

VIII ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS II

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - FMU - São Paulo

Diretor Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

Representante Discente: Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Fernando Passos - UNIARA - São Paulo

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal

Comunicação:

Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM - São Paulo

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI - Santa Catarina

Educação Jurídica

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - PR

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - SP

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - MS

Eventos:

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo

Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina

Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

Comissão Especial

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UFRJ - RJ

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - PB

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - MG

Prof. Dr. Rogério Borba - UNIFACVEST - SC

D597

Direitos sociais e políticas públicas II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Daniele Silva Fontoura de Barcellos; Eloy Pereira Lemos Junior; Joice Graciele Nielsson. – Florianópolis: CONPEDI, 2025.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5274-149-3

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Direito Governança e Políticas de Inclusão

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direitos sociais. 3. Políticas públicas. VIII Encontro Virtual do CONPEDI (2; 2025; Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



VIII ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS II

Apresentação

O Grupo de Trabalho “Direitos Sociais e Políticas Públicas II” apresenta, no VIII Encontro Virtual do CONPEDI, um conjunto robusto e plural de reflexões sobre os desafios contemporâneos da efetivação dos direitos fundamentais no Brasil, especialmente à luz da atuação estatal e da construção democrática de políticas públicas.

Os trabalhos aqui reunidos abordam temas de enorme relevância para a consolidação de uma sociedade mais justa, equânime e inclusiva. Entre os eixos explorados, destacam-se o direito à alimentação, à saúde, ao saneamento básico, à educação, à segurança pública e ao trabalho digno, com especial atenção aos grupos historicamente vulnerabilizados, como mulheres negras, pessoas com deficiência, população em situação de rua, idosos e pessoas com transtorno do espectro autista (TEA).

A discussão sobre as políticas públicas ganha densidade ao dialogar com importantes marcos teóricos, como a teoria das capacidades de Amartya Sen, as categorias de biopolítica e necropolítica, os fundamentos da justiça como equidade, além de reflexões críticas sobre o federalismo cooperativo, a judicialização de direitos, o financiamento estatal e os impactos da omissão administrativa diante de tragédias socioambientais, como o desastre de Brumadinho.

Esta coletânea evidencia, ainda, a importância de se considerar a interseccionalidade, a equidade de gênero e a inclusão como pilares para o desenho e a implementação de políticas públicas que não apenas reconheçam a diversidade da população brasileira, mas também enfrentem com coragem e responsabilidade as profundas desigualdades que a estruturam.

Daniela Silva Fontoura de Barcellos (Universidade Federal do Rio de Janeiro)

Eloy Pereira Lemos Junior (Universidade de Itaúna – UIT)

Joice Graciele Nielsson (Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul)

FEDERALISMO COOPERATIVO E FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA: A SUSTENTABILIDADE DOS REPASSES DA UNIÃO E DO ESTADO AO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE (2014 - 2023)

COOPERATIVE FEDERALISM AND THE FINANCING OF PUBLIC HEALTHCARE: THE SUSTAINABILITY OF FEDERAL AND STATE TRANSFERS TO THE MUNICIPALITY OF BELO HORIZONTE (2014–2023)

Valéria Maria Monteiro Delgado ¹

Giovani Clark ²

Flávio Couto Bernardes ³

Resumo

O presente estudo buscou responder à seguinte questão: os repasses da União e do Estado garantem o financiamento adequado da saúde pública em Belo Horizonte, ou há um déficit que precisa ser coberto por recursos próprios do Município? Para tanto, analisou-se a sustentabilidade do financiamento da saúde pública em Belo Horizonte entre 2014 e 2023, considerando a participação das três esferas de governo na alocação de recursos destinados ao SUS. A pesquisa adotou uma abordagem documental, de caráter exploratório e descritivo, com base em dados do Portal Fiscalizando com o TCE/MG, dos Demonstrativos de Aplicação de Recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde, de relatórios oficiais de execução orçamentária municipal e da legislação correlata. Os resultados evidenciam que o Município aplicou percentuais significativamente superior ao mínimo constitucional exigido, assumindo um protagonismo compulsório diante da insuficiência dos repasses federais e estaduais.

Palavras-chave: Federalismo cooperativo, Financiamento da saúde em belo horizonte, Sistema único de saúde (sus), Federalismo fiscal, Políticas públicas

Abstract/Resumen/Résumé

This study aims to address the following question: Do federal and state transfers ensure adequate funding for public healthcare in Belo Horizonte, or is there a deficit that must be

the role of all three levels of government in allocating resources to the Brazilian Unified Health System (SUS). The research adopts a documentary, exploratory, and descriptive approach, based on data from the “Fiscalizando” Portal of the Minas Gerais State Court of Accounts (TCE/MG), the Statements of Application of Resources in Public Health Actions and Services, official reports on municipal budget execution, and relevant legislation. The findings reveal that the municipality consistently applied percentages significantly above the constitutionally mandated minimum, assuming a compulsory leading role in the face of insufficient federal and state transfers.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Cooperative federalism, Healthcare financing in belo horizonte, Unified health system (sus), Fiscal federalism, Public policies

1 INTRODUÇÃO

A Constituição da República de 1988 (CR) estruturou o Sistema Único de Saúde (SUS) sob o paradigma do federalismo cooperativo, atribuindo a União, aos Estados, ao Distrito Federal (DF) e aos Municípios a responsabilidade solidária pela garantia do direito à saúde. O financiamento tripartite do SUS, estabelecido nos artigos 198 e 23, do texto constitucional, visa assegurar a integralidade, a universalidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde.

Entretanto, a efetividade desse modelo depende da correta articulação federativa e da alocação adequada de recursos, o que, na prática, tem revelado assimetrias estruturais. A capacidade fiscal dos entes subnacionais, especialmente dos Municípios, mostra-se limitada frente às atribuições operacionais que lhes são conferidas, resultando em esforços fiscais desproporcionais.

O presente estudo busca analisar a sustentabilidade do financiamento da saúde pública no Município de Belo Horizonte (MBH) entre 2014 e 2023, examinando a participação da União, do Estado de Minas Gerais (EMG) e do Município na alocação de recursos para o SUS. A investigação adota uma abordagem documental, de natureza exploratória e descritiva, baseada em dados oficiais do Portal Fiscalizando do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG), dos Demonstrativos de Aplicação de Recursos em Saúde e dos relatórios de execução orçamentária municipal.

