



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI  
CAMPUS CLÓVIS MOURA - CCM  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE BACHARELADO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS

**EDUARDA DA COSTA RIBEIRO DOS SANTOS  
KEYLA MARIA FIDALGO RODRIGUES**

**TRANSFERÊNCIAS INTERGOVERNAMENTAIS E EFICIÊNCIA DOS GASTOS  
PÚBLICOS EM SAÚDE NO ESTADO DO PIAUÍ:** uma análise do período de 2022 a 2024

TERESINA - PI  
2025

**EDUARDA DA COSTA RIBEIRO DOS SANTOS  
KEYLA MARIA FIDALGO RODRIGUES**

**TRANSFERÊNCIAS INTERGOVERNAMENTAIS E EFICIÊNCIA DOS GASTOS  
PÚBLICOS EM SAÚDE NO ESTADO DO PIAUÍ:** uma análise do período de 2022 a 2024

Monografia apresentada ao curso de Ciências Contábeis da Universidade Estadual do Piauí, como trabalho final da disciplina TCC e requisito para obtenção do título de Bacharelado em Ciências Contábeis.

Orientadora: Dra. Cristiana Aragão Marques Correia Lima.

TERESINA – PI  
2025

S237t Santos, Eduarda da Costa Ribeiro dos.

Transferências intergovernamentais e eficiência dos gastos públicos em saúde no estado do Piauí: uma análise do período de 2022 a 2024 / Eduarda da Costa Ribeiro Dos Santos, Keyla Maria Fidalgo Rodrigues. - 2025.

55f.: il.

Monografia (graduação) - Universidade Estadual do Piauí - UESPI, Curso de Bacharelado em Ciências Contábeis, Campus Clóvis Moura, Teresina - PI, 2025.

"Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristiana Aragão Marques Correia Lima".

1. Saúde - Financiamento. 2. SUS. 3. Transferências Intergovernamentais. 4. Gestão Pública. 5. Piauí. I. Rodrigues, Keyla Maria Fidalgo . II. Lima, Cristiana Aragão Marques Correia . III. Título.

**EDUARDA DA COSTA RIBEIRO DOS SANTOS**

**KEYLA MARIA FIDALGO RODRIGUES**

**TRANSFERÊNCIAS INTERGOVERNAMENTAIS E EFICIÊNCIA DOS  
GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE NO ESTADO DO PIAUÍ:** uma análise do  
período de 2022 a 2024

Monografia apresentada à Universidade Estadual do Piauí – UESPI, *Campus Clóvis Moura - CCM*, como requisito para a obtenção do título de Bacharel(a) em Ciências Contábeis sob orientação do(a) Professor(a) Dra. Cristiana Aragão Marques Correia Lima.

APROVADA EM: 14/07/2025

**BANCA EXAMINADORA**

**CRISTIANA ARAGAO** Assinado de forma digital por  
**MARQUES CORREIA** CRISTIANA ARAGAO MARQUES  
**LIMA:74030361315** CORREIA LIMA:74030361315  
Dados: 2025.08.11 15:32:03  
-03'00'

Presidente/Orientador: Cristiana Aragão Marques Correia Lima  
Doutorado em Contabilidade e Administração/ FUCAPE

**MARIA  
VALERIA  
SANTOS LEAL**  
Assinado digitalmente por MARIA VALERIA  
SANTOS LEAL 46435743568  
DN: C=BR, O=CP-Brazil, CN=Servidor da  
Reitoria/UFGP, OU=RFID, OU=RFB e-CPF  
A3, OU=EM BRANCO, OU=34028316000103,  
OU=presencial, CN=MARIA VALERIA SANTOS  
46435743568  
LEAL 46435743568  
Razão: Eu sou o autor deste documento  
Localização: sua localização de assinatura aqui  
Data: 2025.08.11 21:34:50 -03'00'  
Foxit PDF Reader Versão: 11.1.0

**2º Membro: Maria Valéria Santos Leal**

Doutorado em Educação (UFP)

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** MARIA DEUSELINA SOARES PEREIRA  
Data: 11/08/2025 18:10:28-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**3º Membro: Maria Deuselina Soares Pereira**  
Mestrado em Economia do Setor Público/UFC

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos, primeiramente, a Deus, por ter nos acompanhado em cada passo desta jornada, nos dando força, coragem e sabedoria para superar os desafios que surgiram ao longo do caminho. Sua presença foi essencial para chegarmos até aqui.

Às nossas famílias, que sempre foram nosso porto seguro, nossa base e alicerce. A vocês, que nos moldaram a ser quem somos hoje, nosso mais profundo agradecimento pelo amor, apoio incondicional e por acreditarem em nós mesmo nos momentos mais difíceis.

Aos nossos amigos, em especial aqueles que a vida acadêmica nos presenteou. Obrigada por dividirem os fardos, pelas risadas, pela troca de saberes e pelo apoio nos momentos em que pensamos em desistir. Vocês tornaram essa caminhada muito mais leve.

À nossa professora e orientadora Cristiana Aragão, nosso carinho e gratidão por todo apoio, incentivo e por nos apresentar uma área da Contabilidade que despertou em nós verdadeira admiração e interesse. Sua orientação foi essencial para a construção deste trabalho e para nosso crescimento pessoal e profissional.

E, por fim, agradecemos uma à outra. Eduarda e Keyla, uma dupla que se formou na sala de aula, mas que se fortaleceu muito além dela. Compartilhamos não apenas os estudos, mas também sonhos, desafios, aprendizados e momentos que levaremos para a vida toda. Obrigada pela amizade sincera, pelo apoio incondicional, pelo carinho, pelas conversas que acalmaram o coração e pelas risadas que tornaram tudo mais leve. Nossa companheirismo foi essencial para que cada etapa dessa caminhada fosse vencida com coragem e leveza. Somos gratas por termos seguido lado a lado dentro e fora da universidade e por termos construído juntas muito mais do que um trabalho: construímos uma história de parceria, afeto e admiração mútua.

*"Bem-aventurado o homem que persevera na provação, porque, depois de aprovado, receberá a coroa da vida que Deus prometeu aos que o amam."*

(Tiago 1:12)

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar comparativamente a aplicação dos recursos públicos em saúde no Estado do Piauí entre os anos de 2022 e 2024, com ênfase na evolução das transferências intergovernamentais federais realizadas via modelo fundo a fundo e na distribuição dos recursos entre os blocos de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa adota abordagem metodológica mista, com análise quantitativa de dados secundários extraídos de fontes oficiais, como o Fundo Nacional de Saúde (FNS), e análise qualitativa de documentos normativos e institucionais. Os resultados revelam um crescimento acumulado de 21,2% nos repasses federais no período analisado, com destaque para os blocos de atenção primária e gestão do SUS. No entanto, persistem desigualdades na alocação dos recursos, com manutenção da predominância do bloco de média e alta complexidade e subpriorização de áreas estratégicas como a vigilância em saúde e a assistência farmacêutica. Conclui-se que, embora haja avanços no volume financeiro, ainda existem desafios significativos relacionados à eficiência da gestão, à integração entre os blocos de financiamento e à equidade na aplicação dos recursos públicos em saúde.

**Palavras-chave:** Financiamento da saúde; SUS; Transferências intergovernamentais; Gestão pública; Piauí.

## **ABSTRACT**

This study aims to comparatively analyze the application of public resources in health in the State of Piauí between 2022 and 2024, with an emphasis on the evolution of federal intergovernmental transfers carried out via the fund-to-fund model and the distribution of resources among the financing blocks of the Unified Health System (SUS). The research adopts a mixed methodological approach, with quantitative analysis of secondary data extracted from official sources, such as the National Health Fund (FNS), and qualitative analysis of normative and institutional documents. The results reveal a cumulative growth of 21.2% in federal transfers in the period analyzed, with emphasis on the primary care and SUS management blocks. However, inequalities persist in the allocation of resources, with the maintenance of the predominance of the medium and high complexity block and underprioritization of strategic areas such as health surveillance and pharmaceutical assistance. It is concluded that, although there have been advances in financial volume, there are still significant challenges related to management efficiency, integration between financing blocks and equity in the application of public resources in health.

**Keywords:** Health financing; SUS; Intergovernmental transfers; Public management; Piauí.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Comparativo de Recursos Repassados por Ano (2022-2024) .....	40
Figura 2 – Relatório de Transferências Fundo a Fundo Ano de 2022 .....	41
Figura 3 – Relatório de Transferências Fundo a Fundo – Ano 2023.....	42
Figura 4 – Relatório de Transferências Fundo a Fundo – Ano 2024.....	43

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 – Repasses ao Estado do Piauí por bloco de financiamento em 2022 .....	38
Gráfico 2 – Repasses ao Estado do Piauí por bloco de financiamento em 2023 .....	39
Gráfico 3 – Repasses ao Estado do Piauí por bloco de financiamento em 2024 .....	39
Gráfico 4– Crescimento percentual dos repasses ao estado do Piauí por bloco de financiamento da saúde (2022–2024) .....	44

## **LISTA DE SIGLAS**

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**ASPS** – Ações e Serviços Públicos de Saúde

**CCM** – Campus Clóvis Moura

**CNS** – Conselho Nacional de Saúde

**CONASEMS** – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

**CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

**EC** – Emenda Constitucional

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**FGV** – Fundação Getúlio Vargas

**FMS** – Fundação Municipal de Saúde

**FNS** – Fundo Nacional de Saúde

**FPE** – Fundo de Participação dos Estados

**FPM** – Fundo de Participação dos Municípios

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**INAMPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

**IPEA** – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

**LDO** – Lei de Diretrizes Orçamentárias

**LOA** – Lei Orçamentária Anual

**LRF** – Lei de Responsabilidade Fiscal

**MAC** – Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

**NHS** – National Health Service (Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido)

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde

**PAS** – Programação Anual de Saúde

**PNAF** – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

**PPA** – Plano Plurianual

**PPI** – Programação Pactuada e Integrada

**RAG** – Relatório Anual de Gestão

**RENAME** – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

**RGF** – Relatório de Gestão Fiscal

**RREO** – Relatório Resumido da Execução Orçamentária

**SESAPI** – Secretaria de Estado da Saúde do Piauí

**SIOPS** – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCE-PI** – Tribunal de Contas do Estado do Piauí

**TCU** – Tribunal de Contas da União

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UFC** – Universidade Federal do Ceará

**UFPI** – Universidade Federal do Piauí

**UESPI** – Universidade Estadual do Piauí

**UTI** – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>1 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>18</b>
<b>1.1 Financiamento da saúde pública no Brasil .....</b>	<b>18</b>
1.1.1 Evolução histórica e contexto legal .....	14
1.1.2 O SUS como modelo público universal .....	19
1.1.3 O modelo tripartite de financiamento .....	19
1.1.4 O subfinanciamento e o teto de gastos .....	20
1.1.5 Impactos do subfinanciamento do contexto estadual .....	21
<b>1.2 Transferências intergovernamentais .....</b>	<b>22</b>
1.2.1 Conceito e natureza jurídica .....	23
1.2.2 Tipos de transferências .....	23
1.2.3 O modelo fundo a fundo .....	24
<b>1.3 As desigualdades regionais e a relevância do SUS no Nordeste .....</b>	<b>26</b>
1.3.1 O contexto socioeconômico nordestino .....	26
1.3.2 O SUS como instrumento de equidade .....	27
1.3.3 O caso do Piauí .....	27
<b>1.4 Planejamento, orçamento e gestão fiscal em saúde .....</b>	<b>27</b>
1.4.1 Os instrumentos de planejamento orçamentário .....	28
1.4.1.1 Plano Plurianual (PPA) .....	28
1.4.1.2 Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) .....	28
1.4.1.3 Lei Orçamentária Anual (LOA) .....	28
1.4.2 A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) .....	28
1.4.3 O controle social e a eficiência na aplicação dos recursos .....	29
<b>2 METODOLOGIA .....</b>	<b>30</b>
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>33</b>
<b>3.1 Blocos de financiamento do SUS: conceitos, finalidades e exemplos práticos .....</b>	<b>33</b>
3.1.1 Atenção Primária à Saúde (APS) .....	33
3.1.2 Atenção Especializada .....	34
3.1.3 Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) .....	35
3.1.4 Assistência farmacêutica .....	36
3.1.5 Vigilância em saúde .....	37
3.1.6 Gestão do SUS .....	37

<b>3.2 Apresentação dos dados coletados .....</b>	<b>38</b>
<b>3.3 Instrumentos de coleta de dados .....</b>	<b>40</b>
<b>3.4 Análise estatística e qualitativa .....</b>	<b>43</b>
<b>3.5 Análise e interpretação dos resultados .....</b>	<b>45</b>
<b>3.6 Comparação com a literatura revisada .....</b>	<b>47</b>
<b>3.7 Análise crítica dos achados .....</b>	<b>47</b>
<b>3.8 Implicações práticas e teóricas .....</b>	<b>48</b>
<b>3.9 Síntese final e alcance dos objetivos .....</b>	<b>48</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>

## INTRODUÇÃO

A saúde pública constitui um dos alicerces mais importantes para o bem-estar coletivo e o desenvolvimento sustentável de uma sociedade. Sua consolidação está diretamente relacionada à capacidade do Estado de promover políticas que assegurem proteção social, equidade no acesso aos serviços e garantia de condições dignas de vida para a população.

