

CRISE NO PACTO FEDERATIVO BRASILEIRO: UMA ANÁLISE DAS ESCOLHAS ESTATAIS E SUAS REPERCUSSÕES NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DA BACIA DO RIO GRANDE DA BAHIA

André Alves Portella¹
Mariana Silva Bastos²

RESUMO

O presente trabalho busca abordar a realidade do federalismo fiscal brasileiro a partir da análise do financiamento da saúde pública na Região da Bacia do Rio Grande. Entendida como fator fundamental à efetivação da dignidade da pessoa humana, a qualidade da atenção à saúde, e o seu respectivo financiamento público, o estudo se debruça mais precisamente sobre a verificação da estrutura do repasse de verbas entre os entes políticos que compõem a federação brasileira. A partir de uma perspectiva histórica, este artigo analisa a transposição do Federalismo para o Brasil e identifica as raízes antidemocráticas do modelo político-administrativo, que deixa heranças históricas, se refletindo em um desequilíbrio no financiamento dos entes federativos, em que o município recebeu muitas atribuições, por, logicamente, ser o poder regional, e escassos recursos para conseguir concretizar as atribuições que lhe foram conferidas. Nesse sentido, a municipalização dos serviços de saúde, conforme estabelecem as Leis 8.080 e 8.142 de 1990, não foi acompanhada de distribuição de recursos de forma proporcional às atribuições. Dessa forma, são analisadas, a partir de dados de plataformas oficiais, informações que concernem ao panorama socioeconômico da sub-região da Bacia do Rio Grande na Bahia e de seu contexto de saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: federalismo fiscal; descentralização federativa; financiamento da saúde municipal; municípios; Bacia do Rio Grande.

¹ Doutor em Direito Financeiro e Tributário pela Universidade Complutense de Madrid. Professor da UFBA e da UNIFACS. Bolsista de produtividade do CNPq, PQ-2. Membro da Câmara de Assessoramento para a área de Ciências Sociais Aplicadas da FAPESB.

² Bolsista PIBIC/CNPq, graduanda em Direito pela UFBA.

CRISIS IN THE BRAZILIAN FEDERATIVE PACT: AN ANALYSIS OF STATE CHOICES AND THEIR REPERCUSSIONS ON HEALTH FINANCING IN THE MUNICIPALITIES OF THE RIO GRANDE BASIN OF BAHIA

André Alves Portella
Mariana Silva Bastos

ABSTRACT

The present work addresses the reality of Brazilian fiscal federalism based on the analysis of public health financing in the Rio Grande Basin Region. Understood as a fundamental factor in the realization of the dignity of the human person, the quality of health care, and its respective public financing, the study focuses more precisely on verifying the structure of the transfer funds between political entities that make up the Brazilian federation. From a historical perspective, this article analyzes the transposition of Federalism to Brazil and identifies the anti-democratic roots in political-administrative model, which leaves historical legacies, reflected in an imbalance in the financing of federative entities, in which the municipality received many responsibilities, as, logically, it is the regional power, and has few resources to be able to carry out the responsibilities given to it. In this sense, the municipalization of health services, as established by the health laws, was not accompanied by the distribution of resources in proportion to the attributions. In this way, information relating to the socioeconomic panorama of the sub-region of the Rio Grande Basin in Bahia and its public health context is analyzed based on data from official platforms.

KEYWORDS: fiscal federalism; fiscal decentralization; municipal health financing; municipalities; Rio Grande Basin.

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 marcou um divisor de águas ao instituir o Estado Democrático de Direito brasileiro, fundado na dignidade da pessoa humana e na garantia de direitos fundamentais. Entre esses, o direito à saúde se destaca como um dos pilares da seguridade social, cuja efetivação demanda não apenas previsão normativa, mas um arranjo institucional e financeiro eficiente, justo e cooperativo. Nesse cenário, o federalismo — princípio organizador da República — deveria atuar como um mecanismo de equilíbrio entre os entes federativos. Contudo, o modelo brasileiro evidencia tensões históricas entre autonomia e dependência, especialmente no que tange à capacidade de financiamento dos municípios.

O problema central investigado neste artigo reside no descompasso estrutural entre as atribuições constitucionais conferidas aos municípios e os recursos efetivamente disponíveis para a sua execução, particularmente no setor da saúde pública. Esse problema se torna ainda mais expressivo quando analisado sob a ótica de recortes territoriais específicos, como a Bacia do Rio Grande, sub-região do estado da Bahia marcada por dinamismo econômico e persistente desigualdade social. Diante disso, a pergunta que orienta a presente investigação é: de que modo o modelo de federalismo fiscal brasileiro impacta o financiamento da saúde pública nos municípios da Bacia do Rio Grande da Bahia, afetando a efetividade do direito fundamental à saúde?

A hipótese aqui defendida é que o arranjo federativo vigente, ao concentrar receitas na União e descentralizar obrigações aos municípios, provoca um vazio estrutural de financiamento, dificultando a efetivação de políticas públicas essenciais e reproduzindo desigualdades regionais.

A relevância desta pesquisa está na escolha metodológica que alia análise estatística, documental e bibliográfica a um recorte territorial concreto, oferecendo uma compreensão situada dos efeitos do federalismo fiscal sobre a saúde pública em municípios com limitada autonomia financeira. Foram utilizados dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI/BA), permitindo a construção de um panorama preciso sobre o financiamento da saúde nos municípios da Bacia do Rio Grande.

A estrutura do artigo foi pensada de forma a construir uma linha argumentativa coerente e interligada. As seções 1 e 2 introduzem o artigo e a metodologia. A seção 3 realiza

uma contextualização teórica e histórica do federalismo, com ênfase nas particularidades da sua adoção no Brasil. Já a seção 4 aprofunda a análise sobre o financiamento público como instrumento para a efetivação da dignidade da pessoa humana. Nesse ponto, evidencia-se a conexão entre o modelo de Estado de bem-estar social, adotado pela Constituição de 1988, e a exigência de um pacto federativo funcional. Por fim, a seção 5 realiza uma caracterização geográfica e socioeconômica da Bacia do Rio Grande, demonstrando como o descompasso entre arrecadação e atribuições impacta municípios com fortes desigualdades internas, apesar do alto produto interno bruto (PIB) da região e traz a análise de dados orçamentários sobre o financiamento da saúde nos municípios da sub-região. São examinados indicadores como despesas *per capita*, dependência de transferências intergovernamentais, cobertura de atenção básica, presença de profissionais da saúde e número de leitos hospitalares. Esta seção traduz em números os entraves discutidos nas seções anteriores e evidencia os desafios práticos enfrentados pelos municípios.

