ReGeo ISSN: 2177-3246

GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE E SAÚDE DA MULHER: UMA COMPARAÇÃO NORDESTE-SUDESTE (2020-2024)

PUBLIC HEALTH SPENDING AND WOMEN'S HEALTH: A NORTHEAST-SOUTHEAST COMPARISON (2020-2024)

GASTOS PÚBLICOS EN SALUD Y SALUD DE LA MUJER: UNA COMPARACIÓN NORDESTE-SUDESTE (2020-2024)

https://doi.org/10.56238/revgeov17n9-089

Data de submissão: 16/08/2026 **Data de publicação:** 16/09/2026

Ana Eliza Gonçalves Ribeiro
Graduada em Ciências Contábeis
Instituição: Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)
E-mail: ana.eliza14ribeiro@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0009-0008-5700-7031
Lattes: http://lattes.cnpq.br/3938076581432535

Otil Carlos Dias dos Santos
Doutor em Ciências da Saúde
Instituição: Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)
E-mail: otil.dias@unimontes.br
Orcid: https://orcid.org/0000-0001-7456-2426
Lattes: http://lattes.cnpq.br/7941383309283167

Gilvania Barbosa Sena
Mestra em Desenvolvimento Econômico e Estratégia Empresarial
Instituição: Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)
E-mail: gilvania.sena@unimontes.br
Orcid: https://orcid.org/0009-0003-1005-1821
Lattes: http://lattes.cnpq.br/1217334300248509

Kelly Jaciara Fernandes da Silva Nunes
Doutora em Controladoria e Contabilidade
Instituição: Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)
E-mail: kellyjaciaraf@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0000-0002-9676-646X
Lattes: http://lattes.cnpq.br/8701754979998018

Carlos José dos Santos
Doutor em Controladoria e Contabilidade
Instituição: Universidade Estadual de Goiás (UEG)
E-mail: carloscienc@hotmail.com
Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3575-9618
Lattes: http://lattes.cnpq.br/8550377151503084

ReGeo

ISSN: 2177-3246

Maurício Fernando Oliveira de Miranda
Doutorando em Controladoria e Contabilidade
Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
E-mail: mauriciofernando7@ufmg.br
Orcid: https://orcid.org/0009-0001-0129-1706
Lattes: http://lattes.cnpq.br/8675712096653223

Leonardo Dias Santos
Especialista em Gestão Fiscal e Tributária
Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas)
E-mail: leonardodiascec@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/7755252830003184

RESUMO
O Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha papel fundamental na promoção da saúde da mulher no Brasil, especialmente diante das desigualdades regionais que influenciam o acesso, a qualidade e a disponibilidade dos serviços de saúde. Nesse contexto, a presente pesquisa teve como objetivo analisar comparativamente os gastos públicos totais em saúde nas regiões Nordeste e Sudeste, no período de 2020 a 2024, relacionando-os a indicadores assistenciais relevantes. Trata-se de um estudo documental, de abordagem quantitativa, natureza descritiva e comparativa, desenvolvido a partir de dados secundários obtidos no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), DATASUS, SIH/SUS e SIA/SUS. Foram analisados os gastos públicos estaduais em saúde, bem como indicadores relacionados às consultas pré-natais, partos realizados, exames preventivos e procedimentos voltados ao câncer de mama e do colo do útero. Os resultados evidenciaram crescimento progressivo dos investimentos públicos em saúde em ambas as regiões, embora o Sudeste tenha apresentado maiores volumes absolutos e per capita de gastos, destacando-se o estado de São Paulo. O Nordeste, por sua vez, demonstrou maior dependência de transferências federais e limitações relacionadas à capacidade fiscal e estrutural. Observou-se ainda que maiores níveis de investimento tendem a se associar a melhores indicadores assistenciais, embora fatores administrativos, estruturais e socioeconômicos também influenciem a efetividade das políticas públicas. Na análise de correlação de Spearman, contudo, essa associação alcançou significância estatística apenas para as mamografias ($\rho = 0,626$; $p = 0,022$). Conclui-se que as desigualdades regionais no financiamento da saúde impactam diretamente a atenção à saúde da mulher, evidenciando a necessidade de fortalecimento da gestão pública, ampliação da capacidade de investimento e aprimoramento das políticas voltadas à promoção da equidade no SUS.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Gastos Públicos. SUS. Desigualdades Regionais. Gestão Pública.

ABSTRACT
The Unified Health System (SUS) plays a fundamental role in promoting women's health in Brazil, especially given the regional inequalities that affect access, quality, and availability of health services. In this context, this research aimed to comparatively analyze total public health spending in the Northeast and Southeast regions from 2020 to 2024, relating it to relevant care indicators. It is a documentary study with a quantitative approach, descriptive and comparative in nature, developed using secondary data obtained from the Public Health Budget Information System (SIOPS), DATASUS, SIH/SUS, and SIA/SUS. State public health spending was analyzed, as well as indicators related to prenatal consultations, deliveries performed, preventive exams, and procedures focused on breast and cervical cancer. The results showed a progressive growth of public health investments in

both regions, although the Southeast presented higher absolute and per capita spending, with the state of São Paulo standing out. The Northeast, in turn, demonstrated greater dependence on federal transfers and limitations related to fiscal and structural capacity. It was also observed that higher levels of investment tend to be associated with better health care indicators, although administrative, structural, and socioeconomic factors also influence the effectiveness of public policies. In the Spearman correlation analysis, however, this association reached statistical significance only for mammograms ($\rho = 0.626$; $p = 0.022$). It is concluded that regional disparities in health financing directly impact women's health care, highlighting the need to strengthen public management, expand investment capacity, and improve policies aimed at promoting equity in the SUS.

