essas funções referem-se ao maior nível de agregação dos gastos, relacionados às diversas áreas que competem ao setor público. Além disso, a forma e a decisão de gastar, para muitas dessas áreas, estão sujeitas a uma série de normas e de regras, que trazem prescrições e direcionamentos aos gestores públicos<sup>(2)</sup>. A própria estrutura constitucional, instrumentalizada por emendas e leis complementares, determina limites mínimos no que tange à aplicação de recursos por cada Ente federativo. Portanto, há autonomia limitada da gestão pública quanto às diferentes formas de alocação dos recursos, visto que há parâmetros mínimos que visam garantir o atendimento aos direitos sociais.

Além disso, a Constituição da República Federativa do Brasil, ao delimitar que a organização político-administrativa do país deve compreender a união indissolúvel dos estados, Distrito Federal e municípios, também define as competências de cada Ente. Portanto, segundo Fabre<sup>(3)</sup>, a legislação brasileira, dentre a qual destaca-se o pacto federativo e o processo de descentralização fiscal, estabelece responsabilidades distintas, que podem ser privativas, quando a obrigação é relativa a um único Ente (mesmo que seja exercida voluntariamente, também, por outros), ou concorrentes, quando há obrigação compartilhada entre mais de um Ente.

Assim, são definidas obrigações financeiras e delimitadas as arrecadações de recursos e os campos de atuação de cada esfera, ou seja, responsabilidades específicas pela prestação de serviços públicos ou atribuição de insumos, que se associam a diferentes funções. Contudo, mesmo em uma única função, há competências específicas. Cabe destacar que essas divisões dizem respeito à execução dos serviços. Todavia, por mais que possa ocorrer influência, a fonte dos recursos, ou seja, as formas de financiamento, podem ser diversas, contemplando recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados-membros, do Distrito Federal e dos municípios, com respeito aos limites mínimos.

Nesse sentido, a alocação eficiente dos recursos é um desafio prático dos gestores que buscam maximizar resultados, pois há uma divergência entre alocar recursos limitados, com certa rigidez no que tange à sua origem e destinação, para o atendimento de necessidades crescentes<sup>(4)</sup>. A busca por essa eficiência tem sido tratada como relevante por pesquisadores, gestores, órgãos de controle e sociedade<sup>(5)</sup>. Isso porque a análise da eficiência na aplicação de recursos públicos pode proporcionar maior controle social e transparência, embasar estratégias alinhadas às práticas de auditoria, além de auxiliar na gestão, como uma ferramenta de feedback<sup>(6)</sup>.

Existem diversos estudos que tratam da eficiência em governos locais ou de setores públicos específicos, ao associar os gastos com diferentes variáveis de resultado<sup>(7)</sup>. Porém, muitas vezes,

uma importante etapa de análise é negligenciada. Apesar dos debates sobre eficiência requererem o conhecimento e a caracterização do gasto público e de seu comportamento, esse detalhamento e compreensão, por vezes, é ignorado ou menosprezado. Mas, ao demonstrar a evolução dos gastos públicos e da parcela do orçamento aplicada em diferentes áreas, pode-se ter *insights* que auxiliam na gestão e nas escolhas de alocação, que, por sua vez, se refletem na eficiência.

Ademais, a caracterização dos gastos, seus elementos e comportamento tornam-se uma etapa preliminar para compreender a disponibilidade e as demandas de alocação, além de permitir a consciência das inter-relações e dependências entre as áreas. Cabe destacar que os resultados de determinadas ações e serviços públicos e, consequentemente, a sua demanda por recursos financeiros, pode ter relação com os resultados e recursos destinados a outras áreas. Dessa forma, recursos destinados a outros campos podem condicionar tanto os resultados quanto os gastos<sup>(8)</sup>. Diante do exposto, este estudo objetiva analisar o comportamento dos gastos públicos em saúde e sua relação com os demais gastos por classificação funcional programática. Para isso, realiza-se uma análise descritiva dos valores gastos com saúde pela União, estados e municípios entre 2002 e 2020, correlacionando-os com os valores das demais áreas (27 outras funções de governo).

Esse direcionamento à saúde deve-se ao fato de que o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro se caracteriza como um dos maiores e mais complexos sistemas públicos do mundo, pois se fundamenta nos princípios da integralidade, da equidade e da universalidade dos serviços. A Lei n. 8.080 e suas reformulações deram origem e regulamentaram o SUS, com o objetivo de minimizar diferenças sociais, reduzir o total de doenças e de agravos e promover a saúde da população. Para tanto, suas estratégias seguem tendências mundiais, ao buscar a estabilização dos gastos da área, o aumento da eficiência microeconômica, a equidade, a melhoria da qualidade dos serviços e a maior valorização da atenção primária<sup>(9)</sup>. O SUS é financiado por fontes fiscais, logo, compreender esses gastos e como eles se relacionam com as demais escolhas financeiras e orçamentárias, pode gerar reflexões gerenciais importantes, inclusive como facilitador para análises futuras de eficiência dos serviços<sup>(10)</sup>. A saúde, também, tem se destacado pelo aumento na demanda dos serviços e pelo forte apelo social decorrentes da pandemia da COVID-19, o que intensifica os argumentos supracitados.

