

## EQUIDADE NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO TOCANTINS: ANÁLISE DOS GASTOS MUNICIPAIS ENTRE 2014 E 2019

Ana Lúcia De Medeiros

Claudio Miro Moura Gomes Andre

Ana Larissa Abrantes Silva

Lucas Glória Lopes

**GT8: Estado, políticas públicas, democracia, participação popular e movimentos sociais**

### RESUMO

Este artigo investiga as desigualdades no financiamento dos gastos públicos com saúde nos municípios do Tocantins, refletidas sob a forma de disparidade no acesso aos serviços de saúde. Foram utilizados dados oficiais do SIOPS, TCE-TO, e Proadess no período de 2014 a 2019, avaliando a alocação orçamentária por subfunções da saúde. Foi usado o coeficiente de Gini para mensurar a desigualdade na distribuição dos recursos pelos municípios. Os achados revelam que, embora a maioria dos municípios cumpriram os percentuais mínimos da Constituição Federal e da EC 29/2000, não é possível aferir a adequação do sistema às necessidades, especialmente nos municípios pobres e mais dependentes de transferências governamentais; também os dados indicam que os pequenos municípios têm seus gastos majoritariamente na atenção primária, ao passo que os maiores aplicaram mais na assistência hospitalar e ambulatorial; o índice de Gini foi baixo, indicando que houve homogeneidade do financiamento entre os municípios, especialmente entre os que possuem até 20.000 habitantes; contudo, o acesso à saúde ainda é desigual e é influenciado por fatores estruturais como distância, carência de profissionais, leitos hospitalares e equipamentos de média e alta complexidade; assim, mesmo que a desigualdade no financiamento tenha sido baixa, as barreiras ao acesso consolidam as desigualdades regionais e sociais na saúde.

Palavras-chave: Financiamento público. Saúde. Desigualdade.

## INTRODUÇÃO

Até o final da década de 1970, o sistema de saúde brasileiro era segmentado e excludente, resultado do regime político centralizado da época. Uma parcela significativa da população não tinha acesso adequado aos serviços de saúde, competindo pelos escassos recursos destinados ao Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais, além de instituições religiosas e filantrópicas que, na ausência de políticas públicas estruturadas, desempenhavam um papel fundamental na assistência sanitária. O financiamento da saúde era voltado principalmente para ações de vigilância sanitária, focadas no controle de doenças transmissíveis (Crozatti *et al.*, 2020).

Esse cenário começou a se transformar com a promulgação da Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, que rompeu com a centralização do período anterior e redefiniu o modelo de financiamento e gestão pública. Movimentos sociais ganharam força durante a abertura política, influenciando a criação de uma nova estrutura legal que garantisse direitos sociais fundamentais, incluindo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (Crozatti *et al.*, 2020).

No campo econômico, entre 1968 e 1973, o Brasil experimentou um período de grande crescimento conhecido como "milagre econômico", com taxas médias de expansão de 10% ao ano, impulsionadas por investimentos em infraestrutura e modernização industrial. No entanto, os benefícios dessa evolução não foram amplamente distribuídos, intensificando as desigualdades regionais que sempre marcaram a história econômica do país (Camargo, 2020). Essas disparidades econômicas refletiram-se na falta de acesso a serviços essenciais, como saúde, educação, segurança, habitação e justiça, entre outros.

Essas assimetrias econômicas e regionais transbordam para os outros setores, e, no caso da saúde, se refletem também em desigualdades que se refletem no acesso aos serviços de saúde que ensejou um grande debate sobre a oferta de serviços de saúde no Brasil. Com o avanço das discussões sobre as políticas públicas de saúde, esta passou a ser vista não apenas como uma questão biológica individual, mas como um fenômeno do meio, influenciado por fatores econômicos e sociais (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

O Tocantins é a unidade da federação brasileira mais recente, criada em 1988 após a separação do norte goiano. Apesar dos avanços institucionais e econômicos, o estado ainda enfrenta desafios significativos em educação, saúde e desenvolvimento econômico, com grande parte de seus municípios caracterizados por baixa dinâmica econômica e estrutura produtiva limitada (Oliveira, 2019).

O estado é composto majoritariamente por pequenos municípios, muitos dos quais apresentam diversificação produtiva reduzida, forte dependência de repasses federais e baixa capacidade de arrecadação própria. Isso resulta em restrições orçamentárias para investimentos em infraestrutura e serviços essenciais, incluindo saúde e educação. (Oliveira, 2019; Medeiros; Oliveira; Caminha, 2019).

Esses aspectos podem ser observados por meio de indicadores como o Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM) (Borges; Santos; Vieira, 2013), além de outros índices como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o Índice de Gini, que evidenciam desigualdades na distribuição de renda e oportunidades.

Considerando a série temporal entre 2005 e 2016, os municípios tocantinenses apresentaram avanços expressivos nos indicadores sociais, apesar das dificuldades estruturais. Durante esse período, o crescimento percentual dos municípios com IFDM moderado (0,4 a 0,6) foi de 240%, enquanto os municípios que tinham IFDM saúde, educação, emprego e renda moderados registraram variações de 79,45%, 209% e 10%, respectivamente.

