

FEDERALISMO FISCAL E EFETIVAÇÃO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS: ANÁLISE APLICADA AO FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO SUDOESTE DA BAHIA¹

André Portella²
Vitória Lago Quadros³

Resumo

O presente estudo pretende verificar como o atual modelo de repartição de competências brasileiro impacta o financiamento de políticas públicas no nível municipal. A análise será realizada de forma aplicada à realidade do financiamento da saúde nos Municípios do Sudoeste do Estado da Bahia, dando ênfase à contradição existentes entre a escassez de recursos financeiros no plano municipal, por um lado, e o amplo universo de atribuições administrativas a cargo dos municípios, conforme previsto na Constituição Federal de 1988 (CF/88). Serão utilizados dados empíricos extraídos de bases de dados dos próprios municípios localizados no território de identidade do Sudoeste da Bahia, bem como informações obtidas através do Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), DATA-SUS, Tribunal de Contas dos Municípios (TCM), Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais (SEI), e Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES), além de fontes doutrinárias.

Palavras chave: Federalismo Fiscal. Descentralização de políticas de saúde. Municípios. Sudoeste baiano.

Abstract: The present study intends to verify how the current model of Brazilian division of competences impacts the financing of public policies at the municipal level. The analysis will be applied to the reality of health financing in the municipalities of the southwest of Bahia State, emphasizing the well-known contradiction between the lack of financial resources at the municipal level, on the one hand, and the wide universe of administrative attributions to health. Municipalities, as provided for in the Federal Constitution of 1988 (CF / 88). Empirical data extracted from the economic balance sheets of the municipalities located in the identity territory of Southwest Bahia will be used, as well as information obtained through the Public Health Budget System (SIOPS), DATA-SUS, Municipal Audit Court (TCM), Superintendence. Economic and Social Studies (SEI), and National Register of Health Establishments (CNES), as well as doctrinal sources.

Keywords: Fiscal Federalism. Decentralization of Health Policy. Municipalities. Southwest of Bahia.

1 Estudo realizado no âmbito do projeto “Federalismo fiscal, Dignidade da pessoa humana e efetivação de políticas de saúde”, que conta com apoio da UFBA, do CNPq e da FAPESB.

² Doutor em Direito Financeiro e Tributário pela *Universidad Complutense de Madrid*; pós-doutor em Sociologia, Filosofia e Antropologia Política, pela *Université Paris X*; bolsista de produtividade em pesquisa CNPq/PQ2; professor da UFBA e UNIFACS; coordenador do NEF – Tributação e Finanças Públicas (aaportella@nefportal.com.br).

³ Graduanda em Direito pela Universidade Federal da Bahia, bolsista de iniciação científica junto ao NEF.

1. INTRODUÇÃO

A compreensão da estrutura geral do financiamento público não se limita ao conhecimento das normas técnicas que regem o orçamento público e a tributação. É necessário contextualizar tal estrutura no modelo de Estado vigente, sendo também imprescindível considerar as implicações que a mesma tem sobre a sociedade. O conhecimento sobre finanças públicas não pode se restringir à verificação do cumprimento de normas técnicas. Deve transcender este nível, para entrar num plano de questionamento crítico sobre a sua função e as possibilidades que com o seu conhecimento se abrem para o desenvolvimento da sociedade.

O presente estudo tem esta finalidade. Por um lado, compreender o financiamento público brasileiro no contexto da organização política administrativa estabelecida pela CF/88, na forma de federação; e por outro lado, demonstrar as implicações, em especial as limitações, que o modelo federativo de financiamento brasileiro determina no tocante à promoção do desenvolvimento social.

O estudo é realizado a partir da perspectiva do financiamento municipal, refere-se ao financiamento do direito fundamental à saúde, e aplica-se à realidade do financiamento na região do Sudoeste da Bahia, com dados referentes aos anos de 2017 e 2018. Importa verificar como o modelo federativo impõe ao Ente local uma série de atribuições administrativa, sem, entretanto, lhe reservar autonomia financeira suficiente para arcar com tais atribuições. Conforme será indicado ao longo do trabalho, há muita discrepância entre o grande volume de receitas destinado à União, e os montantes dirigidos ao financiamento dos entes locais.

A pesquisa faz parte de um projeto mais amplo, que tem como objetivo o estudo do financiamento da saúde pública municipal no Brasil e comparada com outros países. Neste momento encontra-se focada na realidade municipal do Estado da Bahia, do que decorre o presente trabalho.

O item 2 é voltado à compreensão da ideia de Estado Federal, no que interessa à análise a ser aqui realizada, contrastando-a com os traços do pacto federativo efetivamente adotado no Brasil. Tal análise é promovida a partir de uma perspectiva conceitual e histórica do Federalismo enquanto instituto, e do Federalismo adotado no país.

O item 3 visa a proporcionar o entendimento da importância do atual Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de modelo que assegura a universalidade da prestação de serviços, deixando de lado a discriminação e a segregação características dos modelos implementados no passado ou vigentes em outros países. Ademais, de forma alinhada com os objetivos da pesquisa, elucida o modelo de financiamento de tal Sistema.

O item 4 trata do modelo de repartição de receitas, com especial referência ao sistema de repartição de competências tributárias adotado no Brasil. A análise será realizada em perspectiva histórica, de forma a indicar as mudanças ocorridas a partir da década de 70 e positivadas na CF de 88.

O item 5 será voltado ao estudo da realidade do financiamento da saúde pública no território de identidade do Sudoeste da Bahia, tomando como base as informações referentes aos anos de 2017-2018.

2. O ESTADO FEDERAL BRASILEIRO: BREVE HISTÓRICO E CARACTERÍSTICAS

A estrutura fundamental de um País se dá, em termos jurídicos, por meio da definição da sua

forma de Governo e da sua forma de Estado. São elas que irão condicionar a maneira como o poder político é exercido, e como as competências administrativas serão distribuídas entre os entes políticos constituintes do Estado. Influenciam, portanto, de forma direta não só a tomada de decisões administrativas, como também a distribuição de recursos entre os entes políticos que constituem o Estado.

Forma de governo⁴ diz respeito à maneira como o poder político será exercido. Neste sentido é que se fala nos extremos da Autocracia e da Democracia⁵. Para Darcy Azambuja a forma de governo revela a maneira como o elemento humano participa na tomada de decisão do Estado. Quando mínima a participação humana, está-se diante de um regime autocrático. Quando ampla e efetiva a participação humana na tomada de decisões, quando as mesmas emanam da coletividade, tem-se um regime democrático. Para o mesmo autor, a forma de governo constitui a representação psicológica da sociedade, sendo, produto de suas complexas e díspares naturezas moral, intelectual, econômica e geopolítica, perpetuadas através da história⁶.

Forma de Estado, por sua vez, consiste na maneira como o Estado se organiza do ponto de vista político-administrativo, como se manifesta a sua unidade, e como se dá a distribuição territorial de poder entre os entes constitutivos. Trata-se do poder político estatal juridicamente organizado⁷. Neste sentido um Estado pode assumir a forma Unitária, Federada ou Confederada.

Por meio da CF/88, art. 1º, positivou-se no Brasil a forma de governo democrática, e a forma de estado Federativa. Em que pese a ideia de federação remeter à união pactuada de Estados dotados de autonomia, que passam a formar um Estado soberano, no Brasil o processo histórico da organização política-administrativa não se deu nestes moldes. Tratou-se em realidade da importação de modelos existentes em outros países, como Alemanha e especialmente EUA, e teve como principal objetivo viabilizar a gestão administrativa sobre um território de grandes dimensões.

Em termos conceituais, Dallari⁸ ensina que a partir do pacto federativo é originada uma nova nação, de modo que os estados signatários da aliança perdem sua soberania em detrimento da união federativa. Num estado federal não existe hierarquia entre as entidades federadas, todas são iguais e todas gozam de poder político, numa estrutura pautada na repartição de competências. Ainda segundo o professor, em uma estrutura de Estado federal é vedada a secessão, sendo tal Estado caracterizado pela união indissolúvel de seus entes.

No modelo ideal federativo, embora os estados percam a sua soberania em detrimento da

4 Cumpre salientar, que existe uma discussão doutrinária no que concerne a definição de tais termos. A doutrina Francesa e a Alemã enxergam forma de estado e forma de governo de Maneiras opostas. O que os alemães designam enquanto formas de Estado ou “Staatsformen”, os franceses enxergam enquanto designação para as formas de governo, seguindo o mesmo viés das classificações mais tradicionais. Neste trabalho utilizou-se a classificação francesa. Para maior aprofundamento vide BONAVIDES, Paulo. **Ciência Política**. 10ª Ed. São Paulo: Malheiros. 1997 p 192

5 Para fins desta pesquisa adota-se a classificação elaborada por Kelsen. Bobbio, quando na elucidação da classificação dos tipos de governo faz as seguintes considerações: “Kelsen... sustenta que a única maneira rigorosa de distinguir uma forma de governo de outra consiste em individualizar o diverso modo pelo qual uma constituição regula a produção do ordenamento jurídico. [...] O ordenamento jurídico pode ser criado (e continuamente modificado) a partir do alto ou a partir de baixo – do alto quando os destinatários das normas não participam da criação das mesmas, de baixo quando participam. [...] Estas duas formas de produção correspondem a duas formas puras ou ideais de governo, a autocracia e a democracia.” BOBBIO, N. **Estado, Governo, Sociedade: para uma teoria geral da política**. 6.e.d.São Paulo: Paz e Terra, 1997, p. 106.

6 AZAMBUJA, D. **Teoria Geral do Estado**. 2ED., São Paulo: Globo, 2008, p. 231.

7 ZIPPELIUS, R. **Teoria Geral do Estado**. 3ED., Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997, p. 203.

8 DALLARI, D. **Elementos de teoria geral do Estado**. 28ED. São Paulo: Saraiva, 2009. p 253-255.

União, sua autonomia resta preservada, garantida pela Constituição. Uma das manifestações de tal autonomia encontra-se na capacidade de financiamento sendo assegurada aos entes federados renda própria para que possam gerir as atribuições públicas e suprir as necessidades locais.

Assim, o federalismo consiste num modelo de forma de estado que visa garantir a descentralização do poder político e administrativo, a fim de que este possa ser melhor gerido⁹. Com a distribuição de competências e atribuições, seria possível satisfazer com maior efetividade as particularidades de cada ente.

Nesta conjuntura, o Estado Federal é aquele que se fraciona em porções territoriais, as quais gozam de autonomia política constitucionalmente definida, sendo estas regidas por duas fontes de direito e financiamento: as de origem nacional e as de matriz regional ou local. A peculiaridade do Estado Federal clássico reside no fato de que sobre o mesmo território e sobre o mesmo povo, atuam, de forma harmônica e concomitante, entidades governamentais distintas e autogovernadas, ou seja, a federal e a estadual. Conforme sintetiza Maluf¹⁰:

A forma federativa consiste essencialmente na descentralização política: as unidades federativas elegem os seus próprios governantes e elaboram leis relativas ao seu particular interesse, agindo com autonomia predefinida, ou seja, dentro dos limites que elas mesmas estipulam no pacto federativo.

A autonomia administrativa das unidades federadas é consequência lógica da autonomia de direito público interno.

No Brasil, ao desenho do Federalismo clássico, constituído por União e Estados, somam-se os entes municipais, conforme estabelecido na CF/88.

Inspirado no modelo criado na Constituição Americana em 1787¹¹, a implementação do modelo federalista em território brasileiro, ocorreu por razões diversas daquelas existentes nos EUA. De forma inversa ao que se deu naquele país, o federalismo brasileiro surgiu a partir de um “movimento centrífugo”, de segregação de um modelo de organização política-administrativa pautada até então na concepção de Estado Unitário. O modelo americano, por sua vez, decorre de um “movimento centrípeto”, por agregação:

Quanto à sua formação o Estado Federal surge de duas maneiras diferentes: por segregação e por agregação. A agregação ocorre quando Estados que preexistiam reúnem-se e associam-se. O Estado Federal, surge posteriormente, com a reunião e agregação de tais Estados. Exemplos são a Alemanha, a Suíça e os Estados Unidos (...) A segregação é o resultado da descentralização do Estado Unitário à nível tal que forma Estados a ele “subpostos”. Essa hipótese ocorre por necessidade políticas ou de eficiência.¹²

Assim, a adoção do modelo federalista no Brasil, deu-se graças a fatores sociais, geográficos e administrativos:

O Brasil império era um Estado juridicamente unitário, mas, na realidade era dividido em províncias. O ideal da descentralização política no Brasil vem desde os primórdios de nossa existência, desde os tempos coloniais. Os primeiros sistemas administrativos adotados por Portugal, as governadorias gerais, as feitorias, as capitânias traçaram os rumos pelos quais a nação brasileira caminharia fatalmente para a reforma federativa. A enormidade do território, as variações climáticas, a diferenciação dos grupos étnicos, toda uma

9 MENDES, G. F.; BRANCO, P. G. G. **Curso de Direito Constitucional**. 13.e.d. São Paulo: Saraiva: Educação, 2018. P. 884.

10 MALUF, S. **Teoria Geral do Estado**. 30ED., São Paulo: Saraiva, 2011, p. 183.

11 Para maior aprofundamento sobre o federalismo americano e seus aspectos históricos vid. BERGER, G. (et al). **Le fédéralisme**. Paris: Presses Universitaires de France, 1956. P. 241-252.