Por fim, este estudo possibilita conhecimentos além da saúde, ao caracterizar e compreender o comportamento dos gastos gerais, a nível de Brasil (consolidação das contas públicas) e segregado por esfera de governo (União, Estados e Municípios), em um sentido longitudinal abrangente (19 anos). Também, agrega ao detalhar e relacionar as contas públicas por função de governo, assim como sugerido por Bezerra e Carvalho<sup>(6)</sup>.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo, que visa investigar a relação entre os gastos com saúde e os gastos aplicados às demais funções de governo (classificação funcional programática), no período de 2002 a 2020. Portanto, compreende um lapso temporal de 19 anos. Essa delimitação deve-se à disponibilidade de dados completos e consistentes, visto que o Balanço do Setor Público Nacional (BSPN), de onde foram extraídos os dados de consolidação das contas públicas, em sua versão de 2012, publicada no site de transparência do tesouro nacional, disponibiliza séries históricas apenas a partir desta data. Apesar de constarem algumas informações de 2000 e 2001, estes anos possuíam classificações funcionais distintas, a nível de estados e municípios, geralmente pela agregação de contas (por exemplo, Defesa Nacional e Segurança Pública que, a partir de 2002, passou a compor duas contas distintas). Assim, a fim de não prejudicar a comparabilidade entre períodos, esses anos foram desconsiderados. Já a determinação do ano de 2020 se dá pelo acesso de dados para períodos completos.

Utilizou-se os valores anuais, a nível de União, estados e municípios, e os valores consolidados (das três esferas) das despesas empenhadas em cada função de governo. Isso porque os valores de despesa liquidada e paga estão disponíveis no BSPN apenas a partir de 2009 e, portanto, o detalhamento por função não os considera. Cabe destacar que, apesar das diferenças conceituais e práticas entre os termos gasto, custo e despesa, em especial no contexto brasileiro, para a presente pesquisa, estes são tratados como sinônimos, referindo-se ao montante alocado em cada função orçamentária. Considerando-se o longo período avaliado e a importância de comparar valores monetários em termos reais, os dados foram corrigidos pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo/IBGE), por meio do site do Banco Central, estabelecendo-se como base o mês de dezembro/2020, a fim de controlar o efeito inflacionário.

A pesquisa se divide em dois blocos principais. O primeiro se refere aos gastos aplicados na função saúde e o segundo ao conjunto das outras 27 funções de governo. Não são consideradas as despesas intraorçamentárias, visto que as bases de dados utilizadas não fornecem esses valores segregados por função. Além disso, os valores intraorçamentários passam a ser expressos no orçamento consolidado (BSPN) apenas a partir de 2010.

Conforme já mencionado, o direcionamento à saúde deve-se, entre outros fatores, ao fato desta ser uma prerrogativa da cidadania. Além disso, a temática tem ganhado relevância com o cenário da pandemia da COVID-19, cujo aumento da demanda pelos serviços, com urgência e alto risco envolvido, fez com que governos e sociedade repensassem a importância de se conhecer, compreender e agir estrategicamente sobre os gastos vinculados à saúde, com vistas a alcançar maior eficiência e efetividade. Contudo, os gastos em outras áreas, que, também, são de responsabilidade estatal, podem influenciar tanto os resultados quanto a demanda por recursos em

saúde. Portanto, este estudo busca analisar a relação entre os gastos destinados a diferentes ações, as quais se vinculam a cada função de governo, com os gastos em saúde.

Salienta-se que entre as funções de governo, algumas possuem vinculação direta com a saúde, como é o caso do saneamento. Outras funções, dado os seus alicerces e características, parecem independerm ou não se relacionarem entre si, o que poderia induzir a percepção de correlação esdrúxula. Contudo, deve-se ponderar que os orçamentos públicos se referem a um montante finito de recursos (receitas) que são distribuídos em contas contábeis, com base nas escolhas e nos direcionamentos dos serviços e ações a serem prestados. Portanto, por mais que a legislação brasileira imponha condicionamentos e limites mínimos e máximos a essas escolhas, matematicamente, tem-se um conjunto finito de recursos, cuja opção ou necessidade de aplicações maiores em uma área, implica na diminuição de recursos disponíveis para outras aplicações. Por isso, julga-se importante avaliar todas as contas/funções, a fim de que essas relações, uma vez evidenciadas, possam ser melhor estudadas e compreendidas no futuro.

Para isso e para traçar um perfil do comportamento dos gastos públicos, utiliza-se as técnicas de estatística descritiva, frequência, correlação de Pearson e regressão para dados em painel, em que se evidencia a heterogeneidade individual da amostra, ao analisar as características de cross-section (diferentes indivíduos, neste caso, União, estados e municípios) e de séries de tempo (evolução temporal). Cabe destacar que, ao segregar os gastos por Ente federado, o estudo considera unidades de corte estruturalmente distintas, que podem apresentar reflexos nas interpretações, especialmente quando do uso de análises estatísticas. Dentre os fatores que devem ser considerados, está o fato de que cada esfera possui competências, responsabilidades e direcionamentos específicos, que se associam, em maior ou menor grau, a diferentes funções<sup>(5,16)</sup>. Além disso, para muitas contas, há maior rigidez nas escolhas de alocações, em função dos limites mínimos e máximos estipulados para cada esfera. Por fim, também, deve-se ponderar os mecanismos de transferências de recursos financeiros entre os Entes, pois variações nos repasses de um podem interferir/influenciar os valores alocados por outro. Ainda assim, considera-se essa segregação válida, a fim de apresentar um contexto mais amplo no que tange o comportamento dos gastos.

Ainda quanto às particularidades do modelo de regressão, destaca-se que os parâmetros são estimados pelo método da máxima verossimilhança restrita (*Restricted Maximum Likelihood – REML*), com o pacote *lme4* do software livre R® (R CORE TEAM, 2021), o qual é aplicável a modelos mistos – mistura de efeitos fixos e aleatórios. Esse software, também, é utilizado para a análise de correlação, a fim de captar a sua significância (*p-value*). A seguir, descreve-se a representação matemática do modelo de regressão.