Esses dados demonstram um progresso gradual na infraestrutura social do estado, mas também revelam persistentes desigualdades regionais, principalmente devido à dependência econômica de poucos setores produtivos e dificuldades na atração de investimentos privados, o que afeta diretamente a oferta de serviços de saúde e o desenvolvimento social da população.

Diante da realidade de um país marcado por desigualdades multidimensionais, torna-se essencial refletir sobre as estratégias para reduzir os impactos dessas disparidades na área da saúde. O acesso equitativo aos serviços de saúde, combinado com um financiamento público adequado, pode ser uma ferramenta poderosa na mitigação das iniquidades, ou seja, desigualdades decorrentes de injustiças sociais.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), definida na Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Lei 8.080 em 1990, teve como objetivo garantir o direito universal à saúde. O SUS baseia-se nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, rompendo com o modelo excludente anterior e promovendo assistência integral para toda a população, independentemente de contribuição previdenciária ou condição socioeconômica (Fleury; Ouverney, 2006).

Enquanto política pública, o SUS assume a responsabilidade de reduzir desigualdades regionais e territoriais que afetam o acesso à saúde (Picket; Wilkinson, 2015;

Travassos *et al.*, 2000). Esse tema tem sido amplamente discutido na literatura nacional e internacional, pois a promoção da saúde coletiva é essencial para o desenvolvimento humano e regional.

As desigualdades em saúde no Brasil refletem a disparidade social e econômica entre as diferentes regiões do país. Enquanto as regiões Sul e Sudeste contam com maior acesso a serviços de saúde, infraestrutura e tecnologias avançadas, as regiões Norte e Nordeste enfrentam desafios substanciais (Santos, 2018). Entre essas dificuldades, destacam-se a escassez de recursos médicos, o acesso limitado a serviços essenciais e a insuficiência na oferta de especialistas da área (Girardi *et al.*, 2016).

Um dos fatores que contribuem para esses desafios é o subfinanciamento da saúde, decorrente da heterogeneidade econômica e regional do país. Essa condição está associada a uma elevada proporção de pessoas em situação de pobreza, além de indicadores de educação deficitários que impactam diretamente a saúde da população vulnerável (Soares; Garcia; Carbonell, 2023). Outros aspectos, como os fatores fiscais, políticos e o próprio modelo de governança federativa também influenciam a distribuição dos recursos destinados à saúde. Além desses aspectos, cabe dar ênfase à ideia de que as políticas sociais no Brasil são sub financiadas em decorrência das decisões tomadas pelo Estado brasileiro quando incorporou os princípios neoliberais a sua agenda política na década de 1990 (Mendes; Carnut, 2020).

Mediante o conjunto de circunstâncias apresentadas é válido refletir sobre a desigualdade na saúde que pode ser analisada sob diversas dimensões, incluindo o financiamento público, o acesso, a acessibilidade, o uso e a disponibilidade dos serviços de saúde (Oliveira; Pereira, 2024). Esses fatores, por sua vez, estão diretamente ligados a aspectos regionais, organizacionais, culturais e políticos. O financiamento adequado é um instrumento central para garantir a oferta de serviços de saúde à população, que reforçam os princípios fundamentais do SUS (Crozatti *et al.*, 2020).

Diante desse contexto, este artigo busca abordar à seguinte questão: Existe desigualdade no financiamento da saúde nos municípios do Tocantins? O financiamento da saúde é um dos componentes centrais da política pública, garantindo recursos necessários para a execução dos serviços essenciais. Este estudo investiga o financiamento e os gastos públicos da saúde nos municípios de Tocantins, considerando sua importância na viabilização do acesso e disponibilidade dos serviços.

## METODOLOGIA

Para a análise dos gastos municipais em saúde, foram utilizadas bases de dados oficiais que garantem a confiabilidade dos resultados. Os dados específicos da saúde foram extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) do Tribunal de Contas do Estado do Tocantins (TCE-TO) e do Portal da Transparência do Tocantins. Paralelamente, os dados populacionais foram obtidos junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022).

Após a coleta das informações brutas sobre receitas e despesas públicas em saúde, foi realizada uma análise detalhada dos dados, visando responder ao problema de pesquisa e atingir os objetivos propostos. Os gastos municipais foram organizados conforme a programação orçamentária descrita na Portaria MPOG nº 42, de 14 de abril de 1999, atualizada pela Portaria SOF/ME nº 2.520, de 21 de março de 2022, que define a classificação detalhada das despesas públicas.

Para mapear os gastos públicos com saúde nos 139 municípios do Tocantins, as despesas foram categorizadas conforme as classificações oficiais:

- Função 10 (Saúde): Representa a principal área de atuação.
- Subfunções:
  - o 301 – Atenção primária à saúde.
  - o 302 – Assistência hospitalar e ambulatorial (média e alta complexidade).
  - o 303 – Suporte profilático e terapêutico.
  - o 304 – Vigilância sanitária.
  - o 305 – Vigilância epidemiológica.
  - o 306 – Alimentação e nutrição.