12 RAMOS, D. T. **Federalismo assimétrico**. 2ED., Rio de Janeiro: Forense, 2000, p. 47-48.

série de fatores naturais ou sociológicos tornaram a descentralização política um imperativo indeclinável da realidade social, geográfica e histórica. (...) De certo modo, deve-se a queda do império mais ao ideal federativo que ao ideal republicano. Tanto assim que o Manifesto Republicano de Itú, em 1870, justificava-se combatendo o centralismo imperial, proclamando, em resumo, que no Brasil, antes ainda da ideia democrática, encarregou-se a natureza de estabelecer o princípio federativo.¹³

De forma distinta daquela observada no exemplo estadunidense, o poder político se concentra num plano nacional, em detrimento de um poder exercido de forma pulverizada em entes locais. A própria organização da exploração econômica do Brasil-colônia, desde a sua dominação por Portugal é realizada de forma centralizada na metrópole europeia. Não obstante existirem as entidades de gestão, sobretudo na forma de entrepostos, freguesias, vilas, sesmarias ou capitânias, estas se encontravam sempre subordinadas à deliberação do poder central. Ao considerar as fragilidades da organização política-administrativa nacional, Portella e Teixeira abordam esta realidade:

Uma primeira fragilidade a ser notada tem sua origem na própria concepção de estado brasileiro, e da evolução de sua estrutura pautada no centralismo político. Trata-se de um estado que tem suas raízes no colonialismo, na imposição de vontade e da norma, por parte de uma metrópole distante e exploradora dos meios de produção. O federalismo brasileiro não nasceu da comunhão de poderes entre entes políticos já estabelecidos, que outorgaram parcela do seu poder em favor de um ente central (...). Originou-se em realidade, a partir de um movimento inverso, de outorgas de parcelas de poder do ente central em favor de entes periféricos (...). Essa dinâmica terminou por deixar marcas muito claras na dinâmica da estrutura federativa brasileira, especialmente no sentido da concentração de poder político no ente central.¹⁴

O Brasil tornou-se oficialmente uma Federação em 1889, nos termos do Decreto n. 01 de 15 de novembro¹⁵, previsão ratificada no texto da Constituição Republicana de 1891, art. 1º. Embora tenha, declaradamente, inspiração no modelo norte-americano, algumas características, bem como algumas circunstâncias fáticas, inerentes ao histórico nacional terminaram por também se mesclar no desenho do federalismo nacional¹⁶. Dentre as características e circunstâncias históricas que marcaram o modelo de organização política-administrativa brasileira destaca-se notadamente a conservação da concentração de poder político no ente central, em detrimento das entidades locais.

Em que pese as transformações socioeconômicas ocorridas nos séculos seguintes, e as oscilações entre modelos mais ou menos rígidos e concentrados, de forma geral o Estado brasileiro perpetuou o modelo centralista cunhado no período colonial. Este fato pode ser vislumbrado de forma nítida, a partir da análise das Cartas Magnas promulgadas no país¹⁷.

Nas constituições de 1937 e 1946, período da Era Vargas, o poder autônomo das entidades federativas locais foi apenas formal, posto que marcado pelo centralismo getulista. Com o golpe militar de 1964, a promulgação das Constituições de 1967 e a Emenda de 1969, as competências da União foram ainda mais ampliadas, com a decorrente minoração de poder dos demais entes federativos.

Com CF/88 deu-se início à retomada dos princípios federalistas, com previsão de

13 MALUF, S. **Teoria Geral do Estado**. 30 ED., São Paulo: Saraiva, 2011, p. 187-188.

14 PORTELLA, A.; TEIXEIRA, R. P. "Federalismo Fiscal e Efetividade da Dignidade da Pessoa Humana: Análise da Posição do Município na Estrutura do Financiamento Público Brasileiro e a Escassez de Recursos para as Ações de Saúde". **Revista de Direito da Cidade**. Vol. 08, n.2, p. 633.

15 CUNHA JUNIOR, D. da. **Curso de Direito Constitucional**. 12ED., Salvador: Juspodivum, 2018, p. 803.

16 BERTI, F. de A. **Direito Tributário e Princípio Federativo**. São Paulo: Quartier Latin, 2007, p. 75-76.

17 CUNHA JUNIOR, D. da. **Op. cit.**, p 441- 453.

descentralização de encargos e recursos públicos. Não obstante, em que pese os avanços ocorridos no plano normativo, o modelo atual de federalismo brasileiro ainda padece de um forte caráter centralizador, especialmente quando o mesmo é analisado na perspectiva do financiamento público, o qual, atrelado a fatores político-administrativos, afeta diretamente a efetivação de políticas públicas, incluídas as políticas de saúde.

3. A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE NO BRASIL E A ESTRUTURA ATUAL DO FINANCIAMENTO DO SUS

A CF/88, em seus arts. 6º e 196, inovou ao elevar a saúde não só ao patamar de direito social fundamental do cidadão, mas também dever do Estado. Ademais, tais dispositivos estabeleceram o caráter universal e gratuito de acesso ao sistema para quaisquer indivíduos que dele necessitem.

O reconhecimento constitucional da saúde como direito social fundamental, compromete o Estado para com a efetivação de prestações positivas, e, portanto, à elaboração de políticas públicas, visando a promoção, a proteção e a restabelecimento da saúde¹⁸.

No que concerne ao sistema de atenção à saúde, o próprio texto constitucional indica as matrizes fundamentais de sua estrutura, procedimentos e organização. Assim, a CF/88, arts. 198, 199 e 200, estruturou no SUS a coordenação e execução de políticas para a promoção das ações de saúde em território nacional.

O SUS constitui um dos mais amplos sistemas públicos de saúde no mundo. Encontra-se voltado tanto ao atendimento mais simples, realizado pela Atenção Básica, como aos procedimentos de Média e Alta Complexidade, que incluem cirurgias de grande porte e transplantes de órgãos¹⁹.

Antes da CF/88, o sistema de prestação de serviços de saúde tinha contornos bastante diversos. Até a década de 1930, o atendimento caracterizava-se pela utilização do modelo liberal privado tradicional, mediante pagamento dos honorários médicos em contratos privados. Em paralelo, existia uma rede de assistência médica ofertada pelas Santas Casas e instituições de caridade, de caráter altruísta, que atendia a grande parte da população destituída de condições econômicas que permitissem a remuneração dos serviços médicos e hospitalares²⁰.

As ações realizadas pelo Estado eram regidas pelo interesse dos agentes econômicos, num país essencialmente agrário e exportador. As ações públicas na área de saúde restringiam-se, assim, ao saneamento dos espaços onde circulavam mercadorias, bem como ao controle de doenças que poderiam de alguma forma vir a prejudicar a produção agrícola ou a exportação de produtos, a exemplo da cólera, da febre amarela e da varíola²¹.

A Era Vargas (1930-1945), foi marcada pela substituição das oligarquias rurais pelo populismo, com impacto importante sobre o sistema público de assistência à saúde. Este período foi definido pela crescente intervenção estatal na efetivação de políticas de saúde,

18 MOURA, E. S. de. "O direito à saúde na Constituição Federal de 1988." *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XVI, n. 114, jul 2013. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13440>. Acesso em abril de 2019.

19 BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Disponível em < <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude> > acesso em abril de 2019

20 BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante o SUS**. Brasília: CONASS, 2007. P. 20.

21 Idem.

com implementação de novos modelos de atendimento, em moldes distintos daqueles existentes até então²².

A década de 1950 foi caracterizada pelos movimentos de modernização do sistema público de saúde, inspirados nos anseios de eficiência que se encontravam presentes na lógica da produção de bens e serviços naquele momento. Não obstante, ainda no início dos anos 50 o investimento do país em saúde não chegava a 1% do PIB²³. Data desta época a criação do Ministério da Saúde, em 1953 (Lei 1.920/1953, de 25 de julho), cuja estrutura funcionava até então no âmbito do Ministério da Educação, tendo sido Antônio Balbino o primeiro a assumir a pasta.

Durante o período militar houve retrocessos no que se refere ao sistema público de assistência à saúde. O interregno que vai de 1964 a 1975 foi marcado pela retomada do privilégio à medicina liberal e à livre empresa médica, reduzindo a provisão estatal na área de saúde²⁴. Esta época foi caracterizada pelo centralismo na implementação de políticas, concentrado no âmbito da União, e pela redução de recursos financeiros destinados às ações de saúde pública.

Neste período, a falta de cobertura pública na área da saúde foi intensificada em decorrência da modernização tecnológica ocorrida na medicina, bem como pelo crescimento populacional, que terminaram por aumentar de forma exponencial as demandas e os custos de atendimento²⁵. Ademais, coincidiu com o período da profunda crise econômica, em parte decorrente de problemas mundiais e em parte decorrente da adoção de políticas que privilegiavam a acumulação da riqueza:

Entre o final dos anos 1960 e o primeiro triênio da década seguinte, em virtude de uma diretriz econômica de redução de gastos com políticas sociais e de uma conjuntura internacional favorável, que possibilitou a entrada de uma grande quantidade de capital estrangeiro no país, o Brasil viveu um momento de grande pujança econômica, crescendo a índices em torno de 11% ao ano (...) No entanto, tal crescimento não se traduzia na melhoria das condições de vida de grande parte da população. Concentração de renda, perda do poder aquisitivo do salário-mínimo, aumento dos preços, crise nos serviços públicos de transporte e de saúde eram o preço pago por um modelo econômico que privilegiava o desenvolvimento a partir da concentração da riqueza. A partir do final da década de 1970, a crise econômica internacional proveniente do aumento do preço do petróleo, iniciado em 1974, atingiu fortemente o país.

22 Idem, p. 21

23 Idem, ibidem.

24 “No que tange propriamente ao sistema público de saúde, o país vivia sob a duplicidade de um sistema cindido entre a medicina previdenciária e a saúde pública. O primeiro setor tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. 3 A saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), era direcionada principalmente as zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo. Nesse contexto, as políticas de saúde dos governos militares buscaram incentivar a expansão do setor privado. Com esse objetivo, ampliaram a compra de serviços pela previdência e facultaram incentivos sociais às empresas, para a contratação de companhias privadas ou cooperativas de médicos que prestassem serviços de saúde aos seus funcionários – são os convênios empresas (Almeida, 1998). Os definidores dessas políticas objetivavam também a privatização de parte dos serviços médicos estatais, então considerados inadequados por não serem lucrativos.” PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. “Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores”. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan-mar. 2014, p.17.

25 “No fim dos anos 1960 os gastos em assistência médica da previdência social já ultrapassavam os do complexo Ministério da Saúde / Secretarias Estaduais de Saúde. Nos anos de 1970 consolida-se a posição hegemônica da Previdência Social. A aceleração do crescimento da atenção médica da previdência e o esvaziamento da ‘saúde pública’ levaram ao esgotamento do modelo e a busca de alternativas racionalizadoras de extensão e de cobertura (...) paralelamente começavam a se desenvolver as primeiras experiências de municipalização da saúde”. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação...**, p 23.

Embora o governo continuasse, por alguns anos, sustentando diversas iniciativas de investimento, chegava ao fim o ciclo de forte crescimento econômico, aspecto que favoreceria a ampliação das tensões sociais e o surgimento de diversas forma de mobilização popular por transformações políticas e mudanças nas condições sociais²⁶

A crise econômica de 1970 prejudicou de forma profunda o sistema de receitas públicas e por conseguinte os recursos destinados às políticas públicas de Saúde²⁷. A União passou a abandonar parcelas de suas atribuições, que passaram a ser absorvidas sobretudo pelos Municípios. Foi desta forma que se deu início às primeiras experiências relacionadas à municipalização do sistema de saúde no país.

Nesta década, o modelo de sistema público de saúde adotado restringiu-se ao atendimento dos trabalhadores, e respectivos dependentes, vinculados ao sistema de Previdência Social²⁸. Somente gozavam de atendimento público aqueles que se encontravam em atividade laboral, e contribuíam para o financiamento da Previdência, ou aqueles que lhes fossem ligados por relação de dependência. Aos demais cidadãos restava o atendimento fitoterápico prestado por organizações de assistência social sem fins lucrativos²⁹.

Não é de se surpreender que a municipalização da saúde tenha se dado de forma circunstancial e sem planejamento, num cenário de escassez de recursos e decorrente da ausência de alternativa no contexto de forte crise econômica. Para Maria Raquel Firmino³⁰, o modelo centralizador do Estado brasileiro, que historicamente concentra o financiamento e a elaboração e implementação de políticas no plano da União, é produto da desconfiança política em relação aos entes subnacionais e seus líderes, que aparecem como ameaça ao poder central.

No período 1980-1990 o financiamento da saúde pública era extremamente dependente dos recursos Federais, cuja participação era da ordem 77,7%³¹ em relação ao gasto público total na área. Entretanto, em virtude da municipalização, e, portanto da assunção de ações de saúde pelos municípios, tal percentual foi decrescendo de forma acentuada³².

A década de 1990 foi marcada pela criação do SUS, pela redemocratização do país e pela realização dos primeiros passos rumo à institucionalização da descentralização de políticas públicas. Durante o final do século XX a descentralização era vista como uma das formas de criticar o Estado desenvolvimentista e centralizador, característico do regime militar, bem como uma forma de aumentar a eficiência da administração pública. Como registra José Murari Bovo, é no contexto de transição democrática que se fortalece o movimento pela descentralização federativa das ações de proteção social:

A crise do regime autoritário e o processo de transição democrática tiveram

26 Idem, ibidem. Cf. PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Op. cit.**, p. 18.

27 BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. “Saúde e previdência. Estudos de política social” In PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Op. cit.**, p. 19.

