

FEDERALISMO FISCAL E EFETIVIDADE DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA: A CENTRALIZAÇÃO FISCAL E ADMINISTRATIVA BRASILEIRA FRENTE AO DIREITO À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO EXTREMO SUL DA BAHIA¹

TAX FEDERALISM AND THE EFFECTIVENESS OF HUMAN DIGNITY: BRAZILIAN TAX AND ADMINISTRATIVE CENTRALIZATION AGAINST THE RIGHT TO HEALTH IN THE EXTREME SOUTH OF BAHIA

André Alves Portella

Pós-doutor pela Université Nanterre – Paris X, Doutor em Direito Financeiro e Tributário pela Universidade Complutense de Madrid (Menção Honrosa “Doctors Europeus”). Professor da Faculdade de Direito da UFBA, UCSal e UNIFACS. Pesquisador do CNPq. Coordenador do NEF – Núcleo de Estudos em Tributação e Finanças Públicas.
E-mail: aaportella@pq.cnpq.br

Cecília Moraes de Almeida

Graduanda em Direito pela UFBA, bolsista de IC, PIBIC/FAPESB.
E-mail: ceciliamoraesal@gmail.com

Recebido em: 03/06/2020
Aprovado em: 11/02/2021

RESUMO: Compreender o modelo político-administrativo de um país implica em necessária medida a ser incorporada na análise da efetividade da dignidade da pessoa humana, uma vez 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. Pautando-se nesta lógica é que construído um estudo acerca do Território de Identidade do Extremo-Sul da Bahia a partir do conhecimento acerca da organização política-administrativa adotada pelo Estado brasileiro e os seus impactos sobre a estrutura do financiamento público do país, bem como as atribuições constitucionais dos Municípios, com especial referência às ações de saúde. Diante o cenário, far-se-á o uso de dados coletados em sistemas nacionais de informação para exame comparativo entre o recurso e os resultados, possibilitando, assim, a identificação da efetividade (ou não) do modelo de financiamento diante a escassez. É possível, assim, também ofertar uma perspectiva crítica sobre a situação do financiamento, visando a emancipação municipal frente a saúde pública nacional, em especial aos municípios do Extremo-Sul da Bahia, informando a necessária intervenção construtiva através de instrumentos existentes no modelo jurídico brasileiro.

Palavras-chave: Federalismo Fiscal. Direitos Fundamentais. Saúde. Dignidade da Pessoa

¹Este trabalho é fruto do projeto “Federalismo Fiscal e efetividade da dignidade da pessoa humana”, que conta com o apoio do CNPq e da FAPESB.

Humana. Financiamento público. Bahia.

ABSTRACT: Understanding the political and administrative model of a country implies a necessary measure to be incorporated in the analysis of the effectiveness of the dignity of the human person since each profile adopted by the sovereign states also represents the way in which the State conceives its role, the limits, possibilities, and responsibilities to act in the face of citizens' demands. Based on this logic, it was built a study about the Território de Identidade do Extremo-Sul da Bahia from the knowledge about the political-administrative organization adopted by the Brazilian State and its impacts on the country's public financing structure, as well as the constitutional attributions of the Municipalities, with special reference to health actions. In view of the scenario, data collected in national information systems will be used for comparative examination between the resource and the results, thus enabling the identification of the effectiveness (or not) of the financing model in the face of scarcity. Thus, it is also possible to offer a critical perspective on the financing situation, aiming at municipal emancipation in the face of national public health, especially to the municipalities of the extreme south of Bahia, informing the necessary constructive intervention through existing instruments in the Brazilian legal model.

Keywords: Fiscal Federalism. Fundamental rights. Health. Dignity of the Human Person. Public funding. Bahia.

SUMÁRIO: Introdução. 1 Federalismo fiscal. 1.1 O surgimento do modelo federativo de organização política-administrativa do Estado e a sua transplantação ao Brasil. 2 O território de identidade do extremo-sul. 3 A dignidade da pessoa humana e o direito fundamental à saúde. 3.1 Dignidade da Pessoa Humana. 3.2 Direitos fundamentais, direito à saúde, escassez e mínimo existencial. 4 A estrutura do financiamento público brasileiro. 4.1 A Estrutura do Financiamento de Saúde no Brasil. 4.2 Os reflexos do modelo de distribuição das receitas na área da Saúde municipal. 5 A saúde e o território de identidade do extremo sul. 5.1 A Regionalização da Saúde. 5.2 A Estrutura de Financiamento da Saúde no Extremo-Sul da Bahia. Conclusão. Referências.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) representa um importante marco no movimento de avanço da autonomia municipal na federação brasileira, especialmente, no tocante à gestão administrativa e ao estabelecimento de fontes de financiamento. Não obstante, há um claro descompasso entre a ampliação das atribuições administrativas dos entes municipais e o volume de recursos financeiros destinados às municipalidades.

De fato, é manifesta a quantidade de serviços públicos que passaram a ser incluídos na competência dos entes locais, incluída a atenção à saúde básica, sem que a contrapartida em termos de arrecadação fosse realizada de forma a garantir a autonomia do financiamento, demonstrando-se desproporcional à realidade posta.

Este descompasso entre volume de atribuições administrativas, por um lado, e a escassez de receita decorrente da ausência de autonomia financeira, por outro, termina por gerar não só uma relação de dependência política-administrativa entre os entes federativos - em detrimento dos municípios -, como também um comprometimento da tutela de direitos fundamentais. O caso da efetivação do direito fundamental à saúde básica não é o único a ser inserido nesta realidade, entretanto, revela-se como paradigmático da lógica que envolve a ausência de recursos em decorrência da falta de autonomia financeira dos entes locais.

O presente trabalho debruçar-se-á sobre esta realidade, através de uma análise da situação em que se encontra o financiamento público no Território de Identidade do Extremo Sul da Bahia, e o seu impacto sobre o custeio da saúde. Portanto, perfaz-se uma amostra interessante da realidade

nacional, na medida em que congrega municípios de uma microrregião, interligados por laços culturais e traços socioeconômicos que permitem lhes atribuir uma identidade comum; e, ao mesmo tempo, aborda municípios com distintos graus de desenvolvimento econômico, bem como são ímpares as suas características demográficas e estruturais em âmbito territorial.

Assim, se por um lado é possível considerar a região como um todo o objeto de observação geral para fins de estudo do seu financiamento, por outro lado, também é possível identificar diferenças claras entre os municípios que compõem a região, as quais permitem a construção de parâmetros comparativos entre as realidades de cada um, sendo muitas destas diferenças equivalentes a realidades presentes em outros municípios de diversas regiões brasileiras.

À vista disso, estrutura-se o trabalho em cinco grandes eixos. As quatro primeiras divisões são voltadas as questões conceituais - análise da realidade em que será aplicado o estudo -, e que podem ser sintetizadas como partes que expõem o objeto da pesquisa, qual seja a estrutura federativa de financiamento público no Brasil como um todo, como no Território de Identidade acolhido.

Então, uma vez revelada a conformação geral dos eixos, cumpre destrinchá-los de acordo com sua temática foco. Em um primeiro momento, será abordada a questão do federalismo brasileiro, a fim de compreender as características marcantes e as peculiaridades do modelo, concentrando-se naquelas que interessem de forma direta à questão central da análise do financiamento da saúde nos municípios da região aqui considerada; para isso, apresenta-se *en passant* a origem do federalismo como um todo - construção histórica -, aos moldes atuais.

Em sequência, será descrito e detalhado o Território de Identidade do Extremo-Sul da Bahia, indicando as suas especificidades e o aspectos que terminam por permitir o estabelecimento de paralelos (comparativo) com a realidade dos municípios brasileiros de uma forma geral. O terceiro eixo da pesquisa é voltado ao estudo da ideia (conceitual) de dignidade humana, premissa fundamental ao trabalho, na medida em que se trata da base jurídica-conceitual dentro da qual se insere o direito fundamental à saúde.

O quarto eixo, por sua vez, acomete o estudo da estrutura do financiamento público brasileiro, “federalismo fiscal à brasileira”, a fim de compreender o desenho geral de distribuição da arrecadação entre os distintos entes federativos. A quinta, e última temática, volta-se ao estudo da realidade do financiamento da atenção à saúde básica nos municípios da região do Extremo Sul da Bahia, empenhando-se em expor os índices significativos do território, tanto em aspectos socioeconômicos, quanto fundacionais (geográficos). Deste modo, será exposta a situação em que se encontra tal financiamento, qual a sua estrutura geral e a forma como são efetivadas as ações.

Em tempo, cumpre salientar que as questões conceituais envolvidas no trabalho foram levantadas junto as fontes doutrinárias e legislativas, cuja relação está disponível no final da obra. Acerca da metodologia, busca-se o uso dos dados coletados para exame comparativo entre o recurso e o resultado, possibilitando, assim, a identificação da efetividade do modelo de financiamento diante a escassez dos recursos.

Para isso, far-se-á a coleta de material, em especial com relação aos dados empíricos relativos ao perfil da região do Extremo-Sul da Bahia, bem como ao financiamento público municipal da saúde. Adota-se como fontes de pesquisa as bases de dados disponibilizadas pelo departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), IBGE, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEM), Secretarias Municipais de Saúde (SMS), Secretaria de Planejamento do Estado da Bahia (SEPLAN), Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), e Tribunal de Contas dos Municípios do Estado da Bahia (TCM).

1 FEDERALISMO FISCAL

O Federalismo, forma de organização da estrutura política-administrativa do Estado, caracteriza-se por ser um modelo que reúne duas ou mais entidades autônomas, que atuam de forma coordenada, sem relação de hierarquia entre elas. A autonomia das entidades constitutivas de uma federação é estabelecida com vistas a objetivos bem definidos, quais sejam, o da alocação eficiente dos recursos nacionais, que são distribuídos por todo o território e geridos de acordo com as demandas de cada região; o do fomento à participação política da sociedade nas distintas parcelas territoriais, de acordo com os interesses específicos de cada uma delas; e o da proteção das liberdades básicas e dos direitos individuais dos cidadãos, ali onde os mesmos se manifestem.

Desta maneira, o sistema federalista de estado termina por viabilizar uma distribuição dos recursos por todo o território nacional de forma regional; recursos estes que serão utilizados para cobrir as demandas impostas, em conformidade com as peculiaridades de cada parcela do território:

A alocação eficiente dos recursos seria obtida pela descentralização da produção dos bens e serviços públicos nos diferentes níveis de governo. A existência de várias esferas de governo propicia uma maior participação política da sociedade, através da escolha dos seus representantes nos poderes legislativo e executivo locais. Num sistema em que o poder não é centralizado há um maior grau de proteção as liberdades básicas e aos direitos individuais dos cidadãos. (BARBOSA, 1998, pg. 02)

1.1 O surgimento do modelo federativo de organização política-administrativa do Estado e a sua transplantação ao Brasil

A ideia de federalismo como concebida na contemporaneidade, linha incorporado pela CF/88, tem sua origem histórica na Constituição dos Estados Unidos da América de 1787. A criação do Estado Federal norte-americano foi resposta ao modelo organizacional concebido até então, tanto ao pautado no Estado unitário e centralizador europeu, quanto ao contexto econômico e sociopolítico vivenciado na época, consistente no sistema de dominação colonial e no absolutismo inglês.

Portanto, a concepção do modelo federativo norte-americano foi gestada em um enredo de profundas transformações históricas e sociais (nacionais e internacionais), relacionando-se de forma direta com todo o movimento de independência do país: ora, em função dos gastos decorrentes dos conflitos relacionados à Guerra dos Sete Anos (entre 1756 e 1763), a Inglaterra promove o chamado Pacto Colonial (sistema de leis e normas imposto à colônia), elemento gerador de tensões sociais entre a colônia e a metrópole.

No intuito de sanar as tensões, surgem os congressos na Filadélfia e a revisão dos artigos da Confederação por meio dos federalistas Madison, Hamilton e Jay, munidos da intenção de criar um novo governo (SCHWARTZ, 1984, pg. 10). Assim, a independência norte-americana não é revelada somente como um produto deste cenário (sujeito passivo), uma vez que incorpora uma voz ativa neste contexto em que surge o *Federalist Papers* em 1788.

Sedimentada a questão histórica, passemos as características do modelo, pois o federalismo estadunidense reúne os elementos inerentes à sua concepção clássica: a união de entidades políticas, reunidas para fins comuns e a divisão territorial de poderes políticos entre ente central e Estados constituintes. Sobre o tema, sintetiza Bernard Schwartz que o federalismo nos Estados Unidos da América abrange:

- i) como em todas as federações, a união de um número de entidades políticas autônomas (os estados) para fins comuns; (ii) a divisão dos poderes legislativos entre o Governo nacional e os estados constituintes, divisão esta governada pela

regra de que o primeiro é um ‘governo de poderes enumerados’, enquanto os últimos são governos de ‘poderes residuais’; (iii) a atuação direta, na maior parte, de cada um destes centros de governo, dentro de sua esfera designada, sobre todas as pessoas e todas as propriedades existentes dentro de seus limites territoriais, (iv) o aparelhamento de cada centro com o complexo mecanismo de imposição da Lei, tanto executivo quanto judiciário; e (v) a supremacia do Governo nacional, dentro de sua esfera designada, sobre qualquer informação conflitante de poder estadual. (SCHWARTZ, 1984, p. 10)

Em “efeito cascata”, despontam diversas repúblicas que absorvem a estrutura federalista de organização política administrativa, como Argentina, Áustria, Austrália, México, Índia, Venezuela, Suíça, Rússia, Canadá, Iraque e Nigéria.