Segundo Gomes *et al.* (2025), embora o Sistema Único de Saúde (SUS) represente um marco civilizatório ao reconhecer a saúde como um direito social, seu acesso ainda é marcado por profundas assimetrias. Sua efetivação exige a articulação de políticas intersetoriais voltadas à redução das desigualdades sociais, considerando determinantes como raça, território e escolaridade, além de uma gestão comprometida com a equidade real.

Em países com grande extensão territorial e acentuadas desigualdades socioeconômicas, como o Brasil, a consolidação de políticas públicas de saúde universalizadas representa não apenas um compromisso constitucional, mas uma necessidade estrutural. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, reconhece a saúde como um direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (Brasil, 1988).

Com base nesse ordenamento jurídico, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo em extensão e complexidade. Conforme Giovanella *et al.* (2021), o SUS constitui uma política essencial à justiça social e à redução das desigualdades regionais. Sua estrutura é baseada na descentralização administrativa, na regionalização da atenção e na participação social, operando por meio da articulação entre os três níveis de governo: federal, estadual e municipal.

A operacionalização do SUS fundamenta-se em um modelo de financiamento tripartite, estabelecido pela Lei Complementar nº 141/2012, que define os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde por parte da União, dos Estados e dos Municípios. Apesar dos avanços legais e institucionais, o sistema enfrenta problemas históricos de subfinanciamento e desigualdades na capacidade de arrecadação entre os entes federativos, dificultando a efetiva garantia do direito à saúde (Giacomoni, 2017; Mendes; Machado, 2015).

Nesse contexto, as transferências intergovernamentais assumem papel central, especialmente para estados e municípios com menor capacidade fiscal. Essas transferências podem ocorrer de forma constitucional, legal ou voluntária, sendo o modelo "fundo a fundo" o mais utilizado no âmbito do SUS. Esse mecanismo, regulamentado por portarias do Ministério da Saúde, permite o repasse direto de recursos entre os Fundos de Saúde das diferentes esferas

de governo, sem necessidade de convênios formais. Tal modelo confere maior agilidade à execução orçamentária e autonomia aos gestores locais (Brasil, 2024; Simão; Orellano, 2015).

No contexto piauiense, essa realidade é ainda mais evidente. O Estado do Piauí apresenta um dos menores produtos internos brutos per capita do país e uma economia com elevada dependência das receitas transferidas da União. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2020), as transferências correntes representam mais de 60% das receitas estaduais, configurando uma situação de vulnerabilidade fiscal estrutural. No setor saúde, esse percentual ultrapassa 70%, de acordo com dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS, 2024).

Essa forte dependência dos repasses federais exige análise criteriosa da evolução dos recursos recebidos, da forma como são distribuídos entre os blocos de financiamento como atenção primária, atenção especializada, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS e dos impactos gerados na estrutura e qualidade dos serviços públicos de saúde. A adequada alocação desses recursos é fundamental para equilibrar ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, conforme os princípios da integralidade e equidade (OPAS, 2022).

Compreender a dinâmica da aplicação dos recursos públicos em saúde no Piauí torna-se ainda mais relevante diante de transformações recentes no cenário político-administrativo estadual. A mudança de gestão ocorrida em 2023 e os desafios de reestruturação fiscal e organizacional pós-pandemia impactaram diretamente a condução das políticas públicas de saúde. Nesse cenário, surgem questionamentos sobre o volume de recursos efetivamente recebidos, a forma como foram organizados entre os blocos de financiamento e as prioridades orçamentárias adotadas.

A análise do período de 2022 a 2024 permite verificar se houve avanços, estagnações ou retrocessos na alocação orçamentária em saúde e se os investimentos refletiram uma política pública orientada pela equidade, pela regionalização e pela integralidade da atenção. Como destacam Barros e Mendes (2018), a transparência na gestão dos recursos públicos e o fortalecimento do controle social são pilares fundamentais para a legitimidade democrática e a efetividade das ações governamentais.

Diante desse cenário, a presente pesquisa busca responder à seguinte pergunta-problema: como evoluíram os recursos públicos destinados à saúde no Estado do Piauí entre os anos de 2022 a 2024, e de que forma foram alocados entre os blocos de financiamento federal do SUS, revelando (ou não) melhorias na organização, nas prioridades orçamentárias e na estrutura dos investimentos em saúde?

Para responder a essa questão, o objetivo geral do estudo é analisar comparativamente a aplicação dos recursos públicos em saúde no Estado do Piauí entre os anos de 2022 e 2024, com ênfase na evolução dos repasses intergovernamentais federais e na alocação dos recursos entre os blocos de financiamento do SUS. Os objetivos específicos são: verificar a evolução dos repasses intergovernamentais federais ao Estado do Piauí no período de 2022 a 2024; analisar a distribuição dos recursos entre os blocos de financiamento, como atenção primária, atenção especializada, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do sistema; identificar mudanças nas prioridades orçamentárias adotadas nesse período; avaliar os impactos da alocação dos recursos na estrutura e organização da rede pública de saúde; e apontar possíveis distorções ou avanços na gestão orçamentária da saúde estadual, com base em critérios de equidade e eficiência.

A escolha do tema justifica-se pela importância de promover o controle social, a transparência na gestão pública e o aperfeiçoamento dos instrumentos de planejamento e execução orçamentária em saúde, especialmente em estados historicamente marcados por desigualdades estruturais, como o Piauí. A análise de três exercícios financeiros consecutivos permite identificar tendências de priorização, avaliar a consistência da execução orçamentária e apontar eventuais distorções na aplicação dos recursos (Moura; Saiki, 2024; Viacava *et al.*, 2018).

Além disso, a avaliação da alocação dos recursos por blocos de financiamento é uma ferramenta eficaz para verificar se os investimentos estão sendo direcionados às áreas de maior demanda social. A atenção básica, por exemplo, é reconhecida como porta de entrada do SUS e estratégia essencial para garantir a cobertura universal e a continuidade do cuidado. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2022), o fortalecimento da atenção primária é um dos principais fatores para reduzir internações evitáveis e melhorar os indicadores de saúde da população. A atenção especializada, por sua vez, é fundamental para garantir o acesso a serviços de média e alta complexidade, sobretudo em regiões periféricas e interiorizadas.

Dessa forma, este estudo busca contribuir com o debate acadêmico e institucional sobre o aprimoramento da gestão orçamentária da saúde pública no Brasil, a partir de uma análise aplicada à realidade do Estado do Piauí. Espera-se que os resultados da pesquisa ofereçam subsídios técnicos para gestores, profissionais da contabilidade pública e pesquisadores comprometidos com a eficiência, a equidade e a transparência na aplicação dos recursos do SUS.

A estrutura deste trabalho está organizada em quatro capítulos principais, além da introdução e das considerações finais. O Capítulo 1 apresenta o referencial teórico, abordando

os fundamentos conceituais, legais e institucionais do financiamento da saúde pública no Brasil, com foco nas transferências intergovernamentais e na realidade piauiense. O Capítulo 2 descreve a metodologia empregada, incluindo o tipo de pesquisa, procedimentos adotados e fontes de dados utilizadas. O Capítulo 3 trata da apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos com base nos dados do período de 2022 a 2024. Por fim, nas Considerações Finais, são discutidas as principais conclusões do estudo, suas limitações e sugestões para futuras pesquisas.

## **1 REFERENCIAL TEÓRICO**

O referencial teórico a seguir tem por objetivo apresentar as bases conceituais, legais e estruturais que sustentam o financiamento da saúde pública no Brasil, com foco especial nas transferências intergovernamentais destinadas ao Estado do Piauí. Diante do contexto de desigualdades regionais e da relevância do Sistema Único de Saúde (SUS), os tópicos foram organizados para explicar o funcionamento do sistema de financiamento, a importância das políticas públicas, a dinâmica das transferências, os desafios na execução orçamentária e o papel da gestão fiscal e social na saúde.

### **1.1 Financiamento da saúde pública no Brasil**

#### **1.1.1 Evolução histórica e contexto legal**

A história do financiamento da saúde pública no Brasil acompanha as transformações políticas, sociais e econômicas do país. Até a década de 1980, o modelo de atenção à saúde era marcadamente excludente, fundamentado na lógica da seguridade social de caráter contributivo. Nesse contexto, instituições como o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) concentravam o atendimento nos trabalhadores formais urbanos, excluindo grande parte da população brasileira, como desempregados, trabalhadores informais, rurais e os mais pobres. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, houve um avanço significativo em direção à universalização do acesso. No entanto, persistem desafios estruturais relacionados ao financiamento do sistema. Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), “o financiamento do SUS tem sido marcado por um subfinanciamento crônico, especialmente nas esferas estaduais e municipais, em que os recursos públicos permanecem aquém das necessidades, apesar da ampliação da responsabilidade local e das demandas crescentes por serviços de saúde” (CONASS; CONASEMS, 2025).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Brasil deu um salto em direção à universalização do direito à saúde. O artigo 196 estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, o que consolidou um marco na política sanitária nacional. Surge, então, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído para promover o acesso universal e igualitário, fundado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social (Brasil, 1988).

Essa reorientação institucional rompeu com o modelo anterior e integrou políticas fragmentadas em um sistema único, público e gratuito, colocando a saúde como dever inalienável do Estado.

### 1.1.2 O SUS como modelo público universal

O SUS foi instituído pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que definiram sua estrutura organizacional, diretrizes operacionais e mecanismos de financiamento e controle social. Inspirado no modelo britânico do National Health Service (NHS), o SUS adota princípios fundamentais como a universalidade do acesso, a integralidade das ações, a descentralização político-administrativa e a participação popular por meio dos conselhos e conferências de saúde (Giovanella *et al.*, 2021).

Esses princípios não apenas orientam a organização do sistema, mas também moldam as políticas públicas de saúde, com foco em reduzir as desigualdades regionais e sociais. A descentralização permite que estados e municípios planejem e executem suas políticas de saúde com maior autonomia, enquanto a participação social garante maior controle democrático sobre a alocação e uso dos recursos públicos (Machado *et al.*, 2019).

Com mais de três décadas de existência, o SUS se consolidou como uma política de Estado e tornou-se referência internacional por sua abrangência, especialmente em programas como a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e a vigilância epidemiológica, desempenhando papel fundamental durante a pandemia da COVID-19 (OPAS, 2022).

### 1.1.3 O modelo tripartite de financiamento

O modelo tripartite de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece que a responsabilidade pela alocação de recursos públicos em saúde seja compartilhada entre os três entes federativos: União, Estados e Municípios. Essa estrutura encontra respaldo na Constituição Federal de 1988 (art. 198) e foi consolidada juridicamente com a Emenda Constitucional nº 29/2000, que fixou os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde, posteriormente regulamentados pela Lei Complementar nº 141/2012 (Brasil, 2012).

Segundo essa legislação, a União deve aplicar, anualmente, o montante empenhado no exercício anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os Estados devem aplicar, no mínimo, 12% da receita própria em ações e serviços de saúde, enquanto os Municípios devem aplicar 15% de suas receitas resultantes de impostos (Brasil, 2012). Esse arranjo busca garantir uma base mínima de financiamento e assegurar a continuidade das políticas públicas de saúde em todo o território nacional.

Contudo, apesar da legalidade do modelo, sua aplicação prática revela uma série de distorções. A União, que concentra cerca de 60% da arrecadação tributária nacional, tem

reduzido gradativamente sua participação proporcional no financiamento do SUS. Em contrapartida, estados e municípios, especialmente os de menor capacidade econômica, vêm assumindo uma carga financeira cada vez maior, muitas vezes extrapolando os limites mínimos exigidos em lei (Giacomoni, 2017; IPEA, 2024).

Essa sobrecarga afeta de forma mais intensa os municípios de pequeno porte e das regiões Norte e Nordeste, onde a base de arrecadação é limitada, e as demandas por serviços de saúde são elevadas. No caso do Piauí, por exemplo, muitos municípios dependem quase exclusivamente dos repasses federais para manter a atenção básica e outros serviços essenciais, o que os torna vulneráveis a oscilações no volume e na regularidade das transferências (CONASS, 2023).

Além da desigualdade na contribuição financeira, há também problemas na distribuição dos recursos. A inexistência de um modelo de rateio que leve em consideração os custos reais das ações e serviços de saúde dificulta a definição de critérios mais equitativos. Como apontam Barros e Mendes (2018), a ausência de parâmetros técnicos que orientem a alocação dos recursos entre os entes federados compromete a eficácia da gestão e pode acentuar as desigualdades territoriais.

Outro desafio do modelo tripartite é a ausência de mecanismos eficazes de coordenação interfederativa. Embora existam instâncias de pactuação, como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), muitas decisões são tomadas de forma assimétrica, refletindo os desequilíbrios de poder entre os entes e a falta de uma governança mais equânime (Machado *et al.*, 2019).

Portanto, embora o modelo tripartite de financiamento represente um avanço institucional na estruturação do SUS, ele apresenta limitações que comprometem sua efetividade. Reformas estruturais que promovam maior justiça fiscal, reequilíbrio na distribuição dos encargos financeiros e critérios mais claros de rateio e monitoramento são fundamentais para assegurar a equidade e a sustentabilidade do sistema.

