

COORDENAÇÃO DE METAS DE DESEMPENHO NA SAÚDE PÚBLICA

Segundo o art. 196 da Constituição, “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Segundo a norma, esse direito é “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. O direito à saúde é igualmente previsto como direito fundamental social no art. 6º da CF, segundo o qual são direitos sociais a “educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

A saúde, reconhecida internacionalmente como direito humano, tornou-se objeto de tutela pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que, no preâmbulo de sua Constituição em 1946, assim a conceitua: “Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Segundo Pinto:

Em sua acepção subjetiva, qualquer cidadão pode pretender exigir o respeito ao seu direito de acesso universal e gratuito às ações e serviços públicos de saúde, inclusive acionando, se necessário, o Poder Judiciário, na forma do art. 5º, XXXV, da CR/1988. Já em sua perspectiva objetiva, a parte final do caput do art. 196 encarregou-se de dizer que o dever do Estado de promover a saúde deverá ser desempenhado mediante políticas sociais e econômicas (por definição, progressivas), que devem cumprir os fins institucionais⁷⁹ identificados constitucionalmente.¹

¹ PINTO, Élica Graziane. *Financiamento dos direitos à saúde e à educação: uma perspectiva constitucional*. Belo Horizonte: Fórum, 2017, p. 80.

Na visão de Sarlet, no âmbito do direito fundamental à saúde, manifesta-se de forma mais contundente a “vinculação do seu objeto (prestações materiais na esfera da assistência médica, hospitalar etc.)” com o direito à vida e com o princípio da dignidade da pessoa humana.²

O Sistema Único de Saúde, arquitetura da política pública de saúde no Brasil segue os princípios da universalidade (direito de todos), equidade (igual acesso a todos) e integralidade (atendimento integral de serviços).

Wilson Maingué Neto sustenta que, diante de um eventual conflito entre os princípios da universalidade, integralidade e igualdade na distribuição de bens e serviços no âmbito do SUS, não há solução plenamente satisfatória que permita compatibilizar simultaneamente os três postulados. Para o autor, é possível alcançar uma compatibilização aceitável apenas entre os princípios da universalidade e da igualdade. Isso porque, na medida em que se aprofunda a integralidade – compreendida como a oferta de todos os tratamentos possíveis, independentemente de seu custo –, enfraquece-se a universalidade do sistema e esvazia-se, em igual medida, o princípio da igualdade.³

Maingué Neto ressalta que a razão de ser do SUS reside na universalidade, princípio que ocupa posição de destaque tanto no capítulo da seguridade social da Constituição Federal, ao dispor sobre a “universalidade da cobertura e do atendimento”, quanto no próprio capítulo dedicado à saúde, que consagra a saúde como “direito de todos”. À luz dessa perspectiva, o autor argumenta que é concebível a existência de um sistema público de saúde sem a plena integralidade, mas jamais sem a observância dos princípios da universalidade e da igualdade.⁴

No Brasil, a evolução do financiamento das políticas de saúde foi lento e somente se tornou mais sólido a partir da Constituição de 1988, em especial, após os anos 2000.

O século anterior à promulgação da Constituição de 1988 foi marcado por políticas de saúde em forma de seguro e de caráter contraprestacional, restringindo o acesso de várias camadas da população aos serviços básicos de saúde. Denota-se um período caracterizado pelo predomínio de instituições previdenciárias na

² SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional*. 12. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2015, p. 276.

³ MAINGUÉ NETO, Wilson. *Efetivação do Direito à Assistência à Saúde*. São Paulo: Max Limonad, 2016, p. 280-283.

⁴ MAINGUÉ NETO, Wilson. *Efetivação do Direito à Assistência à Saúde*. São Paulo: Max Limonad, 2016, p. 280-283.

gestão e prestação dos serviços de saúde, com forte presença de entidades privadas no setor. Ressalta-se que essas entidades privadas eram frequentemente financiadas por dinheiro público, inclusive para a construção de hospitais e clínicas particulares. Nas palavras de Ricart César Coelho dos Santos:

Durante o período da colônia, praticamente não havia uma preocupação por parte da Coroa portuguesa a respeito da saúde pública. Com efeito, não havia uma relação direta entre saúde e sociedade até o século XVIII.

No século XIX, o país passa por profundas transformações políticas e econômicas que atingem também a medicina. É nesse período que esta passa a apresentar duas de suas características encontradas até os dias atuais: sua inserção na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo da reflexão e da prática médica, e sua situação como apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado.

A vinda da família real portuguesa para o Rio de Janeiro em 1808 trouxe transformações para a Administração Pública, inclusive na área de saúde. A cidade torna-se o centro das ações sanitárias. Por ordem real, são fundadas as academias médico-cirúrgicas.

Já durante a Primeira República, ganhou força um movimento de Reforma Sanitária, integrado por jovens médicos, que obteve alguns êxitos. Dentre estes, encontra-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920. Nesse período, foram estabelecidas as bases para a o surgimento de um Sistema Nacional de Saúde, caracterizado pela concentração e pela verticalização das ações no governo central.⁵

Segundo Arretche, até a Constituição de 1988, as redes de saúde pública e de assistência médica operavam de modo inteiramente independente. Em suas palavras: “Além de dual e seletivo, o desenho organizacional da política de saúde no Brasil caracterizava-se por forte centralização decisória e operacional”.⁶

Ainda de acordo com Arretche, até o final da década de 1980, o Brasil apresentava um arranjo institucional dual e seletivo no que se refere à prestação de serviços de atenção à saúde.

Por um lado, existia a estrutura voltada à saúde pública, composta pelo Ministério da Saúde (criado em 1932) e pelas secretarias e órgãos de saúde dos estados e municípios, responsáveis pela implementação de ações de natureza preventiva

⁵ SANTOS, Ricart César Coelho dos. *Financiamento da Saúde Pública no Brasil*. Belo Horizonte: Fórum, 2016, p. 69.

⁶ ARRETCHÉ, Marta. *O processo de descentralização das políticas sociais no Brasil e seus determinantes*. Tese (Doutorado em Ciências Políticas) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998, p. 204.

dirigidas à população em geral, tais como campanhas de vacinação e atividades de vigilância sanitária.⁷ O acesso a esses serviços sempre se deu por meio de princípios não contributivos, isto é, não condicionados a vínculos formais de trabalho ou contribuições previdenciárias, e, portanto, não seletivos. Além das ações de saúde pública, essas unidades também ofereciam, de forma assistencial, serviços médicos à parcela da população não abrangida pelo sistema previdenciário, em particular os não segurados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), recorrendo, assim, à rede pública estadual e municipal de forma gratuita.⁸

Por outro lado, a autora explica que coexistia o sistema de seguro-saúde, vinculado ao modelo previdenciário. As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) e os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) eram responsáveis pela prestação de serviços médicos a seus segurados. Ainda que de forma heterogênea, o sistema previdenciário brasileiro incorporava, desde suas origens, o componente de atenção médica, ancorado no princípio contributivo. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967, houve a unificação das CAP e dos IAs, bem como a homogeneização dos benefícios. Foi nesse contexto que se instituiu o Inamps, órgão incumbido de gerir o segmento de seguro-saúde do novo sistema, estruturado com base em uma rede hospitalar e ambulatorial.⁹

Nesse modelo, o acesso aos serviços médicos exigia vínculo contributivo com o INPS, o que, embora tenha permitido a ampliação do acesso à assistência médica não resultou em sua universalização. O atendimento permanecia restrito aos segurados do sistema previdenciário, não configurando, portanto, um direito universal à saúde.¹⁰ O Quadro 8.1 explicita a evolução das políticas públicas de saúde no Brasil, que sempre tiveram um vínculo com políticas previdenciárias.

⁷ ARRETCHE, Marta. *O processo de descentralização das políticas sociais no Brasil e seus determinantes*. Tese (Doutorado em Ciências Políticas) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998, p. 15.

⁸ ARRETCHE, Marta. *O processo de descentralização das políticas sociais no Brasil e seus determinantes*. Tese (Doutorado em Ciências Políticas) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998, p. 15.

⁹ ARRETCHE, Marta. *O processo de descentralização das políticas sociais no Brasil e seus determinantes*. Tese (Doutorado em Ciências Políticas) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998, p. 203.

¹⁰ ARRETCHE, Marta. *O processo de descentralização das políticas sociais no Brasil e seus determinantes*. Tese (Doutorado em Ciências Políticas) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998, p. 204.