A pesquisa adota uma abordagem documental, de natureza exploratória e descritiva, orientada pelo método hipotético-dedutivo. A questão central que a orienta é a seguinte: Os repasses da União e do Estado garantem o financiamento adequado da saúde pública em Belo Horizonte, ou há um déficit que precisa ser coberto por recursos próprios do Município? A partir da análise dos dados orçamentários e da interpretação crítica à luz da teoria do federalismo cooperativo, busca-se contribuir para o debate sobre os desafios da sustentabilidade financeira do SUS e a necessidade de reformas estruturais no pacto federativo brasileiro.

2 O FEDERALISMO COOPERATIVO E A POLÍTICA PÚBLICA DA SAÚDE

A relação entre o federalismo cooperativo e a política pública da saúde constitui o núcleo temático deste artigo, uma vez que o SUS representa uma das expressões mais consolidadas do modelo de cooperação federativa no Brasil. A análise crítica dessa articulação se justifica tanto pela centralidade do direito fundamental à saúde quanto pela complexidade inerente à sua efetivação em um país marcado por desigualdades regionais e assimetrias na

capacidade arrecadatória dos entes federados. Conforme previsto nos artigos 23, inciso II, e 198, da CR, a saúde pública é competência comum e solidária entre os entes federativos, exigindo cooperação institucional e corresponsabilidade financeira.

Esta seção está organizada em três subitens: o primeiro apresenta os fundamentos teóricos do federalismo cooperativo e sua aplicação no contexto brasileiro; o segundo discute o direito à saúde em sua dimensão orçamentária e financeira, com destaque para os mecanismos de financiamento das ASPS; e o terceiro analisa os desafios contemporâneos da governança federativa no SUS, com ênfase no papel do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e nas limitações da autonomia financeira dos entes subnacionais. Esses fundamentos servirão de base conceitual e empírica para o estudo de caso desenvolvido no capítulo seguinte, com ênfase na gestão orçamentária e financeira da saúde pública no âmbito do MBH.

A pesquisa será conduzida por meio de análise documental e quantitativa, com foco nos repasses intergovernamentais destinados ao SUS e nos investimentos realizados com recursos próprios pelo Município de Belo Horizonte. A partir de dados financeiros obtidos junto a sistemas oficiais, será possível avaliar a participação relativa de cada ente federativo no financiamento da saúde pública, os percentuais de aplicação em relação aos mínimos constitucionais e as tensões entre as exigências de responsabilidade fiscal e a necessidade de assegurar a sustentabilidade orçamentária local para a efetivação do direito à saúde.

2.1 Fundamentos do Federalismo Cooperativo: conceitos e Aplicação no Brasil

O federalismo cooperativo caracteriza-se pela partilha de competências entre diferentes níveis de governo, garantindo a autonomia dos entes federativos ao mesmo tempo em que exige a coordenação para a formulação e implementação de políticas públicas. No Brasil, a CR consolidou a lógica do federalismo cooperativo, conforme disposto nos artigos 1º e 23. No âmbito das políticas públicas, o SUS representa uma das expressões mais significativas desse modelo, pois sua regulamentação pelas Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990 determinou a descentralização da gestão da saúde para os Estados e Municípios, ao mesmo tempo que garantiu o financiamento tripartite para a sustentabilidade do sistema.

No entanto, a descentralização administrativa promovida pela CR não foi acompanhada por uma descentralização fiscal igualmente equilibrada. A estrutura tributária brasileira permaneceu fortemente centralizada na União, o que aprofunda as assimetrias entre os entes subnacionais e compromete a efetividade da cooperação federativa, sobretudo na execução das políticas públicas sociais. Observa-se um modelo de dependência crônica dos

entes subnacionais, em especial dos Municípios. Apesar de serem os mais próximos das demandas da população e de assumirem diretamente a implementação de diversas políticas sociais, eles permanecem como os entes mais frágeis do ponto de vista da capacidade arrecadatória e da autonomia fiscal. A ausência de um sistema robusto de equalização de capacidades entre os entes federativos agrava esse quadro, tornando os governos locais estruturalmente dependentes das transferências intergovernamentais e limitando sua capacidade de planejamento, execução e efetivação autônoma dos direitos sociais.

A centralização tributária no Brasil, com forte concentração de recursos nas mãos da União, compromete a autonomia dos demais entes federativos. Conforme destacam Tavares e Bitencourt (2022), embora essa centralização favoreça a coordenação de políticas nacionais, seu excesso pode desconfigurar a capacidade de autogoverno de Estados e Municípios, tornando-os dependentes das transferências federais e dificultando o exercício das competências comuns estabelecidas constitucionalmente (Bernardes, 2000).

A desigualdade na distribuição de receitas compromete a autonomia dos Municípios, dificultando sua capacidade de executar políticas públicas essenciais. Embora a descentralização administrativa tenha fortalecido a governança local, a ausência de modelo adequado de financiamento impôs barreiras à implementação plena das políticas públicas e aprofundou as desigualdades regionais, refletindo um federalismo cooperativo desbalanceado e altamente dependente da União (Pimenta; Bernardes, 2023). Como se verá nos subitens seguintes, essa estrutura desequilibrada impõe desafios severos à implementação do direito à saúde como política pública universal, gratuita e equitativa.

2.2 O Direito Fundamental à Saúde, Orçamento Público e Financiamento da Saúde

O direito à saúde é direito fundamental de natureza social e prestacional. Sua efetivação está intimamente relacionada ao planejamento e à execução das ações estatais por meio do orçamento público. Assim, o artigo 165, da CR, institui a obrigatoriedade da adoção do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA) como os instrumentos fundamentais de planejamento fiscal e orçamentário. O PPA estabelece as diretrizes, objetivos e metas, a LDO orienta a elaboração da LOA, fixando as prioridades e a LOA estima as receitas e fixa as despesas (Bernardes, 2008).

No caso da saúde, a CR vinculou seu financiamento ao OSS, conforme o artigo 198, §1º, o qual estabelece que as ASPS devem ser financiados com recursos do OSS da União, dos Estados, do DF e dos Municípios, além de outras fontes. Essa estrutura foi progressivamente

regulamentada e aperfeiçoada pelas ECs n. 29/2000, n. 86/2015 e n. 132/2023, que redefiniram os critérios de cálculo e os percentuais mínimos obrigatórios de aplicação de recursos públicos em ASPS.

Essa repartição normativa evidencia a lógica do federalismo cooperativo no campo da saúde pública, na qual os entes da federação compartilham responsabilidades na formulação, gestão e financiamento do SUS. Entretanto, tal arranjo exige mais do que a mera previsão constitucional: demanda a efetiva capacidade fiscal e técnica dos entes federativos, bem como mecanismos de coordenação interfederativa que assegurem a solidariedade e a equidade na implementação do direito à saúde.