Para melhor análise das desigualdades na alocação de recursos, os 139 municípios foram agrupados por porte populacional, conforme estimativas do IBGE para 2019. Esse agrupamento reflete a alta concentração de municípios pequenos no estado, onde 92% possuem menos de 20 mil habitantes:

Grupo	População	Quantidade de Municípios
A	Até 5.000 habitantes	69
B	5.001 a 20.000	60
C	20.001 a 50.000	5
D	50.001 a 100.000	3
E	100.001 a 500.000	2

O período de análise compreende 2014 a 2019, selecionado por abranger eventos cruciais para o financiamento da saúde pública:

- Implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2011.
- Período de vigência da Emenda Constitucional 95/2016 ("Teto dos Gastos") de 2017 a 2019.
- Ano anterior à pandemia de COVID-19, que representou uma quebra das regras fiscais devido ao financiamento emergencial.

Para corrigir distorções causadas pela inflação, todos os valores foram deflacionados pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) de dezembro de 2019.

Para avaliar a desigualdade do financiamento em saúde dos municípios, utilizou-se o Coeficiente de Gini, um indicador amplamente empregado em estudos sobre desigualdade econômica e social. Este índice varia entre 0 e 1, sendo que 0 representa completa igualdade na distribuição dos recursos, enquanto 1 indica desigualdade absoluta.

O cálculo do coeficiente é realizado a partir da área formada entre a curva da distribuição acumulada dos valores observados e a linha de 45º equidistante entre os eixos, dividida pela área total do triângulo delimitado pelos eixos e essa linha de referência. Embora geralmente aplicado para medir desigualdade de renda, sua adaptação para este estudo é possível considerando os 139 municípios do Tocantins, em cada ano da série, uma população e a distribuição do gasto per capita em saúde funciona de maneira análoga à distribuição de renda.

Os dados para esse cálculo foram extraídos do Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (Proadess), que monitora a eficiência do sistema de saúde brasileiro a partir de um conjunto de indicadores.

## RESULTADOS

Nos últimos anos (2019 a 2023), o PIB do Tocantins representou aproximadamente 0,5% do PIB nacional, indicando uma baixa participação na produção de riqueza. Além disso, o estado é caracterizado por um forte municipalismo, com 92% dos municípios tendo população inferior a 20 mil habitantes e dependendo significativamente de transferências governamentais (Medeiros; Oliveira; Caminha, 2019). Essa realidade contribui para o subfinanciamento das políticas públicas, afetando a saúde e outros setores essenciais para garantir o bem estar da sociedade.

Segundo a Constituição Federal de 1988 e demais legislações associadas ao tema, os entes federativos possuem regras claras sobre investimentos em saúde. Os municípios devem destinar não menos do que 15% das receitas próprias para essa área, enquanto os estados e o Distrito Federal devem investir não menos do que 12%, descontadas as transferências municipais (Machado; Lima, 2021).

A Tabela 1 apresenta os valores destinados à saúde por blocos de alocação, considerando o período de 2014 a 2019. Destacam-se os blocos 301 (Atenção Básica) e 302 (Assistência Hospitalar e Ambulatorial), que receberam os maiores aportes financeiros.

**Tabela 1. Despesas públicas com saúde, em milhões de reais e deflacionados com base no IPCA dez/2019, por subfunções e grupo populacional no Estado do Tocantins no período de 2014 a 2019.**

Subfunções	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo E	Total
Atenção primária à saúde	648,508	893,247	177,495	245,829	456,014	2.421,09
Assistência hospitalar e ambulatorial	183,464	418,077	139,285	196,533	718,111	1.655,47
Suporte profilático e terapêutico.	6,847	13,779	3,801	7,501	26,239	58,167
Vigilância sanitária	15,581	22,861	10,913	15,962	15,637	80,955
Vigilância epidemiológica	12,596	30,726	12,916	24,805	141,028	222,071
Alimentação e nutrição	0,290	0,143	0,058	-	-	0,491
Gasto Total	867,286	1.378,83	344,468	490,631	1.357,03	4.438,25
<i>Gasto per capita (R\$)</i>	639,72	433,51	407,87	432,57	481,86	475,63

Fonte: base de dados abertos do Tribunal de Contas do Estado do Tocantins (TCE-TO) - elaboração própria

Entre 2014 e 2019, houve um crescimento de 18,9% nos gastos com saúde, e, os gastos com a atenção básica representou 43,38% dos gastos totais, enquanto a assistência hospitalar e ambulatorial recebeu 26,79% dos recursos. Os blocos 301 (Atenção primária à saúde) e 302 (Assistência Hospitalar e Ambulatorial) juntos representaram 70,17% do total de despesas dos municípios com saúde. Esse volume expressivo reforça a prioridade dada tanto

à prevenção de doenças, por meio da atenção básica, quanto à assistência hospitalar e ambulatorial, voltada para casos de maior complexidade.

O gasto por município também evidencia disparidades: os pequenos municípios (Grupo A) e os grandes municípios (Grupo E, Palmas e Araguaína) gastaram o maior volume de recursos per capita, sendo o gasto dos pequenos municípios o maior (R\$ 639,72). Duas questões precisam ser evidenciadas, a primeira é que no grupo A estão 43,17% dos municípios com 14,53% da população do Estado, e, estes, alocam os recursos majoritariamente em atenção básica que tem como objetivo atuar na prevenção. O segundo grupo, com Palmas e Araguaína onde temos 30,18% da população do Tocantins, e, estes, além de um volume considerável em atenção básica, aplicaram mais recursos em serviços de alta e média complexidade que são aquelas que demandam maior volume por serem serviços com alto custo.