No Brasil, embora o modelo estadunidense tenha servido de inspiração ao sistema federativo nacional, as peculiaridades políticas e socioeconômicas do processo histórico marcaram de forma profunda a estrutura político-administrativa do país (ABRUCIO, 1994, pg.165-183). A realidade histórica institucional que serviu de base para o estabelecimento do modelo federativo nos dois países constitui diferença fundamental do sistema vigente num e noutro.

Enquanto no caso dos EUA a existência de uma base política pautada nos Estados federados deu lugar a um Estado nacional produto de um pacto (o Pacto Federativo); no Brasil a base política institucional era o próprio Estado nacional com um Governo Central já estabelecido durante o reinado de Dom Pedro II, e a partir do qual seriam instituídas as entidades-membro.

Neste segundo caso, a ideia elementar de “pacto” entre membros para formação de uma federação, a rigor, não se aplica à realidade histórica observada. Assim, o modelo brasileiro, mesmo derivado diretamente do estadunidense, carrega consigo profundas diferenças as quais recairão no molde fiscal.

1.2 A ideia de Federalismo Fiscal e o Federalismo Fiscal à brasileira

O “Federalismo Fiscal” é expressão que remete à manifestação do financiamento público no âmbito de um Estado organizado segundo o modelo federalista. A forma como receitas e despesas públicas são distribuídas no território, entre os entes constitutivos do Estado guarda relação direta para com a forma de organização política administrativa, especialmente no tocante ao grau de autonomia de que gozam tais entes, tanto no que se refere às receitas, como no que tocante às despesas públicas.

Se do ponto de vista político a forma federativa de distribuição das competências financeiras oferece maior grau de autonomia, do ponto de vista da gestão, ela tem a virtude de elevar a qualidade dos níveis de receita e despesa, na medida em que a arrecadação e a alocação dos recursos são realizadas de forma diretamente alinhada com os interesses de cada região, ainda que segundo uma diretriz nacional e/ou a coordenação estadual. A qualidade da dinâmica de receitas e despesas públicas termina por implicar também a elevada qualidade das prestações sociais, o que é atestado por estudos comparativos com outros modelos de estruturação do Estado:

Estados federativos são encarados como propensos a produzir níveis comparativamente mais baixos de gasto social (Petersen, 1995, Banting; Corbett, 2003), bem como menor abrangência e cobertura dos programas sociais (Weir; Orloff; Skocpol, 1988; Pierson, 1996). Tenderiam ainda a tornar mais difíceis os problemas de coordenação dos objetivos das políticas, gerando superposição de competências e competição entre os diferentes níveis de governo (Weaver; Rockman, 1993), dada a relação negativa entre dispersão da autoridade política e consistência interna das decisões coletivas. Adicionalmente, a existência de uma multiplicidade de pontos de veto no processo decisório implicaria que, em Estados federativos, as políticas nacionais tenderiam a se caracterizar por um mínimo

denominador comum (Weaver; Rockman, 1993; Tsebelis, 1997). (ARRETCHÉ, 2004)

A simbiose entre Estado Federal, federalismo fiscal e efetividade de direitos fundamentais é muito clara, na medida em que a melhor distribuição dos recursos públicos termina por viabilizar a execução de políticas públicas de maneira mais bem coordenada (STEPAN, 1999; LIJPHART, 1999).

Mais do que isso, a simbiose termina por também oferecer elementos que possibilitem a melhoria da qualidade da participação cidadão e do aperfeiçoamento do sistema democrático. Com efeito, distribuir poder político dotado de autonomia financeira, administrativa e de representação política, constitui um fato fundamental para o fomento à participação nos processos de tomada de decisão.

Neste sentido é que Tiebout define a concepção federalista de Estado como molde básico de governabilidade, uma vez que, ao invés de haver um único governo centralizado que busca, sem critérios claros, supor as preferências não reveladas dos cidadãos para lhes ofertar os bens públicos, estabelece uma diversidade de jurisdições, dispostas entre os entes federativos descentralizados, capazes de ofertar bens e serviços necessários à sua população, distribuída em todo o território nacional.

Este mesmo desenho federativo, teria, por outro lado, a virtude de estimular a criação de parâmetros comparativos entre os entes que compõe a federação, a partir das experiências vivenciadas por cada um deles, a serem incorporadas aos demais, sempre de forma adequada e com respeito às peculiaridades históricas, culturais, geográficas e demográficas que lhes são inerentes (TIEBOUT, 1956, p. 416-424).

Oates (1937 - 2015) incorre em mesma linha. O professor de Economia da Universidade de Maryland (EUA) localiza o Federalismo Fiscal a meio termo entre uma administração pública centralizada e um universo de administrações públicas que guardam algum nível de relação institucional, seja por meio de meras relações diplomáticas entre Estados nacionais, seja por meio de uma comunidade de Estados, a exemplo do que seria a União Europeia, para defender que o modelo federalista enfatiza as virtudes e minimiza os problemas de um e outro extremo de modelos de organização política administrativa.

No caso do Brasil, algumas características elementares da conjuntura do país devem ser destacadas para fins de análise da sua estrutura de organização política administrativa, e de forma mais precisa, no modelo de financiamento que lhe é inerente.

Em primeiro lugar, a sua conformação geofísica, disposta num território que se estende por 8,5 milhões de km², com uma população de mais de 200 milhões de habitantes, unidos por um traço fundamental, qual seja o da mesma língua, confere uma homogeneidade cultural - força política e econômica raramente observada no mundo. Não obstante, há, por outro lado, aspectos de profunda heterogeneidade entre as regiões, principalmente no que se refere aos níveis desenvolvimento econômico e social (SERRA, 1999).

Haveria que se recordar ainda o aspecto de construção histórica do estado brasileiro, que conforme indicado anteriormente, pautou-se na distribuição de poderes aos entes estaduais e locais, a partir de um ente central. Mais do que isso, a construção do Estado brasileiro se deu de forma violenta na sua conformação de forças políticas, sempre com uma elite dominante a conduzir os processos de estruturação administrativa, em detrimento de uma maioria excluída da população, e sempre com o uso do poder marcial e da violência aberta e institucionalizada. Do ponto de vista estrito do financiamento público, todas estas características se fazem sentir.

Com efeito, o modelo de financiamento público brasileiro destoa de modelos clássicos de Estado federal, como são os do EUA e da Alemanha, no que se refere ao grau de autonomia de que gozam Estados-membros e sobretudo os Municípios, e do grau de dependência para com a União.

A realidade histórica da grande maioria dos entes federais brasileiros tem sido a de uma constante iliquidez dos entes menores, submetidos à solvência prestada pelo ente central:

(...) diferentemente do que acontece em federações, como a norte-americana, a União brasileira sempre atuou (sem exceções) como “emprestadora de última instância” (*lender of last-resort*) de estados e municípios em situação de falência, induzindo-os, portanto, a um comportamento fiscal mais permissivo.

As raízes desse fenômeno são históricas, remontando à tradição do Estado centralizado, bem como culturais e políticas, como é o caso do sistema partidário e da representação no Congresso. (SERRA, 1999)

A própria estrutura de tributação expõe o profundo desequilíbrio existente no sistema de financiamento da federação brasileira. A base da arrecadação do país encontra-se na incidência do imposto sobre a renda (IR), do imposto sobre operações com produtos industrializados (IPI), das contribuições sociais – em especial Cofins e CSLL – e do imposto sobre circulação de mercadorias e serviços (ICMS). À exceção deste último, de competência estadual, todos os demais tributos são de competência federal, o que confere à União uma participação equivalente a algo em torno de 70% de toda a arrecadação tributária brasileira (SERRA, 1999).

O imposto sobre serviços de qualquer natureza (ISS), de competência municipal, tem impacto arrecadatário limitado, tanto no que se refere ao montante, como ao universo de municípios que dele se beneficiam efetivamente, na medida em que se tratam sempre de município maiores, em cujos territórios exista base econômica desenvolvida, e uma estrutura de serviços que atue como fonte de incidência, ou aos municípios que, por casualidade econômica, ou propensões naturais, venham a atrair grandes prestadores de serviço.

Diante de tal quadro, o financiamento municipal é realizado, na grande maioria dos municípios, a partir, especialmente, de transferência federais, com destaque para os repasses oriundos do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), e do ICMS. Ainda assim, a disparidade do nível de desenvolvimento econômico entre as regiões do país, termina por causar um contraste profundo nos níveis de receita auferida, mesmo quando considerados tais repasses.

Assim, a partir da análise da realidade do financiamento público brasileiro, o que se constata é que o desenho federativo de Estado se apresenta para a realidade brasileira mais como um ideal a ser perseguido, do que como um fato a ser observado e descrito. Não obstante, a concretização do modelo federativo, de forma alinhada com a sua previsão constitucional, reúne elementos que são imprescindíveis ao desenvolvimento nacional, aí incluída tanto a questão do crescimento econômico, como também da consolidação do regime democrático, da promoção da justiça social e da redistribuição da riqueza.

Ainda neste sentido, até problemas técnicos, mais estritamente relacionadas à gestão do financiamento público, como seria a gestão do financiamento da dívida pública exigem a implementação de uma estrutura de finanças públicas em moldes federais:

De fato, o aperfeiçoamento do federalismo fiscal no Brasil é crucial, tanto para a estabilidade econômica, para efeito de controle do déficit e da dívida pública global, como para a retomada do desenvolvimento sustentado, já que a formulação e a implementação de políticas econômicas mais apropriadas dependem, por exemplo, da estrutura e da harmonização tributária, interna e externa. (SERRA, 1999)

De tal forma, uma efetiva estrutura federativa, no que se refere ao âmbito da fiscalidade, termina por se caracterizar como um nível de amadurecimento político a projetar o quadro de desenvolvimento econômico e social em que se encontra a sua sociedade. Neste sentido, a análise da realidade do financiamento da saúde pública municipal brasileira, aplicada a uma realidade

específica, com é a dos municípios que compõe a região do Extremo Sul da Bahia, oferece uma perspectiva privilegiada de estudo da composição das forças políticas e econômica que atuam na estrutura do financiamento público nacional, além de oferecer elementos para a proposição de alternativas.

2 O TERRITÓRIO DE IDENTIDADE DO EXTREMO-SUL

A partir de uma ótica geográfica, a ideia de território não se limita à concepção de uma porção de área, ou a terras de uso comum, ou tradicionalmente ocupadas, como ocorre no Direito, em especial no Direito Agrário. Trata-se, em realidade, de termo que designa um aspecto multidimensional da área geográfica considerada, assim, encontram-se incluídas na ideia de território não apenas as características geofísicas, o relevo, o clima, a dimensão da área, mas também o ambiente, a economia, a sociedade, a cultura, a política e as instituições, bem como a população com grupos sociais relativamente distintos, com seus traços étnicos, assim como as relações internas e externas realizadas por seus membros, em que se pode distinguir um ou mais elementos que indicam identidade, coesão social, cultural e territorial.

A delimitação espacial de um território não pode, portanto, ser produto de uma mera arbitrariedade pautada em variáveis físicas, devendo, ao contrário, constituírem produto de um processo que reconheça as características essenciais de uma parcela de território, aí incluídos os componentes humano e social, que lhe são indissociáveis.

A apropriação deste conceito, bem como a sua aplicabilidade, é de extrema importância para a gestão do espaço público, aí incluída a gestão das atribuições administrativas e dos recursos financeiros, com vistas à cobertura das necessidades da população. O reconhecimento e divisão de um dado território em regiões que tenham algum grau de coesão geográfica, histórica, econômica, social e cultural, é fundamental para que a administração pública reconheça demandas com algum grau de uniformidade, e possa agir perante elas com a maior efetividade possível.

