

**FEDERALISMO FISCAL E O DESEQUILÍBRIO NO SISTEMA DE
TRANSFERÊNCIAS: A INSUFICIÊNCIA DA AUTONOMIA FINANCEIRA
MUNICIPAL NA REGIÃO LITORAL NORTE E AGRESTE DA BAHIA PARA
CONTEMPLAR OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE COMPATÍVEIS COM
AS DEMANDAS LOCAIS.**

André Portella¹

RESUMO

O presente trabalho busca analisar o federalismo fiscal brasileiro e as transferências intergovernamentais na Região do Litoral Norte e Agreste Baiano, sob a perspectiva do financiamento da Saúde Pública, no intuito de analisar e demonstrar que a autonomia dos entes municipais da região encontra-se fragilizada. De início, verificou-se as origens do federalismo fiscal no país, os aspectos peculiares, bem como a permanência e influência dos fatores históricos no contexto político-administrativo. Assim, é demonstrado que, durante a história, o federalismo foi marcado por um caráter pendular, entre a centralização e a descentralização. Questiona-se o modelo atual da descentralização, dado que os recursos são em maior parte centralizados na União, o que justifica a presente pesquisa ao indagar se a Constituição Federal de 1988 efetivamente considerou as diversidades históricas, socioeconômicas, culturais e demográficas dos diferentes entes municipais. Conforme é demonstrado, após a atual Constituição, os Municípios ainda não encontram critérios adequados para a consecução dos projetos na área da Saúde Pública. Nesse sentido, busca-se a compreensão do arranjo federativo e a correção das distorções e é concluído que na Região Leste e Agreste Baiano o financiamento público encontra-se baseado em um modelo ineficiente de dependência às transferências financeiras dos Estados, as quais correspondem a parte significativa das fontes do financiamento dos municípios. Para isto, foi utilizado o método qualitativo, pelo uso da investigação bibliográfica e documental. A estratégia da análise documental consiste na identificação, análise e interpretação dos dados publicado na Secretaria de Saúde do Estado, Portal da Transparência do Governo Federal, Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde e fontes doutrinárias, a fim de demonstrar que a centralização da

¹ Doutor em Direito Financeiro e Tributário pela Universidade Complutense de Madrid; pós-doutor em Sociologia, Filosofia e Antropologia Política pela Université Paris X. 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.

arrecadação pela União prejudica a autonomia político-administrativa dos municípios, sobretudo com relação aos entes mais pobres.

PALAVRAS-CHAVES: Federalismo; descentralização; saúde; direitos fundamentais.

ABSTRACT

The present work seeks to analyze Brazilian fiscal federalism and intergovernmental transfers in the North Coast and Agreste Baiano Region, from the perspective of Public Health funding, in order to analyze and demonstrate that the autonomy of municipal entities in the region is weakened. At first, the origins of fiscal federalism in the country, the peculiar aspects, as well as the permanence and influence of historical factors in the political-administrative context were verified. Thus, it is demonstrated that, throughout history, federalism was marked by a pendular character, between centralization and decentralization. The current model of decentralization is questioned, given that resources are mostly centralized in the Union, which justifies the present research by asking whether the Federal Constitution of 1988 effectively considered the historical, socioeconomic, cultural and demographic diversities of the different municipal entities. As demonstrated, after the current Constitution, the Municipalities still do not find adequate criteria for the achievement of projects in the area of Public Health. In this sense, we seek to understand the federative arrangement and the correction of distortions and it is concluded that in the East and Agreste Baiano Region public funding is based on an inefficient model of dependence on financial transfers from the States, which correspond to the significant number of sources of funding for municipalities. For this, the qualitative method was used, through the use of bibliographic and documentary research. The document analysis strategy consists of identifying, analyzing and interpreting the data published in the State Health Department, the Federal Government's Transparency Portal, the Information System on Public Health Budgets and doctrinal sources, in order to demonstrate that the centralization of collection by the Union harms the political-administrative autonomy of the municipalities, especially in relation to the poorest entities.

KEY-WORDS: Federalism; decentralization; health; fundamental rights.

1. INTRODUÇÃO

A federação brasileira é um arranjo complexo e o processo de descentralização nem sempre apresentou linearidade. Por isso, de início, o presente estudo analisa do histórico da mudança entre as formas centralizada e descentralizada, a fim de que seja compreendida a construção do modelo atual. O intuito será demonstrar que, apesar de o Brasil ter adotado a forma de Estado Federal desde 1889, atualmente, na prática, ainda há uma dificuldade quanto ao funcionamento do federalismo, sobretudo com relação às repartições, transferências e atribuição de receitas entre os entes. No país, as questões históricas, políticas e culturais, vinculadas ao nascimento da federação, interferem de modo significativo para a perpetuação dos problemas nos arranjos federativos atuais.

No entanto, apesar da prática federativa encontrar dificuldades, o princípio federativo é reconhecido como um princípio fundamental do Estado brasileiro, protegido nos termos do artigo 60, § 4º, inciso I, da CF/1988. Assim, a forma federativa de Estado, definida no artigo 1º da Constituição, que afirma ser federativa a República brasileira. É nesse contexto de complexidade do federalismo fiscal brasileiro que este trabalho pretende compreender o papel exercido pelas transferências de recursos intergovernamentais do na área da saúde.

Inobstante, a Constituição Federal de 1988 surgiu com inovações para o modelo federativo com, por exemplo, a descentralização dos governos municipais (SOUZA, 1996)³. Nesse cenário, um dos impulsos para a divisão das políticas públicas surgiu a partir da perspectiva dos municípios enquanto responsáveis pela promoção dos Direitos Fundamentais a fim de fossem asseguradas as condições mínimas de sobrevivência. Porém, nos mais de cinco mil municípios, a implementação das políticas públicas aconteceu de formas diferentes, considerando as peculiaridades e as diferenças dos potenciais arrecadatários.

Além disso, o trabalho demonstra que as diferenças regionais são características do modelo federativo e ponto inicial para as políticas descentralizadoras. Sob esse prisma, o federalismo fiscal constitui a base das relações

³ SOUZA, Celina. **Reinventando o poder local: limites e possibilidades do federalismo e da descentralização**. In São Paulo em Perspectiva, volume 10, número 3, p. 103-113. 1996

intergovernamentais, pois a forma como os recursos fiscais e parafiscais são gerados e distribuídos entre os diferentes níveis de governo definem a federação.

Questiona-se a autonomia do ente municipal nesse contexto, em que há normas estruturando a interferência do ente maior nos seus recursos, em vista da partilha do produto da arrecadação, tornando elementar compreender o conflito realizando uma análise das normas constitucionais que estruturam a autonomia sob a perspectiva do federalismo. Neste contexto surge a necessidade de indagar se a estrutura normativa realizada pela Constituição Federal de 1988, no aspecto da partilha do produto da arrecadação, confere autonomia financeira aos entes, mostra-se adequada com a descentralização do federalismo.

Parte-se da hipótese de que a Constituição Federal de 1988 ainda carece de uma delimitação dos aspectos que conduzem a autonomia financeira municipal e, conseqüentemente, a autonomia na gestão. Desse modo, pretende-se demonstrar que, no que tange a distribuição financeira, em vista dos diferentes perfis econômicos dos Municípios, há uma falha nos critérios para a efetivação das políticas distributivas que poderiam ser alcançadas mediante a autonomia financeira.

Nesse sentido, Arretche (2018) demonstra a importância da análise das políticas federais de para que a municipalização avance no país e afirma que se trata de um processo de centralização ao considerar que o governo federal restringe a agenda dos governos subnacionais, suprimindo parte de sua autonomia, ao realizar o controle do repasse de recursos.

Assim, a CF/88 “abre as perspectivas de realização social profunda pela prática dos direitos sociais, que ela inscreve, e pelos instrumentos que oferece à cidadania e que possibilita concretizar as exigências de um Estado de justiça social, fundado na dignidade da pessoa humana” (SIVA, 2013, p. 122). ⁴No âmbito do financiamento da saúde, o modelo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) caracteriza-se por concentrar autoridade no governo federal e financiar a política de saúde através de um sistema de transferências

⁴ SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Malheiros, 2013.

inter-regionais abrangente, cuja extensão, no âmbito do sistema de saúde, é significativa no Brasil.

Como já exposto, o estudo dos sistemas, entretanto, propõe um enfoque diferente, que analisa, de forma conjunta e sob o prisma federativo, os novos arranjos presentes nas áreas de saúde, assistência social e educação. O objetivo deste artigo, seguindo esta linha de investigar as dificuldades da regionalização, é analisar a capacidade da Região em dispor de recursos para viabilizar a regionalização e a descentralização na política pública de saúde. Para isto foi feita uma revisão analítica do debate nacional quanto às suas implicações teóricas e uma análise de dados coletados sobre a capacidade econômica dos municípios dessa região.

Isto porque, o avanço da descentralização evidenciou a necessidade de enfrentamento de um conjunto de problemas relativos tanto à gestão quanto à atenção à saúde. Será analisada a tentativa de ampliação da capacidade de se articular os vários municípios de uma dada região para a integração. Desse modo, o processo de descentralização ampliou o contato do sistema de saúde com a realidade social, política e administrativa do país e com as especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando para os gestores o desafio de superar a fragmentação das políticas e programas por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde.