Araújo *et al.* (2017) analisaram as despesas dos municípios brasileiros em 2010 e verificaram que, em muitos casos, os municípios de pequeno porte apresentaram gastos per capita superiores aos municípios com mais de 200 mil habitantes. Os autores argumentam que isso se deve a desafios na captação de recursos, dificuldades no recrutamento de médicos e precarização das relações de trabalho. Para contornar algumas limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), diversos municípios utilizam parcerias com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e contratações temporárias.

Além disso, Pescuma e Mendes (2015) ponderam que o modelo de financiamento da saúde no Brasil, que busca incentivar estados e municípios a investirem em atenção básica para reduzir os custos de média e alta complexidade, não tem surtido o efeito esperado. Na prática, as regiões mais desenvolvidas, que já contam com infraestrutura adequada, continuam recebendo e gastando os maiores volumes de recursos, o que pode ampliar as desigualdades no acesso à saúde.

Essa concentração de investimentos também se verifica no Tocantins, onde municípios maiores, como Palmas e Araguaína, que são polos regionais de atendimento. Com redes assistenciais melhor estruturadas e com hospitais de médio e grande porte, essas cidades absorvem grande parte dos recursos alocados no bloco 302 (Assistência Hospitalar e Ambulatorial). Embora essa configuração fortaleça a oferta de serviços especializados, ela também dificulta o acesso para populações de municípios menores, que enfrentam limitações de infraestrutura e atendimento, como pode ser comprovado nos trabalhos de Reis (2023) e Lopes, *et al.* (2025).



Apesar da maioria dos pequenos municípios gastarem acima do piso determinado pela CF/88, ainda há evidências teóricas e empíricas que mostram que o sistema é subfinanciado, e, esse é um dos grandes desafios para estes municípios, principalmente os que têm maior dependência de transferências governamentais (Mendes; Carnut, 2020). Embora o investimento em atenção básica seja essencial para a prevenção de doenças, os gastos com serviços de média e alta complexidade ainda representam uma parcela significativa do orçamento total da saúde (Medeiros *et al.*, 2022).

Avaliar a desigualdade na saúde somente pela ótica do financiamento não permite inferir diretamente que há desigualdades no acesso aos serviços em cada município. Este é influenciado por outros fatores, como características populacionais, disponibilidade de leitos, distância entre municípios, presença de mão de obra especializada, infraestrutura hospitalar e concentração de equipamentos de saúde (Castro; Travassos; Carvalho, 2005; Reis, 2023; Lopes *et al.*, 2025). Como 92% dos municípios do estado possuem até 20 mil habitantes, abrangendo apenas 48,61% da população total, muitos não dispõem dos equipamentos que a literatura aponta como essenciais para melhorar o acesso à saúde e, conseqüentemente, reduzir desigualdades nesse setor.

Reis (2023) investigou a demanda por serviços de média e alta complexidade nos municípios do Tocantins entre 2005 e 2016, com base nas internações em hospitais públicos e conveniados pelo SUS. Os resultados apontam desafios no acesso de grupos mais vulneráveis, além da influência de marcadores econômicos e sociais regionais sobre a procura por atendimento. Em municípios com infraestrutura limitada e distantes dos centros de saúde especializados, o acesso é prejudicado. Nesta mesma linha, Lopes *et al.* (2025) avaliaram o impacto de determinantes no número de internações evitáveis pela atenção básica nos municípios do Tocantins, evidenciando que fatores como a distribuição geográfica da oferta dos serviços de saúde e a distância tem forte influência no risco de internações por parte dos residentes em municípios com menor estrutura de saúde.

Considerando o marco regulatório que define os limites mínimos destinados à saúde pelas unidades subnacionais, no período sinalizado, o Tocantins aplicou valores superiores ao exigido pela legislação federal. Contudo, após 2016, houve uma queda relativa nos investimentos e acredita-se que foi devido à implementação do novo marco fiscal, que congelou os gastos primários dos entes federativos. Tais fatores contribuem para amplificar o subfinanciamento dos gastos em saúde no Brasil, e, os seus efeitos ampliam ainda mais as desigualdades regionais (Mendes; Carnut, 2020; Soares; Garcia; Carbonel, 2023).

Durante o período analisado, a participação dos gastos em saúde no orçamento do Tocantins variou entre 14,96% e 17,65% das receitas correntes líquidas (RCL). O maior percentual foi registrado em 2014 (17,65%), seguido por reduções consecutivas em 2015 e 2016, quando atingiu o menor índice da série histórica (14,96%). Nos três anos seguintes, houve uma leve recuperação, com valores oscilando entre 15,28% e 16,89%.