No caso da Bahia, a área geográfica pela qual se estende o Estado encontra-se dividida em 27 Territórios de Identidade, pelas quais são distribuídos os 417 municípios:

A Regionalização Territórios de Identidade foi adotada pela Secretaria de Planejamento do Estado da Bahia (Seplan) através da Lei nº 10.705, de 14 de novembro de 2007, quando lançou o Plano Plurianual 2008-2011, e contava à época com 26 Territórios de Identidade que abarcavam os 417 municípios. Desde então, atendendo aos objetivos do governo estadual e às necessidades dos municípios baianos, sofreu ajustes e atualmente está consolidada, conforme Lei nº 13.468, de 29 de dezembro de 2015, que aprova o Plano Plurianual 2016-2019, contando com 27 Regiões. (SEI/BA)

Embora tenha sido incorporado pelo Estado, o processo histórico que culminou na constituição do conceito e aplicação de Territórios de Identidade do Estado da Bahia teve a sua origem em demandas dos movimentos sociais, sendo posteriormente adotado pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário:

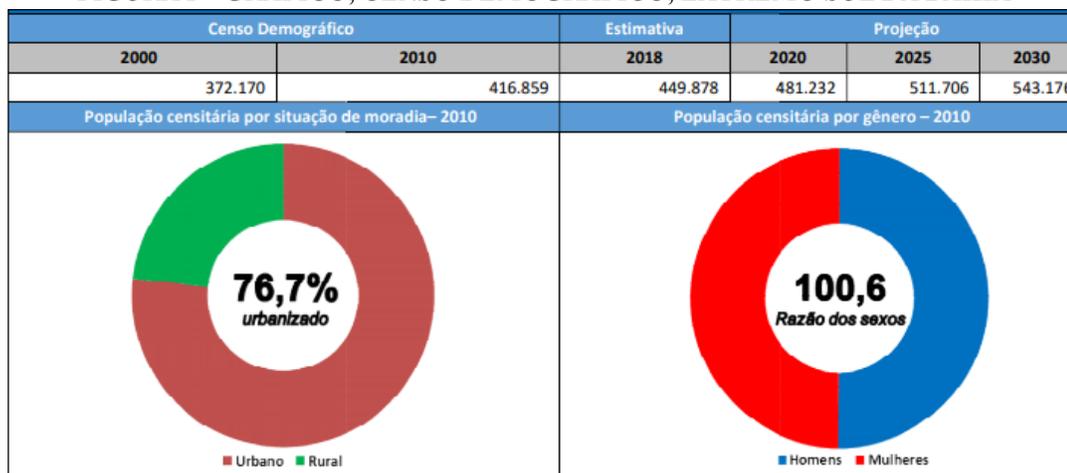
O conceito de Território de Identidade surgiu a partir dos movimentos sociais ligados à agricultura familiar e à reforma agrária, sendo posteriormente adotado pelo Ministério de Desenvolvimento Agrário para a formulação de seu planejamento. A adoção como unidade de gestão para o estado da Bahia foi ajustada conceitual e metodologicamente para a formulação do planejamento em todas as dimensões, incluindo a realidade urbana e as atividades dos setores econômicos secundário e terciário. (SEI/BA)

Tais territórios não são, portanto, uma delimitação geográfica fruto de uma decisão governamental e voltada a fins burocráticos. Constituem, em realidade, o resultado de uma dinâmica social levada a cabo por representantes da sociedade organizada, em especial pelos membros de movimentos sociais, segundo uma lógica inerente ao contexto sociocultural do Estado, com vistas à tomada de decisões políticas alinhadas com o contexto territorial considerado:

(...) aos governos cabe esse papel de ajudar os territórios a se revelarem, então, um bloco de municípios que têm problemas comuns e têm uma identidade. Busca também as soluções comuns e aí você busca mais do que tudo, o essencial da política. É isso, você ter um protagonismo social, a gente busca então, na sociedade, em consonância com o poder público constituído localmente, representado pelos municípios, pelos órgãos estaduais que estão ali presentes, a se juntarem numa mesma mesa, fazerem um grande pacto para o desenvolvimento daquele território (DIAS, 2010).

O Território de Identidade Extremo Sul encontra-se localizado na parcela mais meridional do Estado da Bahia, e faz fronteira com o Território de Identidade da Costa do Descobrimento, ao norte, com o Estado do Espírito Santo, ao sul, com o Estado de Minas Gerais, ao oeste, e com o Oceano Atlântico, ao leste (Figura II).

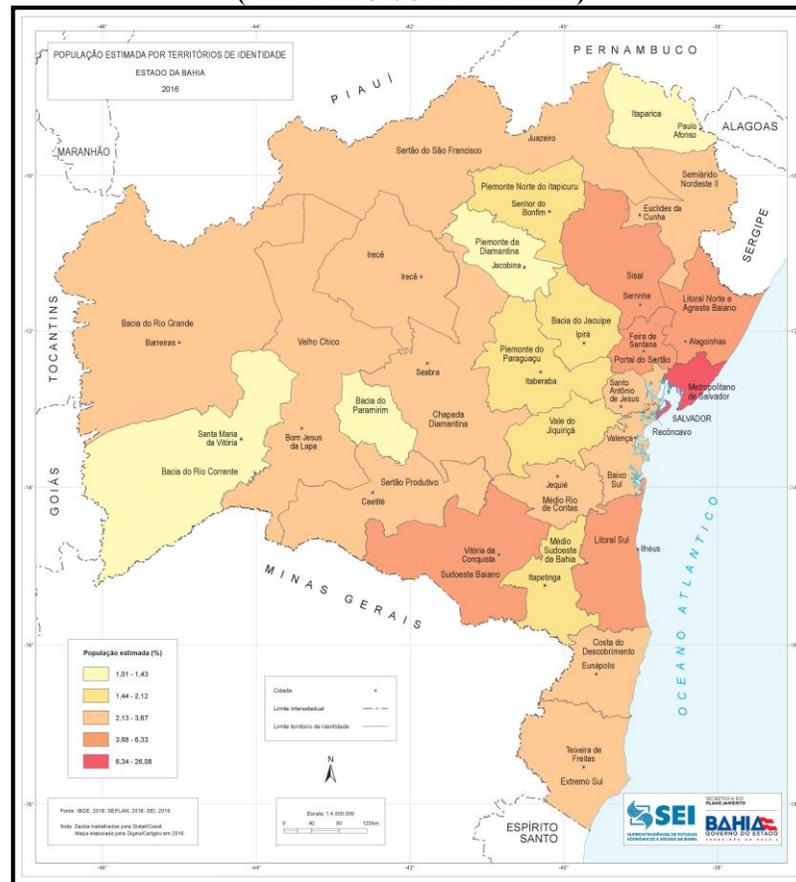
FIGURA I – GRÁFICO, CENSO DEMOGRÁFICO, EXTREMO SUL DA BAHIA



(Fonte: Censo Demográfico 2000 a 2010; IBGE 2018; SEI 2018)

Detém uma população estimada em cerca de 449.878 habitantes, o equivalente a 3,04% da população nacional, a qual 76,7% são urbanizados, com projeção para 543.176 habitantes em 2030. A média da idade populacional é demonstrada na faixa de 15 a 60 anos, considerada uma população jovem dentre os padrões mundiais (Figura I).

**FIGURA II - MAPA DOS TERRITÓRIOS DE IDENTIDADE DA BAHIA
(EXTREMO SUL DA BAHIA)**



(Fonte: IBGE, 2016; SEPLAN, 2016; SEI, 2016)

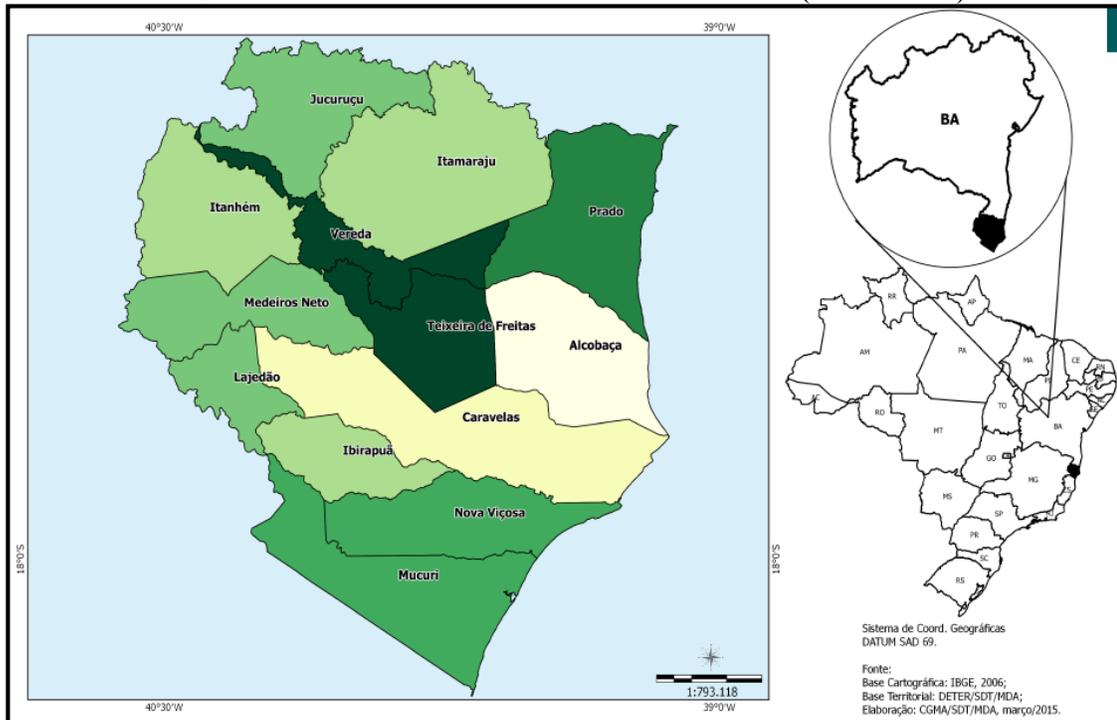
Nota: Dados trabalhados pela Distat/Coest e Mapa elaborado pela Digeo/Cartgeo em 2016.

O território objeto da análise é composto por 13 municípios: Alcobaça, Caravelas, Ibirapuã, Itamaraju, Itanhém, Jucuruçu, Lajedão, Medeiros Neto, Mucuri, Nova Viçosa, Prado, Teixeira de Freitas e Vereda, ocupando uma área total equivalente a 18.536 km².

Os municípios banhados pelo oceano atlântico - Prado, Alcobaça, Caravelas, Nova Viçosa e Mucuri -, compartilham um caráter similar em termos de perfil geográfico, social, econômico e logístico, o que irá refletir, inclusive, na forma como se realizam os gastos na área da saúde, em especial no que se refere ao maior dentre eles, o município de Mucuri (vid. item 6).

O município de Teixeira de Freitas, mais populoso e desenvolvido na microrregião, tem localização estratégica no centro do território, depreendendo também fortes impactos quanto ao atendimento à saúde básica (vid. item 6). Os demais municípios, especialmente aqueles localizados mais oeste, poção continental da região e divisa com o nordeste do estado de Minas Gerais, são regiões menos desenvolvidas, conferindo alguns traços comuns acerca do perfil da saúde.

FIGURA III – MAPA DO EXTREMO SUL DA BAHIA (AMPLIADO)

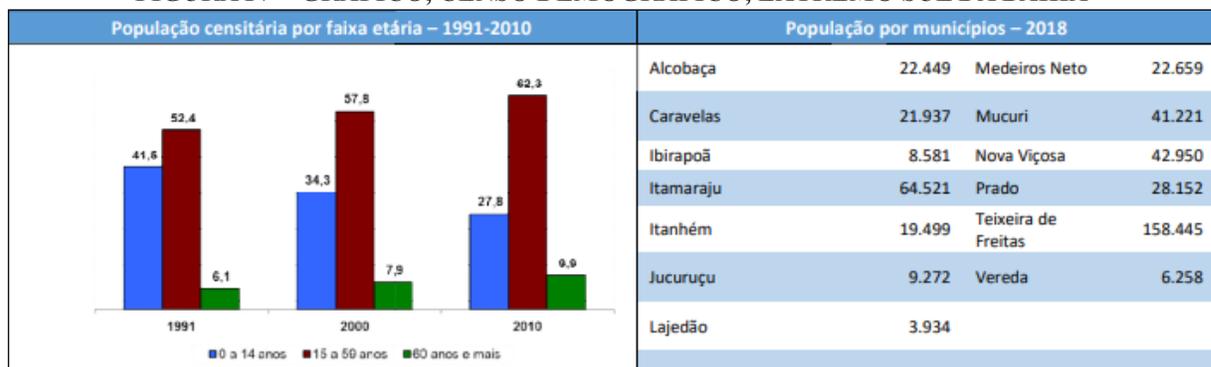


(Fonte: BRASIL, 2015)

A seguir, conforme disposto em Tabela A, observa-se o campo de estudo, composto desde municípios com pouco mais de 4.000 habitantes (Lajedão) até municípios com mais de 160.000 habitantes, como é o caso de Teixeira de Freitas (capital da microrregião), assim, abordando uma média da ordem de 34.700 habitantes por município.

Outro ponto de necessária observação são as áreas geográficas que compreendem os municípios do Território de Identidade do Extremo Sul da Bahia, variando de forma relevante em termos de dimensão geoespacial, de tal forma a congregar municípios com pouco mais de 600 km², a cidade de Lajedão ao oeste, até municípios com cerca de 2.400 Km², como é o caso de Caravelas. Desta forma, consubstancia em sua formação geográfica (espacial) uma média de mais de 1.400km² por município do território, média também observada em todo o Nordeste e estado baiano.

FIGURA IV – GRÁFICO, CENSO DEMOGRÁFICO, EXTREMO SUL DA BAHIA



(Fonte: Censo Demográfico 2000 a 2010; IBGE 2018; SEI 2018)

Ainda acerca da população, os números evidenciam a heterogeneidade típica da organização territorial de cidades em âmbito estadual, bem como tais aspectos são abarcados em

demais localidades do Brasil, tornando-se um referencial (parâmetro) de análise, salvaguardando, lógico, as suas particularidades geográficas.