Portanto, nota-se que existe um certo paradoxo face à previsão da autonomia administrativa e financeira dos entes federados, ao mesmo tempo interdependentes no que se refere à implementação regional de políticas de saúde que necessitam de cooperação intergovernamental. Diante dos desafios existem lacunas a serem resolvidas, sobretudo em um contexto de necessidade da efetivação do Direito à Saúde enquanto Direito fundamental, por meio de um maior potencial econômico do ente municipal

2. A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO FEDERALISMO FISCAL NO BRASIL

No dizer de Paulo Bonavides (2000), a concepção do sistema federativo deve perpassar por dois princípios defendidos por George Scelles (1948): a lei da

participação e a lei da autonomia. Mediante a lei da participação, os entes devem se envolver no processo deliberativo de institucionalização e exercício da soberania, de modo a reforçar a gestão cooperativa. Por outro lado, através da lei de autonomia é manifestado o caráter das unidades federadas. Tem-se que, para Bonavides (2000), o ideal da Federação envolve os processos de participação e autonomia, afirmados no ordenamento constitucional superior.

Em um Estado Federado a harmonia entre os entes deve estar bem definida na Constituição Federal, sendo indispensável que a distribuição de competências entre os entes esteja estabelecida na Carta Magna, evitando a perda das autonomia e o desequilíbrio federativo. Na concepção de Dallari (1986), ao realizar a distribuição de competências, é necessário que sejam considerados os limites de cada fonte de recurso, pois sem o equilíbrio financeiro a administração pública pode ser ineficiente ao não atender às necessidades fundamentais.

No mesmo sentido, Norberto Bobbio (2001) afirma que o sistema federal visa à efetiva ação de liberdade, notada à medida que é executado o pacto entre o poder central e os grupos periféricos, concretizando-se com respeito às autonomias das partes individuais e considerando também os processos históricos. Assim, ainda segundo Bobbio, a liberdade é alcançada mediante a autonomia local, desde que seja efetivado o princípio federativo.⁵

No entanto, ao longo da história do Brasil, a fórmula do federalismo nem sempre considerou a autonomia e o equilíbrio financeiro entre os entes, com especial atenção para o caso dos municípios. Durante a história da República Brasileira, a autonomia dos municípios sempre esteve presente nos debates políticos, porém a efetividade mostrou-se comprometida pelo contexto extrajurídico (sociais, políticos, econômico), resumido a um movimento pendular entre centralização e descentralização de poder, autonomia e autoritarismo⁶.

Para compreender o federalismo e o seu sistema fiscal no âmbito municipal, é necessário retomar as engrenagens do processo histórico no Brasil. Como se

⁵ BOBBIO, Norberto. Entre duas repúblicas: às origens da democracia italiana. Brasília: Universidade de Brasília; São Paulo: Imprensa Oficial, 2001. p.16. In: FIRMINO, Raquel. Crise financeira do Município e Federalismo Fiscal Cooperativo no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018. v. 1.

⁶ FIRMINO, Raquel. **Crise financeira do Município e Federalismo Fiscal Cooperativo no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018. v. 1.

sabe, a gênese do Federalismo no país e o seu desenvolvimento perpassa pela teorização do federalismo norte-americano, que influenciou a Constituição de 1981, responsável por consagrar um modelo de República Federativa. Há, porém, diferenças relevantes entre esses sistemas federativos: diferente dos Estados Unidos, no Brasil a formação resultou de um processo de descentralização dos estados independentes.

Com a República surge o sistema de regime de repartição de competências em matéria tributária entre a União e os Estados-membros. O surgimento do Federalismo ocorreu devido às sucessivas crises fiscais do Império, de maneira que não houve um “pacto federativo” entre as unidades, erguendo-se mais como uma forma de conservação da unidade e ampliação dos poderes das elites dominantes (TORRES, 2014 p.29).

A bandeira da autonomia financeira beneficiará desigualmente as unidades da Federação, pois o projeto de discriminação das rendas vitorioso na Assembléia Constituinte trará ganhos basicamente aos estados exportadores - São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia, Pará, Amazonas. O conceito de autonomia financeira servirá basicamente aos estados mais ricos - particularmente São Paulo - , deixando claro o caráter originalmente hierárquico da Federação brasileira.

Desse modo, ainda que a Constituição de 1891 tenha se referido à autonomia do Município, na prática, a entidade local não pôde ser considerada detentora. No plano econômico, o constituinte não teve a preocupação em estabelecer mecanismos de redistribuição de receitas para compensar as desigualdades entre os entes.

Balthazar (2005) ressalta que, no campo tributário, a Carta Magna de 1891 provocou uma concorrência tributária entre União e os Estados, seguido da discriminação dos Municípios na renda tributária, este com dependência em relação aos Estados-membros. Em vista disso, o Estado possuía a prerrogativa para definir a regulamentação de cada município, conforme os interesses políticos.

**Tabela 1 - Carga Tributária Bruta (% do PIB) e Distribuição Federativa da Receita (em %) - Arrecadação Direta) – Brasil
1900 - 1930**

Ano	Carga Tributária Bruta (% PIB)	Distribuição Federativa das Receitas (em %)	
		União	Estados e Municípios
1900	10,62	67,3	
1905	15,14	71,2	
1910	12,14	72,0	
1915	8,38	61,0	
1920	7,00	66,5	
1925	7,87	66,5	
1930	8,36	63,9	

Fonte: OLIVEIRA (2020, p.197)

Com esse panorama da distribuição federativa das receitas no período que vigorava a primeira Constituição Republicana, Oliveira (2020, p.197) confirma que houve apenas uma participação dos Estados sobre a receita arrecadada,

em detrimento dos municípios. Apesar disso, o autor ressalta que não houve mecanismos de transferências fiscais entre as esferas governamentais. Percebe-se que, pela similaridade, a distribuição da receita tributária espelha a distribuição da receita entre os entes, dada a ausência desse sistema de transferências.

Nesse diapasão, Hely Lopes Meirelles (2006,p.37) ensina que, ao decorrer dos anos que vigorou a Constituição de 1891, não houve autonomia municipal no Brasil, isso porque o centralismo, as políticas opressoras e o coronelismo transformaram os Municípios no que ele chama de “feudo político truculento”. Para Baleeiro (2012), a atrofia municipal era produto da penúria orçamentária, excesso de encargos, redução de suas atividades autônomas, restrições ao princípio da eletividade e, ainda, intervenção da polícia nos pleitos locais.

Assim, na primeira Constituição da República Federativa os municípios dependiam da tutela dos Estados, que reduziam a autonomia municipal aos moldes dos interesses políticos daqueles que eram detentores do poder. Conforme Oliveira (2020), do ponto de vista do equilíbrio federativo, a Constituição não teve a preocupação em estabelecer mecanismos de redistribuição de receitas para atenuar as desigualdades, transformando-se, na prática, em uma “federação para poucos”.

Logo, a primeira experiência do Brasil foi marcada pela centralização do poder perante a União, bem como a permanência das características de um Estado Unitário. Esse acontecimento traz o ensinamento no sentido de que a presença do Federalismo no texto Constitucional não significa a sua efetividade na práxis, sendo imprescindível o reconhecimento das autonomias.

Após o período de vigência da primeira Carta Magna, surge a Constituição de 1934 que designou aos municípios um indício de autonomia, na medida em que o texto passou a designar as competências municipais. No entanto, ainda assim, era questionável a personalidade jurídica política dos municípios, haja vista o artigo 1º dispor que “a nação brasileira seria constituída pela união perpétua e indissolúvel dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios dos Estados Unidos do Brasil”.

1945		12,60	67,0
25,2	7,8		

Fonte: OLIVEIRA (2020, p. 204)

Segundo Arretche (2005, p.75), a partir das Constituições de 1934 e 1937 a “disputa federativa por fontes de receita tendeu a deslocar-se das áreas de tributação exclusiva para a das transferências fiscais”. A autora afirma que os constituintes de 1946 não concentraram suas preocupações em uma nova modalidade de receitas, mas buscavam solucionar a fragilidade das receitas municipais⁷.

Assim, a próxima Constituição promulgada fora a de 1946 que foi o impulso para a alteração da discriminação de rendas. O país entrava em um período de reação à centralização de poder e fortalecimento do federalismo, com avanços no campo da descentralização fiscal. Surgia a definição constitucional de transferências das receitas e aplicação de parte do orçamento federal para aplicação nos estados subdesenvolvidos, visando a redução das desigualdades inter-regionais (OLIVEIRA, 2020, p. 208) .

Nas palavras de Raul Machado Horta⁸ (1970, p. 34), a Constituição de 1946 tornou-se responsável pela compatibilização entre federalismo e regionalismo. Logo, pela primeira vez na história do constitucionalismo brasileiro, houve a preocupação com o desequilíbrio fiscal, de modo que, apesar da Constituição ser insuficiente quanto às pretensões de fortalecimento das finanças municipais, trouxe avanços importantes para o restabelecimento da autonomia municipal.

Ainda, uma das principais inovações da Constituição de 1946 foi a adoção de um sistema de transferências fiscais, pelo qual um nível de governo estaria constitucionalmente obrigado a transferir parte de suas receitas a outro, consolidando o regime de separação de fontes tributárias (ARRETCHE, 2005, p. 69-85). Tanto o Governo Federal transferia para os estados e municípios, quanto

⁷ ARRETCHE, Marta. **Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira**. Revista de Sociologia e Política, Curitiba, p. 69-85, 2005. p.75

⁸HORTA, Raul Machado. **Tendências do Federalismo Brasileiro**. Revista Brasileira de Estudos Políticos, n. 28. Minas Gerais: Universidade de Minas Gerais, 1970, p. 34.

os estados transferiram para os municípios. Para uma compreensão completa do contexto, cabe ressaltar a crítica de Varsano (1996, p.6), ao afirmar que:

A intenção da Constituição de 1946 de reforçar as finanças municipais não se transformou em realidade por diversos motivos. Primeiro, a maioria dos estados jamais transferiu para os municípios os 30% do excesso de arrecadação. Segundo, as cotas de IR só começaram a ser distribuídas em 1948 e eram calculadas em um ano, com base na arrecadação do período anterior, para distribuição no ano seguinte; em consequência, os municípios recebiam cotas cujo valor real já fora corroído pela inflação. Terceiro, estas cotas (e, mais tarde, as do imposto de consumo) eram distribuídas igualmente entre os municípios, o que gerou, através de desmembramentos, um rápido crescimento do número dos mesmos. Os 1.669 municípios existentes em 1945 transformaram-se em 3.924 em 1966. Muitas das novas unidades passaram a depender quase que exclusivamente das transferências da União, cujo valor real diminuía à medida que crescia o número de municípios.⁹

**Tabela 3 - Carga Tributária Bruta (% do PIB) e Distribuição Federativa da Receita (em %) - Arrecadação Direta) – Brasil
1945 - 1965**

Ano	Carga Tributária Bruta (% PIB)	Distribuição Federativa das Receitas (em %)

⁹ VARSANO, Ricardo. **A evolução do sistema tributário brasileiro ao longo do século: anotações e reflexões para futuras reformas**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro, 1996, p. 06.

