

FEDERALISMO FISCAL E DESCENTRALIZAÇÃO ADMINISTRATIVA: A DEFICIÊNCIA DE AUTONOMIA DOS MUNICÍPIOS DO BAIXO SUL DA BAHIA NA PROMOÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE

FISCAL FEDERALISM AND ADMINISTRATIVE DECENTRALIZATION: THE DEFICIENCY OF AUTONOMY OF THE MUNICIPALITIES OF SOUTH OF BAHIA IN THE PROMOTION OF HEALTH SHARES

André Alves Portella¹

Jessica Ferreira de Jesus²

Resumo

O presente artigo objetiva analisar o federalismo brasileiro na perspectiva do financiamento público, de forma a esclarecer como a estrutura político-administrativa fragiliza a condição dos entes municipais, com especial destaque para o financiamento das ações de Saúde pública. De maneira mais precisa, trata-se de verificar, a partir de fontes empíricas, o descompasso entre o grande número de atribuições administrativas exigidas constitucionalmente dos Municípios, e a escassez de recursos financeiros para atender tais demandas. O estudo será aplicado à região do chamado Baixo Sul do Estado da Bahia, tendo como base dados disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Estado, Portal da Transparência do Governo Federal, Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde e fontes doutrinárias especializadas, de forma a evidenciar como a centralização arrecadatória em favor da União prejudica a autonomia política-administrativa do Municípios, e por consequência, a efetivação de direitos fundamentais.

Palavras-chave: Federalismo; Município; Financiamento Público; Saúde; Baixo Sul da Bahia.

Abstract

The present article intends to analyze fiscal federalism in Brazil, explaining how the organization of this federative structure interferes with the collection of municipalities, and the consequent application of these resources in the health area. It will individually analyze the relationship between health actions in the lower south of Bahia and the availability of financial resources collected in the region based on empirical data provided by the Bahia State Department of Health, Transparency Portal of the Federal Government and Academic literature. In summary, it

¹ Doutor em Direito Financeiro e Tributário pela Universidade Complutense de Madrid (Menção Honrosa "Doctors Europeus"). Professor da Faculdade de Direito da Universidade Federal da Bahia - UFBA. Professor Adjunto dos cursos de Mestrado e Graduação em Direito da Universidade Católica do Salvador. Pesquisador e consultor do CNPq e da FAPESB. Conselheiro de Assuntos Fiscais e Tributários da FIEB. Membro da Câmara de Assessoramento para a área de Ciências Sociais Aplicadas da FAPESB. Membro do Comitê de Ética em Pesquisa da UCSal (CEP/UCSal). Coordenador do NEF - Núcleo de Estudos em Tributação e Finanças Públicas. E-mail: aaportella@hotmail.com

² Graduada em Direito. Membro do NEF - Núcleo de Estudos em Tributação e Finanças Públicas. E-mail: ferreirajessica.fj@gmail.com

will elucidate how vertical decentralization in Brazil impairs the autonomy of municipalities to promote health actions.

Keywords: Federalism; Public Financing; Health Actions; South of Bahia.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) garante ao cidadão direitos fundamentais, dentre eles os direitos sociais, cuja efetivação exige a atuação do Estado com vistas a disponibilizar educação, saúde, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, e assistência aos desamparados (CF/88, art. 6º).

Os Direitos Sociais estão previstos na CF/88, no Título II, Dos Direitos e Garantias Fundamentais, Capítulo II, arts. 6º a 11, e também são conhecidos como direitos de prestação em sentido estrito. Significa que a garantia de efetividade de tais direitos por parte do Estado não se limita a uma postura no sentido de respeitar a sua observância, mas mais do que isso, exige a atuação efetiva por parte dos entes estatais. Esta categoria de direitos gera, portanto, uma obrigação de postura estatal proativa, por meio de ações afirmativas, no sentido de promover a conformação de seus órgãos e procedimentos, com vistas a garantir o acesso da população a serviços que viabilizem tais direitos.

As normas que conformam os chamados Direitos Sociais guardam, assim, um caráter programático, na medida em que exigem a confrontação entre a necessidade do poder público de adotar ações efetivas, e as condições econômicas existentes. Entretanto, este caráter programático das normas inerentes aos Direitos Sociais, ainda que indiquem a necessidade de delimitação das prioridades a serem atendidas, não pode servir de escusa ao poder público para justificar o não cumprimento de medidas que se entendem essenciais ao desenvolvimento da vida em sociedade. Sem a concretização dos direitos sociais não se poderá alcançar jamais “a Sociedade livre, justa e solidária” que constitui a essência dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil³.

A efetivação dos Direitos Sociais tem relação direta com a disponibilidade de recursos financeiros e, conseqüentemente, com opções de políticas públicas, mas estas opções devem ser consideradas não de maneira restrita a tão somente o rol de tais direitos fundamentais. É necessário ponderar em dois sentidos. Primeiro, a análise das opções de políticas públicas deve

³ BONAVIDES, P. Curso de Direito Constitucional. 20ED. SP: Malheiros, 2007.

ser realizada de maneira global, considerando todo o universo de gastos a cargo do Estado para a partir daí se eleger uma ordem de prioridade. Neste sentido a própria CF/88 traz uma orientação para atuação do poder público e direcionamento de seus investimentos. Com efeito, é clara a perspectiva do constituinte no sentido de priorizar a promoção de valores fundamentais, todos eles sustentados pela efetividade dos Direitos Sociais.

Em segundo lugar, é necessário que se considere a própria estrutura de financiamento público estabelecida pela CF/88, de forma a contemplar tanto a distribuição de receitas, como de despesas entre os Entes Federativos. Neste ponto, a leitura da CF/88 sugere um desequilíbrio na distribuição de receitas e atribuição de competências administrativas, que termina por se evidenciar na análise dos dados empíricos referentes ao financiamento dos Direitos Sociais, a exemplo do que ocorre na Saúde Pública.

O presente estudo objetiva evidenciar aquilo que tanto a análise do texto constitucional, como a intuição do observador da realidade brasileira sugerem em termos de desequilíbrio entre as muitas atribuições constitucionais dos Municípios, e a escassez de recursos financeiros a eles destinados. Esta análise será realizada a partir de dados teóricos e empíricos do financiamento de um dos Direitos Sociais fundamentais, qual seja o direito à Saúde.

Após a realização de observações gerais sobre o modelo de distribuição de recursos públicos entre os Entes federativos no Brasil (o chamado Federalismo Fiscal) e no mundo, a serem realizadas nos tópicos seguintes, o presente estudo analisará a realidade do financiamento da saúde pública no plano Municipal, aplicando-se tal análise à realidade de Municípios da região do Baixo-Sul do Estado da Bahia.

O trabalho utiliza dados de plataformas oficiais de informação, dentre os mais importantes, o Portal da Transparência e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). O primeiro é um importante banco de dados, surgido em 2004, que se destina a catalogar toda a movimentação de capital que perpassa pelo Governo Federal. Nele é possível colher dados referentes a valores repassados por meio de convênios, transferências e contratações de obras e serviços públicos. Já o SIOPS foi criado para disponibilizar informações sobre gastos com saúde em todo o país. Neste portal, os setores de contabilidade da União, Estados, Distrito Federal e Municípios são obrigados a preencher os dados relativos a receitas e despesas no âmbito dos serviços públicos em saúde. Embora seja criticável a complexidade como tais dados são apresentados ao cidadão comum, a riqueza e detalhe dos mesmos

possibilita compreender o financiamento da Saúde no Brasil, conforme apresentado nos tópicos que se seguem.

FEDERALISMO FISCAL NO BRASIL

A dinâmica a que se submetem os recursos financeiros do Estado varia de acordo com a forma como se estabelece a sua organização política-administrativa, além de depender também das prioridades e opções políticas de cada ente considerado. A depender dessas escolhas, os entes menores, como Estados e Municípios, podem ter mais ou menos ingerência no produto final arrecadado e, por conseguinte, maior ou menor autonomia na aplicação dos seus recursos.

O Estado Brasileiro, ao ser organizado sob a forma federativa consagra-se na união indissolúvel dos seus entes componentes (União, Estados, Distrito Federal e Municípios, art. 1º da CF/88) dotados de autonomia político-administrativa, em conformidade com o texto constitucional⁴. Esta forma de organização manifesta-se por meio da atribuição de competências específicas a cada um de seus entes, o que lhes permite um grau de autonomia na atuação. Na perspectiva do financiamento, o federalismo encontra-se presente na forma como as receitas públicas são distribuídas entre os distintos entes, e em especial na forma como o poder de tributar é outorgado à União, aos Estados, ao DF e aos Municípios, nos moldes da CF/88, arts. 148, 149, e 153 a 156.⁵

A Constituição outorgou competências tributárias a cada ente federativo, para que pudesse instituir e cobrar seus próprios tributos, de acordo com a repartição efetuada, conforme as regras do Título IV, Capítulo I, do referido diploma legal. Não obstante, a mera distribuição de competência tributária, nos moldes estabelecidos na CF/88 não seria suficiente para financiar o conjunto de atribuições a que se submetem Estados, DF e principalmente Municípios, o que ensejou a criação de um sistema de transferências financeiras de caráter obrigatório e natureza constitucional.