Trata-se também de característica comum aos territórios de identidade da Bahia o processo de centralização da população e renda em um único município (Teixeira de Freitas), e consequentemente, dos atendimentos básicos em uma única cidade (vid. item 6).

TABELA A – MUNICÍPIOS DO EXTREMO SUL DA BAHIA (ÁREA E POPULAÇÃO)

Município	População total (habitantes)	Área (Km²)
Alcobaça	23.376	1.481,25
Caravelas	22.740	2.393,50
Ibirapuã	8.852	787,74
Itamaraju	67.356	2.215,14
Itanhém	20.501	1.463,82
Jucuruçu	9.924	1.457,86
Lajedão	4.068	615,47
Medeiros Neto	23.586	1.238,75
Mucuri	42.072	1.781,14
Nova Viçosa	44.052	1.322,85
Prado	29.326	1.740,30
Teixeira de Freitas	161.690	1.163,83
Vereda	6.620	874,33
Média	35.705	1425,84

(Fontes: SIOPS/TCM, 2019, Brasil, 2015, elaboração própria)

Sob outra perspectiva, a economia do Extremo Sul está concentrada principalmente na cultura do eucalipto (“deserto verde”), base para a produção de celulose que responde por cerca de 70% do PIB da região. A pecuária bovina, por sua vez, constitui a atividade preponderante em termos de utilização da área geográfica (espacial), seguida do cultivo do mamão, cacau, café, coco, abacaxi, melancia e (BAHIA, 2016, p. 10).

Observa-se uma participação de aproximadamente 3% do PIB baiano, o equivalente a cerca de 6 milhões de reais ao ano, voltando sua agricultura em suma ao plantio de café e mamão permanente, e ao cultivo de cana-de-açúcar e batata-doce em lavouras temporárias. A indústria é singularmente construída no mercado de papel e celulose, além dos comércios e serviços da região.

FIGURA V – PIB DO EXTREMO SUL DA BAHIA

Produto Interno Bruto (PIB)					
PIB	Ano				
	2011	2012	2013	2014	2015
PIB (R\$ milhares)	6.200.372,80	6.560.330,36	5.637.057,82	6.209.278,09	7.383.659,54
PIB per capita	R\$ 14.752,36	R\$ 15.486,61	R\$ 12.494,73	R\$ 13.655,26	R\$ 16.118,89
Participação do PIB do TI na Bahia	3,7%	3,6%	2,8%	2,8%	3,0%
Participação dos setores na atividade econômica – 2015	Agropecuária	Indústria	Comércio e Serviços	Total*	
	14,3%	24,0%	54,0%	100,0%	
Principais atividades econômicas – 2017					
Agricultura	Lavoura temporária	Cana-de-açúcar (48,4% do total produzido na Bahia); batata-doce (37,8%); melancia (12,9%).			
	Lavoura permanente	Café canephora (62,1% em relação a produção total do estado); mamão (46,3%); urucum (43,8%).			
Pecuária	Rebanhos				
Indústria	Papel e celulose.				
Comércio e Serviços	2.876 estabelecimentos comércio.		1.929 estabelecimentos serviços.		

(Fonte: SEI 2018, Pesquisa Agrícola Municipal / IBGE 2018, Pesquisa Pecuária Municipal IBGE 2018)*Inclui o valor dos impostos

Outro ponto crucial é a evolução econômica no tempo através de análise individual por setores da economia, recorte temporal ao ano de 2010, sendo possível identificar o crescimento da indústria em todo o território, bem como a sua influência e concentração em determinadas cidades, como é o caso de Teixeira de Freitas e Mucuri. O PIB regional dos municípios do Território de Identidade do Extremo Sul, configuram-se no ano de 2010 como:

TABELA B – PIB POR SETORES ECONÔMICOS, PIB MUNICIPAL E PIB *PER CAPITA*, POR MUNICÍPIO DO TERRITÓRIO DE IDENTIDADE EXTREMO SUL, PARA O ANO DE 2010

Municípios	Valor adicionado (em milhões de R\$)			PIB (em milhões de R\$)	PIB <i>per capita</i> (R\$)
	Agropecuária	Indústria	Serviços		
Alcob	74,06	7,53	66,92	154,67	7.611,00
Caravelas	99,74	7,70	67,46	182,53	8.318,00
Ibirap	18,27	6,55	25,74	53,95	6.895,00
Itamaraju	143,39	41,36	238,27	448,99	6.650,00
Itanhé	34,21	7,26	59,05	105,07	4.959,00
Jucuru	27,50	2,51	22,75	54,04	5.052,00
Lajedã	12,49	1,34	11,69	26,28	7.332,00
Medeiros Neto	28,71	25,43	73,94	136,30	6.023,00
Mucur	54,38	605,83	231,96	1.013,58	29.096,00
Nova Viçosa	62,99	22,83	121,00	224,00	6.217,00
Prado	131,38	12,44	88,26	239,60	9.186,00
Teixeira de Freitas	42,94	119,37	640,96	906,74	7.321,00
Vered	18,46	2,05	18,59	40,57	5.512,00

(Fonte: BAHIA, 2016, p. 50)

3 A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

Sob uma perspectiva kantiana, a ideia de dignidade humana se encontra atrelada à premissa fundamental segundo a qual o homem é um fim em si mesmo, a condição humana é o objetivo de toda a construção moral da sociedade, devendo toda a ordem se submeter a esta condição fundamental - mesmo a ideia de Deus está submetida a esta lógica, não podendo nem mesmo ela ser utilizada para colocar a condição humana como meio para lograr objetivos.

O fato de que, na ordem dos fins, o homem (e com ele todo ente racional) seja fim em si mesmo, isto é, jamais possa ser usado por alguém (nem mesmo por Deus) simplesmente como meio, sem que ele mesmo seja com isso ao mesmo tempo fim, que, portanto, a humanidade em nossa pessoa tenha de ser a nós mesmos santa, segue-se doravante por si, porque ele é o sujeito da lei moral, por conseguinte daquilo que é em si santo, somente em vista do qual e também em concordância com o qual algo pode em geral ser denominado santo. Pois esta lei moral funda-se sobre a autonomia de sua vontade, como uma vontade livre que, de acordo com suas leis universais, necessariamente tem de ao mesmo tempo poder concordar com aquilo ao qual deve submeter-se. (KANT, 2002, p. 211-212)

3.1 Dignidade da Pessoa Humana

A dignidade humana consiste em tratar a pessoa sempre como fim, e não como meio, nem mesmo como meio para consecução de outra vontade humana. É, para tanto, um valor absoluto inerente à pessoa: todo ser humano é dotado desse preceito, o qual é erigido, pela CF/88, a primado fundamental no estado de direito brasileiro.

Nesta linha de raciocínio, os direitos ditos fundamentais aparecem como decorrência direta do primado da dignidade humana, e do ponto de vista normativo, constituem instrumental jurídico voltado à sua promoção. Assim, os direitos à vida, à saúde, à educação, à cultura, dentre outros direitos fundamentais, encontrariam justificativa naquela ideia essencial da condição humana como fim em si mesmo, objetivo último da vida, não submetido a qualquer que seja o valor.

3.2 Direitos fundamentais, direito à saúde, escassez e mínimo existencial

Além da sua aceção enquanto produto da dignidade humana, os direitos fundamentais são também definidos como aquelas prerrogativas essenciais da pessoa que foram positivadas. Há, portanto, do ponto de vista jurídico, um componente normativo na definição do que seja direito fundamental, consistente na ideia de que direitos fundamentais são aqueles que estejam previstos na Carta Constitucional.

Desta forma, são duas as dimensões essenciais na definição de direitos fundamentais. Uma primeira dimensão, de natureza ontológica, que os reconhece enquanto tais, por estarem atrelados à promoção da condição humana; e, uma segunda de caráter positivista, mais restrita e com carga de arbitrariedade política que os identifica a partir do seu reconhecimento normativo pelo Estado:

De facto, os direitos fundamentais podem ser vistos enquanto direitos naturais de todos os homens, independente dos tempos e dos lugares – perspectiva filosófica ou jusnaturalista; como podem ser referidos aos direitos mais importantes das pessoas, num determinado tempo e lugar, isto é, num Estado concreto ou numa comunidade de estados – perspectiva estadual ou constitucional; como ainda podem ser considerados direitos essenciais das pessoas num certo tempo, em

todos os lugares ou, pelo menos, em grandes regiões do mundo – perspectiva universalista ou internacionalista. (ANDRADE, 2010, pg. 17)

No Brasil, os direitos fundamentais, dentre os quais se encontram os direitos sociais, assim entendidos os direitos do homem na sua condição de membro da coletividade, além de serem previstos de forma expressa no texto constitucional, foram servidos de alguns elementos que lhes conferem uma distinção jurídico-formal, tanto no tocante à manutenção da sua vigência, como também no que se refere à eficácia que se lhes exige.

De fato, são direitos presentes no domínio das chamadas “cláusulas pétreas”, que não podem ser abolidos, e dotados de “eficácia plena”, a dispensarem precisões normativas para fins de implementação dos seus mandamentos, devendo ter aplicabilidade direta, nisto destoando dos direitos cuja eficácia depende de regulamentação por lei:

Com efeito, para além de poderem ser reconhecidos como protegidos contra uma supressão e erosão pelo poder de reforma constitucional (por força de uma exegese necessariamente inclusiva do art. 60, § 4º, inciso IV, da CF) os direitos sociais (negativos e positivos) encontram-se sujeitos à lógica do art. 5º, § 1º, da CF, no sentido de que a todas as normas de direitos fundamentais há de se outorgar a máxima eficácia e efetividade possível, no âmbito de um processo em que se deve levar em conta a necessária otimização do conjunto de princípios (e direitos) fundamentais, sempre à luz das circunstâncias do caso concreto. Em outras palavras, também as normas de direitos sociais (inclusive de cunho prestacional) devem, em princípio, ser consideradas como dotadas de plena eficácia e, portanto, direta aplicabilidade (...) (SARLET, 1988, pg. 86)

Portanto, os direitos fundamentais, posto que ligados à própria condição humana, são caracterizados como aqueles positivados em uma ordem jurídica interna, em nível Constitucional, irrenunciáveis, inalienáveis, imprescritíveis, indivisíveis e dotados de garantias constitucionais, tanto no que se refere à sua não-supressão, como à sua eficácia plena, não condicionada, e imediata.

A saúde faz parte deste conjunto de ações prioritárias, na medida em que se configura direito fundamental, atrelado à dignidade humana. Encontra-se prevista na CF/88, art. 194, no universo da Seguridade Social, juntamente com a Previdência Social e Assistência Social, de modo a conformar a estrutura básica de proteção social do Estado.

A expressão “Seguridade Social” foi empregada pela primeira vez nos Estados Unidos Unidos em 1935 com a edição do *Social Security Act*, e conquistou amplitude internacional nos anos seguintes, passando a ser utilizado na França, Espanha, Portugal, até alcançar o Brasil. Conserva como característica fundamental o seu caráter universal, com abrangência a todo cidadão que se mostre em situação de risco social, assim entendida toda e qualquer contingência de desamparo em que se encontre.

A outra ideia essencial que se encontra na base do sistema de Seguridade Social - e nele o sistema de saúde -, é a de solidariedade no seu financiamento. Cabe à sociedade como um todo o custeio das ações de cobertura social, seja por meio de um sistema de contribuições vertidas pelos próprios beneficiários (modelo *bismarckiano*); seja por meio de um sistema de impostos a serem pagos por toda a sociedade (modelo *beveridgiano*); seja ainda num modelo misto, a contemplar tanto o regime contributivo, como o sistema impositivo geral (BEVERIDGE, 1943; CASTEL, 1998; CORREIA; CORREIA, 2002).

O presente trabalho é voltado ao direito fundamental à saúde, garantido mediante a redução do risco de doenças e outros agravos, bem como à sua promoção, proteção e recuperação (CF/88, art. 196). Assim, ao positivar o direito à Saúde, o legislador prescreveu que este direito deverá ser alcançado mediante políticas preventivas e curativas que permitam a vida com qualidade e dignidade (SCHWARTZ, 2011).

Trata-se, em síntese, de um conjunto de direitos voltados à obtenção do estado de bem-estar físico, mental e social plenos, ou seja, à consecução dos níveis de qualidade de vida, que hoje podem ser considerados segundo os parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

O direito à saúde faz parte do universo dos direitos fundamentais de natureza positiva, no sentido de exigirem a atuação do Estado para fins de sua implementação (SARLET, 1998, pg. 17). Compreendem-se positivos os direitos fundamentais cuja eficácia exige algum tipo de prestação por parte do Estado, como seria o caso da proteção à saúde, a ser realizada por meio do atendimento médico-hospitalar, e, portanto, supõe a realização de despesas e estabelecimento das respectivas fontes de custeio.