Quadro 8.1 História constitucional da política de saúde no Brasil

1824 Constituição Imperial	1891 Constituição Republicana	1934 Constituição Pós-Revolução de 1930	1937 Constituição do Estado Novo	1946 Primeira redemocratização	1967/1969 Constituição do Regime Militar
– Não havia previsão constitucional sobre fundos públicos ou vinculação de receitas.	– Início da vinculação de receitas a fins específicos, sem base constitucional. – 1923: Lei Eloy Chaves. Marco inicial da Previdência Social brasileira. Criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) para os empregados das estradas de ferro. – Lei Eloy Chaves. Previu financiamento tripartite: empresa, empregados e Estado. Previu aposentadoria por idade, invalidez e pensões. Era restrita a categorias específicas e tinha caráter corporativo e fragmentado. – 1932: criação do Ministério da Saúde. – 1933: criação do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM).	– Art. 157: obrigação de União, Estados e DF formarem fundos de educação com recursos patrimoniais e sobras orçamentárias. – Previsão de aplicação dos fundos em obras educativas e assistência a alunos (inclusive saúde dentária e médica). – Decreto n. 21.335/1932: criação do Fundo Especial de Educação e Saúde (federal, com recurso vinculado via taxa sobre documentos). – Receita partilhada: 2/3 para saúde (saneamento e profilaxia) e 1/3 para educação.	– Não tratou de vinculações de receitas ou fundos. – Criação de novos IAP para categorias como bancários, industriários, comerciários, entre outros: IAPC (Comerciários), IAPI (Industriários), IAPB (Bancários), entre outros. – Forte segmentação e desigualdade de tratamento entre categorias.	– Decreto-lei n. 9.846/46: criação do Fundo de Assistência Hospitalar. – Recursos provenientes de adicional sobre imposto de consumo de bebidas. 50% da arrecadação destinada à saúde e 50% à educação (Fundo Nacional do Ensino Primário). – Reforça a recorrente vinculação conjunta entre educação e saúde nas políticas públicas do período. – 1960 – Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) – Lei n. 3.807/60.	– 1966: unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) no INPS – centralização dos serviços de saúde e previdência para trabalhadores urbanos formais. – Ênfase na medicina curativa e assistência previdenciária; forte presença de entidades privadas financiadas com dinheiro público. – Decreto-lei n. 204/67: criou o Fundo Especial de Financiamento da Assistência Médica (Fefam) com recursos da exploração de loterias. – Lei n. 6.439/77: criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), com o objetivo de integrar Previdência, Assistência e Saúde sob coordenação estatal. – Reforma institucional priorizou modelos centralizados, tecnocráticos e setoriais.

Fonte: elaborado pelo autor.

Na década de 1980, durante a redemocratização, evidenciou-se um fortalecimento do movimento sanitário, crítica ao modelo curativo e à assistência privatizada. Antecederam a criação do Sistema Único de Saúde acontecimentos como: a) a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, em que houve o lançamento das bases da reforma sanitária (universalização, equidade e descentralização); e b) a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987.

O SUS, instituído pela Constituição de 1988, constitui produto direto das mobilizações e propostas elaboradas por diversos segmentos da sociedade civil comprometidos com a reforma sanitária. O conteúdo da seção dedicada à saúde no texto constitucional reflete, em grande medida, as formulações construídas pelos sanitaristas, as quais foram formalmente apresentadas à Assembleia Nacional Constituinte por meio de emenda popular. Além do relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde – realizada em Brasília, em setembro de 1986 –, destacaram-se nesse processo os documentos elaborados pelo Grupo Assessor para a Reforma Sanitária do Ministério da Saúde, bem como as propostas apresentadas por entidades como o Conselho Federal de Medicina e a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), que desempenharam papel relevante na consolidação do projeto que resultaria na criação do SUS.¹¹

Ao contrário das políticas educacionais, o arranjo constitucional da política pública de saúde na Constituição Federal de 1988 não promoveu uma repartição explícita e detalhada de atribuições entre os entes federativos. No lugar, o poder constituinte optou por estabelecer de forma clara o modelo institucional para a execução integrada das ações de saúde: o Sistema Único de Saúde. O sistema brasileiro de saúde pública se estrutura como mecanismo procedimental obrigatório, nos termos do art. 198 da Carta Magna, para a atuação coordenada da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no dever de prestar ações e serviços públicos de saúde.

A Constituição de 1988 atribui competências materiais para União, estados, Distrito Federal e municípios, prevista no art. 23, II, qual seja: cuidar da saúde e da assistência pública, bem como da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência.

No exercício do papel de coordenação federativa, a União exerce o papel de redistribuir receita para as políticas de saúde no âmbito dos estados e municípios, mas sob critérios definidos em legislação infraconstitucional (leis complementares, leis ordinárias federais e normas operacionais básicas editadas pelo Ministério da Saúde).

¹¹ DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988.

No âmbito das competências materiais, a organização da atenção à saúde no Brasil, conforme a Portaria n. 4.279/2010, estrutura-se em três níveis hierarquizados: atenção primária (baixa complexidade), secundária (média complexidade) e terciária (alta complexidade). Essa segmentação visa assegurar a integralidade do cuidado, com base em parâmetros da OMS, buscando promover o acesso equitativo, a qualidade e a resolutividade dos serviços prestados pelo SUS. A atenção primária geralmente fica a cargo dos municípios, enquanto a atenção especializada de média e alta complexidade fica geralmente a cargo dos estados, com uma menor participação da União.¹²

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa a porta de entrada preferencial do SUS, sendo composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com cobertura nacional. Nessa etapa, realizam-se ações de prevenção, promoção da saúde e atendimento clínico básico por equipes multiprofissionais, havendo atuação também em espaços comunitários, com práticas integrativas e visitas domiciliares. A etapa da atenção primária contribui para a redução de internações e custos com doenças evitáveis e é capaz de resolver a maior parte dos agravos à saúde e encaminhar, quando necessário, para atenção especializada.¹³

A atenção especializada divide-se em média e alta complexidade. A média complexidade abrange serviços ambulatoriais especializados (pediatria, cardiologia, psiquiatria etc.), atendimento em *Unidade de Pronto Atendimento* (UPA) 24 horas e atuação do SAMU 192. A alta complexidade compreende hospitais de grande porte e procedimentos que exigem tecnologia avançada e alto custo (oncologia, transplantes, UTI e cirurgias especializadas).¹⁴

Os três níveis operam de forma interdependente, com a APS articulando o encaminhamento para os serviços especializados. A atenção secundária faz a ponte entre a APS e os hospitais de alta complexidade, que tratam os casos mais graves ou não resolvidos. O modelo busca garantir continuidade do cuidado, com acesso regulado por critérios técnicos e clínicos.¹⁵

Essa rede hierarquizada é central para a efetivação do princípio da integralidade do SUS e para a racionalização do uso dos recursos públicos, priorizando a atenção preventiva e a resolutividade local sempre que possível.

¹² BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção primária e atenção especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. *Gov.br*, 28 mar. 2022.

¹³ BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção primária e atenção especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. *Gov.br*, 28 mar. 2022.

¹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção primária e atenção especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. *Gov.br*, 28 mar. 2022.

¹⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção primária e atenção especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. *Gov.br*, 28 mar. 2022.

8.1 COMPETÊNCIAS LEGISLATIVAS

A Constituição Federal estabelece as seguintes competências legislativas em matéria sanitária. Atribui-se competência legislativa concorrente à União, aos estados e ao Distrito Federal, nos termos do art. 24, XII, para legislar sobre proteção e defesa da saúde. Adicionalmente, atribuiu-se aos municípios, conforme o art. 30, II, a prerrogativa de suplementar a legislação federal e estadual no que couber, além do dever de prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados, os serviços de atendimento à saúde da população.

Complementarmente, o art. 200 da CF especificou o rol de atribuições do SUS, o qual deve operar como instrumento institucional por meio do qual se viabiliza, na prática, a execução integrada das ações e serviços públicos de saúde.

Apenas após a edição da Lei n. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), que se estabeleceu, de modo mais sistemático e preciso, a repartição de funções entre os diferentes níveis federativos. Coube à legislação infraconstitucional a tarefa de regulamentar os princípios constitucionais de descentralização e cooperação intergovernamental, delineando atribuições específicas e viabilizando, em termos operacionais, a concretização do SUS.

Nos termos do art. 16 da referida lei, compete à União, entre outras atribuições: i) a elaboração de normas gerais sobre o sistema; ii) a prestação de cooperação técnica e financeira aos demais entes federados visando ao aprimoramento de sua atuação institucional; iii) a promoção da descentralização dos serviços e ações de saúde para os estados e municípios, conforme a abrangência respectiva; iv) o acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais; e v) a formulação do Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com estados, municípios e o Distrito Federal.

Por sua vez, o art. 17 da Lei n. 8.080/90 atribui aos estados, principalmente, a responsabilidade de suplementar as normas federais, promover a descentralização dos serviços para os municípios, prestar-lhes apoio técnico-financeiro e, apenas subsidiariamente, assumir a execução direta de ações e serviços de saúde.

Finalmente, a competência dos municípios, conforme previsto no art. 18 da mesma lei, concentra-se na execução direta e na gestão operacional do sistema de saúde, sendo eles os responsáveis primários pela entrega cotidiana dos serviços de atenção à saúde à população.

Apresentadas as competências sanitárias dos níveis da federação, o próximo passo consiste na análise das regras e princípios voltados à repartição dos encargos financeiros para sustentar o SUS – aspecto este que tem se mostrado especialmente conflituoso e em que os avanços institucionais têm sido limitados, sobretudo desde a promulgação da EC n. 29/2000.

8.2 COMPETÊNCIAS FINANCEIRAS

Seguindo a tendência da redemocratização, a garantia de fonte de financiamento para as políticas públicas de saúde encontrou espaço na Constituição de 1988, embora não garantido inicialmente um percentual mínimo de aplicação de receita de impostos – como ocorreu na educação.

Pinto sustenta que, de forma distinta do que ocorre na seara da educação pública, o desenho constitucional do direito fundamental à saúde não o tratou como uma política pública autônoma e isolada, “ao contrário, a saúde foi inserida em um sistema protetivo integrado que o Constituinte de 1988 denominou de ‘seguridade social’”,¹⁶ conforme se depreende do *caput* do art. 194 da CF.

Cuida-se, portanto, de um modelo de organização sistêmica, estruturado com o objetivo de garantir um padrão de proteção social integrado, fundado em diretrizes materiais e institucionais específicas.

