
O ESTADO BRASILEIRO, SUA ORGANIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA E O FINANCIAMENTO PÚBLICO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS. ANÁLISE APLICADA AO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NA REGIÃO DO RECÔNCAVO DA BAHIA ¹

André Portella²

Luana Braga Machado³

Resumo

Este trabalho objetiva conhecer a realidade do financiamento público da saúde na região do Recôncavo da Bahia, considerando-o no contexto da estrutura político-administrativa do Estado brasileiro. A pesquisa desenvolvida para este fim possui caráter tanto bibliográfico, documental, como empírico, baseada na doutrina especializada e na legislação, e na utilização dos dados disponibilizados no Portal da Transparência do Ministério da Saúde, e do Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), no período referente ao primeiro semestre de 2016. A partir de uma perspectiva crítica, procura-se apresentar a realidade do financiamento da saúde e as peculiaridades de cada município do território considerado, partindo do pressuposto constitucional de que saúde é um direito fundamental, que deve ser oferecido de forma plena, com qualidade e respeito à dignidade humana, sempre segundo índices estabelecidos tanto pela legislação vigente, como por organismos especializados.

Palavras-chave: Financiamento; Federalismo Fiscal; Financiamento Público; Saúde Pública; Recôncavo da Bahia.

INTRODUÇÃO

A compreensão do financiamento público da saúde no Brasil requer um olhar que contemple a compreensão da organização político administrativa do Estado. Não há como analisar uma política pública e a forma como se materializa sem adentrar no entendimento preliminar sobre as bases a partir das quais se dá a sua estrutura.

¹ Este trabalho foi realizado no âmbito do projeto “Federalismo Fiscal e efetividade da dignidade da pessoa humana”, que conta com o apoio do CNPq e da FAPESB.

² Doutor em Direito Financeiro e Tributário, professor Adjunto de Direito Financeiro e Tributário da Faculdade de Direito da UFBA, e da Universidade Católica do Salvador (UCSal), pesquisador do CNPq, coordenador do NEF – Tributação e Finanças Públicas, advogado. E-mail: aaportella@hotmail.com

³ Assistente Social, graduanda em Direito pela Universidade Federal da Bahia, pesquisadora de iniciação científica junto ao NEF. E-mail: luanabraga.machado@hotmail.com

Nesse sentido, é importante considerar que qualquer política pública necessita de um Estado que a viabilize, atuando como o principal responsável por tal tarefa. Deste modo, compreender o modelo político-administrativo de um país é necessário na medida em que cada perfil particular adotado pelos Estados soberanos representa também a maneira como o Estado concebe seu papel, os limites, possibilidades e responsabilidades de atuação frente às demandas dos cidadãos.

É pautando-se por esta lógica que o artigo ora apresentado inicia a discussão acerca do financiamento público da saúde no Recôncavo Baiano. A partir do conhecimento sobre a organização política-administrativa adotada pelo Estado brasileiro e o seu impacto sobre a estrutura do financiamento público do país, bem como as atribuições constitucionais dos Municípios, com especial referência às ações de saúde, será possível oferecer uma perspectiva crítica sobre a situação do financiamento dos Municípios selecionados na pesquisa.

Todo o percurso metodológico deste artigo visa proporcionar uma compreensão da estrutura do financiamento público da saúde no território pesquisado, suas fragilidades, e dicotomia existente entre as atribuições de cada ente e os recursos de que dispõe para efetivar as atribuições que lhe são encarregadas pela CF/88. Os dados empíricos levantados permitem visualizar melhor tais ponderações e entender como se efetiva a política de saúde na região do Recôncavo do Estado da Bahia, tomando como parâmetro a arrecadação, por um lado, e a realização de despesas, por outro. Tal análise levará em consideração os dados referentes aos anos de 2015 e 2016.

O item 2 é voltado à compreensão da estrutura política-administrativa do país, e no âmbito desta, ao entendimento da estrutura do financiamento público brasileiro. No item 3, a análise, ainda sobre o financiamento, será aplicada à área da saúde pública.

O item 4 é voltado à análise do financiamento da saúde no âmbito dos Municípios localizados no território do Recôncavo Baiano. É com base neste conhecimento prévio e necessário sobre a realidade que se está pesquisando, que será possível entender como se materializa o financiamento da saúde, por meio da apresentação e análise de dados empíricos.

A ORGANIZAÇÃO POLÍTICO ADMINISTRATIVA DO ESTADO BRASILEIRO E O SEU FEDERALISMO FISCAL

O Estado Federal consiste em um “Estado soberano, formado por uma pluralidade de Estados, no qual o poder do Estado emana dos Estados-membros, ligados numa unidade estatal” (JELLINEK, 1914, p.769 *apud* BONAVIDES, p. 228). Embora haja uma diversidade de entes com autonomia política-administrativa, há uma relação intrínseca de interdependência, a qual torna cada membro capaz de se auto gerir, sem prejuízo de fazerem

parte de um mesmo Estado Federal.

A forma como esta organização se manifesta, do ponto de vista da sua dinâmica deliberativa, é descrita por Oates (1972) como

[...] um setor público com níveis decisórios tanto centralizados como descentralizados, nos quais as escolhas feitas a cada nível, relativas a provisão de serviços públicos, são determinadas em grande parte pela demanda destes serviços por parte dos residentes (e talvez de outros que aí desenvolvem suas atividades) das respectivas jurisdições (OATES, 1972).

Nestes termos, a federação representa uma forma de configuração de Estado que se apresenta administrativa e politicamente descentralizado. Esta estrutura se dá a partir de competências distribuídas entre os entes, que no modelo brasileiro são a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, conforme previsto na Constituição Federal de 1988 (CF/88).

Como detalha Oates (1972),

[...] a constituição prescreve que as políticas do governo central sejam decididas por um presidente “planejador” eleito ou designado pelos membros da federação. No regime federalista cooperativo, a restrição constitucional específica que as políticas do governo central sejam decididas de forma unânime pelos representantes eleitos de cada membro da federação, concedendo a cada membro um poder de veto no processo de decisão política. No federalismo democrático as políticas do governo central são estabelecidas a partir da maioria simples dos representantes eleitos dos membros da federação (OATES, 1972).

Pela perspectiva da participação dos entes, própria da estrutura federalista, os Estados-membros integram o processo de construção da vontade política que se sustenta e que vale para toda a organização federal. A intervenção de cada membro nas deliberações da federação é necessária e é isso que contribui para a construção do aparelho institucional da Federação. Na concepção de Le Fur, cada ente atua tanto na criação como no exercício da “substância mesma da soberania”, elementos suficientes para distingui-los das províncias ou coletividades simplesmente descentralizadas que compõem o Estado unitário, dada a complexidade do sistema (*apud* BONAVIDES, 1994).