Cada um desses tópicos está interconectado em um movimento analítico que vai do plano conceitual ao empírico, do modelo institucional ao seu reflexo na realidade local, permitindo uma compreensão abrangente, crítica e fundamentada sobre as limitações do federalismo fiscal brasileiro para a promoção do direito à saúde. Ao final, as considerações propõem a urgência de um redesenho das bases do pacto federativo, capaz de viabilizar a justiça fiscal, a equidade regional e a concretização da dignidade humana no território nacional.

2. DA METODOLOGIA

O presente estudo se caracteriza como uma pesquisa de natureza aplicada, com abordagem quali-quantitativa, de caráter descritivo-analítico, orientada pelo método dedutivo, por meio do qual se parte de premissas gerais acerca do federalismo fiscal brasileiro para a análise de suas repercussões concretas no financiamento da saúde em âmbito municipal. Como estratégia de investigação, adota-se o estudo de caso, tendo como recorte empírico os municípios integrantes do Território de Identidade da Bacia do Rio Grande, no estado da Bahia.

No plano teórico, a pesquisa se fundamenta em revisão bibliográfica especializada sobre federalismo fiscal, descentralização administrativa e financiamento de políticas públicas, com ênfase na relação entre a organização federativa e a efetivação de direitos

fundamentais, especialmente o direito à saúde. O marco teórico adotado dialoga com a literatura que analisa as assimetrias do federalismo brasileiro e seus impactos sobre a autonomia dos entes subnacionais, com destaque para as contribuições de Marta Arretche e Fernando Rezende, bem como para estudos aplicados ao financiamento da saúde em âmbito municipal, como os desenvolvidos por André Portella. No plano histórico, a análise dialoga com interpretações acerca da formação do federalismo brasileiro, a exemplo de Raymundo Faoro, enquanto, no campo do financiamento público e da crise do Estado fiscal, são mobilizadas reflexões de José Casalta Nabais, Thomas Piketty e Luiz Gonzaga Belluzzo. Esse referencial fornece as bases analíticas para a interpretação crítica dos dados empíricos e para a verificação da hipótese de desequilíbrio estrutural na repartição de receitas e encargos entre os entes federativos.

No que concerne aos procedimentos técnicos, a pesquisa articula três estratégias metodológicas complementares: a análise documental, a análise estatística de dados secundários, essencialmente, do SIOPS e a revisão bibliográfica.

A análise documental compreende o exame de legislações, normas institucionais e instrumentos de planejamento público relacionados ao Sistema Único de Saúde (SUS), bem como relatórios oficiais produzidos por órgãos governamentais do Estado da Bahia, obtidos a partir de sites oficiais, como a SEI/BA.

Já a análise estatística se baseia na coleta, sistematização e interpretação de dados secundários, permitindo a construção de indicadores capazes de evidenciar padrões de financiamento, dependência fiscal e capacidade de gasto dos municípios analisados.

As principais fontes de dados utilizadas foram o SIOPS, o IBGE e a SEI/BA. A partir dessas bases, foram extraídas informações relativas às despesas públicas em saúde, gastos per capita, percentual de aplicação de receitas, grau de dependência de transferências intergovernamentais, cobertura de serviços, disponibilidade de profissionais de saúde e infraestrutura hospitalar.

O recorte temporal da pesquisa compreende, predominantemente, os anos de 2021 e 2022, em razão da disponibilidade, consistência e comparabilidade dos dados. O recorte espacial abrange os quatorze municípios que compõem o Território de Identidade da Baía do Rio Grande: Angical, Baianópolis, Barreiras, Buritirama, Catolândia, Cotegipe, Cristópolis, Formosa do Rio Preto, Luís Eduardo Magalhães, Mansidão, Riachão das Neves, Santa Rita de Cássia, São Desidério e Wanderley.

A análise dos dados foi orientada por critérios comparativos e normativos. No plano normativo, foram considerados parâmetros legais, como o mínimo constitucional de aplicação

em ações e serviços públicos de saúde previsto na Lei Complementar n. 141 (2012), bem como referenciais técnicos estabelecidos por organismos nacionais e internacionais, a exemplo da Organização Mundial da Saúde (OMS). No plano comparativo, procedeu-se à análise intra-regional entre os municípios estudados, buscando identificar padrões de desigualdade, níveis de dependência fiscal e variações na capacidade de financiamento e prestação de serviços de saúde.

Por fim, a articulação entre o referencial teórico e os dados empíricos possibilitou a realização de uma análise crítica das limitações estruturais do federalismo fiscal brasileiro, evidenciando como a assimetria na distribuição de recursos compromete a capacidade dos municípios de assegurar a efetividade do direito fundamental à saúde, especialmente em contextos marcados por desigualdades socioeconômicas persistentes.

3. A ORGANIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA DO ESTADO BRASILEIRO E AS PARTICULARIDADES DO SEU FEDERALISMO FISCAL

O SURGIMENTO DO MODELO DE ORGANIZAÇÃO ESTATAL FEDERALISTA NO MUNDO E O HISTÓRICO DA SUA TRANSPOSIÇÃO NO BRASIL

O federalismo, enquanto forma de organização do Estado, tem como premissa fundamental a descentralização político-administrativa e a cooperação entre as diferentes esferas de governo e teve sua origem com a Constituição estadunidense de 1787. Sua estrutura visa garantir maior eficiência na implementação de políticas públicas e aproximar o poder das comunidades locais, fortalecendo a participação democrática e a efetivação dos direitos fundamentais (Silveira, 2022).

Entretanto, ao contrário do modelo estadunidense — cuja origem está na união voluntária de Estados autônomos após a independência —, o federalismo brasileiro foi transposto por meio de um processo de cima para baixo, marcado por um golpe militar em 1889 e pela promulgação da Constituição de 1891. Trata-se, portanto, de um modelo adaptado às circunstâncias nacionais, sem as bases democráticas que caracterizaram a formação de outras federações (Rodrigues, 2020).

A adoção do federalismo no Brasil teve motivações específicas, sobretudo de ordem econômica e política, ligadas à elite agrária que buscava ampliar sua autonomia em face do poder central. Como destaca Raymundo Faoro (2001), tratou-se de um federalismo ideológico

e liberalizante, alinhado aos modelos ocidentais e aos ideais modernizadores, mas distante das necessidades sociais do país e completamente ausente de enraizamento popular, o que ocasionou um federalismo formal e hierarquizado, no qual as instâncias subnacionais, embora dotadas de autonomia constitucional, permanecem financeiramente dependentes da União. Faoro (2001) descreve esse processo como a construção de um “federalismo não amadurecido” (p. 637), nascido de um movimento que, embora liberal e republicano em seu discurso, não realizou de fato a República nem promoveu a descentralização prometida.