No sistema de transferências obrigatórias, o ente titular da arrecadação, cobra o tributo, porém o produto da sua arrecadação não lhe pertence exclusivamente. Não há uma faculdade daquele que é o ente arrecadador a respeito da realização ou não da transferência; é uma obrigação imposta pela Constituição ou por Lei. Dessa forma, o ente federativo com maior capacidade de arrecadação repassa recursos para os entes menores, para que estes possam cumprir com as obrigações constitucionais estabelecidas. Já as transferências voluntárias são

⁴ DA SILVA, J. A. Curso de Direito Constitucional Positivo. 37ED. SP: Malheiros, 2014. p. 101.

⁵ LOBO, R.T. Curso de Direito Financeiro e Tributário. 18ED. RJ: Renovar, 2011. p. 360.

aquelas que representam a entrega de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de imposição constitucional ou legal, ainda que sejam regulados em lei, a exemplo das transferências destinadas às ações de saúde⁶.

O produto proveniente da arrecadação dos tributos é o que possibilita os entes federados cumprirem com as competências constitucionais que lhes foram outorgadas. A Constituição Federal de 1988 trouxe inovações que aprimoraram o sistema de discriminação das rendas tributárias. Iniciadas com a EC 18/65, as participações sobre a arrecadação constituem instrumento importante para o equilíbrio financeiro do Estado Federal⁷.

Todavia, a estrutura de financiamento público brasileiro atual, adjacente à organização federativa, não se traduz numa efetiva autonomia dos Estados e principalmente Municípios. Como observa José Afonso da Silva, “na repartição das receitas tributárias (arts. 157 a 162 da CF) deve caber equilíbrio e bom senso, de forma a que os entes menores tenham recursos suficientes para atender a suas necessidades.”⁸

A forma como no Brasil se opera a distribuição das competências tributárias gera desequilíbrio na arrecadação e cria profunda dependência financeira de Estados e principalmente Municípios. No atual panorama do financiamento público do país, o que se instalou foi um quadro onde Estados e Municípios são detentores de um grande volume de atribuições administrativas, com pouca autonomia financeira para gerir as políticas sociais ao seu encargo e, conseqüentemente, cumprir com as atribuições que lhes foram constitucionalmente impostas.

O pacto fiscal brasileiro merece uma revisão. Ainda que o reconhecimento dos municípios enquanto entes federados tenha lhes conferido certo grau de autonomia, do ponto de vista do financiamento ainda há um manifesto desequilíbrio em favor da União, o que provoca debates doutrinários acerca da posição que deve ocupar cada ente político na estrutura do financiamento público. Régis Fernandes de Oliveira, por exemplo, defende uma

⁶ Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF, LC 101/2000), art. 25. Importante não confundir transferências voluntárias para a Saúde, que dependem da conveniência e oportunidade, com os percentuais mínimos de aplicação de recursos para financiamento da Saúde, de caráter compulsório, nos termos da LC 141/2012, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde.

⁷ LOBO, R.T. Curso de Direito Financeiro e Tributário. 18ED. RJ: Renovar, 2011. p. 370.

⁸ DE OLIVEIRA, R. F. Curso de Direito Financeiro. 3ED. SP: Revista dos Tribunais. 2010. p. 43. Cf. BALEIRO, A. Direito Tributário Brasileiro. Atualizado por Misabel Abreu Machado Derzi. 13ED. RJ: Forense, 2015. p. 219.

estrutura mínima de subsistência da União, suficiente para arcar com as despesas que lhe são inerentes:

A esta [União] devem ser atribuídos recursos suficientes e necessários para atender a suas finalidades precípuas, quais sejam, segurança externa do país, representação diplomática, Justiça federal, manutenção da estrutura burocrática dos Ministérios e da Administração Direta, recursos instrumentais para pagamento de seus servidores e da manutenção de seus equipamentos, prédios etc. O mais é de ser repassado a Estados e Municípios, uma vez que destes é a dívida maior. Caso tivessem maiores recursos, desnecessário seria a assunção de suas dívidas pela União ou o repasse anual de fundos perdidos ou de ajuda para obras de saneamento básico, veículos etc. Meros convênios resolveriam o problema da União. Esta deve ter estrutura mínima de subsistência e para garantir o pagamento do endividamento externo, oportunidade em que se instituiria mecanismo para retenção de recursos de Estados e Municípios, para honrar dívidas externas ou internas.⁹

A partir deste pressuposto, seria cabível atribuir a Estados e Municípios, por outro lado, um maior espaço para arrecadação, à vista do grande universo de atribuições que lhe são impostas, em especial aquelas que se alinham à promoção dos direitos fundamentais, da dignidade da pessoa humana, aí incluídos os de caráter social.

PANORAMA MUNDIAL DA DESCENTRALIZAÇÃO E AUTONOMIA MUNICIPAL

Posicionamentos no sentido do fortalecimento das entidades locais não é novo. Kelsen já chamava a atenção para o fato de que o fenômeno da descentralização administrativa é reflexo de uma administração democrática. A autonomia local de corpos autogovernados não é, como com frequência se afirma, um direito desses corpos contra o Estado nacional¹⁰. O fortalecimento das autonomias locais é a revelação de um processo de maior participação democrática, na medida em que exige mais um nível de governo, e portanto de necessidade de escolhas políticas por parte do cidadão, que se soma ao que também ocorre nos níveis federal e estadual.

Não obstante, regimes democráticos ao redor do mundo não conferiram aos municípios, o status de ente federativo, ao contrário do Estado brasileiro, e a exemplo dos Estados Unidos e da Argentina. Nos Estados Unidos existe uma pluralidade de formas de organização de administração das cidades pautadas em um sistema de controle tanto da sociedade como também das chamadas Agências da Administração Pública, que cuidam de

⁹ OLIVEIRA, R. F. Curso de direito financeiro. 3ED. SP: Revista dos Tribunais. 2010. p. 43.

¹⁰ KELSEN, H. Teoria Geral do Direito e do Estado. Tradução de Luís Carlos Borges. 3ª. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. p. 450.

questões de interesse governamental. As instituições que são responsáveis pelo governo regional são os conselhos municipais, localizados em cidades (*cities* ou *towns*), vilas (*village*), municipalidades regionais (*towns*, *regional municipality*, *municipality*, *hamlet*) e condados (*counties*).

Municipalidades regionais e condados são agrupamentos de cidades e vilas. Em alguns estados, os condados ou municipalidades regionais também possuem o direito de criar leis e impostos que valem para todas as cidades e vilas dentro dos limites do condado. Em outros estados, os condados ou municipalidades regionais possuem pouco ou nenhum poder, servindo apenas como referências geográficas.¹¹

No tocante especificamente à participação na arrecadação, interessante estudo realizado por AFONSO, *et alli*¹², demonstra que o nível de participação da entidade local na arrecadação nacional não tem relação necessária para com o estágio de desenvolvimento do país considerado, nem tampouco para com a extensão territorial:

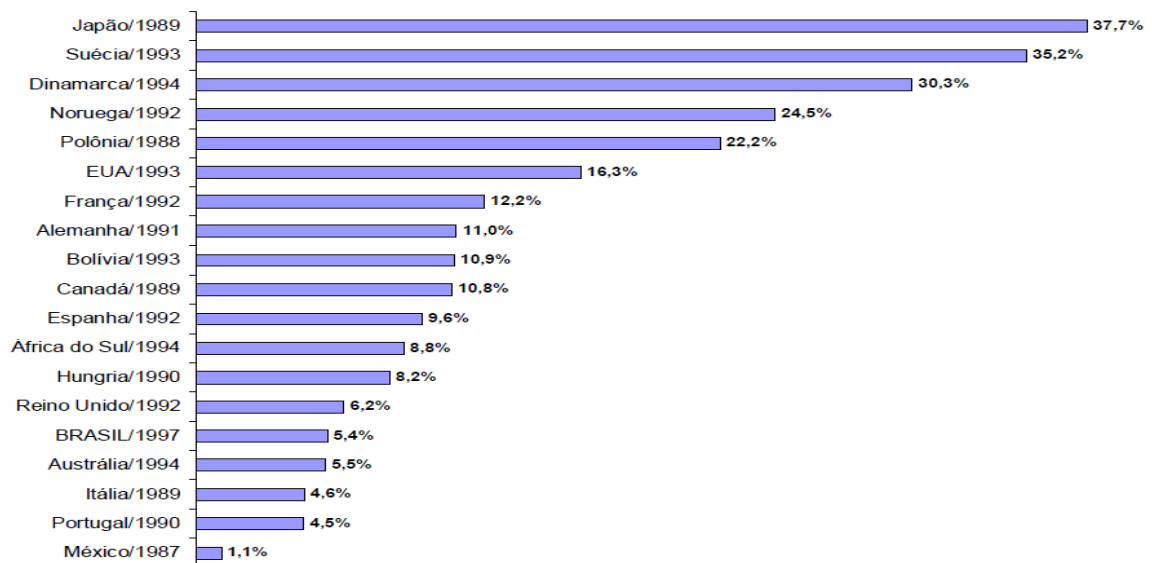
Não existe necessariamente uma relação entre estágio de desenvolvimento e maior ou menor participação dos governos locais. Na maior parte dos países desenvolvidos, é elevada a participação do poder local na geração da receita tributária nacional, superando 30% nos casos do Japão, da Suécia e da Dinamarca. Mesmo no conjunto de países de renda média ou baixa, há várias situações em que a participação municipal na receita nacional é superior: Bolívia, Espanha, Hungria, África e Polônia. Também não há relação direta entre menor extensão territorial e centralização do poder de arrecadar. O Brasil, um dos países de maior extensão territorial, apresenta um grau de concentração da arrecadação tributária muito maior do que nações onde, teoricamente, a maior parcela do poder tributário poderia caber ao governo central.

