

ESCOLA SUPERIOR DO PARLAMENTO CEARENSE - UNIPACE

Financiamento Tripartite do SUS e seus desafios: uma análise da realidade das capitais brasileiras e o exemplo do município de Fortaleza

Cícero Vidal Sampaio ¹

Bruno de Oliveira Sales Mota²

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo analisar a complexidade e os desafios do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde (SUS), investigando as assimetrias na participação financeira dos entes federativos, utilizando o município de Fortaleza como *corpus* de pesquisa para evidenciar os desafios das capitais brasileiras. O trabalho é de abordagem qualitativa, do tipo de pesquisa bibliográfica exploratória, justificada pela necessidade de compreender de forma aprofundada os mecanismos e impactos do financiamento sobre a gestão municipal. A metodologia empregada consiste na revisão bibliográfica e na análise documental de marcos normativos, relatórios financeiros e orçamentários oficiais (SIOPS) e estudos especializados que delimitam o escopo da investigação. Os resultados da pesquisa revelam um desequilíbrio significativo, no qual as capitais, exemplificadas pela análise da capital do Ceará, Fortaleza, arcam com a maior parte dos custos de saúde devido ao fenômeno do “efeito de transbordamento”, absorvendo a demanda de pacientes de outras cidades sem o devido aporte financeiro proporcional da União e estados. Essa assimetria é ainda mais acentuada por políticas fiscais recentes, como a Emenda Constitucional nº 95/2016, que restringe o crescimento do investimento federal em saúde. Conclui-se que a sustentabilidade do SUS é ameaçada por esse modelo de financiamento disfuncional na prática, sendo necessária uma reavaliação urgente dos critérios de rateio, um maior comprometimento financeiro da União e dos estados e o fortalecimento da cooperação federativa para garantir a efetivação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Palavras-chave: financiamento do SUS; modelo tripartite; gestão em saúde.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, concebido sob os princípios da universalidade, integralidade e

¹ Cícero Vidal Sampaio; Especialista em Perícia e Auditoria Contábil (UNICHRISTUS); cicerosampaio.ce@gmail.com.

² Bruno de Oliveira Sales Mota; Mestre em Educação (UECE); oliveira.mota@uece.br.

equidade. Sua sustentabilidade, contudo, depende de um complexo arranjo de financiamento baseado na cooperação entre os três níveis de governo: União, Estados e Municípios. Essa arquitetura federativa, embora seja um dos pilares que garante a capilaridade das ações de saúde, impõe desafios históricos relacionados à distribuição equitativa de recursos, à responsabilidade compartilhada e à efetividade na alocação orçamentária.

O modelo tripartite de financiamento, regulamentado por dispositivos como a Lei Complementar nº 141/2012, que regulamenta os percentuais mínimos anuais a serem aplicados em saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e consolidado por normas operacionais e portarias do Ministério da Saúde, pressupõe a pactuação constante entre os entes federativos. No entanto, na prática, verifica-se assimetria na participação financeira e dificuldades na pactuação regional, refletindo em desigualdades na prestação de serviços e sobrecarga de determinados entes. Um estudo recente do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS, 2024), aponta que as capitais arcam, em média, com 55% das despesas com saúde em seus territórios, enquanto a participação dos estados é mínima (Nobre; Semete, 2024).

O aprofundamento da crise fiscal e a política de austeridade adotada nos últimos anos agravaram ainda mais o cenário diante da retração de investimentos federais e repasses insuficientes, como apontam estudos que destacam a crescente pressão sobre os entes subnacionais para manter a oferta de serviços essenciais (IPEA, 2016). Em paralelo, iniciativas como a institucionalização das contas de saúde e a busca por meio da transparência orçamentária reforçam a importância do debate sobre o aperfeiçoamento do financiamento do SUS.

A partir desse contexto, surge a seguinte questão-problema: Considerando a assimetria na participação financeira do SUS, de que forma as desigualdades na contribuição dos entes federativos impactam na gestão da saúde nas capitais do Brasil, tendo como *corpus* o município de Fortaleza, no Ceará?

A escolha deste tema se justifica por diferentes dimensões. Do ponto de vista pessoal, reflete o interesse dos pesquisadores em compreender e propor soluções para um desafio recorrente na gestão pública municipal, especialmente nas capitais, onde a demanda por serviços de saúde é intensa. No âmbito acadêmico, contribui para ampliação do debate sobre modelos de financiamento e governança no SUS, fortalecendo a produção de conhecimento aplicado à realidade urbana brasileira. Sob a perspectiva social, trata-se de um assunto de relevância coletiva, visto que o

equilíbrio na distribuição e no uso dos recursos públicos é essencial para assegurar o direito constitucional de acesso universal e igualitário aos serviços públicos de saúde.

