


Federalismo fiscal, dignidade da pessoa humana e o financiamento da saúde pública no Litoral Sul da Bahia


Fiscal federalism, dignity of the human person and public health financing at the Southern Coast of Bahia

André Portella^a

 <https://orcid.org/0000-0003-0196-9633>

E-mail: inseriraaportella@hotmail.com

Carine Santos Silva^a

 <https://orcid.org/0000-0002-4645-4660>

E-mail: carine.silva2019@gmail.com

^aUniversidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar a realidade do financiamento da saúde pública, com especial atenção à situação dos municípios do território de identidade Litoral Sul da Bahia, à luz da disciplina constitucional sobre o direito à saúde. Para tanto, será exposta a organização político-administrativa do Estado brasileiro, a ser entendida como meio pelo qual se deve garantir a efetividade dos direitos fundamentais, sempre pautada pelo princípio da dignidade humana. Toda a análise da realidade do financiamento público da saúde será realizada com base em dados empíricos de arrecadação e despesa, sobretudo, referentes aos municípios que integram o território de identidade Litoral Sul da Bahia.

Palavras-chave: Federalismo Fiscal; Direitos Fundamentais; Municípios; Políticas Públicas; Financiamento Público.

Correspondência

André Portella

Rua Humberto de Campos, 532, ap. 1201, Graça. Salvador, Bahia,

Brasil. CEP: 40150-130.

Abstract

This study analyzes the reality of public health financing, focusing on the municipalities of southern Bahia, based on the right to health. To do so, it presents the political and administrative organization of the Brazilian State, understood as a tool for ensuring the effectiveness of fundamental rights, always in line with the principle of human dignity. All the analysis were conducted using empirical data on fund raising and expenditure, mainly referring to the municipalities from the Southern Coast of Bahia.

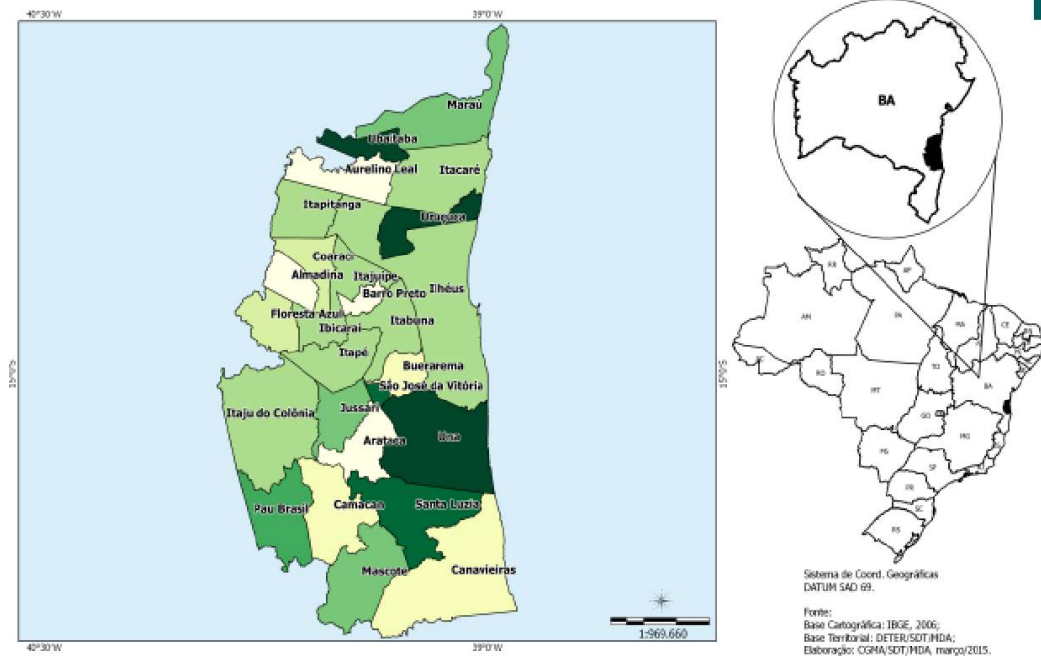
Keywords: Fiscal Federalism; Fundamental Rights; Municipalities; Public Policy; Financing, Government.

Introdução

O presente trabalho busca analisar, de forma crítica, o financiamento da saúde pública aplicado ao território de identidade Litoral Sul da Bahia, conforme retratado na Figura 1, no intuito de verificar se a realidade do financiamento da saúde pública em tal território encontra-se em harmonia com os fundamentos da Constituição Federal de 1988 (CF/1988).

A análise-crítica desta realidade será realizada à luz do princípio fundamental da dignidade humana, com o postulado da saúde universal como dever do Estado e direito de todos, e do modelo de financiamento público brasileiro, de acordo com uma organização político-administrativa de natureza federalista.

Figura 1 – Território de identidade Litoral Sul da Bahia



Fonte: Brasil, 2015, p. 1

Num primeiro momento, procede-se à identificação do princípio da dignidade humana no ordenamento pátrio, bem como sua relação com as finalidades do aparato estatal. Em seguida, passa-se à abordagem da forma de organização do Estado brasileiro, com especial interesse na estrutura geral de financiamento público em conformidade com a diretriz federalista. Há ainda, neste ponto, um destaque à estrutura do financiamento público da saúde no Brasil. Finalmente, será realizada a análise-crítica do financiamento público da saúde nos municípios do território de identidade Litoral sul da Bahia, a partir dos dados oficiais sobre o orçamento e financiamento públicos das ações de saúde.

Metodologia

Em termos metodológicos, a abordagem está dividida em duas partes. Uma primeira, teórico-conceitual, voltada ao estudo das ideias fundamentais de “federalismo” e “dignidade da pessoa humana”. Neste caso, foram consultados autores fundamentais da doutrina jurídica constitucional e administrativa brasileira, especialmente Bastos, Silva, Ferreira Filho, Cunha Jr. e Sarlet. Além do recurso estritamente conceitual, foi também tratada a questão da evolução histórica de tais institutos no Brasil, além de ter sido lançado mão de uma perspectiva comparada de análise, fazendo o artigo especialmente a partir do modelo norte-americano, matriz que se encontra na base da concepção do federalismo brasileiro. Já a ideia específica de “federalismo fiscal” foi considerada com base em Afonso, Lopreato, Oliveira e Rezende.

Em segundo lugar, no que se refere ao financiamento da saúde pública, a abordagem foi realizada a partir do levantamento de dados empíricos junto a fontes oficiais, sendo eles tanto municipais como federais, extraídos, sobretudo, do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que disponibiliza dados sobre gastos com ações e serviços públicos

de saúde feitos pelas três esferas de governo, com valores corrigidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). O que este sistema de informações faz é coletar, armazenar, processar e disponibilizar os dados declarados por cada ente da federação. Uma vez declarados, os dados são coletados, armazenados e processados pelo SIOPS.

Através do site do SIOPS¹ é possível acessar diversos dados, a partir de distintas espécies de consultas e relatórios. Uma das formas de acessar os dados disponíveis é selecionando a opção “indicadores municipais”. Ao selecionar tal opção, é possível obter dados de todos os municípios do país ou selecionar um estado específico para consultar informações dos seus respectivos municípios. Os dados estão separados por indicadores que informam, por exemplo, qual a receita total de um determinado município e qual o valor líquido que ele recebeu de transferências intergovernamentais. No portal do Ministério da Saúde, por outro lado, está disponível um manual sobre os supramencionados indicadores, elaborado pela equipe técnica do SIOPS, que trata de demonstrar de forma didática a descrição, o conceito, a finalidade e a definição da fórmula de cálculo de um indicador.

O *locus* da pesquisa foi estabelecido a partir da categoria “território de identidade”, expressão adotada pelo governo da Bahia para se referir à organização territorial do Estado, para fins de gestão administrativa, com impactos políticos, econômicos e sociais. A lógica da classificação aproxima-se da idealizada em 2008 pelo governo federal, com base no programa “Territórios da Cidadania”. A finalidade era promover o desenvolvimento econômico e incentivar a efetivação de políticas públicas em territórios demarcados por todo o país, pautado num modelo de colaboração entre União, Estados e Municípios². O território “Litoral Sul” foi escolhido tendo em vista que o perfil dos respectivos municípios constitui uma amostragem importante dos municípios brasileiros, em termos de média demográfica, perfil econômica e social, e de localização geográfica.