O gráfico a seguir, por outro lado, ilustra a situação do Município no quadro geral do financiamento público, por país, além de possibilitar a análise comparada no plano

¹¹ KOMATSU, Suely; e CAPUANO, Ethel A. "Arranjos organizacionais para o setor público: experiências da Espanha, França, Estados Unidos e Reino Unido" In ANTERO, Samuel A. (Org.). Inovação na gestão pública: cooperação Brasil-Espanha. Brasília: Editora IABS. 2012, p. 77. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiWuYOexZLUAhXQJ5AKHbaxBrwQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.gespublica.gov.br%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fdocumentos%2Fvol_3_experiencias_internacionais_organizacao_estado.pdf&usg=AFQjCNFqy-8Ppvp7ZUCMHUxWlISXJaX-uw&cad=rja> Acesso em 28.05.2017.

¹² AFONSO, J. R. R, *et alli*. "Municípios, Arrecadação e Administração Tributária: Quebrando Tabus". Revista do BNDES, RJ, v. 5, n. 10, p. 10, 1998. Disponível em <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiz64Hhx5LUAhXGgZAKHbZMD4MQFggiMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.bndes.gov.br%2FSiteBNDES%2Fexport%2Fsite%2Fdefault%2Fbndes_pt%2FGalerias%2FArquivos%2Fconhecimento%2Frevista%2Frev1001.pdf&usg=AFQjCNHU0rhJR8r06KIh8z96JLsJ1epEkg&cad=rja> Acesso em 28.05.2017.

mundial:



Fonte: FMI – *Government Finance Statistics Yearbook* para amostra de países¹³. Elaboração AFONSO, *et alli*¹⁴ (estimativa para 1997).

No Brasil, conforme será detalhado adiante, a União é historicamente beneficiária da maior parcela de arrecadação tributária do país. Enquanto a participação do Município varia em torno de 6%, em 2014, a União foi destinatária de recursos equivalentes a 68,47% da arrecadação nacional¹⁵.

Outra perspectiva interessante de abordagem é a que relaciona distribuição da arrecadação e cidadania. Embora a ideia de descentralização administrativa costuma ser associada à de uma democracia avançada, os dados empíricos demonstram não haver relação necessária. Entre os países com maior índice de participação dos governos locais na arrecadação tributária, Japão, Suécia, Dinamarca e Noruega são apontados como modelos de democracias consolidadas. Não obstante, a Polônia, por outro lado, embora não costuma servir de modelo de Estado democrático, destaca-se no item do financiamento local¹⁶. Esse panorama indica que a atribuição de autonomia administrativa e fiscal aos entes municipais depende estritamente de escolhas políticas adotadas por cada Estado. A opção política do constituinte de

¹³ Disponível em <<http://www.imf.org/external/pubs/ft/gfs/manual/gfs.htm>>

¹⁴ AFONSO, J. R. R., *et alli*. "Municípios, Arrecadação e Administração Tributária: Quebrando Tabus". Revista do BNDES, RJ, v. 5, n. 10, p. 10-11, 1998.

¹⁵ BRASIL, Ministério da Fazenda, RFB. Carga Tributária Nacional do Brasil em 2014. Brasília: RFB, outubro de 2015, p. 09. Disponível em: < <https://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/estudos-e-tributarios-e-aduaneiros/estudos-e-estatisticas/carga-tributaria-no-brasil/29-10-2015-carga-tributaria-2014>> Acesso em 28.05.2017.

¹⁶ SANTOS, A. M. S. P. Município, Descentralização e Território. RJ: Forense, 2008. p. 15.

1988 foi no sentido de reservar à União uma maior participação na arrecadação tributária, inicialmente por meio de impostos, e a partir da década de 90, por meio das contribuições sociais, tributos, estes últimos, que não são objeto de transferências.

ESTRUTURA GERAL DO FINANCIAMENTO PÚBLICO E DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

Para cumprir as políticas de públicas e garantir o funcionamento dos serviços sob seu encargo, o ente federado necessita de um orçamento, autorização legislativa para que o Executivo empregue recursos financeiros durante num período de tempo.¹⁷ O Orçamento Geral da União é formalizado por meio da Lei Orçamentária Anual (LOA), constituído pelo Orçamento Fiscal (OF), Orçamento da Seguridade Social (OSS) e pelo Orçamento de Investimento das empresas federais dependentes (OI), e deve observar princípios e normas previstos na CF/88, na Lei 4.320/1964, na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF, LC 101/2000), na Lei do Plano Plurianual (PPA) e na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). As ações de Saúde estão incluídas no orçamento da seguridade social, que engloba ainda recursos voltados às ações de Previdência Social e Assistência Social.

As despesas previstas no orçamento da União são divididas por funções que representam os maiores níveis de agregação das diversas áreas de atuação do poder público. Neste sentido, a função “saúde” subdivide-se em subfunções: Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Alimentação e Nutrição.

A gestão financeira da saúde, por sua vez, encontra-se a cargo do Sistema Único de Saúde (SUS), que articula o conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.¹⁸ À iniciativa privada é permitido participar desse sistema de maneira complementar. O SUS abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população.

Os recursos para financiamento da Seguridade Social têm como fonte a arrecadação das contribuições sociais, previstas na CF/88, art. 195, além da receita de outros tributos e

¹⁷ RAMOS FILHO, C. A. Curso de Direito Financeiro. SP: Saraiva, 2012. p. 94.

¹⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 5.

transferências destinadas ao SUS, previstos na CF/88, arts. 155 a 159. No caso dos Estados e do DF, estas receitas decorrem da arrecadação do Imposto sobre Transmissão *Causa Mortis* e Doação (ITD), do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS), excluída a cota-parte de 25% dos Municípios, do Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), excluída a cota-parte de 50% dos Municípios, do Imposto de Renda que venham a reter na fonte (IRRF), da cota-parte do Fundo de Participação do Estado (FPE) e da cota-parte do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI-Exportação).

Já os municípios e o DF são destinatários da arrecadação do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), do Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis por ato Intervivos (ITIV), do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS), do Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), da cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), da cota-parte de 50%, ou 100%, do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR), de 50% da arrecadação do IPVA, de 25% da arrecadação do ICMS, e da Cota-Parte do IPI-Exportação¹⁹.

No que se refere aos montantes mínimos a serem destinados à área, a EC 29/2000 remodelou o texto do art. 198 da CF/88, para promover uma participação colaborativa entre a União, Estados e Municípios no custeio da saúde, tendo sido regulamentada pela LC 141/2012. Para operacionalizar tal colaboração estabeleceu percentuais mínimos de investimento em saúde, a serem observados pelos entes federados. Previu que os gastos da União devem ser iguais ao do ano anterior, corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados devem garantir 12% de suas receitas para o financiamento da saúde, enquanto os municípios precisam aplicar pelo menos 15% de suas receitas.

Todavia, em que pese a existência do esforço legislativo, a análise dos gastos com saúde em proporção do PIB indica a carência dos recursos para o financiamento das políticas nesta área, considerando as três esferas de Governo. Dados referentes a 2008, indicam gastos com saúde, no Brasil, da ordem de 3,6% do PIB, enquanto em países que também têm um sistema de cobertura universal, a média mundial encontra-se de 6% a 6,5% do PIB²⁰.

Os montantes de gasto com saúde apresentam grande diversidade quando são comparados às realidades dos países com grande dimensão geográfica, na relação *per capita*. Conforme indicado na Tabela 3, dados de 2007 indicam que o Brasil, com um gasto *per capita*

¹⁹ Portal da Saúde. < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/5983-financiamento-do-sus-introducao>> acesso em 13.02.2017

²⁰ SOUTO, P. “A assimetria das obrigações entre os entes da Federação.” Revista Liberdade e Cidadania, n.16, 2014, p. 09.

da ordem de U\$837.00, estaria numa situação próxima à da Rússia (U\$797.00), bastante acima de Índia (U\$109.00) e China (U\$233.00), mas muito aquém da realidade da Austrália (U\$3,357.00), Canadá (U\$3,900.00) e EUA (U\$7,285.00).