		União	Estados
Municípios			
1945		12,60	67,0
25,2	7,8		
1950		14,42	60,6
31,8	7,6		
1955		15,05	61,1
33,4	5,5		
1960		17,41	64,0
31,3	4,7		
1965		18,99	63,6
30,8	5,6		

Fonte: OLIVEIRA (2020, p. 208)

No entanto, a esperança pela efetividade da descentralização foi arruinada com o Golpe Militar de 1964 e a sua feição unitária com a adoção de medidas centralizadoras, uma vez que houve a concentração de receitas e centralização das decisões de política fiscal na órbita federal. Buscava-se centralizar ao máximo o poder político e as decisões econômicas nas mãos do Governo Federal, sobretudo porque o objetivo do regime militar instaurado a partir de 1964 era eliminar a influência centrífuga das unidades subnacionais (ABRUCIO, 1998, p. 165).

A Constituição Federal de 1967 centralizou os recursos na União. Todavia, também houve o primeiro sistema de transferência intergovernamental de recursos da esfera federal para as subnacionais, por meio dos fundos de participação (Fundo de Participação dos Estados (FPE) e Fundo de Participação dos Municípios (FPM), conforme explica Souza (2005, p. 105-121). Aos Municípios restou a competência tributária que lhe conferia o poder de decretar impostos sobre a propriedade predial e territorial urbana e sobre serviços de qualquer natureza que não estivessem compreendidos na competência tributária da União ou dos Estados, desde que definidos em lei complementar.

Nesse período os municípios menos desenvolvidos foram mais beneficiados com os mecanismos de transferências intergovernamentais. Isso se explica pela tentativa do governo central em garantir o apoio político dos municípios, por meio da participação nos fundos e arrecadação direta. Em seguida, surge a Constituição Federal de 1988, marcada pela descentralização e pelos mecanismos de transferências de receitas, através da na previsão de uma série de competências comuns no que diz respeito às prestações públicas à União, aos Estados e aos Municípios.

3. O PARADOXO ENTRE A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E A CENTRALIZAÇÃO FEDERALISTA ENQUANTO OBSTÁCULO PARA A CONCRETIZAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS.

Após o crescimento das políticas descentralizadoras, a Constituição de 1988 fez surgir um novo modelo no rol das federações do mundo, a partir do momento em que os municípios foram reconhecidos enquanto entes federativos. Assim, nascia um novo federalismo no Brasil, resultado da união entre forças descentralizadoras democráticas com grupos regionais tradicionais, cujo projeto consistia no fortalecimento dos governos subnacionais e democratização do plano local (Abruccio e Loureiro, 2002, p.182).

Nesse contexto, a autonomia municipal consolidou-se no bojo do princípio do Estado Democrático de Direito, possibilitando intervenção dos Estados no município apenas nas situações expressamente previstas no artigo 35 da Constituição. A Carta Magna passou a estabelecer aos municípios uma maior autonomia política, administrativa e financeira, instituindo uma gama de atribuições concorrentes, bem como a competência privativa para legislar sobre assuntos de interesse local.

Se em todas Constituições anteriores o texto valia-se do termo “peculiar interesse” para determinar o reduzido campo de atuação municipal que dependiam do que as Legislações Estaduais designavam, na Constituição vigente surge o termo “interesse local”.

É cediço que as constituições anteriores concediam uma aparente autonomia, vez que submetiam-se às decisões estaduais. Questiona-se se com a mudança terminológica houve mudança na prática. Quando a isso, Souza (2012, p.142) entende que, quando utilizava-se a expressão “peculiar interesse”, a gestão municipal estava sujeita a interpretações subjetivas, pois valia-se de termos como aos serviços “notoriamente locais”, de acordo com sua “circunstância” ou com a sua “essência”, sem utilização de regras hermenêuticas para a correta definição do alcance.¹⁰

Dessa forma, havia uma ausência da participação significativa em vista da ausência de previsão do campo de atuação municipal, já que as atividades destinadas aos municípios dependiam do espaço não preenchido por leis federais e estaduais. Em vista disso, Souza (2012, p.144) entende que o constituinte passou a utilizar o termo “interesse local” para ampliar a atuação municipal, valendo-se de uma alteração semântica para identificar uma constituição mais atuante aos interesses do município.

Conforme explica Hely Lopes Meirelles (1993), o interesse local não é aquele exclusivo do Municípios, mas o interesse predominante sobre o do Estado ou da União. Assim, a subsistência da predominância de um interesse Municipal, a qual seja o interesse local, reside na autonomia firmada na Constituição por meio do espectro de atuação do ente.

Quanto ao interesse local, haja vista que o federalismo no Brasil está delineado na federação formulada na Constituição Federal de 1988, é preciso considerar que esta, com uma conformação própria e específica, pretendeu considerar as particularidades da evolução histórica, política, econômica e social do povo brasileiro. Nesse sentido, Corralo (2006, p. 141-142) afirma que, apesar do federalismo no Brasil surgir relacionado a termos finalísticos e principiológicos importados, a concretização depende de uma diversidade de arranjos e adaptações em determinadas realidades que variam conforme as diferenças regionais.

¹⁰ **SOUZA, Leonardo da Rocha de.** Interesse local versus peculiar interesse: análise da atuação dos Municípios nas Constituições republicanas brasileiras. Revista de Direito Administrativo, v. 261, p. 115-145, 2012. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/8853/7674>. (acesso 15.05.2021)

No mesmo sentido, não se pode compreender a verdadeira natureza federal de um Estado valendo-se apenas de construções estritamente jurídicas” Em concordância, para Zimmermann (2005, p.64), apenas o sistema federativo que considerar as assimetrias naturais entre as unidades federadas poderá ser bem sucedido, dependendo, para isso, da eficácia das ações governamentais nas operações práticas.

No Brasil, as desigualdades regionais apresentaram entraves para o pacto federativo e cooperação estatal, de modo que a Carta Magna, no aspecto fiscal, trouxe dispositivos que, em regra, visam reduzir as disparidades econômicas entre os entes. Assim, conforme Ricardo Victalino de Oliveira (2010, p. 187) “os desníveis entre as partes da Federação levaram à construção de um sistema constitucional- tributário pautada na redistribuição de recursos financeiros como forma de compensação”.¹¹

Logo, a Constituição Federal de 1988 valeu-se da cooperação federativa enquanto instrumento para amenizar as diferenças, utilizando o poder central como coordenador desse objetivo. Apesar disso, perdura o cenário de desequilíbrio entre o arrecadamento de receitas e as responsabilidades dos Estados e Municípios, haja vista existir uma centralização arrecadatória e reguladora, ao contrário da excessiva descentralização administrativa.

É fato que na CF/1988 houve uma melhor distribuição de competências tributárias, em comparação com as constituições anteriores. No âmbito do Federalismo Fiscal, os artigos 145 a 162 trataram das competências tributárias de cada ente federativo, permitindo a partilha da receita de tributos arrecadados entre os entes. Porém, apesar da Constituição Federal optar pelo compartilhamento da responsabilidade na execução das políticas públicas, não houve um planejamento acerca do caminho para efetivar um modelo de cooperação.

A Carta Magna é marcada por afirmar a “municipalização”, “descentralização” e “fortalecimento dos entes subnacionais”, sem, no entanto, definir precisamente as regras dos mecanismos de coordenadoras da distribuição que permitissem

¹¹ OLIVEIRA, Ricardo Victalino de. **A configuração assimétrica do federalismo brasileiro**. 2010. Dissertação (Mestrado em Direito do Estado) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. doi:10.11606/D.2.2010.tde-08092011-093940. Acesso em: 14 de agosto de 2021.

um maior equilíbrio, ou seja, houve a falta de definições claras em termos da distribuição de competências e atribuições de gestão (MATTA, 2006, p. 72). Conforme Prado (2003), do ponto de vista da partilha tributária, houve a dificuldade de formar um consenso mais estruturado sobre um novo modelo de federalismo fiscal, resultando na ausência de inovações com relação ao modelo criado em 1967.

Matta (2006, p.76) explica que enquanto os estados mais ricos buscavam o aumento da autonomia tributária dos entes, uma vez que facilitaria a apropriação de maior parte das receitas geradas em suas próprias bases territoriais, os estados mais pobres lutavam pelo aumento das transferências obrigatórias, o que lhes garantiria maior participação no agregado total das receitas fiscais.

Após a Constituição Federal de 1988 houve um maior potencial arrecadatório dos entes subnacionais, acompanhada da redução da arrecadação da União, ainda que em níveis baixos. Isso é explicado pelos maiores direitos conferidos aos entes subnacionais, além da maior atuação dos governos estaduais e, no âmbito municipal, uma maior responsabilidade das prefeituras. Conforme Afonso, Soares e Castro (2013), “com poderes para legislar em matéria de tributação e com o constante recebimento de recursos do governo central, os Estados e Municípios passaram a ter mais autonomia para gerir seus recursos e orçamentos que em outras épocas”.