Dessa forma, observa-se que o federalismo brasileiro foi constituído a partir de um movimento político que ignorou a participação popular e concentrou o poder nas mãos de uma elite regional. Esse modelo centralizador persiste até os dias atuais, comprometendo a autonomia dos entes subnacionais e gerando desequilíbrios estruturais, sobretudo na gestão de políticas sociais essenciais como a saúde. A importação do modelo federativo, descolada do contexto histórico-social brasileiro, produziu um arranjo assimétrico, cuja consequência mais evidente é a concentração de receitas na União e a atribuição de responsabilidades desproporcionais aos municípios.

A compreensão do contexto histórico da formação do federalismo no Brasil é fundamental para analisar os entraves estruturais que ainda hoje comprometem a efetivação dos direitos sociais. Entre esses entraves, destaca-se o desequilíbrio entre a distribuição de recursos e as competências atribuídas aos entes federativos, especialmente os municípios, o que será analisado no tópico seguinte.

O DESCOMPASSO ENTRE A DISTRIBUIÇÃO DE RENDA AOS MUNICÍPIOS E SUAS ATRIBUIÇÕES CONSTITUCIONAIS

As pesquisas sobre federalismo fiscal no Brasil evidenciam, de maneira recorrente, a existência de um modelo institucional marcado pela centralização de receitas na União e pela descentralização de responsabilidades aos entes subnacionais, em especial os municípios (Arretche, 2004; Portella, 2008; Rezende, 1995).

Nesse cenário, observa-se um paradoxo federativo: a proximidade do poder público municipal em relação ao cidadão facilita a identificação de demandas locais e permite, em tese, maior controle social; contudo, a escassez de recursos e a dependência das transferências da União e dos Estados limitam a autonomia decisória dos governos locais e os submetem a pressões políticas e condicionantes fiscais externas.

A professora Marta Arretche (2012) destaca que, embora o modelo constitucional

tenha descentralizado competências, o sistema federativo brasileiro continua fortemente centralizado na prática, sobretudo em relação às receitas. Essa assimetria compromete a lógica de cooperação federativa e reforça a vulnerabilidade dos municípios frente às políticas definidas em esferas superiores. A descentralização incompleta, portanto, não apenas perpetua desigualdades históricas entre as unidades federativas, como também desvirtua o princípio do federalismo cooperativo, previsto na Constituição.

Compreender as origens e as peculiaridades do federalismo fiscal brasileiro é essencial para identificar os desafios enfrentados pelos entes federativos, sobretudo os municípios, no exercício de suas funções constitucionais. Dentre essas funções, a garantia do direito à saúde se destaca como um dos principais pilares da dignidade da pessoa humana. Nesse contexto, é necessário examinar o financiamento público não apenas como instrumento técnico-administrativo, mas como mecanismo de concretização dos direitos sociais previstos na Constituição de 1988, particularmente no âmbito do SUS.

No campo específico do financiamento da saúde, estudos como os de Arretche e Marques (2002), Salvador e Teixeira (2014), e Lima (2007) demonstram que a municipalização dos serviços de saúde no pós-1988 não foi acompanhada de um redimensionamento proporcional das capacidades institucionais e orçamentárias locais. Soma-se a isso à instabilidade das transferências intergovernamentais e a manutenção de práticas fiscalmente centralizadoras, o que reforça a dependência dos municípios frente à União.

Dentro da agenda de estudos sobre o federalismo fiscal brasileiro, tem ganhado relevo a investigação dos impactos concretos das assimetrias sobre a efetividade das políticas públicas em diferentes regiões do país, com destaque para a saúde pública enquanto política estruturante da dignidade da pessoa humana. Este artigo se insere nesse campo ao eleger os municípios da Bacia do Rio Grande, na Bahia, como recorte empírico de análise. Ao fazê-lo, busca contribuir com uma reflexão situada sobre os efeitos do modelo fiscal vigente em uma região marcada por desigualdades estruturais e fortes contrastes entre dinamismo econômico e carências sociais.

4. O FINANCIAMENTO PÚBLICO COMO INSTRUMENTO PARA EFETIVAÇÃO DA DIGNIDADE HUMANA E A APLICAÇÃO DESTE POSTULADO À PRESTAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE PELO ESTADO

O MODELO DE ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL COMO OPÇÃO ADOTADA PELA CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA E O DIREITO À SAÚDE COMO COMPONENTE ESSENCIAL DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Diante das limitações estruturais do financiamento da saúde pública, torna-se imprescindível analisar o contexto constitucional que orienta a prestação desses serviços no Brasil. A opção pelo modelo de Estado de bem-estar social, consagrado pela Carta de 1988, insere o direito à saúde no rol dos direitos fundamentais e, portanto, inseparável da dignidade da pessoa humana.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) consagrou a opção pelo modelo de Estado de bem-estar social, rompendo com a lógica meramente liberal que reduzia a intervenção estatal ao mínimo necessário. Ao positivizar direitos sociais fundamentais, como saúde, educação e previdência, o texto constitucional assumiu o compromisso de garantir condições materiais mínimas para a promoção da dignidade da pessoa humana – fundamento da República (art. 1º, III, da CF/88).

Nesse modelo, a dignidade deixa de ser apenas um ideal moral e passa a ser um valor jurídico com força normativa. Para o filósofo Immanuel Kant, os direitos humanos são inatos e devem ser reconhecidos pelo ordenamento jurídico apenas como um desdobramento dessa condição racional do ser humano (Nogueira, 2020). Essa perspectiva filosófica sustenta o papel do Estado na proteção ativa da dignidade, o que influenciou diretamente a formação das Constituições modernas, sobretudo aquelas marcadas pela incorporação de direitos sociais.

No entanto, a ampliação das obrigações estatais decorrentes do Estado social trouxe também um novo desafio: a crise do Estado fiscal. Como adverte Nabais (2018), trata-se da dificuldade em compatibilizar a elevação dos encargos constitucionais com a limitação estrutural das receitas públicas. Esse descompasso entre as promessas constitucionais e a escassez de recursos disponíveis gera um cenário de constante tensão entre o ideal jurídico e a realidade orçamentária.

A escassez de recursos públicos, quando mal administrada, pode resultar em endividamento excessivo, políticas de austeridade fiscal ou, em cenários mais extremos, moratória e hiperinflação. Entretanto, essa dificuldade não justifica o esvaziamento dos direitos fundamentais, tampouco autoriza o abandono de políticas públicas essenciais como a saúde.

O economista Thomas Piketty (2014) afirma que o sistema tributário não é apenas um instrumento técnico de arrecadação, mas sim uma escolha política e filosófica. Para ele, “sem impostos, a sociedade não pode ter um destino comum e a ação coletiva é impossível” (Piketty, 2014, p. 612). Assim, a opção por um Estado que assegure direitos sociais exige uma decisão soberana quanto à destinação dos recursos públicos – trata-se de uma construção coletiva, guiada por valores democráticos.