A despeito de avanços institucionais, a sustentabilidade desse modelo tem sido sistematicamente impactada por políticas de contenção fiscal. A promulgação da Emenda Constitucional n. 95/2016 – que instituiu o teto de gastos públicos e vinculou o crescimento das despesas primárias da União à inflação do ano anterior — restringiu severamente a expansão orçamentária de áreas sociais, como saúde e educação. Conforme destacam Portella et al. (2025), a EC n. 95/2016, ao vincular o crescimento das despesas públicas exclusivamente à inflação do ano anterior, desvinculou a alocação de recursos da dinâmica real das necessidades sociais e sanitárias, agravando o subfinanciamento crônico do SUS e transferindo de forma estrutural a responsabilidade orçamentária para os entes subnacionais. Essa limitação passou a funcionar como verdadeiro bloqueio normativo à ampliação dos recursos destinados à efetivação dos direitos sociais. Clark, Corrêa e Nascimento (2017) interpretam tal movimento como um desvirtuamento da Constituição Econômica de 1988, que subordina os direitos sociais à lógica de estabilidade fiscal, rompendo com o princípio da justiça distributiva e com a função transformadora atribuída ao Estado Democrático de Direito.

A revogação da EC n. 95/2016 pela EC n. 126/2022 e a instituição do Novo Regime Fiscal pela LC n. 200/2023, ainda que representem um redesenho do modelo de controle das finanças públicas, mantêm diretrizes macroeconômicas centradas na estabilidade fiscal e na limitação do crescimento dos gastos sociais, condicionando a ampliação dos investimentos à performance fiscal da União.

Dessa forma, o financiamento da saúde pública no Brasil, embora ancorado em dispositivos constitucionais voltados à proteção da dignidade humana, segue tensionado entre a promessa normativa da universalidade do SUS e os limites reais impostos pelas escolhas fiscais, acentuado pela desigual capacidade arrecadatória entre os entes federativos. Essa tensão será aprofundada no capítulo seguinte, a partir da análise do caso do MBH.

2.3 O Fundo Nacional de Saúde e os Desafios da Governança Federativa no SUS

A institucionalização do SUS, consagrada pela CR, consolidou a descentralização como princípio estruturante da política pública de saúde, em consonância com os fundamentos do federalismo cooperativo. A descentralização das ASPS foi acompanhada da definição de competências comuns entre os entes federativos (artigo 23, inciso II) e da previsão de um modelo de financiamento tripartite (artigo 198, §1º e §2º), fundado na corresponsabilidade administrativa e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o SUS, reforça essa lógica ao estabelecer, em seu artigo 9º, a direção única em cada esfera de governo. Complementarmente, o artigo 33, §1º, define que os recursos financeiros do SUS, oriundos do OSS e de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, por intermédio do FNS. A exigência de fundo de saúde como condição para o recebimento de transferências intergovernamentais encontra respaldo no artigo 4º, da Lei n. 8.142/1990, consolidando a organização da descentralização financeira do SUS. Nesse arranjo institucional, o FNS cumpre papel estratégico na operacionalização do financiamento federal, realizando transferências regulares e automáticas aos Fundos Estaduais, Distrital e Municipais, conforme critérios estabelecidos em lei e pactuados nas instâncias de articulação federativa.

A conformação institucional do SUS não se deu exclusivamente por meio da positivação normativa, mas também por intensa atuação coordenadora da União. Conforme analisa Arretche (2004), a autoridade do governo federal na política de saúde decorre, em grande medida, do controle do financiamento e da definição das regras operacionais por meio de portarias e instrumentos infralegais. Essa capacidade de indução permitiu condicionar os repasses federais à adesão dos entes subnacionais às diretrizes nacionais, conferindo maior uniformidade à política pública e viabilizando a implementação do modelo descentralizado em escala nacional.

Em análise retrospectiva, Paim (2018) sustenta que a consolidação do arranjo descentralizado do SUS durante a década de 1990 resultou da combinação entre a estabilidade dos fluxos financeiros federais e da construção de instituições de negociação e pactuação interfederativa. Nesse contexto, destacam-se os Conselhos de Saúde e, especialmente, as Comissões Intergestores, com ênfase para a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), como espaços legítimos de deliberação entre os entes federados. Essas instâncias passaram a desempenhar papel central na governança federativa da saúde, contribuindo para a efetividade do modelo descentralizado de gestão pactuada do SUS.

Não obstante os avanços normativos e institucionais, persistem desafios estruturais relevantes. A rigidez orçamentária e a excessiva vinculação dos recursos a programas previamente definidos em âmbito federal comprometem a autonomia dos entes subnacionais para a definição de prioridades e a gestão estratégica das ações de saúde. Ademais, a concentração de competências decisórias na esfera da União — muitas vezes operacionalizadas por meio de atos administrativos infralegais — tensiona o pacto federativo e limita a efetiva corresponsabilidade na formulação e na execução das políticas públicas.

Ainda que o FNS tenha sido determinante para a institucionalização de um fluxo estável e automatizado de recursos, sua centralidade no financiamento do SUS evidencia os limites de uma coordenação vertical excessivamente concentrada. Como argumenta Arretche (2004), a indução federativa promovida pela União — ainda que eficaz na consolidação do SUS como política nacional — baseia-se na utilização de instrumentos normativos e financeiros que lhe conferem capacidade de coordenar as decisões dos entes subnacionais, mesmo diante das tendências centrífugas geradas pela descentralização fiscal. Entretanto, para que essa capacidade se converta em cooperação federativa efetiva e equitativa, faz-se necessário reequilibrar esse arranjo por meio do fortalecimento das capacidades institucionais locais e da ampliação do protagonismo das instâncias deliberativas de governança compartilhada.

Por fim, os desafios contemporâneos da gestão do SUS, em especial aqueles relacionados à equidade na distribuição de recursos e à sustentabilidade fiscal, impõem a necessidade de revisão crítica do atual modelo de financiamento federativo. A assimetria entre as capacidades fiscais da União, dos Estados, do DF e dos Municípios tem transferido, de maneira estrutural, a responsabilidade pela manutenção da ASPS para os entes federativos subnacionais, que enfrentam crescentes dificuldades para garantir o direito à saúde em sua integralidade. Nesse sentido, a análise empírica da experiência orçamentária do MBH, apresentada no capítulo seguinte, busca evidenciar como essas limitações impactam a concretização do direito fundamental à saúde no plano local.