#### 1.1.4 O subfinanciamento e o teto de gastos

O subfinanciamento do SUS constitui-se como uma das fragilidades estruturais mais relevantes do sistema público de saúde brasileiro. Mesmo com os percentuais mínimos estabelecidos por lei, os recursos disponíveis permanecem insuficientes para atender à complexidade e à abrangência das ações e serviços demandados pela população. Conforme destacado em 2018 por Paim (2018), o subfinanciamento crônico, cristalizado a partir da Emenda Constitucional 95/2016, “ficou constitucionalizado, cristalizando as dificuldades

acumuladas desde 1988”, e contribui significativamente para filas de espera, carência de insumos e sobrecarga dos profissionais

A situação foi agravada com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que instituiu o novo regime fiscal e congelou os gastos públicos federais por 20 anos, limitando o crescimento do orçamento da saúde à variação da inflação. Essa medida gerou um impacto significativo na capacidade de financiamento do SUS, reduzindo sua expansão e dificultando a recomposição de perdas inflacionárias, especialmente em contextos de aumento de demanda, como o enfrentado durante a pandemia de COVID-19 (CONASS, 2018; Gonçalves *et al.*, 2021).

Estados como o Piauí, que já enfrentam dificuldades estruturais e dependem fortemente dos repasses federais, foram especialmente afetados por esse cenário. A estagnação do financiamento compromete a execução de programas estratégicos e amplia as desigualdades territoriais no acesso aos serviços de saúde.

Assim, compreender o histórico, a estrutura e os desafios do financiamento da saúde pública no Brasil é essencial para avaliar a realidade concreta dos estados mais vulneráveis, subsidiando análises críticas sobre a alocação de recursos e a efetividade das políticas públicas de saúde.

#### 1.1.5 Impactos do subfinanciamento do contexto estadual

O subfinanciamento da saúde pública é um dos maiores entraves para a efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS), e seus impactos tornam-se ainda mais evidentes em estados com fragilidade econômica, como é o caso do Piauí. Essa realidade se traduz em uma insuficiência crônica de recursos orçamentários para suprir a demanda crescente por serviços de saúde, comprometendo não apenas a qualidade da assistência prestada, mas também a equidade no acesso aos serviços.

O Piauí, por apresentar uma das menores rendas per capita do país e baixa capacidade de arrecadação tributária própria, depende fortemente das transferências intergovernamentais da União para manter a oferta mínima de serviços de saúde. Conforme destaca o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2020), essa dependência limita a autonomia financeira do estado e dificulta o planejamento de políticas públicas sustentáveis, agravando as desigualdades regionais. Em momentos de retração econômica ou de contingenciamento orçamentário federal, os efeitos sobre a rede de atenção à saúde tornam-se mais severos, com prejuízos diretos à população.

Além disso, a escassez de recursos compromete a capacidade do estado de realizar investimentos em infraestrutura, aquisição de insumos e modernização de equipamentos, o que

perpetua a precarização dos serviços, especialmente em municípios do interior. O subfinanciamento também dificulta a contratação e a valorização de profissionais da saúde, resultando em carência de especialistas, descontinuidade de serviços e aumento das filas de espera para atendimentos especializados.

Segundo dados do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2019), o subfinanciamento agrava a desigualdade entre estados, já que aqueles com menor arrecadação própria, como o Piauí, enfrentam dificuldades para cumprir suas obrigações de cofinanciamento do SUS, mesmo diante de crescentes necessidades assistenciais da população. A ausência de uma estrutura sólida de financiamento local gera uma relação de dependência e vulnerabilidade, que compromete a autonomia federativa e a efetivação do princípio da integralidade do SUS.

Diante desse cenário, torna-se essencial o fortalecimento das capacidades institucionais e da gestão orçamentária estadual, por meio de estratégias como: o aprimoramento da alocação de recursos com base em evidências, a integração entre os entes federativos e o fortalecimento dos mecanismos de controle e transparência. A adoção de instrumentos de planejamento eficientes, como o Plano Estadual de Saúde e a Programação Anual de Saúde (PAS), torna-se ainda mais relevante em contextos de escassez, pois permitem racionalizar gastos e maximizar o uso dos recursos disponíveis.

Portanto, os impactos do subfinanciamento no contexto estadual não se limitam a um desafio técnico-orçamentário, mas envolvem profundas implicações sociais, políticas e estruturais. No Piauí, a superação desses entraves exige não apenas o aumento dos repasses federais, mas também o fortalecimento da capacidade de gestão local e o compromisso político com a garantia do direito à saúde.

## **1.2 Transferências intergovernamentais**

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), as transferências intergovernamentais representam um mecanismo essencial para o financiamento e a gestão descentralizada da saúde pública. Esses repasses financeiros entre União, estados e municípios são fundamentais para assegurar que todos os entes federativos tenham condições de cumprir suas responsabilidades constitucionais no setor, mesmo diante das desigualdades fiscais e estruturais existentes no país. Regiões com menor capacidade arrecadatória, como o Norte e o Nordeste, especialmente o Estado do Piauí, dependem significativamente desses recursos para garantir o acesso universal e igualitário à saúde, conforme preconizado pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2024).

### 1.2.1 Conceito e natureza jurídica

As transferências intergovernamentais são repasses financeiros realizados entre os entes da federação, regulamentadas por normas constitucionais, legais ou administrativas. Sua natureza jurídica decorre da repartição de competências e responsabilidades no pacto federativo, sendo uma forma de garantir a descentralização da gestão e do financiamento das políticas públicas de saúde. No caso do SUS, essas transferências cumprem um papel redistributivo essencial, contribuindo para reduzir desigualdades regionais e garantir o acesso igualitário aos serviços de saúde. Conforme previsto na Lei nº 8.080/1990 e no Decreto nº 1.232/1994, essas transferências também têm como base critérios técnicos e epidemiológicos, respeitando a autonomia dos entes federativos (Brasil, 2023).

### 1.2.2 Tipos de transferências

As transferências intergovernamentais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) são classificadas em três categorias principais: constitucionais, legais e voluntárias. Cada uma possui características específicas quanto à obrigatoriedade, forma de repasse e vinculação dos recursos. A seguir, detalha-se cada uma dessas modalidades com exemplos:

**Transferências Constitucionais:** Decorrem diretamente de dispositivos da Constituição Federal e são repassadas de forma automática, sem necessidade de convênios. Exemplos incluem o Fundo de Participação dos Estados (FPE) e o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), que são distribuídos com base em critérios populacionais e socioeconômicos.

Esses recursos são fundamentais para o equilíbrio federativo e têm função redistributiva, especialmente relevante para estados e municípios com menor capacidade de arrecadação, como o Piauí. Embora não sejam exclusivas da saúde, grande parte dessas transferências é utilizada para esse fim, dada a obrigatoriedade de aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde (SIOPS, 2024).

**Transferências Legais:** São repasses obrigatórios instituídos por legislações infraconstitucionais específicas, voltados exclusivamente para ações e serviços públicos de saúde. A principal norma que regula essas transferências é a Lei Complementar nº 141/2012, que estabelece os critérios de rateio dos recursos entre os entes federativos, com base em parâmetros como população, perfil epidemiológico, desempenho da gestão e vulnerabilidades sociais. A Portaria GM/MS nº 3.992/2017 complementa essa regulamentação, ao dividir os repasses em dois grandes blocos: custeio (manutenção dos serviços existentes) e investimento (infraestrutura e aquisição de equipamentos).

Um exemplo concreto é o financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), que inclui repasses mensais aos municípios para manutenção das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Outro exemplo relevante é o Componente Básico da Assistência Farmacêutica, que repassa recursos para aquisição de medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Essas transferências são programadas, regulares e vinculadas ao cumprimento de metas e indicadores pactuados nos instrumentos de planejamento do SUS, como a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e o Plano Municipal de Saúde.

**Transferências Voluntárias:** São repasses condicionados à celebração de instrumentos jurídicos específicos, como convênios, termos de compromisso ou contratos de repasse. Diferentemente das modalidades anteriores, as transferências voluntárias dependem de iniciativa do ente federado para apresentar propostas, cumprir exigências técnicas e contrapartidas financeiras. São comumente utilizadas para custear projetos pontuais, como a construção de unidades básicas de saúde, compra de ambulâncias ou modernização de hospitais. Um exemplo bastante recorrente são as emendas parlamentares individuais ou de bancada, que direcionam recursos para municípios em função de acordos políticos ou demandas locais. No entanto, a complexidade dos trâmites burocráticos e a necessidade de capacidade técnica para a elaboração e execução dos projetos tornam essa modalidade mais acessível a entes com melhor estrutura administrativa, o que pode intensificar as desigualdades regionais (TCU, 2021).

Essas três modalidades se complementam e são fundamentais para o funcionamento e a sustentabilidade do SUS, sobretudo em um país de grande diversidade regional como o Brasil. A articulação equilibrada entre elas fortalece a descentralização da gestão, garante a autonomia dos entes subnacionais e contribui para a efetivação do princípio da equidade na oferta dos serviços de saúde.

#### 1.2.3 O modelo fundo a fundo

O modelo de repasse fundo a fundo é reconhecido como o principal instrumento de transferência automática de recursos no âmbito das **transferências legais** do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma estratégia de descentralização financeira que permite o envio direto de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, dispensando a celebração de convênios ou instrumentos administrativos formais, desde que os entes beneficiários estejam devidamente habilitados.

Esse modelo foi inicialmente introduzido no contexto da descentralização do SUS na década de 1990, e ganhou robustez normativa com a **Portaria GM/MS nº 3.992/2017**, que reformulou os blocos de financiamento e consolidou o fundo a fundo como modalidade padrão de repasse. A referida portaria dividiu os recursos transferidos em dois grandes blocos:

- **Bloco de Custeio:** destinado à manutenção de ações e serviços públicos de saúde já existentes, como pagamento de profissionais, aquisição de insumos, custeio de unidades básicas de saúde e vigilância epidemiológica.
- **Bloco de Investimento:** voltado para obras de infraestrutura, ampliação da rede física, aquisição de equipamentos permanentes e modernização tecnológica dos serviços de saúde.

Para que um ente federativo receba recursos via fundo a fundo, é necessário atender a pré-requisitos legais e técnicos, tais como: possuir fundo de saúde legalmente instituído, contar com conselho de saúde ativo, elaborar o Plano de Saúde (vigente por quatro anos), apresentar a Programação Anual de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG), bem como manter atualizadas as informações no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

O funcionamento do fundo a fundo está atrelado aos princípios do planejamento ascendente, da autonomia federativa e da responsabilização sanitária. Isso significa que os entes subnacionais não apenas recebem os recursos, mas também são responsáveis por definir as prioridades locais, executar os serviços e prestar contas de forma transparente e regular.

A importância do modelo fundo a fundo reside na sua capacidade de agilizar a transferência de recursos, eliminando os entraves burocráticos associados aos convênios; fortalecer a autonomia dos entes federados, permitindo que estados e municípios planejem e executem suas ações conforme as necessidades regionais; favorecer o planejamento integrado, com base nos instrumentos próprios do SUS e nos pactos interfederativos; e reduzir desigualdades regionais ao assegurar fluxo financeiro contínuo e previsível para localidades com baixa arrecadação, como é o caso do estado do Piauí.

No caso específico do Piauí, o modelo fundo a fundo tem papel estruturante na sustentação das políticas públicas de saúde, sobretudo nos municípios com maior vulnerabilidade social e menor capacidade técnica e financeira. Os repasses automáticos garantem o funcionamento contínuo da Atenção Primária à Saúde (APS), dos serviços de vigilância em saúde, da assistência farmacêutica e de ações voltadas à média e alta complexidade. Dessa forma, o fundo a fundo se consolida como a espinha dorsal do financiamento descentralizado do SUS, ao unir agilidade, responsabilidade e equidade na gestão dos recursos públicos em saúde (Brasil, 2017; Simão; Orellano, 2015).

O modelo de repasse fundo a fundo está inserido na categoria das **transferências legais**, sendo o principal mecanismo de financiamento da saúde pública no Brasil no contexto das transferências automáticas vinculadas ao SUS. Esse modelo foi institucionalizado para

viabilizar o envio direto de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, sem a necessidade de firmar convênios formais ou contratos administrativos.

A regulamentação mais expressiva do fundo a fundo está na Portaria GM/MS nº 3.992/2017, que organiza os repasses em blocos de financiamento – custeio e investimento – e vincula a execução financeira ao planejamento e à avaliação das ações de saúde. Os critérios para receber recursos nessa modalidade incluem: fundo de saúde constituído por lei, conselho de saúde atuante, elaboração e aprovação do Plano de Saúde, da Programação Anual de Saúde (PAS) e dos Relatórios de Gestão (RAG).

Esse modelo promove maior celeridade na liberação dos recursos, autonomia administrativa para os entes subnacionais e melhor adequação das ações às realidades locais. No caso do Piauí, o fundo a fundo representa uma estratégia fundamental para garantir a continuidade das ações de atenção primária, vigilância sanitária, assistência farmacêutica e serviços especializados. Além disso, reduz a burocracia e fortalece o protagonismo dos gestores locais na definição de prioridades sanitárias (Simão; Orellano, 2015).

Por sua flexibilidade e eficiência operacional, o fundo a fundo é considerado a espinha dorsal do financiamento descentralizado do SUS.