Keywords: Women's Health. Public Spending. SUS. Regional Inequalities. Public Management.

RESUMEN

El Sistema Único de Salud (SUS) desempeña un papel fundamental en la promoción de la salud de la mujer en Brasil, especialmente ante las desigualdades regionales que influyen en el acceso, la calidad y la disponibilidad de los servicios de salud. En este contexto, la presente investigación tuvo como objetivo analizar comparativamente los gastos públicos totales en salud en las regiones Nordeste y Sudeste, en el período de 2020 a 2024, relacionándolos con indicadores asistenciales relevantes. Se trata de un estudio documental, con enfoque cuantitativo, naturaleza descriptiva y comparativa, desarrollado a partir de datos secundarios obtenidos en el Sistema de Informaciones sobre Presupuestos Públicos en Salud (SIOPS), DATASUS, SIH/SUS y SIA/SUS. Se analizaron los gastos públicos estatales en salud, así como indicadores relacionados con consultas prenatales, partos realizados, exámenes preventivos y procedimientos dirigidos al cáncer de mama y del cuello uterino. Los resultados evidenciaron un crecimiento progresivo de las inversiones públicas en salud en ambas regiones, aunque el Sudeste presentó mayores volúmenes absolutos y per cápita de gastos, destacándose el estado de São Paulo. El Nordeste, a su vez, demostró mayor dependencia de transferencias federales y limitaciones relacionadas con la capacidad fiscal y estructural. Se observó además que mayores niveles de inversión tienden a asociarse con mejores indicadores asistenciales, aunque factores administrativos, estructurales y socioeconómicos también influyan en la efectividad de las políticas públicas. En el análisis de correlación de Spearman, sin embargo, esta asociación alcanzó significancia estadística solo para las mamografías ($\rho = 0,626$; $p = 0,022$). Se concluye que las desigualdades regionales en el financiamiento de la salud impactan directamente la atención a la salud de la mujer, evidenciando la necesidad de fortalecimiento de la gestión pública, ampliación de la capacidad de inversión y mejora de las políticas dirigidas a la promoción de la equidad en el SUS.

Palabras clave: Salud de la Mujer. Gastos Públicos. SUS. Desigualdades Regionales. Gestión Pública.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, constitui um dos principais instrumentos das políticas voltadas à saúde da mulher no Brasil, pautando-se nos princípios da universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 1988). Essas diretrizes conferem ao sistema caráter estratégico na promoção, prevenção e cuidado relacionados à saúde materna e infantil, à qualidade de vida e à consolidação da cidadania.

Entretanto, a efetividade dessas ações permanece marcada por desigualdades regionais persistentes. Diferenças na capacidade financeira, na infraestrutura e na disponibilidade de profissionais produzem cenários contrastantes que comprometem a equidade do sistema (Giovanella *et al.*, 2012). As regiões Nordeste e Sudeste ilustram de forma expressiva essas assimetrias: enquanto o Sudeste concentra maior arrecadação tributária e densidade tecnológica, o Nordeste enfrenta restrições históricas ligadas à dependência de transferências federais (Bahia, 2008).

Estudos anteriores já apontaram a persistência de desigualdades regionais na oferta de serviços de atenção primária e no acompanhamento pré-natal, mesmo diante da expansão da Estratégia Saúde da Família (Paim *et al.*, 2011). Contudo, ainda se observa uma lacuna na literatura quanto à análise conjunta dos gastos públicos totais em saúde e dos indicadores de cobertura assistencial voltados especificamente à saúde da mulher, o que motiva a presente investigação.

Diante desse cenário, o problema que orienta este estudo pode ser assim formulado: em que medida os gastos públicos totais em saúde nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil diferem em magnitude e composição, e como tais diferenças se relacionam com os indicadores assistenciais da atenção à saúde da mulher no período de 2020 a 2024?

Para responder a essa questão, definiu-se como objetivo geral comparar os gastos públicos totais em saúde nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, analisando sua magnitude, composição e relação com indicadores de cobertura e desfecho da atenção à saúde da mulher entre 2020 e 2024. Como objetivo específico, buscou-se relacionar, de forma descritiva, os gastos públicos totais em saúde a indicadores assistenciais associados à saúde da mulher**:** consultas de pré-natal, partos, mamografias, exames citopatológicos e procedimentos oncológicos de mama e colo do útero. Por se tratar de um estudo descritivo-comparativo baseado em dados secundários, não foram formuladas hipóteses causais a priori.

A relevância do estudo reside em compreender como os investimentos públicos influenciam o acesso, a cobertura e os resultados assistenciais nas duas regiões, contribuindo para o debate sobre o financiamento e a gestão do sistema de saúde e oferecendo subsídios a gestores e formuladores de

políticas públicas, especialmente em um contexto de restrição orçamentária e de crescente demanda por serviços de qualidade.