¹ Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br>.

² Portal da Cidadania. Territórios da Cidadania. Disponível em: <<http://portal.mda.gov.br/dotlrn/clubs/territoriosrurais/xowiki/oprograma>>. Acesso em: 9 jan. 2019.

Dignidade humana como fundamento do estado e a promoção da saúde pública como componente da ideia de dignidade

A CF/1988 elencou a dignidade da pessoa humana dentre os princípios que fundamentam o Estado Democrático de Direito (art. 1º, III). Como se não bastasse a simbologia da sua previsão já no primeiro artigo da Constituição, este está presente, também, em diversos outros dispositivos do mesmo diploma legal³. Neste sentido, o texto de 1988 encontra-se em harmonia com aquilo que Segado chamou de “uma das características basilares do constitucionalismo do pós-guerra, isto é, a elevação da dignidade da pessoa humana à condição de núcleo axiológico constitucional e, por consequência, de valor jurídico supremo do ordenamento constitucional” (Segado, 2006).

A dignidade da pessoa humana não é um conceito jurídico, nem é produto do direito. Em termos conceituais, é construção da filosofia; e no plano material trata-se de realidade inerente à natureza humana, não sendo concebível a sua concessão por meio da norma. O que o direito faz é reconhecer e proteger esse valor intrínseco por meio da sua positivação legislativa. Neste sentido é que José Afonso da Silva assevera que “a dignidade da pessoa humana não é uma criação constitucional, pois ela é um desses conceitos *a priori*, um dado preexistente a toda experiência especulativa, tal como a própria pessoa humana” (Silva, 2016). Daí a sua previsão ao longo de todo o texto constitucional, sempre a sedimentar a necessidade de resguardar a plenitude da condição de ser humano.

Como a dignidade humana norteia o ordenamento jurídico brasileiro e fundamenta a República federativa do Brasil, significa que toda a estrutura estatal deve estar voltada a reconhecer e efetivar esse valor inerente a cada ser humano. Os fins estatais devem ser os fins impostos pelo princípio da dignidade da pessoa humana, sob pena de ilegitimidade. Assim, tanto a organização político-administrativa como

o financiamento de toda a estrutura e dinâmica do Estado devem ter em tal princípio o seu fundamento e o seu objetivo.

No que concerne ao dever de garantia, os direitos fundamentais assumem papel importante, na medida em que as condições materiais de que trata o autor podem ser viabilizadas através deles. Neste sentido, José Afonso da Silva afirma que “a dignidade da pessoa humana é um valor que atrai o conteúdo de todos os direitos fundamentais do homem” (Silva, 2016).

Todos os direitos fundamentais pressupõem custos, inclusive os direitos de liberdade, isto é, aqueles que supõem a abstenção do Estado para a garantia do seu exercício, a exemplo do direito de propriedade. Todavia, são os direitos fundamentais sociais que impõem um maior dispêndio de recursos públicos, por exigirem ação positiva por parte do Estado, e é neste contexto que se coloca o debate sobre a chamada reserva do possível.

A reserva do possível diz respeito à existência das condições materiais necessárias para que o destinatário de uma prerrogativa legal possa de forma efetiva usufruí-la. Refere-se à existência dos meios indispensáveis para que o Estado dê a máxima efetividade a um direito fundamental, em especial àqueles que tenham um caráter mais fortemente prestacional.

Há de ser observado que a reserva do possível não deve ser vista como obstáculo insuperável, mas sim como ferramenta a serviço dos direitos fundamentais, isto é, se há escassez de recursos, o administrador de políticas públicas, no uso do seu poder discricionário vinculado, no momento de fazer escolhas, deve se atentar aos imperativos constitucionais e às exigências da norma (Mendes, 2015, p. 643).

Não pode a reserva do possível, enquanto abstração teórica, servir de fundamento à negativa de prestação fundamental alinhada ao primado da dignidade humana, em especial na área da atenção à saúde. O que se nota a partir da análise da estrutura do financiamento público brasileiro não é uma escassez de recursos para o financiamento das políticas sociais de saúde. Nota-se, em realidade, um completo desequilíbrio na forma como os recursos públicos são

3 Por exemplo, para estabelecer a existência digna como fim da ordem econômica (CF/1988, art. 170), para fundamentar o planejamento familiar (CF/1988, art. 226, §7º), para impor à família e ao Estado o dever de assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à dignidade (CF/1988, art. 227), para disciplinar como dever da família, da sociedade e do Estado o amparo às pessoas idosas, de modo a defender sua dignidade e bem-estar, assim como garantindo-lhes o direito à vida (CF/1988 art. 230).

distribuídos entre os distintos entes da federação, com uma grande escassez de recursos financeiros em desfavor do plano municipal. Tal situação, aliada a uma sobrecarga de competências sobre os mesmos entes municipais, termina por inviabilizar o financiamento da saúde, inclusive no que se refere às prestações mais elementares.

A questão não se coloca no plano da realização de “escolhas trágicas” a serem realizadas por um determinado gestor, diante de necessidades fundamentais a serem atendidas, e perante a inexistência de recursos para realizá-las. O plano da discussão passa, sobretudo, pela estrutura de alocação, à vista das autonomias federativas e à vista do equilíbrio entre o conjunto de atribuições impostas a cada ente político e o montante de recursos financeiros disponibilizados aos mesmos. É esta a perspectiva que autoriza o cidadão a exigir, por via judicial, se necessário, o cumprimento de uma prestação que lhe seja fundamental para a manutenção da dignidade.

Para os fins a que serve o presente estudo, cabe uma referência especial à promoção da saúde na concepção de dignidade humana. A saúde humana integra a noção mais elementar de promoção da dignidade. Encontra-se necessariamente atrelada ao próprio direito à vida, mas se trata exatamente do componente primeiro a conferir dignidade à existência humana. Tal existência, quando destituída de saúde ou da oferta dos meios para garantir a saúde plena, pode ser entendida como vida, mas dificilmente poderá ser qualificada como digna. A condição humana destituída de saúde, em toda a sua plenitude, por outro lado, e destituída do aparato necessário à promoção e manutenção da saúde, constitui a ideia mais elementar de indignidade.

A forma federativa como instrumento para efetivação da dignidade humana e a aplicação deste postulado à prestação das ações de saúde pelo Estado

Dentre os distintos critérios existentes para classificar o Estado, o que interessa a este trabalho é o que se refere à forma de organização político-administrativa, ou maneira como o poder de decisão política encontra-se distribuído espacialmente no

território. De acordo com este parâmetro, os Estados podem ser classificados em unitários ou federais.

Ainda que se existam variações entre estes dois extremos, bem como distintos graus de “pureza” conceitual, diz-se “Estado Unitário”, por excelência e em termos clássicos, àquele em que o poder de decisão política se encontra concentrado em um único ente da formação político-administrativa. É possível que o território esteja dividido em distintas unidades, mas neste caso elas servirão apenas como satélites do ente central, responsáveis pela execução de atos cuja decisão não lhes pertence, e sim àquele.

Ao revés, diz-se “Estado Federal” àquele cujo poder de decisão política encontra-se distribuído entre entes distribuídos ao longo do território respectivo. Embora também existam variações, tanto conceituais como decorrentes da opção de política-legislativa, é possível afirmar não existir hierarquia ou subordinação política entre os distintos entes da formação federal, mas antes uma distribuição de competências, pautadas especialmente no critério material. Significa que o poder de cada ente será exercido dentro de um determinado quadro de matérias que lhe serão inerentes, seja de forma exclusiva ou compartilhada - suplementar, complementar, comum - com os demais homólogos (Silva, 2016).

Segundo Celso Bastos, o Estado federal “foi a forma mais imaginosa já inventada pelo homem para permitir a conjugação das vantagens da autonomia política com aquelas outras defluentes da existência de um poder central” (Bastos, 1999).