4. A INSUFICIÊNCIA DA AUTONOMIA DO PODER LOCAL NO BRASIL PARA GARANTIR A EFETIVAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1998, a definição da Seguridade Social como instrumento de proteção social foi uma das grandes inovações do texto constitucional. Isto porque, a implantação do modelo de Seguridade Social buscou implantar políticas públicas que compensasse as dificuldades dos entes e promovessem o desenvolvimento econômico.

As lideranças no movimento sanitário buscaram a inserção do sistema de saúde enquanto componente da Seguridade Social, de modo que no parágrafo 2º do artigo 195 da Constituição o órgão responsável pela saúde foi incluído na

elaboração da proposta de orçamento. Houve a definição de parte da arrecadação da Seguridade Social para a aplicação na área da saúde, com a consolidação da universalização do atendimento à saúde por meio do Sistema Único de Saúde.

Ao instituir o SUS, a legislação definiu um modelo descentralizador de transferências de recursos dos governos federais para os governos subnacionais. Desse modo, houve o estabelecimento da transferências do Fundo Nacionais de Saúde, dos Fundos Estaduais de Saúde e dos Fundos Municipais de Saúde.¹² Cada mecanismo de transferência SUS está atrelado em maior ou menor grau à capacidade instalada e de produção de serviços públicos e privados credenciados ao SUS existente em uma dada jurisdição. (LIMA, 2006)

Segundo os artigos 195 e 198 da Constituição Federal, o financiamento do SUS é uma responsabilidade comum da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios, uma vez que a EC nº 29 determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal e Municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. Assim, os recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde correspondem ao valor efetivamente empenhado pela União em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB do ano em que se elabora a proposta orçamentária.¹³

Com a política de descentralização, a Lei Orgânica da Saúde e as Normas Operacionais do Ministério da Saúde definiram o aumento da participação da participação dos municípios no fomento dos serviços de saúde. No ano de 2012 foi aprovada a Lei Complementar nº 141 que determinou a obrigatoriedade pelos Municípios da adoção anual de, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos como IPTU; ITBI; produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza; produto da arrecadação do imposto da União sobre a propriedade territorial rural, relativamente aos

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

¹³ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003.

imóveis neles situados; produto da arrecadação do imposto do Estado sobre a propriedade de veículos automotores licenciados em seus territórios. Ainda, há a Emenda Constitucional nº 86 (EC 86/2015), que alterou o cálculo para o estabelecimento do valor mínimo da Receita Corrente Líquida a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde.

Porém, houve desafios na implementação desse modelo de sistema público de saúde, sobretudo em municípios do interior, cujo os problemas são maiores pela falta de estrutura física, falta de recursos materiais, apoio diagnóstico deficiente, acesso a novas tecnologias médicas, somadas à escassez de recursos humanos especializados, principalmente pela baixa remuneração.¹⁴ Desse modo, os Consórcios Intermunicipais de Saúde surgiram como uma alternativa de organização regional e cooperação federativa para melhoria do processo de gestão e de organização dos serviços de saúde .

Com a Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde, os Consórcios Intermunicipais de Saúde foram reconhecidos como estratégia de coordenação no âmbito da regionalização e de acordo com as peculiaridades regionais e as demandas e a oferta de serviços. Com essa evolução de financiamento, os Municípios obtiveram o acesso aos recursos da União, conforme as condições estabelecidas pelas Normas Operacionais Básicas do SUS.¹⁵

A descentralização valorizou a municipalização e redundou na ampliação de serviços, no incremento de resultados positivos e na maior participação popular, mas apresentou limites e dificuldades para a legitimação do direito integral à saúde (MARTINELLI; VIANA; SCATENA, 2015). A partir da publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde, a regionalização foi adotada ao instituiu-se as regiões de saúde, recorte territorial que tem por base o agrupamento de municípios vizinhos, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais. (Brasil, 2011).

¹⁴ LIMA, Ana Paula G. **Os consórcios intermunicipais de saúde e o Sistema Único de Saúde.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 985-996, out. 2000. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2000.v16n4/985-996/>. Acesso em: 21 de maio de 2021

¹⁵ TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. S.. **Gasto Público em Saúde na Bahia: explorando indícios de desigualdades.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, volume 41, nº 113, p 457-470. Abril
- Junho 2017.

5. O CONTEXTO SOCIOECONÔMICO DO LITORAL NORTE DA BAHIA E A INFLUÊNCIA DAS RELAÇÕES FINANCEIRAS INTERGOVERNAMENTAIS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA NOS MUNICÍPIOS.

A Região do Litoral Norte e Agreste Baiano é formada por 22 (vinte e dois) municípios: Acajutiba, Alagoinhas, Aporá, Araçás, Aramari, Cardeal da Silva, Catu, Conde, Crisópolis, Entre Rios, Esplanada, Inhambupe, Itanagra, Itapicuru, Jandaíra, Mata de São João, Olindina, Ouriçangas, Pedrão, Pojuca, Rio Real e Sátiro Dias¹⁶.

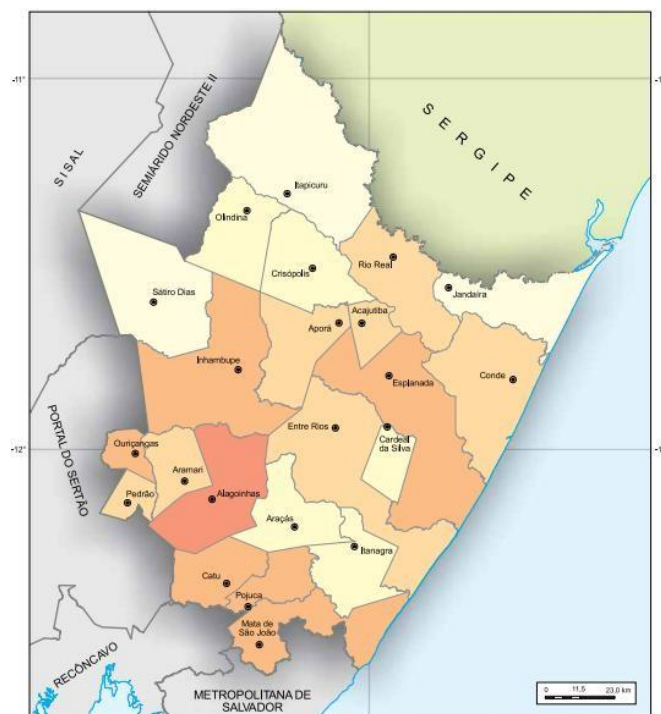


Figura: Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia, 2016.

Essa região é uma dos 27 (vinte e sete) Territórios de Identidade que foram constituídos pelo Governo da Bahia com o objetivo de identificar as

¹⁶BAHIA. SDR. Secretaria de Desenvolvimento Rural. Território de Identidade: Litoral Norte e Agreste Baiano. Perfil Sintético. Salvador, Bahia, 2015.

<http://www.portalsdr.ba.gov.br/intranetsdr/model_territorio/Arquivos_pdf/Perfil_Litoral%20Norte%20e%20Agreste%20Baiano.pdf> Acesso em 06/03/2021.

especificidades e as prioridades temáticas, definidas a partir da realidade local, a fim de possibilitar o desenvolvimento equilibrado e sustentável entre as regiões. Para isso, utilizou-se a metodologia baseada nos sentimentos de pertencimento, com a participação das comunidades.¹⁷

O Território de Identidade Litoral Norte e Agreste Baiano possui municípios caracterizados pela proximidade com o Oceano Atlântico e outros com uma maior influência do clima do agreste. No entanto, apesar da separação nesses dois agrupamentos, os municípios possuem características semelhantes que facilitam na criação e implementação de políticas públicas que possibilitem um maior desenvolvimento do território.

Conforme o censo demográfico do IBGE em 2010, esse território possui 628.236 habitantes, com extensão territorial de 14.517,08 km².¹⁸ O crescimento da população dos municípios do Litoral Norte e Agreste Baiano perdeu ritmo entre os anos de 2000 e 2010, uma vez que a taxa de expansão da população ficou em 1,1%, porém superior à média de 0,7% da Bahia. Na zona rural, a população cresceu apenas 0,6%, contra 1,5% dos residentes nas áreas urbanas.¹⁹

Na saúde, a descentralização e a regionalização das ações e serviços de saúde vêm sendo objetivo de normativas do Ministério da Saúde desde a década de 1993, como diretrizes organizativas do SUS. Em aliança com os Estados e Municípios, o Ministério da Saúde buscou estratégias de organização da rede assistencial com o espaço regional enquanto centro para a pactuação das responsabilidades e programas, através da ação conjunta entre os entes federados.²⁰

Com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas), editadas nos anos de 2001 e 2002, instituiu-se o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e de

¹⁷ BAHIA. Secretaria do Planejamento do Estado da Bahia. Territórios de Identidade. Disponível em: <<http://www.seplan.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=17>> Acesso em: 25/03/2021.

¹⁸ BRASIL. SIT. Sistema de Informações Territoriais. Disponível em: <http://sit.mda.gov.br/download/cademo/caderno_territorial_181_Litoral%20Norte%20e%20Agreste%20Baiano%20-%20BA.pdf> Acesso em: 10/02/2021.

¹⁹ BAHIA. SDR. Secretaria de Desenvolvimento Rural. Perfil Sintético dos Territórios de Identidade da Bahia: Litoral Norte e Agreste Baiano. 2015. Disponível em: <http://www.portalsdr.ba.gov.br/intranetsdr/model_territorio/Arquivos_pdf/Perfil_Litoral%20Norte%20e%20Agreste%20Baiano.pdf> Acesso em 10/03/e 2021.