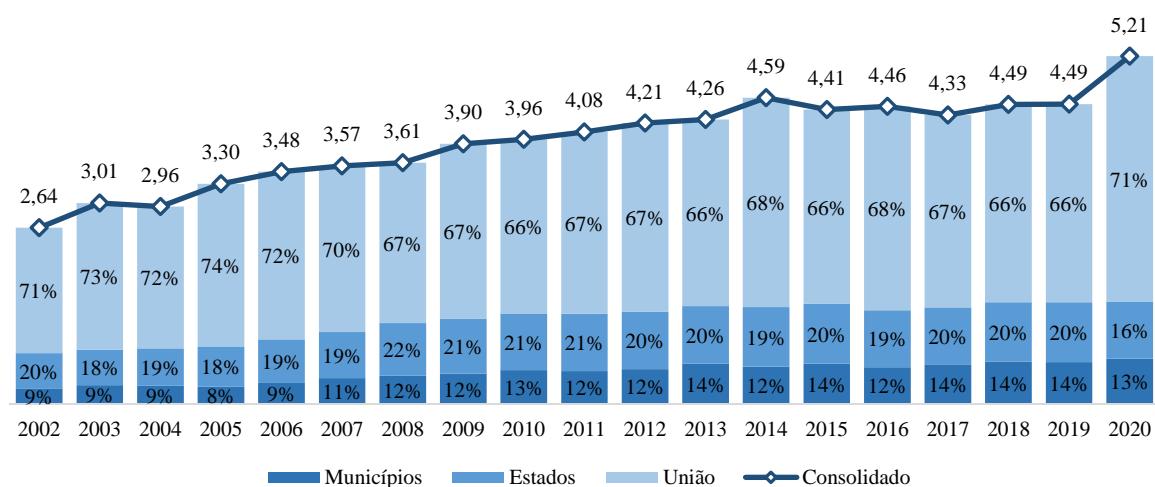
$$\begin{aligned}
 Saude_{i,t} = & \alpha + \beta_1 \cdot Legislativa_{i,t} + \beta_2 \cdot Judiciaria_{i,t} + \beta_3 \cdot Essencial\ à\ Justica_{i,t} + \beta_4 \cdot Administração_{i,t} + \beta_5 \\
 & \cdot Defesa\ Nacional_{i,t} + \beta_6 \cdot Segurança\ Pública_{i,t} + \beta_7 \cdot Relações\ Exteriores_{i,t} + \beta_8 \\
 & \cdot Assistência\ Social_{i,t} + \beta_9 \cdot Previdência\ Social_{i,t} + \beta_{10} \cdot Trabalho_{i,t} + \beta_{11} \cdot Educação_{i,t} + \beta_{12} \\
 & \cdot Cultura_{i,t} + \beta_{13} \cdot Direitos\ da\ Cidadania_{i,t} + \beta_{14} \cdot Urbanismo_{i,t} + \beta_{15} \cdot Habitação_{i,t} + \beta_{16} \\
 & \cdot Saneamento_{i,t} + \beta_{17} \cdot Gestão\ Ambiental_{i,t} + \beta_{18} \cdot Ciência\ e\ Tecnologia_{i,t} + \beta_{19} \\
 & \cdot Agricultura_{i,t} + \beta_{20} \cdot Organização\ Agrária_{i,t} + \beta_{21} \cdot Indústria_{i,t} + \beta_{22} \\
 & \cdot Comércio\ e\ Serviços_{i,t} + \beta_{23} \cdot Comunicações_{i,t} + \beta_{24} \cdot Energia_{i,t} + \beta_{25} \cdot Transporte_{i,t} + \beta_{26} \\
 & \cdot Desporto\ e\ Lazer_{i,t} + \beta_{27} \cdot Encargos\ Especiais_{i,t} + \varepsilon_{i,t}
 \end{aligned}$$

Onde:  $\alpha$  é o valor médio dos gastos em saúde na esfera governamental  $i$ , condicionado às demais variáveis do modelo iguais a zero;  $\beta_1$  a  $\beta_{27}$  é o efeito dos gastos por função de governo nos gastos em saúde;  $\varepsilon_{i,t}$  é o erro aleatório associado ao ano  $t$  da esfera de governo  $i$ , supostamente com distribuição normal de média zero e variância constante  $\sigma^2_\varepsilon$ .

### 3 DISCUSSÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Inicialmente, é importante conhecer o panorama geral dos gastos. A Figura 1 apresenta o comportamento e a evolução dos gastos orçamentários totais ao longo dos anos, segregados por Ente federado (União, estados e municípios).

**Figura 1 – Gasto total (R\$ / Trilhões) e sua divisão (%) por municípios, estados e União**



**Fonte:** Dados da pesquisa (2024).

O total de gastos orçamentários no ano de 2002 era de R\$ 2.640.428.808.315 (2,6 trilhões) e, em 2020, passou para R\$ 5.210.438.431.231 (5,2 trilhões). Portanto, houve um aumento real de R\$ 2.570.009.622.916, que equivale a um crescimento de 97,33%, valores esses, já corrigidos pelo IPCA. Com uma variação anual média de R\$ 142.778.312.384 (4,0% a.a.), apenas entre 2003 e

2004, 2014 e 2015, e 2016 e 2017 foram observadas reduções no orçamento, que correspondem, respectivamente, a R\$ 53.931.193.813 (-1,8%), a R\$ 175.970.920.023 (-3,8%) e a R\$ 130.012.378.708 (-2,9%). Por outro lado, a maior variação anual foi entre 2019 e 2020: R\$ 716.890.971.134 (+16,0%). Em todos os anos observa-se uma parcela maior dos gastos cuja fonte é a União (em média, 68,3%), seguida dos estados (em média, 19,7%) e dos municípios (em média, 12,0%).