Apesar das restrições fiscais impostas pela Emenda Constitucional 95/2016 (teto de gastos), o estado manteve seus investimentos acima do mínimo legal, mesmo diante de um contexto de crise fiscal, econômica e política. Segundo Cylus (2023), em contextos de choques fiscais e políticos os países tendem a reduzir o financiamento dos gastos com saúde, especialmente quando o Estado segue os princípios norteadores das políticas neoliberais que estão na agenda política do Brasil desde a década de 1990 (Mendes; Carnut, 2020).

Quanto ao gasto municipal, entre 2014 e 2019, o menor percentual aplicado foi 12,1% em Fortaleza do Tabocão, enquanto o maior foi 34,9% em Riachinho do Tocantins. No caso deste município, ele gastou mais que o dobro do limite mínimo definido pela Constituição Federal de 1988 e pela Emenda Constitucional 29/2000. Foram analisados os demonstrativos contábeis desse município ano a ano e se percebeu que houve aumento em alguns grupos de natureza de despesas, como outras despesas correntes e pessoal.

Como já evidenciado, os municípios do Tocantins por ter uma forte dependência das transferências constitucionais ficam vulneráveis às crises fiscais e econômicas, e, nesse caso, além do problema do subfinanciamento do próprio sistema de saúde, ainda estão susceptíveis aos desequilíbrios das contas públicas da união, o que pode aprofundar as desigualdades na saúde que repercutem nas desigualdades regionais.

A desigualdade pode ser aferida pelo coeficiente de Gini (IG) e neste trabalho ele foi usado com vistas a medir a desigualdade do financiamento dos gastos públicos. A Tabela 2 apresenta o IG dos gastos com saúde dos municípios entre 2014 e 2019 e também agrupados de acordo com o tamanho da população. Foram desconsiderados os grupos de municípios com mais de 20.000 habitantes, uma vez que, o Tocantins tem apenas 10 municípios nesta condição. O IG está dentro da faixa 0 e 1, sendo 1 a pior e 0 a melhor distribuição, respectivamente.

**Tabela 2. Índice de Gini geral e dos grupos dos municípios por período de estudo 2014-2019.**

	PERÍODO					
	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Todos os municípios	0,2021	0,1977	0,1978	0,2012	0,1991	0,1936
Grupo A (até 5.000 habitantes)	0,1765	0,1742	0,1780	0,1805	0,1746	0,1718
Grupo B (entre 5.001 e 20.000 habitantes)	0,1201	0,1337	0,1220	0,1204	0,1284	0,1079

Fonte: Proadess - elaboração própria

Os valores indicam que o IG geral do Tocantins permaneceu próximo de 0,20 ao longo da série histórica. Os grupos A e B, compostos por 69 e 60 municípios, respectivamente, apresentaram coeficientes ainda menores, evidenciando uma menor desigualdade na distribuição dos gastos. Estes grupos representam municípios com até 20 mil habitantes e concentram 92% das cidades do Tocantins. O Índice de Gini (IG) indica que esses municípios apresentam baixa desigualdade na alocação dos recursos públicos em saúde, com valores próximos de 0,17 para o Grupo A e 0,12 para o Grupo B ao longo do período de estudo (2014-2019). Essa distribuição sugere um padrão relativamente homogêneo do financiamento dos gastos dentro dessas faixas populacionais.

A estabilidade desses valores, mesmo após a implementação da PEC dos Gastos em 2017, aponta para o papel fundamental da governança do SUS, que estabelece pisos mínimos de investimento na saúde, evitando grandes disparidades entre municípios. Além disso, municípios pequenos dependem fortemente de transferências federais e estaduais, o que contribui para uma distribuição mais uniforme dos recursos e a garantia ao direito à saúde orientada pela CF/88 e pelo SUS (Piola; Vieira, 2024). Além disso, mostra também, apesar do subfinanciamento amplamente evidenciado pela literatura, que há um esforço em se manter o pacto federativo brasileiro.

Outro fator relevante para observar a desigualdade em saúde é a estrutura dos serviços oferecidos, onde Municípios menores geralmente não possuem hospitais de alta complexidade, concentrando seus gastos na subfunção de atenção primária, com custeio e folha de pagamento (Araújo; Gonçalves; Machado, 2017). Essa organização dos serviços pode explicar por que os menores municípios mantêm baixa desigualdade no financiamento da saúde, uma vez que eles são induzidos a seguir as diretrizes das políticas nacionais de saúde que são universalizadas dentro da federação, a exemplo do programa estratégias da saúde da família e mais médicos (Lira, 2023).

Apesar da distribuição relativamente equilibrada dos recursos entre os municípios pequenos, não necessariamente, isso significa que os gastos são suficientes para atender às demandas locais, uma vez que as políticas públicas no Brasil são sub financiadas. A equidade

no financiamento garante uma menor desigualdade na alocação de recursos, mas uma análise mais aprofundada poderia verificar se essa distribuição é compatível com as necessidades de saúde da população desses municípios (Piola; Vieira, 2024).

Os resultados encontrados neste estudo corroboram os achados de Vazquez (2011), que analisou os efeitos da regulação sobre o financiamento da saúde no Brasil, com foco nas transferências governamentais entre os anos de 2000 a 2006. Ao aplicar o coeficiente de Gini para medir a desigualdade nos gastos per capita em saúde dos municípios brasileiros, o autor identificou uma significativa redução na desigualdade horizontal ao longo do período analisado, indicando uma tendência à maior equidade na aplicação dos recursos públicos em saúde entre os entes federativos.