Tabela 3 - Gasto nacional em saúde: percentual do PIB em per capita e participação público e privado: estimativas para 2007. (países com área acima de 3.000 km²)

PAÍS	%PIB	PER CAPITA* EM SAÚDE	ÍNDICE BRASIL: 100	% PÚBLICO	% PRIVADO	ÁREA KM ²
Austrália	8,9	3.357	401	67,5	32,5	7.687
Brasil	8,4	837	100	41,6	58,4	8.512
Canadá	10,1	3.900	466	70,0	30,0	9.976
China	4,3	233	28	44,7	55,3	9.561
Índia	4,1	109	13	26,2	73,8	3.288
Rússia	5,4	797	95	64,2	35,8	17.075
USA	15,7	7.285	870	45,5	54,5	9.373

Fonte: World Health Report 2010

*Em dólares internacionais, ou seja, valores padronizados segundo paridade de poder de compra (PPP)

Quando se considera o percentual do PIB aplicado em saúde, o Brasil ocupa posição intermediária, no universo de países de grande dimensão, conforme também indicado na tabela 3 (8,4% do PIB), o que coloca o país na mais alta posição no universo do BRIC. Por outro lado, em relação à parcela de participação do poder público no gasto total com saúde, Brasil (41,6%), China (44,7%) e EUA (45,5%) têm situação bastante similar.²¹

Em 2015, a EC 86/15 passou a estabelecer a obrigatoriedade, agora também a cargo da União, da destinação do percentual mínimo de 15% da sua Receita Corrente Líquida (RCL) para o financiamento da saúde, percentual que deve ser alcançado em 2020²². A crítica a esta alteração do parâmetro de destinação de recursos à saúde no âmbito federal, de variação do PIB para percentual de RCL, é que num primeiro momento haveria um prejuízo no repasse, estimado entre R\$ 8,36 bilhões e R\$ 15,71 bilhões nos anos de 2015 e 2016.²³

²¹ CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. O Financiamento da Saúde. Brasília: CONASS, 2011. p. 33

²² Receita Corrente Líquida (RCL) corresponde ao total das receitas de fluxo contínuo, excluídas portanto as receitas eventuais que o Estado aufera, e descontadas das transferências que a Constituição ou as leis estabeleçam.

²³ FRANCISCO FUNCIA. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Implicações da Emenda Constitucional n. 86/2015 para o processo de financiamento do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/consensus/implicacoes-da-emenda-constitucional-n-862015-para-o-processo-de-financiamento-sistema-unico-de-saude/>>. Acesso em: 16 fev. 2017.

Do orçamento total executado em 2015 (R\$2,268 trilhões), foi destinado à saúde o equivalente a R\$93,86 bilhões, o que representou um percentual de 4,1% das despesas totais da União.²⁴

A grande problemática, entretanto, quando se trata do financiamento da Saúde é que mesmo que a Constituição estabeleça percentuais mínimos de contribuição, alguns Estados, e principalmente os Municípios, especialmente os de menor porte, beneficiam-se de receitas que estão muito aquém do necessário ao financiamento das demandas sociais constitucionalmente asseguradas. Quanto menor a população, menor a receita, e esse quadro é um dos fatores que mais prejudicam a promoção de políticas públicas na área de saúde. A análise trazida nos tópicos adiante irá considerar a realidade do financiamento da saúde nas cidades do Baixo sul da Bahia, no intuito de demonstrar como a baixa arrecadação gera um quadro de dependência financeira para estes municípios e incapacidade de resposta às demandas nesta área social.

ANÁLISE DO FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NA REGIÃO DO BAIXO SUL DA BAHIA

Panorama Geral da Região e diagnóstico do financiamento da saúde

A região do Baixo Sul da Bahia é formada por 14 (quatorze) municípios: Aratuípe, Cairu, Camamu, Gandu, Igrapiúna, Ituberá, Jaguaripe, Nilo Peçanha, Piraí do Norte, Presidente Tancredo Neves, Taperoá, Teolândia, Valença e Wenceslau Guimarães, localizados na Região Sul do Estado da Bahia.



Fonte: Plano Territorial de Desenvolvimento Sustentável do Território Baixo Sul da Bahia, 2010.

²⁴ Disponível em <http://www8d.senado.gov.br/dwweb/abreDoc.html?docId=684712>. Acesso em 13.02.2017.

Esta é uma das regiões idealizadas 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 Municípios.²⁵

Historicamente, a região do Baixo Sul caracteriza-se como uma área pioneira no processo de ocupação do Brasil, iniciado no século XVI. Ao longo desses cinco séculos, a região passou por mudanças nas suas dimensões econômica, social, cultural e ambiental, e se caracteriza por apresentar clima tropical com elevadas temperaturas e precipitações influenciadas pela proximidade do mar, e pertencente ao domínio da mata atlântica. Um outro aspecto que se pode observar é a inexistência de industrialização e da verticalização da produção dos diversos produtos do território, o qual pode ser considerado um fator que inibe o desenvolvimento territorial.²⁶

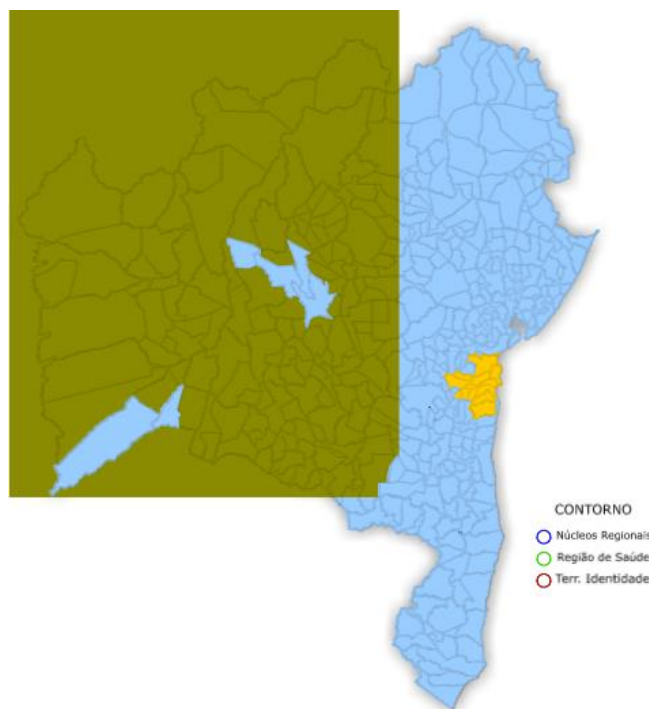
Dados dos censos demográficos realizados pelo IBGE, nos anos de 2000 e 2010, demonstram um aumento expressivo da população total, que passou de 304.687 habitantes em 2000, para 336.511 habitantes em 2010, uma variação de 10,44%. Com relação à população rural, houve um acréscimo de apenas 0,64%²⁷.

A Secretaria de Saúde da Bahia, por sua vez, dividiu o território do Estado em regiões de saúde com o objetivo de aprimorar a integralização dos recursos e serviços da área, e integrar regiões sanitárias e regiões administrativas. A região de saúde de Valença (em amarelo no mapa abaixo) abrange todos os municípios do Baixo Sul, à exceção dos municípios de Aratuípe, Ibirapitanga e Presidente Tancredo Neves.

²⁵ Portal da Cidadania. Territórios da Cidadania. Disponível em: <<http://portal.mda.gov.br/dotlrn/clubs/territoriosrurais/xowiki/oprograma>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

²⁶ BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Secretaria de Desenvolvimento Territorial. Plano Territorial de Desenvolvimento Sustentável do Território. 2010. Elaborado por Sistema de Informações Territoriais. Disponível em: <http://sit.mda.gov.br/download/ptdrs/ptdrs_qua_territorio021.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

²⁷ BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Secretaria de Desenvolvimento Territorial. Perfil Territorial do Baixo Sul da Bahia. 2015. Elaborado por CGMA. Disponível em: <http://sit.mda.gov.br/download/caderno/caderno_territorial_021_Baixo_Sul_-_BA.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2016.



Fonte: Secretaria de Saúde do Governo do Estado da Bahia, 2016.

A cidade de Valença é a referência (“capital”) da microrregião e nela está presente a principal unidade hospitalar do Baixo Sul: a Santa Casa de Valença. Ela é parâmetro na assistência à saúde em todo o Baixo Sul, sendo responsável por mais de 20 especialidades atendidas pelo SUS, quota particular e rede de convênios, que representam mais de vinte mil atendimentos mensais, com destaque para atendimentos de média e alta complexidade²⁸. Diante dessas condições a Santa Casa de Valença é o principal referencial em atendimento em saúde não só para a população de Valença, como também para toda a população do Baixo Sul. O aspecto positivo desta situação está na atração de maiores índices de investimentos para a unidade, e a decorrente maior atenção por parte do poder público. Na contramão, isso gera uma superlotação nos atendimentos da Santa Casa, e uma falta de iniciativa do poder público dos demais municípios em criar ou modernizar outros centros de saúde na região.

No ano de 2010, a Santa Casa de Misericórdia de Valença atendeu mais de 1,5 mil pessoas por mês. Possuía 231 leitos e realizava por mês uma média de 270 procedimentos cirúrgicos, 300 partos e 1.000 internações. Neste mesmo ano o Governo do Estado da Bahia deu início ao projeto de revitalização da Santa Casa de Valença, com gasto previsto no valor de

²⁸ SANTA CASA DE VALENÇA. Sobre a Santa Casa de Valença. 2012. Disponível em: <http://www.santacasadevalenca.org/conteudo_pagina.asp?cod=1&page=sobre_a_santa_casa&cod_cat=1>. Acesso em: 01 nov. 2016.