28 “O modelo contributivo ou de seguridade social, também chamado modelo de cotas, ou ainda bismarckiano, o qual é financiado por contribuições compulsórias patronais e de trabalhadores. Sua denominação deriva da legislação alemã do estadista prussiano Bismarck, de 1883, inspiradora de sistemas previdenciários de todo o mundo. Imediatamente, na Bélgica (1884), França (1888) e Luxemburgo (1901)” BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde- Brasília: CONASS, 2011. p 29.

29 BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O financiamento...**, p. 25.

30 RAMOS, M. R. F. **Crise Financeira do Município e o federalismo fiscal cooperativo no Brasil**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018, p. 82.

31 ELIAS, P. E.; MARQUES, R. M.; MENDES, Á. **O financiamento e a política de saúde**. Revista USP, São Paulo, n. 51, set./nov. 2001, p. 18.

32 MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (org). **Políticas Públicas e o Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011, p. 92.

como um de seus subprodutos o fortalecimento das correntes favoráveis à descentralização. [...] No campo das políticas sociais, a descentralização era entendida como a transferência de competências e atribuições das outras esferas de governo para os Municípios com o objetivo de aumentar o acesso da população aos serviços de proteção social.³³

Neste contexto concebe-se um sistema de saúde constituído pelas três esferas de governo. O SUS substituiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O lançamento das bases para sua instituição se deu em 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo ministro Carlos Sant'ana, e realizada na gestão do ministro Roberto Santos³⁴. Nesta conferência foram aprovados os pilares estruturantes do novo sistema público, quais sejam, a descentralização, a integração, a regionalização, a hierarquização e a universalização dos serviços de saúde³⁵.

A partir destes pilares deu-se continuidade ao processo de municipalização de políticas de saúde. Este processo é produto também do modelo de Federalismo adotado no texto constitucional, qual seja, o do federalismo de cooperação; bem como do que se passou a conhecer como “descentralização por ausência”, em referência ao estado de abandono em que se encontrou o sistema público de saúde por parte da União, situação ocorrida durante o período do governo Collor³⁶.

Datam da década de 1990 os movimentos realizados pelo governo federal no sentido de estimular a descentralização das políticas de saúde, regidos pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 1991, 1993 e 1996³⁷, e implementados desde então.

O SUS encontra amparo na CF/88 e é regulado pela Lei 8.808/90, Lei Orgânica do SUS. A Lei 8.142/1990, por sua vez, previu a instituição dos Conselhos de Saúde e versa sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, ocupando, pois, um lugar de destaque no microssistema normativo do sistema público de assistência à saúde no Brasil.

No que se refere ao seu financiamento, graças aos pilares do modelo federalista de cooperação, o SUS é sustentado pelas três esferas de governo³⁸, com os recursos provenientes das respectivas receitas.

Os recursos destinados ao financiamento da saúde no nível Federal são oriundos dos montantes arrecadados com as contribuições sociais previstas na CF/88, art. 195, bem como da receita oriunda da arrecadação dos tributos e do recebimento das transferências previstas na CF/88, arts. 155 e 159.

No plano estadual, do Distrito Federal e dos municípios o montante destinado à saúde advém tanto da arrecadação própria, como também de transferências oriundas da União e de fundos públicos³⁹.

33 BOVO, J. M. **Federalismo fiscal e descentralização de políticas públicas no Brasil**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2000, p. 94-95.

34 Idem, ibidem. Cf. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação...**, p. 27.

35 ARRETCHÉ, M. **Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da descentralização**. 3ED., Rio de Janeiro: Revan, 2011, p. 202.

36 ALMEIDA, M. H. T. “Federalismo e políticas sociais”. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, n. 28, ANPOCS, Junho de 1995, p. 104-105; e ARRETCHÉ, M. “Mitos da descentralização: Mais Democracia e Eficiência nas Políticas Públicas?” **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, 11(31), Junho/1996, p. 64, nota 17.

37 ABRUCIO, F.; FRANZESE, C. “Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil” In ARAÚJO, M.; BEIRA, L. (Org.). **Tópicos da Economia Paulista para Gestores Públicos**. V. 1. São Paulo: Fundap, 2007, p. 13-31.

38 Disponível em : < <http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus> > acesso em abril de 2019.

39 PORTELLA, A. A.; JESUS, J. F. de. “Federalismo Fiscal e Descentralização Administrativa: A deficiência

Em que pese o modelo de financiamento adotado de forma específica para o SUS, o mesmo acaba por ser impactado pela estrutura geral de financiamento, no contexto do Federalismo Fiscal vigente no país. Os avanços ocorridos no sentido da descentralização do financiamento do sistema público de saúde encontram-se hoje muito mais no plano normativo e conceitual, do que no plano da efetividade. Com recursos insuficientes para custear as ações de saúde, os Municípios se veem totalmente dependentes das transferências intergovernamentais, de tal modo que, no nível municipal, as transferências decorrentes do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) é a principal fonte de receita vinculada à saúde⁴⁰. Este cenário acaba apenas por ilustrar o panorama da ausência de autonomia financeira efetiva por parte dos estes municipais, face à dependência quanto às transferências federais para a implementação de políticas públicas de saúde.⁴¹

O SUS constitui um avanço no que se refere à gestão de recursos e de atenção universal na área da saúde, com previsão de acesso à saúde a todo e qualquer indivíduo, a partir de um modelo de descentralização do atendimento. Entretanto, as debilidades do modelo de financiamento decorrentes da forma como se encontra estruturado o federalismo fiscal brasileiro, compromete a efetivação das políticas voltadas àquele acesso. Após a década de 1980 os entes Municipais passaram a assumir grande parte dos encargos administrativos relativos à concretização das ações de saúde, entretanto a distribuição de receita pública não acompanhou o mesmo movimento⁴². Conforme indicado, a municipalização do sistema de saúde pública não foi fruto de uma estratégia planejada pelos agentes do Estado brasileiro. A sua gênese localiza-se mais bem na falência de um modelo centralizador, que abandonou à municipalidade a cobertura da saúde.

Embora o SUS seja financiado pelas três esferas de governo, os Municípios são aqueles que mais despendem recursos, numa perspectiva proporcional, conforme será demonstrado nas páginas seguintes.

Entender o descompasso entre receita e atribuições é entender a influência do modelo de Federalismo Fiscal na efetivação das políticas de saúde, e, portanto, compreender uma das causas da precariedade da efetivação da saúde no Brasil.

4. O FEDERALISMO FISCAL BRASILEIRO E SEU REFLEXO SOBRE A REALIZAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE: O PROBLEMA DO DESCOMPASSO

de Autonomia dos Municípios do Baixo Sul da Bahia na Promoção de Ações de Saúde”. **Revista Direito e Cidade**. Vol. 10, n 2, p. 843.

40 LIMA, L. D. de. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007, p. 128.

41 A centralização de recursos nas mãos da União proporciona um centralismo administrativo e político também nas mãos desta. Acontece que, apesar do modelo de federalismo fiscal proporcionar tal realidade, a própria organização do SUS também contribui nesse sentido, como pontuou Marta Arretche: “Na distribuição intergovernamental de funções, a União está encarregada do financiamento e formulação da política nacional de saúde, bem como da coordenação das ações intergovernamentais. Isto significa que o governo federal – isto é, o Ministério da Saúde – tem autoridade para tomar as decisões mais importantes nesta política setorial. Neste caso, as políticas implementadas pelos governos locais são fortemente dependentes das transferências federais e das regras definidas pelo Ministério da Saúde. Em outras palavras, o governo federal dispõe de recursos institucionais para influenciar as escolhas dos governos locais, afetando sua agenda de governo”. ARRETCHÉ, M. “Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia.” **Perspectiva**, v. 18, n. 2, São Paulo, June 2004, p. 17-26. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10.05.2019.

42 VEDANA, C. **Federalismo: Autonomia Tributária Formal dos Municípios**. Florianópolis: Habitus, 2002, p. 43.

ENTRE ARRECADAÇÃO E ATRIBUIÇÕES DO ENTE MUNICIPAL

O modelo de Federalismo Fiscal brasileiro é marcado pela contradição entre a centralização de recursos financeiros em favor da União e em detrimento de Estados e Municípios; e o grande volume de atribuições ao encargo dos municípios, ocorrido a partir da década de 1970 e intensificado após o reestabelecimento da democracia, na década de 1990. Este desequilíbrio entre arrecadação de recursos financeiros, por um lado, e atribuições, por outro, dificulta a implementação das políticas públicas de saúde. Ademais, gera um problema político, consistente na dependência dos entes municipais para com as transferências intergovernamentais, o que lhes retira a autonomia na gestão e contribui para o estado de precariedade da efetivação das ações.

O atual modelo de Estado Federal brasileiro herdou alguns aspectos dos modelos anteriores⁴³. Embora a CF/88 tenha inovado ao estabelecer um modelo de federalismo cooperativo⁴⁴, o qual se caracteriza pela descentralização e trabalho mútuo para a efetivação das políticas públicas, a concentração de receitas nas mãos da União, acaba por desvirtuá-lo. Desta forma, o Federalismo Brasileiro conserva ainda características históricas dos arquétipos antecessores, principalmente no que se refere à repartição dos recursos tributários.

A exemplo do que ocorria nos tempos da Colônia, o poder central, neste caso a União, tem reservado para si a maior parte dos haveres. Esta concentração de recursos é uma constante nas constituições brasileiras, mesmo considerando as inovações trazidas pela CF/88:

A discriminação de competências de 1988 não decorreu de uma análise lógico-racional da realidade econômica, constituindo o trabalho do constituinte, muito mais, numa mera repartição de impostos a partir de aspectos históricos e políticos. Distribuiu os impostos entre as pessoas jurídicas de direito público, tendo diante de si uma realidade pré-existente: os impostos que tradicionalmente foram sendo introduzidos no sistema tributário.⁴⁵

Assim, muito embora a CF/88 tenha estabelecido, em termos conceituais, um federalismo cooperativo, acabou por estabelecer um sistema de distribuição de competências de caráter claramente centralizador. A partir da análise do texto constitucional, mais precisamente dos seus artigos 153 a 156, constata-se que a União concentra o maior número de espécies impositivas, com competência legislativa exclusiva sobre sete matérias impositivas distintas⁴⁶, enquanto Estados⁴⁷ e Municípios⁴⁸ são competentes com relação a tão somente três matérias cada. Ademais, o texto constitucional confere à União competência para instituição das contribuições sociais, sobre lucro líquido e sobre a intervenção no domínio econômico (CF/88, arts.149 e 195).

Em termos de arrecadação própria, as séries históricas demonstram uma constante no que se refere à posição de primazia da União. Conforme retratado na Figura 1, enquanto a União mantém uma arrecadação em torno de 65% do total de receitas tributárias no país, os Estados

43 Idem, p. 173.

44 “Os países que adotam o federalismo optam por um dos seguintes modelos: federalismo dual ou cooperativo (...) Em contraposição ao federalismo dual o federalismo cooperativo enfatiza a necessidade dos Estados trabalharem harmonicamente em conjunto com o poder central, para resolverem os problemas do país. Dessa forma, estão presentes as noções de união, aliança, cooperação e solidariedade (...)” FEITOSA, M. M. P. **O conflito de competência entre o ICMS e o ISS: um estudo de casos na Era da Internet**. Belo Horizonte: Fórum, 2018, p. 25-26.

45 SCHOUERI, L. E. **Direito tributário**. 8ED, São Paulo: Saraiva Educação, 2018, p. 268-269.

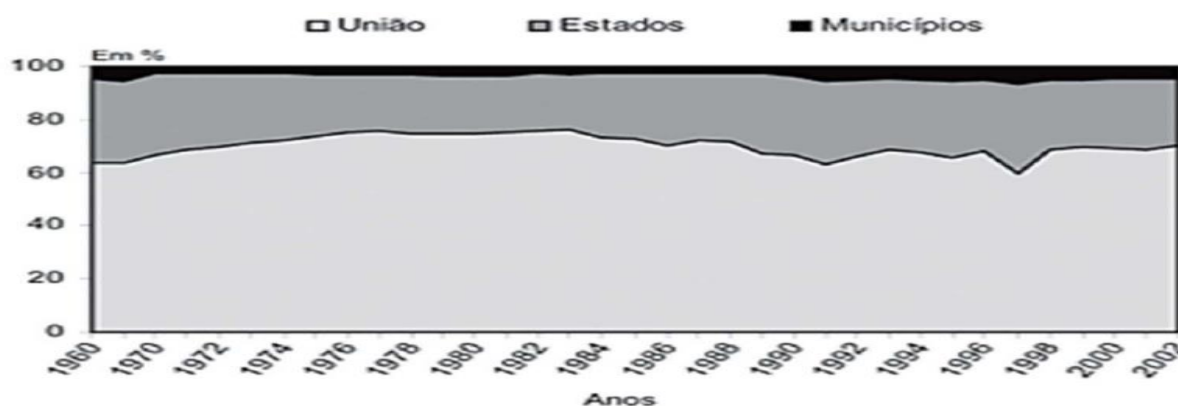
46 CF/88, arts. 153 e 154: renda, propriedade imobiliária rural, operações com produtos industrializados, operações financeiras, importação, exportação e grande fortunas.