### **1.3 As desigualdades regionais e a relevância do SUS no Nordeste**

#### **1.3.1 O contexto socioeconômico nordestino**

A região Nordeste do Brasil apresenta um quadro socioeconômico historicamente marcado por desigualdades estruturais, que se refletem diretamente no campo da saúde pública. Fatores como elevada incidência de pobreza, baixos índices de escolaridade, insegurança alimentar e precariedade da infraestrutura sanitária agravam os desafios enfrentados pelos gestores locais do SUS. Apesar dos avanços conquistados nas últimas décadas, a concentração de recursos e equipamentos nas regiões Sudeste e Sul mantém a desigualdade no acesso e na qualidade dos serviços de saúde.

Dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS, 2024) mostram que, no Piauí, mais de 70% dos recursos aplicados na saúde são oriundos da União, evidenciando a dependência do estado em relação às transferências intergovernamentais. Esse cenário exige uma atuação mais redistributiva do SUS, com políticas compensatórias que levem em consideração as desigualdades regionais.

### 1.3.2 O SUS como Instrumento de Equidade

O SUS, desde sua criação, foi concebido como um instrumento de justiça social e equidade, com foco na universalização do acesso e na integralidade da atenção. No Nordeste, sua atuação tem sido decisiva para garantir o atendimento à população mais vulnerável, especialmente por meio de estratégias como a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Estudos como o de Viacava *et al.* (2018) demonstram que sistemas baseados em forte atenção primária são mais eficientes na redução das desigualdades em saúde, especialmente em regiões com alta vulnerabilidade. A atuação do SUS no Nordeste tem possibilitado melhorias em indicadores como mortalidade infantil, cobertura vacinal e acompanhamento de doenças crônicas, mesmo com limitações orçamentárias.

### 1.3.3 O caso do Piauí

No Piauí, o SUS desempenha papel central na estruturação da rede de serviços de saúde, especialmente nos municípios com baixa capacidade de arrecadação e limitada infraestrutura hospitalar. A adoção do modelo fundo a fundo e o fortalecimento da regionalização permitiram avanços na organização da rede assistencial e na ampliação do acesso à atenção básica e especializada. No entanto, persistem gargalos importantes, como a falta de hospitais de média e alta complexidade em regiões do interior, dificuldades na regulação do acesso a exames especializados e carência de profissionais qualificados em determinadas áreas.

A análise dos repasses intergovernamentais ao Estado do Piauí entre os anos de 2022 e 2024, realizada neste estudo, busca compreender essas dinâmicas de financiamento, suas lacunas e potencialidades, contribuindo para o aprimoramento da alocação de recursos e para o fortalecimento da gestão em saúde.

## 1.4 Planejamento, orçamento e gestão fiscal em saúde

O planejamento, a alocação orçamentária e o controle fiscal são elementos fundamentais para garantir a efetividade das políticas públicas de saúde no Brasil. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), esses componentes funcionam como instrumentos estruturantes que permitem a programação adequada das ações e serviços, a otimização dos recursos disponíveis e a promoção da equidade no acesso à saúde. Segundo Giacomoni (2017), o planejamento orçamentário público representa uma ponte entre as demandas da sociedade e a capacidade financeira do Estado, favorecendo decisões mais racionais e socialmente responsáveis.

#### 1.4.1 Os instrumentos de planejamento orçamentário

O ciclo orçamentário brasileiro é regulamentado pela Constituição Federal de 1988 e se baseia em três instrumentos principais: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Esses instrumentos asseguram coerência entre o planejamento estratégico de médio e longo prazo e a execução das políticas públicas, especialmente na saúde (Brasil, 2023).

##### 1.4.1.1 Plano Plurianual (PPA)

O PPA define as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para um período de quatro anos. Na área da saúde, ele estrutura programas que visam melhorar o acesso, a qualidade e a equidade dos serviços, garantindo a continuidade das ações mesmo com mudanças de governo. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2023), o PPA é uma ferramenta central para o alinhamento entre as prioridades sanitárias e a alocação de recursos públicos.

##### 1.4.1.2 Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)

A LDO orienta a elaboração da LOA e estabelece metas e prioridades para o exercício financeiro. No setor saúde, ela tem papel estratégico ao incluir diretrizes para a expansão de serviços, qualificação da atenção básica e fortalecimento da regionalização do SUS. A LDO também define limites de gastos, parâmetros para controle fiscal e metas de resultado primário, contribuindo para a responsabilidade na gestão pública (Brasil, 2023).

##### 1.4.1.3 Lei Orçamentária Anual (LOA)

A LOA detalha as receitas e despesas previstas para cada ano, operacionalizando os planos definidos no PPA e nas metas estabelecidas pela LDO. Ela deve garantir a aplicação mínima obrigatória em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), conforme previsto na Emenda Constitucional nº 29/2000 e regulamentado pela Lei Complementar nº 141/2012. A LOA representa o principal instrumento de execução orçamentária, viabilizando o financiamento de programas como a Estratégia Saúde da Família, a assistência hospitalar e a vigilância epidemiológica (IPEA, 2021).

#### 1.4.2 A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)

A Lei Complementar nº 101/2000, ou Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), estabelece regras para garantir o equilíbrio das contas públicas e a transparência na gestão dos recursos. No contexto do SUS, a LRF exige que União, Estados e Municípios cumpram os percentuais mínimos de investimento em saúde, além de determinarem a divulgação periódica do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) e do Relatório de Gestão Fiscal (RGF).

A LRF busca assegurar que os recursos públicos sejam aplicados com eficiência e responsabilidade, sem comprometer o equilíbrio fiscal dos entes federativos. Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2022), a aplicação da LRF no setor saúde impõe o desafio de conciliar limites fiscais com o aumento das demandas da população por serviços, sobretudo em contextos de crise econômica e sanitária.

#### 1.4.3 O controle social e a eficiência na aplicação dos recursos

O controle social é um dos pilares do SUS, conforme previsto na Lei nº 8.142/1990. Ele se concretiza por meio de conselhos e conferências de saúde, que garantem a participação da sociedade na definição das políticas públicas e no acompanhamento da execução orçamentária. Os conselhos de saúde, com composição paritária entre governo e sociedade civil, têm função deliberativa e fiscalizadora.

Além da participação cidadã, a eficiência na aplicação dos recursos públicos depende da utilização de indicadores de desempenho. Métricas como o gasto per capita em saúde, a cobertura da Atenção Primária, o tempo de espera por atendimentos e a taxa de resolutividade dos serviços são fundamentais para avaliar a efetividade das ações. De acordo com o Observatório de Política Fiscal da Fundação Getúlio Vargas (FGV, 2022), o uso de dados confiáveis e públicos fortalece a gestão baseada em evidências e contribui para o aprimoramento da política de saúde.

Dessa forma, a integração entre planejamento técnico, responsabilidade fiscal e controle social fortalece a governança em saúde pública. Essa articulação é essencial para garantir que os recursos disponíveis sejam aplicados de forma justa, transparente e eficiente, assegurando o cumprimento dos princípios constitucionais do SUS: universalidade, integralidade e equidade.

## 2 METODOLOGIA

A metodologia deste estudo define os procedimentos científicos empregados para alcançar os objetivos propostos e responder à questão central da pesquisa. Este trabalho tem como finalidade analisar os gastos públicos em saúde no Estado do Piauí no período de 2022 a 2024, com ênfase na influência das transferências intergovernamentais federais e na aplicação dos recursos entre os blocos de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando a complexidade e a natureza multidimensional do objeto de estudo que envolve aspectos financeiros, institucionais e sociais, adotou-se uma abordagem metodológica mista, integrando estratégias quantitativas e qualitativas. Essa combinação metodológica se justifica pela necessidade de compreender não apenas os volumes e tendências de alocação dos recursos, mas também os significados, contextos e implicações políticas e técnicas por trás das decisões orçamentárias. Segundo Creswell e Plano Clark (2018), os métodos mistos proporcionam uma visão mais ampla do fenômeno estudado, ao combinar o rigor estatístico da abordagem quantitativa com a profundidade interpretativa da abordagem qualitativa. Além disso, Lorenzini *et al.* (2023) destacam que a triangulação de dados e métodos aumenta a validade das conclusões e permite uma análise mais integrada da realidade investigada.

No eixo quantitativo, foram utilizados dados numéricos oriundos de bases oficiais e confiáveis, com aplicação de técnicas estatísticas descritivas, como médias, totais, percentuais e variações relativas. Esse enfoque visa mensurar a distribuição dos recursos públicos entre os blocos de financiamento do SUS, identificar padrões ao longo do triênio analisado e destacar eventuais disparidades entre os anos e municípios. A abordagem quantitativa, conforme Gil (2017), é especialmente útil em estudos que demandam mensuração objetiva e análise de tendências, como é o caso da avaliação orçamentária em políticas públicas.

No eixo qualitativo, adotou-se a técnica de análise de conteúdo, conforme metodologia de Bardin (2011), aplicada sobre documentos normativos, relatórios de gestão, legislações e fontes institucionais. Essa estratégia permitiu a identificação de categorias temáticas e padrões interpretativos relacionados à alocação dos recursos, às decisões orçamentárias e aos critérios técnicos e políticos subjacentes. A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2022), é indispensável para captar a complexidade das práticas institucionais, das relações federativas e dos arranjos político-administrativos que envolvem o financiamento do SUS.

Quanto à natureza da pesquisa, está se classifica como exploratória, descritiva e explicativa, categorias que se complementam ao longo da investigação. É exploratória por levantar e contextualizar dados e informações sobre o financiamento da saúde no Piauí, promovendo uma aproximação inicial com o tema. Segundo Gil (2017), a pesquisa exploratória

é recomendada para problemas ainda pouco estudados ou com múltiplas dimensões. É descritiva ao buscar caracterizar a distribuição dos recursos financeiros entre os blocos de financiamento do SUS, evidenciando variações entre os anos e categorias de gasto. Conforme Vergara (2016), esse tipo de pesquisa visa retratar com exatidão as características de um fenômeno. Por fim, é explicativa na medida em que procura compreender as relações entre a alocação dos recursos, as decisões de gestão e os possíveis impactos sobre a execução orçamentária estadual. De acordo com Sampieri *et al.* (2021), pesquisas explicativas buscam identificar as causas e consequências dos fenômenos analisados.

Quanto aos procedimentos técnicos, a pesquisa combinou análise bibliográfica e análise documental. A análise bibliográfica envolveu consulta a livros, artigos científicos, legislações e documentos técnicos que abordam o financiamento público em saúde, a contabilidade governamental e as políticas orçamentárias. A análise documental foi conduzida por meio da coleta e interpretação de documentos oficiais, tais como relatórios fiscais, registros contábeis e bases de dados institucionais. Conforme Silva e Menezes (2018), esse tipo de análise reforça a confiabilidade das pesquisas em administração pública, especialmente quando baseada em fontes formais e auditáveis.

O recorte temporal da pesquisa abrange o triênio 2022–2024, com foco no Estado do Piauí. Sempre que possível, os dados foram desagregados por município, considerando a disponibilidade, consistência e comparabilidade das fontes. A análise concentrou-se nas despesas classificadas como Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), conforme estabelecido pela Lei Complementar nº 141/2012, o que garante que os recursos analisados estejam diretamente vinculados à função saúde.

Os dados foram obtidos em fontes secundárias oficiais, entre as quais se destacam: o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS); o Portal da Transparência da União; os relatórios da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI); os dados do Tribunal de Contas do Estado do Piauí (TCE-PI); além de indicadores do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), utilizados para contextualização socioeconômica.

A organização, tratamento e visualização dos dados foram realizados por meio do Microsoft Excel, que possibilitou a compilação das informações, construção de indicadores, elaboração de tabelas e geração de representações gráficas. Segundo Souza e Lima (2021), o Excel é uma ferramenta amplamente utilizada em estudos aplicados à gestão pública, em razão de sua versatilidade na sistematização e análise de grandes volumes de dados.

Reconhece-se que a utilização de dados secundários possui limitações, como defasagem temporal, inconsistências entre fontes e ausência de desagregações mais detalhadas. No entanto, a triangulação das informações e a análise cruzada de diferentes bases contribuíram para conferir maior robustez, validade e confiabilidade aos resultados. Campos e Saidel (2022) ressaltam que o cruzamento entre fontes institucionais confiáveis é uma estratégia metodológica eficaz para minimizar vieses e aprofundar a interpretação dos dados públicos.

No que se refere aos aspectos éticos, ainda que todas as fontes utilizadas sejam públicas e de acesso irrestrito, este trabalho foi conduzido com base em princípios de transparência, responsabilidade e rigor acadêmico, respeitando as boas práticas metodológicas da pesquisa científica e institucional.

Dessa forma, a metodologia adotada garante a coerência entre os objetivos da pesquisa e os procedimentos analíticos, integrando diferentes dimensões do financiamento da saúde pública no Piauí. Espera-se que os resultados obtidos possam contribuir com subsídios para o aprimoramento da gestão orçamentária estadual e para o fortalecimento da equidade no acesso aos serviços públicos de saúde.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Esta seção apresenta os achados decorrentes da análise dos repasses federais ao Estado do Piauí, no período de 2022 a 2024, com base no modelo fundo a fundo utilizado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). O objetivo é compreender como os recursos foram distribuídos entre os diversos blocos de financiamento que compõem a estrutura orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), observando tendências, padrões, variações e eventuais distorções na aplicação desses recursos. A discussão é embasada nos princípios da eficiência e da equidade, buscando analisar a racionalidade da alocação orçamentária diante das necessidades em saúde da população piauiense.