Além desta introdução, o artigo está estruturado em cinco seções: o referencial teórico, que situa a discussão no campo do financiamento público da saúde, do federalismo sanitário e das políticas de atenção à saúde da mulher; a metodologia, que detalha os procedimentos de coleta e análise dos dados; os resultados, que apresentam de forma objetiva os achados da pesquisa; a discussão, que interpreta esses achados à luz da literatura; e, por fim, as considerações finais, que retomam os objetivos, sintetizam as principais contribuições e apontam caminhos para pesquisas futuras.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.2 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

No campo das políticas de saúde da mulher, a literatura descreve uma trajetória de transição de um modelo assistencialista e centrado na maternidade para uma abordagem integral, que reconhece a mulher como sujeito de direitos (Osis, 1998). Até meados do século XX, as ações governamentais voltadas às mulheres tinham caráter biologicista e maternalista, privilegiando a proteção da maternidade em detrimento de uma visão mais ampla da saúde feminina (Galvan; Galvão; Zanesco, 2017).

A partir da década de 1970, o movimento feminista e a Reforma Sanitária Brasileira impulsionaram a ampliação do conceito de saúde e a inclusão das especificidades de gênero nas políticas públicas, o que resultou, em 1983, na criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Com a Constituição de 1988, as diretrizes do PAISM foram fortalecidas e incorporadas ao SUS, ampliando a cobertura e a estrutura organizacional das ações voltadas à saúde feminina (Souto; Moreira, 2021).

Em 2004, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que reafirmou a integralidade e a humanização do cuidado como princípios estruturantes, incorporando diretrizes voltadas ao planejamento familiar, à atenção obstétrica e neonatal e ao fortalecimento da atenção básica (Costa *et al.*, 2009). Indicadores de saúde reprodutiva e materna, como a cobertura de pré-natal, a realização de partos seguros e os programas de rastreamento oncológico, são amplamente utilizados na literatura como parâmetros do papel estratégico do Estado na promoção da equidade social em saúde (Leal *et al.*, 2018).

Apesar dos avanços institucionais, a literatura recente indica que a implementação dessas políticas permanece desigual entre regiões, com o Sudeste apresentando maior efetividade na execução das ações e o Nordeste enfrentando limitações estruturais, escassez de profissionais qualificados e

dificuldades logísticas (Souto; Moreira, 2021). Tal panorama de desigualdade na implementação reforça a necessidade de compreender os determinantes sociais e estruturais que condicionam o acesso das mulheres aos serviços de saúde nas diferentes regiões do país, tema tratado a seguir.

2.3 DETERMINANTES SOCIAIS E DESIGUALDADES REGIONAIS EM SAÚDE

A compreensão da saúde feminina no Brasil requer considerar os determinantes sociais, econômicos e culturais que moldam os processos de adoecimento. Fatores como renda, escolaridade, moradia e redes de apoio social contribuem para a configuração de desigualdades na saúde das mulheres (Buss; Pellegrini Filho, 2007), sendo essas condições moldadas pela distribuição desigual de poder, renda e recursos entre grupos e territórios (Solar; Irwin, 2010). Menores níveis de instrução e renda tendem a ampliar a exposição a riscos sociais e ambientais, reforçando vulnerabilidades (Marmot, 2015).

Do ponto de vista regional, o Brasil apresenta um histórico de desigualdades em saúde que se manifestam em dimensões socioeconômicas, demográficas e institucionais, tornando-se particularmente evidentes na comparação entre as regiões Sudeste e Nordeste (Albuquerque *et al.*, 2017). A distribuição desigual de profissionais e de infraestrutura tecnológica**,** concentrados nos grandes centros urbanos do Sudeste e do Sul, contribui para a escassez de especialistas no Nordeste (Artmann, 2019).

No campo específico do rastreamento oncológico feminino, estudos indicam que a baixa cobertura de exames preventivos, como a mamografia e o exame citopatológico, associa-se à descontinuidade de políticas públicas e às desigualdades estruturais históricas do SUS (Girianelli *et al.*, 2014). Pesquisas recentes reforçam que fatores raciais e territoriais aprofundam essas assimetrias, com mulheres residentes em regiões menos desenvolvidas enfrentando maiores barreiras de acesso aos serviços de saúde (Tomasiello *et al.*, 2024).

Em síntese, a literatura converge para o entendimento de que as desigualdades observadas na saúde da mulher não decorrem exclusivamente do volume de recursos financeiros disponíveis, mas resultam da interação entre financiamento, capacidade de gestão, estrutura da rede assistencial e determinantes sociais, o que justifica a análise conjunta de gastos públicos e indicadores assistenciais proposta neste estudo (Viacava *et al.*, 2018). É nesse contexto que a metodologia descrita a seguir foi delineada, buscando articular empiricamente as dimensões financeira e assistencial da atenção à saúde da mulher nas regiões Nordeste e Sudeste.

3 METODOLOGIA

Este estudo caracterizou-se como documental, de abordagem quantitativa e de natureza descritiva e comparativa, voltado à análise dos gastos públicos totais em saúde nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil e à sua relação com indicadores assistenciais da atenção à saúde da mulher, no período de 2020 a 2024. O recorte temporal foi selecionado por contemplar os anos mais recentes com dados consolidados disponíveis nos sistemas oficiais, incluindo o período da emergência em saúde pública decorrente da covid-19, cujos efeitos sobre a reorganização orçamentária e assistencial dos serviços de saúde são considerados na interpretação dos resultados.