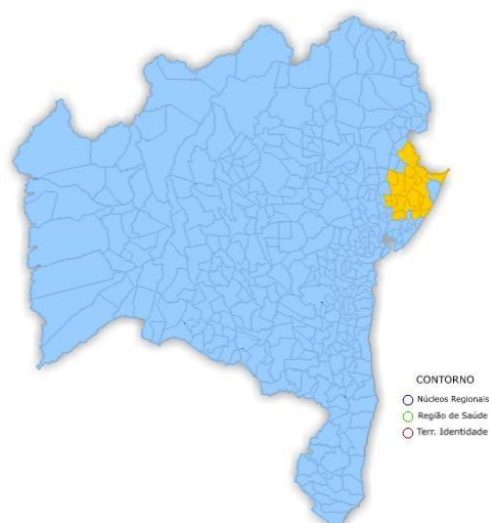
²⁰ BAHIA. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde da Bahia. 2019 - 2022. Salvador- Bahia. < <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-BA.pdf> > Acesso em 14/04/2021.

Investimentos, enquanto instrumentos de apoio à organização político-administrativa do SUS, por região de saúde. No Estado da Bahia, a Lei 13.204 de 11 de setembro de 2014 estabeleceu a criação dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS), cujo objetivo é contemplar uma lógica de planejamento integrado com as noções de territorialidade e otimização dos recursos disponíveis, para garantir uma maior participação social através do acesso dos cidadãos aos serviços de saúde. Desse modo, o território baiano foi dividido em 28 regiões de saúde, que se aglutinam em 9 macrorregiões, conformando o desenho territorial resultante do Plano Diretor de Regionalização-PDR.

Conforme o decreto nº 7508/2011, às regiões de saúde assim definidas:

“Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”.

Em vista disso, de acordo com o mapa abaixo, a maioria dos municípios do Litoral Norte e Agreste Baiano fazem parte da microrregião de saúde de Alagoinhas, com exceção das cidades Conde, Mata de São João, Olindina e Pojuca.



Municípios da Região de Saúde Alagoinhas	
290030 - ACAJUTIBA	15.727 habitantes
290070 - ALAGOINHAS	155.979 habitantes
290190 - APORÁ	18.334 habitantes
290205 - ARAÇÁS	12.608 habitantes
290220 - ARAMARI	11.703 habitantes
290700 - CARDEAL DA SILVA	9.544 habitantes
290750 - CATU	56.459 habitantes
290960 - CRISÓPOLIS	21.835 habitantes
291050 - ENTRE RIOS	43.223 habitantes
291060 - ESPLANADA	37.845 habitantes
291370 - INHAMBUPE	40.453 habitantes
291590 - ITANAGRA	6.730 habitantes
291650 - ITAPICURU	36.211 habitantes
291790 - JANDÁIRA	11.120 habitantes
292330 - OURIÇANGAS	8.916 habitantes
292410 - PEDRÃO	7.527 habitantes
292700 - RIO REAL	41.767 habitantes
292970 - SÁTIRO DIAS	20.429 habitantes

18 Municípios com total de 556.410 habitantes

Figura: Secretaria de Saúde do Governo do Estado da Bahia, 2016

Segundo os dados de 2020 do IBGE, a região de saúde Alagoinhas possui 541.549 habitantes e está inserida no núcleo regional de saúde nordeste (macrorregião), que possui 33 Municípios com total de 890.973 habitantes. Uma das sedes do núcleo regional é a cidade de Alagoinhas.



Figura: Secretaria de Saúde do Governo do Estado da Bahia, 2016

Os Municípios da região leste e agreste baiano possuem uma vulnerabilidade fiscal ao considerarmos a baixa capacidade de receitas próprias, o que os tornam mais vinculados a programas sociais do governo federal, principalmente para custeio de educação, saúde, saneamento básico e investimentos em infraestrutura. As receitas próprias são insuficientes para a execução de políticas públicas que possam melhorar a qualidade de vida da população. Conforme os dados do SEI de 2015²¹ na tabela abaixo, esses foram os valores das transferências e das receitas municipais:

²¹ BAHIA. SEI. Superintendência de estudos econômicos e sociais da Bahia. Territórios de identidade. Volume 2. 2015.

Disponível

em: https://www.sei.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2000&Itemid=284.

Acesso em: 15 de agosto de 2021.

Município	Receita Total	Receita Própria (\$)	Receita Própria
Acajutiba	28.329.301,47	600.230,36	2,1%
Alagoinhas	278.382.418,26	40.055.760,04	14,4%
Aporá	36.739.2021,32	1.481.593,87	4,0%
Araças	44.031.154,39	7.501.245,40	17,0%
Aramari	23.291.397,12	964.756,23	4,1%
Cardeal da Silva	24.226.163,05	1.321.853,58	5,5%
Catu	98.436.989,42	17.433.227,10	17,7%
Conde	53.324.354,03	4.232.731,73	7,9%
Crisópolis	42.140.743,93	1.082.515,81	2,6%
Entre Rios	95.236.589,94	21.050.048,86	22,1%
Esplanada	84.967.974,79	12.484.011,67	14,7%
Inhambupe	66.278.215,67	2.118.836,35	3,2%
Itanagra	-	-	0,0%
Itapicuru	49.203.292,20	1.806.689,88	3,7%
Jandaíra	28.283.223,86	1.359.027,54	4,8%
Olindina	47.999.949,76	1.589.935,29	3,3%
Pedrao	16.996.287,03	717.730,51	4,2%
Rio Real	72.011.086,60	2.517.987,74	3,5%
Sátiro Dias	40.655.324,96	1.606.436,61	4,0%

Elaboração Própria. Fonte: Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia.

O município com a maior dependência fiscal no ano de 2015 foi Acajutiba, por possuir uma receita própria de apenas 2,1% da receita total, seguido por Ouriçangas (2,4%) e Crisópolis (2,6%). Itanagra não apresentou dados de finanças públicas para o ano de 2015.

De acordo com os dados de 2020 coletados pelo Tribunal de Contas dos Municípios, no intervalo de 5 anos, não houve mudanças consideráveis. No entanto, no ano de 2020, os Municípios com uma maior dependência das transferências intergovernamentais foram Pedrão, Rio Real e Crisópolis.

Municípios	Receita própria	Transferência	Receita Própria X Total
Acajutiba	R\$ 1.957.259,10	R\$ 38.632.893,29	4,8 %
Alagoinhas	R\$ 57.511.623,78	R\$ 293.980.741,03	16,3 %
Aporá	R\$ 2.443.128,26	R\$ 42.677.719,61	5,4 %
Araçás	R\$ 4.166.177,65	R\$ 45.776.828,49	8,3%
Aramari	R\$ 1.733.557,76	R\$ 27.854.383,40	5,8 %
Cardeal da Silva	R\$ 2.648.624,78	R\$ 33.428.897,18	7,3%
Catu	R\$ 21.007.579,04	R\$ 111.932.498,86	15%
Conde	R\$ 7.025.805,81	R\$ 69.899.392,55	9,1%
Crisópolis	R\$ 1.831.222,45	R\$ 51.113.577,17	3,4%
Entre Rios	R\$ 15.135.246,32	R\$ 92.089.977,81	14,3 %
Esplanada	R\$ 15.966.782,03	R\$ 89.762.635,03	17,1%
Inhambupe	R\$ 7.378.768,66	R\$ 85.460.007,38	8,6%
Itanagra	R\$ 3.794.585,80	R\$ 27.521.172,54	12,1%
Itapicuru	R\$ 5.516.609,95	R\$ 80.106.696,25	6,4%

Jandaíra	R\$ 2.538.862,65	R\$ 40.245.301,70	5,9%
Mata de São João	R\$ 101.225.309,27	R\$ 123.202.908,63	45,1%
Olindina	R\$ 2.752.595,92	R\$ 55.287.201,09	4,7%
Ouriçangas	R\$ 1.113.492,11	R\$ 29.735.944,73	3,6%
Pedrão	R\$ 583.035,60	21.506.622,66	2,7%
Pojuca	R\$ 23.143.720,43	R\$ 121.997.929,46	15,9%
Rio Real	R\$ 5.245.710,76	R\$ 158.990.159,38	3,1%
Sátiro Dias	R\$ 1.965.436,83	R\$ 48.496.388,91	3,8

Elaboração Própria. Fonte: Tribunal de Contas dos Municípios.

De acordo com os dados disponibilizados no Tribunal de Contas dos Municípios, nota-se que as cidades do Litoral Norte e Agreste Baiano tiveram poucos avanços com relação às despesas com a saúde, sobretudo considerando que no ano de 2020 houve uma maior demanda devido a pandemia do COVID-19. As cidades com um aumento significativo nas despesas com a saúde foram Alagoinhas, com aumento de R\$ 21.401.967,00; e Pojuca, com aumento de R\$ 10.456.134,00.

Alagoinhas é a cidade com o maior número de habitantes e, além disso, é o local da microrregião onde encontra-se o Hospital Regional Dantas Bião, que presta assistência a 18 municípios e conta, atualmente, com 110 leitos para atendimento à população da Macrorregião Nordeste; bem como a Policlínica Regional, inaugurada em 2018, que também atende toda a macrorregião.

Conforme o gráfico a seguir, retirado do artigo de Teles, Coelho e Ferreira (2017, p.465)²² ao buscar dados de sobre o Gasto Público em Saúde per capita nas regiões de saúde do estado da Bahia, e, 2010 a região Alagoinhas não

²²TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. S.. **Gasto Público em Saúde na Bahia: explorando indícios de desigualdades**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, volume 41, nº 113, p 457-470. Abril - Junho 2017.

conseguiu atingir a média de gastos per capita do Estado (R\$ 280,36). Conforme o gráfico, a cidade com maior índice per capita possui um grande polo industrial.