Diante disso, este estudo tem como objetivo geral analisar a complexidade e os desafios do financiamento tripartite do SUS nas capitais brasileiras, investigando as assimetrias na participação financeira dos entes federativos, utilizando o município de Fortaleza como *corpus* para evidenciar esses desafios. Como objetivos específicos, busca-se: (I) identificar os principais dispositivos legais e normativos que regulam esse financiamento; (II) compreender as disparidades na contribuição dos entes federados; e (III) discutir caminhos para uma governança mais equilibrada e eficiente dos recursos públicos em saúde.

O presente artigo científico adota uma abordagem qualitativa, buscando aprofundar a compreensão dos mecanismos e impactos do financiamento tripartite sobre a gestão municipal. Quanto ao tipo de pesquisa, o trabalho classifica-se como bibliográfica exploratória, justificado pela necessidade de familiarizar o leitor com o tema e construir hipóteses sobre as disparidades financeiras. A coleta de dados foi realizada por meio de uma combinação de levantamento bibliográfico e pesquisa documental. A pesquisa documental incluiu fontes primárias, como os relatórios oficiais extraídos do SIOPS (2024), e marcos normativos, como a Constituição Federal de 1988, Lei Complementar nº 141/2012 e a Emenda Constitucional nº 95/2016, enquanto o levantamento bibliográfico, por sua vez, concentrou-se na revisão dos estudos técnicos e acadêmicos (IEPS, IPEA, CONASS e OPAS) publicados entre os anos de 2022 e 2025. A análise dos dados seguiu a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2016), com o objetivo de interpretar as disparidades financeiras e seus impactos na gestão das capitais.

O artigo está estruturado em quatro seções além da introdução: a primeira apresenta o referencial teórico e normativo; a segunda descreve os aspectos metodológicos da pesquisa; a terceira discute os resultados obtidos; e a quarta seção traz as considerações finais e recomendações para aprimorar o modelo de financiamento em vigor.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta seção, é delineado o referencial teórico que sustenta essa pesquisa. O conteúdo abrange o contexto histórico que levou a concepção do Sistema Único de

Saúde (SUS) e a análise detalhada dos fundamentos legais que regulam o seu modelo de financiamento tripartite. O objetivo é fornecer as bases conceituais para a compreensão do objeto de estudo.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o resultado de um processo histórico profundo e de uma mobilização social intensa. Sua concepção está enraizada no movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que floresceu nas décadas de 1970 e 1980 e culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Foi a partir desse movimento que a saúde foi elevada de um serviço assistencial a um direito social universal, garantido pela Constituição Federal de 1988, que estabelece, em seu art. 196 que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.122).

Enfatizamos que as Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8.080/1990, que instituiu as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização do SUS, e Lei nº 8.142/1990, que dispõe sobre o controle social e as transferências intergovernamentais de recursos, foram cruciais para regulamentar essa nova estrutura, detalhando as competências da União, Estados e municípios e estabelecendo o controle social como um pilar fundamental da gestão.

O financiamento do SUS é um dos pilares mais complexos e desafiadores de sua sustentabilidade, operando sob um modelo tripartite que reflete o pacto federativo brasileiro cujas responsabilidades e financiamento do Sistema Único de Saúde são compartilhados obrigatoriamente pela União, Estados (e Distrito Federal) e pelos Municípios. As fontes de recursos para manter o financiamento tripartite são provenientes de impostos gerais e contribuições sociais das três esferas de governo. Destacamos que um dos marcos essenciais para a estabilidade financeira foi a Emenda Constitucional nº 29/2000, que fixou percentuais mínimos obrigatórios de aplicação em ações e serviços públicos em saúde (ASPS) para cada ente federativo, assegurando um piso financeiro para o setor. Cabe salientar que esses percentuais mínimos obrigatórios foram regulamentados especialmente a partir da Lei Complementar nº 141/2012 que estabelece a seguinte aplicação mínima:

- União: atualmente, o percentual mínimo a ser aplicado é de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) em virtude da revogação da regra do IPCA (E.C. nº 126/2022);

- Estados e Distrito Federal: percentual mínimo anual de 12% da arrecadação de impostos (art. 6º da L.C. nº 141/2012);
- Municípios: percentual mínimo anual de 15% da arrecadação de impostos (art. 7º da L.C. nº 141/2012).