O recorte espacial compreendeu os nove estados da região Nordeste (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe) e os quatro estados da região Sudeste (Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo). Os dados populacionais utilizados para os cálculos per capita foram obtidos junto ao Ministério da Saúde, por meio da plataforma DATASUS.

Os dados sobre gastos públicos em saúde foram coletados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), com base nos Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária (RREO), dos quais foram extraídas as despesas liquidadas totais da função saúde de cada estado. A partir desses valores, calculou-se o gasto per capita, definido pela razão entre a despesa total liquidada na função saúde e a população residente. Registra-se que os valores utilizados são nominais, sem correção por índice de preços (IPCA), de modo que parte do crescimento nominal observado no período pode refletir inflação acumulada, e não exclusivamente expansão real do investimento público, aspecto retomado como limitação na seção de Discussão. Registra-se, ainda, que os termos “gasto”, “despesa” e “investimento público em saúde” são empregados neste artigo em sentido amplo, como referência ao total de despesas liquidadas na função saúde, e não à categoria econômica “investimentos” da classificação orçamentária. Como limitação metodológica, ressalta-se a impossibilidade de isolar os gastos direcionados exclusivamente à saúde da mulher, uma vez que o SIOPS não disponibiliza dados orçamentários segmentados por gênero ou por ação assistencial específica. Em razão dessa restrição, utilizou-se o gasto público total em saúde como variável de aproximação (proxy), sob a premissa de que os indicadores assistenciais selecionados são influenciados pela eficiência da gestão orçamentária global e pela estrutura de média e alta complexidade financiada por tais recursos.

Os indicadores assistenciais (consultas de pré-natal, partos realizados, mamografias, exames citopatológicos do colo do útero e procedimentos relacionados aos cânceres de mama e do colo do útero) foram extraídos de bases já consolidadas dos sistemas oficiais de monitoramento do Ministério

da Saúde, prioritariamente o DATASUS (SIA/SUS e SIH/SUS), mantendo-se suas definições originais para garantir a comparabilidade entre regiões. Previamente à análise, os dados extraídos foram checados quanto à presença de valores ausentes, duplicidades e inconsistências de formatação (como separadores decimais divergentes entre planilhas), sendo padronizados em base única antes do cálculo dos indicadores estatísticos.

A relação entre os gastos públicos e os indicadores assistenciais foi explorada por meio de estatística descritiva, com medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (amplitude total, desvio padrão e coeficiente de variação), permitindo comparar faixas de gasto per capita e observar se níveis mais elevados de investimento se associam a melhores resultados assistenciais, sem a pretensão de estabelecer relações de causalidade estrita. Complementarmente, calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman (ρ) entre o gasto público per capita médio de cada estado (2020-2024) e a taxa de cada indicador assistencial por 100 mil habitantes no ano de 2024, considerando os 13 estados das duas regiões como unidades de observação, adotando-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). As estatísticas descritivas foram calculadas em planilha eletrônica (Microsoft Excel) e a correlação de Spearman foi processada em Python. Ressalva-se, contudo, que o estado foi adotado como unidade de análise por corresponder ao nível de agregação disponível nas fontes consultadas; esse recorte pode mascarar desigualdades intraestaduais, por exemplo, entre a capital e os municípios do interior, constituindo uma limitação inerente a estudos de natureza ecológica, retomada na Discussão.

4 RESULTADOS

Esta seção apresenta, de forma objetiva, os resultados relativos aos gastos públicos em saúde e aos indicadores assistenciais da atenção à saúde da mulher nas regiões Nordeste e Sudeste, no período de 2020 a 2024. A interpretação desses achados é apresentada na seção seguinte (Discussão).

4.1 GASTOS PÚBLICOS TOTAIS EM SAÚDE

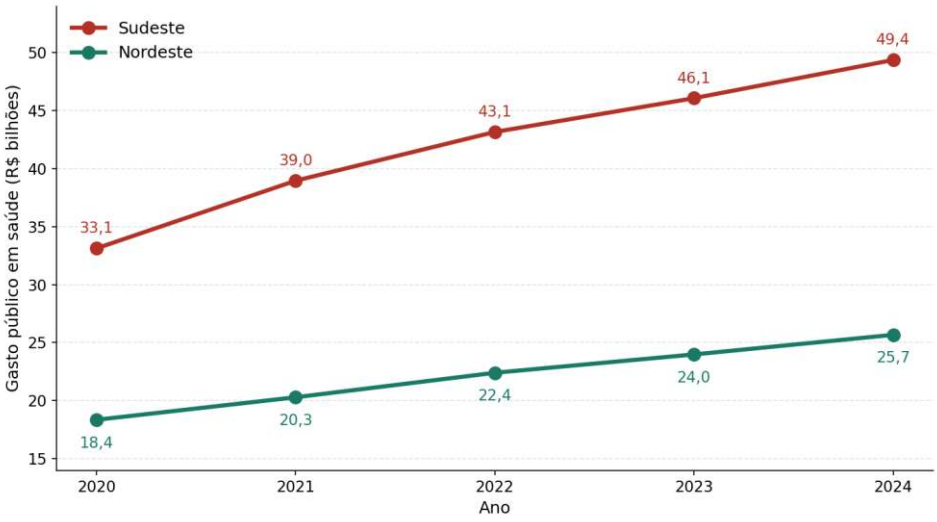
Tabela 1. Gastos públicos totais em saúde por região (R$ bilhões), 2020-2024.