Quando analisadas as funções de governo, verifica-se direcionamentos de cada esfera a ações específicas. Isso porque, ao analisar o seu total orçamentário, ao longo dos 19 anos, há destinações de recursos maiores em determinadas contas, o que pode ser visualizado na Tabela 1. Esse fato é esperado, visto que, conforme já mencionado, a legislação brasileira determina responsabilidades específicas a cada Ente federado e, mesmo quando se tem obrigação compartilhada, as competências de cada um são pactuadas e definidas por outros instrumentos, como os contratos organizativos<sup>(3)</sup>.

**Tabela 1** - Gasto anual médio (R\$/milhões) por esfera e sua distribuição (%) entre funções de governo

	União R\$	%	Estados R\$	%	Municípios R\$	%	Consolidado R\$	%
Legislativa	8.069,1	0,3%	16.110,0	2,1%	12.360,0	2,6%	36.539,1	0,9%
Judiciária	31.126,6	1,2%	39.119,7	5,0%	1.219,3	0,3%	71.465,6	1,8%
Essencial à Justiça	6.391,3	0,2%	15.826,6	2,0%	540,6	0,1%	22.758,5	0,6%
Administração	25.776,1	1,0%	39.255,2	5,1%	56.542,8	11,9%	121.574,1	3,1%
Defesa Nacional	53.959,1	2,0%	863,4	0,1%	34,3	0,0%	54.856,9	1,4%
Segurança Pública	10.455,1	0,4%	68.025,0	8,8%	4.177,6	0,9%	82.657,6	2,1%
Relações Exteriores	3.249,3	0,1%	60,6	0,0%	16,4	0,0%	3.326,4	0,1%
Assistência Social	86.665,9	3,2%	6.458,8	0,8%	14.057,4	3,0%	107.182,1	2,7%
			113.731,					
Previdência Social	578.479,9	21,5%	4	14,7%	30.825,2	6,5%	723.036,5	18,3%
			112.821,					
Saúde	109.305,9	4,1%	89.979,9	11,6%	7	23,8%	312.107,5	7,9%
Trabalho	59.638,9	2,2%	3.051,4	0,4%	1.233,3	0,3%	63.923,5	1,6%
			117.541,					
Educação	77.802,6	2,9%	2	15,2%	5	25,5%	316.141,2	8,0%
Cultura	1.814,9	0,1%	3.143,2	0,4%	4.534,7	1,0%	9.492,8	0,2%
Direitos da Cidadania	1.990,1	0,1%	9.940,4	1,3%	434,3	0,1%	12.364,8	0,3%
Urbanismo	6.013,2	0,2%	6.467,8	0,8%	50.126,1	10,6%	62.607,1	1,6%
Habitação	703,5	0,0%	2.977,1	0,4%	3.457,2	0,7%	7.137,8	0,2%
Saneamento	1.849,1	0,1%	5.200,2	0,7%	12.839,8	2,7%	19.889,1	0,5%
Gestão Ambiental	5.596,3	0,2%	4.771,6	0,6%	4.153,7	0,9%	14.521,6	0,4%
Ciência e Tecnologia	8.995,3	0,3%	3.960,8	0,5%	284,6	0,1%	13.240,7	0,3%
Agricultura Organização Agrária	22.681,4	0,8%	7.655,9	1,0%	3.268,5	0,7%	33.605,8	0,9%
Indústria	6.019,9	0,2%	339,3	0,0%	13,0	0,0%	6.372,3	0,2%
Comércio e Serviços	2.859,3	0,1%	1.966,7	0,3%	465,3	0,1%	5.291,4	0,1%
Comunicações	5.670,3	0,2%	2.821,2	0,4%	1.862,6	0,4%	10.354,0	0,3%
Energia	1.437,2	0,1%	1.419,4	0,2%	499,9	0,1%	3.356,5	0,1%
Transporte	2.974,8	0,1%	886,5	0,1%	1.351,0	0,3%	5.212,3	0,1%
Desporto e Lazer	20.840,6	0,8%	35.314,3	4,6%	12.427,8	2,6%	68.582,6	1,7%
Encargos Especiais	1.663,5	0,1%	1.651,4	0,2%	3.898,5	0,8%	7.213,3	0,2%
	1.552.911,		177.176,					
	6	57,6%	4	22,8%	19.882,4	4,2%	3	44,4%
	2.694.940,	100,0	775.715,	100,0	474.125,	100,0	3.944.781,	100,0
Total	7	%	2	%	3	%	2	%

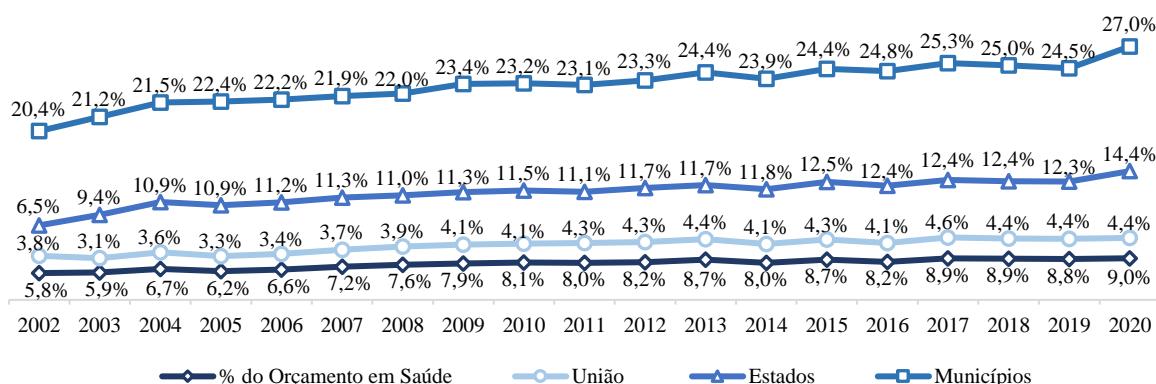
**Fonte:** Dados da pesquisa (2024).