3 - O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA EM BELO HORIZONTE: ANÁLISE DO FINANCIAMENTO TRIPARTITE (2014-2023)

A CR, especialmente em seus artigos 198, §§ 1º e 2º, e 23, inciso II, instituiu o modelo de financiamento tripartite do SUS, atribuindo responsabilidades solidárias a União, aos Estados, ao DF e aos Municípios no custeio das ASPS. Ao promover a descentralização administrativa e financeira, tal arranjo visa fortalecer a autonomia dos entes subnacionais. A

efetividade desse modelo, contudo, depende da regularidade dos repasses intergovernamentais e da capacidade dos entes locais de complementar os investimentos federais e estaduais com recursos próprios, de modo a assegurar a continuidade e a integralidade do atendimento à população.

Com base nesse marco normativo, este capítulo realiza uma análise empírica, de natureza quantitativa e comparativa, da experiência do MBH entre os anos de 2014 e 2023. A investigação fundamenta-se em dados oficiais extraídos de fontes públicas, como o Portal Fiscalizando do TCE-MG, os Demonstrativos de Aplicação de Recursos em Saúde e os relatórios municipais de execução orçamentária, permitindo aferir a participação relativa de cada ente federativo e os desafios enfrentados para o cumprimento das metas constitucionais de financiamento.

3.1 Análise do Financiamento Tripartite e o Papel dos Recursos Próprios

A Tabela 1 apresenta os dados financeiros do MBH entre 2014 e 2023, permitindo observar a evolução da participação de cada esfera federativa no financiamento da saúde. Observa-se que a União, apesar de continuar sendo a principal fonte, tem reduzido sua participação relativa, enquanto o Município tem assumido parcela crescente de responsabilidade.

Tabela 1 – Fontes de Financiamento da Saúde no Município de Belo Horizonte (2014-2023)¹

Exercício	União (R\$)	%	Estado (R\$)	%	Município (R\$)	%	Total Geral (R\$)
2014	1.708.481,66	62,19	137.494,07	5,00	901.195,38	32,80	2.747.171,11
2015	1.672.840,51	57,16	196.990,91	6,73	1.056.977,22	36,11	2.926.808,64
2016	1.649.074,42	55,38	208.582,33	7,00	1.120.015,45	37,61	2.977.672,20
2017	1.908.030,01	55,81	219.898,01	6,43	1.291.161,77	37,76	3.419.089,79
2018	1.849.118,44	53,30	207.965,82	6,00	1.411.876,52	40,70	3.468.960,78
2019	2.039.507,27	51,93	545.910,96	13,90	1.342.135,52	34,17	3.927.553,75
2020	2.397.724,40	56,87	394.505,50	9,36	1.424.181,24	33,78	4.216.411,14
2021	2.324.063,26	50,26	656.907,17	14,21	1.642.684,86	35,53	4.623.655,29
2022	2.209.067,92	48,22	645.760,56	14,09	1.726.778,78	37,69	4.581.607,26
2023	2.635.968,68	49,96	737.779,00	13,98	1.902.523,35	36,06	5.276.271,04

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados orçamentários do MBH (2014–2023).

¹ Os valores monetários estão em milhares de reais.

Observa-se que, embora a União continue sendo a principal fonte de recursos, sua participação encontra-se em trajetória de queda, enquanto o MBH tem arcado com parcela crescente do financiamento, superando consistentemente o EMG. Esses dados evidenciam uma dinâmica assimétrica, que será aprofundada nos subitens seguintes.

3.1.1 Estrutura do Financiamento Tripartite e o Papel dos Recursos Próprios

A Tabela 1 apresenta os dados consolidados de financiamento da saúde no MBH entre os anos de 2014 e 2023, permitindo examinar a estrutura da cooperação federativa no custeio das ASPS. Os dados revelam a participação relativa da União, do Estado de Minas Gerais (EMG) e do Município na composição orçamentária da saúde, possibilitando avaliar o grau de efetividade do modelo tripartite de financiamento previsto no artigo 198, §§1º e 2º, da CR.

Em primeiro lugar, observa-se que a União, embora continue sendo a principal fonte de financiamento do SUS no MBH, apresentou trajetória de retração percentual ao longo do período analisado. Em 2014, sua participação correspondia a 62,19% do total investido em saúde no Município, percentual que caiu para 49,96% em 2023. A média de participação federal no decênio foi de 53,71%, o que, em contraste com a trajetória de queda anual, indica perda de protagonismo orçamentário da União no plano local.

Em segundo lugar, os repasses do EMG apresentaram variações importantes ao longo da série histórica. A participação estadual oscilou em patamares baixos entre 2014 e 2018, variando entre 5% e 7%, mas apresentou aumento significativo a partir de 2019, atingindo o pico de 14,21% em 2021. Ainda assim, a participação média estadual manteve-se em apenas 10,09%, refletindo uma contribuição estruturalmente limitada.

Por fim, destaca-se o papel do MBH, cuja participação no financiamento da saúde pública evoluiu de 32,80% em 2014 para 40,70% em 2018, mantendo-se consistentemente acima de 35% nos exercícios subsequentes. A média municipal, de 36,20%, confirma o esforço contínuo do ente local no custeio da saúde pública.

Esse padrão revela a consolidação de protagonismo compulsório do ente municipal, entendido como a assunção involuntária de responsabilidades superiores às previstas constitucionalmente, em função da retração da União e da atuação limitada do EMG. Tal dinâmica reforça a tese de que o pacto federativo brasileiro, embora normativamente concebido sob a lógica da solidariedade intergovernamental, apresenta, na prática, assimetrias estruturais e disfunções operacionais que comprometem a equidade na distribuição de encargos entre os entes federativos. Conforme será aprofundado nos subitens seguintes, essa configuração gera

impactos diretos na sustentabilidade fiscal do Município e na efetivação do direito fundamental à saúde.

3.1.2 Participação da União: retração progressiva e violação da corresponsabilidade

A trajetória da União no financiamento da saúde pública no MBH, entre os anos de 2014 e 2023, revela uma tendência de retração progressiva de sua participação relativa no custeio do SUS. Conforme demonstrado na Tabela 1, embora tenha permanecido como o principal ente financiador no período, com média de 53,71%, sua participação caiu de 62,19%, em 2014, para 49,96%, em 2023 — uma redução de 12,23 pontos percentuais. Esse decréscimo evidencia a perda gradativa do protagonismo orçamentário federal no plano local, com impactos diretos sobre a sustentabilidade do financiamento tripartite constitucionalmente estabelecido.