Convencionou-se considerar que a origem histórico-normativa do Estado federal se encontra na Constituição norte-americana de 1787. Tal Carta Política seria resultante da união dos estados da ex-colônia inglesa, que teriam deixado a pretensão de soberania e passado a deter autonomia político-administrativa. Desta união resultaria, por outro lado, o ente soberano (Silva, 2016).

Como toda previsão legislativa, a adoção do modelo de organização político-administrativa no texto constitucional é resultado de uma opção política que se encontra alinhada aos interesses e peculiaridades do próprio Estado. Assim, não seria a previsão constitucional sobre a organização do Estado que viria a submeter

um determinado território a tal modelo. Seria, ao inverso, a opção política-legislativa sobre a organização do Estado que terminaria por se plasmar em previsão constitucional.

O mesmo raciocínio pode ser aplicado à lógica da escolha da forma unitária ou federativa de Estado. Conforme indicado acima, a decisão política está alinhada com as peculiaridades históricas, geopolíticas, administrativas, econômicas e sociais do Estado. Nesta perspectiva, a escolha do modelo federativo, no caso do Brasil, pode ser plenamente justificada a partir de tais peculiaridades. A amplitude do território brasileiro, a necessidade de descentralização da gestão, os imperativos da democracia e da participação popular, são todos componentes da realidade nacional que se somam para a fundamentação da opção pelo modelo federativo.

Também decorrem das peculiaridades nacionais muitas das fragilidades do federalismo brasileiro. O reconhecido alto grau de centralismo do poder em favor da união e em detrimento de estados e principalmente municípios decorre, em grande medida, da circunstância histórica de se ter na “Metrópole” o centro irradiador das decisões verticalizadas a serem cumpridas pela periferia.

A análise financeira e orçamentária oferece uma perspectiva privilegiada para a identificação das muitas fragilidades do federalismo brasileiro (Afonso, 2017; Lopreato, 2013; Rezende, 2009, 2012, 2013), o que, aliás, constitui um dos principais pontos a serem considerados neste trabalho. Com efeito, muitos dos direitos constitucionais fundamentais, notadamente os de natureza social que exigem prestações a serem realizadas pelo Estado, foram negados aos seus destinatários, devido a decisões de política financeira, como é o caso da saúde pública, a ser detalhada adiante.

A forma de organização político-administrativa, seja ela unitária ou federal, é fundamento estrutural do Estado, e isto também se encontra reconhecido no texto constitucional brasileiro. Com efeito, a forma federativa do estado assume lugar no núcleo imutável da Constituição, o das chamadas “cláusulas pétreas”, não sendo concebível a sua supressão na ordem constitucional vigente, por meio de Emenda Constitucional (Bastos, 1999, p. 282).

Considerando, por outro lado, que a dignidade humana constitui fundamento e objetivo do Estado brasileiro, é natural que a forma de organização político-administrativa se encontre também a seu serviço.

No âmbito da saúde pública, isto implica, ser dever do Estado prover as ações para uma vida saudável por meio de todos os entes componentes da estrutura federal, de forma autônoma e articulada; e, por outro lado, ser direito de todo ser humano, na circunscrição territorial do Estado, ter atendidas as suas demandas de saúde. Em outras palavras, a estrutura federal deve estar a serviço das ações de saúde, com vistas à promoção da dignidade humana.

A CF/1988, art. 1º estabelece a forma federativa de estado. No título referente à organização do Estado, dispõe que a organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, mencionando, também, a autonomia de todos esses entes (CF/1988 art. 18). Como já consignado, a forma federativa de estado foi incluída na condição de cláusula pétreia, vedada a sua supressão por meio de Emenda (CF/1988 art. 60, § 4º, I) (Rezende, 2013).

O regime de distribuição de competências entre os distintos entes encontra-se previsto na CF/1988, do artigo 22 ao 25, bem como no artigo 30. Do ponto de vista histórico, é possível afirmar que a Constituição de 1988 representou um avanço no sentido de restabelecer um maior equilíbrio de poder entre entes federativos, ainda que a União continue a ocupar um lugar central, com muito maior capacidade de decisão que as demais unidades federativas (Lopreato, 2013; Rezende, 2012).

Ainda assim, o quadro foi suficiente para que uma parte da doutrina passasse a considerar ter-se abandonado o “federalismo de integração”, assim entendido aquele no qual os entes periféricos são apenas satélites da entidade central, cumpridores das diretrizes desta, sendo substituído por um “federalismo de cooperação”, com demarcação de competências autônomas. “A Constituição de 1988 confere maior autonomia aos Estados-Membros, tentando um reequilíbrio federativo. A expansão da autonomia estadual restabelece o federalismo cooperativo. Abandona o federalismo de integração” (Ferreira Filho, 2010). Há, entretanto,

posicionamentos doutrinários em sentido contrário para sustentar que a CF/1988, em realidade, agravou a situação de desequilíbrio, em comparação com a Constituição anterior (Bastos, 1999).

Peculiaridade que merece destaque na CF/1988, art. 18 é a que se refere à inclusão dos Municípios enquanto entes federativos⁴, previsão inédita em todo o mundo. Os municípios passaram a gozar de autonomia político-administrativa, elaborando suas próprias leis orgânicas, tendo executivo e legislativo próprios, e a prerrogativa de estabelecer, por meio de lei, as suas receitas próprias e de natureza obrigatória. A opção do legislador constitucional brasileiro não é isenta de críticas doutrinárias, inclusive do ponto de vista teórico-conceitual. Na perspectiva conceitual, a formação de um Estado federal exige, a rigor, apenas uma categoria de ente, os Estados (Silva, 2016).

Outra crítica encontra-se no plano da decisão política nacional. Neste sentido, a decisão política a ser tomada no plano nacional, deve ser produto do encaminhamento das decisões adotadas nos planos dos demais entes formadores da federação. Isso, entretanto, não se verificaria no sistema brasileiro, na medida em que os municípios não participam em nenhuma das etapas formais de elaboração das decisões nacionais, a exemplo do que ocorre com os Estados, representados no Senado Federal. Nesta perspectiva, aos Municípios restaria a posição de região administrativa descentralizada (Rezende, 2013).

Para Regis Fernandes de Oliveira, o entendimento sobre se o município integraria ou não a Federação condiciona-se a uma relativização do próprio conceito de Federação. Será unidade federativa na medida em que titulariza competências próprias. Não será unidade federativa, entretanto, na medida em que não participa, de maneira formal, do processo de decisão política (Oliveira, 2010)

Flávio de Azambuja Berti apresenta alguns argumentos favoráveis à corrente que vê o município como integrante da federação brasileira, sendo eles: (1) a existência do poder de auto constituição; (2) a existência de competências legislativas próprias;

(3) o caráter extraordinário da intervenção estadual nos municípios, configurado pelo rol restrito e expresso de suas hipóteses de cabimento; (4) a interpretação sistemática da ordem constitucional vigente, não sendo admissível prender-se a omissões pontuais (Berti, 2007; Bonavides, 2011).

Em que pese o caráter *sui generis* da ausência formal da entidade municipal no processo de tomada da decisão política no plano nacional, é possível afirmar que a Constituição de 1988 estabeleceu efetivamente um sistema federativo com a inclusão dos Municípios. Numa perspectiva histórica, houve um avanço no tocante ao poder político-legislativo que passou a ter a unidade local, ao menos do ponto de vista conceitual.

Para este trabalho, entretanto, muito mais do que a perspectiva conceitual, interessa a verificação da posição do Município na federação brasileira, desde o ponto de vista da efetivação das políticas de saúde pública, com especial referência à capacidade de financiamento das atribuições que se encontram constitucionalmente a seu encargo.

Estrutura geral do financiamento público brasileiro e a ideia de federalismo fiscal

A repartição de competências legislativas e executivas, apenas no plano normativo, não assegura a autonomia dos entes em um Estado federal. A efetividade do princípio federativo requer a estruturação de um regime de distribuição das competências financeiras, especialmente no tocante à obtenção de receitas, alinhada, tanto com a autonomia dos distintos entes, como com as atribuições administrativas ao encargo de cada um deles (Afonso, 2017; Lopreato, 2013; Rezende, 2012).