Nessa mesma linha, Luiz Gonzaga Belluzzo (2016) defende que a condução das políticas públicas não deve ser delegada exclusivamente a tecnocratas econômicos, alheios às complexidades sociais do país. O financiamento da saúde, em especial, não pode ser tratado como variável de ajuste fiscal, pois sua realização está diretamente relacionada à proteção da vida e à promoção da dignidade humana. A lógica da austeridade, portanto, mostra-se incompatível com os compromissos constitucionais assumidos pela Carta de 1988.

Ainda que a Constituição de 1988 tenha consolidado o direito à saúde como cláusula essencial do Estado de bem-estar, a efetivação concreta desse direito depende de uma estrutura federativa funcional e financeiramente sustentável. Nesse contexto, a forma como as receitas públicas são distribuídas entre os entes federativos impacta diretamente a capacidade dos municípios de garantir a universalização e qualidade do atendimento em saúde.

OS REFLEXOS DO MODELO DE DISTRIBUIÇÃO DAS RECEITAS NA ÁREA DA SAÚDE MUNICIPAL

O federalismo brasileiro caracteriza-se por significativas disparidades regionais, especialmente no que tange à capacidade de arrecadação e gestão dos entes subnacionais. A Constituição de 1988, ao ampliar os direitos sociais e reforçar a descentralização das políticas públicas, transferiu para os municípios um conjunto de responsabilidades sem, contudo, assegurar proporcionalmente os recursos necessários à sua implementação.

A professora Aspásia Camargo (1994) observa que a Constituição de 1988 criou um “sistema complexo de divisão de competências”, com ampla sobreposição de atribuições entre os entes federativos, especialmente nos artigos 23 e 24. Essa multiplicidade de competências, além de gerar redundâncias, contribui para a ineficiência administrativa e a fragmentação das políticas públicas.

No campo da saúde, a competência para atuar na formulação e execução de políticas públicas é compartilhada. O artigo 23, II, atribui a todos os entes o dever de cuidar da saúde;

o artigo 24, XII, determina a competência concorrente para legislar sobre o tema; e o artigo 30, VII, assegura aos municípios a prestação dos serviços com apoio técnico e financeiro da União e dos Estados (Ramos & Ramos, 2017). Essa estrutura normativa revela a interdependência entre os níveis de governo, exigindo uma coordenação eficaz e uma repartição de recursos compatível com as responsabilidades assumidas.

No entanto, conforme aponta Arretche (2004), a centralização decisória nas mãos do governo federal, especialmente por meio do Ministério da Saúde, permite à União direcionar de forma significativa a agenda das políticas locais, ainda que os serviços sejam majoritariamente executados no nível municipal. Isso revela uma assimetria política que se soma às desigualdades econômicas já existentes.

Embora o SUS seja financiado com recursos da seguridade social provenientes de todos os entes federativos (CF/88, art. 198, § 1º), a municipalização dos serviços não foi acompanhada por uma redistribuição equitativa de recursos. Arretche e Marques (2002) alertam para o descompasso entre as atribuições legais dos municípios e sua capacidade institucional e financeira de cumpri-las. Segundo Arretche (1999), apenas municípios com mais de 50 mil habitantes possuiriam densidade política e administrativa suficiente para assumir a gestão plena das políticas sociais. No entanto, aproximadamente 90% dos municípios brasileiros estão abaixo desse parâmetro.

Diante desse cenário, a descentralização, ao invés de ampliar a autonomia local, pode agravar as desigualdades, especialmente nas regiões mais pobres, onde os municípios são altamente dependentes de transferências voluntárias e sujeitas à instabilidade orçamentária. O modelo federativo brasileiro, portanto, ao mesmo tempo que promove a descentralização político-administrativa, perpetua um sistema de dependência financeira que compromete a eficácia das políticas públicas.

A regulamentação municipal da saúde, ainda que fundamentada no pacto constitucional de 1988, enfrenta limites estruturais que impedem a concretização plena do direito à saúde como vetor da dignidade humana. Não basta garantir formalmente o acesso universal aos serviços de saúde: é necessário que esse acesso seja efetivo, contínuo e qualificado, o que depende, em última instância, de um financiamento público estável, suficiente e equitativamente distribuído.

A efetivação da dignidade da pessoa humana, enquanto fundamento do Estado democrático de direito, demanda mais do que a positivação de direitos sociais em textos constitucionais. Exige, sobretudo, escolhas políticas claras quanto à alocação de recursos públicos e à coordenação federativa. A saúde, nesse contexto, representa não apenas um

direito individual, mas também um compromisso coletivo que expressa os valores fundamentais da sociedade brasileira.

Diante dos entraves estruturais identificados na organização federativa brasileira, especialmente no tocante à fragmentação das competências e à insuficiência da distribuição de recursos, torna-se indispensável examinar como esses desafios se manifestam no plano local. A análise da realidade dos municípios que integram a Bacia do Rio Grande, na Bahia, revela com nitidez os efeitos concretos do modelo de financiamento descentralizado do SUS e as limitações enfrentadas por pequenas municipalidades na garantia do direito à saúde.

A seguir, será apresentado um estudo sobre o panorama orçamentário e institucional da saúde pública nos municípios da Bacia do Rio Grande, com o objetivo de verificar em que medida a estrutura federativa e o financiamento público têm sido capazes de promover, na prática, a dignidade da pessoa humana por meio do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.

5. O TERRITÓRIO DA BACIA DO RIO GRANDE DA BAHIA FRENTE AO DESCOMPASSO ENTRE O REPASSE DE VERBAS E AS ATRIBUIÇÕES CONSTITUCIONAIS DOS MUNICÍPIOS NA ÁREA DA SAÚDE

PERFIL GEOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO DO TERRITÓRIO DA BACIA DO RIO GRANDE ENQUANTO LOCAL DE FORTE DESIGUALDADE SOCIAL

O governo da Bahia, em uma decisão administrativa, optou por dividir o estado em 27 sub-regiões, que são utilizadas como unidades de planejamento. Isso possibilita que as ações dentro do Estado possam ser alinhadas com as características de cada área, tendo em vista as peculiaridades socioeconômicas das respectivas regiões.

Tal decisão foi baseada em demandas 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, segundo a Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais (2022).

O Território de Identidade Bacia do Rio Grande localiza-se no oeste da Bahia e possui extensão total de 75,8 mil quilômetros quadrados e população de 398 mil pessoas, conforme levantamento do Censo 2010 do IBGE, o que corresponde a aproximadamente 13,4% do território estadual (Bahia, 2018). É composto por 14 municípios: Angical, Baianópolis, Barreiras, Buritirama, Catolândia, Cotegipe, Cristópolis, Formosa do Rio Preto, Luís Eduardo Magalhães, Mansidão, Riachão das Neves, Santa Rita de Cássia, São Desidério e Wanderley. O município com maior população no território é Barreiras, com 137,4 mil moradores, seguido por Luís Eduardo Magalhães, que possui 60,1 mil habitantes e nenhum dos demais municípios têm população superior a 30 mil pessoas.