A regulamentação desses critérios foi aprimorada pela Portaria GM/MS nº 399/2006, que instituiu o Pacto pela Saúde, definindo regras mais claras para as transferências intergovernamentais. Em seguida, a regulamentação desse modelo ocorreu de forma mais detalhada a partir da Lei Complementar nº 141/2012, que definiu os critérios de rateio, as responsabilidades e os mecanismos de acompanhamento e fiscalização dos recursos públicos destinados à saúde. Conforme é disposto em seu art. 17:

O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades da saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos e espaciais do inciso II do §3º do art. 198 da Constituição Federal, entre outros (BRASIL, 2012, p. 4).

Essa diretriz busca garantir que o financiamento seja proporcional às necessidades de saúde de cada localidade. É fundamental salientar que a Portaria de Consolidação nº 6/2017, que unificou diversas normativas anteriores, detalhou a organização dos blocos de financiamento, direcionando as verbas para as diferentes finalidades como: Atenção Primária em Saúde (APS), que abrange a porta de entrada do sistema, responsável pela maior parte dos cuidados de saúde; Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC), que custeia os serviços de maior complexidade, como cirurgias, UTIs e tratamentos especializados; Vigilância em Saúde, que é responsável pelo controle e prevenção de doenças; Assistência Farmacêutica, que é responsável por garantir o acesso aos medicamentos ofertados a população; e ação da Gestão do SUS, que envolve a estrutura administrativa do SUS, fortalecendo a gestão do SUS nos entes federativos.

Apesar da estrutura normativa, o financiamento do SUS enfrenta desafios persistentes. Autores renomados na área, como Sérgio Arouca (1987), com seus trabalhos sobre a Reforma Sanitária, Gastão Wagner de Sousa Campos (2003) em suas análises sobre a cogestão e reforma do sistema e Lenir Santos (2012), especialista em direito sanitário e financiamento, apontam que a sustentabilidade do

sistema exige mais do que apenas repasses financeiros. Sendo assim, é fundamental que haja uma governança mais efetiva e uma constante revisão dos critérios de financiamento.

Cabe ressaltar ainda, a Emenda Constitucional nº 95/2016 referente ao Teto de Gastos, visto que é frequentemente citada na literatura como um dos maiores entraves recentes uma vez que congelou o crescimento do gasto público, impactando diretamente no financiamento federal do SUS. Essa política de austeridade, em um cenário de envelhecimento populacional e aumento da demanda, tem gerado um debate intenso sobre a capacidade do Estado de garantir o direito à saúde, conforme discutido por instituições como o IPEA e CONASS.

A sobrecarga das capitais é um desafio prático que ilustra a assimetria na participação financeira. A alta concentração populacional e o “efeito de transbordamento”, ou seja, a absorção de pacientes de outros municípios, gera uma pressão desproporcional sobre os orçamentos municipais, efeito esse que apresenta um maior impacto principalmente nas capitais brasileiras. Como revelam os dados do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS, 2024), as capitais arcam, em média, com mais da metade das despesas de saúde em seus territórios, enquanto a participação dos estados é frequentemente subdimensionada. Isso compromete a gestão local e a qualidade dos serviços ofertados à população, tornando a busca por um financiamento mais equilibrado um tema central na agenda de pesquisa e de políticas públicas.

3 METODOLOGIA

A presente seção visa apresentar o percurso metodológico adotado para a concretização desta pesquisa. Detalha-se a abordagem científica empregada, a consecução dos objetivos, os procedimentos técnicos utilizados para a coleta e análise dos dados, bem como a delimitação do universo e do cenário de investigação.

Este estudo adota uma abordagem qualitativa, que, segundo Minayo (2014), trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Essa abordagem foi escolhida por permitir uma compreensão aprofundada dos mecanismos e desafios do financiamento do SUS, indo além de uma mera análise de números e percentuais.

Quanto aos seus objetivos, a pesquisa classifica-se como exploratória,

conforme a definição de Gil (2008), visto que busca familiarizar o leitor com o tema e construir hipóteses sobre os impactos das assimetrias financeiras na gestão da saúde. O procedimento técnico principal adotado foi a pesquisa bibliográfica, a qual, de acordo com Gil (2008), é um estudo aprofundado a partir de material já elaborado, como livros e artigos científicos.