47 CF/88, art. 155: operações de circulação de mercadorias e serviços, propriedade de veículos automotores e transmissões não-onerosas.

48 CF/88, art. 156: serviços de qualquer natureza, propriedade imobiliária urbana e transmissões onerosas.

são destinatários do equivalente a 28% a 30%, e aos Municípios destinam-se em torno de 5% a 7%⁴⁹.

Figura 1 – Participação dos três níveis de governo na arrecadação tributária 1960 – 2002



Fonte: Varsano et al. (1998); Prado (2001); AFE/BNDES (2002); SRF (2003).

Na atualidade, tal panorama não foi mudado. No ano de 2013 a arrecadação federal correspondeu a 67,4 % do total, enquanto a estadual e a municipal, ficaram em torno de 26,1% e 6,5%, respectivamente. No ano seguinte, a receita tributária direta da União, Estados e Municípios foi da ordem de 66,6%, 26,5% e 6,9%⁵⁰. Em 2016, por sua vez, a arrecadação direta da União foi de 65,39% do montante total, enquanto os Estados arrecadaram 27,38% e os Municípios tiveram sua receita tributária direta em torno de 7,24%⁵¹.

Importante destacar que estes dados se referem à receita própria por grupo de ente político – União, Estados e Municípios –. A partir deles não há como indicar as grandes disparidades existentes entre cada um dos entes que compõem os respectivos universos. Destacar tal informação é importante, na medida em que a realidade de escassez de receita própria é especialmente gravosa nos Municípios menores onde sequer existe base de tributação, posto que não há riqueza significativa produzida no respectivo território, o que constitui a realidade da grande maioria dos entes locais, assim como de grande parte do território nacional.

Ao invés de atribuir maior autonomia arrecadatória aos entes municipais, o legislador brasileiro preferiu optar por um sistema pautado na sistemática de transferências financeiras (CF/88, arts. 157 a 162). Assim, foi criado um microssistema de financiamento via repasses de receitas tributárias, que se dão tanto a partir da arrecadação de impostos federais e estaduais (IR, IPI, IOF, ITR, ICMS, IPVA), como também por meio de fundos, dentre os quais destacam-se o Fundo de Participação dos Estados (FPE) e o Fundo de Participação dos Municípios (FPM).

A figura 2 faz referência à participação de cada grupo de entes políticos nas receitas públicas,

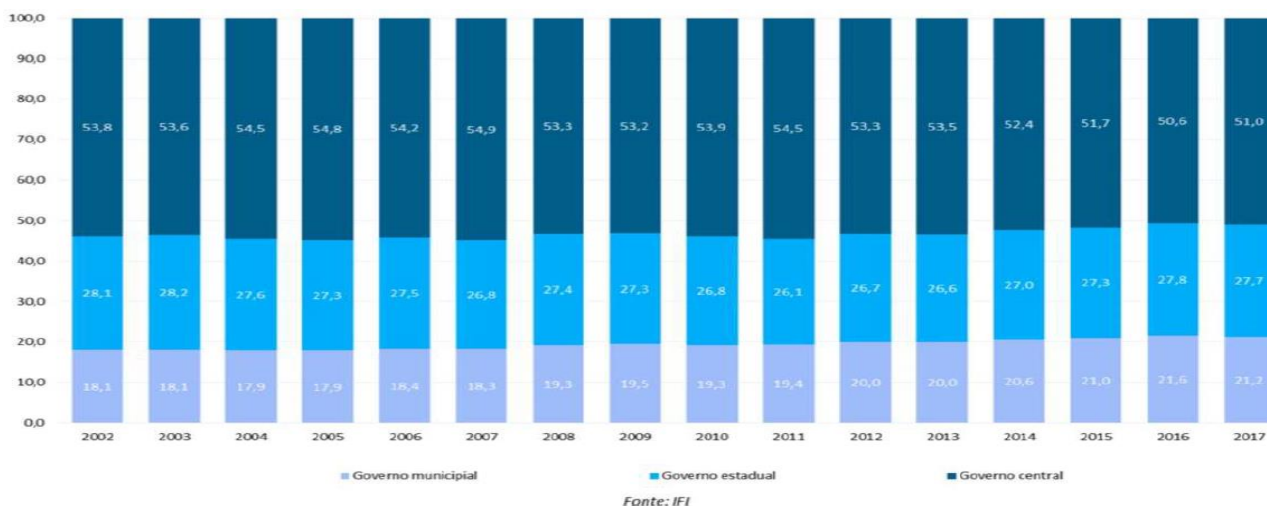
49 VARSANO, R. et al. **Uma análise da carga tributária no Brasil**. Brasília: Ipea, 1998. (Textos para Discussão, n. 583), PRADO, S. “Transferências fiscais e financiamento municipal no Brasil.” **Projeto Descentralização Fiscal e Cooperação Financeira Intergovernamental**. Ebap / Fundação Konrad Adenauer, 2001 (Relatório de Pesquisa). AFE/BNDES. **Informe-se**. n. 40, 2002. SRF. Secretaria da Receita Federal. **Carga Tributária no Brasil – 2002**. Brasília, DF: Coordenação-Geral de Política Tributária, abr. 2003. (Estudos Tributários, n.11). Figura retirada de ARRETICHE, M. **Federalismo...**, p. 18.

50 AFONSO, JR. “Federalismo fiscal a brasileira: uma versão atualizada.” **Caderno Virtual**, n. 1, v. 34, 2016. IDP Escola de Direito de Brasília, Centro de Pesquisa, p. 5.

51 FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS. **Multi Cidades. Finanças dos Municípios do Brasil**, v. 13, Vitória: Aequus Consultoria, 2018. P. 9

agora considerando os valores oriundos de transferências financeiras⁵². Na série histórica que é retratada na mesma, é possível notar que a receita da União vai ao patamar de 51% a 54%, a receita dos Estados tem pequena variação, e a receita dos Municípios ascende para a faixa de 18% a 21%.

Figura 2 – COMPOSIÇÃO DAS RECEITAS DISPONÍVEIS POR NÍVEL DE GOVERNO 2002-2017



Conforme mencionado antes, este modelo de financiamento restringe o papel das municipalidades em dois sentidos. Primeiro, na perspectiva política, na medida em que as receitas locais condicionam-se às decisões do legislador tributário federal, e também em menor dimensão às decisões da entidade estadual em matéria de ICMS. De fato, são comuns as perdas de receita dos Municípios, decorrentes de programas de incentivos fiscais federais e estaduais. Assim, os Municípios não têm sequer participação nas decisões legislativas que terminam por impactar de forma indireta sobre o seu próprio financiamento.

Em segundo lugar, há uma perda efetiva de recursos financeiros, na medida em que a União estrutura o seu próprio sistema de financiamento, pautada naquelas fontes de arrecadação de caráter exclusivo, que não fazem parte do universo a ser transferido em favor dos demais entes. A análise da dinâmica da arrecadação federal desde o início da década de 1990 até a atualidade, demonstra um movimento de migração da tributação, que vai da incidência de impostos – cujas receitas são partilhadas –, à incidência das contribuições sociais – cujas receitas não são objeto de transferência em favor dos demais Entes⁵³.

Além dos repasses constitucionais de natureza obrigatória, existem as chamadas transferências voluntárias, de caráter discricionário. Estas condicionam-se ao preenchimento de requisitos, à realização de procedimentos e ao cumprimento de deveres por parte do destinatário dos recursos⁵⁴, o que acentua o caráter centralizador do modelo de financiamento

52 BRASIL, SENADO DA REPÚBLICA. **RAF – Relatório de Acompanhamento Fiscal**, n. 181, de 09.07.2018. Brasília: Instituição Fiscal Independente, p. 35. Disponível em <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/543844/RAF18_JUL2018_Topicoespecial_Receitas.pdf>. Acesso em setembro de 2019.

53 Numa tentativa de realizar o saneamento das contas públicas e estabilizar a macroeconomia, em 1994 houve a maior concentração de receita em favor da união graças, devido à arrecadação de 3 contribuições: Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF), vigente até 2007; Contribuição Social Sobre Lucro Líquido (CSLL) e Contribuição Social sobre o Faturamento (COFINS). Fato importante, é que essas contribuições não são alvo de partilha com os demais entes subnacionais, centralizando ainda mais as receitas nas mãos da União. Vide em: RAMOS, M. R. F. **op. cit.**, p. 82-83.

54 BRASIL, MINISTÉRIODAFAZENDA. **TESOURO NACIONAL. O que você precisa saber sobre as transferências fiscais da União. Princípios básicos**. Brasília, março 2016. Disponível em <

pátrio, além de enfatizar a dependência política dos Entes municipais.

É verdade que o sistema de transferências constitucionais tem um papel fundamental na política de redistribuição da riqueza entre as distintas regiões do país. Trata-se de instrumento necessário à promoção da igualdade, e da universalização do desenvolvimento e da sustentabilidade econômica e social do país. Não obstante, a estrutura de financiamento público brasileiro, e dentro dela a sistemática das transferências financeiras, levam a caracterizar o sistema político administrativo brasileiro como apenas conceitualmente pautado no federalismo de cooperação. A rigor, o ente municipal não possui uma autonomia financeira que lhe possibilite direcionar recursos em conformidade com as demandas do seu território, nem tampouco auferir receita de forma alinhada com o que são as suas atribuições constitucionais. Como afirma MACHADO, “a técnica de distribuição de receitas, porém, tem o inconveniente de manter os Estados e os Municípios na dependência do governo federal, a quem cabe fazer a partilha das receitas tributárias mais expressivas.”⁵⁵

A concentração de recursos nas mãos do ente federal descaracteriza o modelo de federalismo adotado, deixando esse de ser cooperativo democrático para cooperativo autoritário⁵⁶. A ausência de autonomia financeira, que termina por ensejar ausência de poder político-administrativo, impacta de forma direta na efetivação de políticas públicas:

De nada adianta conferir autonomia aos entes periféricos, caso estes dependam da boa vontade do poder central em lhes passar recursos financeiros. Estes últimos serão repassados conforme o governante do ente periférico siga as diretrizes impostas pelo governante central, desaparecendo a autonomia do ente federativo correspondente.⁵⁷

Desta forma,

Por mais que a autonomia configure-se pela capacidade de auto-organização, autogoverno e autoadministração, isso não se sustenta sem uma independência mínima, o que pressupõe a capacidade de autossuficiência financeira. É imprescindível haver correlação entre as competências repartidas e os recursos destinados aos respectivos entes federados, afinal, de outra forma as atribuições ficam inviabilizadas e a descentralização inoperante.⁵⁸

A análise do federalismo fiscal brasileiro indica a inexistência de equilíbrio entre as entidades integrantes do pacto federativo, de modo que a ideia de cooperação termina por dar lugar a uma relação de dominação política realizada pelo poder central em detrimento dos entes periféricos:

A elevada dependência dos governos locais, estaduais e municipais em relação às transferências de rendas constitucionais e voluntárias do governo central, associada com o baixo nível de investimento público estadual, demonstra que o pacto federativo não produz equilíbrio federativo vertical. Essa dependência torna os entes menores, sobretudo os municipais, reféns da autoridade central em relação aos recursos fiscais e às políticas públicas.⁵⁹

A posição de privilégio em que se encontra a União em termos de receita foi tema debatido nos trabalhos de elaboração da CF/88. Naquela oportunidade, chegou-se a afirmar que embora

http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/329483/pge_cartilha_principios_basicos.pdf >. Acesso em maio de 2019.

55 MACHADO, H. B. **Curso de Direito Tributário**. 31ED., São Paulo: Malheiros, 2010, p. 34-35.

56 ZIMMERMANN, A. **Teoria Geral do Federalismo Democrático**. 2ED. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005, p. 58.

57 MACHADO SEGUNDO, H. B. **Contribuições e federalismo**. São Paulo: Dialética, 2005, p. 51.

58 CAIXETA, Eder Antunes. “Autonomia dos entes federados”. **Conteúdo Jurídico**, Brasília. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/38233/autonomia-dos-entes-federados>. Acesso em: 12.09.2019.

59 RAMOS, M. R. F. **Opus cit.**, p. 85.

a Constituição atribuiu receitas para os entes subnacionais, esta não estabelecia encargos para Estados e Municípios⁶⁰. Esta concepção é equivocada, não só à luz do próprio texto constitucional, como também à luz da descentralização de políticas públicas e de municipalização de encargos sociais, ocorridas a partir da década de 1970. Historicamente, a efetivação de políticas sociais antecede o próprio texto constitucional vigente, na medida em que as ações inerentes a tais políticas foram assumidas paulatinamente pelos Municípios, a partir de um contexto de abandono por parte do ente federal, especialmente na área da saúde.

Conforme indicado anteriormente, a descentralização das atribuições referentes à efetivação de políticas públicas no Brasil deu-se sobretudo após o período militar, fruto da reforma democrática, da reestruturação do modelo Federativo e da redemocratização.⁶¹ A partir do processo de descentralização da saúde, os municípios viram as suas atribuições para com as políticas sociais aumentarem de forma abrupta, ao passo em que as da União se reduziam. Como já citado, no plano normativo este processo foi intensificado a partir da implementação das Normas Operacionais Básicas Federais, da década de 1990.

O cotejamento dos dados referentes ao percentual de investimento ratifica tais afirmações. Na década de 1980 o gasto da União com saúde correspondia a mais de 70% do total de recursos aplicados na área. Em 1996 o gasto da União com saúde já havia se reduzido a 63%, enquanto o dos Estados correspondia a 20,7%, e o dos Municípios a 16,3%⁶².