Gráfico 1. Gasto Público em Saúde per capita nas regiões de saúde do estado da Bahia, em 2010

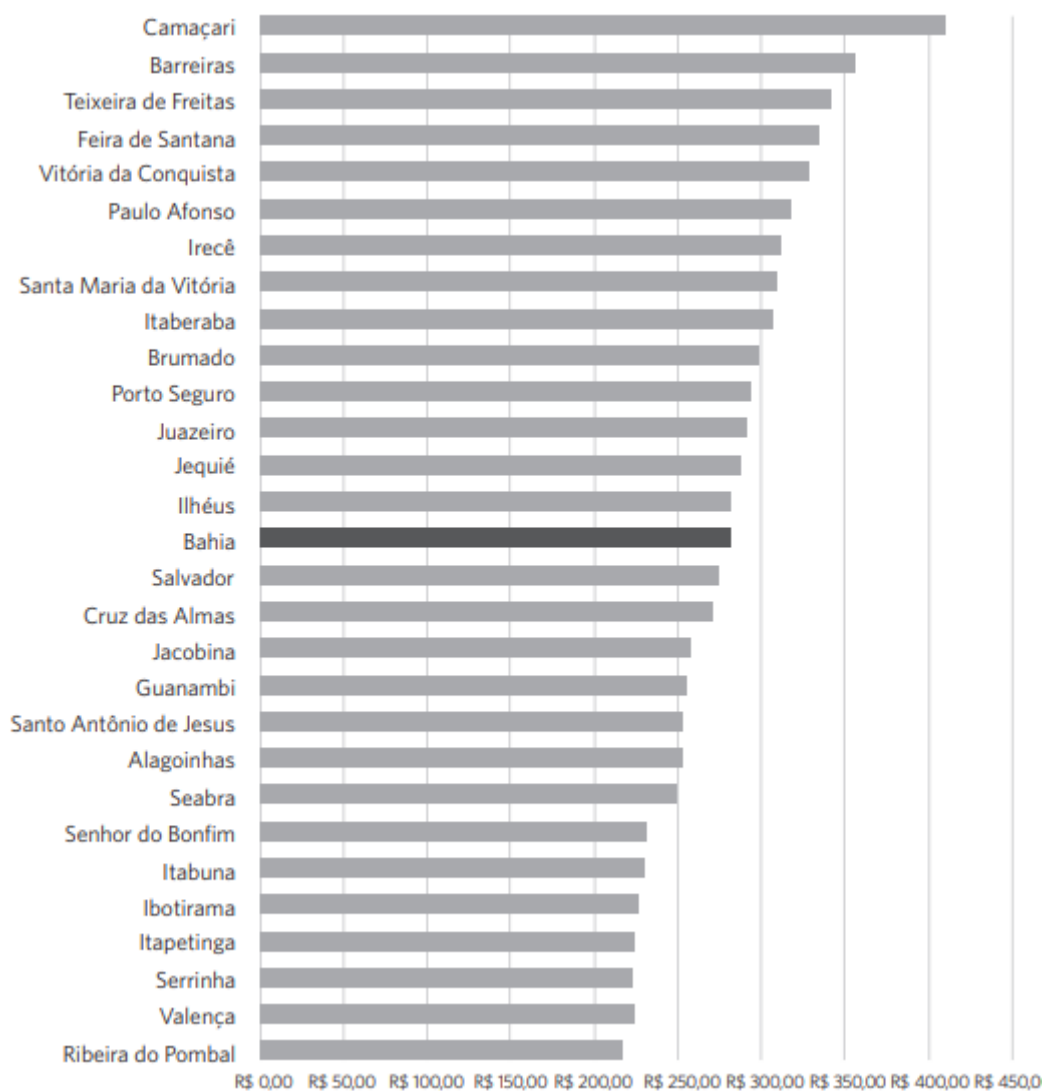


Figura: TELES, A. S.; FERREIRA, M. P. S. ; COELHO, T. C. B (2017)

Quanto ao índice de gasto *per capita*, em 2017, o Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou uma planilha com a evolução do gasto em ações e serviços públicos de saúde com recursos próprios dos municípios, conforme será demonstrado na planilha seguinte:

Municípios	2015	2016	2017
Acajutiba	279,78	277,03	273,80
Alagoinhas	243,58	262,08	294,84

Aporá	239,35	219,61	337,78
Araçás	492,44	394,34	399,26
Aramari	213,41	211,82	193,57
Cardeal da Silva	235,16	229,16	211,61
Catu	281,42	247,46	260,08
Conde	192,55	247,42	222,37
Crisópolis	166,99	175,01	197,67
Entre Rios	312,39	223,23	221,43
Esplanada	311,35	212,87	204,92
Inhambupe	132,18	113,21	142,54
Itanagra	243,78	309,05	351,57
Itapicuru	159,26	145,22	178,79
Jandaíra	242,41	232,24	286,98
Olindina	190,93	177,04	192,00
Ouriçangas	250,00	249,84	235,46
Pedrao	273,16	243,80	244,90
Pojuca	411,18	403,75	352,95
Rio Real	176,49	158,13	164,45
Sátiro Dias	173,81	180,07	147,97

Elaboração Própria. Fonte: Conselho Federal de Medicina.²³

²³ CFM. Conselho Federal de Medicina. Gasto per capita em Ações e Serviços Públicos de Saúde com Recursos Próprios dos Municípios. 2017. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/gasto%20per%20capita%20municipios%202013-2017.pdf>> Acesso em 02/06/2021.

Na maioria dos municípios houve uma queda no gasto per capita, que acompanha a queda do índice geral do Estado. Segundo dados extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), ferramenta do Ministério da Saúde, a Bahia foi o estado que menos investiu de forma per capita recursos próprios no sistema de saúde em 2020, desembolsando apenas R\$ 278,49 por habitante . A média nacional foi de R\$ 374,14. ²⁴

Em números absolutos, os gastos próprios do governo do estado com a saúde pública passaram de R\$ 4 bilhões, em 2019, para R\$ 4,1 bilhões no ano passado, ou seja, uma alta de apenas 2,5%. Como esse percentual é menor do que a inflação oficial do período, que foi de 4,52% (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA), constata-se que, em valores reais, a Bahia reduziu seu aporte financeiro para a saúde durante a pandemia da Covid-19.

Apesar da pandemia, não houve queda de arrecadação no ano de 2020 pelo estado da Bahia. Números extraídos do portal Datasus, sistema de dados mantido pelo Ministério da Saúde, revelam que a Bahia foi o quarto estado que mais arrecadou com impostos no ano passado, totalizando R\$ 31,2 bilhões. Esse desempenho revela uma alta de 0,1% quando comparado com 2019.

Portanto, pelo exposto, evidencia-se uma dependência municipal no quanto à designação orçamentária dos hospitais públicos, sobretudo nos municípios menores. Esse cenário de dependência comprova que, em que pese as transferências da União devido a baixa arrecadação do ente municipal, o sistema fiscal de transferência intergovernamental não é suficiente, ainda que seja importante para garantir a execução de políticas públicas.

6. ASPECTOS ORÇAMENTÁRIOS DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO LESTE E AGRESTE BAIANO: OS CONVÊNIOS E OS CONSÓRCIOS INTERFEDERATIVOS.

²⁴ CREMEBE. Conselho Regional de Medicina. Bahia é o estado que menos gastou recursos por habitante em 2020. Disponível em: < <https://www.cremeb.org.br/index.php/noticias/bahia-e-o-estado-que-menos-gastou-recursos-proprios-por-habitante-em-saude-em-2020-r-278-por-pessoa/> >. Acesso em 24/04/2021.

Ao abordar os aspectos orçamentários da saúde pública nos Municípios da Região Leste e Agreste Baiano é importante mencionar a participação da SESAB e o panorama da gestão do SUS no Estado. A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) foi criada pela Lei nº 2.321 de 11 de abril de 1966, cuja finalidade consiste na formulação da Política Estadual de Saúde, a gestão do sistema Estadual de Saúde, execução de serviços em acordo com os dispositivos legais do SUS²⁵. No entanto, a secretaria possui, dentre outras competências, a articulação com órgãos e entidades da administração pública federal, estadual e municipal e com organizações não-governamentais para a elaboração e condução de projetos intersetoriais.

A SESAB compreendeu que para efetivar as ações estruturantes de saúde, a desconcentração e descentralização das ações de saúde mostram-se necessárias, de modo que, como exposto, foram criados e fortalecidos os 09 (nove) Núcleos Regionais de Saúde, a formação dos Consórcios Interfederativos de Saúde e a estratégia de adoção de Parcerias Público Privada. Com isso, em 2015, os Consórcios Interfederativos de Saúde foram implantados no Estado, junto com a descentralização da gestão e execução das ações e serviços de saúde com caráter regional²⁶.

Os consórcios Interfederativos de Saúde foram normatizados pela Lei Federal nº 11.107/2005, regulamentada pelo Decreto nº 6.017/2007 e, no caso da saúde, deve ter alinhamento com as políticas e diretrizes do Sistema Único de Saúde, por meio das Leis nº 8.080 e 8.142, de 19 de setembro de 1990, regulamentadas pelo Decreto nº 7.508/11.²⁷ Desse modo, consistem na união entre dois ou mais entes da federação, sem fins lucrativos, com a finalidade de prestar serviços e desenvolver ações conjuntas para o interesse coletivo. É importante para os Municípios de pequeno porte, uma vez que representa a possibilidade de oferecer à sua população um atendimento de maior amplitude e qualidade, ante a baixa capacidade operacional.

²⁵ BAHIA. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. p. 136. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/10/PES-2020-2023.pdf>. > Acesso em: 10 de abril de 2021.

²⁶ *Ibidem*

²⁷ *Ibidem*

No caso dos Municípios da Região Leste e Agreste Baiano, existe o Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região Alagoinhas, cujo custeio da policlínica da região utiliza 40% advindos do tesouro estadual e 60% provenientes do tesouro municipal. A tabela a seguir demonstra a consolidação dos rateios do consórcio público interfederativo de saúde na Região de Saúde de Alagoinhas, referente ao ano de 2020, cujo índice *per capita* do consórcio foi equivalente a R\$0,99.