De acordo com a estimativa da pesquisadora Martha Arretche, o número de habitantes para que um Município tenha uma densidade política e econômica que lhe permitiria assumir a gestão das próprias políticas sociais equivaleria a 50 mil (Arretche, 1999). Segundo tal parâmetro, apenas dois dentre os quatorze municípios listados teriam a densidade populacional suficiente a assumir a própria gestão de políticas sociais (Arretche, 1999), restando aos demais, a dependência das transferências do governo do Estado e da União.

Por outro lado, a Bacia do Rio Grande se tornou uma das mais dinâmicas regiões da Bahia nas últimas décadas. A expansão do agronegócio, particularmente o cultivo de *commodities* agrícolas, sobretudo a soja, vem se traduzindo em intenso desenvolvimento e expressivo movimento migratório, tendo, por exemplo, os municípios de Barreiras, Luís Eduardo Magalhães e São Desidério como referência no cenário nacional do agronegócio. Esse dinamismo econômico vem atraindo grandes investimentos em infraestrutura, além da atração de grandes empresas nacionais e estrangeiras (Bahia, 2015).

A produção de grãos no território da Bacia do Rio Grande tem uma grande representatividade no total do estado da Bahia. Na produção de lavouras temporárias, no ano de 2015, o território se destacou significativamente no cultivo de algodão (89% do total do estado), soja (80,6%), sorgo (66,9%), milho (62,2%) e feijão (46,2%).

Barreiras, Luís Eduardo Magalhães, Riachão das Neves e Santa Rita de Cássia abrigam as indústrias do território, pouco mais de 20, com empreendimentos voltados para o beneficiamento do algodão e cereais, a fabricação de biodiesel e ração animal, os artefatos de barro e cerâmica, e outras atividades.

Segundo informações retiradas da Plataforma SEI (Bahia, 2020), a Bacia do Rio Grande possui o maior PIB *per capita* da Bahia. O PIB do território foi calculado em aproximadamente 29,4 bilhões de reais (R\$) em 2021, representando 8,3% do PIB estadual, com base em dados do mesmo ano (Bahia, 2020).

Os municípios de Luís Eduardo Magalhães, Barreiras, São Desidério e Formosa do Rio Preto concentraram a maior proporção relativa na produção de bens e serviços do território, haja vista que participaram, respectivamente, com 30,7%, 26,8%, 20,1% e 11,0% do PIB territorial. Esses municípios estão na fronteira de expansão do agronegócio e respondem pela maior parte da produção de algodão, milho e soja no estado (Bahia, 2018).

O município de Luís Eduardo Magalhães registrou o maior PIB municipal entre os demais, estimado em R\$ 3,8 bilhões, seguido por Barreiras (R\$ 3,3 bilhões), São Desidério (R\$ 2,5 bilhões) e Formosa do Rio Preto (R\$ 1,3 bilhão). A soma do PIB dos demais municípios representou somente 11,4% do valor da produção de bens e serviços do território, evidenciando o grau de concentração das atividades econômicas nos quatro primeiros municípios (Bahia, 2018).

Em contraponto a este crescimento, o PIB que a região tem acumulado por conta do agronegócio não se reflete em aumento de políticas sociais para a população, tornando a Bacia do Rio Grande um reduto de desigualdades sociais.

O coeficiente de Gini é uma ferramenta utilizada para avaliar o nível de desigualdade de renda dentro de um determinado grupo, que evidencia a disparidade entre os rendimentos dos indivíduos mais pobres e os mais ricos. Numericamente, varia de zero a um (alguns apresentam de zero a cem), sendo o valor zero o indicativo de igualdade. Segundo valores extraídos da plataforma DATASUS, o território de identidade apresentou, em 2010, um indicador de 0,629, menor que o índice do estado da Bahia (0,0631), demonstrando, através do índice, a alta concentração de renda na Bacia do Rio Grande.

A região se localiza no oeste da Bahia, que sofre ostensivamente com a questão da grilagem de terras (Associação de Advogados de Trabalhadores Rurais, 2017). As pesquisas realizadas nos locais que sofrem com a grilagem de terras indicam diferenças significativas entre a condição econômica e o panorama social, sugerindo que algumas cidades possuem um baixo índice de desenvolvimento social, apesar de registrarem um nível razoável de crescimento econômico. Isso evidencia uma maior concentração de renda nestes municípios (Wolkmer, 2005).

Além da questão da grilagem de terras, ainda há na região oeste, especialmente nos municípios de Barreiras e São Desidério, forte problemática com relação ao trabalho escravo. Em 1995, foi criado o Grupo Especial de Fiscalização Móvel do Ministério do Trabalho e Emprego, que realizou diversas operações para combater a escravidão moderna. A partir deste momento, constatou-se que o Estado da Bahia, com ênfase na região Oeste, passou a

figurar entre os sítios que mais fornecem e utilizam mão-de-obra escrava no Brasil (Wolkmer, 2005).

A taxa de analfabetismo no território é, percentualmente, superior à da Bahia, sendo de 17% no Território, e de 10,3% no estado (Bahia, 2015). Luís Eduardo Magalhães (7,4%) e Barreiras (10%) têm os melhores percentuais em alfabetização e os resultados mais insatisfatórios foram verificados em Baianópolis (30,7%), Cristópolis (30,5%) e Riachão das Neves (30%). Tais dados são importantes na percepção da ausência de um estado forte na região, havendo problemas sociais graves, como o analfabetismo.

ANÁLISE DE DADOS DO FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DA BACIA DO RIO GRANDE

A vulnerabilidade fiscal dos municípios do Território de Identidade com baixa capacidade de arrecadação torna-os mais vinculados aos programas sociais do governo federal, principalmente para custeio de educação, saúde e saneamento básico e investimentos em infraestrutura. As receitas próprias são insuficientes para a execução de ações públicas que possam melhorar a qualidade de vida da população.

No âmbito da saúde, doenças cuja prevenção básica inclui saneamento básico e esgotamento têm números importantes na região. Segundo o *Boletim epidemiológico perfil das doenças diarreicas agudas* (DDA), elaborado pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde da Bahia, em 2019, 100% dos municípios do Território de Identidade analisado possuem casos de DDA (Bahia, 2019).

No levantamento de dados realizado em 2019 pela SEI/BA, constatou-se que em todos os municípios da Bacia do Rio Grande há ocorrência de lixões e ausência ou precariedade do sistema de esgotamento sanitário, o que constitui um problema ambiental e de saúde pública.

Tendo em vista essa problemática, foi incluída pela Secretaria de Planejamento da Bahia a importância promover políticas de habitação e infraestrutura urbana e melhoria dos serviços rodoviários de passageiros no *Plano territorial de desenvolvimento sustentável do território da Bacia do Rio Grande* (Bahia, 2017). Foi concluído em tal documento público que se deve ampliar o acesso aos serviços de saúde por meio das redes de atenção à saúde especializada, ambulatorial e hospitalar, e aumentar a oferta de atendimento de saúde de média e alta complexidade com leitos (Bahia, 2019).