Na perspectiva tributária, o federalismo manifesta-se na atribuição de competências para estabelecer, de forma autônoma, o regime de tributação, sempre nos limites constitucionais. No Brasil, os municípios e o Distrito Federal são também pessoas políticas, dotadas inclusive de competências legislativas tributárias. Diz-se que o federalismo brasileiro é inovador, uma vez que, com a CF/88, estabeleceu-se um federalismo de três níveis que inclui o município como ente federado, o que, conseqüentemente, assegura ao município um poder constituinte decorrente ou derivado, que se instrumentaliza na Lei Orgânica municipal (FILHO, 2007, p. 71).

Enfatize-se, como elemento característico do federalismo a autonomia político-administrativa, em que pese a relação de interdependência própria de sistemas políticos deste tipo. Inclusive para discussão aqui tratada, referente ao financiamento das políticas públicas de saúde, é fundamental considerar a autonomia administrativa e

financeira.

Bonavides (1994) considera que a “lei da autonomia” manifesta de forma nítida o caráter estatal das unidades federadas. Estas, inclusive, segundo o autor, são dotadas de capacidade para estabelecer ordem constitucional própria e competência dos três poderes que, comumente integram o Estado; podem também exercer os diversos poderes integrantes do sistema federativo, em observância à CF/88:

A participação e a autonomia são processos que se inserem na ampla moldura da Federação, envolvidos pelas garantias e pela certeza do ordenamento constitucional superior — a Constituição federal, cimento de todo o sistema federativo. Tanto a participação como a autonomia existem em função das regras constitucionais supremas, que permitem ver na Federação, como viu Tocqueville no século XIX, duas sociedades distintas, “encaixadas uma na outra”, a saber, o Estado federal e os Estados federados harmonicamente superpostos e conexos (BONAVIDES, 1994, p. 231).

É a partir desta estrutura de Estado que a dimensão fiscal se insere, consoante com os pressupostos de autonomia e interdependência. Tanto o poder da União como os dos demais entes devem, no âmbito do federalismo fiscal, ter asseguradas fontes de receitas para custear suas despesas. Além das atividades econômicas que podem ser desenvolvidas para este fim, bem como a exploração do patrimônio público, o tributo consiste na maior fonte de receita.

Segundo Martins Filho (2007, p. 72) o federalismo fiscal pressupõe “uma repartição constitucional de competências tributário-fiscais, equânime e proporcional distribuição de receitas e equilíbrio entre as competências, atribuições e receitas delimitadas constitucionalmente”. Nesse sentido, pela lógica da autonomia, a estrutura federativa fiscal prevê o equilíbrio tributário e a cooperação intragovernamental das esferas:

Preocupação das mais importantes num federalismo fiscal deve ser a de assegurar o necessário equilíbrio entre a repartição de competências impositivas e a autonomia financeira dos entes federados, ficando a cargo de cada federação escolher e adotar a solução mais compatível com suas especificidades, não sendo possível dizer que há um padrão único. A harmonização tributária intrafederação é outro elemento importante, pois atenua os riscos de desintegração econômica da federação ao eliminar as barreiras ao comércio interno, simplificando o sistema e propiciando cooperação (MARTINS FILHO, 2007, p. 77-78).

O federalismo fiscal no Brasil precisa ser compreendido a partir dos elementos que podem ser tratados como fundamentais para sua configuração. A arrecadação tributária, supracitada, deve ser considerada como uma necessidade primária nesse sistema, além da autonomia de cada ente na gestão dos seus recursos e despesas, acrescida ainda da articulação permanente entre os entes da federação nos repasses e transferências.

Um sistema tributário moderno além de ter como escopo o financiamento das despesas do governo deve também procurar atender vários objetivos, para que ele contribua para o desenvolvimento econômico e social do país. Os principais objetivos, de acordo com a literatura econômica que trata das finanças públicas, são os seguintes: i) eficiência ii) simplicidade iii) flexibilidade, iv) transparência, v) equidade e vi) federalismo fiscal. Estes objetivos são muitas vezes conflitantes, e uma escolha tem que ser feita em função das preferências da sociedade (BARBOSA, 1998, p. 84).

O que se pode notar, em essência, é o fato de o federalismo fiscal ser inerente à estrutura federalista como

um todo, e a base do seu entendimento, ou o seu princípio, é a repartição das responsabilidades tributárias, com a atuação de cada membro disciplinada pelas normas constitucionais.

A ESTRUTURA DO FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO BRASIL, E O PROBLEMA DA DESCOORDENAÇÃO NA ATUAÇÃO DOS ENTES FEDERATIVOS

A questão da articulação das atribuições inerentes à gestão da saúde entre os distintos entes políticos

O financiamento da saúde no Brasil se dá de forma descentralizada, com a distribuição de competências comuns e concorrentes entre todos os entes da federação. Embora tais entes contem com autonomia de atuação, a atenção à saúde deve-se dar de modo interdependente e coordenado, com vistas a resguardar o equilíbrio em termos financeiros. Significa que cada ente deve ser onerado em conformidade com as suas limitações de receita, de modo que os municípios cujo poder tributário seja menor, não pode se sobrecarregar com atribuições incompatíveis com sua realidade financeira.

As relações intergovernamentais devem ser regidas pela construção de redes de controle e cooperação e não por uma dicotomia entre centralização e descentralização (ABRUCIO, 2001):

A soberania compartilhada só pode ser mantida ao longo do tempo caso se estabeleça uma relação de equilíbrio entre a autonomia dos pactuantes e a interdependência entre eles. Este equilíbrio revela-se essencial, pois as federações são, por natureza, marcadas pela diversidade e pelo conflito, por um lado, e pela necessidade de compatibilizar, democraticamente, os propósitos locais com os nacionais, por outro. É preciso estabelecer, então, um relacionamento intergovernamental que evite a desagregação, a descoordenação e a competição selvagem entre os entes federativos, construindo um ambiente de cooperação sob um marco pluralista (idem, 2001).

O relacionamento intergovernamental é fundamentalmente necessário quando se trata de organização e efetivação de um modelo de política pública que se concretiza com autonomia dos entes, mas que não produz efeitos caso não haja cooperação e diálogo permanentes. Esta premissa se faz especialmente relevante no tocante às políticas de saúde, na medida em que a necessidade de atuação coordenada é inerente à própria efetividade das ações na área.

Tal assertiva evidencia-se no caráter complementar que o monitoramento e a execução dos serviços prestados no âmbito do SUS devem-se dar de forma complementar entre municípios, estados e União, nos termos disposto na Lei 8.080/90. O Capítulo IV da Lei não deixa dúvida desta caráter coordenado que se espera da atuação dos distintos níveis político-administrativos na área da saúde. Ao tratar da competência e atribuições de

cada ente na implementação de ações de saúde pública, diversas funções prezam pela corresponsabilidade, embora a primazia da execução, em alguns casos, seja atribuída a determinada esfera específica.