Neste sentido, contrapõe-se aos direitos fundamentais de natureza negativa, assim entendidos aqueles cuja eficácia não demanda uma atuação do Estado, ou mesmo exigem uma abstenção do aparato público, como pode ser o caso no que se refere ao respeito às liberdades individuais, ou à não submissão do indivíduo a condições degradantes.

A dimensão positiva dos direitos fundamentais é primordial a concepção metodológica do estudo, na medida em que demanda maiores volumes de recursos públicos e engendra a questão da escassez no financiamento do Estado. O direito fundamental à saúde, a ser assegurado pelo Estado, não pode estar condicionado a limites normativos de ordem financeira, posto se tratar de direito inerente à condição humana e à promoção da sua dignidade, objetivo maior da ordem jurídica e razão de ser do Estado e da própria sociedade. Ao contrário, o direito à saúde submete qualquer que seja a norma de natureza financeira, e afasta a discussão sobre a escassez de recursos para aquelas áreas que estejam fora do universo dos direitos fundamentais.

Escassez é dado da realidade, e objeto de estudo da Economia, logo, não se trata de mera previsão normativa de natureza jurídica a limitar direitos. Mesmo no âmbito do Direito Financeiro ou do Orçamento Público, a escassez não é norma a determinar impedimento à execução de recursos. Trata-se, sim, de dado da realidade que condiciona a realização de escolhas.

Deste modo, o impacto da ideia de escassez no direito se dá no âmbito das escolhas de direitos, na ponderação de valores, na eleição de prioridades. Na escala de prioridades a ser estabelecida pelo Estado, os direitos fundamentais ocupam a parte primordial. Todas as demais demandas que exijam alocação de recursos públicos, devem se submeter à implementação dos direitos fundamentais, numa ordem de prioridades, posto que estes são os direitos inerentes à própria condição de ser-humano.

A ideia de escassez se aplica a todas as áreas de atuação humana, e se confunde com concepção de fronteira. Seja qual for o universo de atuação que se considere, haverá sempre limites à atuação humana. Na tecnologia, nos recursos humanos, no espaço geográfico, nas riquezas naturais, existirão sempre fronteiras a impedir o avanço, ainda que tais fronteiras sejam regidas por uma dinâmica própria, que tende a se ampliar, seja por meio do acúmulo de riqueza, seja por meio dos avanços na tecnologia, na gestão, ou na forma de conceber os problemas e a soluções. Na área dos direitos fundamentais não é diferente. Entretanto, a questão aqui é de ordem de prioridade, e não primordialmente de inexistência de recursos.

O problema fundamental do financiamento da saúde no Brasil não se encontra na falta de recursos de uma maneira geral, mas no plano das decisões políticas que regem a alocação de tais recursos, seja numa perspectiva comparada com alocações em outras áreas, seja uma perspectiva de distribuição social da atenção às demandas.

Outro elemento fundamental para a definição da alocação dos recursos é a ideia segundo a qual o direito à saúde constitui prerrogativa mínima para a vida digna, de forma a assegurar aquilo que se passou a conhecer como “mínimo existencial”, assim entendida a promoção de prerrogativas sem as quais a própria vida humana seria inviável enquanto tal:

Os direitos à alimentação, saúde e educação, embora não sejam originariamente fundamentais, adquirem o status daqueles no que concerne à parcela mínima sem a qual o homem não sobrevive. A doutrina suíça, para caracterizar o mínimo existencial, recorre à expressão ‘direitos sociais mínimos’ (Kleinen Sozialrechte); Michelman prefere *minimum welfare* e *minimum protection*. (TORRES, 1989, pg. 33)

Torres prefere uma definição de mínimo existencial numa perspectiva que é, ao mesmo tempo, de não-intervenção do Estado - direito protegido pela via da abstenção, ou negativo -, e de prestação estatal, ou seja, a via da atuação (positivo). Trata-se, pois, de direito de *status negativus* e de *status positivus*, o que termina fazendo com que o mínimo existencial derive da conjunção de direitos fundamentais positivos e negativos.

A Saúde é direito fundamental dotado de eficácia plena, não condicionado a precisões normativas com vistas à sua implementação. Sendo assim, ocupa posição de destaque na conformação dos direitos que objetivam a promoção da dignidade humana e da manutenção de um mínimo necessário ao gozo de tal condição, bem como na priorização de recursos, a partir de um juízo de ponderação de valores.

Conforme indicado anteriormente, não há no direito - ou mais precisamente no Direito Financeiro ou do Direito Orçamentário -, norma fundamental a impedir a efetivação do direito fundamental à saúde. A escassez, como dado da realidade, poderá eventualmente impedir a realização de uma prestação por parte do Estado, mas a verificação de tal hipótese exige uma análise igualmente fática que ateste, não só a inexistência do recurso para a ação de saúde, mas a inexistência plena de recurso, a partir da ponderação dos interesses postos.

O conhecimento da estrutura de financiamento público, da sua dinâmica e dos seus fundamentos é o que permite considerar a impossibilidade de uma prestação pública, sempre em termos comparativos e ponderados, com o universo geral das demandas apresentadas ao Estado.

4 A ESTRUTURA DO FINANCIAMENTO PÚBLICO BRASILEIRO

Por mais elementar que seja a premissa a partir da qual se deve desenvolver a discussão sobre financiamento de direitos sociais de uma forma geral - e do direito à saúde de modo particular -, é aquela segundo a qual o financiamento é fruto de uma escolha política. Ao contrário do que se pode imaginar, a partir de leituras de alguns manuais, não há uma técnica financeira, contábil, ou jurídica, que indique *a priori* a excelência da estruturação do financiamento da saúde, de forma desatrelada dos objetivos fundamentais a que serve esta estruturação.

O raciocínio é inverso: a alocação de recursos, tanto no que se refere ao montante, como à forma e a destinação, são todas decisões políticas, a serem tomadas pela coletividade em moldes democráticos, e apenas a partir deste momento é que o Direito, em especial o Direito Financeiro, Tributário e Orçamentário passarão a ser formulados. Em definitiva, não é a técnica jurídica-financeira que condiciona a alocação de recursos, mas o contrário, em que pese, insista-se, o discurso tecnicista na área.

4.1 A Estrutura do Financiamento de Saúde no Brasil

A análise da evolução histórica esclarece a premissa fundamental: a evolução do financiamento da saúde no Brasil se mostra claramente regida por decisões políticas, ainda que a base jurídica tenha permanecido intacta. Algo similar ocorre com a variável econômica, uma vez que, mesmo em períodos de maior escassez econômica, a efetivação do direito à saúde seguiu trajetória inversa, com atenção às necessidades em níveis mais elevados do que em situação de abundância de recursos. A própria evolução do investimento em saúde, em termos de PIB, é uma

demonstração clara de como o fator político é o preponderante em termos de alocação de recursos voltados às demandas na área:

O sistema de saúde brasileiro teve sua expansão acelerada a partir do início da segunda metade do século XX. No início dos anos 1950, os dispêndios nacionais com saúde não excediam a 1% do PIB, grande parte destinada a programas de saúde pública, principalmente os de controle de doenças transmissíveis (McGREEVEY; BAPTISTA; PINTO; PIOLA; VIANNA). Vinte e cinco anos depois, esse percentual era estimado como equivalente a 2,5% do PIB, incluindo o gasto privado. Nos anos 1980, chegou a 4,5% (VIANNA; PIOLA, 1991). Atualmente, está em 8,4% do PIB (WHO, 2010) (CONASS, 2011)

A História demonstra não haver qualquer relação entre crise econômica e despesa com saúde; ao contrário, períodos de crises econômicas profundas, observados tanto ao longo do século XIX, como na primeira metade do século XX, não tiveram paralelo com gastos elevados nas áreas sociais. Já o forte crescimento econômico observado desde o pós-guerra até a década de 1980, foi acompanhado de fortíssimos avanços em termos de investimento público, com destaque para a área de saúde. O modelo federativo de estruturação do financiamento público, insere-se neste contexto de decisão política referente ao financiamento público.

A Constituição Federal de 1988, por sua vez, consolidou a descentralização fiscal, em que pese as muitas limitações e incongruências do modelo. O modelo federativo brasileiro, e com ele a estrutura de financiamento, é marcado, por um lado, pela concentração de receitas em favor da União e em detrimento dos demais entes, em especial dos municípios; e por outro, pela distribuição coordenada de atribuições administrativas, o que termina por ensejar um grande desequilíbrio financeiro, e situações deficitárias e de dependência crônica em desfavor dos entes menores.

Do ponto de vista histórico, a inclusão da municipalidade na estrutura federativa, e mais precisamente na condição de titular de competência impositiva exclusiva só se deu a partir da Constituição de 1934, mais de 40 anos depois da origem do sistema no qual União e Estados dividiam tais competências.

A federação brasileira adotou desde sua origem, na Constituição Federal de 1891, o regime de separação de fontes tributárias, discriminando impostos de competência exclusiva dos Estados e da União. A partir de então, a evolução histórica da estrutura tributária nacional, particularmente no que diz respeito à distribuição das competências exclusivas, caracterizou-se por mudanças lentas e graduais (...) (ARRETCHE, 2004)

A evolução, nesta matéria, foi lenta e gradual, com as maiores rupturas históricas operadas com a centralização do poder em favor da União, com a Reforma Tributária do regime militar entre 1965 e 1968; e com a descentralização fiscal estabelecida por meio da CF/88. Atualmente, o sistema de repartição das receitas de impostos é tratado na CF/88, nos arts. 153 a 156, com atribuição de competências tributárias à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios.

A nova Constituição brasileira reverteu o centralismo imposto pela reforma de 1976, ao instituir uma nova partilha tributária que favoreceu os entes subnacionais, principalmente os municípios, em detrimento da União. Em meados da década de 1970, mais de 68% da receita tributária disponível ficava com a União. Aos estados e municípios cabiam, respectivamente, 23,3% e 8,6%. Em 1993, ao fim da implementação gradual da reforma, esses percentuais ficaram em 57,8 % (União), 26,4% (estados) e 15,8% (municípios) (ARAÚJO, 2006). Em outras palavras, enquanto a participação relativa da União caiu dez pontos percentuais, estados e municípios tiveram um incremento da ordem de 13,3% e 83,7%, respectivamente, na receita disponível. (CONASS, 2011)

Não obstante, o quadro segue sendo de profunda concentração de poder e arrecadação em mãos da União. Os dados empíricos referentes à distribuição da arrecadação apontam de forma invariável à profunda disparidade de situações entre os distintos entes políticos e as distintas regiões.

No sistema atual, a arrecadação tributária é bastante concentrada: os cinco principais impostos são responsáveis por mais de 70% da arrecadação total, sendo quatro deles arrecadados pela União. [...] Em 2002, 70,1% do total da arrecadação tributária foi realizado pela União, 25,5% pelos Estados e 4,3% pelos municípios. (ARRETCHE, 2004)

Acerca dos dados da arrecadação brasileira dividida por esfera de governo (Figura VI), é possível observar que em ambos os períodos considerados, o montante arrecadado pelo Governo Central é consideravelmente superior aos Governos Municipais, alcançando até o onze vezes do montante deste último. Diferentemente do que ocorre com os Governos Estaduais, representando em torno $\frac{1}{2}$ o valor do Central.

**FIGURA VI – CARGA TRIBUTÁRIA BRUTA POR ESFERA DE GOVERNO
BRASIL (2017 - 2018 e 2018 - 2019)**

	R\$ Milhões		% PIB		Variação (R\$ Milhões)	Variação (p.p. PIB)
	2017	2018	2017	2018		
Governo Central	1.450.613	1.547.471	22,13%	22,66%	96.858	0,53
Governos Estaduais	551.713	590.680	8,42%	8,65%	38.967	0,23
Governos Municipais	135.307	154.664	2,06%	2,27%	19.356	0,20
Governo Geral	2.137.634	2.292.815	32,62%	33,58%	155.181	0,97

	R\$ Milhões		% PIB		Variação (R\$ Milhões)	Variação (p.p. PIB)
	2018	2019	2018	2019		
Governo Central	1.546.017	1.613.670	22,44%	22,24%	67.654	-0,20
Governos Estaduais	587.046	629.125	8,52%	8,67%	42.079	0,15
Governos Municipais	150.623	164.531	2,19%	2,27%	13.908	0,08
Governo Geral	2.283.685	2.407.326	33,15%	33,17%	123.641	0,02

(Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional, STN, 2019 e 2020)

É interessante notar como esta não é uma realidade apartada ou um mero recorte historiográfico, mas sim, uma constante no tempo, como indicam os valores de carga tributária em relação ao PIB para o período de 2010 a 2019 (Figura VII).

Tal concentração de recursos tem implicações que vão muito além de prejuízos à gestão financeira, e ao financiamento das demandas públicas. Em realidade, termina por influenciar a própria divisão do território nacional em um grande número de municípios, bem como por impactar na distribuição de forças políticas entre entes dotados de autonomia e entes dependentes do ponto de vista do financiamento público. Isto ocorre, pelo fato de que a concentração de arrecadação própria dá vazão ao estabelecimento de um sistema de transferências de recursos entre os entes da federação (VARSANO, 1996).