A análise documental, utilizada como técnica de coleta de dados, foi realizada de forma sistemática, buscando e selecionando fontes relevantes. O critério de relevância considerado foi o da aderência temática, com foco no financiamento do SUS, assimetrias financeiras, e gestão municipal de saúde, bem como o da atualidade, priorizando publicações e legislações vigentes. O levantamento contemplou a legislação vigente, como a Constituição Federal de 1988 e a Lei Complementar nº 141/2012, que trata dos valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, assim como em portarias do Ministério Saúde. Também foram analisados relatórios financeiros e orçamentários do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), estudos e notas técnicas do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e de outros organismos especializados, com foco em publicações recentes datadas entre os anos de 2022 a 2025, além de artigos acadêmicos que abordam o financiamento do SUS e as políticas públicas de saúde.

O cenário da pesquisa é o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), no nível das capitais do Brasil. Embora não haja um locus geográfico único, visto que o estudo baseia-se em documentos, legislação e dados de abrangência nacional como o SIOPS e relatórios de organismos especializados, como IEPS, IPEA, CONASS e OPAS, a escolha desse cenário temático se justifica pela centralidade mais expressiva das capitais na execução das políticas de saúde e pela complexidade das assimetrias financeiras intergovernamentais que impactam diretamente a gestão municipal.

A pesquisa concentra-se na análise de dados e publicações relativas ao período de 2022 a 2025. Esse intervalo de tempo foi delimitado para capturar os impactos mais recentes das mudanças no cenário fiscal pós-pandemia e as consequências diretas da revogação da regra do IPCA para o financiamento federal (Emenda Constitucional nº 126/2022), priorizando a legislação e os impactos das mudanças normativas e econômicas mais recentes na área da saúde pública.

A análise dos dados seguiu o método de classificação e categorização de

dados de acordo com Gil (2008), que consistiu na interpretação das informações de acordo com temas centrais. Este método foi escolhido por sua adequação à análise sistemática e interpretativa de documentos e textos, permitindo a identificação de categorias emergentes e a construção de inferências sobre o corpus documental coletado. Cabe salientar que os temas centrais foram dispositivos normativos, critérios de rateio, disparidades de financiamento e impactos na gestão de capitais. Os resultados foram organizados de forma a evidenciar as relações entre a legislação e as práticas de gestão financeira e orçamentária no âmbito municipal, destacando lacunas e possíveis estratégias de aprimoramento.

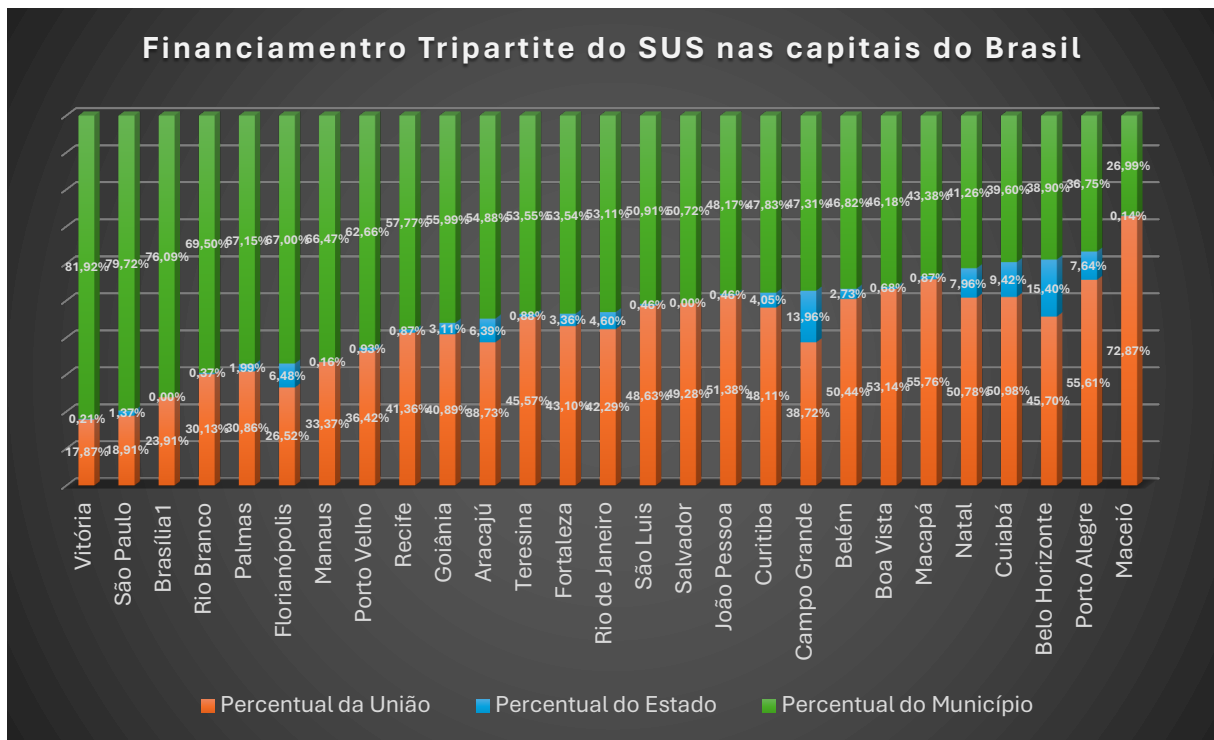
Ressalta-se que, por se tratar de uma pesquisa bibliográfica que utiliza apenas dados de domínio público como legislação, relatórios governamentais e pesquisas de institutos, o estudo dispensou a submissão a Comissão de Ética em Pesquisa (CEP), conforme disposto na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Esta seção destina-se à apresentação e à análise dos resultados obtidos. O propósito central é estabelecer um confronto entre o arcabouço legal vigente sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e as práticas de gestão financeira e orçamentária observadas no contexto das capitais brasileiras, utilizando como *corpus* o município de Fortaleza. Por meio da interpretação do *corpus* documental, buscou-se identificar e discutir as assimetrias financeiras intergovernamentais, seus mecanismos de formação e os impactos resultantes dessas disparidades na capacidade de gestão local e na qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