Nota-se uma concentração dos gastos anuais médios nas funções Encargos Especiais (44,4%) e Previdência Social (18,3%), o que se deve, em especial, pela representatividade dessas contas nos

gastos da União (57,6% e 21,5%, respectivamente), visto que esta esfera concentra os maiores valores. Essas contas, se destacam, também, nos gastos estaduais (22,8% e 14,7%, respectivamente), em que a Educação, também, ganha notoriedade, visto que representa 15,2% de seus gastos anuais médios. Já na esfera municipal, além da Educação (25,5%), a Saúde se destaca, ao incorporar 23,8% dos gastos.

Especificadamente quanto à saúde, verifica-se na Tabela 1 que essa representa, em média, 7,9% dos gastos totais do governo, 4,1% dos gastos da União, 11,6% dos gastos estaduais e 23,8% dos gastos municipais. Essa representatividade oscilou ao longo dos anos, pois passou de 5,8% do orçamento geral, em 2002, para 9,0%, em 2020, conforme verifica-se na Figura 2. Ou seja, em 2002, dos R\$ 2,6 trilhões do orçamento, R\$ 152.952.699.381 foram destinados à saúde. Já em 2020, dado o crescimento orçamentário, que passou para R\$ 5,2 trilhões, os gastos com saúde, também, se elevaram (+ R\$ 315.904.089.555), passando para um montante de R\$ 468.856.788.937. Esse aumento foi proporcionalmente maior, visto que o acréscimo acumulado no período do orçamento total foi de 97,33%, enquanto o da saúde foi de 206,5%. Assim, a representatividade da saúde sobre o total do orçamento consolidado aumentou 3,2 pontos percentuais, visto que passou de 5,8% para 9,0%.

**Figura 2 - % de gastos em saúde sobre o total do orçamento e o total de gastos em cada esfera**



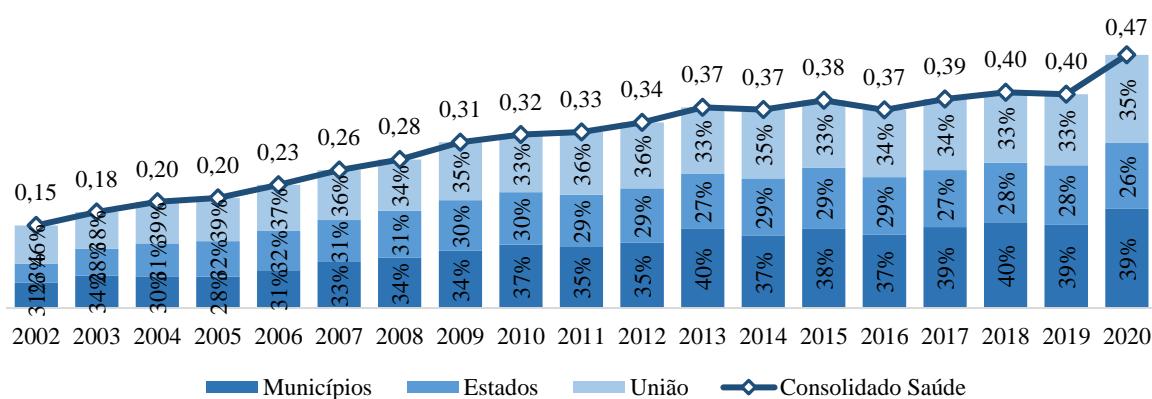
**Fonte:** Dados da pesquisa (2024).

Entre os gastos da União, a destinação para saúde variou de 3,1% (em 2003) a 4,6% (em 2017). Na esfera estadual, destinou-se de 6,5% (em 2002) a 14,4% (em 2020) dos gastos totais para saúde. Já nos municípios, esse percentual variou de 20,4% (em 2002) a 27,0% (em 2020). Portanto, reforça-se o fato de que, dentre as três esferas, os municípios têm maior enfoque na saúde. Prova disso é que, do total gastos em saúde, ao longo dos 19 anos analisados, em média, 36,1% são provenientes da esfera municipal, 35,0% da União e 28,8% da esfera estadual. A Figura 3 apresenta o total gasto em saúde em cada ano no Brasil e sua divisão entre os entes.

Consoante com os estudos de Almeida<sup>(11)</sup> e Padoveze e Fortaleza<sup>(12)</sup>, os gastos com saúde pública apresentaram um crescimento em todas as esferas. Os municípios se destacam por apresentar maior percentual quanto ao total gasto nesta pasta, sendo que, assim como na pesquisa de Diniz et al.<sup>(13)</sup>, o menor valor foi observado em 2002. Esse crescimento dos gastos ao longo do período é justificado pelo autor dada a expansão do SUS, que ocorre de forma síncrona à redução de gastos das famílias, o que pode derivar da inclusão da população mais pobre no sistema e de intervenções e ações específicas, como a distribuição de medicamentos.

Quanto ao percentual aplicado em saúde em relação ao total do orçamento, diferente do observado pela OCDE<sup>(14)</sup>, que afirma que, em 2019, o Brasil aplicou, aproximadamente, 11% (10,5%) de seus recursos em saúde, verificou-se, nesse mesmo período, uma destinação de 8,8%. Essa diferença pode decorrer da especificação dos dados utilizados, visto que, conforme mencionado na metodologia, não se considera os valores intraorçamentários. Em 2020 houve uma redução desse percentual para 9,0%, o que permanece abaixo da média dos outros países da OCDE.

**Figura 3 - Gasto com saúde (R\$/Trilhões) e sua divisão (%) por municípios, estados e União**



Fonte: Dados da pesquisa (2024).