A partir de tal premissa é que Souto (2012) considera desastroso o fato da política de saúde prever que os Estados e Municípios sejam obrigados a gastar um percentual fixo de sua receita corrente líquida na área da saúde (12% para os Estados e 15% para os Municípios) enquanto que a União foge desse tipo de vinculação, para ter os seus gastos com saúde atrelados ao crescimento do PIB, a partir de uma base de gastos que tem como referência o ano 2000.

Para o referido autor, a União privou a saúde da aplicação de todos os ganhos reais que obteve com o crescimento da arrecadação, estabelecendo seus gastos em função de baixos índices de crescimento do PIB registrados ao longo da maioria dos anos. O resultado da adoção de tal parâmetro de participação no financiamento da saúde teria sido profundamente prejudicial para o setor, segundo o autor: “a União, que em 2000 era responsável por 59,79% dos gastos públicos em saúde, em 2008 diminuiu essa participação para 44,63%, e não há evidência de que tenha recuperado a sua posição original nos anos mais recentes” (SOUTO, 2012, p. 07).

Estas informações ganham relevância quando se verifica que as demandas do cidadão só podem ser supridas a partir da efetivação dos pressupostos do compartilhamento de recursos financeiros pertencentes aos Entes políticos. Os Municípios, de maneira isolada, não têm condições financeiras para suportar os custos de tais demandas. O equilíbrio entre autonomia e interdependência, próprio do federalismo fiscal e do modelo de financiamento da saúde previsto constitucionalmente, precisa ser entendido como pressuposto para a efetivação das políticas públicas de saúde.

Como sintetiza LIMA,

[...] as transferências federais do SUS não favorecem uma maior igualdade no gasto público em saúde porque: 1) não permitem, na sua maioria, a redistribuição de recursos para estados e municípios com maiores dificuldades orçamentárias, pois sua forte associação com a oferta e produção impede ampliar as receitas disponíveis em estados e municípios com menor capacidade de arrecadação. Estados e municípios mais ricos são os que apresentam maior capacidade de oferta e produção, constituindo o "círculo vicioso" a que se refere Banting & Corbett; 2) desconsideram as possibilidades reais de aporte de recursos e ampliação de gasto a partir das receitas próprias das esferas subnacionais fruto das regras que informam o federalismo fiscal no Brasil (LIMA, 2007).

O desequilíbrio federativo no tocante às receitas pode ser constatado não apenas com cifras, ainda que estas evidenciem a precariedade das prestações no âmbito da saúde, presente na vida de qualquer cidadão. Trata-se também de uma questão de eficiência na articulação entre os entes envolvido no atendimento:

A promoção da cidadania de parcela significativa da população depende da eficiência do setor público na provisão adequada de ações e serviços de saúde. Esse desafio mostra-se particularmente difícil em um contexto de demanda crescente e restrição orçamentária. Os

recursos são escassos, as possibilidades de utilização de subterfúgios de administração financeira, corriqueiros em períodos inflacionários, são limitadas, e por isso é preciso planejar as ações a serem desenvolvidas. (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

Em definitiva, a realidade da saúde no Brasil, da qual a situação na região do Recôncavo da Bahia não destoa, precisa ser tratada como política em processo de consolidação, embora tenha sido estruturada desde 1990. Por essa lógica, o grande problema do financiamento não residiria, primordialmente, na escassez de recursos com vistas à promoção da dignidade humana, mas na forma como a gestão de tais recursos encontra-se estruturada.

O desenho estrutural do financiamento da saúde no Brasil

A CF/88 consistiu num marco normativo significativo no que se refere à estruturação das políticas públicas de saúde enquanto direito universal de todo cidadão. Normas posteriores trataram de consolidar tal estrutura, no que se passou a denominar Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei Orgânica da Saúde (LOS), a EC 29/2000, as Normas Operacionais Básicas, junto a outros dispositivos legais, deram a configuração que o SUS possui hoje, em todos os aspectos, dentre eles, o do financiamento.

Na linha do que expõe o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (2007),

A Emenda Constitucional n. 2914 (EC n. 29) promulgada em 13 de setembro de 2000, assegurou o financiamento das ações e serviços públicos de saúde estabelecendo que as três esferas de governo apórtem anualmente recursos mínimos proveniente da aplicação de percentuais das receitas e determinando as suas bases de cálculo. Portanto, vinculou recursos para o setor saúde (BRASIL, 2007, p. 61).

O Decreto 1.232/94 estabeleceu as condições e as formas para viabilizar os repasses regulares e automáticos dos recursos do SUS. São os chamados “repasses de fundo a fundo”, os quais, começaram a ser feitos para os estados e municípios que estivessem habilitados na forma de gestão semi-plena conforme previsto na Norma Operacional Básica 01/1993 (BRASIL, 2007).

Essa Norma Operacional criou três condições de gestão – incipiente, parcial e semi-plena – às quais estados e municípios poderiam se habilitar, de acordo com suas capacidades técnicas para assumir as responsabilidades inerentes a cada uma das condições de gestão. Contudo, somente no caso da gestão semi-plena, a mais avançada, estava prevista a transferência regular e automática aos fundos de saúde de recursos federais, calculando-se tetos financeiro globais com base na série histórica de gastos (idem, p. 130-131).

O que se pode observar à luz das informações trazidas pelo CONASS, é que o financiamento da saúde pós CF/1988 traz consigo uma complexidade e rigor no trato com o dinheiro público, uma maior corresponsabilidade das esferas da federação, cuja característica mais evidente consiste na proposta de descentralização e autonomia.

Diante das diversas regras estabelecidas para a transferência de recursos, a Portaria GM/MS n. 204/2007, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle. Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde

passaram a ser organizados e transferidos na forma de Blocos de Financiamento. São seis os Blocos de Financiamento, quais sejam: a) Atenção Básica; b) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; c) Vigilância em Saúde; d) Assistência Farmacêutica; e) Gestão do SUS; f) Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento serão transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos. As exceções são os recursos do bloco da Assistência Farmacêutica que devem ser movimentados em contas específicas para cada componente relativo ao bloco e os recursos federais provenientes de acordos de empréstimos internacionais (BRASIL, 2007, 140-141).

O Ministério da Saúde expõe de modo claro e acessível a estruturação dos repasses financeiros para as ações e serviços de saúde, caracterizando os principais elementos de cada bloco. A partir disso, é possível entender que estes são constituídos por componentes, de acordo com as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados. Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento são transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE⁴).