Essa retração está diretamente relacionada à adoção de políticas fiscais ancoradas no neoliberalismo de austeridade, como se extrai dos ensinamentos de Clark, Corrêa e Nascimento (2017), cuja diretriz central consiste na contenção estrutural dos investimentos públicos sob o argumento da necessidade de equilíbrio orçamentário. O marco mais emblemático dessa orientação foi a promulgação da EC n. 95/2016, que instituiu o chamado “teto de gastos”, congelando por vinte anos o crescimento real das despesas primárias da União, inclusive aquelas vinculadas à saúde. Essa limitação desvinculou a alocação de recursos das demandas reais da população, impondo um bloqueio normativo à expansão do financiamento do SUS.

Em termos práticos, trata-se de uma flexibilização condicionada: a ampliação das despesas sociais está subordinada ao desempenho da arrecadação federal. Tal desenho institucional preserva a disciplina fiscal como núcleo estruturante da política orçamentária, sem restabelecer os patamares de financiamento necessários à efetivação plena do direito à saúde. Dessa forma, os efeitos da compressão fiscal provocada pela EC n. 95/2016 – sobretudo entre os anos de 2017 e 2022 – não foram revertidos sob o novo modelo fiscal.

A análise empírica dos dados orçamentários corrobora essa conclusão. A partir de 2017, primeiro ano de vigência da EC n. 95, a participação da União no financiamento da saúde no MBH caiu para 55,81%, mantendo-se abaixo de 50% em 2022 e 2023, mesmo após a entrada em vigor da nova âncora fiscal. Isso evidencia a persistência de entraves estruturais à retomada do protagonismo financeiro do ente federal, o que compromete a viabilidade do modelo federativo previsto na CR.

Essa retração viola frontalmente os fundamentos do federalismo cooperativo solidário, consagrados nos artigos 23, inciso II, e 198, da CR, que atribuem competência comum aos entes

federativos para garantir o direito à saúde, impondo-lhes a corresponsabilidade financeira em sua concretização. Ao abdicar de sua função redistributiva, a União compromete os princípios constitucionais da solidariedade federativa, da justiça distributiva e da igualdade material entre os entes, pilares essenciais à consolidação de um sistema público de saúde efetivo e equitativo.

Além disso, a redução da participação federal transfere, de forma estrutural e contínua, encargos orçamentários aos entes subnacionais — especialmente aos Municípios —, que operam com menor capacidade arrecadatória, margens fiscais mais restritas e limitada possibilidade de endividamento. Essa assimetria acentua as desigualdades regionais, sobrecarrega a esfera local — justamente aquela que está mais próxima da população — e fragiliza a operacionalização de um pacto federativo voltado à universalidade e à integralidade do SUS. O resultado é a consolidação de um modelo de federalismo assimétrico e disfuncional, em desacordo com os valores fundamentais da CR.

3.1.3 Participação do Estado de Minas Gerais: tendências e limites da cooperação federativa

A participação do EMG no financiamento da saúde pública em MBH, entre os anos de 2014 e 2023, revela padrões de oscilação e insuficiência estrutural. Nos primeiros anos da série histórica, os aportes estaduais mantiveram-se em patamares reduzidos, variando entre 5% e 7% do total aplicado em saúde no Município (conforme dados da Tabela 1). Somente a partir de 2019 observa-se incremento significativo, com o percentual estadual alcançando 13,90% naquele exercício e atingindo o pico de 14,21% em 2021. Apesar dessa elevação recente, a média de participação do EMG no período foi de apenas 10,09%, valor inferior tanto à média municipal quanto à federal, e insuficiente para mitigar a sobrecarga suportada por MBH na execução do SUS.

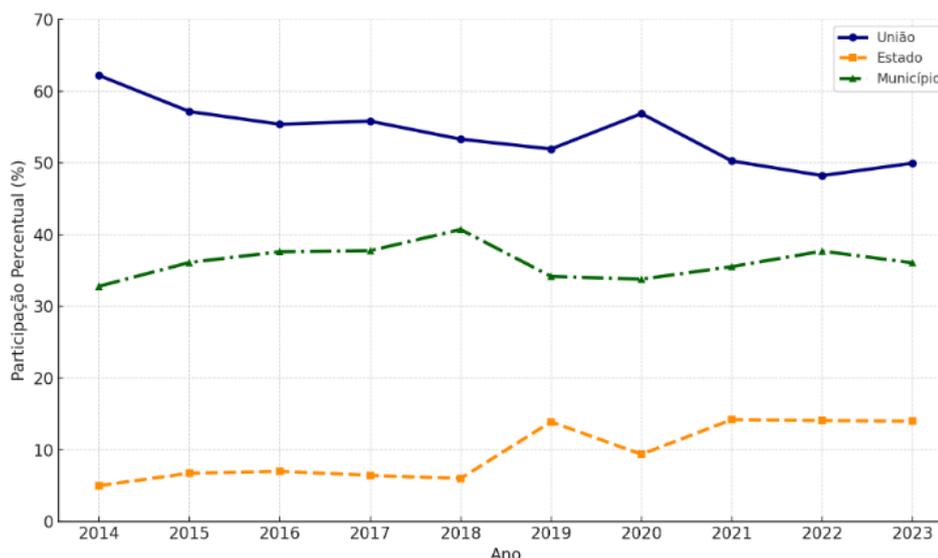
Importante destacar que os dados analisados neste estudo se referem exclusivamente aos repasses realizados pelo EMG ao MBH. Logo, não é possível afirmar, com base nesses dados, se o Estado cumpriu ou não a aplicação mínima exigida no conjunto de suas ASPs. O que se constata, contudo, é que os valores efetivamente transferidos ao MBH não foram suficientes para assegurar uma partilha equilibrada do financiamento do SUS no nível local.

A análise dos dados de MBH confirma esse desafio: mesmo diante da ampliação das competências estaduais na coordenação e financiamento das ações de saúde, o ente estadual manteve participação inferior à do Município, o que fragiliza o ideal de corresponsabilidade federativa e aprofunda a sobrecarga orçamentária da esfera local.

O gráfico a seguir evidencia essas oscilações e a desigual distribuição da

responsabilidade financeira ao longo da série histórica:

Gráfico 1 – Evolução da participação percentual de União, Estado de Minas Gerais e Município de Belo Horizonte no financiamento da saúde pública (2014–2023)



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados orçamentários do MBH (2014–2023).

O Gráfico 1 sintetiza, de forma visual, as oscilações e desigualdades na participação financeira dos entes federativos no financiamento da saúde pública no MBH. Esse padrão gráfico corrobora a tese de que a estrutura federativa brasileira, embora constitucionalmente orientada à cooperação, opera na prática sob lógica assimétrica e concentradora, que desloca encargos à esfera local sem assegurar a correspondente redistribuição de recursos. Tal configuração compromete a materialização dos princípios constitucionais da solidariedade fiscal, da equidade e da corresponsabilidade, evidenciando a necessidade de uma repactuação federativa que fortaleça os instrumentos de justiça distributiva no âmbito do SUS.