Região	2020	2021	2022	2023	2024	Var. 2020-2024
Nordeste	18,35	20,29	22,40	23,98	25,67	+39,9%
Sudeste	33,12	38,95	43,15	46,06	49,35	+49,0%

Fonte: Relatórios Resumidos da Execução Orçamentária (RREO)/SIOPS. Elaborada pelos autores.

O gasto total do Nordeste passou de R$ 18,35 bilhões em 2020 para R$ 25,67 bilhões em 2024, o que representa um crescimento de 39,9% no período. No Sudeste, o gasto total passou de R$ 33,12 bilhões para R$ 49,35 bilhões, um crescimento de 49,0%. Em todos os anos analisados, o volume de gastos do Sudeste foi superior ao do Nordeste, sendo, em 2024, aproximadamente 1,9 vez maior.

Gráfico 1. Evolução dos gastos públicos em saúde por região (2020-2024)



Fonte: Relatórios Resumidos da Execução Orçamentária (RREO)/SIOPS. Elaborado pelos autores.

4.2 GASTO PÚBLICO PER CAPITA EM SAÚDE

Tabela 2. Estatísticas descritivas do gasto público per capita em saúde por região, 2020-2024

Descrição	Nordeste (R$)	Sudeste (R$)
Mínimo	262	308
Máximo	548	802
Média	411	505
Mediana (Q2)	408	460
Amplitude total	286	494
Desvio padrão (s)	72	143
Coeficiente de variação (CV)	18%	28%

Fonte: Elaborada pelos autores, com base em dados do SIOPS/DATASUS.

O gasto per capita no Nordeste, considerando as observações estado-ano do período, variou entre R$ 262 e R$ 548, com média de R$ 411 e mediana de R$ 408. No Sudeste, o gasto per capita

variou entre R$ 308 e R$ 802, com média de R$ 505 e mediana de R$ 460. O coeficiente de variação foi de 18% no Nordeste e de 28% no Sudeste.

4.3 INDICADORES ASSISTENCIAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Tabela 3. Indicadores assistenciais por região, totais em 2020 e 2024 e variação percentual (valores em milhares).

Indicador (mil)	NE 2020	NE 2024	Var. NE	SE 2020	SE 2024	Var. SE
Consultas de pré-natal	712,6	271,3	-61,9%	3.133,0	3.499,0	+11,7%
Partos realizados	340,2	245,0	-28,0%	380,6	292,3	-23,2%
Mamografias	526,9	1.050,0	+99,3%	1.314,0	2.155,0	+64,0%
Exames citopatológicos (colo do útero)	271,9	367,7	+35,2%	1.238,0	1.814,0	+46,5%
Procedimentos — câncer do colo do útero	751,5	1.285,0	+71,0%	1.574,0	2.148,0	+36,5%
Procedimentos — câncer de mama	743,6	1.276,0	+71,6%	1.566,0	2.140,0	+36,7%

Fonte: DATASUS — SIA/SUS e SIH/SUS. Elaborada pelos autores.

As consultas de pré-natal registradas no Nordeste reduziram de 712,6 mil para 271,3 mil (variação de -61,9%), enquanto no Sudeste passaram de 3.133,0 mil para 3.499,0 mil (variação de +11,7%). O número de partos realizados reduziu em ambas as regiões: de 340,2 mil para 245,0 mil no Nordeste (-28,0%) e de 380,6 mil para 292,3 mil no Sudeste (-23,2%). Os exames de mamografia aumentaram de 526,9 mil para 1.050,0 mil no Nordeste (+99,3%) e de 1.314,0 mil para 2.155,0 mil no Sudeste (+64,0%). Os exames citopatológicos do colo do útero aumentaram de 271,9 mil para 367,7 mil no Nordeste (+35,2%) e de 1.238,0 mil para 1.814,0 mil no Sudeste (+46,5%). Os procedimentos relacionados ao câncer do colo do útero aumentaram de 751,5 mil para 1.285,0 mil no Nordeste (+71,0%) e de 1.574,0 mil para 2.148,0 mil no Sudeste (+36,5%). Os procedimentos relacionados ao câncer de mama aumentaram de 743,6 mil para 1.276,0 mil no Nordeste (+71,6%) e de 1.566,0 mil para 2.140,0 mil no Sudeste (+36,7%).

Tabela 4. Estatísticas descritivas dos indicadores assistenciais por região, 2020-2024 (valores em milhares).

Indicador	Média NE	Mediana NE	CV NE	Média SE	Mediana SE	CV SE
Consultas de pré-natal (mil)	431	274	52%	2.876	2.855	16%
Partos realizados (mil)	302	304	13%	343	345	10%
Mamografias (mil)	875	929	24%	1.888	2.115	20%
Exames citopatológicos (mil)	395	410	20%	1.689	1.814	16%
Procedimentos colo do útero (mil)	1.027	1.051	21%	1.877	1.874	12%
Procedimentos câncer de mama (mil)	1.018	1.040	21%	1.868	1.864	12%

Fonte: DATASUS — SIA/SUS e SIH/SUS. Elaborada pelos autores.