Após pesquisa realizada no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) do ano de 2024, foram extraídos os dados referentes a participação da União, Estado e das capitais com seus recursos próprios destinados na aplicação das ações e serviços públicos de saúde (ASPS), demonstrando dessa forma no gráfico abaixo a participação tripartite do SUS de cada ente da federação.

Gráfico 1 – Participação Tripartite do Financiamento do SUS nas capitais (2024)



Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS, 2024)

A análise dos dados extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) revela um panorama do financiamento tripartite do SUS nas capitais brasileiras que diverge significativamente do ideal de pacto federativo equitativo. Conforme ilustra-se no gráfico acima, a participação de cada ente federado nos gastos com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) demonstra uma forte dependência dos recursos próprios dos municípios, enquanto a contribuição da União e, em especial, dos estados, mostra-se desproporcionalmente baixa.

O gráfico acima apenas reforça a tese do “efeito de transbordamento”, em que as capitais, por sua centralidade demográfica e seus serviços disponíveis, acabam absorvendo a maior parte da demanda de saúde não apenas de sua população residente, mas também dos municípios de cada Estado respectivo a sua capital. Essa dinâmica gera uma sobrecarga financeira e operacional, obrigando às gestões municipais a utilizarem recursos próprios para cobrir lacunas que deveriam ser compartilhadas pelos demais entes. Como destacado por Nobre e Semete (2024), as capitais brasileiras cobrem cerca de 55% das despesas com saúde dos seus territórios, enquanto a participação dos estados é mínima.

Essa assimetria é um dos principais entraves à efetividade do SUS nas capitais do Brasil. A insuficiência de repasses federais e a baixa colaboração dos estados obrigam os municípios a realocarem verbas que poderiam ser destinados a outras áreas essenciais, como educação ou infraestrutura, para custear a saúde. Essa situação compromete a capacidade dos municípios de se concentrarem em sua responsabilidade principal que é gerir a atenção primária à saúde (APS) ao qual segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) pode atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida, além de comprometer também o planejamento de longo prazo e a implementação de políticas de saúde que garantam a universalidade, integridade e equidade.

O desequilíbrio no financiamento também afeta diretamente a gestão da saúde. A previsibilidade dos recursos é fundamental para a programação de serviços e compra de insumos, mas a dependência de repasses irregulares ou insuficientes gera incertezas e crises de gestão (IPEA, 2016). A falta de uma participação mais robusta dos estados, impede o fortalecimento de redes de atenção regionalizadas, nas quais as capitais poderiam ter um papel de referência sem a total responsabilidade pelo custeio dos serviços de alta complexidade.

A fragilidade do financiamento nas capitais também as torna mais vulneráveis a crises econômicas e políticas. Estudos demonstram que, devido à concentração de serviços de alta e média complexidade que atendem à população regional (efeito de transbordamento), as capitais frequentemente arcam com custos desproporcionais em relação aos repasses federais e estaduais, gerando desequilíbrio estrutural que fragilize fiscalmente (IEPS, 2024). A Emenda Constitucional nº 95/2016 que trata sobre o Teto de Gastos, impôs um limite ao crescimento das despesas federais, o que impactou diretamente na capacidade da União de ampliar repasses para o SUS, pressionando os municípios a compensarem essa lacuna. Esse cenário apenas reforça a urgência de uma revisão periódica dos critérios de financiamento entre os entes federativos.