A ideia de “federalismo fiscal” remete, a rigor, à capacidade de cada unidade federativa auferir receita de maneira autônoma, sem o condicionamento à decisão política de outro ente. O Estado federal exige equilíbrio entre atribuições e finalidades dos entes autônomos,

⁴ CF/1988, Art. 18.

por um lado, e disponibilidade de recursos que lhe serão atribuídos, por outro, sob pena de dependência dos entes menos desenvolvidos do ponto de vista econômico. Tal situação, muito presente na realidade do financiamento público brasileiro, termina por colocar em dúvida a própria concepção de um sistema federativo.

Do ponto de vista teórico, seria de se esperar um melhor equilíbrio na repartição das competências tributárias entre os entes federativos. Mesmo

o mecanismo das transferências financeiras a serem realizadas de forma obrigatória, sob pena de intervenção (CF/1988, art. 34, V, b), não assegura a plenitude de um sistema de autonomia no estabelecimento da política tributária, o que seria próprio da forma federativa.

Por outro lado, do ponto de vista da arrecadação, a distribuição da carga tributária brasileira se dá, também, de maneira desequilibrada, conforme indicado na Figura 2:

Figura 2 – Carga tributária por ente federativo

Carga Tributária por Ente Federativo

Entidade Federativa	2016			2017			Variação			
	Arrecadação [R\$ milhões]	% do PIB	% da Arrecad.	Arrecadação [R\$ milhões]	% do PIB	% da Arrecad.	Arrecadação [R\$ milhões]		p.p. do PIB	p.p. da Arrecad.
							Nominal	Real ⁽¹⁾		
União	1.381.880,23	22,08%	68,37%	1.447.106,36	22,06%	68,02%	65.226,13	64.703,56	-0,02	-0,35
Estados	514.456,79	8,22%	25,45%	547.073,54	8,34%	25,72%	32.616,75	32.422,20	0,12	0,26
Municípios	124.827,65	1,99%	6,18%	133.189,98	2,03%	6,26%	8.362,33	8.315,12	0,04	0,08
Total	2.021.164,68	32,29%	100,00%	2.127.369,88	32,43%	100,00%	106.205,21	105.440,88	0,14	0,00

(1) Foi usado o deflator implícito do PIB para corrigir a arrecadação de 2017.

Fonte: Brasil, 2018, p. 3

Em 2017 a União arrecadou o equivalente a 68,02% de toda a carga tributária, 2,5 vezes mais que os Estados, e quase 11 vezes mais que os Municípios. Os Estados, por sua vez, arrecadaram cerca de quatro vezes mais tributos do que os Municípios.

Estrutura normativa que rege o financiamento da saúde pública no Brasil

Conforme a Constituição de 1988, art. 196, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, que deve ser garantido por intermédio de políticas sociais e econômicas que busquem reduzir o risco de doenças e de outros agravos e garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A mesma CF/1988 previu o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado posteriormente por intermédio de legislação ordinária. Nesse sentido, o art. 198 do texto constitucional estatui que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, que se organiza de acordo com as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade.

Em seu texto original, estabeleceu-se que o financiamento do SUS se daria a partir de recursos advindos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Posteriormente, a Emenda Constitucional (EC) 29/2000, estabeleceu a obrigatoriedade de aplicação anual de recursos mínimos voltados a ações e serviços públicos de saúde, na forma de percentuais de Receita

Corrente Líquida (RCL)⁵, a serem definido por Lei Complementar (LC), para cada ente federativo⁶.

Coube à LC 141/2012 a regulamentação do texto constitucional, com a fixação dos percentuais mínimos de RCL a serem aplicadas em cada categoria de entes federativos. Além disso, o capítulo II da mesma LC estabelece o que são despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS), para fins de aferição dos valores mínimos de recursos a serem aplicados na saúde pública. Assim, as despesas devem objetivar a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de atenderem, de forma concomitante, aos princípios e diretrizes constantes na LC 141/2012, art. 2º: (1) serem destinadas às ASPS de acesso universal, igualitário e gratuito; (2) terem conformidade com os objetivos e as metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e (3) serem de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população. Além disso, a LC especifica as despesas que serão contabilizadas como aplicação de recursos em ações e serviços de saúde, e aquelas que não serão contabilizadas, nos termos dos arts. 3º e 4º, respectivamente.⁷

Quanto aos valores anuais a serem aplicados, a LC 141/2012, art. 5º previa originariamente, no tocante à União, que deveria corresponder ao montante empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos da própria LC, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior. Não obstante, a EC 86/2015 revogou tal norma para estabelecer que a União deve aplicar, no mínimo, o equivalente a 15% da sua RCL.

A EC 86/2015 procedeu, também, à inclusão de novos parágrafos ao art. 166 da CF/1988, de forma a estabelecer que metade do valor atribuído às emendas individuais feitas ao projeto de lei

orçamentária federal, que têm por limite 1,2% da RCL constante do projeto encaminhado pelo Poder Executivo, será aplicado em ASPS. Além disso, determinou que a execução desses recursos será contabilizada para fins de efetivação do percentual mínimo de 15% da RCL, não sendo possível utilizar esse montante para pagamento de pessoal ou de encargos sociais (CF/1988, art. 166, §§ 9º e 10º).

No que se refere aos Estados e Distrito Federal (DF) deverão aplicar, anualmente, ao menos 12% do valor: (1) da arrecadação dos impostos estaduais (ITCMD, ICMS e IPVA); (2) da transferência oriunda do IR incidente na fonte, nos casos em que os Estados e DF atuem como responsáveis pela retenção do imposto; (3) da transferência oriunda do imposto residual previsto na CF/1988, art. 154, I; (4) da transferência oriunda do Fundo de Participação dos Estados (FPE); (5) da transferência oriunda do IPI incidente sobre exportação (LC n. 141/2012, art. 6º). Frise-se que em todos os casos devem ser deduzidos os valores repassados para os respectivos municípios.

No tocante aos Municípios, e mais uma vez ao DF, cabe a aplicação do percentual mínimo de 15% do valor: (1) da arrecadação dos impostos municipais (ISS, IPTU e ITV); (2) da transferência oriunda do IR incidente na fonte, nos casos em que os Município e DF atuem como responsáveis pela retenção do imposto; (3) da transferência oriunda do ITR; (4) da transferência oriunda do IPVA; (5) da transferência oriunda do ICMS; (6) da transferência oriunda do Fundo de Participação dos Municípios (FPM); (7) da transferência oriunda do IPI exportação.

A EC 95/2016, Emenda do “teto de gastos”, incluiu os artigos 106 a 114 nos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), o que impactou diretamente no financiamento público de uma forma geral e no financiamento da saúde pública em particular. Por meio dela foi instituído o “Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União” (NRF), que limitou o montante de despesas federais durante 20 exercícios

5 Ver Lei de Responsabilidade Fiscal (LC 101/200, LRF), art. 2º, IV.

6 Sobre a indicação das ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único Ver CF/1988, art. 198.

7 Ver LC 141/2012, Art. 3º e 4º para a indicação do que são despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos, e do que não são, respectivamente.

financeiros, contados a partir do exercício de 2017. Para este primeiro ano de aplicação das regras, previu-se que o montante de despesas primárias não poderia ser superior ao valor pago a título de despesas dessa mesma espécie no exercício de 2016, corrigido em 7,2%. Para os demais exercícios, o teto de gastos com despesas primárias passou a ser o valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pelo IPCA ou por outro índice que venha a substituí-lo. (art. 107, I e II, do ADCT).

No que tange às aplicações mínimas que devem ser feitas pela União em ASPS, os novos artigos 110 e 111 do ADCT dispõem a aplicação da nova sistemática a partir do ano de 2018. Assim, os percentuais de RCL voltados ao financiamento da saúde pública seriam aplicados somente até o ano de 2017. A partir de 2018, passa-se a aplicar o critério de limitação da EC 95/2016, de forma que o montante das despesas deste ano passa a corresponder àquele aplicado no exercício anterior, corrigido pelo índice inflacionário oficial.