Sobretudo após a CF/88, ao município foram impostas atribuições referentes à efetivação de políticas públicas de saúde. Em 2014, as despesas dos Municípios com saúde somaram R\$97,381 bilhões, superando em 4,865 bilhões os gastos realizados pela União. Os entes municipais financiaram o equivalente a 36,6% das despesas com saúde, valor que corresponde a mais de 1/3 do total destinado à área. Os Estados assumiram o equivalente a 28,7% das despesas, enquanto a União respondeu pelo equivalente a 34,7% do mesmo universo.⁶³

O governo Federal tem passado para Estados e principalmente Municípios a gestão de muitos programas que este lança na área social, com participações pouco expressivas e que não se atualizam no tempo de acordo com o aumento natural de seus custos, imputando a eles despesas adicionais. É o poder discricionário utilizado em toda a sua extensão.

Ao mesmo tempo em que se fala constantemente em descentralização na execução de muitos serviços e programas, não se fala na desconcentração dos recursos. Aos Estados e Municípios se repassam novas responsabilidades, sem a justa contrapartida dos recursos.⁶⁴

Outro aspecto que influenciou a diminuição da participação a União no financiamento da Saúde foi a promulgação da EC 29/2000, da EC 86/2015, da 95/2016 e da LC 141/2002. Tais emendas modificaram a CF/88, art. 198 e ADCT, art. 107, de forma a estabelecer valores mínimos à serem investidos na área, por cada grupo de Ente Federativo. Com base nas regras estabelecidas, 15% das Receitas Correntes Líquidas (RCL) estaduais, e 12% da RCL municipal deverão ser destinadas às Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), sob pena de não recebimento de transferências financeiras por parte de Estados, DF e Municípios. No que se refere à União, estabeleceu-se o dever de destinar à Saúde o equivalente a 15% da RCL do ano de 2017, e a partir dos anos seguintes tal valor passaria a ser corrigido pelo Índice

60 BERCOVICI, G. "A Descentralização de políticas sociais e o Federalismo Cooperativo Brasileiro." **Revista de Direito Sanitário**, vol. 3, n. 1, março de 2002, p. 18.

61 BOVO, J. M. **Opus Cit.**, 94-97.

62 MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (org.) **Opus Cit.**, p 92.

63 PORTELLA, A.; FERREIRA, J. **Opus Cit.**, p. 668.

64 SOUTO, P. "A assimetria das obrigações entre os Entes da Federação". **Revista Liberdade e Cidadania**, Ano VI, no16, abril-junho, 2012, p. 7.

Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE.

As alterações realizadas ao longo do tempo levaram a uma diminuição constante e acentuada da participação relativa da União no financiamento público da Saúde, conforme se verifica da Figura 3 abaixo⁶⁵.

Figura 3 – GASTO DAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO COM ASPS 2003-2017

Ano	Total (R\$ bilhões de 2017)	União		Estados		Municípios	
		R\$ bilhões de 2017	% do total	R\$ bilhões de 2017	% do total	R\$ bilhões de 2017	% do total
2003	121,0	60,6	50,1	29,7	24,5	30,7	25,4
2004	138,8	68,4	49,3	36,1	26,0	34,3	24,7
2005	150,9	72,7	48,2	38,5	25,5	39,7	26,3
2006	164,0	76,5	46,7	43,2	26,3	44,3	27,0
2007	175,3	80,3	45,8	47,1	26,9	47,9	27,3
2008	192,3	83,5	43,4	53,1	27,6	55,7	29,0
2009	204,5	95,3	46,6	52,8	25,8	56,5	27,6
2010	215,7	96,5	44,7	58,1	26,9	61,2	28,4
2011	233,4	105,6	45,3	60,6	26,0	67,2	28,8
2012	245,0	110,9	45,3	62,1	25,3	72,1	29,4
2013	254,4	108,3	42,6	68,0	26,7	78,1	30,7
2014	265,6	112,7	42,4	70,3	26,5	82,6	31,1
2015	262,3	113,0	43,1	68,1	26,0	81,2	31,0
2016	256,6	109,9	42,8	65,5	25,5	81,2	31,6
2017	265,6	114,7	43,2	68,3	25,7	82,5	31,1

Fonte: SPO/MS para a despesa federal e SIOPS para as despesas estaduais e municipais.

Os dados indicam uma crescente participação dos Municípios no financiamento público da saúde. Enquanto no ano 2003 tais entes eram responsáveis por cerca de 25% do conjunto de recursos destinados à área da saúde, em 2017 tal participação passou a ser da ordem de 31%. No mesmo intervalo, Estados mantiveram as despesas em torno de 25%, enquanto a União destinou recursos que foram de 50% a 43%.

A fim de dimensionar o quadro aqui retratado de forma mais precisa, convém considerá-lo a partir de uma análise aplicada à realidade do financiamento da saúde no Sudoeste do Estado da Bahia.

5. A CONJUNTURA DA EFETIVAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE FRENTE À ESCASSEZ DE RECEITA DOS MUNICÍPIOS: ANÁLISE DA REALIDADE DA REGIÃO SUDOESTE DA BAHIA

A realidade do financiamento público da saúde na região do Sudoeste da Bahia alinha-se ao quadro geral identificado até aqui. Aos baixos níveis de receita dos entes municipais, soma-se a dependência dos Municípios para com as transferências da União, num cenário de escassez de recursos, para fazer frente ao grande universo de atribuições que são impostas às municipalidades.

5.1. O TERRITÓRIO DE IDENTIDADE DO SUDOESTE BAIANO

Em conformidade com o entendimento estabelecido pela Secretaria de Planejamento do

65 PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. de S.; VIEIRA, F. S. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017**. Instituto de Pesquisa Econômica. IPEA. Rio de Janeiro: 2018 (Texto para Discussão n. 2439), p 13.

Estado da Bahia (SEPLAN)⁶⁶, Território de Identidade é o espaço físico geograficamente definido e contínuo, qualificado por padrões multidimensionais, que se relacionam de modo a indicar similitudes geofísicas, ambientais, culturais, religiosos, político-institucionais, sociais e econômicas. A expressão “território de identidade”, bem como a ideia a ela subjacente, surgiram no seio dos movimentos sociais ligados à agricultura, reunidos em torno do Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA), em 2003. Neste ano, a partir das discussões realizadas entre cidadãos e gestores público, originou-se a primeira divisão do Estado da Bahia baseada na expressão. O Estado estaria composto por 26 territórios rurais, divisão que *a posteriori* foi adotada pela SEPLAN e positivada na Lei nº 10.705/2007⁶⁷, por ocasião da publicação do Plano Plurianual (PPA) de 2008-2011.

O PPA 2016-2019 (Lei n 13.468/2015), promoveu alterações em tal configuração, com realocação de municípios, e redistribuição do território estadual, que passou a contar com 27 territórios de identidade. Tal reformulação teve como objetivo uma melhor distribuição territorial para fins de planejamento e implementação de políticas públicas, e encontra-se configurado na forma da Figura 4 abaixo:

Figura 4 – TERRITÓRIOS DE IDENTIDADE DO ESTADO DA BAHIA



Fonte: BAHIA, SEPLAN. **Territórios de Identidade.** Disponível em <<http://www.seplan.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=17>>. Acesso em 10.11.2018.

O próprio cuidado para com a divisão do território em parcelas menores e pautada em identidades sócio-culturais é demonstrativo da preocupação tanto para com a descentralização administrativa, como também para com a necessidade de envolvimento dos agentes locais na implementação de políticas públicas, aí incluídas as políticas de saúde.

A adoção dos Territórios de Identidade foi um grande avanço para o planejamento público na Bahia, pois, não apenas, revela e considera toda a diversidade (cultural, ambiental, econômica e social) existente no estado, como também estabelece um novo paradigma na formulação das políticas públicas: em vez de o Governo planejar PARA a sociedade, passa a fazer isto COM a

66 BAHIA, SEPLAN. **Territórios de Identidade.** Disponível em <<http://www.seplan.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=17>>. Acesso em 10.11.2018.

67 BAHIA, SEPLAN. **Territórios de Identidade.** Disponível em <https://www.sei.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2650&Itemid=657>. Acesso em novembro de 2018.

sociedade. E para tanto, é preciso respeitar a organização espacial a que a população se sente pertencer e naturalmente estabelece seus vínculos e interrelações.

Desta forma, ao longo dos últimos anos, o Governo do Estado da Bahia vem adotando instrumentos que articulam as suas políticas públicas com os territórios, promovendo uma maior aderência às distintas necessidades territoriais e ampliando, assim, a efetividade das suas ações governamentais, além de promovendo o fortalecimento de uma democracia mais participativa. (as letras maiúsculas constam no original)⁶⁸

O território de identidade do Sudoeste Baiano, ou Território de Identidade de Vitória da Conquista, estende-se por 27.275,6 km², que equivale a 4,8% da área total do Estado. A sua povoação se deu no século XVIII, visando a expansão da colonização portuguesa, de modo a gerar a dilatação dos espaços urbanos no sertão. O primeiro município criado, Vitória da Conquista, foi fundado em 19.05.1840, pela Lei Provincial n. 124/1840.⁶⁹

A microrregião é composta por 24 municípios: Anagé, Aracatu, Barra do Choça, Belo Campo, Bom Jesus da Serra, Caetanos, Cândido Sales, Caraíbas, Condeúba, Cordeiros, Encruzilhada, Guajeru, Jacaraci, Linício de Almeida, Maetinga, Mirante, Mortugaba, Piripá, Planalto, Porções, Presidente Jânio Quadros, Ribeirão do Largo, Tremedal e Vitória da Conquista⁷⁰. No último censo geográfico publicado, em 2010, a população da região era de 695.302 habitantes, com projeção para 741.434 em 2020⁷¹.

Figura 5 – TERRITÓRIO DE IDENTIDADE DO SUDOESTE DA BAHIA

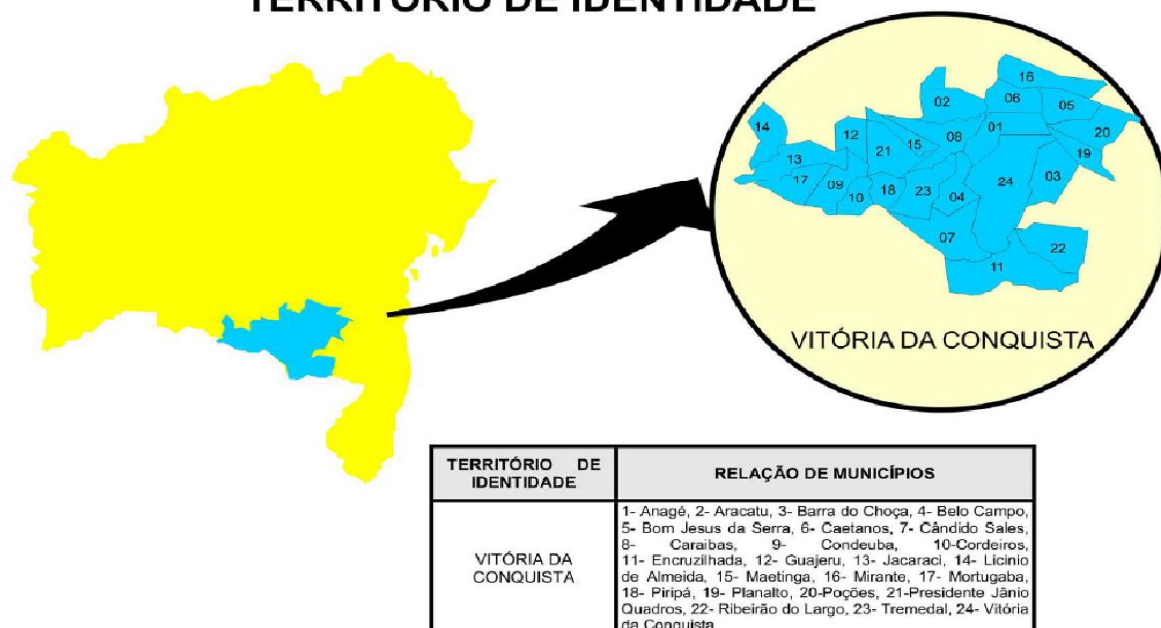
68 BAHIA, **Política territorial do Estado da Bahia**. s/d, s/l. Disponível em https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjY5OC44crkAhUE2uAKHU6nC1YQFjAAegQIAhAC&url=http%3A%2F%2Fwww.seplan.ba.gov.br%2Farquivos%2Ffile%2Fpolitica-territorial%2FPUBLICACOES_TERRITORIAIS%2FHistorico_da_Politica_Territorial_da_Bahia.pdf&usq=AOvVaw3gOGBJMtsQXEOC2GXoZnaf. Acesso em 11.09.2019, p. 04.

69 BAHIA. SUPERINTENDÊNCIA DE ESTUDOS ECONÔMICOS E SOCIAIS – SEI. **Perfil dos Territórios de Identidade**. Salvador: SEI, 2015. 3 v. p. (Série territórios de identidade da Bahia, v. 1), p. 18.

70 Disponível em: < <http://www.seplan.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=17> > acesso em maio de 2019

71 BAHIA, SEI. **Indicadores Sociais 2017**. Disponível em: < https://www.sei.ba.gov.br/images/informacoes_por/territorio/indicadores/pdf/sudoestebaiano.pdf >. Acesso em maio de 2019.