FIGURA VII – GRÁFICO, CARGA TRIBUTÁRIA BRUTA POR ESFERA DE GOVERNO, EM PORCENTAGEM DO PIB – BRASIL (2010 - 2019)



(Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional, STN, 2020)

Esta situação constitui claro incentivo à proliferação desordenada de municípios que não teriam condição de prover o seu financiamento e a sua gestão de forma autônoma, mas que identificam no sistema de transferências de recursos públicos um meio para levantar recursos junto à União e ao Estado, para fins de realização despesas. É em grande parte esta realidade que constitui a raiz de uma federação dividida em mais de 5.500 entes de nível municipal, 417 deles no Estado da Bahia.

Do ponto de vista da atenção à saúde, a questão desemboca numa realidade de profundas disparidades regionais, sub-regionais e microrregionais (ARRETCHE, 2004). Passam a ser observados verdadeiros bolsões de escassez de estrutura e atendimento, com algumas poucas localidades sobrecarregadas, tendo em vista a sua boa estrutura de atenção, em termos comparativos. O caso dos municípios da região do Extremo-Sul da Bahia é mero ilustrativo desta realidade, cabendo ao município de Teixeira de Freitas, na condição de capital da microrregião, a concentração dos procedimentos realizados na região.

4.2 Os reflexos do modelo de distribuição das receitas na área da Saúde municipal

A retirada da autonomia dos entes municipais, no que se refere às ações de saúde, não se limita apenas à execução das ações. Antes disso, a própria formulação das políticas e dos planos de atuação que lhe são inerentes são originados pelo poder central que baixa atos normativos a serem incorporados pela gestão das municipalidades, de forma desatrelada ao que seria a realidade das demandas locais. A coordenação das ações nacionais de saúde ocorre por quase sua totalidade dependente da edição de portarias ministeriais. Portanto, a formulação da política nacional tem sido dada pelo próprio poder Executivo federal e, marginalmente, pelo o Congresso Nacional:

O conteúdo destas portarias consiste, em grande medida, em condicionar as transferências federais à adesão de Estados e municípios aos objetivos da política federal. Nas condições em que se reduza a incerteza quanto ao fluxo das transferências, tornando crível que estas serão efetivamente realizadas, aumenta exponencialmente a capacidade federal de coordenar as ações dos governos estaduais e municipais. (ARRETCHE, 2004)

A participação de Estados e municípios no processo de formulação da política de saúde se dá, de forma institucionalizada, apenas por meio de conselhos, nos quais a representação e atuação de tais entes é sempre bastante limitada. O que é mais grave é que a participação dos municípios

nas atividades de planejamento das ações na área de saúde é inversamente proporcional à sua atuação no tocante à execução dessas mesmas ações.

O atendimento ambulatorial é uma variável interessante para avaliar este descompasso. Nada menos do que 89% do total da produção ambulatorial no Brasil, e 84% da rede ambulatorial, encontram-se a cargo das municipalidades, uma realidade que destoa ademais do que se dava, por exemplo, ao longo da década de 1990 (MARQUES; ARRETCHE, 2003).

Fato curioso é que na própria normativa federal relativa à gestão da atenção à saúde o plano municipal é reconhecido como um âmbito fundamental para levar a cabo a gestão da saúde no país: a Norma Operacional Básica nº 01/93 do SUS (NOB/SUS nº 01/93), editada pela Portaria GM/MS nº 545/1993 formaliza os princípios fundamentais aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992) que estabeleceu como premissa central que “*a municipalização [da saúde] é o caminho*”. Deste modo, a normatização desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nos distintos níveis de gestão estabelecidos na ocasião: incipiente, parcial e semiplena.

A NOB nº 01/93 tem como principais objetivos a habilitação dos municípios como gestores das ações de saúde, a criação da transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena, bem como a constituição das Comissões Intergestoras Bipartites (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional), como instâncias importantes de negociação, pactuação, articulação e integração entre gestores municipais.

É interessante notar como a relevância do município na estrutura de gestão das ações de saúde pública é reconhecida pela própria União, inclusive no nível normativo, e não obstante pouco se avança em termos de efetivação desta relevância no tocante aos meios de financiamento, tanto no que se refere à autonomia na consecução por fontes próprias, como também no que se refere aos montantes destinados às municipalidades.

5 A SAÚDE E O TERRITÓRIO DE IDENTIDADE DO EXTREMO SUL

A eficácia dos processos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação é fundamental para o monitoramento e a avaliação do estado de saúde da população e para o planejamento, a organização e pleno funcionamento dos serviços de saúde.

A inspeção do cenário da saúde básica local do Território de Identidade tem como referencial as condições de vida da população e o processo saúde-doença. Em um primeiro momento é perceptível que não há um aumento do número de profissionais da área, bem como de leitos, entre o período 2012 a 2018, revelando que mesmo diante o constante crescimento populacional do território (vid. item 3) não houve um efetivo crescimento do atendimento à saúde, seja por a expansão dos funcionários ou infraestrutura.

FIGURA VIII – SAÚDE NO TERRITÓRIO DE IDENTIDADE DO EXTREMO SUL DA BAHIA

Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Leitos hospitalares	853	799	824	809	840	851	837
Médicos	304	336	366	379	402	429	423
Enfermeiros	307	336	374	383	391	402	419
Equipes de PSF	136	124	138	142	146	148	149
Cobertura de equipes de PSF**	100,0%	94,8%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(Fonte: DataSUS 2019)

**Proporção da população coberta pelo atendimento de equipes PSF.

A compreensão desses números requer uma ótica conforme a regionalização da saúde no território, e conseqüentemente, a concentração no município de Teixeira de Freitas, núcleo regional

de saúde. Para isso, é primordial compreender a estrutura e organização do atendimento à saúde básica da região do extremo-sul da Bahia e o seu processo contínuo de regionalização dos atendimentos básicos.

5.1 A Regionalização da Saúde

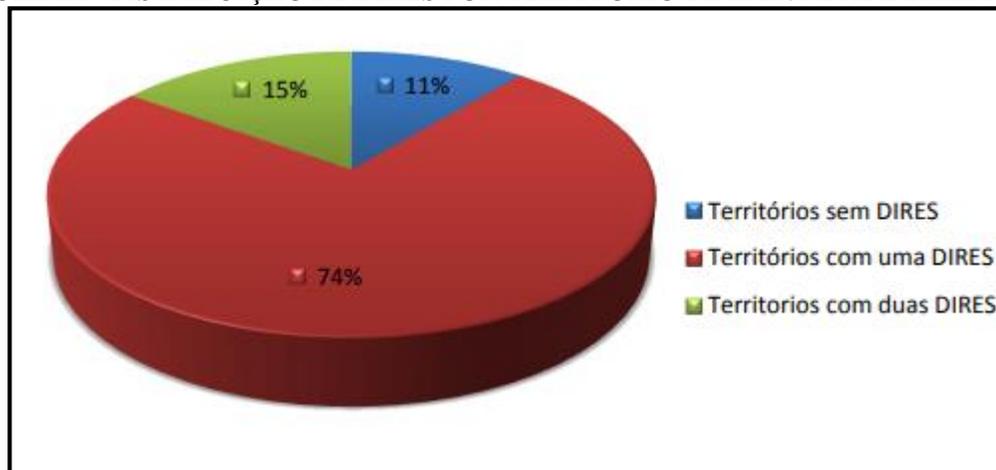
A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), estabeleceu em 2012, por meio da Resolução nº 275/2012, a estrutura regionalizada de atenção à Saúde conforme a lógica do modelo dos Territórios de Identidade, o que resultou nas 28 Regiões de Saúde em que se encontra dividido o território do Estado. No caso das ações de saúde, importa que a região conte com um Município Referência dotado de características fundamentais, quais sejam:

- i. população superior a 35 mil habitantes;
- ii. leitos credenciados no SUS para as quatro especialidades básicas propostas: clínica médica (clínica geral), pediatria, obstetrícia e ginecologia (com parto cesariano realizado);
- iii. ou ser sede de Diretoria Regional de Saúde (DIRES).

Para a gestão dessas regiões foram criadas as chamadas “Diretoria Regional de Saúde” (DIRES), sediadas, em sua maioria, nos municípios-polos, as quais, em 2014, passaram a dar lugar aos chamados Núcleos Regionais de Saúde (NRS), em conformidade com a Lei estadual nº 13.204/2014, de 11 de dezembro.

O desequilíbrio entre as regiões, no que se refere à estrutura administrativa na área pode ser ilustrado já a partir da forma como se encontravam distribuídas as DIRES, quando da entrada em vigor da Resolução nº 275/2012. Em 2010, o equivalente 15% do universo de territórios, ou seja 4 dos 28, contavam com mais de uma DIRES, enquanto 11% das regiões, o que equivaleria a 3 delas, não contavam com nenhuma estrutura administrativa desta natureza.

FIGURA IX - DISTRIBUIÇÃO DE DIRES POR TERRITÓRIO DE IDENTIDADE BAHIA (2010)



(Fonte: SESAB, 2010. Elaboração: Cintya Dantas Flores)

A partir da reformulação operada em 2014, o Estado passou a contar com 9 NRS, que têm a finalidade de acompanhar as atividades de regulação, de vigilância sanitária e de distribuição de medicamentos, bem como as ações relativas à Coordenação de Monitoramento de Prestação de Serviços de Saúde, à Central de Aquisições e Contratações da Saúde e à Corregedoria da Saúde, tudo com o intuito de contribuir para o fortalecimento da gestão junto aos Municípios.

Não obstante, a reestruturação observada está longe de significar a autonomia da gestão municipal de saúde, e pouco alterou o quadro crônico de desigualdade dos padrões de oferta dos serviços entre os municípios (MARQUES; ARRETCHE, 2003).

O caso do Território do Extremo Sul é apenas um ilustrativo desta realidade. A situação do município de Teixeira de Freitas, onde se encontra sediado o NRS da região, é completamente diferente daquela observada em relação a todos os demais municípios da região, em especial aos menores, o que termina por atrair parte expressiva das demandas, inclusive no que se refere à atenção básica na área. Trata-se do maior município em termos populacionais, assim como no que se refere à infraestrutura de serviços e a recursos financeiros.

5.2 A Estrutura de Financiamento da Saúde no Extremo-Sul da Bahia

Os números relativos às despesas realizadas na área de Saúde pelos municípios do Extremo Sul da Bahia, período de 2015 a 2018, a partir de dados do Tribunal de Contas dos municípios dos estados da Bahia (TCE/BA) e do SIOPS, demonstram singular balanço (Tabela C). Entre os anos de 2015 e 2016 o valor total destinado à área da saúde se manteve no patamar esperado, embora tenha havido variações na evolução por município, dentre as quais vale destacar aquelas observadas nos municípios de Mucuri e Nova Viçosa que experimentaram diminuição da ordem de mais de 20%.

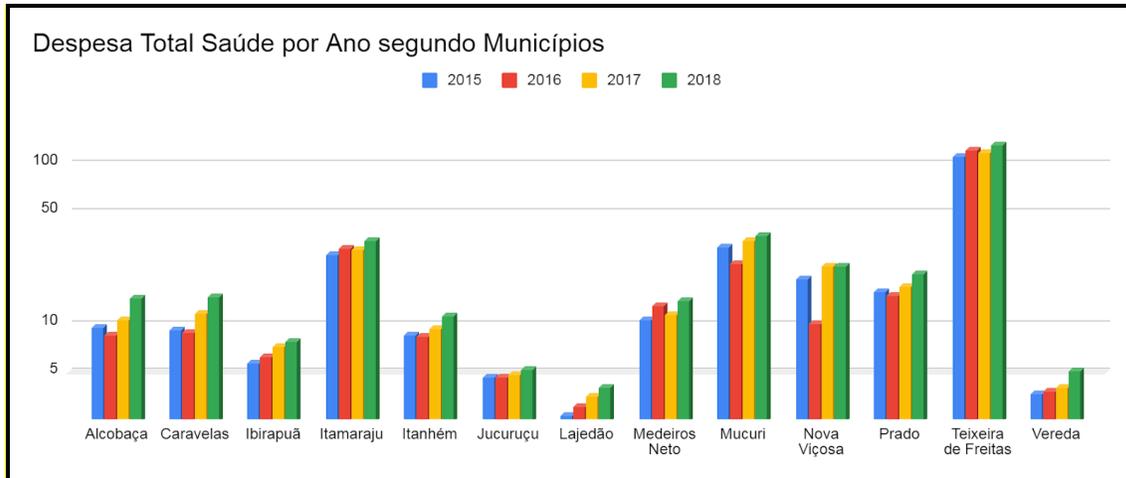
TABELA C – DESPESA TOTAL COM SAÚDE ENTRE 2015 E 2018, NOS MUNICÍPIOS DO EXTREMO SUL DA BAHIA, EM R\$

	2015	2016	2017	2018
Alcobaça	9.540.926	8.423.957,34	10.583.178,40	14.346.155,50
Caravelas	9.214.783,62	8.784.600,30	11.615.134,61	14.612.609,49
Ibirapuã	5.713.436,90	6.230.286,67	7.210.814,49	7.766.417,33
Itamaraju	26.859.463,50	29.200.977,33	29.088.297,06	32.695.844,19
Itanhém	8.539.396,69	8.388.643,40	9.241.949,65	11.255.645,65
Jucuruçu	4.634.168,26	4.607.467,38	4.834.679,78	5.219.190,61
Lajedão	2.660.285,42	3.021.156,15	3.544.828,59	4.041.902,88
Medeiros Neto	10.613.532,30	12.845.012,88	11.406.475,65	13.822.983,58
Mucuri	29.910.700,71	23.640.568,14	32.970.800,99	35.411.993,05
Nova Viçosa	19.156.653,29	10.064.896,56	22.849.228,28	22.691.930,12
Prado	15.724.876,21	15.024.360,45	16.876.644,21	20.599.720,80
Teixeira de Freitas	109.259.283,41	120.056.789,50	115.442.118,45	130.611.348,67
Vereda	3.635.039,51	3.784.644,70	3.999.825,71	5.096.507,43
Total	255.462.545,82	254.073.360,80	279.663.975,87	318.172.249,30

(Fonte: SIOPS, 2019, elaboração própria)

A diminuição da atividade econômica que se observou no país como um todo neste período certamente constitui a causa principal para a estagnação dos valores, ainda que os casos de Mucuri e Nova Viçosa chamem a atenção devido à magnitude da redução. Entre 2016 e 2017, a despesa da totalidade dos municípios na área avançou 10%, e entre 2017 e 2018, o aumento foi da ordem de 13,8%.