O parágrafo único do art. 194 explicita os princípios orientadores desse sistema de seguridade social, dentre os quais se destacam: i) a universalidade da cobertura e do atendimento; ii) a uniformidade e a equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; iii) a seletividade e a distributividade na prestação dos benefícios e serviços; iv) a irredutibilidade do valor dos benefícios; v) a equidade na forma de participação no custeio; vi) a diversidade da base de financiamento; e vii) o caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite com participação dos trabalhadores, empregadores, aposentados e do governo nos órgãos colegiados.

Na visão de Pinto, com o escopo de assegurar a coerência funcional desse modelo social integrador e, em especial, viabilizar os princípios da universalidade e da equidade no custeio (incisos I e V, respectivamente, do parágrafo único do art. 194), o art. 165, § 5º, III, da CF passou a exigir a formulação de um orçamento próprio e autônomo para a seguridade social – o Orçamento da Seguridade Social (OSS) –, o qual integra, ao lado dos orçamentos fiscal e de investimento das estatais, a composição do orçamento público (§ 5º do art. 165 da CF).¹⁷

Segundo Conti, a relação entre o financiamento da saúde e a seguridade social pode ser visualizada da seguinte forma:

A relação entre a saúde e a seguridade social se estabelece nitidamente, do ponto de vista financeiro, por meio da previsão dos meios de financiamento das políticas públicas de saúde. O sistema de saúde, organizado na forma de um “Sistema Único

¹⁶ PINTO, Élica Graziane. *Financiamento dos direitos à saúde e à educação: uma perspectiva constitucional*. Belo Horizonte: Fórum, 2017, p. 84-85.

¹⁷ PINTO, Élica Graziane. *Financiamento dos direitos à saúde e à educação: uma perspectiva constitucional*. Belo Horizonte: Fórum, 2017, p. 85.

de Saúde (SUS)” é financiado pelo orçamento da seguridade social, o qual destina recursos aos programas orçamentários correspondentes a partir das receitas designadas. A elaboração e a execução dos programas compreendem, pois, uma complexa organização administrativa, cuja gestão e planejamento precisam ser feitos de forma coordenada e eficiente, para evitar desperdício de recursos materiais, humanos e financeiros e comprometimento dos objetivos a serem alcançados.¹⁸

Em consonância com tal arranjo normativo e com a finalidade de assegurar a integração do sistema de seguridade social, foram editadas diversas normas infraconstitucionais de destaque: a) Lei n. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), sendo usualmente referida por sua normatização central do SUS; b) Lei n. 8.142/90, norma que regula a participação da comunidade na gestão do SUS e estabelece os critérios para as transferências intergovernamentais de recursos financeiros no âmbito da saúde; c) Lei n. 8.114/90, concebida para organizar e sistematizar as disposições constitucionais sobre a seguridade social, inclusive no que tange à organização e custeio; e d) Lei n. 8.212/91, que dispõe sobre a organização da seguridade social, institui seu plano de custeio, cuidando de aspectos relevantes do financiamento das ações e serviços de saúde, previdência e assistência social.

A gestão descentralizada do SUS é marcada por um sistema de transferências intergovernamentais operacionalizadas mediante fundos de saúde. Nas palavras de Conti:

A gestão descentralizada que caracteriza o SUS gera um descompasso entre o ente federado executor da política que necessita de recursos para tanto, no nível mais descentralizado, e o ente central, que concentra a arrecadação. Torna necessário um complexo e sofisticado mecanismo de transferências intergovernamentais, instrumentalizado por meio dos fundos de saúde.¹⁹

Os critérios de repasse de verbas federais para fundos estaduais e municipais geralmente estão previstos em Normas Operacionais Básicas do Ministério da Saúde. O processo de regulamentação da relação entre os entes federados e seus critérios financeiros é realizado por inúmeras NOB (NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93, NOB 01/96, NOAS 01/2002 etc.).

Apesar do esforço normativo inicial e do relativo sucesso no processo de descentralização da gestão de políticas públicas de saúde, a estruturação do financiamento da saúde enfrentou sérios entraves. Esses entraves motivaram a promulgação da EC n. 29/2000, voltada à consolidação de regras mais estáveis de financiamento

¹⁸ CONTI, José Mauricio. *O planejamento orçamentário da administração pública no Brasil*. São Paulo: Blucher Open Access, 2020, p. 365.

¹⁹ CONTI, José Mauricio. *O planejamento orçamentário da administração pública no Brasil*. São Paulo: Blucher Open Access, 2020, p. 366

da política pública de saúde. Essa emenda foi inspirada nas experiências de gastos mínimos setoriais na área da educação pública.

Pinto explica sobre os detalhes dessa emenda:

Embora tenha tentado promover uma revolução normativa no financiamento da política pública de saúde, a Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000, mostrou-se mais tímida que as Emendas Constitucionais ns. 14/1996, 53/2006 e 59/2009, que cuidaram do financiamento da política pública de educação. [...].

Isso porque o alcance institucional e financeiro das mudanças precisava ser “costurado”, por assim dizer, em outros trechos da Carta de 1988. Por essa razão é que foram alterados os dispositivos relativos, de um lado, à intervenção federal nos estados e DF e, de outro, à intervenção estadual sobre os municípios (respectivamente, alínea “e” do inc. VII do art. 34, e inc. III do art. 35) para exigir o cumprimento ao dever de aplicação dos patamares de gasto mínimo em saúde que foram, nessa mesma ocasião, inscritos no art. 198, §2º, da CR/1988.

Além disso, com a alteração do parágrafo único do art. 160,116 a Emenda n. 29 previu a possibilidade de a União promover retenção ou restrição à entrega e ao emprego dos recursos repartidos constitucionalmente,¹¹⁷ caso os estados, o DF e os municípios descumpram os percentuais mínimos que cada qual deve aplicar nas ações e serviços públicos de saúde.[...].

Cumprido, neste momento, retomar o elenco¹²⁰ das alterações empreendidas pela EC n. 29/2000. Uma terceira modificação, nessa linha de raciocínio, foi a da redação do inc. IV, do art. 167,121 da Constituição, para excluir o gasto mínimo em saúde de que trata o art. 198, §2º da regra geral¹²² de vedação de vinculação da receita de impostos¹²³ a determinada despesa, órgão ou fundo.²⁰

Adicionalmente, a emenda inseriu no texto constitucional os §§ 2º e 3º ao art. 198 e acrescentou o art. 77 ao ADCT, reforçando a normatização do financiamento da saúde no âmbito do SUS.²¹

²⁰ PINTO, Élide Graziane. *Financiamento dos direitos à saúde e à educação: uma perspectiva constitucional*. Belo Horizonte: Fórum, 2017, p. 111-114.

²¹ Cita-se a norma: “Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes: I – no caso da União: a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento; b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB; II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea ‘a’, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea ‘b’ e §3º. § 1º Os Estados, o Distrito Federal e

Na área da saúde, deve-se destacar a aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), com recursos “carimbados” para o fundo da saúde. A CPMF foi um tributo federal de natureza vinculada, instituído com o propósito específico de financiar políticas públicas, especialmente na área da saúde. Instituída pela EC n. 12/96, com previsão no art. 74 do ADCT, a CPMF entrou em vigor em 23 de janeiro de 1997, com alíquota inicial de 0,20%, sendo extinta em 2007.

A CPMF representou, portanto, uma tentativa de assegurar base financeira estável para o SUS. A vinculação da receita arrecadada com a saúde pública variou ao longo do tempo. Inicialmente, parte da arrecadação foi destinada ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), à previdência social e ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (FCEP), conforme previsão do § 2º do art. 84 do ADCT.

A Lei Complementar n. 141/2012 representa um marco jurídico essencial na consolidação do pacto federativo em matéria de financiamento da saúde pública. Editada para regulamentar o § 3º do art. 198 da CF, essa norma estabelece, com precisão técnica e vinculatividade normativa, os parâmetros mínimos de investimento anual que devem ser observados pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios nas ações e serviços públicos de saúde.

Sua importância reside em quatro eixos principais: i) definição do montante mínimo a ser aplicado pela União, com base na variação nominal da receita corrente líquida; ii) fixação dos percentuais mínimos da arrecadação de impostos que devem ser destinados à saúde pelos demais entes federativos; iii) estipulação dos critérios de rateio das transferências intergovernamentais com vistas à redução das desigualdades regionais; e iv) estabelecimento de regras claras de fiscalização, avaliação e controle dos gastos públicos em saúde.

Ao disciplinar com maior rigor a destinação e o uso dos recursos vinculados à saúde, a Lei Complementar n. 141/2012 reforça os princípios constitucionais da

os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento. § 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei. §3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal. § 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, §3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo”.

eficiência, da transparência e da equidade, conferindo maior previsibilidade e estabilidade ao financiamento do SUS.

Por fim, destaca-se a EC n. 86/2015, que promoveu alterações relevantes na disciplina constitucional das normas orçamentárias, com impactos diretos sobre o financiamento da saúde pública. A principal inovação introduzida foi a obrigatoriedade da execução das emendas individuais ao projeto de lei orçamentária, o que lhe conferiu a alcunha de emenda do orçamento impositivo.

O novo § 9º do art. 166 da CF passou a prever que as emendas individuais ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas até o limite de 1,2% da receita corrente líquida (RCL) estimada, exigindo-se que ao menos 50% desse montante seja obrigatoriamente destinado a ações e serviços públicos de saúde.

Além disso, o § 10 do mesmo artigo trouxe importante inovação ao estabelecer que os recursos oriundos dessas emendas, inclusive aqueles voltados ao custeio, serão computados para fins de cumprimento do mínimo constitucional de aplicação em saúde previsto no inciso I do § 2º do art. 198, vedando-se, entretanto, sua destinação ao pagamento de pessoal ou encargos sociais.