A tabela 1 permite uma melhor compreensão desta estrutura:

Tabela 1: Blocos de Financiamento da Saúde

BLOCO DE FINANCIAMENTO	COMPONENTES	INFORMAÇÃO ADICIONAL
Atenção Básica	I. Componente Piso da Atenção Básica – PAB Fixo; II. Componente Piso da Atenção Básica – PAB Variável.	O Componente Piso da Atenção Básica - PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios. O Componente Piso da Atenção Básica - PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias realizadas no âmbito da atenção básica em saúde. Os recursos do Componente PAB Variável são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde.
Atenção de Média e Alta	I – Componente Limite	Os recursos federais são transferidos do Fundo

⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE, Fundo Nacional de Saúde. Disponível em <<http://www.fns.saude.gov.br/visao/carregarMenu.jsf?coMenu=17>> Acesso em 15/09/2016 às 16:33 horas.

<p>Complexidade Ambulatorial e Hospitalar</p>	<p>Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC; II – Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.</p>	<p>Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada, publicada em ato normativo específico.</p>
<p>Vigilância em Saúde;</p>	<p>I. Componente da Vigilância e Promoção da Saúde; II. Componente da Vigilância Sanitária.</p>	<p>As Portarias GM/MS n. 3252, de 22 de dezembro de 2009, e GM/MS n. 1106, de 12 de maio de 2009, alteraram dispositivos da Portaria GM/MS n. 204/07. Os recursos que compõem o bloco financeiro de Vigilância em Saúde dos municípios, do Distrito Federal e dos estados representam o agrupamento das ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e de vigilância sanitária.</p>
<p>Assistência Farmacêutica</p>	<p>I. Componente Básico da Assistência Farmacêutica; II. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; III. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.</p>	<p>O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos do elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica e programas de saúde estratégicos. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde caracterizada pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde</p>
<p>Gestão do SUS</p>	<p>I. Componente para a Qualificação da Gestão do SUS; II. Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.</p>	<p>A transferência dos recursos do Componente para a Qualificação da Gestão do SUS dar-se-á mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão e respeitados os critérios estabelecidos em ato normativo específico. A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica.</p>
<p>*Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde</p>	<p>Em 2009, a Portaria GM/MS n. 837, de 23 de abril, alterou e acrescentou dispositivos à Portaria GM/MS n. 204/2007, para inserir o bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. O bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde é composto por recursos financeiros que são transferidos mediante repasse</p>	

	regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação de projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado ao Ministério da Saúde.
--	--

Fonte: Fundo Nacional de Saúde, Ministério da Saúde/Brasil. Disponível em <http://www.fns.saude.gov.br/visao/carregarMenu.jsf?coMenu=17> Acesso em 08/06/2017.

Conforme CF/88, art. 196, o SUS é financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. As ações e serviços do SUS devem ser efetivados de modo regionalizado e hierarquizado, com níveis de complexidade crescente, que vão da atenção básica, à média e alta complexidade, o que também condiciona o respectivo financiamento.

Disto resulta que o financiamento da saúde é efetuado em conformidade com a lógica corresponsabilidade entre esferas de governo, com vistas ao grau de complexidade do atendimento, e segundo o bloco de financiamento.

A partir de tais dados, que possibilitam a compreensão geral da estrutura do financiamento da saúde, em termos conceituais, é importante se debruçar sobre a realidade de tal financiamento no plano municipal brasileiro, a fim de obter uma perspectiva mais precisa da forma como se encontra tal financiamento. Neste sentido, propõe-se a análise da realidade na região do Recôncavo da Bahia.

A REALIDADE DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO RECÔNCAVO DA BAHIA

A região do Recôncavo da Bahia

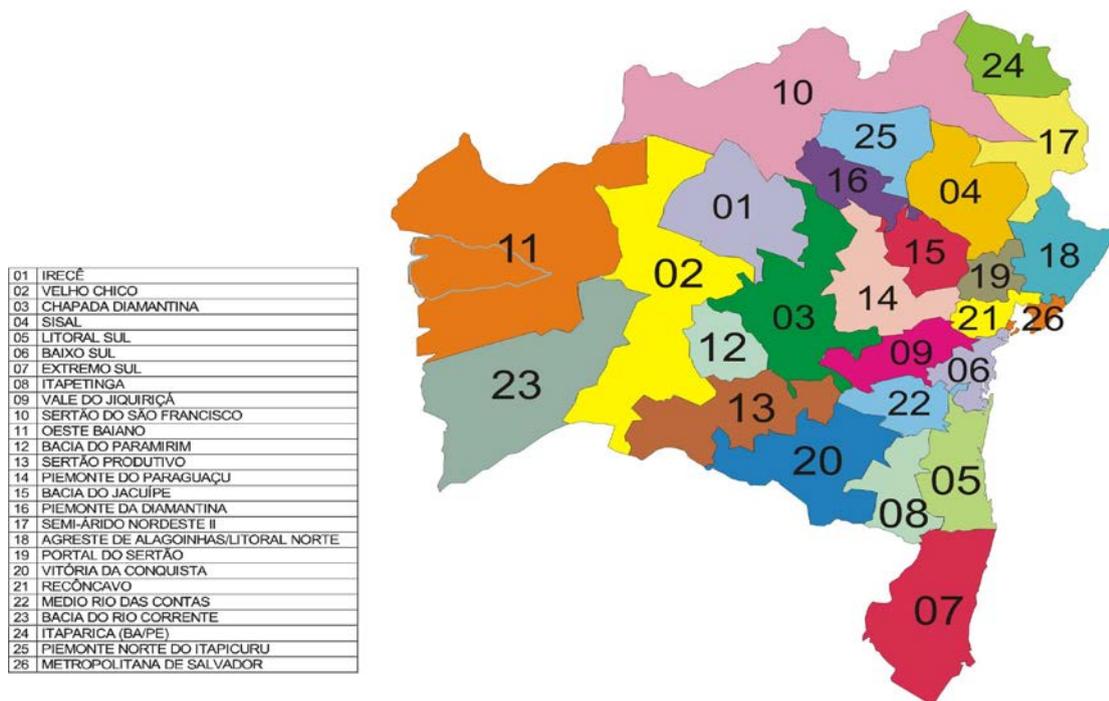
O Recôncavo da Bahia⁵ é um Território de Identidade⁶ constituído por 19 municípios: Cabaceiras do

⁵ As principais informações sobre o território, em termos de caracterização, têm como fonte o portal da Secretaria do Planejamento do Estado da Bahia (SEPLAN). Disponível em <<http://www.seplan.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=17>> Acesso em 08/06/2017 às 10:00 horas.