Para o autor, a queda pode ser explicada pela redução das diferenças em relação ao gasto próprio e também à distribuição mais equânime das transferências do SUS, especialmente em relação ao PAB (piso da atenção básica) fixo e variável. O coeficiente de Gini do gasto próprio em saúde sofreu forte inflexão para baixo nos anos de implantação da vinculação (especialmente até 2003), dado que, com a ampliação gradual do percentual mínimo destinado à saúde, elevou-se o patamar de gasto daqueles municípios que aplicavam um percentual inferior, assim, o modelo de financiamento adotado no Brasil a partir do que foi determinado pela CF/88 e pela EC 29/2000 foram importantes para diminuir as desigualdades do financiamento no Brasil. Após a EC 29/2000, as diferenças nos gastos em saúde passaram a ser mais explicadas pelas diferenças na capacidade fiscal de cada município (quanto aos recursos disponíveis) do que pela decisão de gasto dos governantes que passou a ser condicionada pela regulação federal.

O Estado do Tocantins e grande parte dos municípios, independentemente do tamanho, cumpriram com os requisitos estabelecidos pela CF/88 e pela EC 29/2000 que definiram os limites mínimos de financiamento por Estado e Municípios. Apenas cinco municípios do Tocantins não aplicaram o mínimo estabelecido pela CF/88 (Colinas, Riachinho, Fortaleza do Tabocão, São Miguel do Tocantins e Cachoeirinha).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O financiamento público é um instrumento de primeira ordem para garantir o acesso, a acessibilidade e a disponibilidade dos serviços de saúde à população. Quando o acesso é garantido pode-se dizer que do ponto de vista da eficácia da política, é um indicador a ser observado uma vez que demonstra que os serviços estão sendo demandados, embora, se

saiba que esse é apenas o primeiro passo de um longo caminho para quem busca os serviços de saúde.

A maioria dos municípios do Tocantins, embora cumpra os requisitos legais estabelecidos pela CF/88 e pelas portarias ministeriais no que diz respeito ao financiamento da saúde, enfrenta limitações na oferta efetiva de serviços, especialmente no que se refere à disponibilidade de leitos para internação. Segundo Lopes *et al.* (2025), entre 2008 e 2012 apenas 47 dos 139 municípios tocantinenses possuíam leitos disponíveis, e os municípios sem essa oferta apresentavam, em média, menores taxas de internação em comparação aos demais. Essa diferença, no entanto, não necessariamente reflete uma menor incidência de agravos, mas sim uma limitação no acesso aos cuidados hospitalares. Essa realidade repercute diretamente nos indicadores de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSABs). O mesmo estudo aponta que o risco de internação por essas causas diminui à medida que aumenta a distância entre o paciente e o hospital de referência, caracterizando uma barreira geográfica importante ao acesso aos serviços de saúde, e, conseqüentemente, contribui para aumentar as desigualdades neste acesso.

Em princípio pode-se imaginar que apenas os munícipes de cidades mais bem estruturadas demandam esse tipo de serviço, e que os que residem nos pequenos não adoecem ao ponto de demandarem um leito. Essa suposição é descartada quando se analisa a literatura que trata do acesso e da acessibilidade que coloca a dimensão geográfica como uma das mais importantes barreiras que impedem o acesso aos serviços de saúde (Sanches; Ciconelli, 2012). Seguindo as evidências teóricas, Reis (2023) encontrou, ao estudar as internações em UTI's públicas do Tocantins, que o número de internações clínicas e cirúrgicas diminui com o aumento da distância entre o paciente e o hospital, indicando que a necessidade de deslocamento é uma barreira para ter acesso aos serviços de saúde.

No que tange ao financiamento dos gastos com atenção básica, ambulatorial e hospitalar os dados mostraram que 91,8% dos gastos ocorreram dentro destes blocos, e, onde, os menores municípios gastaram mais com atenção básica relativamente aos maiores (grupo E) que gastaram mais com atenção ambulatorial e hospitalar. Quanto aos gastos da União com os municípios na forma de transferências, esse objetivo não foi atingido dada a dificuldade de depurar os dados das bases disponíveis no Tribunal de Contas da União e do Siops. Quando se buscou olhar para os gastos despendidos pelo Estado do Tocantins para os municípios, se observou que foi cumprido ao longo do período os limites definidos pela Constituição Federal e EC 29/2000. Na mesma linha se observou que a participação dos

gastos com saúde nas receitas correntes líquidas do Estado também foi superior, em cinco anos, ao limite mínimo exigido por lei.

Por fim, o coeficiente de Gini calculado para aferir a desigualdade no financiamento mostrou que, por essa ótica, os valores dos gastos dos municípios são mais homogêneos, com valores próximos a 0,20 e dentro dos grupos de municípios se mostraram mais homogêneos com valores de Gini na casa de 0,17 entre os municípios menores (até 5.000 habitantes) e na casa de 0,12 entre os municípios com tamanho populacional entre 5.001 e 20.000 habitantes. Nesse sentido, os dados nos permitem concluir pela baixa desigualdade no financiamento dos gastos dos municípios em saúde. Este fato é devido em grande parte às características dos municípios tocantinenses: municípios pequenos (mais de 90% dos municípios tem menos de 20.000 habitantes) e baixo dinamismo econômico. Com isso baixa capacidade de arrecadação e dependência de transferências governamentais.