Diferentemente da área da educação, em que os planos nacionais são decenais, os planos nacionais de saúde são quadrienais. A instituição dos planos na área da saúde somente se iniciou em 2004 e, nas palavras de Conti:

O planejamento no setor de saúde, ao menos em seu arcabouço normativo, avançou significativamente, em especial a partir da elaboração do Plano Nacional de Saúde 2004-2007, publicado em dezembro 2004, e a criação do PlanejaSUS, conforme será mais bem detalhado nos itens subsequentes, após as considerações sobre a organização do planejamento no âmbito do sistema nacional de saúde. Não obstante, ver-se-á que apresenta deficiências de diversas naturezas que comprometem o seu bom funcionamento, mostrando que está ainda distante do ideal, em um sistema do qual se esperam bons resultados com o melhor aproveitamento dos recursos públicos.²²

A Lei n. 8.080/90 atribui à direção nacional do SUS a incumbência de elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do sistema, em articulação com os entes subnacionais – estados, municípios e o Distrito Federal (art. 16, VIII).

O Capítulo III da referida norma trata especificamente do planejamento e do orçamento, estabelecendo que tais processos devem seguir uma lógica ascendente, iniciando-se no nível local e alcançando o nível federal. Esse processo deve ser construído com a participação dos respectivos órgãos deliberativos, de forma a compatibilizar as necessidades da política pública de saúde com a efetiva

²² CONTI, José Mauricio. *O planejamento orçamentário da administração pública no Brasil*. São Paulo: Blucher Open Access, 2020, p. 366.

disponibilidade de recursos, o que se materializa na elaboração dos planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União (art. 36 da Lei n. 8.080/90). Sobre o planejamento ascendente, Conti esclarece:

A técnica do “planejamento ascendente” é um dos principais mecanismos para garantir o princípio da unicidade do SUS. E extremamente importante, pois assegura uma participação mais efetiva e direta da população e dos órgãos envolvidos na elaboração e execução da política,⁹¹ permitindo não só maior democratização nas decisões, mas também, e principalmente, a possibilidade de conhecer e atender as peculiaridades locais, o que, em matéria de política pública de saúde, é fundamental, dada a diversidade e as peculiaridades das necessidades públicas no setor.²³

Nesse mesmo sentido, a Lei Complementar n. 141/2012 reforça e complementa essa diretriz ao dispor, em seu art. 30, § 1º, que o planejamento e o orçamento no âmbito do SUS devem ser igualmente ascendentes e orientados pelas necessidades de saúde da população de cada região. Essa orientação deve considerar o perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico dos territórios, de modo a permitir a definição de metas anuais de atenção integral à saúde, com a devida estimativa dos respectivos custos.

Ao longo dos ciclos de planejamento do SUS, os sucessivos Planos Nacionais de Saúde (PNS) têm refletido o esforço da gestão federal em fortalecer o sistema público e garantir o acesso qualificado e oportuno aos serviços de saúde, com foco na melhoria das condições de vida da população brasileira. Desde o PNS 2004-2007, observa-se a incorporação do planejamento estratégico como instrumento de ação política, promovendo maior participação social e o exercício democrático na formulação das políticas públicas de saúde.

Nos ciclos seguintes (2008-2011, 2012-2015 e 2016-2019), manteve-se como diretriz central a ampliação do acesso com qualidade às ações e serviços de saúde, articulada ao fortalecimento institucional do SUS. A partir do PNS 2020-2023, essa diretriz é reafirmada, com ênfase adicional na promoção da equidade e da qualidade de vida, mantendo o compromisso com a integralidade da atenção e com o enfrentamento das desigualdades regionais.

O PNS 2024-2027, inserido em um contexto de retomada democrática e de reconstrução institucional, renova o compromisso com os princípios do SUS, priorizando a ampliação e qualificação do acesso aos serviços de saúde de forma oportuna e efetiva. O plano reafirma a centralidade do sistema público como estratégia para a promoção da equidade, da justiça social e da melhoria das condições de saúde da população brasileira.

²³ CONTI, José Mauricio. *O planejamento orçamentário da administração pública no Brasil*. São Paulo: Blucher Open Access, 2020, p. 368.

É relevante destacar que a participação relativa do governo federal nos gastos públicos em saúde apresentou uma redução significativa, passando de mais de 70% no início da década de 1990 para 44,7% em 2010, em razão do aumento progressivo da contribuição dos demais entes federativos – especialmente dos municípios durante os anos 1990 e, mais recentemente, dos estados.²⁴ Segundo estudo de Rezende, Cialdini e Motta, a participação da União em 2020 estava em 17,8% dos gastos totais em saúde pública, enquanto a participação de estados e municípios era de 34,1 e 48,2% respectivamente.²⁵

8.3 INSTITUIÇÕES DE FEDERALISMO DE DESEMPENHO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

As políticas públicas brasileiras de saúde apresentam os seguintes elementos de *benchmarking* e Federalismo de Desempenho.

8.3.1 Incorporação de metas de desempenho na legislação (regulação de resultados)

Para compreender adequadamente a execução da política pública de saúde, é necessário adotar a perspectiva do gestor público encarregado de sua implementação. Esse gestor deve acompanhar, de forma sistemática, as diversas dimensões que compõem o desempenho do programa orçamentário, abrangendo: *inputs*, *outputs*, *outcomes* e impactos.

No contexto da saúde, os *inputs* são os recursos financeiros, humanos e materiais mobilizados para viabilizar a produção de bens e serviços públicos, intermediados, em grande parte, pela alocação e execução do orçamento público da saúde.

Os *outputs* incluem, por exemplo, a oferta de medicamentos, a realização de procedimentos médicos, o número de profissionais da saúde disponíveis em determinada região e a infraestrutura física instalada. Já os *outcomes* podem ser aferidos por indicadores como a redução da mortalidade infantil, a diminuição das taxas de internação hospitalar e o controle de doenças infecciosas.

Os impactos, por sua vez, dizem respeito a efeitos estruturais, tais como a elevação da qualidade de vida da população e o incremento de indicadores sociais

²⁴ SERVO, Luciana Mendes Santo; PIOLA, Sérgio Francisco; PAIVA, Andrea Barreto de; RIBEIRO, José Aparecido. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (org.). *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2011. p. 85-108.

²⁵ REZENDE, Fernando; CIALDINI, Alexandre; MOTTA, Bernardo. Brazil. In: TREMBLAY, Jean-François (ed.). *The Forum of Federations Handbook of Fiscal Federalism*. Cham: Palgrave Macmillan, 2023. p. 59-94, p. 66.

agregados, como o IDH. Essa abordagem permite uma análise abrangente e orientada por resultados da atuação estatal na formulação, financiamento e execução das ações e serviços públicos de saúde.

Além das diretrizes estabelecidas na Lei Federal n. 8.080/90 e na Lei Complementar 141/2012, planos nacionais de saúde estabelecem metas e indicadores monitoráveis.

8.3.2 Transferências intergovernamentais de desempenho e resultado

Fundos de saúde e Normas Operacionais Básicas (NOB) podem ter regramentos de distribuição orientados por indicadores na gestão da saúde.

Na coordenação das transferências intergovernamentais no setor sanitário brasileiro, identificam-se quatro principais tipos de critérios distributivos que orientam os indicadores, cada qual baseado em fundamentos constitucionais e com distintas funções econômicas e normativas: a) Critério de Equalização Fiscal (redistributivo); b) Critério de Expansão de cobertura da política pública; c) Critério de Desempenho (eficiência); e d) Critério de Determinantes Sociais (igualdade material).

8.3.2.1 Critério de Equalização Fiscal (redistributivo)

A lógica redistributiva visa reduzir desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde, canalizando mais recursos para municípios e estados com menores capacidades fiscais e estruturas sanitárias frágeis. Nesse sentido, a criação do Piso da Atenção Básica (PAB), em 1997, representou um marco institucional. O PAB fixo assegura transferência mínima *per capita* a todos os municípios, enquanto o PAB variável condiciona repasses adicionais à adesão a programas prioritários, como Saúde da Família, Saúde Bucal, Combate a Endemias e Vigilância Sanitária. Essa arquitetura permitiu, simultaneamente, reforçar o pacto federativo, induzir a municipalização da atenção básica e estabelecer parâmetros redistributivos com base na oferta potencial de serviços.

8.3.2.2 Critério de Expansão de Cobertura (acesso e municipalização)

Com a publicação da NOB 01/96, foi consolidado o modelo de gestão descentralizada, fortalecendo a responsabilidade dos entes municipais na organização dos serviços de saúde. O objetivo principal da norma era permitir que o município, com apoio técnico e financeiro das esferas estadual e federal, exercesse a função de gestor pleno da atenção à saúde local, de forma integrada e coordenada com os demais níveis de governo. A descentralização implicava não apenas a prestação direta de serviços, mas a responsabilidade pela gestão sistêmica, compatibilizando

oferta com as demandas sanitárias e ambientais locais. Esse movimento reforçou o princípio da universalidade, ao mesmo tempo que internalizou, no âmbito local, a necessidade de planejamento, eficiência e controle social.

8.3.2.3 Critério de Desempenho (eficiência)

O Critério de Desempenho visa premiar resultados alcançados por equipes de saúde e gestores públicos, introduzindo uma lógica meritocrática associada à eficiência administrativa. Um exemplo relevante é o Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria MS n. 2.979/2019, que reformulou o modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS). As transferências federais passaram a considerar três eixos: capitação ponderada, pagamento por desempenho e ações estratégicas. O pagamento por desempenho vincula recursos ao cumprimento de metas de indicadores como pré-natal adequado, cobertura vacinal, controle de doenças crônicas, entre outros. De forma semelhante, o Programa Cuidar Melhor, do estado do Ceará, redefiniu a repartição de cotas do ICMS com base em metas de saúde pública, premiando municípios com melhores resultados em indicadores de mortalidade infantil, atenção à gestante e controle de doenças crônicas.