BAHIA TERRITÓRIO DE IDENTIDADE



Fonte: BAHIA, SEAGRI, disponível em: http://www.seagri.ba.gov.br/sites/default/files/mapa_vitoriaconquista.pdf

5.2. A DEFICIÊNCIA NA PRESTAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE NO TERRITÓRIO DO SUDOESTE DA BAHIA

Dentre os indicadores que podem ser utilizados para avaliar a qualidade da prestação das ações de saúde está o que se refere à relação entre o número de leitos de internação disponíveis e o número de habitantes da localidade considerada. Fazê-lo no âmbito deste estudo, tem a conveniência de, por um lado, atestar se a quantidade de leitos possibilita um atendimento de qualidade, e por outro, verificar a existência de eventuais desequilíbrios na distribuição territorial. De fato, para além da escassez de atendimento, é comum que existam fortes disparidades entre localidades, ainda que o número de leitos por habitante no âmbito de uma região mais ampla seja satisfatório.

Tal indicador faz parte das ações que compõem o eixo da Média Complexidade, que se volta à realização de serviços que visam atender os principais problemas e agravos de saúde, que demandam a disponibilidade de profissionais especializados, e o uso de recursos tecnológicos destinados ao apoio diagnóstico e tratamento.

Em tese, o primeiro acesso ao sistema de saúde se realiza por meio chamada Atenção Básica, assim entendidas as ações que têm como objetivo suprir demandas elementares na área da saúde, e que além disso têm um baixo custo relativo e um grande alcance em termos de população beneficiada, incluindo desde a educação popular realizada por Agentes Comunitários de Saúde (ACS)⁷². Não obstante, a falta de investimento neste nível termina por fazer da Média Complexidade a porta de acesso ao SUS.

72 Já a Alta complexidade inclui procedimentos que envolvem alta tecnologia e elevado custo, de sorte a proporcionar à comunidade o acesso a serviços médicos de grande porte, a exemplo de cirurgias cardiovasculares, assistência traumatológica-ortopédica, neurocirurgia e assistência ao paciente oncológico (Ministério da Saúde, Portaria 648/2006). Vid. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007. p. 17

Neste cenário, o leito-internação, que se define como aquele voltado ao atendimento de pacientes que permanecerão em tratamento e observação por mais de 24 horas, assume grande importância para o estudo, na medida em que permite ter uma noção da capacidade instalada para atendimento no nível da Média Complexidade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a disponibilidade de 3 a 5 de leitos a cada 1.000 habitantes⁷³. No Brasil, segundo estudo realizado pela Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), em 2014, a média geral foi da ordem de 2,4, sendo de 2,1 no SUS, e 2,6 entre os beneficiários de planos de saúde⁷⁴.

Segundo relatório publicado pela OCDE, referente ao ano de 2015, dentre 45 países considerados, Japão e Coreia do Sul apresentaram a melhor relação, com 13,2 e 11,5 leitos por 1.000 habitantes. O Brasil ficou em uma das últimas colocações, possuindo 2,3 leitos para cada 1.000 habitantes⁷⁵. Países que apresentaram índices ainda mais baixos foram Chile (2,1 leitos), Colômbia (1,6 leitos), México (1,5 leitos), Indonésia (1,0 leito) e Índia (0,5 leito).

A Tabela 1, a seguir, expõe os números de leitos e de habitantes em cada um dos municípios da Região do Sudoeste da Bahia.

TABELA 1 – RELAÇÃO ENTRE LEITOS DE INTERNAÇÃO DO SUS E NÚMERO DE HABITANTE NOS MUNICÍPIOS DO TERRITÓRIO DE IDENTIDADE DO SUDOESTES DA BAHIA

MUNICÍPIO	Pop. 2015	Leitos 2015	Leito/mil hab.	Pop. 2018	Leitos 2018	Leito/mil hab.
Maetinga	5.174	*	*	4.456	*	*
R. do Largo	8.260	*	*	7.437	*	*
Guajeru	8.805	*	*	8.081	*	*
Cordeiros	8.834	5	0,5	8.904	5	0,5
Mirante	9.902	*	*	9.578	*	*
Caraíbas	10.016	3	0,3	9.773	3	0,3
B. Jesus da Serra	10.554	19	1,8	10.447	14	1,3
Piripá	12.238	17	1,4	11.849	17	1,4
Mortugaba	12.477	24	1,9	12.529	24	1,9
L. de Almeida	12.966	20	1,5	12.969	20	1,5
P. Jânio Quadros	13.178	*	*	13.334	*	*
Aracatu	14.089	41	2,9	13.962	33	2,4
Jacaraci	15.409	29	1,9	15.459	29	1,9
Caetanos	15.982	*	*	16.106	*	*
Tremedal	18.187	19	1	17.700	19	1,1
Condeúba	18.269	16	0,9	18.191	16	0,9
Belo Campo	18.383	36	1,9	18.247	44	2,41
Encruzilhada	20.331	49	2,4	19.376	49	2,5
Anagé	20.096	33	1,6	19.568	33	1,7
Cândido Sales	26.855	55	2	26.674	55	2,1
Planalto	26.632	59	2,2	26.915	59	2,2
Barra do Choça	34.853	32	0,9	34.121	32	0,9

73 AHSEB – Associação de Hospitais e Serviços de Saúde do Estado da Bahia. “Segundo OMS, ideal é ter de 3 a 5 leitos para cada mil habitantes. No Brasil, índice médio é de 2,4.” Disponível em: < <http://www.ahseb.com.br/segundo-oms-ideal-e-ter-de-3-a-5-leitos-para-cada-mil-habitantes-no-brasil-indice-medio-e-de-24/>>. Acesso em agosto de 2019. Vid. também ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório. **Publicação anual**, 11ED. SP: ANAHP, 322 p. Disponível em <https://conteudo.anahp.com.br/observatorio-2019-anahp>. Acesso em 03.09.2019.

74 Idem.

75 OECD (2017), **Health at a Glance 2017: OECD Indicators**. Paris: OECD Publishing, p. 173. Disponível em https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en. Acesso em agosto de 2019.

Poções	48.729	70	1,4	48.861	68	1,4
V. da Conquista	343.230	793	2,3	348.718	616	1,7
Total	733.449	1.320	1,8	733.255	1.136	1,5

Elaboração própria. Fonte: BRASIL, MS, CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/leiintba.def>; e BRASIL, SIOPS (Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde), disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicBA.def>, acesso em maio de 2019.

* Dado não informado pelo Município.

Verifica-se que a quantidade de leitos no território de identidade encontra-se aquém daquela indicada pela OMS, e abaixo da média nacional. Mais do que isso, a região experimentou uma queda do indicador, passando de 1,8 em 2015 para 1,5 leito para cada 1.000 habitantes em 2018. À exceção o Município de Encruzilhada, que ganhou 8 novos leitos, todos os demais mantiveram, ou diminuíram a oferta de leitos, com destaque para a situação de Vitória da Conquista e Aracatu, que deixaram de disponibilizar 177 leitos, diminuição de 13,4%, e 8 leitos, diminuição de 19,5%, respectivamente.

As cidades de até 10 mil habitantes foram as que apresentaram os menores índices. Cordeiros e Condeúbas não passaram de 0,5, e é de se supor que as demais cidades que compõem este grupo, e que não forneceram dados, encontrem-se em situação similar. Dentre os demais municípios não se pode afirmar haver uma relação necessária entre número de habitantes e disponibilidade de leitos. Barra do Choça ilustra esta falta de relação. Embora seja a terceira maior cidade da região, com 34.121 habitantes, disponibiliza somente 32 leitos de internação SUS, o que equivale a 0,9 leitos por 1.000 habitantes. Em Belo Campo o índice ascende a 2,4, e em Vitória da Conquista é da ordem de 1,7.

O que se pode afirmar, entretanto, é que inexistente uma política de planejamento regional que proporcione algum grau de uniformidade na distribuição de leitos, pautada em algum tipo de critério objetivo vinculado à efetividade e à qualidade do atendimento, como poderiam ser os critérios da população, da densidade demográfica, da distância a grandes centros, ou da estrutura já instalada.

Segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁷⁶ referentes ao ano de 2018, dos 24 municípios integrantes da região, apenas 3 dispõem de hospitais municipais para atender de forma efetiva casos de Média Complexidade (Barra do Choça, Belo Campo, Encruzilhadas e Vitória da Conquista). Apenas Vitória da Conquista dispõe de atendimento em Alta Complexidade, em seis estruturas hospitalares⁷⁷, e é o responsável por acolher e tratar grande parte dos pacientes da região, no que se refere a tais níveis de complexidade. Lá estão estabelecidos 2 hospitais de gestão estadual⁷⁸ e 6 hospitais municipais⁷⁹.

De uma forma geral, os hospitais de gestão municipal apresentam problemas para continuar as suas atividades⁸⁰. No município de Anagé, o Hospital Municipal encerrou as suas atividades

76 BRASIL, DATASUS. TABNET. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11665&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/leiint>. Acesso em maio de 2019.

77 BRASIL, DATASUS. TABNET. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/atencba.def>. Acesso em agosto de 2019.

78 GeoPortal de Informações em saúde (2018) disponível em :http://geolivres.saude.ba.gov.br/geo_bahia/

79 CNES (2018) disponível em : <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atencba.def>

80 SINDMED. “Médicos denunciam crise no hospital municipal de Vitória da Conquista.” Disponível em <https://sindimed-ba.org.br/medicos-denunciam-crise-no-hospital-municipal-de-vitoria-da-conquista>. Acesso em maio de 2019.

em 2012⁸¹, devido à insuficiência de recursos necessários ao adimplemento de salários e impossibilidade de manutenção da estrutura.

Este cenário acaba por provocar um desequilíbrio na gestão do atendimento, e sobrecarrega alguns municípios, tanto da região, como de outras partes do Estado. Mais do que isso, dificulta a efetividade do direito fundamental à saúde, e o acesso digno às prestações estatais na área. É muito comum a realidade de enfrentamento de horas de estrada (Vitória da Conquista encontra-se a cerca de 530 quilômetros de Salvador, por exemplo), para se deparar com outros hospitais já sobrecarregados.

5.3. A DEPENDÊNCIA ÀS TRANSFERÊNCIAS FINANCEIRAS E O SEU IMPACTO SOBRE A QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE NO TERRITÓRIO DO SUDOESTE DA BAHIA

Os problemas referentes à efetivação das ações de saúde no nível municipal têm na escassez de recursos financeiros um dos seus principais motivos. Segundo dados do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado da Bahia (TCM)⁸², em 2018, 21 dos 24 municípios do Sudoeste da Bahia, ou 87,5% do total, possuem receita corrente própria inferior a R\$3,5 milhões anuais. À exceção dos Municípios de Barra do Choça, Poções e Vitória da Conquista, as transferências oriundas de outros entes políticos correspondem a mais de 93% da receita total, conforme indicado na Tabela 2.

TABELA 2 – COMPOSIÇÃO DA RECEITA CORRENTE DOS MUNICÍPIOS DO SUDOESTE DA BAHIA NO ANO DE 2018, EM REAIS (R\$)

MUNICÍPIO	Receita total (A)	Transferências (B)	Arrecadação própria (C)	Arrecadação X Receita (C/A)
Anagé	45.904.170,06	43.944.768,74	1.959.401,32	4,26%
Aracatu	32.101.042,05	31.161.599,06	939.442,99	2,92%
Barra da choça	84.970.606,04	77.434.644,31	7.535.961,73	8,86%
Belo Campo	46.765.457,29	44.481.851,90	2.283.605,39	4,88%
B. Jesus da Serra	28.519.424,17	27.672.430,95	846.993,22	2,96%
Caetanos	30.097.279,96	29.219.823,45	877.456,51	2,91%
Cândido Sales	59.707.155,56	57.226.112,34	2.481.043,22	4,15%
Caraíbas	24.207.764,04	23.139.537,59	1.068.226,45	4,41%
Condeúba	43.609.854,08	41.204.071,93	2.405.782,15	5,51%
Cordeiros	28.721.573,80	27.079.419,52	1.642.154,28	5,71%
Encruzilhada	50.292.781,16	46.957.331,68	3.335.449,48	6,63%
Guajeru	19.646.301,53	18.902.872,03	743.429,50	3,78%
Jacaraci	38.366.061,34	36.050.695,16	2.315.366,18	6,03%
Licínio de Almeida	28.868.634,98	26.929.135,31	1.939.499,67	6,71%
Maetinga	21.704.995,92	21.001.350,34	703.645,58	3,24%
Mirante	21.872.674,00	20.926.875,66	945.798,34	4,32%
Mortugaba	28.923.631,30	27.936.108,55	987.522,75	3,41%
Piripá	25.289.269,66	24.370.472,03	918.797,63	3,63%
Planalto	52.631.048,24	50.113.121,55	2.517.926,69	4,78%
Poções	94.324.008,02	85.063.599,80	9.260.408,22	9,81%
P. Jânio Quadros	32.804.637,92	31.303.600,53	1.501.037,39	4,57%
Ribeirão do Largo	24.321.909,29	23.031.282,32	1.290.626,97	5,30%
Tremedal	40.476.294,10	38.095.712,72	2.380.581,38	5,88%

81 BLOG DO ANDERSON, “Anagé: Hospital municipal fecha as portas.” Disponível em <<https://www.blogdoanderson.com/2012/11/30/anage-hospital-municipal-fecha-as-portas/>>. Acesso em maio e 2019.