A vinculação das receitas foi um mecanismo importante para garantir que estes municípios aumentassem seus gastos com saúde, resultando em uma redução na desigualdade. Quanto às transferências do SUS, os critérios redistributivos também ajudam a reduzir desigualdades, principalmente por meio dos repasses do PAB fixo (Piso de atenção básica fixo), que seguem um valor per capita com pouca variação entre municípios. O PAB variável (Piso de atenção básica variável), por sua vez, depende da adesão e expansão da oferta de programas prioritários, o que contribui para manter as diferenças entre municípios relativamente baixas.

Apesar da baixa desigualdade observada no financiamento dos gastos, não se pode afirmar que não exista desigualdade na saúde nos municípios do Tocantins, uma vez que esse tema é observado por meio de múltiplas dimensões que não foram observadas neste trabalho.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. E. L.; GONÇALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 953-963, s.d março de 2017. ISSN: 1413-8123. Doi: 10.1590/1413-81232017223.15542016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002300953&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300953&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 14 jun. 2025.

BORGES, C. M.; SANTOS, M. J.; VIEIRA, E. T. Tocantins: o crescimento e o desenvolvimento econômico regional com a criação do novo estado. **Gestão & Regionalidade**, v. 29, n. 85, 3 maio de 2013. ISSN: 2176-5308. Doi: 10.13037/gr.vol29n85.1836. Disponível em: [http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_gestao/article/view/1836](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_gestao/article/view/1836). Acesso em: 14 jun. 2025.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77–93, 15 março de 2007. ISSN: 0103-7331. Doi: 10.1590/S0103-73312007000100006. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt&tlng=pt).

Acesso em: 14 jun. 2025

CAMARGO, A. As desigualdades regionais e o federalismo assimétrico. **Ciência & Trópico**, v. 44, n. 2, p.81-129, 28 dezembro de 2020. ISSN: 2526-9372, 0304-2685. Doi: 10.33148/cetropicov44n2(2020)art4. Disponível em:

<https://periodicos.fundaj.gov.br/CIC/article/view/1962>. Acesso em: 14 jun. 2025.

CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 277–284, s.d. abr. 2005. ISSN: 0034-8910. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000200020>. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102005000200020&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102005000200020&lng=pt&tlng=pt).

Acesso em: 14 jun. 2025.

**Censo 2022 IBGE.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 14 jun. 2025

OK. CROZATTI, J.; FERREIRA DE LIMA JUNIOR, A.; NASCIMENTO LIMA, L.; LIMA DE OLIVEIRA, L.; RIGHETTO, P. O gasto e as fontes do financiamento do SUS nos municípios brasileiros de 2003 a 2018. **Revista Ambiente Contábil** - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, v. 12, n. 2, p. 200–218, 1 julho de 2020. ISSN: 2176-9036, Doi: 10.21680/2176-9036.2020v12n2ID18708. Disponível em:

<https://periodicos.ufrn.br/ambiente/article/view/18708>. Acesso em: 14 jun. 2025.

CYLUS, J. Health financing: the impact of shocks and its role in health system resilience. **European Journal of Public Health**, v. 33, n. 2, p.160-478, 24 outubro de 2023. ISSN: 1101-1262, 1464-360X. Doi: 10.1093/eurpub/ckad160.478. Disponível em:

<https://academic.oup.com/eurpub/article/doi/10.1093/eurpub/ckad160.478/7327818>.

Acesso em: 14 jun. 2025.

FLEURY, S.; OUVÉNEY, A. O Sistema Único de Saúde brasileiro: desafios da gestão em rede. **Revista portuguesa e brasileira de gestão**, Lisboa, v. 5, n. 2, p. 16-25, 1 junho de 2006. ISSN: 2674-5941. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rbpg/article/view/79090>. Acesso em: 14 jun. de 2025.

GIRARDI, S. N.; STRALEN, A. C. S. V.; CELLA, J. N.; WAN DER MAAS, L.; CARVALHO, C. L.; FARIA, E. O. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 21, p. 2675-2684, s.d. setembro de 2016. ISSN: 1413-8123. Doi: 10.1590/1413-81232015219.16032016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000902675&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902675&lng=pt&tlng=pt).

Acesso em: 14 jun. de 2025.

LIRA, E. Alinhamento partidário e oferta de políticas públicas no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 57, p. e-2022-0135, s.d. fevereiro de 2023. ISSN: 1982-3134. Doi: 10.1590/0034-761220220135. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003476122023000100502&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003476122023000100502&tlng=pt). Acesso

em: 14 jun. 2025.

LOPES, L. G.; SILVA, A. L. A.; ANDRE, C. M. G.; MEDEIROS, A. L. Desigualdades da saúde: Um estudo pela ótica do acesso e da utilização de serviços de saúde nos municípios do Tocantins. **DESAFIOS - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, v. 12, n. 1, p. 1–19, abril de 2025. ISSN: 2359-3652. Doi: 10.20873/pibic\_2024\_21092. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/21092>. Acesso em: 14 jun. 2025.