8.3.2.4 Critério de Determinantes Sociais (equidade material)

O critério dos Determinantes Sociais da saúde introduz uma dimensão distributiva mais complexa no financiamento sanitário, vinculando repasses financeiros ao grau de vulnerabilidade socioeconômica das populações assistidas. Essa lógica parte da premissa de que a equidade exige tratamento desigual dos desiguais, o que justifica maior investimento em regiões marcadas por pobreza, insegurança alimentar, baixa escolaridade e exclusão social. A Portaria GM/MS n. 3.493/2024, por exemplo, regula o componente de vínculo e acompanhamento territorial das equipes de Saúde da Família, ponderando os repasses com base na presença de beneficiários de programas como o Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada. Trata-se de um modelo de financiamento sensível ao contexto social, que reconhece a centralidade dos determinantes estruturais na produção de saúde e doença.

8.3.3 Parcerias de desempenho e governança em rede

O setor da saúde pública tem maior presença de entidades privadas que a educação pública. O modelo brasileiro também admite a celebração de parcerias por desempenho no campo da saúde pública, por meio de instrumentos como convênios, contratos de gestão, termos de parceria e parcerias público-privadas (PPP).

No caso da saúde, denomina-se esse fenômeno “contratualização do SUS”, processo pelo qual são formalizados contratos e convênios entre os gestores públicos e os prestadores de serviços de saúde, com o objetivo de estabelecer metas, compromissos e critérios de desempenho. Trata-se de um instrumento de gestão que visa fortalecer a descentralização, aumentar a responsabilidade e a transparência no uso dos recursos públicos, além de garantir maior eficiência e efetividade na prestação dos serviços. A contratualização define a alocação e o repasse de recursos financeiros condicionados ao cumprimento de metas quantitativas e qualitativas, sendo seu desempenho monitorado por meio de auditorias e indicadores pactuados entre as partes, conforme a legislação vigente.²⁶

No âmbito do SUS, as parcerias por desempenho entre os entes federativos são institucionalizadas por meio de mecanismos específicos de governança interfederativa. Um dos principais instrumentos é o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), previsto na legislação do SUS, que formaliza acordos de colaboração entre União, estados e municípios com o objetivo de organizar e integrar ações e serviços de saúde dentro de uma Região de Saúde. Seu propósito é assegurar a integralidade da assistência e estabelecer responsabilidades conjuntas entre os entes (art. 33 do Decreto Federal n. 7.508/2011).

A pactuação entre os diferentes níveis de governo ocorre no âmbito das Comissões Intergestores: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de caráter nacional; a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em nível estadual; e a Comissão Intergestores Regional (CIR), em âmbito regional. Essas instâncias negociam e pactuam os termos operacionais das redes de atenção à saúde, incluindo metas, indicadores, critérios de qualidade e financiamento (art. 30 do Decreto Federal n. 7.508/2011).

Esse modelo fortalece o regime de cooperação federativa no SUS e permite que o desempenho dos entes subnacionais seja acompanhado com base em compromissos previamente assumidos, promovendo maior transparência, corresponsabilidade e eficiência na gestão pública da saúde.

8.3.4 Estabelecimento de padrões de desempenho

A seleção de indicadores de desempenho da saúde de uma população reflete a própria complexidade inerente ao campo científico. A tomada de decisão qualificada depende fundamentalmente de dados de qualidade. Por essa razão, organismos como a Organização Mundial da Saúde (OMS) disponibilizam bancos de dados

²⁶ Sobre o fenômeno ver: SILVA, José Felipe Marques. *Regionalização e cooperação nas estratégias de contratualização no SUS*. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

com informações, padrões e soluções voltados à coleta de dados confiáveis, oportunos e acionáveis.²⁷

No contexto brasileiro, a avaliação da política pública de saúde é realizada por meio de um conjunto diversificado de indicadores, que abrangem tanto ações de prevenção quanto estratégias de atenção médica e gestão local. Esses indicadores consideram, por exemplo, a cobertura de programas como Saúde da Família, Saúde Bucal, Vigilância Sanitária e combate a endemias, permitindo aferir a extensão da atuação estatal nos diferentes territórios.

A responsabilidade dos municípios na gestão dos serviços de saúde também é levada em conta, especialmente no que se refere à sua capacidade de integrar a oferta de serviços às necessidades sanitárias e ambientais locais, bem como à proporção da população efetivamente atendida pela atenção básica.

Além disso, são analisados dados relacionados à eficiência dos serviços prestados, como o percentual de gestantes com pré-natal adequado, a cobertura vacinal, os índices de controle de doenças crônicas (como hipertensão e diabetes), a redução da mortalidade infantil e o cumprimento de metas estabelecidas em programas federais e estaduais, como o Previne Brasil e o Cuidar Melhor.

Por fim, a distribuição dos recursos leva em consideração os determinantes sociais da saúde, observando aspectos como o número de beneficiários do Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada (BPC), os níveis de vulnerabilidade socioeconômica e a alocação proporcional de recursos conforme indicadores de pobreza, insegurança alimentar e baixa escolaridade. Esses critérios refletem uma preocupação com a justiça distributiva e com a adaptação das políticas públicas às realidades locais.

8.3.5 Estabelecimento de bancos de dados transparentes (*Big Data*)

O banco de dados na educação brasileira é gerido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS), instituído em 1991, no contexto da criação da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), conforme o Decreto n. 100/91. A fundação assumiu, à época, a responsabilidade pelo controle e processamento das contas relacionadas à saúde, função anteriormente exercida pela Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DataPrev). A criação do DataSUS formalizou a atribuição de prover os órgãos do SUS com sistemas de informação e infraestrutura tecnológica voltados ao planejamento, operação e controle das ações e serviços de saúde.

²⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Data collection. WHO, s.d.

Diversos são os subsistemas de informação utilizados no processo de regulação da saúde pública, dentre eles: o Sistema de Informação Ambulatorial, o Sistema de Informação Hospitalar e o Sistema de Informação de Mortalidade. Todas as bases de dados têm origem, desenhos, base de dados e finalidades distintos, o que dificulta sua integração e articulação.²⁸

Desde então, o DataSUS tem desempenhado papel central no desenvolvimento e manutenção de soluções digitais voltadas à gestão do SUS, tendo criado mais de duzentos sistemas ao longo de sua trajetória. Atua como principal fornecedor de ferramentas de *software* para as secretarias estaduais e municipais de saúde, adequando continuamente suas soluções às demandas dos gestores locais e incorporando inovações tecnológicas que acompanham o avanço da descentralização da gestão do sistema de saúde.

8.4 BENCHMARKING, INTEGRAÇÃO DE REDES DE SAÚDE E FEDERALISMO EM PERSPECTIVA COMPARADA

O principal estilo de comparação (*benchmarking*) e desempenho na política pública de saúde no Brasil diz respeito a critérios de gestão na atenção básica, com enfoque na integração de redes de saúde no âmbito do SUS. Geralmente, os indicadores monitorados dizem respeito à: i) cobertura de programas; ii) qualidade da gestão municipal; iii) eficiência dos serviços; e iv) determinantes sociais da saúde.

A procura de um paradigma de comparação de política pública de saúde em contextos federativos trabalhou em cima de alguns pressupostos: a) o país deve seguir fundamentalmente os mesmos princípios da universalidade, equidade e integralidade de serviços de assistência à saúde que o Brasil segue (o que já exclui países como os EUA), ainda que haja diferenças na oferta de serviços; e b) o país deve ser federativo (o que exclui o Reino Unido), articulando suas regiões de saúde na prestação de serviços públicos, conforme monitoramento de metas e indicadores.

Segundo Stiglitz e Rosengard, governos podem participar do sistema de saúde de diversas formas: i) financiando diretamente os serviços de saúde; ii) subsidiando a aquisição individual de cuidados médicos e seguros de saúde; iii) prestando diretamente serviços de saúde; iv) financiando e promovendo pesquisas; v) prevenindo a disseminação de doenças transmissíveis; vi) bem como regulando medicamentos e dispositivos médicos.²⁹ A escala de atuação do Estado nessas áreas definirá, na

²⁸ SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 10, p. 25-41, 2006.

²⁹ STIGLITZ, Joseph E.; ROSENGARD, Jay K. *Economics of the public sector: fourth international student edition*. 4. ed. New York: WW Norton & Company, 2015, p. 360.

prática, se o modelo adotado de política pública de saúde será securitário (com contraprestação do beneficiário) ou universal de livre acesso (sem contraprestação do beneficiário).

Nos EUA, o governo atua em todas essas áreas, embora em menor escala social do que em muitos outros países, com um sistema predominantemente securitário e excludente.³⁰ De acordo com Mariana Albuquerque e Ana Viana, autoridades sanitárias dos EUA procuram regular um sistema competitivo, fragmentado e custoso, em que a regionalização pelas redes visa compartilhar riscos financeiros e criar mecanismos rígidos de controle do acesso aos serviços.³¹

No contexto brasileiro, a conformação de regiões e redes de atenção à saúde representa uma estratégia central da política nacional para enfrentar os desafios impostos pela dimensão territorial da universalização do direito à saúde. Essa abordagem visa induzir mudanças estruturais nas esferas de formulação, planejamento e gestão do SUS, a fim de assegurar maior efetividade à atuação estatal na garantia desse direito fundamental.³²

No contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a integralidade é um princípio estruturante que assume dupla dimensão: por um lado, como arranjo organizacional voltado à articulação e à continuidade do cuidado entre diferentes níveis de atenção; por outro, como processo dinâmico de negociação entre atores institucionais, políticos e sociais, cuja efetivação depende de mecanismos de coordenação interfederativa, especialmente em espaços regionais e colegiados do SUS.