Ao atrelar a evolução das despesas voltadas às ASPS apenas à inflação, as novas regras do NRF terminam por impedir a ampliação efetiva de tais despesas em pelo menos quatro perspectivas. Primeiro, no tocante ao aumento da população; segundo, no que se refere ao crescimento das demandas para novas doenças e novos tratamentos; terceiro, com relação ao crescimento da economia, em termos de PIB; e, finalmente, no que refere ao aumento da arrecadação. Não obstante os efeitos extremamente prejudiciais ao SUS, que podem advir das novas normas, impende assinalar sobre a possibilidade de os recursos repassados à saúde virem a ser superiores ao valor aplicado no ano anterior, corrigido pela inflação. Como os limites são impostos aos orçamentos fiscais e da seguridade da União, é perfeitamente possível que percentuais maiores sejam destinados à saúde, desde que sejam feitos cortes em outras áreas. Tal sistemática

de limitação de gastos irá gerar problemas graves à sustentabilidade de todo o SUS, aí incluído o financiamento da saúde no plano municipal.

O financiamento da saúde pública no Litoral Sul da Bahia

O Litoral Sul da Bahia trata-se de uma região importante do Estado, tanto em termos econômicos e sociais, como também em termos de história, identidade cultural, localização e riquezas naturais. Trata-se, ademais, de uma amostragem interessante para fins de pesquisa, na medida em que vários dos seus indicadores municipais colocam-no dentro da média das municipalidades do país.

Segundo informações do Portal da Cidadania, o Território de Identidade Litoral Sul da Bahia abrange uma área de 14.736,20 km² e é composto por 26 municípios: Pau Brasil, Santa Luzia, São José da Vitória, Ubaitaba, Una, Uruçuca, Almadina, Barro Preto, Buerarema, Coaraci, Ibicaraí, Itaju do Colônia, Arataca, Aurelino Leal, Camacan, Canavieiras, Floresta Azul, Ilhéus, Itabuna, Itacaré, Itajuípe, Itapé, Itapitanga, Jussari, Maraú e Mascote (Brasil, 2015, p. 2; Cerqueira).

Ao que interessa aos objetivos do presente trabalho, cabe verificar inicialmente o grau de comprometimento das finanças municipais, no tocante à realização das ASPS. Para isto, é importante considerar, em primeiro lugar, qual o peso que as despesas com saúde ocupam no orçamento municipal, o que deve ser feito com base na análise de dois dados distintos, porém complementares. O primeiro deles, refere-se à relação entre a receita total de cada município e a receita que servirá de base para a aplicação do percentual mínimo de 15% a ser destinado às ASPS, nos termos da LC 141/2012. A Tabela 1, elaborada a partir do indicador 1.6 do SIOPS, indica esta relação.

Tabela 1 – Relação entre receita total e receita que servirá de base para cálculo dos 15% a serem destinados ao financiamento das ASPS, nos Municípios do Litoral Sul da Bahia (2017-2020)

Município	2017	2018	2019	2020
Almadina	59,79	58,65	57,64	50,29
Arataca	52,41	53,09	51,83	47,53

continua...

Tabela 1 – Continuação

Município	2017	2018	2019	2020
Aurelino Leal	48,84	44,32	39,16	36,04
Barro Preto	51,99	47,41	48,74	47,33
Buerarema	62,05	57,98	56,01	49,19
Camacan	49,05	48,33	50,93	43,52
Canavieiras	52,81	49,03	45,99	39,13
Coaraci	50,07	48,51	48,8	42,4
Floresta Azul	41,2	55,19	57,71	50,15
Ibicaraí	38,95	42,91	45,17	37,57
Ilhéus	55,35	56,32	56,15	48,71
Itabuna	44,39	44,2	41,32	38,1
Itacaré	58,01	52,21	48,23	46,65
Itaju do Colônia	58,65	57,24	47,86	49,82
Itajuípe	51,82	50,18	50,57	44,77
Itapé	54,02	48,48	46,65	39,53
Itapitanga	55,11	54,34	58,01	51,17
Jussari	59,24	44,02	47,88	42,39
Maraú	49,11	48,4	46,42	42,37
Mascote	57,13	53,49	47,15	41,78
Pau Brasil	59,83	54,07	54	48,67
Santa Luzia	49,3	47,31	45,8	41
São José da Vitória	65,69	58,1	56,07	55,05
Ubaitaba	47,51	45,68	48,85	44,32
Uma	55,47	50,89	30,24	43,42
Uruçuca	51,69	43,17	43,9	38,98

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SIOPS, indicadores municipais, indicador n. 1.6. Disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicBA.def>. Acesso em: 1 jun. 2021

Pode-se perceber que a parcela sobre a qual incidirão os 15% a serem destinados às ASPS no plano municipal constitui parte considerável das receitas públicas, em todos os casos superior a 37%, podendo chegar aos 62%, como no caso do município de Buerarema, em 2017.

Em segundo lugar, é necessário analisar o percentual da RCL que foi aplicado por cada município em ASPS, tendo como parâmetro, neste caso, o percentual mínimo de 15% estabelecido pela LC 141/2012. A Tabela 2, elaborada com base no SIOPS, indicador 3.2, expõe cada um destes percentuais, por município, entre os anos de 2017 e 2020.

Tabela 2 – Percentual de RCL aplicada em ASPS nos Municípios do Litoral Sul da Bahia (2017-2020)

Município	2017	2018	2019	2020
Almadina	18,29	15,85	17,4	21,07
Arataca	18,79	16,79	18,8	20,18
Aurelino Leal	18,43	15	16,3	20,18
Barro Preto	19,52	18,75	17	20,48
Buerarema	16,55	15,14	16,71	17,32
Camacan	20,64	16,92	16,91	21,35
Canavieiras	17,64	18,99	19,74	16,09

continua...

Tabela 2 – Continuação

Município	2017	2018	2019	2020
Coaraci	17,06	15,98	17,95	25,18
Floresta Azul	19,51	25,04	15,69	22,93
Ibicaraí	17,16	16,04	17,05	16,4
Ilhéus	18,45	15,84	15,35	18,7
Itabuna	16,62	16,37	16,83	16,21
Itacaré	19,25	18,33	18,9	17,29
Itaju do Colônia	21,35	20,07	23,3	18,65
Itajuípe	17,12	15,43	16,31	16,56
Itapé	18	18,39	16,32	17,72
Itapitanga	21,29	16,33	16,01	20,24
Jussari	19,28	19,17	19,24	16,57
Maraú	17,32	17,85	16,39	17,64
Mascote	18,88	18,18	21,31	20,6
Pau Brasil	16,76	17,14	17,16	16,46
Santa Luzia	24,31	26,4	18,99	26,38
São José da Vitória	20,53	18,79	19,38	17,79
Ubaitaba	17,45	19,2	16,32	16,02
Uma	29,77	21,95	19,04	16,7
Uruçuca	21,57	20,81	20,63	34,16

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SIOPS, indicadores municipais, indicador n. 3.2. Disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicBA.def>. Acesso em: 1 jun. 2021

Ao longo de todo o período, todos os municípios da região não só aplicaram o percentual mínimo de 15% de RCL em ASPS, como superaram a determinação constitucional. Mais do que isso, muitos municípios extrapolaram de maneira expressiva o mínimo normativo. Foi o caso de Uruçuca em 2020 (34,16%), Una em 2017 (29,77%), Santa Luzia em 2020 (26,38%), Coaraci em 2020 (25,18%) e Floresta Azul em 2018 (25,04%), por exemplo.

Constata-se, desta forma, que os municípios da região cumprem o critério normativo referente ao financiamento das ações de saúde pública nos respectivos territórios, não se podendo alegar

contra eles nenhuma mácula jurídica. A observação empírica, entretanto, indica a existência de carências fundamentais no que se refere à efetividade do atendimento na área da saúde, o que exige a análise de dados que vão além do critério normativo pautado no percentual mínimo destinado à saúde municipal.