82 BAHIA, TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS. Dados orçamentários referentes ao ano de 2018. Disponível em <<http://www.tcm.ba.gov.br>>. Acesso em maio de 2019.

V. da Conquista	635.176.918,21	492.729.215,67	142.447.702,54	22,42%
TOTAL	1.539.303.492,7	1.345.975.633,14	193.327.859,58	12,55%

Elaboração própria. Fonte: TCM/BA. Disponível em <http://www.tcm.ba.gov.br>. Acesso em maio de 2019.

Trata-se de um retrato que se alinha com a realidade do financiamento público brasileiro. A baixa arrecadação decorre do modelo de federalismo fiscal existente no país, e no caso da região analisada está atrelado a fatores geográficos, posto que se trata de região de clima semiárido, que encontra obstáculos à consecução de níveis mais altos de produtividade agrícola, que não sejam acompanhados de investimento em valores elevados.

O comércio e a prestação de serviços têm grande representatividade no PIB do território. Vitória da Conquista destaca-se em termos econômicos, concentrando 85% dos serviços e 74% do comércio da região. O município de Barra do Choça, por sua vez destaca-se na plantação de café e banana.⁸³

A maior parte dos entes municipais do sudoeste baiano tem população de até 20 mil habitantes, localizada sobretudo na zona rural, e conta com a própria Administração municipal como maior fonte formal de empregos⁸⁴. Tal realidade conduz a baixos níveis de arrecadação, como ilustram as situações de Maetinga, Guajeru e Bom Jesus da Serra, que registraram arrecadação própria inferior a R\$1 milhão em 2018⁸⁵.

Evidencia-se assim, o baixo grau de autonomia arrecadatória dos municípios do Sudoeste da Bahia, e a dependência para com as transferências financeiras, o que coloca os respectivos municípios em situação de fragilidade de financiamento, e incapacidade de atender às demandas sociais de uma forma geral, e às ações de saúde em particular.

Dado tal cenário, mesmo que as prefeituras destinem o mínimo legal de 15% da sua Receita Corrente Líquida (RCL), em conformidade com o que determina a LC 141/2012, o valor resultante estará muito aquém daqueles necessário para o custeio das ações, com vistas a um atendimento de qualidade. Isto ocorre, pois a base sobre a qual incide o percentual – RCL – já é muito baixa. A Tabela 3 e a Tabela 4 dispõem os números relativos aos valores que cada município da região destinou à saúde nos anos de 2015 e 2017, respectivamente, e a sua relação com o mínimo de 15% estabelecido em lei.

TABELA 3: GASTOS COM SAÚDE REALIZADOS PELOS MUNICÍPIOS DO SUDOESTE DA BAHIA E A SUA RELAÇÃO COM O LIMITE MÍNIMO ESTABELECIDO EM LEI – 2015

MUNICÍPIO	2015			
	RCL (R\$) (A)	Despesa total com saúde (R\$) (B)	Despesa total com saúde em proporção à RCL (B/A)	Despesa total <i>per capita</i> com saúde (R\$)
Maetinga	28.077.100,57	5.943.066,47	21,16%	1.148,64
Ribeirão do Largo	33.800.430,67	3.893.360,89	11,51%	471,35
Guajeru	17.018.878,38	3.447.809,38	20,25%	391,574
Cordeiros	18.137.130,36	4.098.057,04	22,59%	463,89
Mirante	18.622.885,49	3.751.602,91	20,14%	378,87
Caraíbas	17.549.944,78	3.912.224,99	22,29%	390,59
B. Jesus da Serra	21.891.958,40	5.042.712,07	23,03%	477,80
Piripá	19.017.716,95	5.189.708,86	27,28%	424,06
Mortugaba	23.448.091,79	6.418.873,86	27,37%	514,45
L. de Almeida	22.966.132,68	6.577.873,53	28,64%	507,31

83 BAHIA. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. **Perfil...**, p. 20.

84 BAHIA. Tribunal de Contas dos Municípios. **Perfil financeiro dos municípios baianos**. Salvador: SEI, 2015, p. 108.

85 BAHIA, TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS. **Dados...**

P. Jânio Quadros	25.429.351,42	7.950.016,87	31,26%	603,27
Aracatu	28.639.079,93	7.009.103,57	24,47%	497,48
Jacaraci	25.869.641,24	7.204.327,33	27,84%	467,54
Caetanos	22.160.660,38	5.422.128,05	24,46%	339,26
Tremedal	32.487.909,66	6.871.407,48	21,15%	377,81
Condeúba	36.393.938,47	8.292.236,80	22,78%	453,89
Belo Campo	34.096.090,81	9.458.765,75	27,74%	514,53
Encruzilhada	41.705.453,00	10.868.784,93	26,06%	540,84
Anagé	55.654.366,03	12.071.439,47	21,69%	593,74
Cândido Sales	50.189.370,62	12.383.099,60	24,67%	464,97
Planalto	42.392.391,89	9.202.300,19	21,70%	342,66
Barra da choça	68.251.059,83	14.405.373,09	21,10%	413,31
Poções	81.375.652,03	15.946.010,67	19,59%	327,23
V. da Conquista	535.084.404,50	196.200.250,76	36,66%	571,62

Elaboração própria com dados do DATA-SUS disponíveis em http://siops.datasus.gov.br/rel_perc_LC141.php?e=2, dados do TCM disponíveis em <http://www.tcm.ba.gov.br>, bem como dados populacionais do SIOPS disponíveis em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicBA.def>. Acesso realizado em agosto de 2019

TABELA 4: GASTOS COM SAÚDE REALIZADOS PELOS MUNICÍPIOS DO SUDOESTE DA BAHIA E A SUA RELAÇÃO COM O LIMITE MÍNIMO ESTABELECIDO EM LEI – 2017 (R\$)

MUNICÍPIO	2017			
	RCL (R\$) (A)	Despesa total com saúde (R\$) (B)	Despesa total com saúde em proporção à RCL (B/A)	Despesa total <i>per capita</i> com saúde (R\$)
Maetinga	20.922.751,92	4.968.006,26	23,74%	1.114,90
Ribeirão do Largo	22.135.656,78	4.056.817,44	18,32%	541,41
Guajeru	17.720.317,72	4.064.432,74	22,93%	502,96
Cordeiros	18.372.574,35	4.161.491,36	22,65%	467,37
Mirante	19.496.941,89	4.714.483,60	24,18%	492,22
Caraíbas	20.921.820,96	4.260.347,50	20,36%	435,93
B. Jesus da Serra	23.193.965,50	5.566.978,40	24,00%	532,87
Piripá	21.413.318,56	5.459.237,72	25,49%	460,73
Mortugaba	22.978.591,24	7.950.165,81	34,59%	634,54
L. de Almeida	29.638.218,80	6.876.878,19	23,20%	530,25
P. Jânio Quadros	29.017.936,92	7.175.831,97	24,72%	538,16
Aracatu	30.652.913,36	6.679.873,86	21,79%	478,43
Jacaraci	30.617.688,73	7.895.068,66	25,78%	510,71
Caetanos	26.288.318,26	5.891.635,54	22,41%	365,80
Tremedal	35.674.581,16	8.303.850,05	23,27%	469,14
Condeúba	38.566.127,82	9.091.958,13	23,57%	499,80
Belo Campo	39.123.139,20	14.716.289,86	37,61%	806,50
Encruzilhada	43.517.231,04	10.810.737,18	24,84%	557,94
Anagé	43.930.871,20	9.217.355,50	20,98%	471,04
Cândido Sales	54.060.684,05	11.709.646,10	21,66%	438,99
Planalto	47.074.409,97	9.355.751,98	19,87%	347,60
Barra da choça	45.634.260,74	14.716.289,86	32,24%	431,29
Poções	86.056.147,90	16.826.979,57	19,55%	344,38
V. da Conquista	584.216.936,47	210.355.129,53	36,00%	603,22

Elaboração própria com dados do DATA-SUS disponíveis em http://siops.datasus.gov.br/rel_perc_LC141.php?e=2, dados do TCM disponíveis em <http://www.tcm.ba.gov.br>, bem como dados populacionais do SIOPS disponíveis em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicBA.def>. Acesso realizado em agosto de 2019

É interessante notar como em todos os Municípios é superado o valor mínimo estabelecido em lei. À exceção do município de Ribeirão do Largo, que em 2015 realizou despesas da ordem de 11,51% da RCL em 2015, em todos os demais a despesa com saúde é superior ao

mínimo legal. Em Vitória da Conquista, tal percentual foi da ordem de 36% da sua RCL, e em Belo Campo o mesmo superou 37% da RCL em 2017. Não obstante, os valores de despesas em saúde, por habitante e por ano, permanecem muito aquém daquilo que seria necessário para promover ações de qualidade, segundo a OMS. Embora o Município de Poções tenha destinado o equivalente a 19,59% da sua RCL ao financiamento das ASPS no ano de 2015, isto correspondeu a apenas R\$327,23 por habitante, o equivalente a US\$85,21⁸⁶.

Portanto, em que pese o cumprimento da imposição legal, os valores destinados à saúde não possibilitam a prestação de serviços na área em níveis satisfatórios, com vistas à efetivação da dignidade humana. Um comparativo entre as despesas *per capita*, tanto na realidade nacional, como no plano internacional, proporcionam uma visão mais clara deste cenário.

No âmbito internacional, considere-se o ano de 2015, com relação ao qual existem dados disponibilizados pela OMS e pela OCDE. Neste ano, segundo relatório divulgado pelo Tesouro Nacional⁸⁷ o investimento público realizado pelas três esferas de governo na área equivaleu à 3,8% do PIB, o que coloca o país na posição 64, num universo de 183 nações. A União despendeu 8,3% de sua receita corrente em gastos com saúde, totalizando 106,9 bilhões de reais. Os recursos públicos destinados à saúde no mesmo ano chegaram a US\$334,00 por habitante, enquanto na Inglaterra o valor foi da ordem de US\$3,500,00. No caso da França, do Canadá e da Espanha, este valor foi de US\$3,178,00, US\$3,315,00 e US\$1,672, nesta ordem. No que se refere aos valores empregados na América do Sul, os gastos brasileiros foram inferiores àqueles realizados na Argentina, que despendeu US\$713 por habitante⁸⁸.

Em proporção ao PIB, o Brasil ficou com média um pouco superior àquela observada em países da América Latina e Caribe que destinaram cerca de 3,5% de seu PIB⁸⁹, ficando à frente apenas de Barbados, Granada, Haiti e Venezuela. Países que compõem a OCDE, por outro lado, destinaram em média o equivalente a 6,5% do PIB em ações na área. No caso específico de países como Inglaterra e Suíça o investimento público em saúde situa-se acima de 8% do PIB⁹⁰.

No tocante aos municípios da região Sudoeste da Bahia, o valor investido em saúde pública é menor do que o da média nacional. Em 2015, o valor médio realizado na região ficou em torno de R\$496,01, ou US\$150,30⁹¹, menos da metade do que foi gasto no país. Os menores valores foram realizados pelos municípios de Poções e Caetanos, nos quais o investimento per capita no setor foi da ordem de R\$327,23 (US\$ 85,21) e R\$339,26 (US\$88,35), respectivamente.

⁸⁶ Câmbio de R\$3,84, em 31.12.2015. Banco Central do Brasil, disponível em <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKewjKhuCrhcvkAhUR1eAKHXU9AvYQjBAwAXoECAyQcQ&url=https%3A%2F%2Fwww4.bcb.gov.br%2Fpec%2Ftaxas%2Fport%2Fptaxnpsq.asp%3Fid%3Dtxcotacao&usg=AOvVaw2qQW1TeR-8AGXTIVYy1G-t>

⁸⁷ BRASIL, TESOURO NACIONAL. **Aspectos fiscais da saúde no Brasil**. Atualizado em 31.10.2018. Disponível em

<<https://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/318974/AspectosFiscaisSaude2018/a7203af9-2830-4ecb-bbb9-4b04c45287b4>>. Acesso em maio de 2019.

⁸⁸ CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. “Países ricos gastam quase dez vezes mais que o Brasil.” 13.11.2018. Disponível em

<https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27965:2018-11-13-14-23-18&catid=3:portal>. Acesso em maio de 2019

⁸⁹ Idem.

⁹⁰ Idem.

⁹¹ Câmbio de R\$3,84, em 31.12.2015. Banco Central do Brasil, disponível em <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKewjKhuCrhcvkAhUR1eAKHXU9AvYQjBAwAXoECAyQcQ&url=https%3A%2F%2Fwww4.bcb.gov.br%2Fpec%2Ftaxas%2Fport%2Fptaxnpsq.asp%3Fid%3Dtxcotacao&usg=AOvVaw2qQW1TeR-8AGXTIVYy1G-t>

No ano de 2017, segundo dados do Conselho Federal de Medicina – a CFM⁹², o Brasil investiu o equivalente a R\$ 262,8 bilhões de reais em saúde nas três esferas de governo. A média nacional *per capita* de investimento foi da ordem de R\$1.271,6, ou US\$ 385,34. Na Bahia, o total do investimento realizado pelas três esferas de governo foi da ordem de R\$777,80, ou US\$235,69 por habitante.

Ainda em 2017, mais da metade (54,1%) dos municípios do território de identidade do Sudoeste da Bahia destinou à saúde pública valor inferior a R\$500,00, ou US\$151⁹³. Somente no caso da cidade de Maetinga o valor foi superior à média do que foi despendido no Estado.