3.1.4 Participação do Município de Belo Horizonte: protagonismo compulsório e sobrecarga estrutural

A análise da série histórica revela que o MBH assumiu, de forma recorrente, a maior carga relativa de financiamento entre os entes subnacionais. Conforme demonstrado na Tabela 1, os percentuais de participação municipal variaram entre 32,80% (2014) e 40,70% (2018), resultando em uma média de 36,20% no período de 2014 a 2023. Ao longo do decênio, essa participação não apenas superou a do EMG, cuja média foi de 10,09%, como, em diversos momentos, também compensou a retração da União, que encerrou o período com 49,96% de

contribuição, abaixo dos 62,19% verificados em 2014.

Esse esforço fiscal, embora revele o compromisso institucional do ente municipal com a manutenção as ASPS, não decorre de uma ampliação voluntária de competências, mas sim de uma lógica de protagonismo compulsório. Tal dinâmica resulta da omissão parcial dos demais entes federativos e da inexistência de sistema eficaz de equalização vertical das capacidades fiscais, condição indispensável à materialização do federalismo cooperativo. Como observam Portella e Santos (2024), a descentralização de responsabilidades operacionais, sem a correspondente descentralização de recursos, impõe ônus desproporcionais aos Municípios, especialmente no que se refere à garantia de políticas universais como a saúde pública.

Essa sobrecarga compromete não apenas a sustentabilidade fiscal do MBH, mas também sua autonomia de planejamento e sua capacidade de execução de políticas públicas em médio e longo prazo. A proximidade dos Municípios em relação às demandas sociais os coloca como principal porta de entrada do SUS, o que aumenta sua responsabilidade sem a contrapartida estrutural de receitas suficientes. Como discute Franzese (2010, p. 95–96), o fortalecimento dos Municípios como principais responsáveis pela execução das políticas públicas ocorreu em contexto de fragmentação institucional e desigualdade regional, sem que fossem asseguradas condições mínimas de governança e capacidade administrativa compatíveis com essas atribuições.

Dessa forma, a experiência do MBH ilustra uma contradição estrutural do federalismo cooperativo brasileiro: embora o arranjo constitucional imponha obrigações comuns, a estrutura fiscal vigente concentra os recursos na União, transfere encargos aos entes federativos com menor capacidade arrecadatória e compromete, na prática, a concretização do direito fundamental à saúde de forma equitativa e sustentável.

3.2 Evolução dos Investimentos em Saúde no Município de Belo Horizonte

A Tabela 2 a seguir, apresenta a execução orçamentária da saúde no MBH entre os anos de 2014 e 2023, considerando a receita base de cálculo, o valor mínimo obrigatório correspondente a 15% dessa receita — nos termos do artigo 198, § 2º, inciso III, da CR —, e os valores efetivamente aplicados em ASPS. Os dados foram extraídos dos Demonstrativos da Aplicação de Recursos em ASPS, constantes dos balanços anuais de execução orçamentária publicados pelo ente, e refletem a conformidade legal e o esforço fiscal do ente local na manutenção do SUS.

Tabela 2 – Investimentos em Saúde no Município Belo Horizonte (2014-2023)²

Exercício	Receita Base de Cálculo (R\$)	Valor Mínimo Obrigatório (15%) (R\$)	Valor Aplicado (R\$)	Percentual Aplicado (%)
2014	4.561.885,13	684.282,77	901.195,38	19,75
2015	4.712.524,13	706.878,62	1.056.977,22	22,43
2016	5.014.734,34	752.210,15	1.120.015,45	22,33
2017	5.291.015,05	793.652,26	1.291.161,77	24,40
2018	5.624.908,99	843.736,35	1.411.876,52	25,10
2019	5.936.457,18	890.468,58	1.342.135,52	22,61
2020	6.383.027,38	957.454,11	1.424.181,24	22,31
2021	7.412.108,31	1.111.816,25	1.642.684,86	22,16
2022	8.163.216,53	1.224.482,48	1.726.778,78	21,15
2023	9.239.367,42	1.385.905,11	1.902.523,35	20,59

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados orçamentários do MBH (2014–2023).

A análise da série evidencia que, ao longo do período, o Município aplicou percentuais sistematicamente superiores ao piso constitucional. Em 2014, a aplicação já correspondia a 19,75% da receita considerada, atingindo o ápice de 25,10% em 2018. Nos exercícios seguintes, embora com leve tendência de redução, os percentuais permaneceram acima do mínimo legal, oscilando entre 20,59% e 22,61%, o que indica constância no comprometimento fiscal com a saúde pública.

Esse padrão de alocação orçamentária reforça o papel do Município como garantidor da continuidade das ASPS, sobretudo diante das limitações dos repasses da União e do EMG. A superação reiterada do limite constitucional mínimo não deve ser interpretada apenas como indicativo de excelência administrativa, mas também como sintoma de um desequilíbrio federativo estrutural. Como observa Arretche (2004), a centralização das competências tributárias na União e a descentralização das responsabilidades operacionais aos entes subnacionais resultam em um federalismo assimétrico, no qual os Municípios são estruturalmente compelidos a assumir encargos desproporcionais à sua capacidade fiscal.

Dessa forma, os dados evidenciam que o MBH tem arcado com parcela significativa do financiamento do SUS em sua esfera de competência, mobilizando recursos próprios em patamares superiores aos exigidos constitucionalmente, o que reforça tanto seu protagonismo fiscal quanto os limites operacionais do federalismo cooperativo vigente.

² Os valores monetários estão em milhares de reais.

3.3. O Desequilíbrio Federativo e Esforço Fiscal Compulsório do Município de Belo Horizonte

O financiamento da saúde pública no MBH ilustra, com clareza, uma das faces mais críticas do federalismo fiscal brasileiro: a sobrecarga orçamentária imposta aos Municípios na execução das políticas sociais, particularmente daquelas de caráter universal, como o SUS. A análise dos dados apresentados na Tabela 1 evidencia que, entre 2014 e 2023, o Município arcou, em média, com 36,20% dos recursos destinados à saúde, percentual superior à contribuição média do EMG, de 10,09%, e complementando, em diversos momentos, a retração da participação da União, cuja média foi de 53,71% no mesmo período. Mais do que indicar oscilações conjunturais, esses dados revelam uma assimetria estrutural na partilha de encargos dentro do modelo tripartite estabelecido pela CR.