⁶ “Segundo a Secretaria de Planejamento da Bahia, os Territórios de Identidade da Bahia foram reconhecidos como divisão territorial oficial de planejamento das políticas públicas do Estado da Bahia em 2010. O conceito de Território de Identidade advém do processo iniciado pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário, com toda a discussão para composição dos territórios rurais em 2003. Na Bahia, naquela ocasião, após diversos encontros e discussões entre atores sociais e gestores públicos, formaram-se 26 territórios rurais que, posteriormente, vieram a compor os 26 Territórios de Identidade da Bahia. Em 2010, algumas mudanças ocorreram na classificação territorial, provocadas pela iniciativa de municípios que não se sentiam mais pertencentes ao território em que estavam inseridos e pelo conjunto de municípios organizados enquanto território, que desejavam realizar mudanças no espaço a que eram referidos. [...] Desde então, o extenso território baiano (567.295 Km²) foi dividido em 27 Territórios de Identidade. O Governo da Bahia reconheceu estas unidades territoriais por entender que o desenvolvimento equilibrado e sustentável entre as regiões depende de identificar prioridades temáticas a partir da realidade local. [...] Os Territórios de Identidade buscam consolidar-se enquanto objeto de planejamento e implantação de políticas públicas, reconhecendo a necessidade de descentralização e do envolvimento dos agentes locais como essenciais para o desenvolvimento.” (DIEESE, disponível em <http://geo.dieese.org.br/bahia/territorios.php>. Acesso em 08.06.2017).

Paraguaçu; Cachoeira; Castro Alves; Conceição do Almeida; Cruz das Almas; Dom Macedo Costa; Governador Mangabeira; Maragogipe; Muniz Ferreira; Muritiba; Nazaré; Salinas da Margarida; Santo Amaro; Santo Antônio de Jesus; São Felipe; São Félix; Sapeaçu; Saubara; e Varzedo.

Territórios de identidade do estado da bahia e a região do recôncavo (região 21)



De acordo com a Secretaria do Planejamento do Estado da Bahia (SEPLAN), o reconhecimento da existência de 27 territórios de identidade por parte do Governo da Bahia, constituídos a partir das particularidades de cada região, se fez através do objetivo de “identificar prioridades temáticas definidas a partir da realidade local, possibilitando o desenvolvimento equilibrado e sustentável entre as regiões”. A metodologia utilizada teve como base o sentimento de pertencimento, a partir do qual as comunidades, através de suas representações, também foram convidadas a opinar.

Ainda segundo a SEPLAN:

O território é conceituado como um espaço físico, geograficamente definido, geralmente contínuo, caracterizado por critérios multidimensionais, tais como o ambiente, a economia, a sociedade, a cultura, a política e as instituições, e uma população com grupos sociais relativamente distintos, que se relacionam interna e externamente por meio de processos específicos, onde se pode distinguir um ou mais elementos que indicam identidade, coesão social, cultural e territorial (SEPLAN).

As 19 cidades que compõem o Recôncavo da Bahia têm um quantitativo populacional variado, com realidades completamente distintas neste aspecto. A menor população é a de Dom Macedo Costa, com 4.201 habitantes e, a maior, é a de Santo Antônio de Jesus, com 102.469 habitantes (Ano - 2016). Tais números são

importantes, na medida em que condicionam a organização da assistência à saúde, uma vez que os níveis de complexidade e atenção são determinados também pelo número de habitantes de cada Ente.

De acordo com a Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, art. 35, I, o perfil demográfico da região é um dos critérios utilizados em análise técnica para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios⁷.

Apenas 3 dos municípios do Território, justamente em função do perfil demográfico, não contam com o bloco de financiamento destinado à alta complexidade: Dom Macedo Costa, Muniz Ferreira e Varzedo. As demais cidades, no ano de 2016, até o mês de agosto, contaram com recursos financeiros no âmbito de todos os blocos, com exceção dos recursos direcionados à Gestão do SUS, com relação aos quais nenhum do Municípios foi contemplado⁸. Tal situação, como será detalhado por meio dos dados dispostos no item 4.2., constitui uma primeira importante motivação ao desequilíbrio no montante de recursos destinados, em detrimento daqueles com menor população.

A situação do financiamento da saúde nos Municípios do Recôncavo da Bahia

Dados extraídos do SIOPS, do Ministério da Saúde, sobre a despesa total com saúde no ano de 2015, no Recôncavo da Bahia, permitem algumas reflexões importantes sobre o estado atual da situação na área.

Uma primeira informação a ser considerada refere-se às despesas totais do Estado da Bahia, bem como dos municípios do Recôncavo, em ordem crescente da população, conforme indicado nas tabelas 2 e 3.

Tabela 2: despesa com saúde no ano de 2015 na bahia e recôncavo

Estado	População	Despesa total (r\$)	Despesa total <i>per capita</i> (r\$)
Bahia	15.126.371	4.602.991.293,93	304,30
Cidade	População	Despesa total (r\$)	Despesa total <i>per capita</i> (r\$)
Dom Macedo Costa	4.153	2.879.908,08	693,45
Muniz Ferreira	7.893	2.890.007,62	366,15
Varzedo	9.409	4.002.618,45	425,40
Saubara	12.238	4.285.290,82	350,16
São Félix	15.091	15.526.628,92	1.028,86
Salinas da Margarida	15.385	5.795.360,71	376,69

⁷ O mesmo dispositivo legal ainda determina, no Art. 35, §§ 1º, 2º que “metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio” e “nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados”.

⁸MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portal da Transparência Disponível em <<http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>> Acesso: 16/08/2016, às 15:00 horas.

Sapeaçu	17.664	9.159.954,42	518,56
Conceição do Almeida	18.525	9.493.468,66	512,47
Cabaceiras do Paraguaçu	18.978	7.289.234,93	384,09
Governador Mangabeira	21.267	7.730.015,00	363,47
São Felipe	21.582	8.578.493,07	397,48
Castro Alves	27.286	9.743.351,75	357,08
Nazaré	29.406	8.125.360,33	276,31
Muritiba	30.743	13.104.679,85	426,26
Cachoeira	34.535	11.658.706,80	337,59
Maragogipe	46.106	17.532.895,72	380,27
Santo Amaro	61.702	16.166.706,36	262,01
Cruz das Almas	64.197	23.659.454,39	368,54
Santo Antônio de Jesus	101.548	49.909.358,53	491,48
Total	557.708	227.531.494,41	407,97

Fonte: SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - Indicadores Municipais (2016)⁹; IBGE, disponível em ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_TCU_2015_20170614.pdf Acesso em 07/12/2016 às 15 horas.