Com base nos dados disponíveis no DATASUS⁹⁴ e no SIOPS⁹⁵, verificou-se, em 2017, um investimento médio da ordem de R\$ 496,01 (US\$150,30) *per capita*, realizado pelos municípios da região. Não obstante, cidades como Caetanos, Planalto e Poções permaneceram com os menores montantes investidos, da ordem de R\$365,80 (US\$110,84), R\$347,60 (US\$ 105,33) e R\$344,38 (US\$ 104,35).

6. CONCLUSÃO

O SUS, especialmente pelo seu caráter universal de atenção, representa um avanço importante no tocante aos objetivos de efetividade da promoção do direito fundamental à saúde, e por conseguinte da dignidade humana. Constitui uma base fundamental no que se refere aos esforços para a construção da cidadania e da igualdade, e da promoção da dignidade humana.

Há, entretanto, uma série de obstáculos à efetiva implementação do Sistema, dentre os quais se destaca a forma como se encontra estruturado o modelo de financiamento público do país. A forma como o Pacto Federativo encontra-se disposta pauta-se historicamente na centralização das fontes de recursos em favor da União e em detrimento dos Municípios.

Neste sentido, a CF/88 significou um avanço em termos de distribuição de competência tributária formal, com o reconhecimento dos Municípios enquanto Entes Federativos dotados de autonomia política, administrativa e financeira. Em termos de arrecadação efetiva, entretanto, a concentração de recursos permanece mantida em favor da União e em detrimento dos demais Entes, em especial dos municípios.

O desequilíbrio existente entre as muitas atribuições administrativas encarregadas aos municípios, por um lado, e a escassez de recursos a eles destinados, é claramente identificada a partir da análise dos dados de financiamento. O impacto sobre o financiamento de direitos fundamentais, a exemplo da saúde, tornou-se especialmente notável a partir início da década de 1990, quando a disparidade dos montantes de receita entre os entes federativos foi acentuada.

92 CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Disponível em :<https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27961:2018-11-12-17-57-13&catid=3>. Acesso em maio de 2019

93 Câmbio de R\$3,30, em 31.12.2017. Banco Central do Brasil, disponível em <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwjKhuCrhevKAhUR1eAKHXU9AvYQjBAwAXoECAyQcQ&url=https%3A%2F%2Fwww4.bcb.gov.br%2Fpec%2Ftaxas%2Fport%2Fptaxnpsq.asp%3Fid%3Dtxcotacao&usg=AOvVaw2qQW1TeR-8AGXTIVYy1G-t>

94 SIOPS. Disponível em : http://siops.datasus.gov.br/rel_perc_LC141.php?e=2. Acesso em maio de 2019.

95 SIOPS. Disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicBA.def>. Acesso em maio de 2019.

O modelo de repartição de recursos adotado no país acaba por originar a submissão dos entes municipais para com as transferências oriundas de outras esferas de governo, em clara contradição à ideia de Federação. Mais do que isso, são gerados desequilíbrios internos entre regiões, o que se nota não apenas no plano mais amplo do território nacional, ou mesmo estadual, mas inclusive nas microrregiões, onde municípios maiores terminam por ter que atender demandas que poderiam ser atendidas no local de residência do cidadão.

Na área de saúde, o retrato desta situação é o de postos municipais com carência de leitos, medicamentos e profissionais. Ações de saneamento, ou mesmo de visitas realizadas por Agentes Comunitários de Saúde – ACS –, que fazem parte da Atenção Básica da saúde e que costumam ter um efeito muito positivo nos indicadores de atenção, são deficientes, sobretudo na zona rural, mais distante dos centros urbanos.

A realidade dos municípios integrantes do território de identidade do Sudoeste da Bahia ilustra esta descrição. A análise dos dados orçamentários e do montante investido em saúde permitem atestar, tanto a condição de dependência financeira das entidades municipais com relação às transferências financeiras, como a escassez de recursos financeiros destinados à saúde.

Em 2018, por exemplo, em mais de 90% dos municípios do Sudoeste da Bahia as transferências financeiras recebidas corresponderam a mais de 90% da sua receita total. As únicas exceções foram os municípios de Poções e Vitória da Conquista, o que faz com que este último termine recebendo uma sobrecarga de demandas que poderiam ser ao menos prevenidas, caso fossem realizados maiores investimentos nas ações de Atenção Básica nos municípios de origem. O impacto social desta realidade se traduz na realização de atendimentos de forma precária, e contrária à dignidade humana. Deslocamentos de centenas de quilômetros e a demora de atendimento por parte de estruturas hospitalares já sobrecarregadas ilustram a realidade.

O baixo nível de receita auferida pelos municípios faz com que os percentuais mínimos que a lei estabelece para aplicação na área não sejam suficientes para modificar a situação. Embora se tenha verificado o cumprimento dos percentuais mínimos por parte da grande maioria dos municípios do Sudoeste da Bahia, que em alguns casos supero o dobro do mínimo legal exigido, o valor médio aplicado nas ações de saúde em 2015, por exemplo, foi da ordem de R\$496,01, ou US\$150,30 (câmbio daquele ano), montante inferior à metade da média nacional, e equivalente a 5% daquele aplicado em países avançados, como Reino Unido, Canadá e Espanha.

Tal situação reflete de forma direta nos indicadores da qualidade de saúde. Tomando como parâmetro a variável de número de leitos de internação disponíveis, o Sudoeste da Bahia apresentou, no ano de 2015, índices similares aos do México e da Colômbia, da ordem de 1,54 leitos hospitalares por 1.000 habitantes. No mesmo ano, cidades como Caraíbas e Cordeiros, com índices de 0,3 e 0,5, respectivamente, apresentam uma realidade ainda mais precária do que aquela observada em países como Indonésia e Índia, com índices de 1,0 e 0,5, também respectivamente.

A análise da situação em que se encontra a realidade da saúde no Sudoeste do Estado da Bahia aponta para a necessidade de promover uma reestruturação do sistema de financiamento público das políticas sociais de uma forma geral, e da saúde pública em especial, alinhada com a ideia de federalismo de cooperação, com vistas à efetivação dos direitos fundamentais e à promoção do primado da dignidade humana. É necessário repensar a forma como se realiza a repartição de recursos no país, sendo fundamental que os Municípios sejam providos de montantes mais elevados de recursos financeiros, a fim de viabilizar o custeio de políticas públicas no plano local de forma equilibrada e alinhada com o volume de atribuições que lhe são encarregadas.

7. REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, L. F.; FRANZESE, C. “Federalismo e Políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil” In ARAÚJO, Maria; BEIRA, Lígia (Org.). **Tópicos da Economia Paulista para Gestores Públicos**. São Paulo: Fundap, 2007. v. 1, p. 13-31
- AFONSO, JR. Federalismo fiscal a brasileira: uma versão atualizada. **Caderno Virtual**, n.1, v.34, 2016. IDP Escola de Direito de Brasília. Centro de Pesquisa.
- ALEMIDA, M. H. T. “Federalismo e políticas sociais.” **Revista Brasileira de Ciências sociais**. São Paulo, ANPOCS, n. 28, Junho de 1995.
- ARRETICHE, M. “Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia.” **São Paulo Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, June 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10.05.2019.
- _____. “Mitos da descentralização: Mais Democracia e Eficiência nas Políticas Públicas?” **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, 11(31), Junho/1996.
- _____. **Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da descentralização**. 3ED. Rio de Janeiro: Revan, 2011.
- AZAMBUJA, D. **Teoria Geral do Estado**. 2ED, São Paulo: Globo, 2008.
- BAHIA. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. **Perfil dos Territórios de Identidade Salvador**. Salvador: SEI, 2015. 3 v.
- _____. **Indicadores Territoriais**. Salvador: SEI, 2017. Disponível em https://www.sei.ba.gov.br/images/informacoes_por/territorio/indicadores/pdf/sudoestebaiano.pdf
- BAHIA, SEPLAN. **Territórios de Identidade**. Disponível em <http://www.seplan.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=17>. Acesso em 10.11.2018.
- BAHIA. Tribunal de Contas dos Municípios. **Perfil financeiro dos municípios baianos**. Salvador: SEI, 2015.
- BASTOS, C. (Coord.). **Por uma nova Federação**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1995.
- BERCOVICI, G. “A Descentralização de políticas sociais e o Federalismo Cooperativo Brasileiro.” **Revista de Direito Sanitário**, vol. 3, n. 1, março de 2002.

- BERGER, G. (Et al). *Le fédéralisme*. Paris: Presses Universitaires de France, 1956.
- BERTI, F. de A. **Direito Tributário e Princípio Federativo**. São Paulo: Editora Quartier Latin, 2007.
- BONAVIDES, P. **Ciência Política**. 10ED. São Paulo: Malheiros, 2000.
- _____. **Curso de direito constitucional**. 11ED. São Paulo: Malheiros, 2000.
- BOVO, J. M. **Federalismo fiscal e descentralização de políticas públicas no Brasil**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2000.
- BRAGA, J. C.S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência, estudos de política social**. São Paulo: Hucitec. 1986.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2007
- _____. **O financiamento da saúde**. Brasília: CONASS, 2007.
- _____. **O financiamento da saúde**. Brasília: CONASS, 2011.
- BRASIL, MINISTÉRIODAFAZENDA. TESOURO NACIONAL. **O que você precisa saber sobre as transferências fiscais da União. Princípios básicos**. Brasília, março 2016. Disponível em <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/329483/pge_cartilha_principios_basicos.pdf>. Acesso em maio de 2019.
- BRASIL, SENADO DA REPÚBLICA. **RAF – Relatório de Acompanhamento Fiscal**, n. 181, de 09.07.2018. Brasília: Instituição Fiscal Independente. Disponível em <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/543844/RAF18_JUL2018_TopicoEspecial_Receitas.pdf>. Acesso em setembro de 2019.
- CAIXETA, É. A. **Autonomia dos entes federados**. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,autonomia-dos-entes-federados,46887.html>
- COÊLHO, S. C. N. **Curso de Direito Tributário Brasileiro**. 15ED. Rio de Janeiro: Forense, 2016.
- COSTA, R. H. **Curso de Direito Tributário: Constituição e Código Tributário Nacional**. 7ED. São Paulo: Saraiva, 2017.
- CUNHA JÚNIOR, D. da. **Curso de Direito Constitucional**. 2ED. Bahia: Juspodivm, 2008.
- DALLARI, D. de A. **Elementos de teoria geral do Estado**. 28ED. São Paulo: Saraiva, 2009.
- LIMA, L. D. de. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.
- ELIAS, P. E.; MARQUES, R. M.; MENDES, Á. “O financiamento e a política de saúde.” **Revista USP**, São Paulo, n. 51, setembro/novembro 2001.
- FEITOSA, M. M. P. **O conflito de competência entre o ICMS e o ISS: um estudo de casos na Era da Internet**. Belo Horizonte: Fórum, 2018.
- HARADA, K. **Direito Financeiro e Tributário**. 19ED. São Paulo: Atlas, 2010.
- MACHADO, H. de B. **Curso de Direito Tributário**. 31ED. São Paulo: Malheiros, 2010.
- MALUF, S. **Teoria Geral do Estado**. 30ED. São Paulo: Saraiva, 2011.
- MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Org.). **Políticas Públicas e o Financiamento Federal do**

Sistema Único de Saúde. Brasília: Ipea, 2011.

MENDES, G. F.; BRANCO, P. G. G. **Curso de Direito Constitucional.** 13ED. São Paulo: Saraiva: Educação, 2018.

MOURA, E. S. de. “O direito à saúde na Constituição Federal de 1988.” **Âmbito Jurídico**, RS, XVI, n. 114, jul. 2013. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13440>.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. “Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores”. **História, Ciências, Saúde.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan./mar. 2014.

PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. de S.; VIEIRA, F. S. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017.** Instituto de Pesquisa Econômica. IPEA. Rio de Janeiro: 2018 (Texto para Discussão n. 2439).

PORTELLA, A.; JESUS, J. F. de. “Federalismo Fiscal e Descentralização Administrativa: a deficiência de Autonomia dos Municípios do Baixo Sul da Bahia na Promoção de Ações de Saúde.” **Revista Direito e Cidade.** Vol. 10, n. 2. p. 834-861.

PORTELLA, A.; TEIXEIRA, R. P. “Federalismo fiscal e efetividade da dignidade da pessoa humana. Análise da posição do município na estrutura do financiamento público brasileiro e a escassez de recursos para as ações de saúde.” **Revista de Direito da Cidade**, v. 8, p. 631-679, 2016.

RAMOS, D. T. **Federalismo assimétrico.** 2ED. Rio de Janeiro: Forense, 2000.

RAMOS, M. R. F. **Crise Financeira do Município e o Federalismo Fiscal Cooperativo no Brasil.** Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2018.

SCHOUERI, L. E. **Direito tributário.** 8ED, São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

SOUTO, P. “A assimetria das obrigações entre os Entes da Federação.” **Revista Liberdade e Cidadania.** Ano VI, n. 16, abr./jun., 2012.

VEDANA, C. **Federalismo: autonomia tributária formal dos Municípios.** Florianópolis: Habitus, 2002.

ZIMMERMANN, A. **Teoria Geral do Federalismo Democrático.** 2ED. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2005.

ZIPPELIUS, Reinhold. **Teoria Geral do Estado.** 3ED. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.1997.