O coeficiente de variação das consultas de pré-natal foi de 52% no Nordeste e de 16% no Sudeste. Para os partos realizados, o coeficiente de variação foi de 13% no Nordeste e de 10% no Sudeste. Para as mamografias, foi de 24% no Nordeste e de 20% no Sudeste. Para os exames citopatológicos, foi de 20% no Nordeste e de 16% no Sudeste. Para os procedimentos relacionados ao câncer do colo do útero e ao câncer de mama, o coeficiente de variação foi de 21% no Nordeste e de 12% no Sudeste, em ambos os indicadores.

4.4 CORRELAÇÃO ENTRE GASTO PER CAPITA E INDICADORES ASSISTENCIAIS

Para avaliar de forma mais rigorosa a associação entre financiamento e cobertura assistencial, calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman (ρ) entre o gasto público per capita médio de cada estado (2020-2024) e a taxa de cada indicador assistencial por 100 mil habitantes no ano de 2024, considerando os 13 estados das duas regiões. A Tabela 5 apresenta os resultados.

Tabela 5. Correlação de Spearman entre gasto público per capita estadual (média 2020-2024) e indicadores assistenciais por 100 mil habitantes (2024).

Indicador assistencial (taxa por 100 mil hab., 2024)	ρ (Spearman)	p-valor
Consultas de pré-natal	-0,071	0,817
Partos realizados	-0,005	0,986
Mamografias	0,626	0,022
Exames citopatológicos	0,401	0,174
Procedimentos câncer do colo do útero	0,181	0,553
Procedimentos câncer de mama	0,176	0,566

Fonte: Elaborada pelos autores, com base em dados do SIOPS e do DATASUS (n = 13 estados)

Ao nível de significância de 5%, apenas a correlação entre gasto per capita e o volume de mamografias por 100 mil habitantes mostrou-se estatisticamente significativa ($\rho = 0,626$; $p = 0,022$). Para os demais indicadores (consultas de pré-natal, partos realizados, exames citopatológicos e procedimentos oncológicos de colo do útero e de mama), os coeficientes não atingiram significância estatística ao nível adotado ($p > 0,05$).

5 DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam um padrão consistente de desigualdade regional no financiamento público da saúde, com o Sudeste apresentando volumes de gastos absolutos e per capita sistematicamente superiores aos do Nordeste ao longo de todo o período analisado. Essa diferença pode ser explicada pela maior capacidade arrecadatória dos estados do Sudeste, sobretudo São Paulo, cuja estrutura econômica mais diversificada favorece maior autonomia fiscal (Rezende *et al.*, 2001). O elevado coeficiente de variação do gasto per capita no Sudeste (28%, contra 18% no Nordeste) sugere que a maior capacidade de investimento dessa região não se distribui de forma homogênea entre seus estados, revelando disparidades internas relevantes.

No Nordeste, a menor dispersão relativa do gasto per capita (CV de 18%) é compatível com a interpretação de que a maior dependência de transferências federais vinculadas tende a padronizar o ritmo de gastos entre os estados da região (Ocké-Reis, 2018). Essa homogeneidade, entretanto, ocorre em um patamar de investimento inferior ao do Sudeste, o que reforça a leitura de que o financiamento da saúde no Brasil permanece condicionado pela capacidade fiscal de cada ente federativo,

corroborando os achados de Piola *et al.* (2013) sobre o papel da base econômica regional no financiamento do sistema de saúde.

Quanto aos indicadores assistenciais, os resultados sugerem uma associação entre maior gasto público e maior estabilidade na oferta de serviços, especialmente no caso das consultas de pré-natal: o Sudeste, com maior gasto médio, apresentou também menor coeficiente de variação (16%) e crescimento positivo no volume de consultas, ao passo que o Nordeste registrou queda expressiva (-61,9%) e maior instabilidade (CV de 52%). Segundo Mendes e Marques (2014), essas diferenças no interior de uma mesma região refletem a desigual capacidade de organização dos serviços de saúde de cada estado, o que é compatível com a maior dispersão observada no Nordeste.

Essa leitura, contudo, deve ser matizada pelos resultados da correlação de Spearman (Tabela 5): entre os seis indicadores analisados no nível estadual, apenas o volume de mamografias apresentou associação estatisticamente significativa com o gasto per capita ($\rho = 0,626$; $p = 0,022$), ao passo que as consultas de pré-natal e os partos realizados não mostraram correlação relevante (ρ próximo de zero; $p > 0,80$). Isso indica que a relação entre financiamento e cobertura assistencial não é uniforme entre os indicadores: parece mais robusta para procedimentos de maior densidade tecnológica, como a mamografia, cuja oferta depende de equipamentos concentrados em poucos serviços de referência, e mais fracamente explicada pelo gasto estadual agregado no caso de indicadores de atenção básica, como o pré-natal, cuja cobertura depende também da organização municipal da rede em nível de gestão não capturado pela análise por estado.