O gasto anual médio em saúde é de R\$ 312.107.469.499 (0,31 trilhões). A média anual dos municípios é de R\$ 112.281.699.338, dos estados é de R\$ 89.979.886.153 e da União de R\$ 109.305.884.008. Esses valores, em sua maioria, são crescentes ao longo dos 19 anos analisados. Contudo, em 2016, houve uma queda acentuada no valor total (consolidado), o que se deve, dentre outros fatores, aos normativos (políticas de austeridade fiscal) que congelaram os gastos com saúde por 20 anos<sup>(15)</sup>. Portanto, nos anos subsequentes, apesar de se observar um leve crescimento, há certa estabilidade desses gastos, com exceção de 2020, que apresenta um crescimento acentuado. Essa variação, que contraria as recomendações fiscais, justifica-se pelas demandas decorrentes da pandemia da COVID-19, que exigiram maior aplicação de recursos para o controle e tratamento da doença. Esse fato, também, é ressaltado por Fernandes e Pereira<sup>(16)</sup>, que alegam haver

estabilidade e até mesmo reduções de gastos com saúde nos últimos anos, porém, destacam o cenário contrário decorrente da pandemia.

Ainda quanto às variações dos gastos em saúde, de forma geral, verifica-se uma variação acumulada de 206,5%, entre 2002 e 2020. Na União, esse aumento foi de 130,1%, com a destinação mínima de R\$ 68.123.254.861, em 2003, e máxima de R\$ 162.890.195.188, em 2020. Os gastos com saúde dos estados aumentaram 253,7%, com o mínimo de R\$ 34.626.537.501, em 2002, e o máximo de R\$ 122.469.027.321, em 2020. Já para os municípios, o aumento entre 2002 e 2020 foi de 286,0%, sendo o menor valor investido de R\$ 47.532.393.331, em 2002, e o maior de R\$ 183.497.566.429, em 2020.

Para verificar a relação e o impacto dos gastos atribuídos às 27 funções de governo nos gastos com saúde, realizou-se os testes de correlação de Pearson e de regressão para dados em painel. Primeiramente, destaca-se que os pressupostos básicos do modelo foram atendidos, ao nível de significância de 5%. Uma vez atendidos os pressupostos do modelo, a Tabela 2 demonstra os resultados de ambos os testes, que permitem inferir sobre a relação entre os diferentes tipos de gastos.

**Tabela 2.** Resultados dos testes de correlação e regressão

	Correlação com a Saúde		Regressão ( <i>Fixed effects</i> )	
	Coeficiente	p-value	Estimate	Pr(> t )
(Intercept)	-	-	-36,2 T	*** 0,000
Legislativa	0,1783	0,184	4.358,000 **	0,002
Judiciária	-0,0968	0,474	903,500 .	0,093
Essencial à Justiça	-0,0544	0,688	-546,900	0,500
Administração	0,4682 ***	0,000	469,000	0,143
Defesa Nacional	0,2414 .	0,071	-706,900 *	0,011
Segurança Pública	-0,1539	0,253	-620,200 .	0,092
Relações Exteriores	0,1054	0,435	-25,380	0,995
Assistência Social	0,3879 **	0,003	132,900 ***	0,000
Previdência Social	0,2697 *	0,042	199,200 **	0,002
Trabalho	0,2519 .	0,059	-265,800	0,191
Educação	0,6859 ***	<,0001	241,400 *	0,033
Cultura	0,4406 ***	0,001	2.076,000	0,371
Direitos da Cidadania	-0,0671	0,620	1.139,000	0,431
Urbanismo	0,4385 ***	0,001	1.152,000 ***	0,000
Habitação	0,0077	0,955	-1.163,000	0,295
Saneamento	0,324 *	0,014	-1.784,000 .	0,095
Gestão Ambiental	0,5881 ***	<,0001	1.162,000	0,451
Ciência e Tecnologia	0,1109	0,411	-2.760,000 .	0,054
Agricultura	0,1779	0,186	257,400	0,698
Organização Agrária	0,0097	0,943	2.119,000 .	0,100
Indústria	-0,244 .	0,067	-2.874,000	0,153
Comércio e Serviços	0,0956	0,479	-1.130,000	0,474
Comunicações	-0,2026	0,131	762,200	0,679
Energia	-0,1294	0,337	339,200	0,437
Transporte	-0,1226	0,364	161,600	0,416

Desporto e Lazer	0,4272	***	0,001	-2.908,000	.	0,071
Encargos Especiais	0,127		0,346	-4,192		0,720
<i>Régressão (Random effects)</i>						
Groups		Variance		Std.Dev.		
id		0,000		0,000		
Residual		1,56E+19		3,95E+09		
Nº de observações	57					
Nº de indivíduos (esfera de governo)	3					

Fonte: Dados da pesquisa (2024). Códigos de Significância: | 0,001 '\*\*\*' | 0,01 '\*\*' | 0,05 '\*' | 0,1 '.' |

Nota-se que a saúde possui correlação positiva e significativa, ao nível mínimo de 10%, com os gastos alocados às seguintes funções: Administração, Defesa Nacional, Assistência Social, Previdência Social, Trabalho, Educação, Cultura, Urbanismo, Saneamento, Gestão Ambiental e Desporto e Lazer. Isso implica que, à medida em que há crescimento dos gastos nessas contas, o mesmo acontece com os gastos em saúde. A relação mais forte é com a Educação (0,6859) e a mais fraca com a Defesa Nacional (0,2414). Os gastos alocados à função Indústria são os únicos que se correlacionam negativamente com a saúde, ou seja, essas variáveis são inversamente relacionadas (enquanto uma aumenta a outra diminui e vice-versa). As demais funções não possuem relação significativa aos níveis usuais.