R\$334.000,00 para a reforma do pronto socorro.²⁹ Posteriormente, no ano de 2016, foram entregues as primeiras obras, quando foram inaugurados os novos serviços de endoscopia e o Centro de Parto Normal, resultante de um convênio firmado entre o Governo do Estado e a entidade filantrópica.³⁰

A grande problemática da região é que, em que pese algumas ações promovidas pelo ente estadual, evidentemente não há por parte dos governos federal, estadual ou municipal a iniciativa de propor projetos para a ampliação da rede de atendimento. A Santa Casa de Valença continua sendo o principal local de atendimento para realização de procedimentos de média e alta complexidade, operando com dificuldades financeiras, como demonstrou a crise experimentada pela administração da unidade de saúde em meados de 2016³¹. Os representantes da entidade tiveram que recorrer ao Ministério Público da Bahia e à Secretaria de Saúde do Estado por conta da insustentabilidade do orçamento. A instituição estava fechando o mês com um déficit financeiro de mais de R\$200 mil e um total de mais de R\$7 milhões, situação insustentável para atender à demanda de uma população de mais de 360 mil habitantes, considerados os municípios da região.³²

O parâmetro populacional é também importante para avaliar a situação do financiamento da saúde nos Municípios. Segundo dados do SIOPS, conforme tabela abaixo, a cidade de Valença, com 97.305 habitantes, realizou gastos com saúde no ano de 2015, da ordem de R\$20,176 milhões. No extremo oposto, Aratuípe, com 9.127 habitantes, realizou gastos da ordem de R\$3,367 milhões.

²⁹ BAHIA. SECRETARIA DA SAÚDE. . Pronto atendimento de hospital em Valença será reformado. 2010. Disponível em:

<http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=251:valenca&catid=19:fique-sabendo&Itemid=28>. Acesso em: 03 nov. 2010.

³⁰ FESFBA. Santa Casa de Valença amplia assistência com novos serviços. 2016. Disponível em: <<http://fesfba.org.br/site/?p=760>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

³¹ Em julho de 2016 dirigentes da entidade reuniram a imprensa e autoridades locais para discutir a crise econômica por qual vinham passando. Segundo informações apresentadas no encontro o inadimplemento com fornecedores já estava acarretando falta de medicamentos e do pagamento dos salários dos médicos, há um mês em atraso. O motivo principal apontado foi a sistemática de remuneração do SUS, pois, segundo a alegado, a cada R\$ 100,00 gastos, o SUS remuneraria apenas com R\$ 60,00. Este quadro obrigou a instituição à tomar empréstimos bancários. Como a remuneração do SUS é muito abaixo do necessário para cobrir os procedimentos médicos realizados pela Santa Casa, mesmo com as isenções fiscais que usufrui, esse saldo remanescente se acumulou levando a uma dívida de mais de R\$7 milhões àquela época. Fonte: http://www.santacasadevalenca.org/informativo_ler.asp?cod=338

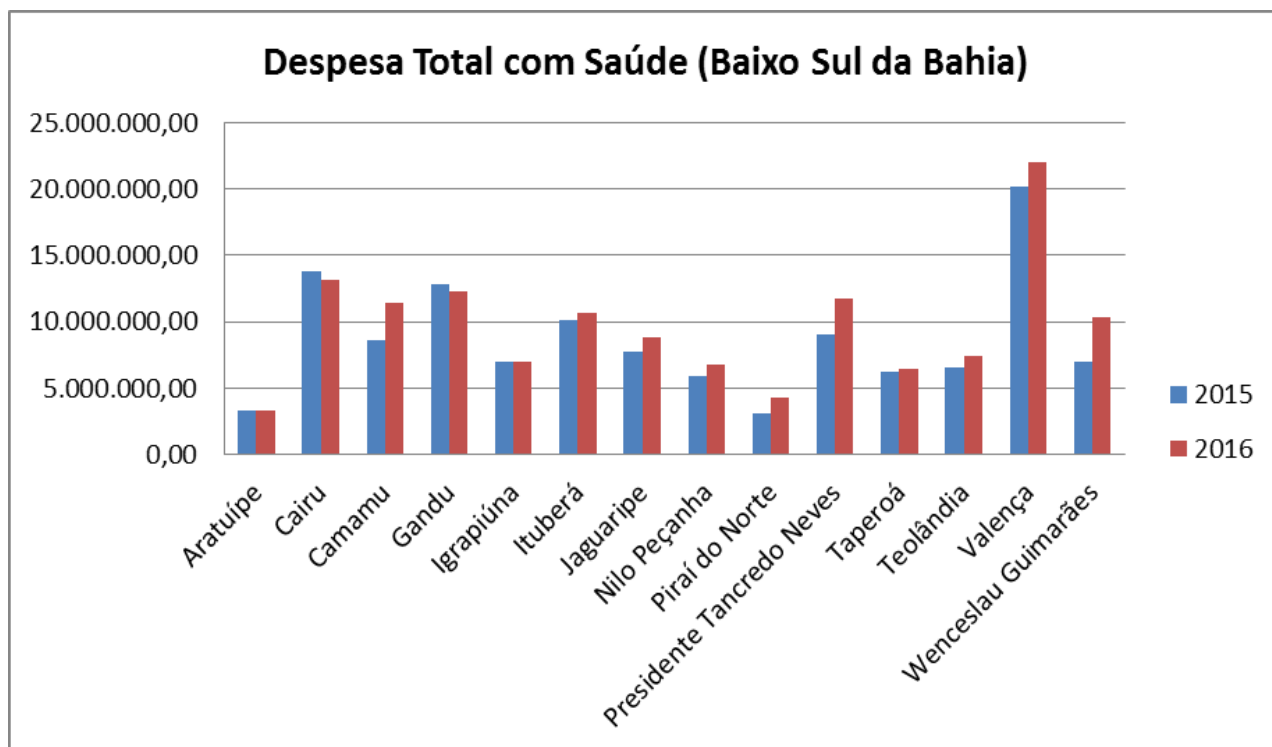
³² SANTA CASA DE VALENÇA. Santa Casa de Valença discute medidas para enfrentar crise. 2016. Disponível em: <http://www.santacasadevalenca.org/informativo_ler.asp?cod=338>. Acesso em: 10 dez. 2016.

O caso de Cairu é ilustrativo de uma distorção no tocante à análise segundo o parâmetro do número de habitantes: com o sexto maior contingente populacional (17.730 habitantes), realizou o segundo maior dispêndio na área (R\$13,810 milhões). A peculiaridade de Cairu encontra-se no fato de que, embora não apresente um número grande de habitantes, é importante polo turístico, por congregar no seu território as ilhas de Morro de São Paulo, Boipeba e Garapuá, o que implica forte movimento da economia e conseguinte arrecadação. Já a cidade de Camamu, apresenta a segunda maior população da região (36.435) e uma baixa despesa total com saúde (R\$8,611 milhões), quando considerado em termos comparativos.

Municípios	População Total (hab.)	Despesa Total com Saúde (R\$)	Despesa <i>per capita</i> com Saúde (R\$)
Aratuípe	9.127	3.367.332,89	368,94
Cairú	17.730	13.810.483,86	778,93
Camamu	36.435	8.611.231,45	236,34
Gandu	32.809	12.876.576,13	392,47
Igrapiúna	14.395	6.964.089,53	483,78
Ituberá	29.108	10.156.051,17	348,91
Jaguaripe	18.647	7.750.055,54	415,62
Nilo Peçanha	14.188	5.950.373,91	419,39
Piraí do Norte	10.360	3.075.894,46	296,90
Presidente Tancredo Neves	27.505	9.045.938,86	328,88
Taperoá	21.091	6.190.907,85	293,53
Teolândia	15.178	6.616.885,59	435,95
Valença	97.305	20.176.488,16	207,35
Wenceslau Guimarães	22.530	7.000.880,72	310,73
Total	366.408	121.593.190,12	331,85

Elaboração própria

Ainda conforme dados disponibilizados no SIOPS, é possível verificar que as cidades do baixo sul da Bahia tiveram poucos avanços na despesa total com saúde do ano de 2015 para o ano de 2016. Os aumentos mais expressivos foram nas cidades de Camamu, que avançou dos R\$ 8.611.231,45 em investimento total em saúde no ano de 2015, para R\$ 11.388.814,28 no ano de 2016; e de Wenceslau Guimarães, que do ano de 2015 para o ano de 2016 gastou R\$ 3.3000.000,00 a mais em saúde. Em contrapartida, as cidades de Cairu e Gandu gastaram menos com a saúde no mesmo intervalo de tempo.



Fonte: SIOPS, 2017.

Em 2010, a Secretaria do Tesouro Nacional (STN) divulgou um relatório com a análise da evolução dos gastos em saúde por esfera de governo, levando em consideração o valor gasto por habitante e o percentual do PIB destinado às ações de saúde. Os resultados mostraram que naquele ano os municípios brasileiros aplicaram em média R\$ 205,03 nas ações e serviços públicos de saúde.³³ Segundo dados do SIOPS, naquele mesmo ano a média de gastos *per capita* da região foi de R\$ 234,60, portanto acima da média nacional.³⁴

Cinco anos depois, conforme dados extraídos da tabela acima, esse valor médio da região elevou-se a R\$331,85. Neste caso, entretanto, Valença, obteve o pior resultado (R\$207,35), quando analisada a despesa per capita em 2015, o que se justifica por se tratar de um polo de atendimento, a atender um público que extrapola o universo dos seus habitantes, para incluir habitantes de toda a região.