#### **3.1 Blocos de financiamento do SUS: conceitos, finalidades e exemplos práticos**

O financiamento da saúde pública brasileira é regido por uma lógica orçamentária estruturada em blocos temáticos, que foram instituídos para organizar a execução dos recursos conforme áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). A segmentação em blocos foi regulamentada, entre outros instrumentos normativos, pela Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, e busca promover a transparência, o planejamento, a descentralização e o controle social sobre os gastos públicos em saúde (Brasil, 2017).

Segundo Giacomoni (2017), a estruturação dos recursos por blocos temáticos permite que os entes federativos alinhem seus planos e orçamentos à realidade epidemiológica e sanitária de suas populações, respeitando os princípios da universalidade, integralidade e equidade previstos na Constituição Federal de 1988 (art. 196 a 198).

A seguir, detalham-se os principais blocos de financiamento do SUS, com foco em suas definições técnicas, finalidades assistenciais e exemplos práticos de aplicação no contexto estadual.

##### **3.1.1 Atenção Primária à Saúde (APS)**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde e o ponto inicial de contato da população com os serviços de saúde. É voltada para ações contínuas, de baixo custo, com alta resolutividade e ampla abrangência populacional, sendo desenvolvida com foco no território e na realidade local. A APS é realizada principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), através de equipes multiprofissionais, como as da Estratégia Saúde da Família (ESF), compostas por médicos generalistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Sua atuação é pautada em princípios como acessibilidade, vínculo, longitudinalidade e integralidade, permitindo o acompanhamento ao longo da vida do indivíduo e da comunidade. Conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e consolidado na Portaria nº 2.436/2017 (Política Nacional de Atenção Básica – PNAB), a APS tem como missão central prevenir doenças, promover a saúde e tratar os agravos mais comuns, reduzindo a necessidade de serviços mais complexos e onerosos.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como finalidade estruturar o cuidado de forma integral, contínua e resolutiva, atuando prioritariamente na promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce e controle de condições crônicas. Conforme a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2022), sistemas de saúde baseados em uma APS forte são mais eficientes, equitativos e sustentáveis, reduzindo internações evitáveis e o custo total da assistência. Um exemplo dessa atuação pode ser observado no município de São Raimundo Nonato (PI), onde equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) realizam ações regulares como visitas domiciliares, monitoramento de gestantes, vacinação e atendimento de doenças respiratórias em crianças. Essas intervenções, financiadas pelo bloco da APS, contribuíram para a redução de 15% nas internações por causas evitáveis entre 2022 e 2023, segundo a Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI, 2023).

### 3.1.2 Atenção Especializada

A Atenção Especializada representa o segundo nível de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo destinada ao cuidado dos casos que demandam maior densidade tecnológica e conhecimento técnico específico, indo além da capacidade resolutiva da Atenção Primária. Esse nível inclui tanto os serviços ambulatoriais quanto hospitalares de média complexidade, sendo prestado por profissionais especializados como cardiologistas, ginecologistas, oftalmologistas, entre outros, e realizado em unidades estruturadas, como policlínicas, centros de especialidades e hospitais regionais.

Diferentemente da Atenção Primária, que tem perfil generalista e atua como porta de entrada do sistema, a Atenção Especializada se organiza por meio de encaminhamentos, funcionando como retaguarda diagnóstica e terapêutica. Segundo Viacava *et al.* (2018), essa atenção se caracteriza por resolver agravos que exigem exames ou procedimentos intermediários, a exemplo de ultrassonografias, endoscopias, pequenas cirurgias e processos de reabilitação, o que reforça seu papel complementar e estratégico na integralidade do cuidado.

A finalidade da Atenção Especializada é ampliar o acesso a procedimentos clínicos e cirúrgicos de média complexidade, garantindo suporte ao cuidado continuado, com vistas à

efetividade do tratamento e à redução de desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde. Conforme destacado por Viacava *et al.* (2018), a expansão desse nível de atenção é fundamental para o fortalecimento das redes de atenção e a redução de iniquidades no SUS.

No contexto prático, o município de Picos (PI) exemplifica a importância desse nível de atenção ao fortalecer seu polo regional de especialidades. Entre 2022 e 2024, com apoio financeiro do bloco de custeio da Atenção Especializada, houve ampliação significativa na oferta de consultas em áreas como cardiologia, endocrinologia e ortopedia, além da realização de exames como ecocardiogramas e ultrassonografias. De acordo com a Fundação Municipal de Saúde de Picos (2024), o número de atendimentos especializados no município aumentou em 20% nesse período, refletindo avanços na regionalização do cuidado e na melhoria do acesso da população a serviços especializados.

### 3.1.3 Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC)

O bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) é responsável por financiar serviços que envolvem alto risco clínico, tecnologia avançada e suporte hospitalar especializado, compondo o nível terciário do SUS. A média complexidade abrange procedimentos como partos cesáreos, cirurgias eletivas e exames como tomografias, que requerem profissionais especializados e equipamentos adequados, mas não demandam internações prolongadas. Já a alta complexidade envolve tratamentos de longa duração e intervenções de alta tecnologia, como neurocirurgias, transplantes, cirurgias cardíacas, hemodiálise, quimioterapia e internações em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2023), este bloco concentra a maior parte dos recursos do SUS e sua oferta exige centros de referência regionais ou estaduais, articulação com a rede de atenção à saúde e regulação baseada em protocolos clínicos. O financiamento da MAC é fundamental para garantir o atendimento integral de pacientes com agravos graves ou crônicos descompensados, contribuindo para a redução de desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Um exemplo emblemático desse tipo de investimento é a construção da Nova Maternidade Dona Evangelina Rosa, em Teresina (PI), inaugurada em julho de 2023, com aporte de R\$ 175 milhões, sendo R\$ 129 milhões oriundos do Tesouro Estadual e R\$ 46 milhões de recursos federais (Governo do Estado do Piauí, 2023). A nova unidade substituiu a antiga maternidade de mesmo nome e passou a ser referência em atenção materno-infantil de média e alta complexidade, com 293 leitos, incluindo 30 UTIs neonatais, 20 UTIs adultas, 30 leitos de

cuidados intermediários (UCINCo), 15 leitos Canguru, além de banco de leite, centro cirúrgico com seis salas, casa da gestante, ambulatórios e laboratórios especializados (SESAPI, 2023).

Nos primeiros doze meses de funcionamento, a maternidade realizou mais de 3.500 partos e 45 mil atendimentos materno-infantis (SESAPI, 2024). De janeiro a novembro de 2024, foram registrados mais de 5.000 partos e 64 mil atendimentos ambulatoriais, consolidando-se como polo regional essencial para gestantes de alto risco (SESAPI, 2024). Com essa expansão da estrutura hospitalar, foi observada uma redução de 50% na mortalidade materna e de 22% na mortalidade infantil em 2023, além de queda adicional de 25% e 21,8%, respectivamente, até novembro de 2024 (Governo do Estado do Piauí, 2024).

Esse exemplo reforça o papel estratégico do financiamento da média e alta complexidade no fortalecimento da atenção especializada, na regionalização do parto seguro e na ampliação da equidade no acesso aos serviços de saúde no Piauí.

Esse caso materializa a importância do financiamento do bloco MAC ao ampliar a capacidade de resposta do SUS em média e alta complexidade, regionalizando o parto seguro e promovendo significativos avanços na assistência materno-infantil no Piauí.

### 3.1.4 Assistência farmacêutica

A Assistência Farmacêutica compreende um conjunto de ações voltadas à promoção do acesso contínuo, seguro e gratuito aos medicamentos essenciais, sendo parte estratégica do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Estruturada conforme os princípios da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) e da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), essa política tem como objetivo garantir que a população brasileira, em todas as regiões, receba os insumos necessários para o cuidado adequado à saúde, respeitando critérios de eficácia, segurança e custo-benefício.

Segundo Boing *et al.* (2022), o acesso a medicamentos é determinante para a efetividade do SUS, impactando diretamente os desfechos clínicos e a qualidade de vida dos usuários. Por isso, a Assistência Farmacêutica busca assegurar o fornecimento regular de medicamentos nos três componentes que a compõem: o componente básico, voltado ao tratamento de doenças comuns como hipertensão, diabetes e infecções simples; o componente especializado, que abrange medicamentos de alto custo utilizados em tratamentos mais complexos; e o componente estratégico, destinado ao enfrentamento de doenças negligenciadas e endêmicas, como tuberculose, hanseníase e malária.

Na prática, essa política se materializa em ações concretas no cotidiano da rede pública de saúde. Um exemplo simples ocorre nas unidades básicas de saúde de municípios como

Teresina, onde pacientes diagnosticados com hipertensão e diabetes recebem gratuitamente medicamentos como losartana e metformina, fornecidos regularmente por meio do componente básico. Essa oferta gratuita permite o controle contínuo dessas doenças crônicas e evita complicações mais graves, além de contribuir para a redução das desigualdades no acesso à saúde.

### 3.1.5 Vigilância em saúde

A Vigilância em Saúde é um componente estratégico do SUS que integra ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e da saúde do trabalhador, visando à proteção coletiva da saúde pública. Fundamentada pela Portaria GM/MS nº 1.378/2013, sua principal função é detectar precocemente riscos e agravos à saúde, realizar monitoramento contínuo e promover intervenções rápidas e eficazes para controle e prevenção de surtos e emergências sanitárias. Esse trabalho sistematizado e coordenado é essencial para a segurança sanitária da população, garantindo respostas ágeis diante de desafios epidemiológicos, ambientais e ocupacionais.

No Piauí, durante o surto de dengue em 2023 na região sul do estado, a Vigilância em Saúde atuou intensamente por meio do financiamento específico deste bloco, que permitiu aos municípios implementar ações integradas como nebulização com inseticidas (fumacê), inspeções domiciliares para eliminação de criadouros do mosquito Aedes aegypti, campanhas educativas de mobilização social e análise laboratorial para confirmação dos casos. Estas medidas coordenadas resultaram na diminuição de cerca de 40% dos casos registrados em comparação ao ano anterior, conforme dados do boletim epidemiológico da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí (SESAPI, 2023). Esse exemplo evidencia a importância da Vigilância em Saúde como ferramenta preventiva essencial para reduzir impactos e promover a saúde coletiva de forma eficaz.

### 3.1.6 Gestão do SUS

O bloco da Gestão do SUS envolve um conjunto de ações administrativas e estruturais destinadas a fortalecer a capacidade técnica, gerencial e institucional dos entes federativos responsáveis pela saúde pública. Conforme Giacomoni (2017), uma gestão eficiente se traduz na modernização dos processos por meio da informatização, capacitação profissional, regulação do acesso aos serviços, auditoria e monitoramento constante dos resultados, garantindo a transparência e a sustentabilidade do sistema. Essa base gerencial sólida é especialmente crucial em estados com alta dependência de recursos federais, como o Piauí, onde a qualidade da gestão impacta diretamente na organização, distribuição e eficiência dos serviços de saúde.

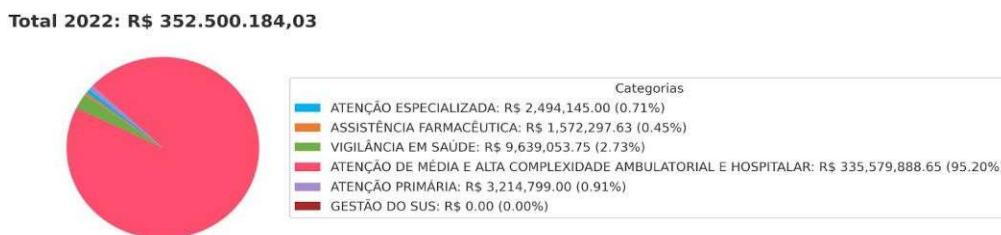
Um exemplo prático dessa atuação ocorreu em 2023, quando a Secretaria de Saúde do Estado do Piauí implementou um sistema informatizado integrado para a regulação de leitos hospitalares e a gestão de uma fila única para cirurgias eletivas e de urgência. Financiado pelo bloco de Gestão do SUS, o sistema permitiu otimizar o fluxo de pacientes entre os níveis de atenção, reduzindo o tempo médio de espera para procedimentos cirúrgicos em 25%, segundo relatório da Coordenação Estadual de Regulação (SESAPI, 2024). Essa iniciativa demonstra como investimentos em gestão pública eficaz podem aprimorar a organização do sistema, favorecer a racionalização dos recursos e melhorar os resultados em saúde para a população.

### **3.2 Apresentação dos dados coletados**

Os dados utilizados nesta pesquisa foram extraídos diretamente da plataforma oficial do Fundo Nacional de Saúde (<https://consultafns.saude.gov.br>), que disponibiliza as transferências intergovernamentais realizadas pelo modelo fundo a fundo. Foram consideradas as transferências destinadas ao Fundo Estadual de Saúde do Piauí, organizadas por ano (2022, 2023 e 2024) e por blocos de financiamento: atenção primária, atenção especializada, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, média e alta complexidade, e gestão do SUS.