Nesse cenário, é metodologicamente justificável a utilização do modelo canadense como parâmetro de comparação para o estudo da regionalização e da organização em redes assistenciais no Brasil. Diferentemente da lógica regulatória adotada nos EUA, o Canadá adota um modelo público, universal e descentralizado, com forte base regional. Essa característica aproxima o caso canadense dos pressupostos normativos do SUS, especialmente no que se refere à busca pela equidade, universalidade e redução de desigualdades territoriais no acesso aos serviços de saúde.

O sistema canadense, estruturado a partir da lei federal *Canada Health Act*, combina a responsabilidade federal pelo financiamento com a gestão

³⁰ STIGLITZ, Joseph E.; ROSENGARD, Jay K. *Economics of the public sector*: fourth international student edition. 4. ed. New York: WW Norton & Company, 2015, p. 360.

³¹ ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde em Debate*, v. 39, n. especial, p. 28-38, 2015, p. 32.

³² Sobre regionalização da saúde pública, ver: ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde em Debate*, v. 39, n. especial, p. 28-38, 2015.

descentralizada das ações e serviços de saúde pelas províncias e territórios. Essa descentralização não compromete a garantia do acesso universal, devido à adoção de critérios de portabilidade e à vinculação das transferências federais ao cumprimento de princípios fundamentais, como administração pública, integralidade, acessibilidade, universalidade e portabilidade.

Portanto, a experiência canadense oferece elementos conceituais e operacionais relevantes para a análise crítica do modelo brasileiro de redes e regiões de saúde, especialmente quanto à articulação entre autonomia subnacional e diretrizes nacionais, à coordenação interfederativa e ao financiamento condicionado à garantia de acesso equitativo. Trata-se de uma referência particularmente útil para pensar alternativas de aprimoramento do SUS à luz de modelos internacionais compatíveis com a lógica de sistemas universais de saúde.

No Canadá, o sistema de saúde (*Medicare*) é caracterizado por sua universalidade (*universality*), integralidade (*comprehensiveness*) e acesso (*accessibility*), comportando acesso à saúde para todos os residentes do país, independentemente de classe social ou condição financeira. O sistema canadense de saúde é financiado pelo governo federal, com suporte adicional por meio de tributos cobrados da população. Assim como o SUS no Brasil, o sistema canadense tem o escopo de ofertar atendimento médico sem discriminações, porém é organizado em um modelo descentralizado em relação às províncias e distritos.³³

A descentralização do *Medicare* canadense caracteriza-se pela presença de sistemas provinciais de seguro público, organizados em modalidades distintas para serviços médicos e hospitalares. Tal organização confere autonomia federativa às províncias para planejar e gerir seus próprios serviços de saúde, ao mesmo tempo que assegura a portabilidade da cobertura – ou seja, garante-se aos residentes em processo de mudança entre províncias o acesso contínuo aos serviços, mesmo durante o período de transição até a ativação plena da nova cobertura.³⁴

Segundo Marina Stefania Mendes Pereira Garcia e Alessandro Marcus da Silva Gonçalves:

Importante mencionar quais são os sistemas de saúde das principais províncias. Em Ontário, O plano da província é chamado Ontario Health Insurance Plan (OHIP); Em British Columbia o plano de saúde governamental é o Medical Services Plan (MSP); Em Matinoba há o Manitoba Health (MH); Na província o sistema o que dá direito a cobertura governamental é o Health Card; em Alberta

³³ SANTOS, Gabrielle Rocha dos *et al.* Sistemas de saúde no Brasil e Canadá: uma análise comparativa das políticas públicas. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, Miami, v. 14, n. 4, p. 1-19, 2025, p. 10.

³⁴ CANADA. Health Canada. *Canada's health care system*. Ottawa: Government of Canada, 2023.

há o Alberta Health Care. Todos esses sistemas, e os demais sistemas de outras províncias não mencionadas, obedecem às diretrizes gerais do Governo Federal.³⁵

O princípio da administração pública, consagrado no *Canada Health Act*, veda a atuação de prestadores privados na oferta de serviços já contemplados pelo sistema público de saúde, ressalvadas as exceções relativas a serviços suplementares, como odontologia, oftalmologia e fornecimento ambulatorial de medicamentos. Tal restrição tem por finalidade evitar a consolidação de um sistema paralelo, assegurando, assim, a manutenção da equidade no acesso aos cuidados essenciais de saúde. De acordo com Garcia e Gonçalves: “No Canadá não existem, como no Brasil, hospitais públicos e particulares: todos são públicos”.³⁶

O princípio da integralidade (*comprehensiveness*) do sistema canadense não significa que necessariamente todos os serviços de assistência médica são cobertos pelo seguro público. É nessa área que entram os serviços complementares prestados pela iniciativa privada. Segundo José Ricardo Brandão:

Contrariamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, sem entrar no mérito das suas imensas limitações, o sistema canadense não cobre, em geral, saúde bucal, medicamentos extra-hospitalares e outros profissionais de saúde (fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos). As exceções vão variar bastante entre as províncias, com cobertura parcial às vezes para crianças, idosos, pós-procedimentos cirúrgicos, para gastos “catastróficos” com medicamentos (acima de 4% da renda do cidadão, por exemplo), para indivíduos com deficiências ou baixa renda, inscritos num programa de bem-estar etc. O fato de o SUS propor uma cobertura mais ampla de serviços de saúde naturalmente não implica que o nosso sistema seja melhor, já que o acesso e a infraestrutura ofertada entre os dois países estão em patamares totalmente distintos. Em recente levantamento de um sofisticado Índice de Acesso à Saúde e Qualidade, incluindo praticamente todos os países do mundo, o Canadá encontra-se no quartil superior, com o Brasil posicionando-se próximo dos últimos países do segundo quartil.³⁷

No contexto brasileiro, a existência da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) estabelece um padrão mínimo e uniforme de acesso a medicamentos considerados essenciais, promovendo maior equidade na assistência farmacêutica em âmbito nacional. Tal diretriz normativa busca mitigar desigualdades

³⁵ GARCIA, Marina Stefania Mendes Pereira; GONÇALVES, Alessandro Marcus da Silva. Gestão de saúde pública no Canadá. *Revista Científica Intr@ciência*, ed. 19, p. 1-8, jun. 2020, p. 6.

³⁶ GARCIA, Marina Stefania Mendes Pereira; GONÇALVES, Alessandro Marcus da Silva. Gestão de saúde pública no Canadá. *Revista Científica Intr@ciência*, ed. 19, p. 1-8, jun. 2020, p. 6.

³⁷ BRANDÃO, José Ricardo de Mello. A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 1-4, 2019, p. 1.

regionais, assegurando que localidades remotas também disponham dos insumos prioritários.³⁸

Em contrapartida, no Canadá, a organização descentralizada da assistência farmacêutica, com listas de medicamentos definidas por províncias e territórios, evidencia uma configuração normativa mais fragmentada. Essa dinâmica pode gerar variações expressivas na cobertura e nos encargos suportados pelos usuários, de acordo com o local de residência. Embora tal modelo favoreça maior adequação às demandas regionais, ele tende a acentuar disparidades, sobretudo em regiões com menor capacidade fiscal e orçamentária.³⁹

Não obstante as diferenças, há semelhanças estruturais entre o modelo canadense do *Medicare* e o SUS brasileiro. Trata-se de um sistema público, universal e descentralizado, com forte base regional, cuja lógica se alinha aos princípios normativos do SUS, especialmente no que tange à equidade, universalidade e a superação das desigualdades territoriais no acesso à saúde. Isso pode ser visualizado no Quadro 8.2.

Quadro 8.2 Comparação política de saúde Canadá x Brasil

Características e instituições	Canadá	Brasil
Nome da política pública	<i>Canada Health Act</i> (CHA)	Sistema Único de Saúde (SUS)
Tipo de monitoramento	<i>Benchmarking</i> interno de iniciativa do colégio de primeiros ministros na área da saúde (<i>benchmarking</i> colegiado).	<i>Benchmarking</i> interno de iniciativa da União Federal (<i>top-down</i>).
Organização responsável pelo monitoramento	Monitoramento e gestão de desempenho em colegiado (ente central e províncias).	Monitoramento e gestão de desempenho de cima para baixo (<i>top-down</i>).
Tipo de responsabilização	Responsabilização reputacional na esfera político-eleitoral.	– Responsabilização reputacional na esfera político-eleitoral. – Responsabilização administrativo-financeira.

³⁸ SANTOS, Gabrielle Rocha dos *et al.* Sistemas de saúde no Brasil e Canadá: uma análise comparativa das políticas públicas. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, Miami, v. 14, n. 4, p. 1-19, 2025, p. 15-16.

³⁹ SANTOS, Gabrielle Rocha dos *et al.* Sistemas de saúde no Brasil e Canadá: uma análise comparativa das políticas públicas. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, Miami, v. 14, n. 4, p. 1-19, 2025, p. 16.