Neste sentido, é importante verificar os valores que são destinados à saúde no plano municipal, considerando os gastos realizados não apenas pelos municípios, mas também pelo Estado e pela União. Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), a partir de dados declarados no SIOPS, em 2019, o gasto do Estado brasileiro com saúde por habitante correspondeu a R\$ 1.398,53 (CFM, 2020). Ainda segundo dados do CFM, desta vez referentes a 2014, e com base em dados da OMS:

[...] enquanto no Brasil o gasto público em saúde alcançava US\$ 512 por pessoa, na Inglaterra, por exemplo, o investimento público em saúde já era cinco vezes maior: US\$ 3.031. Em outros países de sistema universal de saúde, a regra é a mesma. França (US\$ 3.813), Alemanha (US\$ 3.819), Canadá (US\$ 3.982), Espanha (US\$ 2.175), Austrália (US\$ 4.052) e até a Argentina (US\$ 576) aplicam mais que o Brasil. (CFM, 2014)

Com relação aos municípios da região Litoral Sul da Bahia, a Tabela 3 expõe as despesas totais realizadas, por habitante, considerando as três esferas de governo.

Tabela 3 – Despesa total com ASPS em cada município, considerada em termos *per capita*, pelas três esferas de governo – Municipal, Estadual e Federal (em R\$)

Município	2017	2018	2019	2020
Almadina	540,75	655,44	815,31	948,13
Arataca	456,97	478,85	580,64	658,85
Aurelino Leal	615,68	778,26	723,47	958,13
Barro Preto	599,09	823,61	869,32	1.147,59
Buerarema	316,61	367,75	429,81	619,36
Camacan	361,35	396,43	430,58	578,88
Canavieiras	357,51	493,98	534,44	584,89
Coaraci	507,39	555,58	649,43	928,75

continua...

Tabela 3 – Continuação

Município	2017	2018	2019	2020
Floresta Azul	450,07	491,28	606,9	733,39
Ibicaraí	540,97	483,46	698,5	796,22
Ilhéus	502,49	620,6	655,66	803,35
Itabuna	933,27	905,13	936,69	1.128,18
Itacaré	376,62	424,88	487,83	616,29
Itaju do Colônia	558,22	551,73	662,87	701,54
Itajuípe	324,73	382,09	442	513
Itapé	397,11	466,88	598,78	765,51
Itapitanga	386,43	448,41	567,77	769,75
Jussari	570,63	827,05	868,87	1.043,15
Maraú	445,76	460,97	489,19	619,67
Mascote	399,2	492,53	545,06	634,64
Pau Brasil	449,6	530,68	576,76	701,41
Santa Luzia	452,05	504,43	514,55	723,37
São José da Vitória	518,11	606,91	610,42	818,29
Ubaitaba	365,9	429,29	682,94	709,86
Una	708,22	717,52	909,1	884,34
Uruçuca	414,34	430,31	466,3	792,93

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SIOPS, indicadores municipais, indicador n. 2.1. Disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/defthtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicBA.def>. Acesso em: 1 jun. 2021

No ano de 2019, em nenhum município se chegou a gastar R\$ 1.000,00 *per capita* com saúde, ficando em todos os casos distante da média nacional para o mesmo ano.

Tabela 4 – Participação da arrecadação própria e das transferências recebidas, na composição da receita dos municípios da região Litoral Sul da Bahia (2017-2020)⁸

Município	Arrecadação própria (%)				Transferências recebidas (%)			
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
Almadina	0,40	2,63	0,87	1,17	98,33	96,11	97,54	98,02
Arataca	1,28	2,81	1,75	1,38	96,52	96,94	95,33	98,42
Aurelino Leal	1,72	2,10	1,59	3,21	94,98	90,98	93,03	95,98

continua...

⁸ A soma dos valores constantes em cada coluna, considerando-se cada município isoladamente, não chega a perfazer o percentual de 100%, posto que não são consideradas as receitas originárias de caráter contratual. Tais receitas não integram a base de cálculo do percentual mínimo de 15% a ser aplicado ASPS.

Chama a atenção, em especial, a disparidade existente entre os 26 municípios analisados: em 2017, enquanto em Itabuna e Una, o gasto por habitante correspondeu, respectivamente, a R\$ 933,27 e R\$ 708,22, em Itajuípe gastou-se apenas R\$ 324,73; em 2018, o maior gasto per capita foi da ordem de R\$ 905,13 (Itabuna) e o menor de R\$ 382,09 (Itajuípe); já em 2019, o maior gasto foi de R\$ 936,69 (Itabuna) e o menor de R\$ 429,81 (Buerarema); no ano de 2020, onde mais gastou-se com saúde por habitante foi em Barro Preto (R\$ 1.147,59) e onde menos recursos foram despendidos foi em Itajuípe (R\$ 513,00).

Importante enfatizar a contradição existente entre cumprimento do limite mínimo legal de despesas com ASPS e montantes per capita inferiores à média nacional, e mais do que isso, muito aquém de valores necessário à promoção da dignidade no oferecimento do direito fundamental à saúde. A explicação se encontra no alto grau de dependência financeira dos municípios, que passa por duas questões: uma primeira, relativa ao montante que constitui base de cálculo do percentual legal mínimo de 15%, que é muito baixo, e uma segunda, referente à participação do Estado e da União na composição do gasto total com saúde.

A Tabela 4 indica a composição da receita municipal, aí consideradas a arrecadação de recursos diretamente pelo município, e as transferências recebidas do Estado da Bahia e da União. Quanto menor o percentual de arrecadação própria, maior grau de dependência financeira em que se encontra o município considerado.

Tabela 4 – Continuação

Município	Arrecadação própria (%)				Transferências recebidas (%)			
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
Barro Preto	20,05	3,53	2,64	3,58	94,38	94,49	93,83	94,73
Buerarema	2,57	2,89	2,56	2,51	94,64	95,27	95,97	95,87
Camacan	5,84	5,08	5,85	5,45	90,84	91,34	91,73	90,29
Canavieiras	5,48	7,10	4,85	4,67	91,18	91,35	92,91	94,11
Coaraci	3,23	3,89	3,84	2,51	96,06	95,30	94,69	94,92
Floresta Azul	1,03	2,15	2,04	2,36	97,36	94,66	94,63	93,83
Ibicaraí	2,47	2,95	3,45	3,64	88,45	88,25	91,00	89,09
Ilhéus	16,98	14,49	14,62	14,95	74,25	60,64	77,18	79,74
Itabuna	10,31	10,71	10,29	9,28	76,41	77,29	75,99	76,43
Itacaré	15,79	15,44	12,61	14,43	80,73	81,48	78,27	82,00
Itaju do Colônia	2,44	3,50	2,45	2,84	96,94	96,30	93,57	96,45
Itajuípe	1,54	1,43	2,04	1,70	92,80	93,16	92,96	92,96
Itapé	4,87	4,29	2,26	1,14	94,25	94,80	94,54	96,05
Itapitanga	4,56	1,50	1,55	3,49	94,94	98,38	97,94	95,59
Jussari	2,14	1,87	2,47	2,70	94,30	89,56	92,06	92,57
Maraú	10,18	11,78	11,71	9,63	84,88	84,63	84,63	88,61
Mascote	3,49	4,24	3,43	3,31	94,88	91,48	95,93	94,40
Pau Brasil	1,10	2,23	1,20	0,84	96,38	96,58	95,91	97,79
Santa Luzia	2,20	3,25	2,70	1,19	94,38	95,53	92,04	91,87
São José da Vitória	1,20	3,03	1,84	2,50	97,19	95,11	97,34	96,90
Ubaitaba	3,17	2,77	3,23	2,21	94,82	96,10	95,55	96,33
Una	12,57	11,97	7,75	8,23	83,51	84,34	89,53	86,37
Uruçuca	2,92	2,89	4,58	3,09	94,88	96,06	94,50	91,71

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SIOPS, indicadores municipais, indicadores n. 1.1 e 1.2. Disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/def?tohtml.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicBA.def>. Acesso em: 1 jun. 2021

O grau de dependência financeira dos municípios é muito alto. Apenas Ilhéus e Itacaré auferiram, ao longo de todo o período selecionado, mais de 10% de suas receitas a partir da arrecadação própria. Em ambos os casos, está-se diante de polos turísticos regionais. Ilhéus, que é também uma cidade de maior porte, com população superior a 200 mil habitantes, aeroporto e porto, e Itacaré, são destinos turísticos nacionalmente conhecidos.