Para corroborar com os dados acima que tratam sobre o desequilíbrio na gestão do financiamento municipal e demonstrar o ônus de manter uma rede de serviços de saúde, utilizaremos como *corpus* o município de Fortaleza, a quarta capital mais populosa do Brasil e a mais populosa do Nordeste. A escolha do município de Fortaleza é justificada pela sua função no polo de regional de saúde, característica comum das grandes capitais, o que expõe, de forma acentuada, as assimetrias do

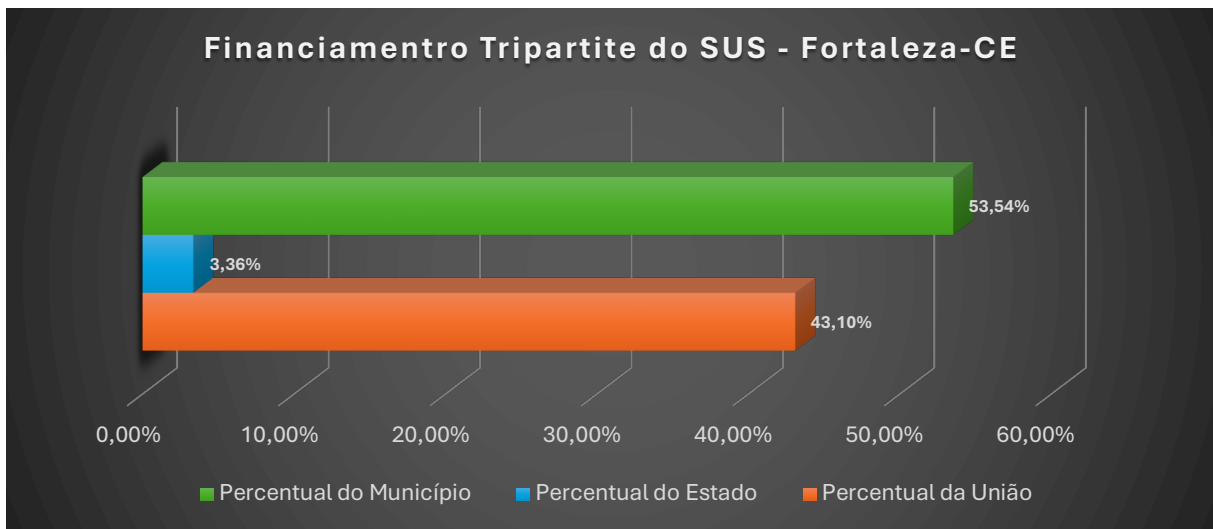
financiamento do SUS. Conforme dados obtidos do Relatório Anual de Gestão do exercício de 2024, a capital cearense concentra uma vasta rede de equipamentos e serviços destinados à saúde da população, que exige um grande aporte de recursos próprios, tais como:

- 134 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS);
- 9 hospitais municipais;
- 1 Instituto Dr. José Frota;
- 14 bases descentralizadas de atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;
- 06 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas;
- 1 Programa de Atenção Domiciliar (Melhor em Casa);
- Unidades de Saúde Móvel;
- 4 Policlínicas;
- 4 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- 16 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);
- 4 Residência Terapêutica;
- 4 Unidade de Acolhimento;
- 1 Núcleo Municipal de Atendimento de Crianças e Adolescentes com Transtorno do Espectro Autista - NUTEA;
- 1 Centro de Zoonoses;
- 1 Célula de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST.

Diante disso, observa-se que o município de Fortaleza, que tem uma população estimada de 2.578.483 para o exercício de 2025 conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mantém uma rede de saúde ofertada a uma população que é considerada uma das maiores, quando comparada com outras capitais do Brasil. Portanto, a quarta capital do país mais populosa do Brasil (IBGE) também é a quarta capital que mais investe em saúde pública (SIOPS, 2024).

Diante deste cenário, podemos demonstrar no gráfico abaixo, que trata do financiamento tripartite do SUS nas capitais do Brasil, a participação do financiamento tripartite do SUS no município de Fortaleza durante o exercício de 2024 que reflete e confirma os dados extraídos do SIOPS.