Nessa mesma direção, observa-se que o crescimento proporcional dos exames de mamografia e dos procedimentos oncológicos foi, em termos percentuais, mais expressivo no Nordeste do que no Sudeste**,** o que pode ser interpretado, à luz de Travassos *et al.* (2008), como reflexo da expansão de uma rede assistencial ainda em consolidação na região, partindo de patamares mais baixos, e não necessariamente como sinal de maior eficiência per capita, uma vez que os volumes absolutos do Sudeste permaneceram substancialmente superiores em todos os anos. Essa constatação é consistente com a leitura de Girianelli *et al.* (2014), para quem a persistência de assimetrias na cobertura de exames preventivos, como a mamografia e o citopatológico, reflete desigualdades estruturais históricas do SUS que não se resolvem apenas com o crescimento do gasto público.

A redução observada no número de partos realizados em ambas as regiões**,** mais acentuada no Nordeste (-28,0%) do que no Sudeste (-23,2%), não deve ser interpretada isoladamente como retração da assistência obstétrica, podendo estar associada, entre outros fatores, à transição demográfica brasileira e à redução das taxas de fecundidade, fenômeno já discutido na literatura demográfica nacional. Da mesma forma, a queda acentuada nas consultas de pré-natal no Nordeste no período

analisado coincide, em parte, com os anos de reorganização orçamentária e assistencial provocada pela pandemia de covid-19, o que sugere que parte da variação observada pode refletir o adiamento de procedimentos eletivos nesse intervalo, e não exclusivamente uma redução da demanda.

Em conjunto, os resultados corroboram a literatura que associa maiores níveis de investimento público a melhores condições estruturais de oferta de serviços de saúde (Piola *et al.*, 2013; Viacava *et al.*, 2018), mas também confirmam que o volume de recursos, isoladamente, não garante equidade nem efetividade assistencial, dependendo da capacidade de gestão e da organização da rede em cada território (Arretche, 2010). Esse padrão reforça a compreensão, já apontada por Ocké-Reis (2018) e por Contarato, Lima e Leal (2019), de que o subfinanciamento relativo do Nordeste e sua maior dependência de transferências federais constituem fatores estruturais que limitam a efetividade das políticas de atenção à saúde da mulher na região, mesmo diante do crescimento constante dos gastos observado no período.

Como limitações, destaca-se que os dados do SIOPS não permitem isolar os gastos exclusivamente destinados à saúde da mulher, o que exigiu o uso do gasto total em saúde como variável de aproximação. Além disso, o desenho descritivo e documental do estudo não permite o estabelecimento de relações de causalidade entre financiamento e resultados assistenciais, apenas associações descritivas entre as variáveis analisadas. Adicionalmente, os valores de gasto público utilizados são nominais, sem deflacionamento por índice de preços, o que pode superestimar o crescimento real dos investimentos ao longo do período; e a unidade de análise estadual não captura desigualdades intraestaduais entre capitais e municípios do interior, podendo mascarar disparidades relevantes dentro de cada região, configurando uma limitação típica de estudos de natureza ecológica, à qual se soma o número reduzido de observações (13 estados; 5 anos), que restringe o poder estatístico da correlação de Spearman e recomenda cautela na generalização dos resultados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo comparar os gastos públicos totais em saúde nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, analisando sua magnitude e relacionando-os a indicadores assistenciais da atenção à saúde da mulher no período de 2020 a 2024. Os resultados evidenciaram que ambas as regiões apresentaram crescimento progressivo dos investimentos públicos em saúde, mas o Sudeste manteve níveis superiores tanto em valores absolutos quanto em gasto per capita, com destaque para o estado de São Paulo. O Nordeste, por sua vez, apresentou avanço contínuo dos gastos, porém associado a maior dependência de transferências federais e menor capacidade fiscal.

Quanto aos indicadores assistenciais, observou-se que níveis mais elevados de investimento tendem a se associar a maior estabilidade e regularidade na oferta de serviços relacionados à saúde da mulher, especialmente no acompanhamento pré-natal. Contudo, os resultados também demonstraram que o aumento dos gastos, isoladamente, não garante plena efetividade das políticas públicas, uma vez que fatores estruturais, administrativos e socioeconômicos influenciam significativamente a qualidade e a eficiência dos serviços ofertados. A correlação de Spearman confirmou essa associação apenas para o indicador de maior densidade tecnológica (mamografias), não se sustentando estatisticamente para o acompanhamento pré-natal e os partos realizados, o que reforça a conclusão de que o volume de gasto, por si só, não é suficiente para explicar o desempenho de indicadores dependentes principalmente da organização da atenção básica municipal.

Dessa forma, o estudo responde ao problema de pesquisa proposto ao demonstrar que as diferenças entre os gastos públicos das regiões Nordeste e Sudeste ultrapassam a dimensão financeira, refletindo desigualdades históricas relacionadas à infraestrutura, à capacidade de gestão, à disponibilidade de profissionais e à organização da rede assistencial**,** fatores que impactam diretamente os indicadores de saúde da mulher e reforçam os desafios enfrentados pelo SUS na promoção da equidade regional.

Como principal contribuição, a pesquisa oferece uma análise integrada entre financiamento público e indicadores assistenciais específicos da saúde da mulher, contribuindo para o debate sobre gestão orçamentária e equidade regional no SUS. Entre as limitações do estudo, destaca-se a impossibilidade de isolar, nas bases oficiais consultadas, os gastos exclusivamente voltados à saúde da mulher, bem como o uso de dados secundários, que restringe análises mais aprofundadas sobre aspectos qualitativos da gestão local.