Características e instituições	Canadá	Brasil
Perfil da política pública	– Universalidade. – Equidade. – Integralidade. – Administração Pública (predominância estatal): iniciativa privada limitada pelo Setor Público. – Portabilidade do seguro. – Atenção primária como porta de entrada. – Acesso aos medicamentos mediante a regulação de cada província. – Governo central responsável por 22% dos custos na saúde pública.	– Universalidade. – Equidade. – Integralidade. – Complementariedade Público-privada: Iniciativa privada livre para competir com o setor público. – Sistema nacional uniforme. – Atenção primária como porta de entrada. – Acesso aos medicamentos mediante padronização federal da Rename. – Governo central responsável por 17,8% dos custos na saúde pública.
Incorporação de metas de desempenho na legislação (regulação de resultados)	Diretrizes, metas e indicadores estabelecidos mediante planos e acordos conjuntos entre governo central e as províncias.	Diretrizes estabelecidas na Lei Federal n. 8.080/90 e na Lei Complementar federal n. 141/2012. Planos nacionais de saúde estabelecem metas e indicadores monitoráveis.
Transferências intergovernamentais de desempenho e resultado	Financiamento federal da saúde baseia-se predominantemente em transferências intergovernamentais para as províncias (destaque para o <i>Canada Health Transfer</i> – CHT), estruturadas em programas gerais e acordos bilaterais com as províncias e territórios. Embora seja uma transferência setorial para a saúde, o CHT assume um perfil prático de transferências em bloco, com pouco controle procedimental do governo central na regulação dos gastos das províncias.	Financiamento federal da saúde baseia-se predominantemente em transferências intergovernamentais oriundas do Fundo Nacional de Saúde, operacionalizadas por meio de portarias e normas do Ministério da Saúde (NOB, PAB e APS), com indicadores e critérios qualitativos do serviço. A União Federal exerce rígido controle nos critérios e indicadores para repasses e, igualmente, rígido controle procedimental na regulação dos gastos (controle no destino dos recursos).
Parcerias de desempenho e governança em rede	– No modelo canadense, as chamadas parcerias de desempenho se desenvolvem, predominantemente, sob a forma de acordos intergovernamentais de natureza política entre o governo federal e os governos provinciais e territoriais. Tais parcerias estabelecem metas e indicadores específicos para áreas prioritárias da saúde, como parte da política federativa de corresponsabilidade na condução do sistema público. – Províncias e territórios podem contratar a execução de serviços médico-assistenciais junto a prestadores privados, desde que sem cobrança direta aos pacientes e sob rigoroso controle e regulação pública.	– No Brasil, as parcerias por desempenho entre os entes federativos no SUS são formalizadas por meio de mecanismos de governança interfederativa, como o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). A pactuação entre os níveis de governo ocorre nas Comissões Intergestores, especialmente na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). – No setor da saúde pública brasileira, observa-se maior presença de entidades privadas. Esse modelo é conhecido como “contratualização do SUS” e consiste na formalização de contratos, convênios e outros instrumentos entre gestores públicos e prestadores de serviços, públicos ou privados, mediante definição de metas, indicadores e critérios de desempenho.

Características e instituições	Canadá	Brasil
Estabelecimento de padrões de desempenho	Financiamento federal condicionado a: – Criação do Health Council of Canada (órgão independente de monitoramento); implementação de sistema de prestação de contas voltado diretamente à população. – Indicadores de desempenho nos seguintes eixos: acesso (13 indicadores); qualidade (9 indicadores); sustentabilidade (9 indicadores); Estado de saúde e bem-estar (5 indicadores); validação técnica por especialistas e partes interessadas. – Acordo de 2004: previu a transferência de CAD 41,3 bilhões por 10 anos, condicionado ao compromisso das províncias de reportar indicadores baseados em evidências, como tempos de espera para cirurgias cardíacas, tratamento de câncer, restauração da visão e diagnóstico por imagem.	Financiamento federal condicionado a: – Cobertura de Programas: avalia-se a presença de ações como Saúde da Família, Saúde Bucal, Vigilância Sanitária e combate a endemias nos territórios. – Gestão Municipal: considera-se a responsabilidade dos municípios na organização da rede local, integrando oferta de serviços às necessidades sanitárias e ambientais. – Eficiência dos serviços: indicadores como: percentual de gestantes com pré-natal adequado; cobertura vacinal; controle de doenças crônicas (p. ex., hipertensão e diabetes); redução da mortalidade infantil; cumprimento de metas em programas como Previnha Brasil e Cuidar Melhor. – Determinantes Sociais da Saúde: proporção de beneficiários do Bolsa Família e BPC; vulnerabilidade socioeconômica; indicadores de pobreza, insegurança alimentar e baixa escolaridade.
Estabelecimento de bancos de dados transparentes (Big Data)	– Criação do Canadian Institute for Health Information (CIHI), responsável por consolidar dados provinciais e divulgar relatórios públicos e financiado por todos os governos participantes. – <i>Health Indicators Project</i>: iniciativa colaborativa para produzir dados padronizados e comparáveis. A iniciativa estabeleceu um quadro de indicadores de desempenho com padrões, metas e <i>benchmarks</i>, com informações disponibilizadas em níveis nacional, provincial, regional e local.	– Gestão das informações: os bancos de dados são geridos pelo Departamento de Informática do SUS (DataSUS), vinculado ao Ministério da Saúde e financiado pelo governo federal. – Principais subsistemas de informação utilizados: (a) SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial; (b) SIH/SUS – Sistema de Informação Hospitalar; (c) SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade. – Características das bases: cada sistema tem origem, estrutura, base de dados e finalidade distintas. Essa heterogeneidade dificulta a integração e a articulação entre os sistemas de informação.
Consequências jurídicas e perfil do controle	Formalmente, seria possível a retenção ou não recebimento das transferências caso não sejam atendidas as condicionantes. Há, entretanto, pouco controle procedimental sobre o destino das verbas das CHA.	Retenção ou não recebimento das transferências caso não sejam atendidas as condicionantes. Rígido controle procedimental sobre os gastos na área da saúde com recursos federais do SUS.

Fonte: elaborado pelo autor.

Sob o sistema de saúde brasileiro, os estados têm, em regra, a responsabilidade pela oferta de cuidados terciários (nível hospitalar), embora nem todas as unidades de saúde estejam sob sua gestão direta. O atendimento primário básico, por sua vez, é de responsabilidade dos municípios. Existem ainda hospitais sob gestão municipal e de organizações filantrópicas.⁴⁰

Deborah Wetzel e Lorena Viñuela explicam a política de incentivos ao desempenho hospitalar municipal no âmbito do Rio de Janeiro. Com o objetivo de enfrentar os baixos indicadores de desempenho no setor da saúde, o estado do Rio de Janeiro passou a adotar, no final dos anos 2000, uma política de transferências condicionadas por desempenho, com a finalidade de complementar os repasses tradicionais aos municípios. Essas intervenções foram orientadas por uma nova política e plano estratégico e envolveram a implementação de sistemas de monitoramento de resultados, além da capacitação e contratação de novos profissionais de saúde.⁴¹

A elegibilidade ao programa foi restrita a hospitais situados em municípios com população inferior a 110 mil habitantes. Municípios rurais sem hospitais também puderam participar, desde que encaminhassem seus pacientes a hospitais de municípios vizinhos que integrassem o programa.⁴²

O Programa de Apoio aos Hospitais do Interior Municipal (PAHI) previa duas modalidades de transferência: i) uma parcela fixa, escalonada conforme o porte e as características do hospital; e ii) uma parcela variável, vinculada ao cumprimento de metas de desempenho. O estado do Rio de Janeiro também instituiu o Sistema de Gestão de Metas e Indicadores de Saúde (SIGMIS) para monitoramento.⁴³

A parte variável do repasse incluía metas relacionadas à gestão hospitalar e à oferta de serviços a pacientes oriundos de outros municípios. O programa

⁴⁰ WETZEL, Deborah L.; VIÑUELA, Lorena. Intergovernmental fiscal transfers and performance grants in Brazil. In: *Intergovernmental transfers in federations*. Edward Elgar Publishing, 2020. p. 204-223, p. 220.

⁴¹ WETZEL, Deborah L.; VIÑUELA, Lorena. Intergovernmental fiscal transfers and performance grants in Brazil. In: *Intergovernmental transfers in federations*. Edward Elgar Publishing, 2020. p. 204-223, p. 220.

⁴² WETZEL, Deborah L.; VIÑUELA, Lorena. Intergovernmental fiscal transfers and performance grants in Brazil. In: *Intergovernmental transfers in federations*. Edward Elgar Publishing, 2020. p. 204-223, p. 220.

⁴³ WETZEL, Deborah L.; VIÑUELA, Lorena. Intergovernmental fiscal transfers and performance grants in Brazil. In: *Intergovernmental transfers in federations*. Edward Elgar Publishing, 2020. p. 204-223, p. 220.

promoveu melhorias nos padrões de higiene, no controle de doenças nas unidades hospitalares municipais, no aumento do número de internações de pacientes de municípios vizinhos e na ampliação da oferta de leitos de terapia intensiva.⁴⁴

O programa, concebido inicialmente como piloto, foi rapidamente adotado por todos os municípios e consistiu em uma política de transferências intergovernamentais condicionadas a resultados, voltada ao aprimoramento da qualidade dos serviços e à cooperação federativa, com vistas ao ganho de escala na prestação de cuidados hospitalares.⁴⁵

Ainda no contexto brasileiro, legislações estaduais de partilha de ICMS com base em indicadores de saúde foram encontradas em oito estados (Quadro 8.3). O estado de Minas Gerais, mediante a Lei n. 18.030/2009 (Lei “Robin Hood”), tinha um indicador de saúde que contemplava critérios de gastos em saúde e desenvolvimento de programas para saúde da família, mas foi revogado em 2023.