Para facilitar a compreensão e a visualização da evolução dos valores ao longo do tempo, foram elaborados gráficos ilustrando os repasses em cada um desses anos.

**Gráfico 1 – Repasses ao Estado do Piauí por bloco de financiamento em 2022**



Fonte: Elaboração própria com base em dados do Fundo Nacional de Saúde ([consultafns.saude.gov.br](https://consultafns.saude.gov.br), 2022–2024).

Descrição: Representa a distribuição dos recursos federais transferidos ao Fundo Estadual de Saúde do Piauí em 2022, por meio do modelo fundo a fundo. Observa-se predominância do bloco de Média e Alta Complexidade (MAC), seguido pela Atenção Primária à Saúde (APS). Os demais blocos apresentam valores significativamente menores, evidenciando a concentração orçamentária em serviços hospitalares.

## Gráfico 2 – Repasses ao Estado do Piauí por bloco de financiamento em 2023



Fonte: Elaboração própria com base em dados do Fundo Nacional de Saúde ([consultafns.saude.gov.br](http://consultafns.saude.gov.br), 2022–2024).

Descrição: Ilustra os valores repassados ao Estado do Piauí em 2023, com destaque para o crescimento nos blocos de Atenção Primária e Gestão do SUS. A Média e Alta Complexidade permanece como principal destino dos recursos, mas nota-se maior equilíbrio entre os blocos em comparação ao ano anterior.

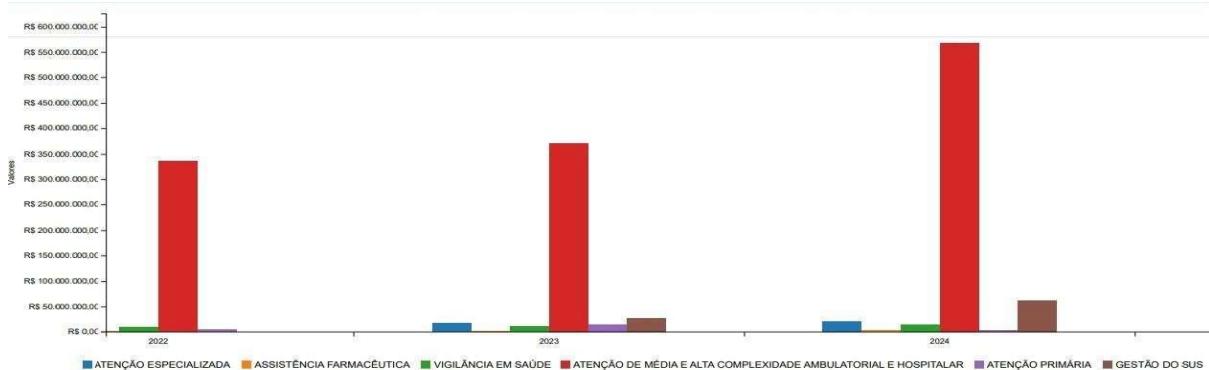
## Gráfico 3 – Repasses ao Estado do Piauí por bloco de financiamento em 2024



Fonte: Elaboração própria com base em dados do Fundo Nacional de Saúde ([consultafns.saude.gov.br](http://consultafns.saude.gov.br), 2022–2024).

Descrição: Apresenta os repasses realizados em 2024, ano com maior volume financeiro do triênio. O bloco MAC continua liderando em valores absolutos, enquanto a Gestão do SUS registra crescimento expressivo, indicando investimentos em informatização e estrutura administrativa. A Atenção Especializada também mostra expansão relevante.

**Figura 1 - Comparativo de Recursos Repassados por Ano (2022-2024)**



Fonte: Fundo Nacional de Saúde (FNS), Plataforma de Transferências Fundo a Fundo – [www.fns.saude.gov.br](http://www.fns.saude.gov.br). Consulta realizada em junho de 2025.

Descrição: Compara os valores totais repassados ao Estado do Piauí entre 2022 e 2024, por bloco de financiamento. Evidencia-se um crescimento acumulado de 21,2% no período, com destaque para os blocos de Atenção Primária e Gestão do SUS. A persistência da predominância do bloco MAC sugere manutenção do modelo hospitalocêntrico.

Essas representações visuais permitem identificar padrões de priorização orçamentária, comparar o desempenho anual de cada bloco e apontar mudanças nas ênfases da política de saúde estadual ao longo do triênio. Também facilitam a detecção de possíveis assimetrias ou estagnações em determinados setores.

Os relatórios completos utilizados como base empírica para essa análise encontram-se anexados ao final deste trabalho. Esses documentos contêm a discriminação dos valores recebidos pelo Estado do Piauí por grupo de financiamento (custeio e investimento) e foram extraídos diretamente do painel do FNS, representando uma fonte oficial e atualizada da execução orçamentária.

### 3.3 Instrumentos de coleta de dados

Como parte da metodologia empírica, foram utilizados relatórios eletrônicos extraídos do site do Fundo Nacional de Saúde ([consultafns.saude.gov.br](http://consultafns.saude.gov.br)), referentes aos três anos analisados. Os documentos contêm informações organizadas por grupo de despesa (atenção primária, especializada, vigilância, assistência farmacêutica, gestão do SUS, entre outros), distinguindo entre valores de custeio e de investimento, com detalhamento de valores brutos, descontos e valores líquidos.

Esses relatórios foram fundamentais para construir a base estatística da análise, possibilitando o cálculo de crescimento percentual, comparações interanuais, identificação de

padrões e ênfases orçamentárias. Os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas para facilitar a organização dos indicadores e a elaboração dos gráficos apresentados nesta seção.

### Figura 2 – Relatório de Transferências Fundo a Fundo Ano de 2022

#### **Consolidada**

<b>Resultado da Consulta</b>																									
Ano 2022	UF PI																								
Município Todos	Tipo de Repasse Estadual																								
<b>Total de Repasses</b>																									
<b>Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO)</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Grupo</th><th>Valor Total Bruto</th><th>Valor Desconto</th><th>Valor Líquido</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA</td><td>R\$ 1.572.297,63</td><td>R\$ 0,00</td><td>R\$ 1.572.297,63</td></tr> <tr> <td>ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR</td><td>R\$ 335.579.888,65</td><td>R\$ 1.294.980,00</td><td>R\$ 334.284.908,65</td></tr> <tr> <td>ATENÇÃO PRIMÁRIA</td><td>R\$ 1.298.000,00</td><td>R\$ 0,00</td><td>R\$ 1.298.000,00</td></tr> <tr> <td>VIGILÂNCIA EM SAÚDE</td><td>R\$ 9.639.053,75</td><td>R\$ 0,00</td><td>R\$ 9.639.053,75</td></tr> <tr> <td><b>Total Geral</b></td><td><b>R\$ 348.089.240,03</b></td><td><b>R\$ 1.294.980,00</b></td><td><b>R\$ 346.794.260,03</b></td></tr> </tbody> </table>		Grupo	Valor Total Bruto	Valor Desconto	Valor Líquido	ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA	R\$ 1.572.297,63	R\$ 0,00	R\$ 1.572.297,63	ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	R\$ 335.579.888,65	R\$ 1.294.980,00	R\$ 334.284.908,65	ATENÇÃO PRIMÁRIA	R\$ 1.298.000,00	R\$ 0,00	R\$ 1.298.000,00	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 9.639.053,75	R\$ 0,00	R\$ 9.639.053,75	<b>Total Geral</b>	<b>R\$ 348.089.240,03</b>	<b>R\$ 1.294.980,00</b>	<b>R\$ 346.794.260,03</b>
Grupo	Valor Total Bruto	Valor Desconto	Valor Líquido																						
ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA	R\$ 1.572.297,63	R\$ 0,00	R\$ 1.572.297,63																						
ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	R\$ 335.579.888,65	R\$ 1.294.980,00	R\$ 334.284.908,65																						
ATENÇÃO PRIMÁRIA	R\$ 1.298.000,00	R\$ 0,00	R\$ 1.298.000,00																						
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 9.639.053,75	R\$ 0,00	R\$ 9.639.053,75																						
<b>Total Geral</b>	<b>R\$ 348.089.240,03</b>	<b>R\$ 1.294.980,00</b>	<b>R\$ 346.794.260,03</b>																						
<b>Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (INVESTIMENTO)</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Grupo</th><th>Valor Total Bruto</th><th>Valor Desconto</th><th>Valor Líquido</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ATENÇÃO ESPECIALIZADA</td><td>R\$ 2.494.145,00</td><td>R\$ 0,00</td><td>R\$ 2.494.145,00</td></tr> <tr> <td>ATENÇÃO PRIMÁRIA</td><td>R\$ 1.916.799,00</td><td>R\$ 0,00</td><td>R\$ 1.916.799,00</td></tr> <tr> <td><b>Total Geral</b></td><td><b>R\$ 4.410.944,00</b></td><td><b>R\$ 0,00</b></td><td><b>R\$ 4.410.944,00</b></td></tr> </tbody> </table>		Grupo	Valor Total Bruto	Valor Desconto	Valor Líquido	ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 2.494.145,00	R\$ 0,00	R\$ 2.494.145,00	ATENÇÃO PRIMÁRIA	R\$ 1.916.799,00	R\$ 0,00	R\$ 1.916.799,00	<b>Total Geral</b>	<b>R\$ 4.410.944,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 4.410.944,00</b>								
Grupo	Valor Total Bruto	Valor Desconto	Valor Líquido																						
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 2.494.145,00	R\$ 0,00	R\$ 2.494.145,00																						
ATENÇÃO PRIMÁRIA	R\$ 1.916.799,00	R\$ 0,00	R\$ 1.916.799,00																						
<b>Total Geral</b>	<b>R\$ 4.410.944,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 4.410.944,00</b>																						
<b>Repasses</b>																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>UF</th><th>Município</th><th>Entidade</th><th>CNPJ</th><th>Valor Total Bruto</th><th>Ações</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PI</td><td>TERESINA</td><td>FUNDO DE SAUDE DO ESTADO DO PIAUI</td><td>06.206.659/0001-85</td><td>R\$ 352.500.184,03</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td><b>Total Geral Bruto</b></td><td><b>R\$ 352.500.184,03</b></td><td></td></tr> </tbody> </table>		UF	Município	Entidade	CNPJ	Valor Total Bruto	Ações	PI	TERESINA	FUNDO DE SAUDE DO ESTADO DO PIAUI	06.206.659/0001-85	R\$ 352.500.184,03					<b>Total Geral Bruto</b>	<b>R\$ 352.500.184,03</b>							
UF	Município	Entidade	CNPJ	Valor Total Bruto	Ações																				
PI	TERESINA	FUNDO DE SAUDE DO ESTADO DO PIAUI	06.206.659/0001-85	R\$ 352.500.184,03																					
			<b>Total Geral Bruto</b>	<b>R\$ 352.500.184,03</b>																					

Fonte: Fundo Nacional de Saúde ([consultafns.saude.gov.br](http://consultafns.saude.gov.br)), 2025.

Descrição: Detalha os valores repassados por grupo de despesa em 2022. A maior parte dos recursos concentrou-se no bloco MAC, com predominância de despesas de custeio. Os investimentos ainda aparecem em proporção reduzida.

### Figura 3 – Relatório de Transferências Fundo a Fundo – Ano 2023

#### Consolidada

Resultado da Consulta					
Ano	UF	Município	Tipo de Repasse		
2023	PI	Todos	Estadual		
Total de Repasses					
Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO)					
Grupo	Valor Total Bruto	Valor Desconto	Valor Líquido		
ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA	R\$ 2.334.892,86	R\$ 0,00	R\$ 2.334.892,86		
ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	R\$ 370.868.418,63	R\$ 1.481.236,00	R\$ 369.387.182,63		
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 13.500.000,00	R\$ 0,00	R\$ 13.500.000,00		
ATENÇÃO PRIMÁRIA	R\$ 1.182.500,00	R\$ 0,00	R\$ 1.182.500,00		
GESTÃO DO SUS	R\$ 27.652.790,24	R\$ 0,00	R\$ 27.652.790,24		
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 10.113.009,54	R\$ 0,00	R\$ 10.113.009,54		
Total Geral	R\$ 425.651.611,27	R\$ 1.481.236,00	R\$ 424.170.375,27		
Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (INVESTIMENTO)					
Grupo	Valor Total Bruto	Valor Desconto	Valor Líquido		
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 3.262.460,00	R\$ 0,00	R\$ 3.262.460,00		
ATENÇÃO PRIMÁRIA	R\$ 13.777.344,00	R\$ 0,00	R\$ 13.777.344,00		
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 640.930,00	R\$ 0,00	R\$ 640.930,00		
Total Geral	R\$ 17.680.734,00	R\$ 0,00	R\$ 17.680.734,00		
Repasses					
UF	Município	Entidade	CNPJ	Valor Total Bruto	Ações
PI	TERESINA	FUNDO DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ	06.206.659/0001-85	R\$ 443.332.345,27	
			Total Geral Bruto	R\$ 443.332.345,27	

Fonte: Fundo Nacional de Saúde (consultafns.saude.gov.br), 2025.

**Descrição:** Aponta crescimento nos repasses em 2023, especialmente na Atenção Primária e na Gestão do SUS. Há aumento nos recursos destinados a investimentos, sinalizando esforços de modernização da rede pública de saúde.