Para pesquisas futuras, recomenda-se o aprofundamento da relação entre financiamento público e qualidade dos serviços de saúde da mulher, incorporando indicadores qualitativos, variáveis socioeconômicas adicionais e análises em nível municipal, além de estudos voltados à eficiência da gestão pública e à distribuição territorial dos serviços como estratégias para a redução das desigualdades regionais em saúde.

FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE E FEDERALISMO SANITÁRIO

A trajetória do sistema de saúde brasileiro é marcada pela ruptura promovida pela Constituição Federal de 1988, que redefiniu a saúde como direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988). Esse novo paradigma culminou na criação do SUS, estruturado sobre os princípios da universalidade,

integralidade e equidade e sobre diretrizes organizativas de descentralização e participação social (Paim, 2018).

O financiamento do SUS reflete o federalismo fiscal brasileiro, com competências partilhadas entre União, Estados e Municípios. A Emenda Constitucional nº 29/2000, regulamentada pela Lei Complementar nº 141/2012, definiu percentuais mínimos de investimento em saúde para cada esfera de governo, conferindo maior previsibilidade orçamentária (Brasil, 2012). Apesar desse avanço normativo, Dain (2007) e Contarato, Lima e Leal (2019) apontam que o subfinanciamento do sistema e a crise fiscal produzem efeitos negativos sobre a distribuição de recursos entre regiões, especialmente as mais pobres.

A descentralização ampliou a proximidade das ações com as necessidades locais, mas também evidenciou desigualdades regionais na capacidade de gestão e de arrecadação (Menicucci; Gomes, 2018). Enquanto estados com maior base econômica, como os do Sudeste**,** conseguem complementar os recursos federais com receita própria, unidades federativas do Nordeste permanecem mais dependentes de transferências da União (Arretche, 2018). Vieira e Benevides (2016) destacam ainda que mudanças no regime fiscal brasileiro impõem novos desafios ao financiamento e à efetivação do direito à saúde. Esse conjunto de fatores ajuda a explicar por que, mesmo diante de avanços legais expressivos, o financiamento da saúde no Brasil permanece marcado por assimetrias regionais persistentes (Ocké-Reis, 2018; Piola *et al.*, 2013). Esse cenário de desigualdade financeira estrutural constitui o pano de fundo sobre o qual se desenvolvem as políticas voltadas à saúde da mulher, examinadas na subseção seguinte.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017.

ARRETCHE, Marta. Democracia e redução da desigualdade econômica no Brasil: a inclusão dos outsiders. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 33, n. 96, p. e339613, 2018.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? Dados, v. 53, n. 3, p. 587-620, 2010.

ARTMANN, Elizabeth. Regionalização e desigualdades na saúde: aposta na capacidade articuladora da linguagem. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. Suppl 2, p. e00087619, 2019.

BAHIA, Ligia. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, n. 5, p. 1385-1397, 2008.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

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 pelos entes da Federação em ações e serviços públicos de saúde e estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Produção ambulatorial (SIA/SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/producao-ambulatorial-sia-sus/. Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Produção hospitalar (SIH/SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde,. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/. Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Base de dados. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops. Acesso em: 10 jun. 2025.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 17, p. 77-93, 2007.

CONTARATO, P. C.; LIMA, L. D.; LEAL, R. M. Crise e federalismo: tendências e padrões regionais das receitas e despesas em saúde dos estados brasileiros. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 12, p. 4415-4426, 2019.

COSTA, Glauce Dias da *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 62, p. 113-118, 2009.

DAIN, Sulamis. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, p. 1851-1864, 2007.

GALVAN, Jessica; GALVÃO, Natália; ZANESCO, Camila. Evolução histórica nas políticas de saúde da mulher e da criança a nível nacional. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 6, p. 979-985, 2017.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Ed.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GIRIANELLI, Vania Reis; GAMARRA, Carmen Justina; AZEVEDO E SILVA, Gulnar. Os grandes contrastes na mortalidade por câncer do colo uterino e de mama no Brasil. Revista de Saúde Pública, v. 48, p. 459-467, 2014.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 1915-1928, 2018.

MARMOT, Michael. The health gap: the challenge of an unequal world. The Lancet, v. 386, n. 10011, p. 2442-2444, 2015.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate, v. 38, p. 900-916, 2014.

MENICUCCI, Telma; GOMES, Sandra. Políticas sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 2035-2042, 2018.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 14, p. S25-S32, 1998.

PAIM, Jairnilson *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 1723-1728, 2018.

PIOLA, Sérgio Francisco *et al.* Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Rio de Janeiro: Ipea, 2013.

REZENDE, Fernando *et al.* Finanças públicas. São Paulo: Atlas, 2001.

SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2010.

SOUTO, Kátia; MOREIRA, Marcelo Rasga. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. Saúde em Debate, v. 45, n. 130, p. 832-846, 2021.

TOMASIELLO, Diego B. *et al.* Desigualdades raciais e de renda no acesso à saúde em cidades brasileiras. Journal of Transport & Health, v. 34, p. 101722, 2024.

TRAVASSOS, Cláudia *et al.* Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 215-243.

VIACAVA, Francisco *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 1751-1762, 2018.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília, DF: Ipea, 2016.