**Gráfico 2 – Participação Tripartite do Financiamento do SUS em Fortaleza, CE
(2024)**



Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS, 2024)

Como se pode observar no gráfico acima, a participação do financiamento do município superou os recursos repassados pela União e Estado juntos, reforçando que as capitais do Brasil aportam mais recursos próprios do que os demais entes da federação. Considerando que esse cenário se replica no município de Fortaleza e na busca constante de obter um equilíbrio mais justo no financiamento tripartite do SUS, para o exercício financeiro de 2025, a gestão atual, com base em estudos técnicos, solicitou incremento de repasses financeiros por parte da União e do Estado do Ceará.

O governo do Estado do Ceará, por sua vez, aumentou o repasse para custeio do Instituto Dr. José Frota (IJF) em R\$ 4.000.000,00 mensais, totalizando um montante mensal de R\$ 10.000.000,00 (Resolução nº 41/2025 – CIB/CE), enquanto a União incrementou os repasses financeiros do Teto de Média e Alta Complexidade (MAC) em duas frentes: primeiro, destinou no montante anual de R\$ 128.472.290,52, que representa mensalmente o valor de R\$ 10.706.024,21 destinados ao custeio do IJF (Portaria GM/MS nº 6827/2025); e segundo, incrementou R\$ 174.000.000,00 anualmente, que representa mensalmente o valor de R\$ 14.500.000,00 destinados ao custeio dos equipamentos e serviços de saúde da rede de saúde de média e alta complexidade da Secretaria Municipal da Saúde (Portaria GM/MS nº 8001/2025).

Ressalta-se que, embora a gestão atual tenha conseguido incrementos de recursos junto à União e Estado, ainda se faz necessário um maior ajuste nos repasses por parte da União e do Estado, com o intuito principal de tornar o

financiamento tripartite do SUS mais fortalecido e equânime entre os entes federados, na busca constante de ofertar o melhor serviço de saúde à população.

Em suma, a análise dos dados do SIOPS e a revisão da literatura, amparada em autores como Minayo (2014), sobre a abordagem qualitativa, e em estudos técnicos de organismos, como o IEPS (2024), sobre a dinâmica financeira, confirmam que o modelo tripartite, embora bem-intencionado em sua estrutura legal (Constituição Federal de 1988; Lei Complementar nº 141/2012), enfrenta uma prática de execução ainda falha. O desequilíbrio é evidente nos dados extraídos do SIOPS (2024), que consistentemente mostram os municípios como os principais financiadores da saúde, arcando com a maior parte do custo, enquanto a União e os estados se mantêm à margem, contribuindo para uma gestão sobrecarregada e para a perpetuação das desigualdades regionais. O Fortalecimento do SUS exige, portanto, não apenas mais recursos, mas uma nova pactuação que torne o financiamento mais justo e equitativo, alinhado com as responsabilidades e as demandas reais de cada ente federativo.

O gráfico 2 apenas aponta que a sustentação financeira das ações e serviços públicos de saúde (ASPS) nas capitais brasileiras é desproporcionalmente baseada em recursos municipais. Esse cenário impõe a urgência de uma reavaliação do financiamento tripartite, exigindo maior comprometimento e uma gestão mais participativa por parte da União e dos Estados. O objetivo é estabelecer uma distribuição de recursos mais equânime e justa entre os entes federados, visando o fortalecimento e a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Adicionalmente, a superação da sobrecarga municipal requer a construção estratégica de hospitais regionais pelo Estado e União que ofertem todas as especialidades e serviços de saúde, em pontos que permitam reduzir o deslocamento de pacientes e a intensa concentração de demanda nas capitais. Tais ações não apenas tornariam a oferta de saúde mais acessível à população, mas também mitigariam o impacto financeiro nas capitais, que frequentemente utilizam recursos próprios para custear o atendimento de pacientes regionais sem a devida contrapartida no financiamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou analisar a complexidade e os desafios do financiamento tripartite do SUS nas capitais brasileiras, investigando as assimetrias

na participação financeira dos entes federativos, utilizando o município de Fortaleza, no Ceará, como *corpus* para evidenciar esses desafios. Os resultados da pesquisa confirmam que, apesar da legislação robusta, a execução do financiamento público em saúde no Brasil é marcada por um desequilíbrio que sobrecarrega os municípios, em especial as capitais. A dependência de recursos próprios para arcar com a maior parte dos custos de ações e serviços públicos de saúde, enquanto a União e os estados contribuem de forma ainda insuficiente, coloca no cenário delicado a sustentabilidade do SUS.