Tabela 3: despesa com saúde no ano de 2016 na bahia e recôncavo

Estado	População	Despesa total (r\$)	Despesa total per capita (r\$)
Bahia	15.276.566	7.162.171.654,76	R\$ 468,83
Cidade	População	Despesa total (r\$)	Despesa total per capita (r\$)
Dom Macedo Costa	4.201	2.980.088,48	709,38
Muniz Ferreira	7.650	2.679.988,95	350,33
Varzedo	9.409	4.585.222,97	487,32
Saubara	12.311	4.866.186,70	395,27
São Félix	15.272	13.309.461,05	871,49
Salinas da Margarida	15.585	7.539.836,37	483,79
Sapeaçu	18.083	10.978.513,08	607,12
Conceição do Almeida	18.278	9.438.533,51	516,39
Cabaceiras do Paraguaçu	19.199	7.757.740,46	404,07
Governador Mangabeira	21.435	8.857.656,62	413,23
São Felipe	21.935	8.316.644,43	379,15
Castro Alves	27.161	10.406.267,04	383,13
Nazaré	29.450	9.135.380,56	310,20
Muritiba	30.585	12.618.441,84	412,57
Cachoeira	35.013	11.967.031,70	341,79
Maragogipe	46.106	16.184.251,65	351,02
Santo Amaro	61.836	22.529.509,40	364,34
Cruz das Almas	64.552	28.409.128,16	440,10
Santo Antônio de Jesus	102.469	42.919.464,73	418,85
Total	560.530	235.479.347,70	420,10

⁹MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Executiva DATASUS. Disponível em <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicBA.def>- Acesso em 08/12/2016 às 20 horas.

Fonte: SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - Indicadores Municipais (2016)¹⁰; IBGE: disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/>> Acesso em 15/06/2017 às 18 horas.

Ao contrário do que seria possível, inexistente uma relação necessária entre número de habitantes de um Município e níveis de gastos realizados na área da saúde, no âmbito do SUS, no que se refere à realidade demonstrada na região ora estudada.

Um exemplo importante a ser considerado é o município de São Félix, cujo gasto foi muito próximo ao de Santo Amaro, ainda que este último tenha população 4 vezes maior que a do primeiro, dado que se repete nos dois anos demonstrados. Considere-se ainda São Félix, agora em comparação com Salinas da Margarida, cujas populações são equivalentes, para perceber como este último realizou despesas com saúde equivalentes a cerca de aproximadamente 36% em relação ao que o primeiro aplicou na mesma finalidade, no ano de 2015. Em 2016, o percentual aumentou para 57%, o que continua demonstrando uma significativa diferença entre despesas realizadas por municípios cujo quantitativo populacional é muito próximo, embora a diferença apresente-se reduzida de um ano para outro.

Também é verificado o mesmo descompasso quando se consideram os dados *per capita*. Os três municípios de menor população e que dispõem apenas da atenção básica tiveram uma despesa inversamente proporcional à quantidade de habitantes. Ou seja, Dom Macedo Costa, com uma população percentualmente menor que Muniz Ferreira e Varzedo, obteve uma despesa per capita consideravelmente maior que estas.

A compreensão de tais descompassos, que contrariam o que seria o raciocínio intuitivo sobre a lógica do financiamento da saúde no âmbito municipal, exige a o entendimento do que vem a ser o conceito legal de “região de saúde”. Segundo o Decreto 7.508/2011, que trata da organização do SUS, define região de saúde, nos termos do seu art. 2º, como

Art. 2º Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Art. 2º, I, BRASIL, 2011).

A região de saúde congrega os serviços tanto da rede pública e como da rede privada, desde que convenientes com o SUS. Ponto interessante no âmbito desta análise é a ausência de identidade entre o que vem a ser “região de saúde” e território de identidade correspondente ao Recôncavo da Bahia. Enquanto este último é um conceito adotado pelo Estado da Bahia, para a realização das suas políticas, e leva em consideração traços da identidade sócio-econômica, histórica e cultural; a “região de saúde” é conceito adotado pelo Ministério da Saúde, e tem como parâmetro tão somente a divisão na gestão do SUS. A região de saúde extrapola os limites do

¹⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Executiva DATASUS. Disponível em <<http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicBA.def>> Acesso em 15/06/2017 às 20 horas.

Recôncavo Baiano, de modo que Municípios que seguem a lógica da divisão do SUS, não necessariamente limitam-se a este território de identidade.

Este detalhe termina por constituir um ponto criticável na forma como são geridos os diversos serviços. As políticas públicas nos distintos serviços terminam por se mostrar desarticuladas, o que impacta na qualidade das prestações ao cidadão, e podem ser percebidos nos números referentes ao financiamento.

Considere-se o exemplo de São Félix. Mesmo não incluída em região de saúde pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), o município conta com o Hospital Nossa Senhora da Pompéia, administrado pela Santa Casa de Misericórdia de São Félix que atende não apenas seus munícipes, mas os de outras cidades da Bahia. Este fato explica um maior volume de repasse de recursos para o município, inclusive através de convênios, uma vez que os serviços ali ofertados alcançam usuários de outras localidades.

Por outro lado, os municípios de Santo Antônio de Jesus e Cruz das Almas são regiões de saúde, e além de serem os mais populosos da região aparecem como referência de outros 22 e 8 municípios, respectivamente, o que explica os maiores volumes de despesas.

Os parâmetros utilizados para a divisão do território, e sobretudo a articulação interinstitucional em torno da escolha e uniformidade de tais parâmetro, portanto, constituem dados de extrema relevância para a realização das políticas públicas, com vistas à efetivação de direitos fundamentais.

A Tabela 4 traz dados referentes aos repasses da União para a Bahia e para as cidades do Recôncavo no ano de 2016, afim de analisar comparativamente os recursos federais para os entes, e a despesa total já apresentada anteriormente.

Tabela 4: total de transferências federais¹¹, em 2016

Estado	Total Transferido	Despesa Total (R\$)
Bahia	4.778.217.063,79	7.162.171.654,76
Cidade	Total Transferido	Despesa Total (R\$)
Dom Macedo Costa	1.148.252,21	2.980.088,48
Muniz Ferreira	1.366.388,43	2.679.988,95
Varzedo	1.948.561,58	4.585.222,97
Saubara	1.429.474,26	4.866.186,70
São Félix	13.469.780,43	13.309.461,05
Salinas da Margarida	2.623.367,81	7.539.836,37
Sapeaçu	2.379.058,87	10.978.513,08
Conceição do Almeida	5.270.249,79	9.438.533,51
Cabaceiras do Paraguaçu	3.850.920,83	7.757.740,46

¹¹ Foram consideradas as transferências “fundo a fundo”, que consistem em repasses regulares e programados previamente de recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde para estados e municípios, diretamente (BRASIL, 2007).