MUNICÍPIO	RATEIO MENSAL POLICLÍNICA	RATEIO MENSAL SEDE	CUSTO MÉDIO MENSAL
Acajutiba	14.265,97	739,25	15.005,23
Alagoinhas	142.665,39	7.392,80	150.058,19
Aporá	16.686,46	864,68	17.551,13
Araças	11.459,65	593,83	12.053,48
Aramari	10.725,60	555,79	11.281,39
Cardeal da Silva	8.747,43	453,28	9.200,71
Catu	51.481,35	2.667,72	54.149,08
Crisópolis	19.859,81	1.029,12	20.888,93
Entre Rios	39.318,71	2.037,46	41.356,18
Esplanada	35.043,35	1.815,92	36.859,26
Inhambupe	37.573,94	1.947,05	39.520,99
Itanagra	6.061,56	314,10	6.375,66
Itapicuru	33.480,20	1.734,92	35.215,11
Jandaíra	10.078,13	522,24	10.600,37

Ouriçangas	8.059,49	417,64	8.477,13
Pedrão	6.914,18	358,29	7.272,47
Pojuca	37.190,91	1.927,20	39.118,11
Rio Real	38.332,45	1.986,36	40.318,81
Sátiro Dias	16.255,44	842,34	17.097,78

Elaboração Própria. Fonte: Secretaria do Estado da Bahia. ²⁸

Segundo o boletim do Ministério Público, a prestação de serviços de forma regionalizada pelos consórcios pode evitar a sobrecarga do município na construção de novas unidades, na aquisição de equipamentos de custos elevados e na contratação de recursos humanos especializados. O consórcio pode negociar melhores preços, investir em tecnologias que só existem em grandes centros e otimizar equipamentos inoperantes no interior por escassez de profissionais; o que pode representar economia de recursos

Os convênios e os consórcios são os instrumentos jurídicos que permitem com que União, Estados e Municípios realizem esforços conjuntos na realização do interesse público. Isso por ocorrer nas áreas que a Constituição indicou a competência concorrente de todos ou de dois dos entes públicos, quanto naquelas em que, embora a norma de competência indique um ente como responsável, a realização material da finalidade pública diz com o interesse geral e, portanto, também assista aos demais cooperarem no que for possível.

O convênio é um acordo que rege a transferência de recursos financeiros do orçamento da União. Assim para que ocorra a execução de programa de um programa de governo em regime de mútua cooperação e que tenha como partícipe órgão da administração pública federal direta, e do outro lado entidade da administração pública que, nesse caso, é o município.

As dotações orçamentárias destinadas aos convênios, aos contratos de repasse e aos termos de parceria, são alocadas no Orçamento Geral da União (OGU)

²⁸ BAHIA. Secretaria do Estado da Bahia. Contrato de Rateio nº 01/2020. Disponível em: <http://www5.saude.ba.gov.br/obr/consorcios/arquivos/rateio/2020/290070/CONTRATO_RATEIO_2020.pdf>. Acesso em: 10 de abril de 2021.

por meio da contemplação nominal do Estado, do município ou da ONG, através da proposta do Executivo ou de emenda ao Orçamento da União por deputado federal ou senador; ou são alocados por meio de programa orçamentário que destina recursos para a região da entidade estatal.²⁹

As normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios, contratos de repasse e termos de cooperação são as dispostas no Decreto 6.170/2007 (com dispositivos alterados ou acrescidos pelos Decretos 6.428/2008, 6.619/2008, 6.497/2008, 7.568/2011, 7.594/2011 e 7.641/2011) e na Portaria Interministerial 127, de 29 de maio de 2008 e suas alterações, dos Ministérios do Planejamento, Orçamento e Gestão, da Fazenda e do Controle e da Transparência. Nesse contexto, a Lei 8.080/90, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, dispõe no seu art. 15, XV, a possibilidade dos entes celebrarem Convênios direcionados à ações de saúde, saneamento e meio ambiente

Nesse sentido, quanto aos convênios, eles são importantes no âmbito municipal porque se prestam a formalizar parceria do ente federativo com entidades não lucrativas de assistência à saúde. O município, que já é encarregado, prioritariamente, da execução dos serviços de assistência à saúde, também foi incumbido pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990, art. 24) de firmar tais parcerias, e o faz respaldado pela própria Constituição (art. 199, § 1.º).³⁰

De acordo com o dados do Portal de Transparência, espaço em que é possível averiguar as transferências da União para os outros entes, o Município de Alagoinhas, centro de saúde da região, firmou convênio com o Ministério da Saúde e recebeu, no ano de 2019, R\$ 9.996.800,00 para o Fundo Municipal de Saúde - FMS com o fim da vigência para 05/09/2024, para a construção de uma unidade especializada de saúde; assim também, o Município de Aramari recebeu R\$ 4.000.000,00 para a ampliação do sistema de esgotamento sanitário uma vez que configura medida importante para evitar a proliferação de doenças.

²⁹ BRASIL. Tribunal de Contas da União. 2013, p.16. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/convenios-e-outros-repasses-6-edicao-inclui-errata.htm>> Acesso em: 17 de maio de 2021.

³⁰ SOARES. Leandro Romano. Convênios Municipais no Sistema Único de Saúde e a Nova Lei de Parcerias Voluntárias. Revista de Direito Administrativo Contemporâneo. ReDAC vol.19 (Julho-Agosto 2015). p. 16. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_p rodutos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/RDAdmCont_n.19.05.PDF> Acesso em: 11 de junho de 2021.

Município	Situação	Objeto	Órgão	Valor	Fim da vigência
Acajutiba		Implantação de melhorias habitacionais para controle de doença de chagas	Ministério da Saúde	R\$ 245.231,39	31/12/2019
Alagoinhas	Em execução	Construção de unidade de atenção especializada em saúde	Ministério da Saúde	R\$ 9.996.800,00	05/09/2024
Aporá					
Araças	Inadimplente	Sistema de esgotamento sanitário	Ministério da Saúde	R\$ 504.165,57	30/12/2013
Aramari	Em execução	Ampliação do sistema de esgotamento sanitário da sede municipal	Ministério da Saúde	R\$ 4.000.000,00	29/05/2023
Cardeal da Silva	Convênio anulado	Construção de 80 unidades	Ministério da saúde	R\$ 300.000,00	27/06/2014

		de sanitários domiciliares para prevenção de controle de agravos			
Catu					
Conde	Concluído	Construção de unidade de saúde	Ministério da saúde	R\$ 133.680,30	29/03./2004
Crisópolis	Normal	Reforma de unidade de atenção especializada em saúde	Ministério da saúde	R\$ 299.992,00	05/05/2019
Entre Rios	Concluído	Construção de unidade de saúde	Ministério da saúde	R\$ 630.000,00	23/02/2014
Esplanada	Prestação de contas enviada para análise	Aquisição de equipamento e material permanente para unidade de atenção especializada em	Ministério da Saúde	R\$ 100.000,00	17/07/2020

		saúde			
Inhambupe	Em execução	Ampliação de unidade de atenção especializada em saúde	Ministério da Saúde	R\$ 349.830,00	31/03/2022
Itanagra	Concluído	Aquisição de unidade móvel de saúde	Ministério da saúde	R\$ 450.000,00	05/05/2012
Itapicuru	Prestação de contas enviada para análise	Implantação de melhorias sanitárias domiciliares no município	Ministério da saúde	R\$ 1.495.077,54	31/12/2021
Jandaíra		Sistema de abastecimento de água	Ministério da saúde	R\$ 400.000,00	10/01.2009
Olindina		Implantação de melhorias sanitárias domiciliares	Ministério da saúde	R\$ 500.000,00	31/12/2020
Ouriçangas	Normal	Reforma de unidade de atenção especializada	Ministério da saúde	R\$ 252.000,00	05/05/2021

		da em saúde			
Pedrão	Adimplente	Sistema de esgotament o sanitário	Ministério da saúde	R\$ 505.037,54	28/12/2014
Rio Real	Convênio anulado	Ampliação do sistema de abastecime nto de água no município	Ministério da saúde	R\$ 473.982,57	29/09/2020
Sátiro Dias	Em execução	Implantaçã o do sistema de abastecime nto de água	Ministério da saúde	R\$ 500.000,00	31/12/2021

Elaboração própria. Fonte: Portal da Transparência

Da análise dos dados extraídos do Portal da Transparência, é possível notar que dos convênios firmados na área da saúde, grande parte foram direcionados com objetivo de melhorar o sistema de esgotamento sanitário ou ampliação do sistema de abastecimento de água no município, cujo os custos são menores se comparados com construção de unidade de saúde. Assim, é possível extrair que a cidade que recebeu o maior valor em convênio foi Alagoinhas, para a construção de uma unidade especializada.

Outro fato curioso, é que o município de Araças estava inadimplente e os municípios de Itapicuru e Esplanada estavam com a prestação de contas enviada para análise. Isto porque, a LRF, a LDO e a legislação federal dispõem que Estados, Distrito Federal e municípios, para receberem transferências voluntárias, devem enviar suas contas ao Poder Executivo Federal, nos prazos previstos, para consolidação nacional e por esfera de governo, relativas ao

exercício anterior; publicar o relatório resumido da execução orçamentária até 30 dias após o encerramento de cada bimestre; publicar o relatório de gestão fiscal até 30 dias após o encerramento de cada quadrimestre; observar os limites de gastos com o pessoal; demonstrar a regulamentação e arrecadação de todos os tributos previstos nos artigos 155 e 156 da Constituição Federal; estar em dia com os pagamentos de tributos, empréstimos e financiamentos devidos à União; cumprir os limites constitucionais de aplicação de recursos em educação e saúde.