MACHADO, C. S. R.; LIMA, A. C. C. Distribuição espacial do sus e determinantes das despesas municipais em saúde. **Revista Econômica do Nordeste**, v. 52, n. 4, p. 121–145, 28 dezembro de 2021. ISSN: 2357-9226, 0100-4956. Doi: 10.61673/ren.2021.1305. Disponível em: <https://www.bnb.gov.br/revista/ren/article/view/1305>. Acesso em: 14 jun. 2025.

MEDEIROS, A. L.; MOREIRA, D. A. A.; TEÓFILO, L. J. S.; SILVA, M. A. R. Financiamento da saúde e da Covid-19 no Tocantins: o que os dados revelam sobre os municípios? **PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, v. 15, n. 2, p. 1-17, 7 julho de 2022. ISSN: 1984-4352. Doi: 10.18468/pracs.2022v15n2.p%25p. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/372287017>. Acesso em: 14 jun. 2025

MEDEIROS, A. L.; OLIVEIRA, N. M.; CAMINHA, F. S. Gestão fiscal dos municípios do Tocantins: o que mostra o índice Firjan? **Revista brasileira de desenvolvimento regional**, v. 7, n. 2, p. 79-108, 1 julho de 2019. ISSN: 2317-5443. Doi: 10.7867/2317-5443.2019v7n2p79-108. Disponível em: <https://ojsrevista.furb.br/ojs/index.php/rbdr/article/view/7712>. Acesso em: 14 jun de 2025.

MENDES, Á.; CARNUT, L. Capital, estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social**. v. 22, p. 9-32, 27 janeiro de 2020. ISSN: 2178-8987. Doi: 10.26512/ser\_social.v22i46.25260. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25260](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260). Acesso em: 14 jun. 2025.

OLIVEIRA, Nilton Marques. **Desenvolvimento Regional do território do estado do Tocantins**. Palmas: EDUFT, 2019.

OLIVEIRA, T. S.; PEREIRA, A. M. M. Expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina: uma revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, p. e04932024, 1 julho de 2024. ISSN: 1413-8123, 1678-4561. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.04932024>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jmjWdBWrqVVsbSXHdyYJHNf/>. Acesso em: 14 jun. de 2025.

PESCUMA, A. J.; MENDES, A. N. O Fundo Nacional de Saúde e a Prioridade da Média e Alta Complexidade. **Argumentum**, v.7, n.2, pp.161-177, 23 dezembro de 2015. ISSN: 2176-9575. Doi: 10.18315/argumentum.v7i2.10510. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/10510>. Acesso em: 14 jun. 2025.

PICKETT, K. E.; WILKINSON, R. G. Income inequality and health: A causal review. **Social Science & Medicine**, v. 128, p. 316–326, s.d. março de 2015. ISSN: 02779536. Doi: 10.1016/j.socscimed.2014.12.031. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953614008399>. Acesso em: 14 jun. de 2025.

PIOLA, S.F; VIEIRA, F. S. Financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil: um retrato das desigualdades regionais do período 2010-2022. **Repositório do Conhecimento do Ipea**, texto para discussão, n. 3010, p. 55, s.d. jun. 2024. ISSN: 1415-



4765. Doi: <http://dx.doi.org/10.38116/td3010-port>. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/14118>. Acesso em: 14 jun. 2025.

REIS, Geovane Rossone. **Análise regional dos determinantes econômicos e sociais sobre a demanda por internações e a mortalidade nas unidades de terapia intensiva dos hospitais públicos do Tocantins**. 2023.146 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Regional) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2023.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 260-268, s.d. 2012. ISSN: 1680 5348. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892012000300012](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000300012). Acesso em: 14 jun. 2025.

SANTOS, J. A. F. Classe Social, território e desigualdade de saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 556–572, 1 março de 2018. ISSN: 1984-0470, 0104-1290. Doi:10.1590/s0104-12902018170889. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902018000200556&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000200556&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 14 jun. de 2025.

SOARES, M. M.; GARCÍA, E. M.; CARBONELL, J. R. H. Territorial inequalities in the funding of education and health policies in Spain and Brazil. **Revista de Administração Pública**, v. 57, p. e-2022-0168, s.d. fevereiro de 2023. ISSN: 1982-3134. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220220168>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122023000100503&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122023000100503&tlng=en). Acesso em: 14 jun. 2025.

TRAVASSOS, Cláudia; VIACAVA, Francisco; FERNANDES, Cristiano; ALMEIDA, Célia Maria. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 133-149, s.d de 2000. ISSN: 1413-8123. Doi: 10.1590/S1413-81232000000100012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232000000100012&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232000000100012&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 14 jun. 2025.

VAZQUEZ, D. A. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.6, p.1201–1212, s.d. junho de 2011. ISSN: 0102-311X. Doi: 10.1590/S0102-311X2011000600017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2011000600017&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2011000600017&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 14 jun. 2025.

## FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Fundação de Apoio à Pesquisa do Tocantins - FAPT.