Governador Mangabeira	5.074.086,06	8.857.656,62
São Felipe	1.912.753,77	8.316.644,43
Castro Alves	5.881.317,55	10.406.267,04
Nazaré	4.951.694,65	9.135.380,56
Muritiba	7.120.825,69	12.618.441,84
Cachoeira	6.206.416,77	11.967.031,70
Maragogipe	6.293.832,40	16.184.251,65
Santo Amaro	14.622.585,80	22.529.509,40
Cruz das Almas	17.959.277,91	28.409.128,16
Santo Antônio de Jesus	27.630.184,45	42.919.464,73
Total	131.139.029,26	235.479.347,70

Fonte: Portal da Transparência do Ministério da Saúde. Disponível em <<http://aplicacao.saude.gov.br/portalttransparencia/index.jsf>> Acesso em 02/07/2017 às 22 horas.

Nota-se que, por um lado, as regiões de saúde da Bahia, pertencentes ao território (Santo Antônio de Jesus e Cruz das Almas) recebem um repasse maior, e por outro, São Félix se mantém em contraste com demais localidades, em que pese a sua população relativamente menor. A diferença entre as receitas e despesas repassadas pela União é considerável na maioria dos municípios, chegando ao dobro ou mais da segunda em relação à primeira, como São Felipe, por exemplo, em que a despesa em 2016 é 04 vezes maior que os recursos demonstrados.

A fim de proporcionar uma perspectiva ainda mais clara no tocante à participação de cada ente no que se refere ao financiamento da saúde, a tabela 5 apresenta dados que permitem estabelecer a relação entre a despesa total com saúde, e aquilo que foi custeado com recursos próprios, em 2016.

Tabela 5: despesa total com saúde, e despesa com recursos próprios, em 2016

Estado	Despesa total com saúde		
Bahia	4.602.991.293,93		
Cidades	Despesa total (r\$)	Recursos próprios (b)	Relação b/a
Dom Macedo Costa	2.980.088,48	1.867.826,65	52,48%
Muniz Ferreira	2.679.988,95	1.206.737,27	41,75%
Varzedo	4.585.222,97	1.813.460,18	36,11%
Saubara	4.866.186,70	3.119.621,94	63,19%
São Félix	13.309.461,05	11.348.096,78	33,29%
Salinas Da Margarida	7.539.836,37	3.601.208,25	63,26%
Sapeaçu	10.978.513,08	9.944.540,45	108,56%
Conceição do Almeida	9.438.533,51	*valor estimado: 9.944.540,45	104,75%
Cabaceiras do Paraguaçu	7.757.740,46	3.251.249,90	39,20%
Governador Mangabeira	8.857.656,62	3.481.931,28	37,31%
São Felipe	8.316.644,43	3.568.506,07	41,59%
Castro Alves	10.406.267,04	4.204.416,21	33,58%
Nazaré	9.135.380,56	4.049.668,27	49,83%

Muritiba	12.618.441,84	5.284.320,15	40,32%
Cachoeira	11.967.031,70	5.462.703,20	31,78%
Maragogipe	16.184.251,65	8.562.822,12	48,83%
Santo Amaro	22.529.509,40	7.852.012,88	40,14%
Cruz das Almas	28.409.128,16	8.978.302,51	37,94%
Santo Antônio De Jesus	42.919.464,73	16.700.947,47	27,82%
Total	235.479.347,70	114.242.912,03	43,54%

Fonte: Aplicação com recursos próprios no Tribunal de Contas dos municípios do estado da Bahia¹².

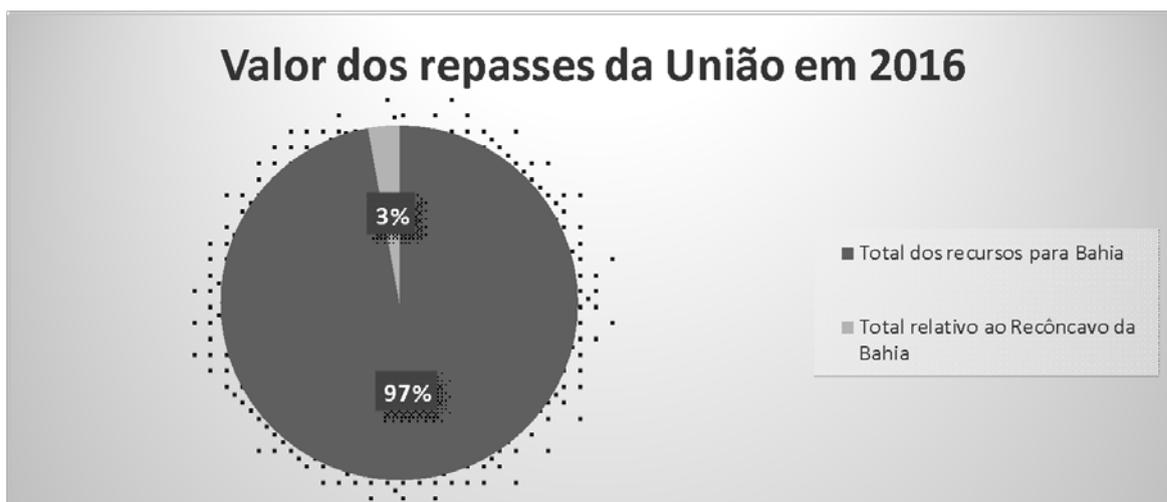
Estes dados fundamentam a perspectiva de que há um desequilíbrio entre um modelo federativo que relega o município a uma situação de muitas atribuições administrativas e escassez de recursos, o que pode ser claramente verificado no âmbito da saúde.

Note-se que, considerado o universo de todos os Municípios da região, 43,54% de toda a despesa com saúde foram oriundos de recursos dos próprios Municípios, e o restantes decorrentes de transferências. Não obstante, enquanto alguns Municípios financiaram com receitas próprias cerca de 30% (Santo Antônio, Cachoeira, São Félix, Castro Alves) dos gastos com saúde, outros terminaram arcando com a totalidade dos gastos realizados (Conceição do Almeida e Sapeaçu).

Vê-se, conforme apresentado até aqui, que a análise em torno do financiamento da saúde estende-se por muitos pontos que não se resumem apenas ao montante de recursos financeiros. Há questões de estruturação deste financiamento, bem como de gestão, que terminam por gerar desequilíbrios entre distintos Municípios e regiões, que não encontram fundamento, nem na legislação, nem na lógica do financiamento. A realidade que se apresenta tem contrariado a prerrogativa constitucional de garantia fundamental à saúde, e demonstra um aprofundamento da dicotomia entre o modelo federalista brasileiro e a maneira como se distribui o financiamento do SUS.

O gráfico a seguir enfatiza a situação das receitas indicada na Tabela 04, demonstrando um comparativo entre o Estado e a região do Recôncavo.