Os dados do censo demográfico do IBGE, em 2010, revelam que a realidade da área urbana dos municípios da sub-região não difere muito da dos demais municípios baianos, ou seja, a maioria possui índice de atendimento por coleta de resíduos na zona urbana acima de 90%. Contudo, ao observar a área rural dos municípios, a situação é bastante distinta: o município com maior índice de coleta é Luís Eduardo Magalhães, com 57,1% dos domicílios atendidos, enquanto os demais possuem menos de 26,5% de domicílios com coleta. Dessa forma, o destino mais comum para os resíduos é a queima na propriedade. Quando não queimados, o destino mais frequente dos resíduos nas áreas rurais é o descarte em terreno baldio ou logradouro, conforme expressam os dados extraídos do Instituto do Meio Ambiente e Recursos Hídricos em 2022.

Portanto, os dados trazidos pelo instituto citado acima, que foram colhidos no censo do IBGE de 2010, enfatizam a desigualdade social que marca a região, que apesar de possuir elevado PIB, ainda sofre com epidemias de doenças cuja prevenção consiste em medidas básicas de saneamento, demonstrando as condições incipientes de moradia no território da Bacia do Rio Grande em comparação com a média estadual.

Os dados constam no site da Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais Bahia (SEI), produzidos a partir de dados colhidos pelo censo demográfico de 2022, representam a porcentagem de médicos presentes na região, considerando a proporção de habitantes, um dado interessante de se analisar, considerando o médico enquanto profissional essencial para o provimento da saúde pública.

A Bacia do Rio Grande mostra uma proporção de 1,2 a 1,8 médicos a cada mil habitantes, ao passo que a taxa considerada ideal pelo governo federal é de 2,5 médicos por mil habitantes (Conselho Federal de Medicina, 2020). Contudo, apesar de não atingir a projeção ideal, o território de identidade representa uma melhor taxa em relação às regiões vizinhas, que em geral não chegam a apresentar 1 médico por mil habitantes.

Entre os indicadores que podem ser utilizados para avaliar a qualidade da prestação das ações de saúde, destaca-se a relação entre o número de leitos de internação disponíveis e o número de habitantes da localidade em questão. Analisar esse indicador no contexto deste estudo é conveniente, pois permite, por um lado, verificar se a quantidade de leitos é suficiente para proporcionar um atendimento de qualidade e, por outro, identificar possíveis desequilíbrios na distribuição territorial.

Tal indicador faz parte das ações que compõem o eixo da Média Complexidade, do SUS, de atenção secundária, que se volta à realização de serviços que visam atender os principais problemas e agravos de saúde, que demandam a disponibilidade de profissionais

especializados, e o uso de recursos tecnológicos destinados ao apoio diagnóstico e tratamento.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a disponibilidade de 3 a 5 leitos a cada mil habitantes (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico). Contudo, na Bacia do Rio Grande, verifica-se a presença de 1,7-1,8 leitos (Bahia, 2022) para cada mil habitantes, segundo dados extraídos da SEI/BA, abaixo do índice recomendado pela OMS. Portanto, verifica-se ausente na sub-região uma política de planejamento regional que proporcione algum grau de uniformidade na distribuição de leitos, como poderiam ser os critérios da população, da densidade demográfica, da distância a grandes centros, ou da estrutura já instalada.

É necessário analisar também a presença de equipes de saúde da família no território de identidade. A saúde da família está no primeiro nível de atenção no SUS e é considerada uma estratégia primordial para a organização e o fortalecimento da atenção básica.

Dessa forma, ao monitorar um número específico de famílias em uma área geográfica definida, são implementadas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação das doenças e condições mais comuns. Para a realização dessas ações, é imprescindível a atuação de equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde, compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultório dentário ou técnicos de higiene dental.

As equipes de saúde da família estabelecem um vínculo com a população, o que possibilita o compromisso e a co-responsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade, enfrentando o desafio de expandir as fronteiras de atuação e a resolubilidade da atenção. Além disso, sua estratégia de trabalho inclui: conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas, identificar os principais problemas de saúde e situações de risco a que a população atendida está exposta e oferecer assistência integral.

Conforme dados extraídos da plataforma SEI (Bahia, 2022) uma expressividade na cobertura de equipes por Programa Saúde da Família (PSF), e que a estrutura do SUS, quanto à cobertura da atenção primária à saúde atende com expressividade a diversas localidades do estado da Bahia.

A estratégia utilizada pelo PSF visa a reversão do modelo assistencial vigente antes da sua instituição, em 1997. Neste programa de saúde, a família passa a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a

luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde e da doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social.

Contudo, este objetivo é impossível de ser plenamente alcançado sem o devido investimento de recursos públicos. Por este motivo, é necessário analisar os dados fornecidos pelo SIOPS a respeito da aplicação da receita disponível na saúde.

Tabela 1

Percentual de aplicação da receita total do município em serviços públicos de saúde

| SIOPS | | |
|---|-------------|-------------|
| Atendimento ao mínimo constitucional de aplicação em ações em serviços públicos de saúde | | |
| Municípios | 2021 | 2022 |
| Angical | 21,44 | 24,53 |
| Baianópolis | 20,01 | 19,69 |
| Barreiras | 18,4 | 25,48 |
| Buritirama | 21,37 | 22,56 |
| Catolândia | 20,66 | 24,43 |
| Cotegipe | 17,5 | 20,83 |
| Cristópolis | 22,53 | 23,39 |
| Formosa do Rio Preto | 19,43 | 22,35 |
| Luís Eduardo Magalhães | 27,1 | 23,27 |
| Mansidão | 16,61 | 21,18 |
| Riachão das Neves | 23,19 | 22,26 |
| Santa Rita de Cássia | 18,07 | 18,83 |
| São Desidério | 22,14 | 26,82 |
| Wanderley | 28,44 | 26,61 |

Fonte: Elaborada pelos autores a partir de dados do SIOPS em 3 de agosto de 2024.

O art. 7º da Lei Complementar 141 de 2012 dispõe que os municípios devem aplicar no mínimo 15% de suas receitas em saúde. Contudo, mesmo que as prefeituras destinem o mínimo legal da sua receita líquida corrente, o valor resultante estará ainda abaixo daquele necessário para o custeio das ações, com vistas a um atendimento de qualidade. Isto ocorre, pois a base sobre a qual incide o percentual da receita corrente líquida já é muito baixa, conforme observado na Tabela 2.