Cumprir destacar o movimento de arrecadação decrescente expressivo que o Município de Una registrou no período. A receita oriunda da arrecadação direta de tributos representou 12,57% da receita no ano de 2017, 11,97% em 2018, 7,75% em 2019 e 8,23% em 2020. Apesar do leve aumento ocorrido em 2020, comparando com o percentual apontado em 2017, a receita daquele ano caiu 34,52%. Embora menos conhecida, Una abriga um grande

complexo de hotelaria, pertencente a um grupo empresarial internacional, que, até o final do ano de 2020, contava inclusive com aeroporto privativo. No retromencionado ano, o aeroporto teve seu uso alterado de privado para público.

Vale sublinhar, também, os percentuais do Município de Marau (2017: 10,18%; 2018: 11,78%; 2019: 11,71%; 2020: 9,63%), localizado na península de mesmo nome, que do mesmo modo figura no rol de destinos turísticos importantes.

Não obstante, mesmo cidades mais representativas do ponto de vista histórico, cultural e comercial, como são Canavieiras e Camacan, apresentam níveis de arrecadação própria bastante pequenos: 5,48%, 7,10%, 4,85%, 4,67% e 5,84%, 5,08%, 5,85%, 5,45%, nos anos selecionados, sucessiva e respectivamente.

No outro extremo, com receitas próprias equivalentes a, no máximo, 4%, considerando-se

os quatro anos examinados, encontram-se 16 dos 26 municípios: Almadina, Arataca, Aurelino Leal, Barro preto, Buerarema, Coaraci, Floresta Azul, Ibicaraí, Itaju do Colônia, Itajuípe, Jussari, Mascote, Pau Brasil, Santa Luzia, São José da Vitória e Ubaitaba.

O caso de Itabuna é especialmente importante. Considerada polo comercial, industrial e de serviços da microrregião Sul, cidade com mais de 200 mil habitantes, teve arrecadação própria em torno de apenas 10% ao longo de todo o período.

É interessante notar como o grau de dependência financeira encontra-se diretamente atrelado ao tamanho da cidade e ao seu grau de desenvolvimento. Apenas para fins de estabelecimento de parâmetro, a Tabela 5 reproduz a realidade em que se encontra inserida a capital do Estado da Bahia, com relação à mesma variável.

Tabela 5 - Participação da arrecadação própria e das transferências recebidas, na composição da receita do município de Salvador (2017-2020)⁹

Município	Arrecadação própria (%)				Transferências recebidas			
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
Salvador	31,36	31,65	31,29	28,50	46,01	38,82	39,64	42,47

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SIOPS, indicadores municipais, indicadores n. 1.1 e 1.2. Disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/defhttm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicBA.def>, Acesso em: 1 jun. 2021

No caso de Salvador, nota-se maior equilíbrio na composição das fontes de receita pública. A arrecadação própria situou-se sempre em torno de 30% das receitas, enquanto o recebimento de transferências variou entre 38% e 46% no período, sendo a diferença restante composta por receitas contratuais, assim denominadas “não obrigatórias”.

Considerados os montantes de despesas com ASPS no plano municipal, bem como o grau de dependência financeira dos entes locais, com vistas ao seu impacto sobre o financiamento da saúde, resta considerar a participação do Estado da Bahia e da União no financiamento das ASPS nos municípios do Litoral Sul. A Tabela 6 expõe o percentual de recursos destinados à saúde por outras esferas de governo,

em cada município, considerando o total de gastos com saúde neste mesmo município.

É possível dividir os municípios em três grupos: (1) aqueles com até 51% dos gastos totais com ASPS financiados com recursos de outras esferas de governo: Almadina, Arataca, Barro Preto, Buerarema, Itacaré, Itaju do Colônia, Itajuípe, Marau, Mascote, Santa Luzia, São José da Vitória e Uruçuca; (2) aqueles com mais de 51% e menos de 60% dos gastos totais com ASPS com verbas advindas de outros níveis de governo: Camacan, Canavieiras, Coaraci, Floresta Azul, Itapé, Jussari, Pau Brasil, Ubaitaba e Una; e (3) e aqueles com mais de 60% das despesas com ASPS financiadas com recursos oriundos de outras esferas de governo: Aurelino Leal, Ibicaraí, Ilhéus, Itabuna e Itapé.

⁹ A soma dos valores constantes em cada coluna, considerando-se cada município isoladamente, não chega a perfazer o percentual de 100%, posto que não são consideradas as receitas originárias de caráter contratual. Tais receitas não integram a base de cálculo do percentual mínimo de 15% a ser aplicado ASPS.

Tabela 6 – Percentual médio de recursos destinados à saúde pelo Estado da Bahia e pela União, para cada município, no período de 2017 a 2020

Município	Média de transferências para a saúde de 2017 a 2020 (%)
Almadina	50,22
Arataca	49,84
Aurelino Leal	60,13
Barro Preto	45,14
Buerarema	48,77
Camacan	57,9
Canavieiras	52,72
Coaraci	57,24
Floresta Azul	52,26
Ibicaraí	71,29
Ilhéus	65,86
Itabuna	77,25
Itacaré	46,53
Itaju do Colônia	50,56
Itajuípe	49,67
Itapé	60,64
Itapitanga	51,22
Jussari	53,35
Maraú	48,43
Mascote	44,63
Pau Brasil	51,85
Santa Luzia	47,69
São José da Vitória	38,72
Ubaitaba	53,28
Uma	52,02
Uruçuca	46,1

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SIOPS, indicadores municipais, indicador n. 3.1. Disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/defthtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicBA.def>. Acesso em: 1 jun. 2021

Num outro recorte, à exceção de Aurelino Leal, Ibicaraí, Ilhéus, Itabuna e Itapé, de 2017 a 2020, os municípios do Litoral Sul da Bahia responderam, em média, por 49,91% dos dispêndios com saúde,

enquanto as demais esferas de governo, juntas, arcaram com 50,09%.

Mais do que informar o gasto médio que cada município tem com saúde, a análise comparativa entre as Tabelas 4 e 6, evidencia que apesar da baixa arrecadação e, conseqüentemente, do alto grau de dependência financeira para com os outros entes federativos, os municípios analisados são responsáveis, sozinhos, por quase metade de tudo que se gasta com saúde em seus territórios.

Como visto em outro ponto deste trabalho, enquanto, em 2017, a arrecadação da União correspondeu a 22,06% do PIB, a dos Estados a 8,34%, a arrecadação dos Municípios representou tão somente 2,03% do PIB brasileiro. Tomando como exemplo os municípios do Litoral Sul da Bahia nos anos verificados, é possível afirmar que os entes federativos que menos arrecadam destinam à saúde o mesmo montante, ou até montante superior, àquele destinado pelos entes que arrecadam mais.

Nesta mesma linha, a Figura 3 relaciona as despesas com ASPS, por ano e esfera governamental (CFM, 2020), considerados todos os municípios e estados da federação.

Denota-se que a esfera municipal, em todo o período, dispendeu mais do que a esfera estadual e não muito menos do que a União. Assim, percebe-se que a distribuição proporcional dos gastos entre os entes federativos, em termos de receita, não é uma diretriz norteadora do financiamento da saúde pública brasileira. Se a União é quem mais arrecada, por ela deveriam ser feitas as maiores despesas com saúde, embora não seja o que acontece. No ano de 2017, por exemplo, a esfera federal aplicou R\$ 597,99 com a saúde de cada pessoa, e os municípios R\$ 438,83, uma diferença de R\$ 159,16. No mesmo ano, a receita arrecadada pela União a título de tributos correspondeu a 22,06% do PIB brasileiro e a dos municípios a tão somente 2,03%.