Além disso, em consulta ao site da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, é possível extrair os dados do Portal da Transparência do Estado da Bahia referente aos convênios firmados no âmbito da saúde. Conforme esses dados, o Município de Alagoinhas recebeu do Estado o repasse no valor de R\$120.000,00, ao passo que Acajutiba recebeu R\$802.770,00.

MUNICÍPIO	TOTAL CELEBRADO	TOTAL REPASSADO
Acajutiba	802.770,00	802.770,00
Alagoinhas	120.000,00	50.000,00
Araçás	360.757,00	100.000,00
Aramari	128.879,80	128.879,80
Cardeal da Silva	80.000,00	80.000,00
Catu	122.000,00	122.000,00
Crisópolis	30.000,00	30.000,00
Esplanada	139.475,15	83.521,91
Inhambupe	25.200,00	25.200,00
Itapicuru	392.106,22	326.800,00

Jandaíra	80.000,00	80.000,00
Olindina	401.043,69	401.043,69
Ouriçangas	50.000,00	50.000,00
Rio Real	135.428,01	105.338,80

Elaboração própria. Fonte: Portal da Transparência

Com base nas informações apresentadas, percebe-se que a distribuição dos recursos depende das particularidades e necessidades de cada município que, pela escassez, alocam os recursos nas áreas com uma maior necessidade. A maioria das cidades firmaram convênios, com diferentes graus de dependência. A cidade de Alagoinhas mostrou ser a mais independente, o que é justificado pelo tamanho da população e por um maior potencial de arrecadação.

7. CONCLUSÃO

A compreensão do federalismo fiscal brasileiro depende da análise de suas origens históricas, culturais e políticas, de suas Constituições e de seu contexto atual. Tal compreensão é imprescindível para que seja possível, numa etapa posterior, a propositura de soluções aos seus problemas. A Constituição ampliou as matérias de legislação comum à União e aos Estados e atribuiu à União competência para legislar sobre normas gerais em várias matérias e aos Estados, a legislação complementar.

Porém, a Constituição de 1988 manteve a atribuição de competências tributárias exclusivas aos entes subnacionais, relativamente a tributos com grande importância no sistema tributário nacional. Nesse sentido, ressalta-se que a forma da repartição de competências em geral compromete a autonomia fiscal dos entes municipais. O problema do federalismo brasileiro, ainda é equilibrar e

manter um mínimo de coordenação do sistema, com a preservação das autonomias dos entes federados.

Apesar da Constituição Federal de 1988 ter previsto regimes de transferências para tentar efetivar o equilíbrio, nota-se que, na verdade, os municípios possuem autonomia financeira ineficiente para administrar os serviços da saúde. Dessa forma, existe um cenário de dependência de recursos que dificultam a implementação de novas políticas públicas. Sem o potencial arrecadatório e com a insuficiência de recursos próprios, os entes municipais encontram-se em um cenário de dependência financeira , sendo incapaz de se autossustentar.

A partir desse panorama, os municípios vem sofrendo perdas na qualidade do serviço de saúde, uma vez que apesar do sistema de transferências e da existência dos consórcios interfederativos e dos convênios, o que ocorre é um sucateamento dos hospitais públicos e a insuficiência para garantir o acesso a saúde, enquanto condição para dignidade humana. Na Região no Litoral Norte e Agreste da Bahia há a necessidade da promoção de um empoderamento municipal alcançada por meio de um aprimoramento na distribuição da arrecadação tributária.

7. BIBLIOGRAFIA

ABRUCIO, F. L. (Org.); LOUREIRO, Maria Rita Garcia (Org.). **O Estado numa Era de Reformas: Os Anos FHC** - parte 2. , 2002. v. 2.

ARRETCHE, Marta. **Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira**. Revista de Sociologia e Política, Curitiba, p. 69-85, 2005. p.75

BAHIA. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. p. 136. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/10/PES-2020-2023.pdf>. Acesso em: 10 de abril de 2021.

BAHIA. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde da Bahia.2019 - 2022. Salvador- Bahia.< <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-BA.pdf> > Acesso em 14/04/2021.

BAHIA. SDR. Secretaria de Desenvolvimento Rural. Território de Identidade: Litoral Norte e Agreste Baiano. Perfil Sintético. Salvador, Bahia, 2015. <http://www.portalsdr.ba.gov.br/intranetsdr/model_territorio/Arquivos_pdf/Perfil_Litoral%20Norte%20e%20Agreste%20Baiano.pdf.> Acesso em 06/03/2021.

BAHIA. Secretaria do Estado da Bahia. Contrato de Rateio nº 01/2020. Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/obr/consorcios/arquivos/rateio/2020/290070/CONTRATO_RATEIO_2020.pdf. Acesso em: 10 de abril de 2021.

BAHIA. Secretaria do Planejamento do Estado da Bahia. Territórios de Identidade. Disponível em: <<http://www.seplan.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=17>> Acesso em: 25/03/2021.

BALEEIRO, Aliomar. **Coleção Constituições brasileiras 1891**. V. 2. 3. ed. Brasília: Senado Federal, 2012.

BALTHAZAR, Ubaldo César. **História do Tributo no Brasil**. 1. ed. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2005. v. 1

BOBBIO, Norberto. **Entre duas repúblicas: às origens da democracia italiana**. Brasília: Universidade de Brasília; São Paulo: Imprensa Oficial, 2001. p.16. In: FIRMINO, Raquel. Crise financeira do Município e Federalismo Fiscal Cooperativo no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018. v. 1.

BONAVIDES, Paulo. **Ciência Política**. Malheiros Editores, 10ª edição, 2000.

BRASIL. **Casa Civil**. Decreto nº 7508/2011. Brasília, 2011

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília : CONASS, 2003.

BRASIL. SIT. Sistema de Informações Territoriais. Disponível em: <http://sit.mda.gov.br/download/caderno/caderno_territorial_181_Litoral%20Norte%20e%20Agreste%20Baiano%20-%20BA.pdf.> Acesso em: 10/02/2021.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. 2013, p.16. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/convenios-e-outros-repasses-6-edicao-inclui-errata.htm>> Acesso em: 17 de maio de 2021.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Gasto per capita em Ações e Serviços Públicos de Saúde com Recursos Próprios dos Municípios. 2017. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/gasto%20per%20capita%20municipios%202013-2017.pdf>> Acesso em 02/06/2021.

CORRALO, Giovani. **A autonomia municipal como um direito fundamental na constituição federal brasileira**. Tese de Mestrado. Curitiba, 2006. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/5951>>. Acesso em: 17 de agosto de 2021.

CREMEBE. Conselho Regional de Medicina. Bahia é o estado que menos gastou recursos por habitante em 2020. Disponível em: <<https://www.cremeb.org.br/index.php/noticias/bahia-e-o-estado-que-menos-gastou-recursos-proprios-por-habitante-em-saude-em-2020-r-278-por-pessoa/>>. Acesso em 24/04/2021.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **O Estado Federal**. Série Princípios. São Paulo: Ática, 1986.

FIRMINO, Raquel. **Crise financeira do Município e Federalismo Fiscal Cooperativo no Brasil**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018. v. 1, p.

HORTA, Raul Machado. “**Tendências do Federalismo Brasileiro**”. Revista Brasileira de Estudos Políticos, n. 28. Minas Gerais: Universidade de Minas Gerais, 1970, p. 34.

LIMA, Ana Paula G. **Os consórcios intermunicipais de saúde e o Sistema Único de Saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 985-996, out. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2000.v16n4/985-996/>. Acesso em: 21 de maio de 2021

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

MARTINELLI; VIANA; SCATENA. O Pacto pela Saúde e o processo de regionalização no estado de Mato Grosso. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5SQdPDCkvT5DcnCZbLg836x/abstract/?lang=pt>

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Municipal Brasileiro**. São Paulo: Malheiros, 1993.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Municipal Brasileiro**. São Paulo: Malheiros, 2006.

OLIVEIRA, Fabrício Augusto. **Uma pequena história da tributação e do federalismo fiscal no Brasil: a necessidade de uma reforma justa e solidária**. 1ª. ed. São Paulo: Editora Contracorrente, 2020. v. 1. p 300 .

OLIVEIRA, Ricardo Victalino de. **A configuração assimétrica do federalismo brasileiro**. 2010. Dissertação (Mestrado em Direito do Estado) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. doi:10.11606/D.2.2010.tde-08092011-093940. Acesso em: 14 de agosto de 202

SCELLE, Georges. **Manuel de Droit International Public**. Paris: Domat-Montchrestien, 1948.

SOARES. Leandro Romano. Convênios Municipais no Sistema Único de Saúde e a Nova Lei de Parcerias Voluntárias. Revista de Direito Administrativo Contemporâneo. ReDAC vol.19 (Julho-Agosto 2015). p. 16. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/RDAdmCont_n.19.05.PDF> Acesso em: 11 de junho de 2021.

SOUZA, Leonardo da Rocha de. **Interesse local versus peculiar interesse: análise da atuação dos Municípios nas Constituições republicanas brasileiras**. Revista de Direito Administrativo, v. 261, p. 115-145, 2012. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/8853/7674>.> Acesso 15.05.2021

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. S.. **Gasto Público em Saúde na Bahia: explorando indícios de desigualdades**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, volume 41, nº 113, p 457-470. Abril - Junho 2017.

TORRES, Heleno Taveira. **Constituição financeira e o federalismo financeiro cooperativo equilibrado brasileiro**. Revista Fórum Direito financeiro e Econômico, ano 3, n. 5, p.25-54, 2014.

VARSANO, Ricardo. **A evolução do sistema tributário brasileiro ao longo do século: anotações e reflexões para futuras reformas**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro, 1996, p. 06.