Tabela 2

Despesa total anual de saúde por município e a despesa total anual de saúde per capita (ambos dados de 2021 e 2022)

| SIOPS | | | | |
|------------------------|--------------------|--------------------|--|-------------|
| | | | <i>Despesa total anual de saúde per capita</i> | |
| Municípios | 2021 | 2022 | 2021 | 2022 |
| Angical | R\$ 10.881.820,49 | R\$ 13.554.785,62 | R\$ 778,55 | R\$ 975,02 |
| Baianópolis | R\$ 11.957.704,7 | R\$ 13.866.102,43 | R\$ 861,69 | R\$ 991,92 |
| Barreiras | R\$ 176.210.674,04 | R\$ 197.987.887,29 | R\$ 1133,63 | R\$ 1249,67 |
| Buritirama | R\$ 12.411.530,87 | R\$ 17.052.631,51 | R\$ 586,17 | R\$ 797,82 |
| Catolândia | R\$ 4.076.849,92 | R\$ 5.546.990,67 | R\$ 1139,74 | R\$ 1532,74 |
| Cotegipe | R\$ 11.327.066,19 | R\$ 13.397.314,24 | R\$ 821,87 | R\$ 973,93 |
| Cristópolis | R\$ 15.622.907,5 | R\$ 18.254.824,23 | R\$ 1123,14 | R\$ 1305,69 |
| Formosa do Rio Preto | R\$ 37.643.314,43 | R\$ 54.176.110,1 | R\$ 1470,96 | R\$ 2074,84 |
| Luís Eduardo Magalhães | R\$ 140.768.005,62 | R\$ 137.229.195,93 | R\$ 1608,43 | R\$ 1480,82 |
| Mansidão | R\$ 8.019.234,8 | R\$ 11.009.385,85 | R\$ 587,79 | R\$ 796,51 |
| Riachão das Neves | R\$ 25.262.984,91 | R\$ 29.754.782,86 | R\$ 1130,89 | R\$ 1332,5 |

| | | | | |
|----------------------|----------------------|-------------------|-------------|-------------|
| Santa Rita de Cássia | R\$ 17.116.406,84 | R\$ 21.492.136,79 | R\$ 604,01 | R\$ 751,13 |
| São Desidério | R\$ 65.634.620,19 | R\$ 83.877.539,56 | R\$ 1945,19 | R\$ 2412,77 |
| Wanderley | R\$ 13.569.418,98 | R\$ 15.512.140,16 | R\$ 1108,79 | R\$ 1279,35 |

Fonte: Elaborada pelos autores a partir de dados do SIOPS em 3 de agosto de 2024.

A Tabela 2 dispõe os números relativos aos valores que cada município da região destinou à saúde nos anos de 2021 e 2022 e, ao lado, contém a proporção da despesa total com saúde per capita.

Os valores apresentados acima se encontram, em geral, aquém da média mundial anual recomendados pela OMS. A média mundial anual de gasto em saúde *per capita* é de 571 dólares anuais por pessoa, o que representa atualmente cerca de R\$ 1.231,98, tendo em consideração que essa estimativa foi feita em 2013.³ A diferença é gritante em relação aos países como Noruega, Holanda e Estados Unidos, que gastam respectivamente 6,8 mil, 4,8 mil e 3,7 mil dólares anuais por cidadão (Confederação Nacional dos Municípios, 2013).

Os dados da plataforma SIOPS confirmam, portanto, a hipótese de que as despesas com saúde e educação estão abaixo dos padrões internacionais dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (2021). Assim como nos últimos anos não foram priorizadas no orçamento público, as despesas e os investimentos necessários para universalização das políticas sociais (Salvador & Teixeira, 2014).

A DEPENDÊNCIA DE TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS DE CADA MUNICÍPIO DA REGIÃO PARA GASTOS COM SAÚDE PÚBLICA

A partir das informações sobre financiamento do Sistema de Saúde Público brasileiro, e sobre o respectivo Território de Identidade, faz-se necessário analisar o nível de dependência de cada cidade componente da sub-região dos repasses de verbas nacionais, a partir de dados fornecidos pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (ver Tabela 3).

³ Considerando a taxa de câmbio 2013, quando a notícia foi publicada, a R\$2,157, segundo informações disponíveis no site do IPEA. Disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br/ExibeSerie.aspx?serid=31924>

Tabela 3

Porcentagem de transferência da união para a saúde em cada município

| SIOPS | |
|------------------------|--------------------------------------|
| | <i>Indicadores municipais</i> |
| Municípios | %Transferência da União para a saúde |
| Angical | 96,24 |
| Baianópolis | 95,96 |
| Barreiras | 97,27 |
| Buritirama | 92,26 |
| Catolândia | 97,81 |
| Cotegipe | 94,17 |
| Cristópolis | 98,8 |
| Formosa do Rio Preto | 96,31 |
| Luís Eduardo Magalhães | 95,6 |
| Mansidão | 95,09 |
| Riachão das Neves | 96,46 |
| Santa Rita de Cássia | 88,9 |
| São Desidério | 94,4 |
| Wanderley | 54,69 |

Fonte: Elaborada pelos autores a partir de dados do SIOPS em 23 de março de 2024.

Observa-se que dos 14 municípios, apenas dois (Santa Rita de Cássia e Wanderley) têm a porcentagem de transferências da União para a Saúde inferior a 90%, sendo exceção à regra geral. Isso se explica pois o efeito das transferências do SUS sobre os gastos em saúde em municípios que gastam pouco pode ser diferente do efeito em municípios que têm um elevado nível de gastos.⁴

⁴ Art. 35 da Lei 8080 de 1990: Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos: I - perfil demográfico da região; II - perfil epidemiológico da população a ser coberta; III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

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

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo analisou criticamente o impacto do federalismo fiscal brasileiro sobre o financiamento da saúde pública, com foco empírico nos municípios que compõem a Bacia do Rio Grande da Bahia. A partir de uma perspectiva histórico-institucional, evidenciou-se que o modelo federativo vigente no Brasil está marcado por uma centralização das receitas na União, em paralelo à descentralização de competências administrativas, especialmente na execução de políticas públicas essenciais como a saúde.

A hipótese inicialmente formulada foi confirmada pela análise dos dados empíricos: a combinação entre baixa autonomia financeira dos municípios e concentração de recursos no nível federal resulta em uma estrutura desequilibrada, que compromete a efetividade do direito fundamental à saúde. Observou-se que, apesar do crescimento econômico de parte da região, impulsionado pela força do agronegócio, os indicadores sociais e sanitários permanecem abaixo dos padrões mínimos recomendados por instituições nacionais e internacionais.

Os objetivos propostos foram atendidos ao se demonstrar como as características do federalismo fiscal brasileiro geram repercussões diretas na capacidade dos municípios de executar políticas de saúde pública. As análises documentais e estatísticas permitiram identificar, entre outros aspectos: a dependência crítica dos repasses da União, a insuficiência dos gastos públicos per capita com saúde, a baixa disponibilidade de leitos e profissionais da área, e a precariedade dos serviços básicos de saneamento, que impactam diretamente os determinantes sociais da saúde.