Embora essa superação possa ser interpretada como sinal de comprometimento institucional, ela também revela a presença de esforço fiscal compulsório, decorrente da necessidade de compensar a insuficiência dos repasses por parte dos entes corresponsáveis, a União e o EMG. Essa assimetria impõe ao ente municipal a responsabilidade de garantir a continuidade e qualidade as ASPS em cenário de crescentes demandas sociais, mas com recursos limitados.

A análise também permite destacar a limitada participação do ente estadual. Mesmo com incremento a partir de 2019, a contribuição do EMG ao financiamento da saúde no MBH manteve-se estruturalmente inferior à do Município. Embora o presente estudo não avalie o cumprimento, em âmbito estadual, da obrigatoriedade de aplicação mínima de 12% prevista no artigo 198, §2º, inciso II, da CR, os repasses efetivados ao MBH demonstram a ausência de uma cooperação federativa equitativa no plano local.

Essa realidade dialoga diretamente com a análise de Portella e Santos (2024), que apontam a existência de um desequilíbrio estrutural entre as atribuições administrativas transferidas aos Municípios e a concentração dos instrumentos arrecadatórios nas mãos da União. Conforme observam os autores, ainda que os percentuais mínimos constitucionais sejam formalmente respeitados, a ausência de modelo redistributivo eficaz e a rigidez das transferências dificultam a construção de uma cidadania territorial plena. Os achados da presente pesquisa confirmam esse diagnóstico: mesmo em um grande Município como Belo Horizonte, com capacidade técnica e institucional desenvolvida, a ausência de repasses proporcionais compromete a autonomia fiscal e a sustentabilidade do SUS no nível local.

A sobrecarga imposta ao Município adquire contornos ainda mais preocupantes

quando se considera o contexto contemporâneo de avanço tecnológico no setor da saúde. Como apontam Castro e Clark (2025), — especialmente com a incorporação de tecnologias digitais, como a telemedicina — exige articulação federativa eficaz e um modelo de financiamento público soberano, capaz de assegurar investimentos estruturantes e sustentáveis. A inexistência de arranjo coordenado e redistributivo transfere aos entes locais, como o MBH, a responsabilidade de absorver e implementar tais inovações, ainda que estes não disponham dos instrumentos financeiros necessários para tanto. Esse deslocamento de encargos, sem o devido suporte fiscal, compromete a universalidade, a equidade e a integralidade do SUS, além de ampliar as disparidades regionais no acesso à saúde.

Além disso, os dados indicam que, embora o MBH tenha conseguido manter sua contribuição em níveis superiores ao mínimo legal, esse esforço não ocorre sem custo. Como discutem Lima e Andrade (2009), o crescente volume de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais revela distintos graus de dependência fiscal e institucional, com possíveis impactos sobre o desempenho da gestão local e a autonomia financeira dos entes subnacionais.

Dessa forma, a experiência do MBH evidencia os limites operacionais do federalismo cooperativo brasileiro e reforça o argumento de que o atual arranjo de financiamento da saúde pública carece de revisão estrutural. Um modelo federativo equitativo exige a redistribuição solidária de recursos, a ampliação da corresponsabilidade intergovernamental e o fortalecimento da capacidade de financiamento dos entes subnacionais. Sem tais reformas, persistirá o risco de comprometimento da sustentabilidade das políticas públicas em nível local, especialmente em Municípios que, como Belo Horizonte, têm destinado percentuais crescentes de suas receitas próprias para suprir lacunas no financiamento da saúde, o que tende a limitar sua margem fiscal para outras áreas estratégicas e reduzir sua autonomia orçamentária (Lima; Andrade, 2009).

4 CONCLUSÃO

O presente estudo analisou a estrutura do financiamento da saúde pública no Brasil sob a perspectiva do federalismo cooperativo, com foco empírico na experiência do MBH entre os anos de 2014 e 2023. A investigação demonstrou que, embora a CR estabeleça, em seu artigo 198, §2º, um modelo constitucional baseado na corresponsabilidade entre os entes federativos, a prática revela um cenário de assimetria estrutural e subfinanciamento crônico que compromete a efetividade do SUS.

Entre os principais achados da pesquisa, destaca-se o protagonismo fiscal compulsório assumido por MBH, que, ao longo de toda a série histórica analisada, aplicou percentuais superiores ao mínimo constitucional de 15% exigido dos Municípios (artigo 198, §2º, III, da CR). Em 2018, o Município chegou a alocar 25,10% de sua receita base em ASPS, configurando um esforço fiscal substancial para garantir a continuidade do atendimento à população. A média de aplicação municipal no decênio foi de 36,20%, valor significativamente superior à participação média do EMG, de apenas 10,09% das despesas totais com saúde.

Essa sobrecarga orçamentária do Município não se explica por uma escolha discricionária, mas sim por necessidade imposta pela lacuna de financiamento por parte do EMG e da União. A limitada participação do EMG nos repasses efetivamente destinados ao Município — cuja média foi de apenas 10,09% das despesas totais com saúde — evidencia uma fragilidade na articulação do pacto federativo. Ainda que este estudo não tenha avaliado o cumprimento formal do percentual mínimo estadual previsto no artigo 198, §2º, II, da CR, os dados indicam que, mesmo com eventual conformidade legal, os recursos transferidos foram insuficientes para assegurar a equidade na repartição dos encargos, contrariando a lógica da corresponsabilidade que estrutura o modelo de federalismo cooperativo solidário consagrado pela CR.

A contradição entre o modelo constitucional de federalismo cooperativo e a realidade fiscal assimétrica foi intensificada por normas fiscais restritivas, em especial pela EC n. 95/2016. Ao instituir o teto de gastos e congelar por duas décadas o crescimento real das despesas primárias da União, a EC n. 95 desvinculou a política de financiamento da saúde das demandas sociais crescentes, agravando a precarização dos serviços e impondo, de forma estrutural, o ônus da execução orçamentária aos entes subnacionais. Ainda que essa emenda tenha sido formalmente revogada pela EC n. 126/2022, que instituiu o Novo Arcabouço Fiscal por meio da LC n. 200/2023, o novo regime manteve diretrizes centradas na limitação do crescimento das despesas, condicionando sua expansão à variação da receita primária líquida. Essa flexibilização condicionada, embora revele maior sensibilidade fiscal, não rompeu com a lógica de subfinanciamento histórico do SUS.