Um estudo realizado pelo Conselho Federal de Medicina em parceria com a ONG Contas Abertas, divulgado em fevereiro de 2016 avaliou o gasto *per capita* do poder público

³³ SECRETARIA DO TESOURO NACIONAL. Disponível em: http://www3.tesouro.gov.br/contabilidade_governamental/download/relatorios/SIOPS_criacao_adaptacoes.pdf [Corrigir a citação, conforme ABNT (NBR 10520 e NBR 6023)]

³⁴ BRASIL. Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Ministério da Saúde. Indicadores Municipais. Disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicBA.def>. Acesso em: 10 dez. 2016.

com a saúde nas cidades brasileiras no ano de 2014, com base em dados fornecidos pelos gestores ao Ministério da Fazenda e à Secretaria do Tesouro Nacional. Segundo os dados colhidos pelas duas entidades, a média geral do Brasil é de R\$3,89 por dia a cada habitante, em ações de saúde. No ano de 2014, o poder público, incluídos todos os Entes da federação teriam gasto o equivalente a R\$1.419,00, por habitante.³⁵ Em 2010, esse valor foi de R\$ 725,22³⁶. A situação do país, segundo os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), está abaixo da média das Américas, cujo investimento *per capita* do setor público em saúde, em 2013, foi de US\$1,816.00, enquanto no Brasil, naquele ano, foi da ordem de US\$523.00, cerca de 70% menor.³⁷

É também oportuna a análise dos investimentos feitos pelas prefeituras municipais da região, os valores transferidos pela União, e os investimentos realizados pelo Estado da Bahia. Do ponto de vista constitucional os ajustes intergovernamentais se fazem principalmente pela repartição das receitas tributárias entre entes políticos. As transferências podem ser diretas ou indiretas. A diferença consiste em que as transferências indiretas realizam-se através de Fundos, e Lei Complementar pode estabelecer condições para o seu rateio. Já as transferências diretas são entregues aos entes beneficiários, ou por eles apropriadas, sem intermediação de terceiro.³⁸

A análise das transferências no âmbito do financiamento da saúde pública municipal é fundamental à avaliação da realidade desta prestação, na medida em que quanto menos se arrecada, maior é a dependência política para com as verbas oriundas de outros entes, na tentativa de conseguir atingir o mínimo de 15% de aplicação de recursos, exigidos pela Constituição.

Além de permitir o diagnóstico da dependência financeira do Municípios no âmbito da saúde, importa também verificar se os valores investidos pela União, Estado da Bahia e

³⁵ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasília). Governo gasta R\$ 3,89 ao dia na saúde de cada brasileiro. 2016. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25985:2016-02-18-12-31-38&catid=3>. Acesso em: 10 fev. 2017.

³⁶ SECRETARIA DO TESOURO NACIONAL. Disponível em: <http://www3.tesouro.gov.br/contabilidade_governamental/download/relatorios/SIOPS_criacao_adaptacoes.pdf>. Acesso em 14 fev 2017. [Corrigir a citação, conforme ABNT (NBR 10520 e NBR 6023)]

³⁷ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasília). Governo gasta R\$ 3,89 ao dia na saúde de cada brasileiro. 2016. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25985:2016-02-18-12-31-38&catid=3>. Acesso em: 10 fev. 2017.

³⁸ TORRES, R. L. Curso de Direito Financeiro e Tributário. 18ED. Rio de Janeiro: Renovar, 2011. p. 370.

Municípios são suficientes para atender a demanda da população total do Baixo Sul, e se há possibilidade de autonomia dos entes municipais nesta gestão.

Influência dos Convênios e Transferências para a Saúde na Região do Baixo Sul da Bahia

A análise dos dados disponíveis no Portal da Transparência possibilita verificar a situação do fluxo de recursos financeiros que têm origem na União e são transferidos para Estados, Distrito Federal e Municípios.

Em consulta ao portal é possível extrair os valores firmados nos convênios, instrumentos que viabilizam transferências financeiras entre entes públicos e privados em prol de um objetivo comum. A Lei 8.080/90, criada com objetivo de estimular a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, prevê no seu art. 15, XV, a celebração de Convênios relativos à ações de saúde, saneamento e meio ambiente. O decreto 6.170/2007 define com convênio o acordo, ajuste ou qualquer outro instrumento que discipline a transferência de recursos financeiros de dotações consignadas nos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União e tenha como partícipe, de um lado, órgão ou entidade da administração pública federal, direta ou indireta, e, de outro lado, órgão ou entidade da administração pública estadual, distrital ou municipal, direta ou indireta, ou ainda, entidades privadas sem fins lucrativos, visando a execução de programa de governo, envolvendo a realização de projeto, atividade, serviço, aquisição de bens ou evento de interesse recíproco, em regime de mútua cooperação.³⁹

A portaria interministerial 507/2011 regulamenta o Decreto 6.170/2007, e em seu art. 52 traz uma série de vedações no tocante aos convênios. Destaque-se a expressa vedação ao desvio do objeto, exceto no caso de ampliação da execução do objeto pactuado ou para redução ou exclusão de meta, sem prejuízo da funcionalidade do objeto contratado; e também utilizar, ainda que em caráter emergencial, os recursos para finalidade diversa da estabelecida no instrumento, ressalvado o custeio da implementação das medidas de preservação ambiental inerentes às obras constantes do Plano de Trabalho.⁴⁰

As verbas públicas decorrentes dos convênios são de afetação especial, o que significa que devem ser dirigidas ao equacionamento das situações que justificaram a celebração do

³⁹ BRASIL. Decreto n. 6.170, de 25 de julho de 2007. Dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, e dá outras providências.

⁴⁰ BRASIL. Portaria Interministerial CGU/MF/MP n. 507, de 24 de novembro de 2011. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/assuntos/patrimonio-da-uniao/legislacao/portaria-interministerial-507-2011-conv-cttos-tc.pdf>>. Acesso em 10 fev. 2012.

acordo e legitimaram o repasse de tais recursos.⁴¹ Por esta razão, o desvio das verbas decorrentes de convênios, ainda que aplicadas a outros setores de interesse social, pode implicar em crime de responsabilidade.

A jurisprudência é firme no sentido de reconhecer crime de responsabilidade, previsto no Decreto-Lei 201/1967, quando comprovado o desvio de verbas públicas, incluindo aquelas decorrentes de convênios. Em acórdão proferido pelo Tribunal Regional da 5ª Região, no julgamento da Apelação Criminal n. 0002964-15.2006.4.05.8201 foi mantida a condenação do ex-prefeito da cidade de Taperoá, a Paraíba, por crime de responsabilidade decorrente da comprovação de desvio de verbas de convênio firmado entre o Município e o Ministério da Saúde.⁴² Portanto, os convênios guardam em sua essência direitos e obrigações para todas as partes envolvidas e, por essa razão, constituem um importante aparato para o financiamento das ações de saúde.

Na análise dos convênios firmados na área de saúde chama a atenção o fato de que muitos são voltados a ações referentes ao saneamento básico, o que ocorre pela forte recomendação oriunda do próprio Ministério da Saúde. Este fato se justifica na medida em que a melhora na qualidade dos sistemas de fornecimento de água, e com a correta eliminação de resíduos sólidos, implica numa população menos suscetível à contração de doenças que se proliferam em ambientes insalubres. Por outro lado, os custos com a melhora da rede sanitária acabam sendo menores, e mais fáceis de administrar, do que os custos com o fornecimento para a cura de doenças.

A maioria das cidades do Baixo Sul da Bahia que firmou convênios com o governo federal recebeu aporte de verbas para melhoria ou implementações nos sistemas de saneamento e tratamento de resíduos sólidos. Somente as cidades de Aratuípe, Gandu, Jaguaripe, Nilo Peçanha, Valença e Wenceslau Guimarães, tiveram como objetivo dos convênios firmados ações direcionadas a reformas de ampliação estrutural ou aquisição de equipamentos hospitalares diretamente para as unidades de atendimento à população. Até o ano de 2016 a cidade que tinha previsão de receber o maior valor em convênio para ações de saúde foi a cidade de Ituberá, no valor de R\$650.000,00 direcionados para o sistema de resíduos sólidos.

⁴¹ RAMOS FILHO, C. A. M. Curso de Direito Financeiro. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 67.