Todavia, o estudo apresenta algumas limitações que merecem destaque. Em primeiro lugar, a análise se concentrou em dados quantitativos e institucionais, não abordando de forma aprofundada a percepção dos gestores públicos locais, usuários do sistema de saúde ou trabalhadores da área, cujos relatos poderiam enriquecer a compreensão da realidade enfrentada. Além disso, o recorte territorial adotado — embora relevante — não permite generalizações automáticas para outras regiões do país, que podem apresentar diferentes dinâmicas federativas e socioeconômicas.

Diante disso, sugere-se que futuras pesquisas aprofundem a investigação sobre a gestão local dos recursos da saúde, incluindo estudos qualitativos e comparativos entre diferentes territórios. Também é necessário examinar com mais detalhe o papel das instâncias de cooperação interfederativa, como as Comissões Intergestores do SUS, na superação dos desafios de coordenação e distribuição de responsabilidades.

Por fim, o artigo aponta para a urgência de reformas estruturantes no pacto federativo brasileiro, de modo a assegurar uma repartição mais justa dos recursos públicos e garantir, na prática, o cumprimento das promessas constitucionais de universalização e integralidade do acesso à saúde. A efetivação da dignidade da pessoa humana, fundamento da República, permanece condicionada à superação das desigualdades territoriais e à construção de um federalismo verdadeiramente cooperativo e equitativo.

REFERÊNCIAS

- Arretche, M. (1999). Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 14(40), 111-141. <https://doi.org/10.1590/S0102-69091999000200009>
- Arretche, M. (2004). Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, 18(2), 17-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392004000200003>
- Arretche, M. (2012). *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora FGV.
- Arretche, M., & Marques, E. (2002). Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Revistas Ciências e Saúde Coletiva*, 7(3), 455-479.
- Associação de Advogados de Trabalhadores Rurais. (2017). *No rastro da grilagem: formas jurídicas da grilagem contemporânea*. Salvador: Associação de Advogados de Trabalhadores Rurais da Bahia.

- Bahia. (2015). *Território de identidade: Bacia do Rio Grande. Perfil sintético*.
http://www.portalsdr.ba.gov.br/intranetsdr/model_territorio/Arquivos_pdf/Perfil_Bacia%20do%20Rio%20Grande.pdf
- Bahia. (2018). *Perfil dos territórios de identidade da Bahia. Volume 3*.
https://sei.ba.gov.br/images/publicacoes/download/perfil_dos_territorios/territorio_identidade_vol03.pdf
- Bahia. (2020). *PIB per capita*.
https://sei.ba.gov.br/images/informacoes_por/territorio/indicadores_tematicos/pdf/mapa_PIB_per_capita_ti_ba.pdf
- Bahia. (2024). *Info territórios. Bacia do Rio Grande*.
https://sei.ba.gov.br/images/informacoes_por/territorio/indicadores/pdf/baciadoriograndede.pdf
- Belluzzo, L. (2016). *O tempo de Keynes nos tempos do capitalismo*. São Paulo: Contracorrente.
- Camargo, A. (1994). O novo pacto federativo. *Revista do Serviço Público*, 118(1), 87-94.
- Confederação Nacional dos Municípios. (2013). A CNM alertou e a OMS confirma: Brasil gasta menos que a média mundial em saúde. *Confederação Nacional dos Municípios*. <https://cnm.org.br/comunicacao/noticias/a-cnm-alertou-e-a-oms-confirma-brasil-gasta-menos-que-a-m%C3%A9dia-mundial-em-sa%C3%BAde>
- Conselho Federal de Medicina. (2020). *Demografia médica no Brasil - Estudo de projeção "Concentração de médicos no Brasil em 2020"*.
https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/estudo_demografia_junho.pdf
- Faoro, R. (2001). *Os donos do poder. Formação do patronato político brasileiro* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Globo.

- Instituto do Meio Ambiente e Recursos Hídricos. (2022). *Plano de recursos hídricos enquadramento dos corpos de água da RPGA do rio grande: o enquadramento dos corpos d'água*. Salvador: Instituto do Meio Ambiente e Recursos Hídricos.
- Lima, L. D. (2007). *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais*. Rio de Janeiro: Museu da República.
- Nabais, J. C. (2018). Crise e sustentabilidade do Estado fiscal. *Meritum*, 13(2), 231-259.
- Nogueira, J. (2020). *Federalismo fiscal brasileiro: crise e consequências* [Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Direito Econômico e Financeiro, Universidade de São Paulo]. <https://doi.org/10.11606/D.2.2020.tde-06052021-193337>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. (2021). *Estudos da OCDE sobre os Sistemas de Saúde: Brasil 2021*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/f2b7ee85-pt>
- Piketty, T. (2014). *O capital no século XXI*. Rio de Janeiro: Intrínseca.
- PORTELLA, A. A.. O Município no Sistema Constitucional Tributário Brasileiro. Autonomia Municipal sob a Ótica das Finanças Públicas. Governet. Boletim do Orçamento e Finanças, v. 34, p. 112-121, 2008.
- Ramos, P. R., & Ramos, E. M. (2017). O direito à saúde no sistema federal brasileiro. *Revista de Direito Constitucional e Internacional*, 104, 201-223.
- Rezende, F. (1995). Federalismo fiscal no Brasil. *Revista de Economia Política*, 15(3), 297-310.
- RODRIGUES, Domingos Benedetti; BERTASO, João Martins; BERTASO, Candice Nunes. Republicanismo na contemporaneidade: cidadania, multiculturalismo e as complexidades. *Revista Pensamento Jurídico*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 1-28, ago./dez. 2020

Salvador, E., & Teixeira, S. (2014). Orçamento e políticas sociais: metodologia de análise na perspectiva crítica. *Revista Política Pública*, 18(1), 15-32.

Silveira, F. J. (2022). *O federalismo fiscal a partir da análise do sistema financeiro nacional: e sua relação com a eficiência na gestão pública municipal*. São Paulo: Editora Dialética.

Seria Wolkmer, A. C. (1998). Os movimentos sociais como fonte de produção de novos direitos. In M. D. Varella, *Revelações no campo jurídico* (pp. 91-97). Curitiba: Oficina.

André Alves Portella: Doutor em Direito Financeiro e Tributário pela Universidade Complutense de Madrid. Professor da UFBA e da UNIFACS. Bolsista de produtividade do CNPq, PQ-2. Membro da Câmara de Assessoramento para a área de Ciências Sociais Aplicadas da FAPESB.

Mariana Silva Bastos: Bolsista PIBIC/CNPq, graduanda em Direito pela UFBA.

Data de submissão: 16/06/2025

Data de aprovação: 02/04/2026