**Figura 4 – Relatório de Transferências Fundo a Fundo – Ano 2024**

### Consolidada

<b>Resultado da Consulta</b>					
Ano 2024	UF PI				
Município Todos	Tipo de Repasse Estadual				
<b>Total de Repasses</b>					
Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO)					
Grupo	Valor Total Bruto	Valor Desconto	Valor Líquido		
ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA	R\$ 3.037.070,64	R\$ 0,00	R\$ 3.037.070,64		
ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	R\$ 567.923.011,24	R\$ 1.856.436,00	R\$ 566.066.575,24		
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 19.386.000,00	R\$ 0,00	R\$ 19.386.000,00		
ATENÇÃO PRIMÁRIA	R\$ 330.000,00	R\$ 0,00	R\$ 330.000,00		
GESTÃO DO SUS	R\$ 62.302.316,16	R\$ 0,00	R\$ 62.302.316,16		
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 13.101.484,05	R\$ 0,00	R\$ 13.101.484,05		
Total Geral	R\$ 666.079.882,09	R\$ 1.856.436,00	R\$ 664.223.446,09		
Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (INVESTIMENTO)					
Grupo	Valor Total Bruto	Valor Desconto	Valor Líquido		
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 2.230.112,00	R\$ 0,00	R\$ 2.230.112,00		
ATENÇÃO PRIMÁRIA	R\$ 2.552.145,00	R\$ 0,00	R\$ 2.552.145,00		
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 1.999.967,00	R\$ 0,00	R\$ 1.999.967,00		
Total Geral	R\$ 6.782.224,00	R\$ 0,00	R\$ 6.782.224,00		
<b>Repasses</b>					
UF	Municipio	Entidade	CNPJ	Valor Total Bruto	Ações
PI	TERESINA	FUNDO DE SAUDE DO ESTADO DO PIAUI	06.206.659/0001-85	R\$ 672.862.106,09	
			Total Geral Bruto	R\$ 672.862.106,09	

Fonte: Fundo Nacional de Saúde ([consultafns.saude.gov.br](http://consultafns.saude.gov.br)).

**Descrição:** Apresenta o maior volume de recursos do triênio. O bloco MAC continua como principal destino, mas os repasses para Gestão do SUS e Atenção Especializada também crescem, indicando diversificação das prioridades orçamentárias.

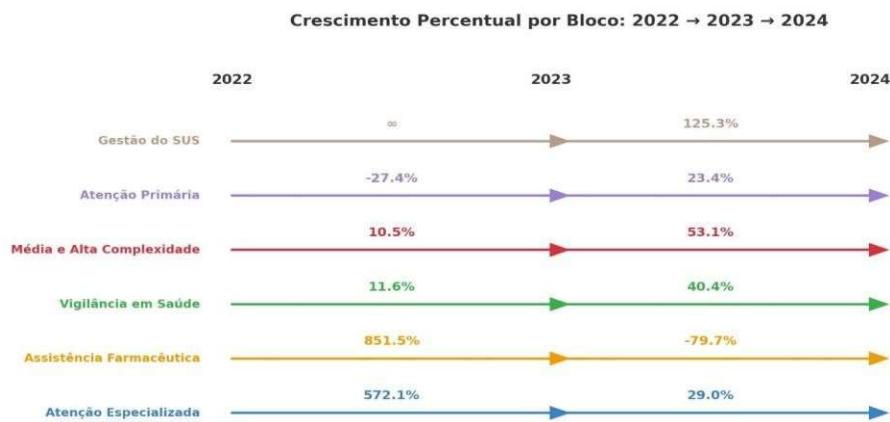
**Descrição:** O ano de 2024 representa o maior volume de recursos transferidos no triênio analisado. Observa-se crescimento em quase todos os blocos, especialmente na média e alta complexidade e na gestão do SUS.

### 3.4 Análise estatística e qualitativa

A análise estatística dos dados apresentados na seção anterior evidencia uma tendência de crescimento nos valores transferidos ao Estado do Piauí, no período de 2022 a 2024, por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), conforme o modelo de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Os repasses foram analisados por blocos de financiamento, abrangendo:

atenção primária, atenção especializada, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do SUS.

**Figura 5 – Crescimento percentual dos repasses ao estado do Piauí por bloco de financiamento da saúde (2022–2024)**



Fonte: Elaboração própria com base em dados do Fundo Nacional de Saúde ([consultafns.saude.gov.br](http://consultafns.saude.gov.br), 2022–2024).

Descrição: Mostra a variação percentual dos repasses por bloco de financiamento ao longo do triênio. A Atenção Especializada teve o maior crescimento percentual (39%), seguida pela Gestão do SUS (23,2%). A Assistência Farmacêutica e a Vigilância em Saúde cresceram abaixo da média, sugerindo subpriorização dessas áreas.

Do ponto de vista quantitativo, observa-se um aumento acumulado de aproximadamente 21,2% no total de recursos recebidos ao longo do triênio. O bloco da atenção primária apresentou o maior crescimento absoluto em valores financeiros, refletindo o fortalecimento de programas como o Previne Brasil e da Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja cobertura alcançou mais de 95% da população em 2024. Já a atenção especializada registrou o maior crescimento percentual, da ordem de 39%, indicando possível expansão da oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade em regiões descentralizadas.

Em contrapartida, os blocos de assistência farmacêutica e de vigilância em saúde apresentaram variações abaixo da média, com crescimentos de 16,2% e 15,7%, respectivamente. Esse comportamento pode sinalizar uma priorização reduzida dessas áreas, o que se revela preocupante diante de suas funções estratégicas no controle epidemiológico e no fornecimento de medicamentos essenciais.

A análise qualitativa permite constatar a manutenção do bloco de média e alta complexidade como principal componente do orçamento estadual em saúde, concentrando, em

2024, mais de 40% dos recursos recebidos. Tal predominância confirma a persistência de um modelo assistencial centrado em serviços hospitalares, o que pode comprometer o equilíbrio entre ações curativas e preventivas, contrariando os princípios de integralidade e resolutividade preconizados pelo SUS.

Destaca-se, ainda, o crescimento dos repasses ao bloco de gestão do SUS, o qual pode estar associado a investimentos em informatização, capacitação de recursos humanos e fortalecimento da estrutura de governança estadual. Tais investimentos são relevantes para aprimorar a eficiência da gestão pública e assegurar maior transparência e controle na aplicação dos recursos.

Conclui-se, portanto, que os dados apontam avanços significativos no volume de recursos destinados à saúde pública no Estado do Piauí. Contudo, os resultados também evidenciam assimetrias na alocação entre os blocos de financiamento, o que exige um planejamento orçamentário mais criterioso e orientado por evidências epidemiológicas e socioeconômicas, a fim de promover maior equidade e eficiência na execução das políticas públicas de saúde.

### **3.5 Análise e interpretação dos resultados**

Os dados apontam para uma trajetória crescente no volume de recursos transferidos ao Estado do Piauí, com aumento acumulado de aproximadamente 21,2% no triênio. O bloco da atenção primária à saúde apresentou o maior acréscimo absoluto, com crescimento de R\$ 66,8 milhões. Este aumento é coerente com as metas do programa Previne Brasil e reflete o reforço da Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja cobertura ultrapassou 95% da população em 2024 (SESAPI, 2024).

A atenção especializada também registrou crescimento expressivo de 39%, o maior em termos percentuais. Essa elevação sugere esforço de descentralização dos serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade, contribuindo para a ampliação do acesso fora da capital. Já a assistência farmacêutica e a vigilância em saúde apresentaram crescimentos inferiores à média (16,2% e 15,7%, respectivamente), o que pode indicar subpriorização dessas áreas estratégicas.

A média e alta complexidade seguiu como o bloco com maior volume de recursos em todos os anos, somando R\$ 337,9 milhões em 2024, e respondendo por mais de 40% do orçamento estadual em saúde. Por fim, os repasses ao bloco de gestão do SUS cresceram 23,2%, sugerindo investimentos em informatização, qualificação de servidores e fortalecimento da governança.

Portanto, os resultados evidenciam avanços significativos no que tange ao volume financeiro; entretanto, também apontam para a persistência de desafios estruturais relacionados à gestão e à equidade na alocação dos recursos. Dessa forma, a superação desses entraves requer não apenas o incremento dos investimentos, mas sobretudo uma gestão pautada em evidências, que contemple um planejamento integrado entre os blocos, bem como a implementação de mecanismos eficazes de controle e avaliação.

Ademais, a eficiência da execução orçamentária deve ser analisada em consonância com a capacidade técnica e administrativa dos gestores públicos. Efetivamente, a mera alocação de recursos não assegura sua plena utilização, haja vista a frequente ocorrência de saldos não executados, decorrentes da fragilidade dos processos de planejamento, execução e monitoramento. Outro aspecto de relevância refere-se ao risco de perpetuação de um modelo de atenção fragmentado, no qual os blocos atuam de forma dissociada. Consequentemente, a ausência de equilíbrio na distribuição orçamentária compromete a continuidade do cuidado e pode gerar gargalos operacionais, especialmente nas regiões de maior vulnerabilidade socioeconômica.

Logo, é importante salientar que o aumento nos repasses financeiros, isoladamente considerado, não garante a melhoria dos indicadores de saúde pública. É imprescindível, portanto, avaliar a efetividade da aplicação desses recursos, especialmente no que concerne à ampliação da cobertura vacinal, à redução das internações por causas evitáveis e à elevação da qualidade do atendimento ofertado à população.

Por outro lado, a manutenção da predominância orçamentária destinada à média e alta complexidade, embora compreensível, evidencia a persistência do modelo hospitalocêntrico. Conforme destacado por Viacava *et al.* (2018), tal lógica tende a elevar os custos do sistema e a fragilizar os pilares mais eficientes para a sustentabilidade do SUS, quais sejam, a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Nesse contexto, o crescimento da atenção especializada configura um avanço na reorganização da rede de média complexidade, contribuindo para a redução da sobrecarga dos hospitais de referência e para a diminuição das barreiras de acesso enfrentadas pelas populações residentes no interior do país. Entretanto, os incrementos modestos observados na assistência farmacêutica e na vigilância em saúde representam um ponto preocupante, pois comprometem o abastecimento de medicamentos essenciais, bem como a capacidade estatal de responder com eficácia a surtos epidemiológicos e ao manejo de doenças crônicas.

Por fim, o aumento dos repasses destinados à atenção primária sinaliza uma reorientação do modelo assistencial para um sistema mais preventivo, integrado e próximo da comunidade.

Essa tendência encontra respaldo nos princípios do SUS e nas diretrizes estabelecidas pela OPAS (2022), que reconhece a atenção primária como a principal estratégia para ampliar a resolutividade e a eficiência dos sistemas de saúde.

### **3.6 Comparação com a literatura revisada**

Os resultados desta pesquisa corroboram achados da literatura especializada sobre o financiamento do SUS. Segundo Giovanella *et al.* (2021), a atenção primária é considerada a "porta de entrada preferencial do sistema", devendo ser prioritariamente fortalecida para garantir a equidade e a integralidade da atenção à saúde. No entanto, a análise dos repasses realizados ao Estado do Piauí entre 2022 e 2024 mostra que os blocos de média e alta complexidade ainda concentram a maior parte dos recursos, o que reflete um modelo assistencial hospitalocêntrico e reativo, como criticado por (Mendes, 2011).

Simão e Orellano (2015) argumentam que os mecanismos de repasse fundo a fundo, embora representem avanço na descentralização federativa, ainda sofrem com a rigidez dos critérios de distribuição, dificultando a adequação às condições locais de vulnerabilidade social, perfil epidemiológico e capacidade de resposta dos entes subnacionais. Essa limitação também foi observada no caso do Piauí, em que a alocação não necessariamente reflete as áreas com maior necessidade sanitária.

Ademais, estudos como os de Santos e Merhy (2020) apontam que, para além do volume de recursos, a eficiência está diretamente relacionada à capacidade de gestão e à articulação entre os níveis de atenção. O presente estudo indica que, embora tenha havido crescimento nos repasses, a baixa integração entre os blocos e a subpriorização da vigilância em saúde e da assistência farmacêutica apontam para uma gestão ainda fragmentada, dificultando o cumprimento dos princípios de integralidade e resolutividade.

Portanto, os achados aqui apresentados confirmam as críticas teóricas ao modelo vigente de financiamento e reforçam a necessidade de aprimoramento dos mecanismos de planejamento e de redistribuição dos recursos, com foco em critérios técnicos, epidemiológicos e territoriais.

### **3.7 Análise crítica dos achados**

Os dados revelam uma realidade paradoxal: apesar do aumento nominal dos recursos transferidos ao Estado do Piauí, a distribuição orçamentária ainda reproduz padrões centralizadores e pouco responsivos às necessidades locais. A manutenção de um modelo centrado na média e alta complexidade implica um sistema de saúde reativo, com foco na hospitalização, em detrimento de ações preventivas e de promoção da saúde. Isso fere os princípios do SUS, especialmente o da integralidade do cuidado.

A baixa alocação relativa para os blocos de vigilância em saúde e assistência farmacêutica é preocupante. Em um contexto de alta incidência de doenças infecciosas, endemias e demandas reprimidas por medicamentos, esses segmentos deveriam ocupar posição estratégica no planejamento orçamentário. A falta de investimento consistente nessas áreas compromete a capacidade de resposta rápida a emergências sanitárias, como foi evidenciado durante a pandemia de COVID-19 (Castro *et al.*, 2020).