⁴² Tribunal Regional da 5ª Região. Disponível em: <<https://www.trf5.jus.br/Jurisprudencia/JurisServlet?op=exibir&tipo=1>>. Acesso em 10 fev. 2012. [Corrigir a citação, conforme ABNT (NBR 10520 e NBR 6023)]

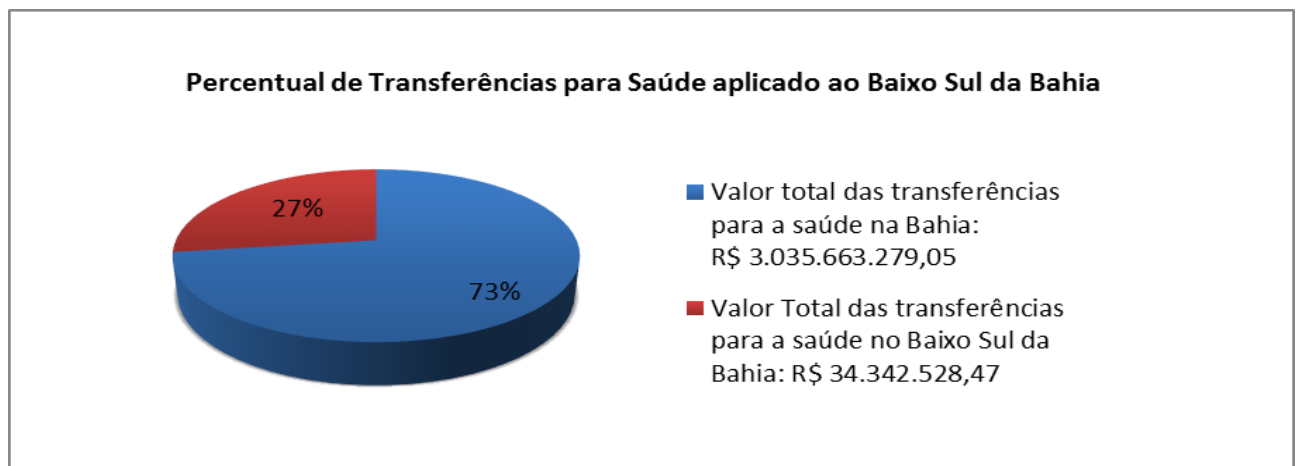
CONVÊNIOS									
Município	Situação	Objeto	Órgão - Código	Valor Convênio	Valor Liberado	Início Vigência	Fim da Vigência	Última Liberação	Valor Última Liberação
Aratuípe	Em execução	Ampliação de Unidade de Atenção Especializada em Saúde	Min. da Saúde - 36000	300.000,00	0	23/12/2014	31/08/2016		0
Cairú	Aguardand o Prestação de Contas	Implantação de Melhorias Sanitárias Domiciliares	Min. da Saúde - 36000	500.000,00	0	31/12/2013	31/12/2015		0
Camamu	Concluído	Sistema de Resíduos Sólidos	Min. da Saúde - 36000	94.670,35	94.670,35	27/12/2004	28/08/2008	29/08/2007	79.996,19
Igrapiúna	Anulado	Implantação de Melhorias Sanitárias Domiciliares	Min. da Saúde - 36000	250.000,00	0	05/11/2012	05/11/2014		0
Gandu	Anulado	Ampliação de Unidades Básicas de Saúde nos Bairros: Bela Vista e Água Preta	Min. da Saúde - 36000	195.000,00	0	31/12/2009	30/04/2013		0
Ituberá	Concluído	Sistema de Resíduos Sólidos	Min. da Saúde - 36000	650.000,00	0	29/12/2005	30/05/2009		0
Jaguaripe	Em Execução	Reforma de Unidade de Atenção Especializada em Saúde	Min. da Saúde - 36000	250.000,00	0	31/12/2015	31/08/2018		0
Nilo Peçanha	Concluído	Aquisição de Equipament os Hospitalares e Materiais Permanentes para Unidade de Saúde.	Min. da Saúde - 36000	40.000,00	0	18/12/2002	14/10/2003		0

Pirai do Norte	Concluído	Execução de Sistema de Melhorias Sanitárias Domiciliares, para atender o Município de Aratuípe/BA	Min. da Saúde – 36000	350.000,00	0	31/12/2008	23/08/2011		0
Presidente Tancredo Neves	Excluído	Execução de Melhorias Sanitárias Domiciliares	Min. da Saúde – 36000	0	0	21/01/2002	21/02/2003		0
Taperoá	Adimplente	Sistema de Esgotamento Sanitário	Min. da Saúde – 36000	500.000,00	500.000,00	30/12/2011	20/10/2016	04/05/2015	250.000,00
Teolândia	Inadimplência Suspensa	Execução de Melhorias Sanitárias Domiciliares (Projeto Alvorada)	Min. da Saúde – 36000	204.545,00	204.545,00	31/12/2001	12/08/2003	13/06/2002	102.272,50
Valença	Em Execução	Reforma de Unidade de Atenção Especializada em Saúde	Min. da Saúde – 36000	299.992,00	0	31/12/2014	05/11/2016		0
Wenceslau Guimarães	Em Execução	Aquisição de equipamento e material permanente para Unidade de Atenção Especializada em Saúde	Min. da Saúde – 36000	200.000,00	200.000,00	14/12/2015	13/12/2016	27/05/2016	200.000,00

Elaboração própria

No Portal da Transparência é possível ainda colher indicadores que demonstram os valores repassados por meio de transferências do governo federal no total. Num cenário mais amplo, primeiramente, cabe pontuar que segundo os dados dispostos na página eletrônica, em 2015, o valor repassado por transferências com destinação à saúde foi de R\$ 48,297 milhões. Em 2016, até o mês de setembro, que é o lapso temporal disponível na consulta, os municípios da região do baixo sul receberam um total de R\$ 34,342 milhões destinados à saúde. Isso representou o equivalente a 27% das transferências realizadas pelo governo federal à Bahia.

Ressalte-se que o próprio portal emite um alerta na sua consulta indicando que os recursos apresentados por área referem-se apenas à consolidação por função orçamentária dos valores transferidos pelo Governo Federal aos estados e municípios, conforme classificação da despesa no Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI), e não refletem a totalidade dos gastos do Governo Federal nessas áreas. Portanto, ainda que os valores estejam disponíveis para consulta, é possível que não tenham sido aplicados.



Elaboração própria

Por outro lado, a consulta ao SIOPS, permitiu colher os dados e analisar os valores destinados às cidades do Baixo do Sul da Bahia individualmente. Para colher uma melhor análise da relação entre autonomia orçamentária e transferências de recursos, dois indicadores precisam ser analisados em conjunto. O primeiro deles refere-se às receitas de tributos em relação à receita total, excluindo as deduções, em comparação com a relação entre as transferências intergovernamentais correntes e de capital e a receita total do município, também excluindo as deduções. O segundo indicador refere-se à relação entre as receitas de impostos municipais, e a receita total do município. Ambos têm como finalidade dimensionar a capacidade de arrecadação.

A cidade que apresentou um maior grau de autonomia, em termos relativos, foi Jaguaripe, com uma arrecadação tributária própria da ordem de 15,57% da receita total do município. Para se ter um referencial, na cidade de Salvador esta relação encontra-se em 33,88%, em 2015. Igrapiúna, Taperoá e Piraí do Norte, apresentam uma relação de menos de 2%, o que as coloca numa situação de completa dependência de transferências financeiras.

Segundo dados do Tribunal de Contas do Estado da Bahia, em 2016, a cidade de Piraí do Norte arrecadou R\$221.727,88, e recebeu transferências da ordem de R\$ 19,064 milhões.⁴³ Tais dados expõem o nível de dependência financeira das pequenas cidades.

No ano de 2010, um estudo divulgado pela Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI) revelou que de um total de 417 cidades, 407 municípios respondiam conjuntamente por apenas 25% da arrecadação total de tributos do Estado. Dentre as dez primeiras cidades que mais arrecadaram naquele ano, nenhuma localizava-se no Baixo Sul. A discrepância entre a arrecadação da capital e das cidades do interior foi tão grande que Salvador obteve uma arrecadação da ordem R\$ 4,505 milhões, enquanto as 401 cidades destinatárias dos 25% da arrecadação, recolheram, juntas, R\$3,221 milhões.⁴⁴

Segundo dados divulgados pela Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic 2012) do IBGE, realizado anualmente, a instalação de sistemas informatizados para arrecadação de IPTU e ISS, por exemplo, e o aumento no número de taxas foram fatores determinantes para o crescimento da arrecadação dos Municípios. Porém, como os números da pesquisa atestam, os percentuais de participação dos entes locais na arrecadação, estão muito distantes de uma situação de autonomia financeira.

De 2000 a 2009 houve crescimento da partição dos tributos municipais na carga tributária nacional. Enquanto a participação dos Estados ficou estagnada em 27,6%, a participação dos municípios passou de 5,3% para 6,5%, e a da União caiu de 67,1% para 65,9%⁴⁵. Porém nos anos de 2013 a 2015 a participação diminuiu. A participação da União ascendeu a 68%, enquanto a dos municípios recuaram para 6%.⁴⁶

O segundo indicador considera a relação entre receitas municipais oriundas do IRRF, do ITR, do IPTU, do ISS e do ITIV, e as transferências advindas do FPM e do ICMS. O cálculo de repasse do FPM, cujos recursos são oriundos do equivalente a 49% da arrecadação do IR e do IPI, ambos impostos federais, leva em consideração o número de habitantes, e a renda *per*

⁴³ BAHIA. Tribunal de Contas dos Municípios do Estado da Bahia. Governo do Estado da Bahia. Piraí do Norte. Disponível em: <<http://www.tcm.ba.gov.br/municipio-post/pirai-do-norte/>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