Quadro 8.3 ICMS Saúde – Estados brasileiros

ICMS SAÚDE				
Transferência de receita de ICMS para municípios conforme critérios de gestão da saúde.				
Cuida-se de <i>benchmarking</i> interno de iniciativa de alguns estados (<i>top-down</i>). O monitoramento e gestão de desempenho ocorrem de cima para baixo dos Estados para municípios.				
Estado	Lei estadual de repartição de ICMS	Percentual de ICMS repartido	Indicadores de desempenho previstos na lei	Detalhamento
Amapá	LCP n. 120/2019	2%	Gastos com saúde: “relação entre os gastos de saúde <i>per capita</i> do Município e o somatório dos gastos de saúde <i>per capita</i> de todos os Municípios do Estado.	Índice calculado com base nos dados relativos ao segundo ano civil imediatamente anterior, atestados pelo Tribunal de Contas do Estado.

⁴⁴ WETZEL, Deborah L.; VIÑUELA, Lorena. Intergovernmental fiscal transfers and performance grants in Brazil. In: *Intergovernmental transfers in federations*. Edward Elgar Publishing, 2020. p. 204-223, p. 220.

⁴⁵ WETZEL, Deborah L.; VIÑUELA, Lorena. Intergovernmental fiscal transfers and performance grants in Brazil. In: *Intergovernmental transfers in federations*. Edward Elgar Publishing, 2020. p. 204-223, p. 220.

Estado	Lei estadual de repartição de ICMS	Percentual de ICMS repartido	Indicadores de desempenho previstos na lei	Detalhamento
Ceará	Lei n. 12.612/196	15%	Indicadores de qualidade da saúde a serem definidos em decreto do Poder Executivo.	Tais indicadores são divididos em duas dimensões correlacionadas: esforço e impacto (Portaria da SES-CE n. 8/2022). – Indicador de Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde. – Indicador de Proporção de recém-nascidos filhos de mães adolescentes. – Indicador de Proporção de gestantes com o primeiro atendimento até a 12ª semana de gestação; – Indicador de Taxas de cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano. – Indicador de Proporção hipertensos cadastrados. – Indicador de Proporção de diabéticos cadastrados. – Indicador de Taxa de internação por diabetes <i>mellitus</i> (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS). – Indicador de existência de departamento e/ou órgão municipal de trânsito.
Espírito Santo	Lei n. 11.227/2020	3%	Gastos com saúde: “relação entre os gastos de saúde <i>per capita</i> do Município e o somatório dos gastos de saúde <i>per capita</i> de todos os Municípios do Estado.	Índice calculado com base nos dados relativos ao segundo ano civil imediatamente anterior, atestados pelo Tribunal de Contas do Estado.
Goiás	EC n. 70/2021 LCP n. 147/2022	5%	Indicadores de qualidade da saúde a serem definidos em decreto do Poder Executivo.	Entre outros indicadores, será considerado o quantitativo de inscritos ativos no Cartão Nacional de Saúde – Cartão SUS de cada município de acordo com a proporcionalidade do número de inscritos.

Estado	Lei estadual de repartição de ICMS	Percentual de ICMS repartido	Indicadores de desempenho previstos na lei	Detalhamento
Maranhão	Lei n. 11.815/2022	10%	Indicadores de qualidade da saúde a serem definidos em decreto do Poder Executivo.	Com os objetivos de monitorar políticas de saúde, fomentar bons indicadores da atenção primária no estado e estimular melhorias na rede municipal de saúde, o Decreto estadual n. 38.389/2023 dispôs sobre três indicadores principais: – Taxa de Mortalidade Infantil (TMI). – Taxa de Mortalidade entre 20 e 49 anos. – Taxa de Mortalidade de 50 anos ou mais.
Mato Grosso	LCP n. 746/2022		O Índice Municipal de Qualidade da Saúde (IMQS) será calculado com base nos resultados da proporção de cura de doenças endêmicas, proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças com até 2 anos de idade e internações por condições sensíveis à atenção básica, ponderados pela taxa de cobertura as equipes de atenção básica.	Segundo a Lei, no cálculo do IMQS: I – serão considerados tanto o nível quanto o avanço em indicadores construídos com base nas internações por condições sensíveis à atenção básica e na proporção de cura de doenças endêmicas; II – a taxa de cobertura das equipes de atenção básica e a proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças com até dois anos de idade serão consideradas em nível.
Pernambuco	Lei n. 10.489/90	2%	A lei pernambucana define critérios anualmente por exercício financeiro. No exercício de 2024, houve destinação específica de 1% de critérios relacionados à mortalidade infantil e 1% conforme adesão ao programa saúde da família.	– 1%, segundo o critério relativo à mortalidade infantil, considerando que, quanto menor o coeficiente de mortalidade infantil do Município, maior a sua participação no percentual previsto neste item.

Estado	Lei estadual de repartição de ICMS	Percentual de ICMS repartido	Indicadores de desempenho previstos na lei	Detalhamento
				– 1%, segundo o critério relativo à quantidade de equipes no Programa Saúde na Família – PSF, considerando que, quanto maior o número de equipes responsáveis pelo mencionado Programa, existentes no Município, conforme informações fornecidas pela Secretaria de Saúde do Estado, em relação à sua população, maior sua participação no percentual previsto neste item (Lei n. 18.425/2023).
Sergipe	Lei n. 8.628/2019	3%	Índice formado por indicadores de mortalidade infantil e de consultas mínimas de pré-natal realizadas pelas gestantes da municipalidade.	O IQS é calculado anualmente pela Secretaria estadual de saúde. Os Municípios que obtiverem os melhores resultados nos indicadores do IQE e do IQS podem ser premiados, anualmente, na forma estabelecida pela legislação estadual.

Fonte: elaborado pelo autor.

Apesar disso, surgiram experiências de federalismo cooperativo com o texto original da Constituição (parágrafo único do art. 158), especialmente no âmbito estadual, por meio da criação de critérios de repartição do ICMS com base em indicadores de saúde (como o Índice de Qualidade da Saúde – IQS), que buscaram induzir melhorias na atenção primária por meio de metas e desempenho dos municípios.

Contudo, a Reforma Tributária da EC n. 132/2023 extinguiu o critério “saúde” na repartição do ICMS (mantendo somente os critérios indutivos de “educação” e “preservação ambiental”), ao substituir esse imposto pelo IBS, enfraquecendo essas iniciativas estaduais. Essa mudança representa um retrocesso ao federalismo laboratorial, ao recentralizar decisões e inviabilizar mecanismos locais de indução à qualidade, em um cenário em que a União segue detendo ampla capacidade normativa e financeira.

8.5 SÍNTESE CONCLUSIVA: FEDERALISMO DE DESEMPENHO NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

No âmbito da saúde pública, observa-se que o eixo central da análise recai sobre os critérios de gestão da atenção básica e sobre o modo como se estruturam as redes assistenciais no SUS, cujos indicadores são orientados tanto à cobertura de programas quanto à qualidade da atuação municipal, à eficiência dos serviços ofertados e aos diversos determinantes sociais da saúde. Utilizou-se, como referência comparativa, a política delineada no *Canada Health Act*, que, no contexto canadense, cumpre função normativa e organizacional análoga àquela desempenhada pelo SUS no Brasil.

Embora a comparação entre os modelos federativos canadense e brasileiro revele pontos de convergência em múltiplas dimensões, verifica-se que arranjos institucionais distintos emergem especialmente no que se refere à autonomia conferida aos entes subnacionais, à abrangência da cobertura assistencial e ao grau de integralidade assegurado pelo sistema de saúde. Essa diferenciação, mais do que estrutural, influencia a própria capacidade de formulação e implementação das políticas públicas de saúde.

No caso canadense, é sob um federalismo de caráter acentuadamente descentralizado que se distribuem, de maneira clara, as competências entre os níveis de governo, conforme previsto no *Constitution Act*. Às províncias se atribui responsabilidade exclusiva sobre a maior parte dos serviços de saúde, competindo-lhes organizar sistemas próprios orientados pelos princípios do *Canada Health Act*, como a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção. A reforma voltada ao aprimoramento da transparência e dos indicadores, implementada no âmbito da saúde pública canadense, configurou-se como movimento de intensificação da descentralização, ao ampliar a margem de autonomia das províncias na definição e execução de suas políticas (*policy-making*), em contraste com o arranjo anterior, mais restritivo quanto à aplicação dos recursos.

No Brasil, não obstante a Constituição de 1988 tenha previsto um desenho descentralizado para o SUS, a dinâmica federativa revela-se permeada por pronunciado desequilíbrio fiscal vertical, decorrente da elevada concentração de receitas pela União, que retém cerca de 67% da arrecadação antes das transferências. Com a promulgação da EC n. 29/2000, que passou a vincular percentuais mínimos das receitas de impostos à saúde, instaurou-se, na formulação da política pública, um modelo de federalismo dotado de matizes coercitivas – ainda que, simultaneamente, tenha havido ampliação da proteção social na área. Garantiu-se, assim, um patamar mínimo de financiamento, porém à custa de parcela considerável da autonomia decisória de estados e municípios. O financiamento federal do setor estrutura-se majoritariamente por meio de transferências intergovernamentais

originadas do Fundo Nacional de Saúde e operacionalizadas por portarias e normas do Ministério da Saúde (como NOB, PAB e APS), nas quais se definem indicadores e critérios qualitativos para a prestação dos serviços. Em âmbito estadual, encontram-se mecanismos semelhantes, destinados a regular os repasses aos municípios com base em metas pactuadas e indicadores de desempenho na atenção básica, destacando-se, entre esses instrumentos, normas que condicionam parcelas do ICMS ao cumprimento de resultados.