Outro ponto crítico diz respeito à eficiência na utilização dos recursos. Saldos não utilizados ou devoluções por falta de projetos estruturados indicam fragilidades na capacidade técnica e gerencial dos órgãos gestores. Tal fato reforça a necessidade de formação continuada, planejamento integrado e adoção de instrumentos de controle e avaliação mais robustos.

### **3.8 Implicações práticas e teóricas**

Os achados deste estudo têm implicações significativas tanto no plano da gestão pública quanto no campo teórico da contabilidade e do orçamento público em saúde. No plano prático, a pesquisa indica a necessidade urgente de revisão dos critérios de repasse e da estratégia de alocação dos recursos federais, de modo a atender às especificidades regionais e promover maior equidade intermunicipal.

Torna-se essencial adotar mecanismos de planejamento baseados em evidências, como indicadores epidemiológicos, socioeconômicos e de capacidade instalada, a fim de orientar a distribuição dos recursos de forma mais racional. O fortalecimento da atenção primária deve ser encarado como estratégia de sustentabilidade do sistema, capaz de reduzir custos e ampliar o acesso com qualidade.

Em termos teóricos, a pesquisa reforça o papel da contabilidade pública como ferramenta essencial para o monitoramento da eficiência da aplicação dos recursos públicos, aproximando a prática contábil das demandas sociais. Contribui ainda para o debate sobre o federalismo fiscal, a descentralização do SUS e a relação entre financiamento e desempenho dos serviços públicos de saúde.

### **3.9 Síntese final e alcance dos objetivos**

A análise dos dados referentes ao financiamento da saúde pública no Estado do Piauí, no período de 2022 a 2024, permitiu compreender a evolução dos repasses federais, sua distribuição entre os blocos do SUS e os impactos dessa alocação sobre a rede pública de saúde. Observou-se um crescimento real nos valores transferidos, com predominância da atenção

primária e da média e alta complexidade, além de alterações pontuais nas prioridades orçamentárias após a mudança de gestão estadual em 2023.

Também foram identificadas distorções relacionadas à concentração de recursos, fragilidades no planejamento local e a persistência de um modelo de atenção hospitalocêntrico, em contraste com os princípios da equidade e da regionalização defendidos pelo SUS.

Diante dos resultados apresentados, é possível afirmar que os objetivos específicos desta pesquisa foram plenamente alcançados. Verificou-se a evolução dos repasses intergovernamentais ao Estado do Piauí, sua distribuição entre os blocos de financiamento, as mudanças nas prioridades orçamentárias ao longo do triênio, bem como os impactos e distorções observados na aplicação dos recursos. Esses achados contribuem para a compreensão da racionalidade da alocação de recursos e fornecem subsídios para o aprimoramento das políticas públicas de saúde no estado

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo analisar a aplicação dos recursos públicos em saúde no Estado do Piauí, no período de 2022 a 2024, com foco nos repasses intergovernamentais federais transferidos por meio do modelo fundo a fundo e sua distribuição entre os blocos de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). A análise permitiu compreender a dinâmica do financiamento da saúde em um estado marcado por fragilidades socioeconômicas e forte dependência fiscal da União.

Com base nos dados extraídos do Fundo Nacional de Saúde, verificou-se que houve um crescimento expressivo nos valores repassados ao estado durante o triênio analisado, especialmente entre os anos de 2023 e 2024, refletindo tanto os efeitos pós-pandemia quanto as novas prioridades da gestão estadual. Os blocos de atenção primária e média e alta complexidade concentraram a maior parte dos recursos, reafirmando o padrão histórico de financiamento que privilegia ações assistenciais, em detrimento de áreas como vigilância em saúde e estruturação do sistema.

Apesar desse crescimento nominal, a análise crítica revelou desequilíbrios relevantes na alocação dos recursos, indicando uma execução ainda fragmentada, com características hospitalocêntricas e pouco voltada para a regionalização e a equidade do cuidado. Também foram observadas variações entre blocos que não correspondem proporcionalmente às demandas populacionais e sanitárias, evidenciando a necessidade de aprimorar os mecanismos de planejamento, monitoramento e controle da aplicação dos recursos públicos.

Diante disso, pode-se afirmar que os objetivos da pesquisa foram plenamente alcançados. Os dados apresentados permitiram verificar a evolução dos repasses, analisar a distribuição entre os blocos, identificar mudanças nas prioridades orçamentárias ao longo do período estudado e apontar impactos concretos na gestão orçamentária da saúde pública piauiense. A pesquisa demonstrou, ainda, como o modelo atual de financiamento, embora relevante para garantir a capilaridade do SUS, carece de maior alinhamento técnico e regional para responder de forma eficaz às necessidades locais.

As contribuições deste trabalho são múltiplas. Do ponto de vista teórico, fortalece a discussão sobre o papel das transferências intergovernamentais no financiamento da saúde e suas implicações na gestão pública em contextos de desigualdade regional. No campo prático, oferece subsídios para o aperfeiçoamento dos processos de alocação de recursos e para a construção de políticas públicas mais eficientes, transparentes e sensíveis às especificidades

locais. O estudo também reforça a importância da atenção primária como eixo estruturante do sistema de saúde e da construção de indicadores que orientem tecnicamente os repasses.

Entre as limitações encontradas, destaca-se a dependência de dados secundários disponibilizados por plataformas governamentais, o que pode ter impactado a atualização e completude de algumas informações. Além disso, a delimitação temporal do triênio 2022-2024 não permite inferências de longo prazo, embora seja suficiente para identificar tendências e padrões relevantes.

Como recomendações para futuras pesquisas, sugere-se a ampliação do recorte temporal e espacial, a inclusão de dados qualitativos oriundos de gestores e usuários do SUS, bem como a análise dos efeitos da alocação de recursos sobre os indicadores de saúde. Estudos comparativos entre estados do Nordeste também podem trazer contribuições valiosas sobre os fatores que influenciam a eficácia do financiamento da saúde.

Por fim, reforça-se que o fortalecimento do SUS no Estado do Piauí passa, necessariamente, pela melhoria da gestão fiscal, pela ampliação da capacidade técnica local e pela adoção de critérios mais equitativos de distribuição de recursos. A saúde, como direito social e dever do Estado, exige um compromisso contínuo com a eficiência, a transparência e a justiça social na aplicação dos recursos públicos.

## REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, F. P.; MENDES, E. V. Financiamento da saúde no Brasil: uma análise crítica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 1–9, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/>. Acesso em: 12 dez. 2024.
- BOING, A. C. *et al.* Assistência farmacêutica no SUS: desafios e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 1–14, 2022. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_progestores\\_livro7.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro7.pdf). Acesso em: 25 abril. 2025
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Art.196. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 20 nov. 2024.
- \_\_\_\_\_. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. **Regulamenta os valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde**. Brasília, DF: Diário Oficial da União: seção 1, 2012. Acesso em: 05 dez. 2024.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde (FNS). **Plataforma de Consultas de Transferências Fundo a Fundo**. Brasília, DF: MS, 2025. Disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br>. Acesso em: 28 abril. 2025.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano Plurianual da Saúde 2024–2027**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seplan/ppa>. Acesso em: 28 jan. 2025.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. **Consolida as normas sobre financiamento e transferência dos recursos federais**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html). Acesso em: 08 fev. 2025.
- CAMPOS, G. W.; SAIDEL, M. G. Análise de políticas públicas e gestão do SUS: entre evidências e valores. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 133, p. 250–264, 2022. Acesso em: 15 abr. 2025.
- CONASS. **Relatório sobre a aplicação da LRF na saúde**. Brasília, DF, 2022. Acesso em: 26 dez. 2024.
- CONASS; CONASEMS. **Nota técnica conjunta sobre financiamento da saúde nos entes subnacionais**. Brasília, DF, 2025. Acesso em: 26 dez. 2024.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016**. Brasília: CNS, 28 fev. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/fevereiro/saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>. Acesso em: 24 jan. 2025.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Portaria GM/MS nº 2.342**, de 13 de dezembro de 2023, Brasília. CONASS, 2023. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-195-2023-publicada-a-portaria-gm-n-2342-que->

autoriza-o-repasso-de-recurso-financeiro-do-fundo-nacional-de-saude-aos-fundos-estaduais-de-saude-dos-estados-gestores-dos/. Acesso em: 12 jan. 2025.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Pesquisa de métodos mistos**. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2018.

FGV – Fundação Getúlio Vargas. **Observatório de Política Fiscal**: indicadores e boletins técnicos. São Paulo, 2022. Acesso em: 12 fev. 2025.

GIAÇOMONI, J. A. **Planejamento e orçamento público**. 17. ed. Brasília: Atlas, 2017.

GIACOMONI, J. **Ciclo orçamentário e planejamento governamental**. Orçamento e planejamento: fundamentos e integração. São Paulo: Exemplo Editora, 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. Política de saúde e atenção primária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2255–2268, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/>. Acesso em: 20 nov. 2024.

GOMES, C. T. B. *et al.* Políticas públicas de saúde e desigualdade: determinantes sociais e desigualdades que dificultam o acesso efetivo à população ao SUS. **Revista Aracê**, São José dos Pinhais (FACIT – Araguaína, TO), v. 7, n. 4, p. 17006-17039, jul./dez. 2025. Disponível em:<https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/download/4324/5783/16829> . Acesso em: 16 nov. 2024.

GONÇALVES, F. R. *et al.* Consequências da EC 95 para o financiamento da saúde pública. **Revista de Administração Pública**, v. 55, n. 2, p. 301–322, 2021. Disponível em: <https://www.jmpc.com.br/jmpc/article/view/1070>. Acesso em: 17 jan. 2025.

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ. **Inauguração da Nova Maternidade Dona Evangelina Rosa**. Teresina, 2023–2024. Acesso em: 22 abril. 2025.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil**: um retrato das desigualdades regionais do período 2010–2022. Texto para Discussão, n. 3010, Brasília, jan. 2024. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/14118>. Acesso em: 07 jan. 2025.

\_\_\_\_\_. **Transferências correntes e dependência fiscal dos estados brasileiros**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/>. Acesso em: 20 jan. 2025.

LORENZINI, E. R. *et al.* Triangulação metodológica em estudos de políticas públicas. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 33–49, 2023. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP>. Acesso em: 18 fev. 2025.

MACHADO, C. V. *et al.* Governança regional no SUS: dilemas e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 43, n. esp. 1, p. 91–108, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/>. Acesso em: 28 dez. 2024.

MENDES, E. V.; MACHADO, C. V. A descentralização do SUS: trajetória, resultados e desafios. In: **Política, Planejamento e Gestão em Saúde**: tendências e perspectivas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 16. ed. São Paulo: Hucitec, 2022.

MOURA, C. de M. dos S.; SAIKI, T. M. A.; LACERDA, T. D. de S.; GUIMARÃES, J. de C. Capitalismo e a disputa do fundo público: análise do direcionamento dos gastos sociais no Piauí (2016–2020). **Revista Econômica do Nordeste**, Fortaleza, v. 55, n. 1, p. 56–73, jan./mar. 2024. Disponível em: <https://www.bnb.gov.br/revista/ren/article/view/1456>. Acesso em: 22 dez. 2024.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Atenção primária à saúde no Brasil: avanços e desafios**. Brasília: OPAS, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 10 dez. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Boletim de Imunização, v. 44, n. 3, set. 2022. Contém análise sobre intercâmbio de estratégias de comunicação, cobertura vacinal contra COVID-19 e vigilância de doenças imunopreveníveis. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56652>. Acesso em: 02 jan. 2025.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodología de la investigación**. 7. ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2021.

SANTOS, L.; MERHY, E. O SUS entre o projeto democrático e o neoliberalismo: tensões e caminhos. **Revista Saúde em Debate**, v. 44, n. 4, p. 68–80, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/>. Acesso em: 29 abril. 2025.

SESAPI – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ. **Relatórios de produção hospitalar e regulação**. Teresina, 2023–2024. Disponível em: <https://eficiencianasaude.org/wp-content/uploads/sites/2/2024/01/Rel.-Final-Eficiencia-Hospitalar-PI.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2025

SILVA, A. B.; MENEZES, L. M. Pesquisa documental em administração pública: fundamentos e aplicações. **Revista Gestão Pública**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 123–145, 2018. Acesso em: 08 mar. 2025.

SIMÃO, C. A.; ORELLANO, V. A. Transferências intergovernamentais e gestão descentralizada do SUS. **Revista Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 390–402, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ee/a/rFMqvgZ384yTcJMZ79XpKgH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 dez. 2024.

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. **Dados do Estado do Piauí, 2024**. Disponível em: <http://siops.saude.gov.br/>. Acesso em: 08 dez. 2024.

SOUZA, R. B.; LIMA, E. L. **Ferramentas de análise de dados aplicadas à gestão pública**. Salvador: EDUFBA, 2021.

TCU – Tribunal de Contas da União. **Relatório sobre transferências voluntárias e execução de emendas parlamentares no SUS**. Brasília, DF, 2021. Acesso em: 04 fev. 2025.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** 15. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

VIACAVA, F. *et al.* Desigualdades regionais e acesso à atenção especializada no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903–1914, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/>. Acesso em: 18 dez. 2024.