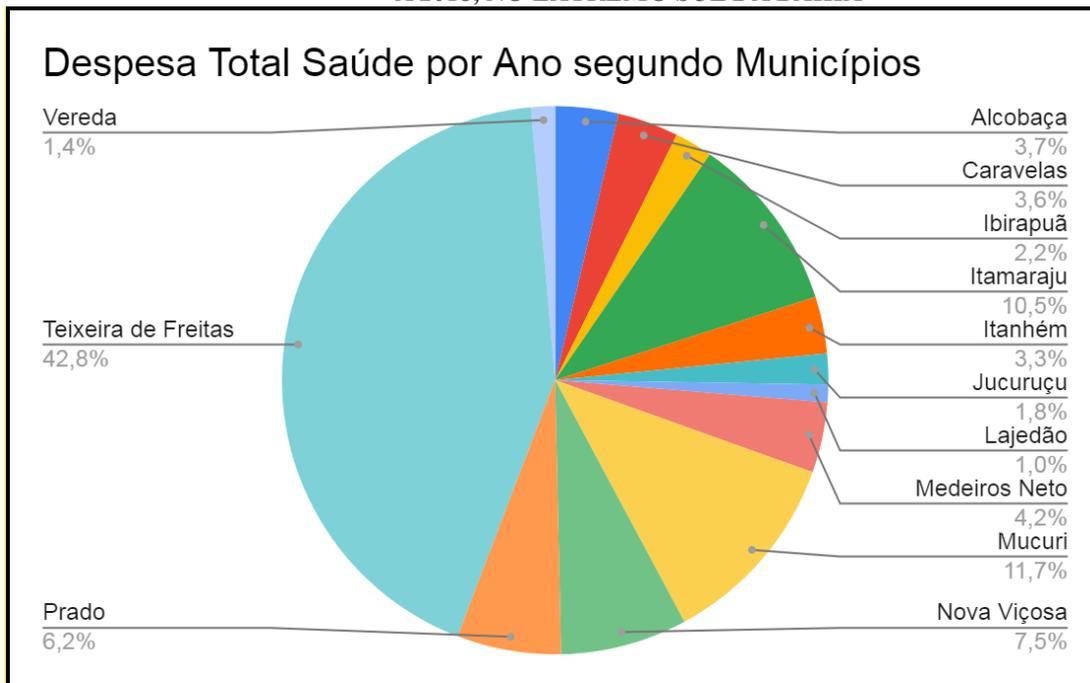
FIGURA X – DESPESA TOTAL COM SAÚDE NO PERÍODO DE 2015 A 2018, NOS MUNICÍPIOS DO EXTREMO SUL DA BAHIA



(Fonte: SIOPS, 2019, elaboração própria)

A Figura X ilustra de forma gráfica esta evolução observada no que se refere aos recursos destinados ao financiamento da saúde na mesma região. Embora existam variações no comportamento dos números, a depender de qual seja o município considerado, com aumentos e diminuições, a tendência de mais longo prazo é, em todos eles, em sentido ascendente. De fato, sem exceções, os recursos alocados em 2018 foram superiores àqueles observados no ano de 2015. Quando considerado todo o período, 2015 a 2018, percebe-se que a capital da microrregião, o município de Teixeira de Freitas, respondeu por nada menos do que 42,8% de todos os gastos com saúde realizados no Território.

FIGURA XI – DIVISÃO DA DESPESA TOTAL COM SAÚDE, POR MUNICÍPIOS, NO PERÍODO DE 2015 A 2018, NO EXTREMO SUL DA BAHIA



Fonte: SIOPS, 2019 (elaboração própria)

Com seus mais de 160 mil habitantes, a cidade de Teixeira de Freitas concentrou, em apenas o ano de 2018, o equivalente a quase 35% da população da região (vid. Tabela D), e a sua

receita financeira total em mesmo ano correspondeu a mais de 30% da receita da totalidade dos municípios da microrregião, aproximadamente R\$ 360 milhões de reais. No que se refere aos gastos com a saúde, Teixeira de Freitas respondeu ao equivalente a 33,5% dos índices, com um valor total da ordem de pouco mais de R\$ 45 milhões, o que corresponde a 4,5 vezes o gasto médio dos municípios da região.

**TABELA D – DESPESA COM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO EXTREMO SUL DA BAHIA
(2018, EM R\$)**

Município	População	Receita	Despesa	Per capita	Rec./Desp.
Alcobaça	23.376	61.397.797,74	6.505.484,67	278,29	10.59%
Caravelas	22.740	65.067.677,68	6.761.451,94	297,33	10.39%
Ibirapuã	8.852	32.503.604,92	5.676.590,65	641,27	17.46%
Itamaraju	67.356	128.604.930,69	11.858.867,50	176,06	9.22%
Itanhém	20.501	45.376.929,83	4.171.573,95	203,48	9.19%
Jucuruçu	9.924	25.071.813,47	2.423.824,34	244,23	9.66%
Lajedão	4.068	17.694.458,43	2.322.246,84	570,85	13.12%
Medeiros Neto	23.586	56.299.872,83	4.936.776,96	209,30	8.76%
Mucuri	42.072	146.318.502,33	25.387.053,70	603,41	17.35%
Nova Viçosa	44.052	96.242.185,57	10.462.259,31	237,49	10.87%
Prado	29.326	79.358.878,03	6.999.561,74	238,68	8.82%
T. de Freitas	161.690	360.886.270,14	45.444.678,56	281,06	12.59%
Vereda	6.620	27.897.335,09	2.683.914,68	405,45	9.62%
Total	464.163	1.142.720.256,75	135.634.284,84	292,21	11,87%
Média	35.704,84	87.901.558,21	10.433.406,52	292,21	11,87%

Fonte: SIOPS/TCM, 2019 (elaboração própria)

Além de Teixeira de Freitas, a situação de outros dois municípios são de especial relevância, uma vez que ofertam empiricamente os moldes em que ocorre o financiamento da saúde: de início (a) o município de Ibirapuã, um dos três menores da região, com uma população de quase 9 mil habitantes, destina o equivalente a 17,4% do seu orçamento à saúde, o proporcional a pouco mais R\$ 640,00 reais por habitante, cerca de mais do dobro da média de gasto *per capita* observado na região; já (b) o município de Mucuri, com seus cerca de 42 mil habitantes, destina percentual similar de recursos às despesas com Saúde (17,3%), com um gasto da ordem de pouco mais de R\$ 600,00 reais por habitante, o que também equivale a mais do dobro da média de gastos *per capita* com saúde na região.

É expressamente um molde de financiamento desequilibrado entre as cidades pertencentes ao território. Não obstante a similitude dos valores médios de gastos com saúde, trata-se de realidades completamente distintas e que encontram explicação em razões bastante diversas. Os valores elevados da despesa *per capita*, no caso de Ibirapuã, decorrem do fato de se tratar de um município pequeno e com grande escassez de recursos, cujos gastos terminam por ser sempre elevados em termos de número de habitantes.

Esta é uma constante no que se refere à realidade observada no cenário nacional: quanto menos populoso e menos provido de recursos financeiros - a realidade que costumam coexistir e ter relação de causa-e-feito -, maior tende a ser o comprometimento da sua receita, assim como os valores médios *per capita* das despesas médias na área social como um todo, e na área da saúde em particular.

No caso de Mucuri, entretanto, as razões devem ser buscadas em outros pontos de análise na medida em que se trata de município muito maior do que Ibirapuã, sendo o 4º maior em número de habitantes na região. A sua receita *per capita*, por exemplo, é de cerca de R\$ 3.480,00 reais, o que o coloca dentre as mais altas do Território. A comparação com Itamaraju, com população

superior ao dobro daquela existente em Mucuri, detém uma receita *per capita* da ordem de R\$.600,00 reais, é neste sentido, ilustrativa da situação.

Ocorre que, muito possivelmente, é a localização geográfica de Mucuri que explica grande parte dos números referentes aos gastos com saúde. Conforme indicado no item 3, o município está localizado na zona litorânea e faz divisa com o Estado do Espírito Santo. Trata-se de região dotada de malha logística, especialmente no seu modal rodoviário, o que lhe garante não apenas uma maior atividade econômica, como também uma maior circulação de pessoas, o que termina por impactar de forma muito direta tanto a formação de demanda para serviços na área de saúde, como a oferta de prestadores.

Embora a cidade de Teixeira de Freitas esteja localizada no centro da região e capital da mesma, Mucuri parece concentrar uma parte importante das demandas de saúde do Território de Identidade. O dado é interessante, na medida em que ilustra a relevância do fator geoespacial para fins de tomada de decisões políticas relativas à gestão da saúde pública.

Outra questão fundamental à análise do financiamento municipal, refere-se ao perfil da receita municipal no tocante à fonte, podendo ser ela: (a) própria, quando oriunda de tributos e preços cobrados pela própria municipalidade, sem a necessidade de intervenção de outras instâncias federativas; ou (b) imprópria, quando decorrente de transferências recebidas a partir dos demais entes da federação.

Tal perspectiva permite avaliar o grau de autonomia que cada município detém para a realização do seu financiamento de uma forma geral e no âmbito da saúde em particular. A Tabela E, a seguir, expõe números relativos à receita total de cada município do Extremo Sul da Bahia, a sua composição, segundo a fonte de arrecadação, própria ou de transferência, bem como a relação entre elas e o valor destinado ao financiamento da saúde, no ano de 2018.

TABELA E – RECEITA TOTAL, ARRECADAÇÃO PRÓPRIA E TRANSFERÊNCIA EM FAVOR DOS MUNICÍPIOS DO EXTREMO SUL DA BAHIA, EM 2018, EM R\$

Município	Receita Total (A)	Receita Própria	Transferência (B)	B/A
Alcobaça	61.397.797,74	4.787.298,40	56.610.499,34	92,21%
Caravelas	65.067.677,68	7.935.163,54	57.132.514,14	87,80%
Ibirapuã	32.503.604,92	6.315.639,31	26.187.965,61	80,57%
Itamaraju	128.604.930,69	11.820.159,76	116.784.770,93	90,80%
Itanhém	45.376.929,83	2.150.347,52	43.226.582,31	95,26%
Jucuruçu	25.071.813,47	1.734.142,83	23.337.670,64	93,08%
Lajedão	17.694.458,43	1.193.828,66	16.500.629,77	93,25%
Medeiros Neto	56.299.872,83	2.585.184,11	53.714.688,72	95,41%
Mucuri	146.318.502,33	14.478.883,18	131.839.619,15	90,10%
Nova Viçosa	96.242.185,57	10.059.005,21	86.183.180,36	89,54%
Prado	79.358.878,03	8.572.208,26	70.786.669,77	89,20%
Teixeira de Freitas	360.886.270,14	67.944.601,15	292.941.668,99	81,17%
Vereda	27.897.335,09	1.363.823,14	26.533.511,95	95,11%
Total	1.142.720.256,75	140.940.285,07	1.001.779.971,68	87,66%

Fonte: SIOPS/TCM 2019 (elaboração própria)

Em todos os casos, a parcela de receita oriunda de repasses corresponde a mais de 80% do total das receitas auferidas pelos municípios, para uma média superior a 87%. O dado é especialmente curioso no tocante aos municípios maiores, com relação aos quais se poderia supor um maior grau de autonomia financeira. Com efeito, a capital da microrregião gera, por meios próprios, o equivalente a menos de 20% do seu orçamento.

Os casos de Itamaraju, Mucuri e Nova Viçosa chamam ainda mais a atenção: embora sejam todos eles municípios com mais de 40 mil habitantes, têm um grau de dependência às transferências financeiras que ascende a 90% dos seus respectivos orçamentos.