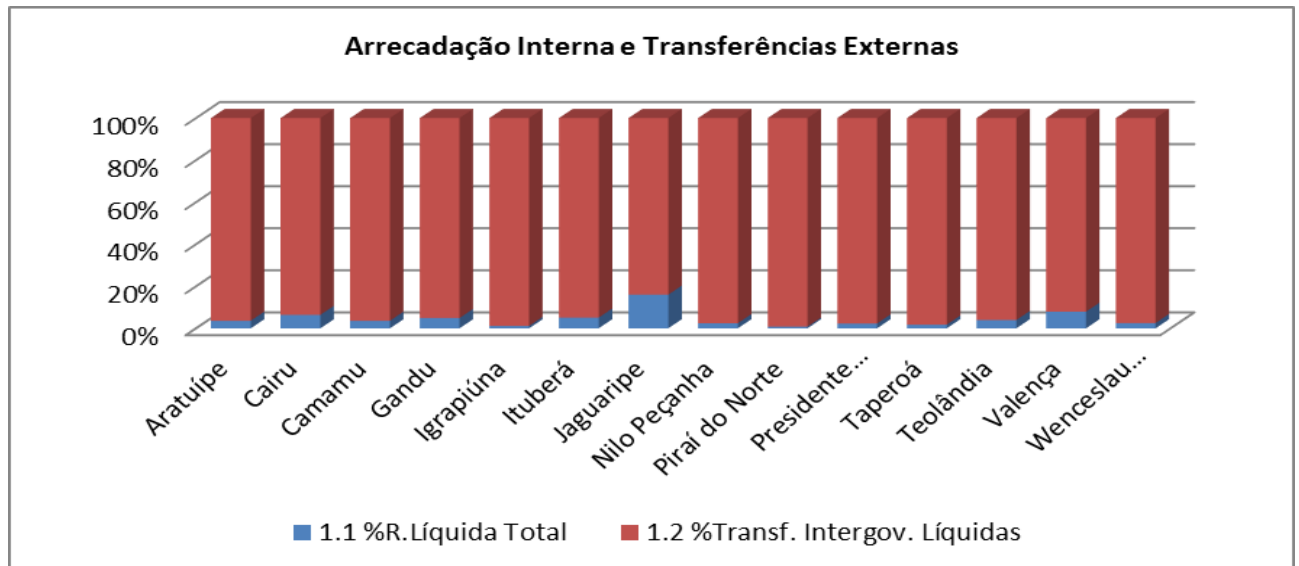
⁴⁴ BAHIA. SEI. Disponível em: <http://www.sei.ba.gov.br/images/bahia_sintese/bahia_numeros/xls/ind_eco/fin_int3.xls>. Acesso em 15 fev 2017. [Corrigir a citação, conforme ABNT (NBR 10520 e NBR 6023)]

⁴⁵ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. 2012. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Perfil_Municipios/2012/munic2012.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2017.

⁴⁶ BRASIL. Receita Federal. Ministério da Fazenda. Carga Tributária no Brasil. Disponível em: <<http://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/estudos-e-tributarios-e-aduaneiros/estudos-e-estatisticas/carga-tributaria-no-brasil/carga-tributaria-no-brasil-cap>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

capita do município. Já do valor arrecadado com o ICMS, imposto estadual, 25% serão destinados aos Municípios.

A análise do primeiro indicador (capacidade de arrecadação) juntamente com o segundo (transferências realizadas por outros entes) corrobora com a constatação de alto grau de dependência financeira dos municípios do Baixo Sul da Bahia, conforme se observa no gráfico abaixo:



Esta é mais uma análise para deixar claro que a repartição de receitas tributárias estabelecidas pela Constituição Federal e pelos mecanismos criados pela legislação infraconstitucional não são suficientes para garantir uma justa arrecadação, e muito menos para garantir que os municípios consigam gerir os serviços públicos que são de suas responsabilidades com autonomia. Como bem pontuado no estudo do IBGE (“Munic” 2012), para compensar a baixa arrecadação, os municípios são beneficiados pelas transferências governamentais, o que explica sua elevada participação na receita disponível nacional. Este mecanismo, de natureza redistributiva, garante o cumprimento das crescentes funções desempenhadas pelos municípios no processo de execução de políticas públicas. Revela, no entanto, sua significativa dependência financeira em relação aos demais entes federados para a execução de suas obrigações constitucionais.

CONCLUSÃO

A forma como foram distribuídas as competências tributárias no Brasil comprometeu a autonomia financeira dos Municípios. A União recolhe a maior parte da carga tributária, enquanto os Municípios beneficiam-se de uma parcela mínima da arrecadação.

Essa forma de discriminar as rendas escolhida pelo constituinte de 1988 reflete a participação dos municípios no produto da arrecadação total do país. Em que pese essa participação ter melhorado no decorrer dos anos, ela ainda é muito pequena.

Em que pese os regimes de transferências obrigatórias e voluntárias trazidos pela CF/88, e a possibilidade de se estabelecerem convênios entre os entes públicos, como uma tentativa de impedir o desequilíbrio financeiro, a situação é insustentável. Os municípios, carecem de autonomia financeira para gerir serviços essenciais básicos, como é o exemplo da saúde, gerando um quadro de profunda deficiência na sua prestação. Por causa da insuficiência de recursos próprios, os entes municipais colocam-se numa constante situação de dependência de recursos, o que prejudica a implementação de novas políticas públicas.

Os postos de saúde municipais carecem de leitos, faltam medicamentos e as ações de saneamento básico ainda são deficitárias em muitas cidades, principalmente nos interiores dos Estados. A situação na região do Baixo Sul da Bahia não é diferente. Os dados colhidos demonstram como a rede de saúde local é insuficiente para atender a toda a população da região. Uma Santa Casa como sendo o principal ponto de referência para atendimento de saúde para quatorze cidades ilustra a situação deficitária em que se encontra a região. Não obstante a discricionariedade das opções de políticas públicas, a simples análise da arrecadação dessas cidades demonstra como os municípios não conseguem sozinhos pôr à disposição da sociedade serviços essenciais básicos pela evidente ausência de recursos suficientes.

É necessário reestruturar os contornos da distribuição da arrecadação tributária, com vistas à promoção de um Estado efetivamente federal, no qual os seus entes componentes tenham condição de gerir as demandas públicas, com vistas a assegurar a efetivação dos direitos fundamentais previstos na Constituição. É necessária a promoção de alterações legislativas que permitam a implementação de um sistema federativo colaborativo, e não um sistema onde o quadro geral é sempre de dependência entre entes políticos. A partir daí então, poderá se vislumbrar uma prestação de saúde mais eficiente e justa, levando para a toda a população um serviço de qualidade, resultado de esforços dos poderes públicos locais, e subsidiariamente do governo central.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, J. R. R. Municípios, Arrecadação e Administração Tributária: Quebrando Tabus. *Revista do BNDES*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 10, p. 10-11, 1998.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. Assessoria de Comunicação – AGECON. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=251:valenca&catid=19:fique-sabendo&Itemid=28>. Acesso em 03 nov. 2016

_____. Tribunal de Contas do Estado da Bahia.

_____. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia.

BALEIRO, A. **Direito Tributário Brasileiro**. Atualizado por Misabel Abreu Machado Derzi. 13. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2015.

BONAVIDES, P. **Curso de Direito Constitucional**. 20 ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

BRASIL. Controladoria Geral da União. Portal da Transparência. Brasília, 2016.

_____. Decreto n. 6.170, de 25 de julho de 2007.

_____. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Plano Territorial de Desenvolvimento Sustentável do Baixo Sul da Bahia, 2010.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Arranjos organizacionais para o setor público: experiências da Espanha, França, Estados Unidos e Reino Unido.

_____. Planalto. Lei Complementar 101, 4 de maio de 2000.

_____. Portaria Interministerial CGU/MF/MP n. 507, de 24 de novembro de 2011.

_____. Receita Federal Do Brasil. Carga Tributária Nacional do Brasil em, 2014.

_____. Secretaria do Tesouro Nacional, 2017.

Caderno Territorial do Baixo Sul da Bahia, 2015. Disponível em: <http://sit.mda.gov.br/download/caderno/caderno_territorial_021_Baixo%20Sul%20-%20BA.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2016.

CUÉLLAR, L. **A Lei de Responsabilidade Fiscal e convênios entre entes da federação**, 2001.

DÓRIA, A. R. S. **Discriminação de Rendas Tributárias**. São Paulo: José Bushatsk, 1972.

FILHO, C. A. M. R. **Curso de Direito Financeiro**. São Paulo: Saraiva, 2012.

HAMILTON, A. *The Federalist*. Indianapolis: Liberty Fund. p. 145-146.

IBGE. **Pesquisa de Informações Básicas Municipais**, 2012.

KELSEN, H. **Teoria Geral do Direito e do Estado**. Tradução de Luís Carlos Borges. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

OLIVEIRA, R. F. de. **Curso de Direito Financeiro**. 3 ed. rev. e. atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

Santa Casa de Valença. Disponível em:
<http://www.santacasadevalenca.org/conteudo_pagina.asp?cod=1&page=sobre_a_santa_casa&cod_cat=1>. Acesso em 01 nov. 2016.

SANTOS, A. M. S. P. **Município, Descentralização e Território**. Rio de Janeiro: Forense, 2008.

SILVA, J. A. da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 37 ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2014.

SOUTO, P. **A assimetria das obrigações entre os entes da Federação**. SP: Revista Liberdade e Cidadania, n.16, 2014.

TORRES, R. L. **Curso de Direito Financeiro e Tributário**. 18 ed. ver. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

Trabalho enviado em 04 de dezembro de 2017.

Aceito em 23 de fevereiro de 2018.