Apesar disso, para averiguar impactos diretos sobre os gastos na função saúde, analisa-se os coeficientes de regressão e sua significância. Confirmado o que foi verificado na correlação, nota-se que as funções Assistência Social, Previdência Social, Educação e Urbanismo possuem coeficientes positivos e significativos e, portanto, a cada real alocado nessas contas, tem-se uma elevação dos gastos com saúde de, respectivamente, R\$ 132,90, R\$ 199,20, R\$ 241,40 e R\$ 1.152,00. Além desses, os gastos em saúde, também, são impactados positivamente pelos gastos nas funções Legislativa, Judiciária e Organização Agrária, para os quais não se havia identificado correlação significativa. Esses impactos são de, respectivamente, R\$ 4.358,00, R\$ 903,50 e R\$ 2.119,00 para cada real aplicado.

Por outro lado, contrariando as correlações positivas identificadas, pode-se verificar que a cada real aplicado nas funções Defesa Nacional, Saneamento e Desporto e Lazer, os gastos em saúde são reduzidos em R\$ 706,90, R\$ 1.784,00 e R\$ 2.908,00, respectivamente. Além disso, cada real aplicado em Segurança Pública tem capacidade de reduzir os gastos em saúde em R\$ 620,20 e em Ciência e Tecnologia em R\$ 2.760,00.

As funções Administração, Trabalho, Cultura, Gestão Ambiental e Indústria, apesar de se correlacionarem com a Saúde, não confirmaram essa relação, ao passo que não obtiveram significância estatística pelo modelo de regressão.

Em resumo, considerando-se os resultados da regressão, verifica-se que das 27 contas (funções do governo) sete têm relação positiva com os gastos em saúde, cinco relacionam-se negativamente

e 15 não têm relação significativa. Dentre as contas com impacto positivo, cuja aplicação de recursos eleva os gastos em saúde, têm-se a Assistência e a Previdência Social, a Educação, o Urbanismo, os gastos Legislativos e Judiciários e a Organização Agrária.

Ressalta-se que a caracterização dos gastos, seus elementos e comportamento, tornam-se uma etapa preliminar para compreender a disponibilidade e as demandas de alocação, além de permitir a consciência das inter relações e dependências entre as áreas. Cabe destacar que os resultados de determinadas ações e serviços públicos e, consequentemente, a sua demanda por recursos financeiros, pode ter relação com os resultados e recursos destinados a outras áreas. Na saúde, por exemplo, uma ampla literatura afirma que esta é influenciada por determinantes sociais, como o estilo de vida dos indivíduos e as condições socioeconômicas, culturais, ambientais e de trabalho<sup>(18)</sup>. Portanto, recursos destinados a outros campos, como educação, saneamento, assistência social, previdência social, trabalho, cultura, urbanismo, transporte e outros, podem condicionar tanto os resultados quanto os gastos em saúde<sup>(18)</sup>.

#### 4 CONSIDERAÇÕES

A saúde é representada de forma mais ampla através do seu conceito atual, por isso, torna-se relevante conhecer quais áreas/contas relacionam-se a esse fim, para possibilitar uma melhor compreensão, que auxilie no gerenciamento, na alocação eficiente de recursos, na redução das desigualdades sociais e na maximização da disponibilidade e do acesso aos serviços de saúde, tornando-o, de fato, universal, integral e equitativo. Dessa forma, o presente estudo preenche a lacuna de pesquisa apontada por Embrett e Randall<sup>(17)</sup>, através de uma análise da relação entre os custos de ordem pública e demais áreas de atuação do governo, com vistas a compreender como estes se comportaram e como poderiam impactar na saúde da população e, consequentemente, na demanda de recursos para mantê-la.

Diferentemente do apontado por Fernandes e Pereira<sup>(16)</sup> e em consonância com os argumentos de autores como Almeida<sup>(11)</sup> e Padoveze e Fortaleza<sup>(12)</sup>, os gastos em saúde se apresentaram de forma crescente ao longo dos 19 anos analisados. Os resultados mais expressivos, tanto monetariamente quanto em relação ao total do orçamento consolidado, são observados no ano de 2020, que coincide com ano da pandemia da COVID-19, cuja demanda por serviços e ações de saúde aumentaram consideravelmente, assim como a cobrança social por maior eficiência nesses atendimentos.

Além disso, observou-se uma associação entre saúde e assistência social, previdência social, educação, urbanismo, saneamento, desporto e lazer e ciência e tecnologia, que corrobora com Buss e Pellegrini Filho<sup>(18)</sup>. Por outro lado, foram encontradas relações ainda não presentes na literatura, entre saúde e legislativo, judiciário, organização agrária, defesa nacional e segurança pública.

Pode-se observar, ainda, que investimentos em algumas dessas áreas elevam os gastos em saúde. Já maiores gastos em defesa nacional, segurança pública, saneamento, desporto e lazer e ciência e tecnologia têm potencial para reduzir a demanda de recursos em saúde, o que se estima derivar da melhoria na eficiência e na eficácia dos serviços e da ampliação na assistência prestada à população, que se reflete, também, em sua saúde e bem-estar. Isso porque muitas ações governamentais buscam impactar o cotidiano dos indivíduos e trazer benefícios à comunidade, seja pela inserção no sistema de saúde, pela redução das desigualdades sociais ou pela melhora em sua qualidade de vida, proteção e amparo, o que expande o conceito de saúde para além da ausência de doença.

Contudo, apesar das possíveis justificativas apresentadas, ressalta-se que o estudo teve como foco principal traçar um panorama geral dos gastos por classificação funcional programática e de suas relações, a fim de fornecer *insights* para que pesquisas futuras as explorem de forma detalhada, permitindo maior profundidade e explicações mais contundentes.

Dado esse contexto e ao verificar que as ações dos gestores e suas escolhas de alocação de recursos nas mais variadas áreas podem se refletir de diferentes maneiras na saúde dos cidadãos, sugere-se estudos que se concentrem no viés gerencial, analisando esses direcionamentos sob a ótica da Teoria das Escolhas Públicas. Além disso, pode-se explorar essas variáveis contemplando mais do que dados financeiros, ao incluir métricas de resultados, mesmo que, para isso, tenha-se que se concentrar em apenas algumas funções de governo. Salienta-se que compreender o comportamento e as formas de alocação dos recursos é um passo inicial para análises mais consistentes de eficiência. Portanto, este estudo apresenta-se como um prefácio, para que se possa evoluir na temática.