CONCLUSÃO

A análise dos dados empíricos relativos ao financiamento público da saúde aponta para a ausência de autonomia das municipalidades brasileiras, incapazes atender as demandas da população por região (área). Portanto, veicula-se não apenas uma questão de escassez de recursos voltados à área da saúde de maneira geral, mas sim, a exteriorização de um completo (e complexo) desequilíbrio entre o que seriam as atribuições dos entes municipais na área e os recursos financeiros que lhes são colocados à disposição.

Impõem-se o elevado grau de dependência financeira em que se encontram os municípios do Território de Identidade do Extremos Sul da Bahia, e que ilustram um panorama geral da realidade das municipalidades brasileiras, conjuntura que está muito além do estado de penúria em que se encontra a atenção à saúde. De fato, os municípios cujo financiamento depende de, pelo menos, 80% de repasses para o seu financiamento, não configuram o comprometimento de somente da saúde pública; a própria ideia de federação, e com ela a questão da autonomia política, assim como a questão da participação democrática nas instâncias de poder, dão lugar a um sistema profundamente centralizado na União federal.

Em outras palavras, o modelo de Federalismo Fiscal nos moldes em que se estrutura no Brasil compromete a autonomia municipal no que se refere à implementação de prestações estatais, incluídas aquelas prestações inerentes à efetividade da dignidade humana, e em especial a atenção à saúde no seu nível mais elementar. A questão da escassez de recursos decorre não apenas dos baixos níveis de destinação de recursos à área da saúde, mas também com a forma e os montantes como tais recursos são distribuídos entre os distintos entes federativos.

O sistema de financiamento pautada na concentração de arrecadação em favor da União e em detrimento dos demais entes - com enfoque aos entes municipais -, complementado pela sistemática das transferências financeiras, termina por gerar uma desigualdade profunda entre os entes federativos para com a União, assim como estabelecer uma lógica de subalternidade contrária à essência da organização federativa.

A realidade da atenção à saúde observada nos municípios que compõe o Território de Identidade do Extremo Sul da Bahia é uma ilustração da falência do modelo de financiamento público existente no país com vistas à efetividade de direitos fundamentais. A situação é de carência de leitos, medicações e ações de saneamento básico, com um grande contraste entre a situação daqueles municípios de maior porte, que gozam de um maior volume de recursos, por serem maiores destinatários de transferência federais e estaduais, dentre os quais o município de Teixeira de Freitas se destaca, e os Municípios menores, destituídos de recursos para financiamento das ações mais básicas.

É a reestruturação deste sistema federativo, pensado em territórios locais dotados de maior nível de emancipação, constitui o caminho para um modelo de financiamento com vistas à implementação dos direitos sociais fundamentais de uma maneira geral, em particular, ao direito à saúde básica. Isso não significa renunciar à participação da União e do Estado na construção e efetivação da estrutura de atenção à saúde. Pelo contrário, trata-se de fortalecer esta ação articulada, especialmente no sentido de fazer com que as municipalidades passem a ser atores importantes em todo este contexto e conjuntura.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. Os Barões da Federação: os Governadores e a Redemocratização Brasileira. São Paulo: Editora Hucitec, 1998.

AFFONSO, R.B.A. “A Federação no Brasil: Impasses e Perspectivas”. In: A Federação em Perspectiva. Rui de Britto Álvares Affonso & Pedro Luíz Barros Silva (Org.). São Paulo, FUNDAP. p. 57-79, 1995.

ARISTÓTELES. A política. Traduzido por Roberto Leal Ferreira. São Paulo: Martins Claret, 2002.

_____. Ética a Nicômaco. Traduzido por Leonel Vallandro e Gerd Bornheim. São Paulo: Martin Claret, 2001.

ARRETCHE, Marta. “Dossiê agenda de pesquisas em políticas públicas.” Revista Brasileira de Ciências Sociais (Impresso), São Paulo, v. 18, n.51, p. 7-9, 2003.

_____. “Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia”. São Paulo Perspectiva, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, June 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09.03.2020.

_____. “Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia”. Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p. 331-345, 2003.

BAHIA, Secretaria de Desenvolvimento Rural. Plano territorial de desenvolvimento sustentável e solidário do extremo Sul – Bahia. BAHIA, 2016. Disponível em <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwjM3Pa7ouPnAhWoHrkGHeuGBoAQFjABegQIChAE&url=http%3A%2F%2Fwww.seplan.ba.gov.br%2Farquivos%2Ffile%2Fpolitica-territorial%2FPUBLICACOES_TERRITORIAIS%2FPlanos-Territoriais-de-Desenvolvimento-Sustentavel-PTDS%2F2018%2FPTDS_Territorio_Extremo_Sul.pdf&usg=AOvVaw38HgorFgagPJ0YC6bYAMJG>. Acesso em 21.02.2020.

BALEEIRO, Aliomar. Uma Introdução à Ciência das Finanças. 16ª ed. São Paulo: Forense, 2008, p. 126.

BARACHO, José Alfredo de Oliveira. “A Federação e a Revisão Constitucional. As Novas Técnicas dos Equilíbrios Constitucionais e as Relações Financeiras. A Cláusula Federativa e a Proteção da Forma de Estado na Constituição de 1988.” Revista dos Tribunais / Cadernos de Direito Constitucional e Ciência Política, São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, n. 14, págs. 16-26, 1996.

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

BARROS, Renato Paes de. Do Regime Federal. Dissertação apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1940.

BEAVON, Keith S. O. Central Place Theory: A reinterpretation. London: Longman, 1977, 157 pp.

BEHM ROSAS, Hugo. “Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina.” Revista Cubana Salud Pública, Ciudad de La Habana, v. 43, n. 2, p. 287-312, jun. 2017. Disponível em <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200013&lng=es&nrm=iso>. Último acesso:

BEVERIDGE, Sir W. O Plano Beveridge: relatório sobre o seguro social e serviços afins. Rio de Janeiro: José Olympio, 1943.

BOBBIO, N. A era dos direitos. 10. reimp. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Agrário. Secretaria de Desenvolvimento Territorial. Perfil Territorial, Extremo Sul – BA. CGMA, maio de 2015. Disponível em <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwjM3Pa7ouPnAhWoHrkGHuGBoAQFjACegQIAxAB&url=http%3A%2F%2Fsit.mda.gov.br%2Fdownload%2Fcaderno%2Fcaderno_territorial_180_Extremo%2520Sul%2520-%2520BA.pdf&usg=AOvVaw1zfCnEYQLJx2gOhNKCP_2>. Acessado em 21.02.2020.

BROWN, Stephen. Retail Location: A Micro-Scale Perspective. Brookfield: Avebury, 1992, 315 pp.

CARPIZO, Jorge. Federalismo en latinoamérica. México: Instituto de Investigaciones jurídicas, 1973.

CASTEL, R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CONASS. O Financiamento da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Brasília. 2011. Disponível em <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwjUr__7yOznAhX8ILkGHABCDfsQFjACegQIAxAB&url=http%3A%2F%2Fwww.conass.org.br%2Fbiblioteca%2Fccount%2Fclick.php%3Fid%3D33&usg=AOvVaw35bTR3lqjE56_hj3GPvQ43>, acesso em 23.02.2020.

CORREIA, Marcus Orione Gonçalves ; CORREIA, Érica Paula Barcha. Curso de Direito da Seguridade Social. Editora: Saraiva, 2002.

DALLARI, Dalmo de Abreu. O Estado Federal. São Paulo: Editora Ática, 1986.

DIAS, Wilson. Entrevista à TVE em 25 de maio de 2010.

DOLHNIKOFF, Miriam. O pacto imperial: origens do federalismo no Brasil. Editora Globo. 2005.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. “O Estado Federal Brasileiro à luz da Constituição de 1988.” Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, volume 86, págs. 116-129, 1991.

GRASSO, Marlene Savóia. “O Sistema Federativo.” Revista dos Tribunais / Cadernos de Direito Constitucional e Ciência Política. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, número 3, págs. 59-79, 1993.

HABER NETO, Michel. A tributação e o financiamento do direito à saúde no Brasil. 2012. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. doi: 10.11606/D.2.2012.tde-14062013-132237. Acesso em: 2019-08-16.

HAMILTON, Alexander. The Federalist. James Madison, John Jay and Alexander Hamilton. 1787.

HORTA, Raul Machado, et alii. Perspectivas do Federalismo Brasileiro. Rio de Janeiro: Edições da Revista Brasileira de Estudos Políticos, 1958.

KANT, I. Crítica da razão prática. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. Fundamentação da metafísica dos costumes. São Paulo: Discurso Editorial, Barcarolla, 2009.

_____. “Federalismo e la pace.” In: Il Federalismo. Bologna: Editora Il Mulino, págs. 32-36, 1975.

_____. Metafísica dos costumes. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora

Universitária São Francisco, 2013.

LA PERGOLA, Antonio. “Regionalismo, Federalismo e Poder Externo do Estado.” Revista Brasileira de Estudos Políticos, Belo Horizonte: Imprensa Universitária, número 67/68, págs. 55-91, julho de 1988/janeiro de 1989.

LIJPHART, Arend. Patterns of Democracy. 1999, 2nd ed., 2012.

LÖSCH, August. The Economics of Location. New Haven: Yale University Press, 1954, 520 pp.

MACHADO, Hugo de Brito. Curso de Direito Tributário. Malheiros Editores. 31ª edição. 2010.

Secretaria da Saúde do Governo do Paraná. Mortalidade infantil. Curitiba, Paraná. Último acesso em 10.05.2019. Disponível em:

<<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3461>>

OATES, W.E. “An Essay on Fiscal Federalism.” Journal of Economic Literature. 1999.

_____. Fiscal Federalism. Harcourt, Brace and Jovanovich. 1972.

PORTAL TRANSPARÊNCIA. Último acesso em 09.03.2020. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/>>

PORTELLA, A. A. e DE JESUS, Jessica Ferreira. “Federalismo fiscal e descentralização administrativa: a deficiência de autonomia dos municípios do Baixo Sul da Bahia na promoção de ações de Saúde.” *Direito da Cidade*, v. 10, p. 834-861, 2018.

PORTELLA, A. A. e MACHADO, Luana Braga. “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. *Revista Quaestio Iuris*, v. 11, p. 1632-1652, 2018.

PORTELLA, A. A. “As limitações ao poder de tributar estabelecidas na Constituição Federal de 1988.” *Revista ESMAT*, v. 10, p. 89-109, 2017.

RANIERI, Nina. “Sobre o Federalismo e o Estado Federal.” *Revista dos Tribunais / Cadernos de Direito Constitucional e Ciência Política*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, número 09, págs. 87-98, 1994.

PROUDHON, P. J. Du Príncipe Fedératif. Paris: E. Dentu, Libraire-Éditeur, 1863.

RUSSOMANO, Rosah. *O Princípio do Federalismo na Constituição Brasileira*. Rio de Janeiro: Livraria Freitas Bastos S. A., 1965.

SARLET, I., & FIGUEIREDO, M. (2007). “Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde.” *Revista Brasileira De Direitos Fundamentais & Justiça*, 1(1), 171-213. Último acesso em 10.05.2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.30899/dfj.v1i1.590>>

SCHWARTZ, Bernard. *Direito Constitucional Americano*. Rio de Janeiro: Editora Forense. Carlos Nayfeld (trad.), 1966.

SEI. Superintendência De Estudos Econômicos E Sociais. Último acesso em 09.03.2020. Disponível em: <<http://www.portalseibahia.saeb.ba.gov.br/>>

SEPLAN. Secretaria do Planejamento do Estado da Bahia. Último acesso em 09.03.2020. Disponível em: <<http://www.seplan.ba.gov.br/>>

SIOPS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Último acesso em 09.03.2020. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/financeiros/siops>

_____. Indicadores Municipais. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Disponível em: <<http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicBA.def>>

SORTO, Fredys Orlando. “O Federalista e a Constituição dos Estados Unidos.” *Revista Brasileira de Estudos Políticos*. Belo Horizonte: Imprensa Universitária, número 82, janeiro de 1996, págs. 133-157.

STEPAN, Alfred. “Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder do Demos.” *Dados*. Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 00, 1999. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581999000200001&lng=en&nrm=iso>. access on 04 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52581999000200001>.

SERRA, José. “Federalismo Fiscal à Brasileira: Algumas Reflexões.” *Revista do BNDES*, Rio de Janeiro, V. 6, N. 12, P. 3-30, DEZ. 1999.

STEPAN, Alfred. “Federalism and Democracy: Beyond the US Model.” *Journal of Democracy*, 10, n. 4 (1999): 19-34.

TIEBOUT, Charles. “A Pure Theory of Local Expenditures.” *Journal of Political Economy*. 1956.

TORRES, Ricardo Lobo. “O mínimo existencial e os direitos fundamentais”. *Revista de Direito Administrativo*, n. 177, RJ, jul./set. 1989, p. 29-49.

WEBER, T. *Ética e filosofia do direito. Autonomia e dignidade da pessoa humana*. Petrópolis: Vozes, 2013.