¹² TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DA BAHIA. Disponível em <<http://www.tcm.ba.gov.br/portal-da-cidadania/educacao-e-saude/?municipios=115&ano=2016&aplicacaoGasto=2&pesquisar=Pesquisar&nomeEntidade>> Acesso em 13/02/2017 às 14 horas.



Fonte: Portal da Transparência – Ministério da Saúde 2016.

O total dos recursos federais destinados às cidades do Recôncavo, comparado com os recursos que o Estado da Bahia recebeu do Governo Federal destinados à saúde, correspondem a cerca de 3% do valor total. Ou seja, os recursos do território analisado representam uma pequena amostra do estado da Bahia como um todo.

CONCLUSÃO

O SUS representa um avanço no que se refere à gestão da saúde no Brasil. Entretanto, a materialização dos seus objetivos, especialmente no tocante à universalidade do sistema, com vistas à efetividade da garantia fundamental à saúde, encontra-se ainda pendente de aperfeiçoamento.

Embora o Sistema tenha sido pensado para uma estrutura federativa que têm no Município um dos Entes fundamentais à implementação dos serviços, a forma como se desenha o financiamento da área inviabiliza a consecução da atenção integral.

Não se trata tão somente de uma questão de montantes a serem repassados, ou desequilíbrios entre tais montantes, quando considerados os distintos Ente federativos. Embora constituam graves problemas com vistas à efetivação dos direitos na área, há que se destacar também a maneira como os territórios são divididos para fins de realização dos repasses e aplicação dos recursos financeiros.

Neste sentido, o estabelecimento de regiões de saúde, adotado no âmbito do SUS, que destoam daquilo que seriam os territórios de identidade, conceito adotado para a gestão das políticas no plano estadual, terminam por agravar a situação de desequilíbrio no financiamento. Enquanto no primeiro caso é valorada, especialmente, a questão meramente populacional, no segundo caso, aspectos sociais, econômicos, de formação histórica e cultural, terminam se destacando. Tal fato ocasiona uma desarticulação de políticas, de estruturas e de equipamentos públicos, que podem se justificar segundo a identidade regional, e não se justificar segundo o

critério do número de habitantes considerados.

Por outro lado, o descompasso entre as atribuições da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, suas distintas capacidades de financiamento, e seus distintos papéis na atenção às ações de saúde demonstram que os dilemas enfrentados pelo SUS são estruturais e requerem um intenso de pensar a sua estruturação.

É necessário investigar se tais dilemas e limitações que ainda persistem até fins de 2016 não são, na verdade, um problema de má alocação de recursos, desequilíbrio de responsabilidade entre os entes federados, como propunha autores como Souto ou, até mesmo, em alguma medida, a incompatibilidade entre as fontes de receitas de cada ente e suas competências frente à implementação do SUS.

THE BRAZILIAN STATE, ITS POLITICAL-ADMINISTRATIVE ORGANIZATION AND THE PUBLIC FUNDING OF FUNDAMENTAL RIGHTS. ANALYSIS APPLIED TO HEALTH FINANCING IN THE REGION OF THE RECÔNCAVO OF BAHIA

Abstract

This paper aims to know the reality of public health financing in the Recôncavo da Bahia region, considering it in the context of the political-administrative structure of the Brazilian State. The research developed for this purpose has both bibliographic, documentary and empirical character, based on specialized doctrine and legislation, and on the use of the data available in the Transparency Portal of the Ministry of Health, and the Information System on Public Health Budgets (SIOPS) in the first semester of 2016. From a critical perspective, we seek to present the reality of health financing and the peculiarities of each municipality in the territory under consideration, based on the constitutional assumption that health is a fundamental right, which must be offered in full, with quality and respect for human dignity, always according to indices established both by the current legislation and by specialized agencies.

Keywords: Financing; Fiscal Federalism; Public Financing; Public health; Recôncavo of Bahia.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, E. A.; GARSON, S. **Federalismo Fiscal. Ações Sociais Básicas:** Descentralização ou Municipalização? Informe-SF, 2001. Disponível em <http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/inf_ormesf/inf_23.pdf> Acesso em: 25 nov.2015.

AUGUSTO, Fabrício; SALVADOR, Evilasio. Financiamento da política social, federalismo e reforma tributária. **Revista política social e desenvolvimento #5** - Ano02 – Setembro 2014. Código ISSN 2358-0690. Site: <www.plataformapoliticasocial.com>.

BARBOSA, F.H. et al. **Federalismo fiscal, eficiência e equidade**: uma proposta de reforma tributária. Brasília: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

_____. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

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

_____. **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 18.055, 20 set. 1990

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

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 322, de 8 de maio de 2003**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 dez. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2001**: regulamentação da Lei no 8.080/90 /Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BONAVIDES, Paulo. **Ciência Política**. Malheiros Editores – São Paulo. 10ª edição, 9ª triagem. 1994

DAIN, Sulamis. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciênc. Saúde Coletiva**. vol.12. Rio de Janeiro Nov. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700008> Acesso: 01/09/2016, 16:35 horas.

GAVRONSKI, Alexandre Amaral. Financiamento da saúde / Grupo de Trabalho “Saúde”: Alexandre Amaral Gavronski ... [et al.] – Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União, 2008.

LIMA, Luciana Dias. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, pp. 511-522, 2007.

MARTINS FILHO, Luiz Dias. O federalismo fiscal brasileiro sob a ótica da integração econômica internacional. **Caderno Finanças Públicas**. Brasília, n.8, p. 41-100, dez.2007. Disponível em <<http://www.esaf.fazenda.gov.br/assuntos/biblioteca/cadernos-de-financas-publicas-1/arquivo.2013-04-18.4982504294>> Acesso: 14/10/2016 às 22:32 horas.

OATES, Wallace E. **Fiscal Federalism**. NY: Harcourt Brace Jovanovich, 1972.

PIOLA, Sérgio F.; et al. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo**. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. - Brasília: Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA 2013.

PORTELLA, André Alves; TEIXEIRA, Rafaela Pires. Federalismo fiscal e efetividade da dignidade da pessoa

humana: análise da posição do município na estrutura do financiamento público brasileiro e a escassez de recursos para as ações de saúde. **Revista de Direito da Cidade**, vol. 08, nº 2. ISSN 2317-7721 pp.631-679, 2016.

SOUTO, P. A assimetria das obrigações entre os entes da Federação. *Revista Liberdade e Cidadania*, nº 16, 2014.
TEIXEIRA, Hugo Vocurca; TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciência & Saúde coletiva**. Vol.8 no.2 Rio de Janeiro 2003.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciênc. & Saúde Coletiva**. Vol.14 nº 3. Rio de Janeiro, May/June 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300016> Acesso: 01/09/2016 às 17:00 horas.

Trabalho enviado em 05 de dezembro de 2017.

Aceito em 14 de março de 2018.