Ademais, também, sugere-se investigar a razão pela qual contas apontadas como relevantes em estudos anteriores não tiveram associação significativa no presente estudo, além de avaliar o impacto de intervenções específicas, ao passo que, dada a amplitude de escopo, foram apresentadas apenas possibilidades para justificar esses comportamentos.

Por fim, ressalta-se que este estudo não contemplou a totalidade do orçamento público, visto que os gastos intraorçamentários foram desconsiderados por falta de padronização e segregação entre os períodos, sendo essa uma limitação das análises.

## REFERÊNCIAS

1. Costa CCDM, Ferreira MAM, Braga MJ, Abrantes LAF. Fatores associados à eficiência na alocação de recursos públicos à luz do modelo de regressão quantílica. Rev Adm Pública. 2015;49(5):1319-1347.
2. Barroso JA, Pereira AWR, da Silva REG, Bresciani LP, Prearo LC. Os efeitos dos gastos públicos em educação, saúde e trabalho no desempenho do índice FIRJAN de desenvolvimento municipal em cidades do estado de São Paulo. Res Soc Dev. 2022;11(1):1-19.

3. Fabre VV. Comportamento dos custos governamentais sob a ótica da Teoria das Finanças Públicas. Florianópolis, SC, Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina; 2021.
4. Schuster HA, Zonatto V. Evidências da eficiência de gastos públicos em educação: análise da alocação dos recursos destinados ao ensino fundamental nos estados brasileiros. *Contextus*. 2017;15(2):8-33.
5. Andrett M, Lunkes RJ, Rosa FS, Brizolla MMB. Eficiência dos gastos públicos em saúde no Brasil: estudo sobre o desempenho de estados brasileiros. *Rev Gest Sist Saúde*. 2018;7(2):114-128.
6. Bezerra VVDN, Carvalho JRM. Avaliação de desempenho por funções de governo através do método PROMETHEE II. *Contextus*. 2018;16(3):40-65.
7. Siqueira LR, de Souza WG, Farias RAS, de Souza Bermejo PH. Análise de variáveis para mensuração da eficiência do gasto público por função de governo. *Adm Pública Gest Soc*. 2020;12(1).
8. Ahnquist J, Wamala SP, Lindstrom M. Social determinants of health - a question of social or economic capital? Interaction effects of socioeconomic factors on health outcomes. *Soc Sci Med*. 2012;74(6):930-939.
9. Lopes LS, Toyoshima SH, Gomes AP. Determinantes sociais da saúde em Minas Gerais: uma abordagem empírica. *Revista Econômica do Nordeste*. 2010;41(1):77-96.
10. Conill EM, Xavier DR, Piola SF, Silva SF, Barros HDS, Báscolo E. Determinantes sociais, condicionantes e desempenho dos serviços de saúde em países da América Latina, Portugal e Espanha. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23(4):2171-2186.
11. Almeida LMD. Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010;28(1):79-92.
12. Padoveze MC, Fortaleza CMCB. Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2014;48(6):995-1001.
13. Diniz BPC, Servo LMS, Piola SF, Eirado M. Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. In: Silveira FG, Servo LMS, Menezes T, Piola SF, editors. *Gasto e Consumo das Famílias Brasileiras Contemporâneas*. Brasília: Ipea; 2007.
14. OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico). Estudos da OCDE sobre os sistemas de saúde: Brasil 2021. OECD Publishing, Paris; 2021.
15. Figueiredo JO, Prado NMDBL, Medina MG, Paim JSG. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde em Debate*. 2018;42(2):37-47.
16. Fernandes GADAL, Pereira BLS. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. *Revista de Administração Pública*. 2020;54(4):595-613.
17. Embrett MG, Randall GE. Social determinants of health and health equity policy research: exploring the use, misuse, and nonuse of policy analysis theory. *Social Science & Medicine*. 2014;108:147-155.
18. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77-93.

## PARTICIPAÇÃO DOS AUTORES DO ARTIGO ORIGINAL

**Autor 1:Helen Maria da Silva Gomes:** concepção e delineamento da pesquisa, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada

**Autor 2:Emanuele Engelage** - concepção e delineamento da pesquisa, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada

**Autor 3: Altair Borgert** - concepção e delineamento da pesquisa, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada

**Autor 4: Vladimir Arthur Fey** - revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

## CURRÍCULO DOS AUTORES

### **Helen Maria da Silva Gomes**

Bacharel em Ciências Contábeis pela Universidade Federal do Piauí (2021), Mestrado em Contabilidade pelo Programa de Pós-Graduação em Contabilidade pela Universidade Federal de Santa Catarina (2023) e Doutorado em Contabilidade em andamento pela Universidade Federal de Santa Catarina.

### **Emanuele Engelage**

Bacharel em Ciências Contábeis pela Universidade do Paraná (2014), Mestra em Contabilidade pelo Programa de Pós-Graduação em Contabilidade pela Universidade Federal de Santa Catarina (2017), Doutora em Contabilidade pelo Programa de Pós-Graduação em Contabilidade pela Universidade Federal de Santa Catarina (2022).

### **Altair Borgert**

Bacharel em Ciências Contábeis pela Universidade Federal de Santa Catarina (1988), Mestrado em Administração pela Universidade Federal de Santa Catarina (1991), Doutorado em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (1999).

### **Vladimir Arthur Fey**

Bacharel em Ciências Contábeis pela Universidade Federal de Santa Catarina (1990).

## Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.