A experiência do MBH reflete, em escala local, o diagnóstico apresentado por Portella e Santos (2024), que evidenciam o desequilíbrio persistente entre a descentralização de competências administrativas e a centralização das fontes de financiamento no Brasil. Mesmo nos casos em que os percentuais mínimos constitucionais são formalmente cumpridos, a ausência de modelo redistributivo eficaz e a rigidez dos mecanismos de transferência inviabilizam a consolidação da cidadania territorial plena e restringem a autonomia dos

Municípios. A análise empírica do MBH confirma tal diagnóstico, revelando que, mesmo em um Município com relativa capacidade técnica e institucional, a sustentabilidade fiscal local encontra-se comprometida diante da estrutura atual.

Diante desse panorama, impõe-se a necessidade de uma revisão estrutural do modelo federativo de financiamento da saúde pública no Brasil. Tal revisão deve ser orientada por três pilares fundamentais: (i) a redefinição dos critérios de repartição das receitas da seguridade social, com vistas à promoção da justiça distributiva e da equidade territorial; (ii) o fortalecimento das transferências interfederativas, com previsibilidade orçamentária e correção das assimetrias estruturais; e (iii) a flexibilização das regras fiscais que restringem os investimentos sociais, de modo a compatibilizar responsabilidade fiscal com os compromissos constitucionais de efetivação dos direitos fundamentais.

Conclui-se que, apesar do arcabouço normativo que institui o federalismo cooperativo, o padrão de financiamento da saúde analisado revela a prevalência de modelo assimétrico e financeiramente excludente, que compromete a autonomia dos entes subnacionais e fragiliza a efetividade do direito à saúde. A análise empírica evidenciou que, mesmo em contextos municipais com maior capacidade institucional, como o de Belo Horizonte, a ausência de um sistema redistributivo eficiente e a rigidez das normas fiscais impõem limites severos à sustentabilidade das políticas públicas. Nesse cenário, a concretização do direito à saúde exige mais do que previsões normativas; demanda o aperfeiçoamento dos mecanismos de cooperação federativa e o fortalecimento da solidariedade fiscal entre os entes, de modo a garantir equidade na repartição de encargos e a realização material dos direitos fundamentais.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Demonstrativo da Aplicação de Recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde**. Belo Horizonte, 2014.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Demonstrativo da Aplicação de Recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde**. Belo Horizonte, 2015.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Demonstrativo da Aplicação de Recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde**. Belo Horizonte, 2016.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Demonstrativo da Aplicação de Recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde**. Belo Horizonte, 2017.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Demonstrativo da Aplicação de Recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde**. Belo Horizonte, 2018.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Demonstrativo da Aplicação de Recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde**. Belo Horizonte, 2019

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Demonstrativo da Aplicação de Recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde**. Belo Horizonte, 2020.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Demonstrativo da Aplicação de Recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde**. Belo Horizonte, 2021.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Demonstrativo da Aplicação de Recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde**. Belo Horizonte, 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Demonstrativo da Aplicação de Recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde**. Belo Horizonte, 2023.

BERNARDES, Flávio Couto. **Lei de responsabilidade fiscal e a gestão da administração pública**. Belo Horizonte: Educação e Cultura, 2008.

BERNARDES, Flávio Couto. **O imposto sobre o valor agregado no federalismo brasileiro**. 1999. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 jan. 2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29**, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição da República e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 set. 2000.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 86**, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 mar. 2015.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 dez. 2016.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 126**, de 21 de dezembro de 2022. Altera a Constituição Federal, para dispor sobre as emendas individuais ao projeto de lei orçamentária, e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para excluir despesas dos limites previstos no art. 107; define regras para a transição da Presidência da República aplicáveis à Lei Orçamentária de 2023; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 dez. 2022.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 132**, de 20 de dezembro de 2023. Altera o Sistema Tributário Nacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 dez. 2023.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jan. 2012.

BRASIL. **Lei Complementar nº 200, de 30 de agosto de 2023**. Institui regime fiscal sustentável para garantir a estabilidade macroeconômica do País e criar as condições adequadas ao crescimento socioeconômico, com fundamento no art. 6º da Emenda Constitucional nº 126, de 21 de dezembro de 2022, e no inciso VIII do caput e no parágrafo único do art. 163 da Constituição Federal; e altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 ago. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

CASTRO, Yuran Quintão; CLARK, Giovani. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde e o incentivo à tecnologia para a implementação da telemedicina no Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Econômico e Socioambiental, Curitiba**, v. 16, n. 1, 2025.

CLARK, Giovani; CORRÊA, Leonardo Alves; NASCIMENTO, Samuel Pontes do. A Constituição Econômica entre a efetivação e os bloqueios institucionais. **Revista da Faculdade de Direito da UFMG**, Belo Horizonte, n. 71, p. 677–700, jul./dez. 2017.

FRANZESE, Cibele. **Federalismo cooperativo no Brasil: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas**. 2010. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2010.

LIMA, Luciana Dias de; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2237–2248, out. 2009

MIRANDA, Victor Pimenta de; BERNARDES, Flávio Couto. Federalismo às avessas: insegurança e autofagia do planejamento estatal tributário. **Revista Brasileira de Federalismo**, v. 1, n. 1, p. 51-71, ago./dez. 2023.

OLIVEIRA, José Marcos Domingues de. O Desvio de Finalidade das Contribuições e o seu Controle Tributário e Orçamentário no Direito Brasileiro. *In*: Oliveira, José Marcos Domingues de (Coord.). **Direiro Tributário e Políticas Públicas**. São Paulo: MP, 2008. P. 300.

PAIM, Jairnilson Silva. O Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 7, e00151417, 2018.

PORTELLA, André; SANTOS, Hebert Souza. Federalismo fiscal; saúde pública: análise aplicada ao financiamento público e a escassez de recursos para ações de saúde dos municípios na Costa do Descobrimento. **Direitos Fundamentais & Justiça**, Belo Horizonte, ano 18, n. 50, p. 127-165, jan./jun. 2024.

PORTELLA, André *et al.* A Austeridade Econômica e Crise Sanitária Análise Aplicada a Partir dos Efeitos da Dívida Pública Brasileira e da Emenda Constitucional do Teto de Gasto (Ec N° 95/2016) no Financiamento da Saúde Pública (2008-2021). **Direito UNIFACS– Debate Virtual**, n. 295, 2025.

TAVARES, André Afonso; BITENCOURT, Caroline Müller. Avaliação de políticas públicas no contexto do federalismo cooperativo brasileiro. **A&C – Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, Belo Horizonte, ano 22, n. 90, p. 171-205, out./dez. 2022. DOI: 10.21056/aec.v22i90.1736.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Fiscalizando com o TCE**. Disponível em: <https://fiscalizandocomtce.tce.mg.gov.br>. Acesso em: 18 jan. 2025.