Os dados relativos aos municípios do Litoral Sul da Bahia confirmam o cenário posto em nível nacional. Desse modo, conclui-se que altos percentuais de receitas vinculadas e a aplicação de não menos de 15% de RCL em ASPS não garantem aos cidadãos um sistema público de saúde em níveis satisfatórios.

Figura 3 – Despesas com ASPS no Brasil (2008-2019)

Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde, Brasil (2008 - 2019)					
Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total/ano	Total/dia
2008	473,41	301,30	320,15	1.094,87	3,00
2009	538,52	298,27	323,65	1.160,43	3,18
2010	530,98	319,59	349,07	1.199,63	3,29
2011	589,69	338,97	380,84	1.309,50	3,59
2012	613,41	344,08	404,89	1.362,38	3,73
2013	586,17	368,05	428,83	1.383,06	3,79
2014	600,75	373,24	445,09	1.419,08	3,89
2015	587,39	353,98	428,38	1.369,75	3,75
2016	578,58	343,17	431,82	1.353,57	3,71
2017	597,99	358,08	438,83	1.394,91	3,82
2018	588,47	363,70	430,12	1.382,29	3,79
2019	590,43	366,22	441,88	1.398,53	3,83

Fonte: SIOP/SIOPS/MS. Valores corrigidos pelo IPCA

Apesar de contarem com parte considerável de suas receitas vinculadas à saúde e de aplicarem ano a ano em ASPS, em média, mais do que a legislação em vigor estabelece, os municípios do Litoral Sul da Bahia possuem receitas pequenas, o que repercute no baixíssimo montante efetivamente aplicado.

Conclusão

Em que pese a previsão constitucional no sentido do estabelecimento de uma organização político-administrativa de natureza federativa, o que se nota a partir da análise da realidade do financiamento público brasileiro é uma situação de profunda dependência entre entes federativos, em especial no que se refere aos Municípios em relação a Estados e principalmente à União.

A aplicação da análise para o caso específico do financiamento das políticas da área de saúde, além de ilustrarem a fragilidade do sistema federativo brasileiro, deixam à mostra os impactos que esta fragilidade produz sobre o bem-estar do cidadão, e na manutenção da sua dignidade.

A realidade do financiamento público no Litoral Sul da Bahia está longe de atender às imposições

decorrentes do princípio da dignidade humana, no que concerne ao direito fundamental à saúde. Embora o estudo tenha se centrado em apenas uma das regiões do Estado, outros estudos indicam que esta situação vem a ser uma constante em todo o território da Bahia¹⁰, e guardadas eventuais peculiaridades regionais, é de se considerar que também está presente em todo o país.

O que os dados de financiamento público demonstram não é uma escassez de recursos públicos. O que se nota, em realidade, é existência de desequilíbrios que comprometem o funcionamento da estrutura estatal brasileira, e o financiamento das ações de saúde. Grande parte dos recursos públicos são alocados em favor da União e, no entanto, grande parte das atribuições administrativas na área da atenção da saúde é colocada ao encargo dos Municípios.

Diante deste quadro, nem mesmo a imposição constitucional e legal no sentido de aplicar 15% da RCL é suficiente para financiar a atenção à saúde, com vistas à promoção da dignidade humana. Neste trabalho, constatou-se, por exemplo, que a totalidade dos municípios, sem nenhuma exceção, aplicou o percentual mínimo estabelecido em lei, e em alguns casos, chegou-se a dispender, em ações de saúde,

¹⁰ Portella; Jesus, 2018; Portella; Machado, 2018, p. 1422-1448; Portella; Teixeira, 2016.

o dobro do mínimo legal. No entanto, a constatação da realidade brasileira na área da saúde demonstra que se está muito distante de uma atenção mínima desejável em favor do cidadão.

A confrontação entre os valores *per capita*/ano realizados pelos municípios na área da saúde e aqueles dispendidos em outros países, ou ainda aqueles sugeridos pela OMS, também deixam à mostra como a forma de distribuição de recursos entre os entes federativos brasileiros é nociva à promoção da dignidade humana. A aplicação de recursos, por parte dos municípios brasileiros, daquele mesmo limite mínimo estabelecido em lei, chega a valores que se distanciam em muito da média mundial, ou mesmo da média dos países da América Latina.

Do ponto de vista jurídico formal, considerando tão somente o estabelecimento do mínimo legal, não haveria como responsabilizar o ente municipal ou o seu gestor pela não assistência do cidadão na área da saúde. O argumento da reserva do possível estaria presente e seria aplicável, como forma de justificar a impossibilidade da prestação, pautado tão somente na ideia de que inexistem recursos financeiros suficientes.

Não obstante, o princípio fundamental da dignidade humana coloca-se num plano superior, inclusive ao da norma que estabelece o mínimo de 15% da RCL, para convocar o Estado brasileiro, em toda a sua estrutura, e exigir dele as prestações necessárias ao bem-estar do cidadão na área da saúde.

É nesta perspectiva que deve ser considerado o desenho político-administrativo do país, em especial no que se refere à distribuição dos recursos públicos. É necessário dar efetividade à posição dos municípios enquanto entes federativos autônomos, principalmente do ponto de vista do seu financiamento. Seja como forma de atender à cláusula pétrea inerente ao pacto federativo, seja como forma de garantir a participação efetiva, e não apenas formal, deste nível de governo nas políticas de saúde, e com ela na promoção da dignidade humana.

Referências

AFONSO, J. R. *et al.* (Org.). *Tributação e desigualdade*. Rio de Janeiro: FGV, 2017.

BARCELLOS, A. P. de. *A eficácia jurídica dos princípios constitucionais*. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

BASTOS, C. R. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Saraiva, 1999.

BERTI, F. de A. *Direito Tributário e Princípio Federativo*. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

BONAVIDES, P. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Malheiros, 2011.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria da Receita Federal. *Carga tributária no Brasil 2017. Análise por tributos e bases de incidência*. Brasília, DF: Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros, 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Secretaria do Desenvolvimento Territorial. *Perfil Territorial, Litoral Sul da Bahia*. Brasília, DF: CGMA, 2015.

CUNHA JÚNIOR, D. da. *Curso de Direito Constitucional*. 6. ed. Salvador: Juspodivm, 2012.

FERREIRA FILHO, M. G. *Curso de direito constitucional*. São Paulo: Saraiva, 2010.

LOPREATO, F. L. C. *Caminhos da política fiscal brasileira*. São Paulo: UNESP, 2013.

OLIVEIRA, R. F. *Curso de direito financeiro*. São Paulo: Revista dos tribunais, 2010.

PORTELLA, A. 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. *Direito da Cidade*, v. 10, p. 834-861, 2018.

PORTELLA, A. A.; MACHADO, L. B. O Estado Brasileiro, sua organização político-administrativa e o financiamento público dos direitos fundamentais. *Quaestio Iuris*, v. 11, n. 3, p. 1422-1448, 2018.

PORTELLA, A. 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.

Direito da Cidade, v. 8, , p. 631-679, 2016.

REZENDE, F *O federalismo brasileiro em seu labirinto*. Rio de Janeiro: FGV, 2013. p. 312.

REZENDE, F. *Reforma fiscal e equidade social*. Rio de Janeiro: FGV, 2012. p. 144.

REZENDE, F *A reforma tributária e a federação*. Rio de Janeiro: FGV, 2009. p. 168.

SARLET, I. W. As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível. *Revista Brasileira de Direito Constitucional*, n. 9, p. 361-388, 2007.

SEGADO, F. F. *Direito Constitucional Módulo V*. Currículo permanente. Porto Alegre: TRF4, 2006.

SILVA, J. A. da. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. São Paulo: Malheiros, 2016.

Contribuições dos autores

Todos os autores foram responsáveis pela concepção e execução do projeto e pela redação do artigo.

Recebido: 23/04/2022

Aprovado: 26/04/2022