A partir das evidências apresentadas, pode-se concluir que a questão-problema levantada: “Considerando a assimetria na participação financeira do SUS, de que forma as desigualdades na contribuição dos entes federativos impactam na gestão da saúde nas capitais do Brasil, tendo como *corpus* o município de Fortaleza, no Ceará?” encontra respaldo na realidade, inclusive de âmbito nacional, quando comparada às demais capitais. O “efeito de transbordamento” e a falta de uma governança federativa eficiente geram uma pressão fiscal insustentável sobre a gestão municipal, comprometendo a qualidade e a capacidade de oferta de serviços públicos de saúde à população. A centralidade do município de Fortaleza na rede de saúde do Estado do Ceará, como exemplo demonstrado nesse estudo, a torna uma das capitais mais afetadas por essa dinâmica, com a necessidade de arcar com atendimento de pacientes de diversas cidades, sem o devido aporte financeiro dos outros entes.

Portanto, para enfrentar esse desafio, é crucial que o modelo de financiamento passe por uma reavaliação. As recomendações para aprimoramento incluem a revisão dos critérios de rateio, buscando maior equidade e considerando as necessidades regionais bem como o fortalecimento das instâncias de pactuação entre os entes. Observa-se que é urgente que a União e os estados assumam uma participação mais efetiva e proporcional no custeio do SUS, permitindo que os municípios possam, de fato, se concentrarem em suas responsabilidades de gerirem a atenção primária à saúde (APS) de forma mais abrangente à população. Além disso, reforça-se que a transparência e o controle social continuam sendo essenciais para garantir que os recursos públicos sejam aplicados de forma eficiente e em benefício da população, assegurando a concretização do direito à saúde para todos.

Não obstante, é fundamental reconhecer as limitações deste estudo. Por tratar-se majoritariamente de uma pesquisa bibliográfica e documental que utiliza dados de fontes secundárias (legislação e relatórios do SIOPS), a análise não pode incluir a

percepção primária dos gestores municipais ou uma investigação microeconômica aprofundada dos orçamentos de saúde. Nesse sentido, sugere-se, como agenda de pesquisa futura, a realização de estudos de caso comparativos entre as capitais do Nordeste para aprofundar a compreensão das assimetrias regionais, bem como o uso de metodologias que envolvam entrevistas para capturar o impacto da pressão fiscal na tomada de decisão gerencial na saúde pública.

REFERÊNCIAS

AROUCA, S. *O Dilema Preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Rio de Janeiro, editora FIO CRUZ, 2003.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo, edições 70, 2016.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016*. Altera o Ato de Disposições Constitucionais Transitórias, para instruir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: [s.n.], 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000*. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF: [s.n.], 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 126, de 21 de dezembro de 2022*. Altera a Constituição Federal, para dispor, sobre as emendas individuais ao projeto de lei orçamentária, e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para excluir despesas dos limites previstos no art. 107; define regras para a transição da Presidência da República aplicáveis à Lei Orçamentária de 2023; e dá outras providências. Brasília, DF: [s.n.], 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc126.htm. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: [s.n.], 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15

ago. 2025.

BRASIL. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: [s.n.], 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. *Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012*. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF: [s.n.], 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. *Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: [s.n.], 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. *Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016*. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.142, de 28 de setembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2016. Brasília, DF: [s.n.], 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. *Sistema de Informações sobre Orçamentos em Saúde (SIOPS)*, Brasília, DF, [2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops/demonstrativos-e-dados-informados/demonstrativos/municipios>. Acesso em: 15 set. 2025.

CAMPOS, G.W. *Saúde Paidéia*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Financiamento da Saúde no Brasil: Perspectivas dos Estados e Municípios*. Blenda Saturnino Pereira... [et al.]. Brasília, DF: Conass, 2025.

GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS). *Superando o Mínimo: O Papel das capitais brasileiras no financiamento da saúde pública*. Victor Nobre, Marcella Semente... [et al.]. Nota Técnica nº 36. Rio de Janeiro: IEPS, 2024. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-36/>. Acesso em: 18 ago. 2025.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?*. Fabiola Sulpino Vieira. Nota Técnica nº 26. Brasília: IPEA, 2016. Disponível em:

https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28422. Acesso em: 18 ago. 2025.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Atenção primária à saúde*. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude#:~:text=O>. Acesso em: 18 ago. 2025.

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

SANTOS, L. *SUS e a Lei Complementar 141 Comentada*. Campinas: IDISA, 2012.