



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA
DOUTORADO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA**

DALZIMAR FONTES DE ANDRADE

**AS DESPESAS PÚBLICAS DO ESTADO DA BAHIA E A EFETIVIDADE DO
DIREITO À SAÚDE. UMA ANÁLISE CONFORME O PERCENTUAL MÍNIMO
CONSTITUCIONAL E LEGAL**

**SALVADOR
2024**

DALZIMAR FONTES DE ANDRADE

**AS DESPESAS PÚBLICAS DO ESTADO DA BAHIA E A EFETIVIDADE DO
DIREITO À SAÚDE. UMA ANÁLISE CONFORME O PERCENTUAL MÍNIMO
CONSTITUCIONAL E LEGAL**

Tese de Doutorado apresentada à Universidade Católica do Salvador (UCSal), como requisito parcial para a aprovação no Programa do Doutorado em Políticas Sociais e Cidadania.

Linha de Pesquisa: Políticas Sociais Universais, Institucionalização e Controle.

Prof. Orientador: Prof. Dr. Joaci de Sousa Cunha.

**SALVADOR
2024**

Dados de Catalogação na Publicação (CIP)
Ficha Catalográfica. UCSAL. Biblioteca Dom Geraldo Majella Agnelo

A554 Andrade, Dalzimar Fontes de

As despesas públicas do Estado da Bahia e a efetividade do direito à saúde: uma análise conforme o percentual mínimo constitucional e legal / Dalzimar Fontes de Andrade .– Salvador, 2024.
195 f.

Orientador: Prof. Dr. Joaci de Sousa Cunha.

Tese (Doutorado) – Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisas e Pós-Graduação. Doutorado em Políticas Sociais e Cidadania.
Linha de Pesquisa: Políticas Sociais Universais, Institucionalização e Controle.

1. Receita Pública 2. Efetividade 3. Direito à Saúde 4. Financiamento
5. Políticas Sociais 6. Cidadania I. Cunha, Joaci de Sousa - Orientador
II. Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
III. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO


DALZIMAR FONTES DE ANDRADE

«AS DESPESAS PÚBLICAS DO ESTADO DA BAHIA E A EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE. UMA ANÁLISE CONFORME O PERCENTUAL MÍNIMO CONSTITUCIONAL E

LEGAL»


Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de doutor em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 23 de outubro de 2024.

Documento assinado digitalmente
 JOACI DE SOUSA CUNHA
Data: 24/10/2024 16:51:12-0300
Verifique em <https://validar.jb.gov.br>

Prof.(a) Dr.(a) Joaci de Sousa Cunha - UCSAL (orientador)
DIRLEY DA CUNHA Assinado de forma digital por DIRLEY
DA CUNHA JUNIOR:504998405
JUNIOR:504998405 Dados: 2024.11.05 20:13:27 -03'00'


Prof.(a) Dr.(a) Dirley da Cunha Junior - UCSAL

Documento assinado digitalmente
 ANA MARIA FERNANDES PITTA
Data: 20/11/2024 11:54:41-0300
Verifique em <https://validar.jb.gov.br>

Prof.(a) Dr.(a) Ana Maria Fernandes Pitta - UCSAL

ANDRE ALVES Assinado de forma digital por
ANDRE ALVES PORTELLA
PORTELLA Dados: 2024.10.29 10:06:03 -03'00'

Prof.(a) Dr.(a) André Alves Portella - UFBA

Documento assinado digitalmente
 AUGUSTO DE OLIVEIRA MONTEIRO
Data: 24/10/2024 20:56:41-0300
Verifique em <https://validar.jb.gov.br>

Prof.(a) Dr.(a) Augusto de Oliveira Monteiro - UNIFACS

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e saúde, que me permite lutar pelos meus objetivos.

À minha família, aos meus amigos e aos colegas por todo carinho, apoio, força e ajuda de sempre.

Aos meus orientadores e professores da UCSal, por toda presteza, disponibilidade e apoio incondicional.

Aos meus alunos que me incentivam à evolução constante.

RESUMO

O direito à saúde, por ser indissociável ao direito à vida e essencial à concretização da dignidade da pessoa humana, integra o rol dos direitos indispensáveis para o mínimo existencial do indivíduo. Segundo o art. 196 da CF/88, a saúde é direito de todos e dever do Estado. A efetividade desse direito social foi investigada no Estado da Bahia, a partir da análise de dados oficiais que delineiam as políticas públicas desse setor, conforme a estrutura de financiamento pública da saúde, pautada nas repartições de receitas tributárias inseridas na CF/88 e na Lei Complementar nº 141/2012, especialmente na necessidade do cumprimento de aplicação de, no mínimo, 12% da receita líquida dos impostos estaduais e transferências constitucionais e legais, na seara da saúde baiana. Este trabalho analisou, não apenas do ponto de vista jurídico-orçamentário, mas, principalmente, sob o enfoque social, como está sendo aplicada a receita pública estadual, através do levantamento dos critérios técnicos e sistemáticos da escolha financeira pública e da elaboração da estrutura de implantação dessas políticas sociais que impactam na qualidade de vida do cidadão baiano. Sendo assim, o estudo partiu de uma análise quantitativa dos indicadores da saúde baiana e da leitura crítica dos dados disponíveis nos relatórios oficiais de gestão, acompanhados de um estudo documental e revisão bibliográfica. Ao final, concluiu-se que a melhora dos indicadores de saúde baianos tende a não ser proporcional ao aumento da aplicação das receitas públicas, pois isso, por si só, não é determinante necessário, como deve ser a gestão eficiente.

Palavras-chave: Receita Pública. Efetividade. Direito à Saúde. Financiamento. Políticas Sociais. Cidadania.

ABSTRACT

The right to health, as it is inseparable from the right to life and essential to the realization of human dignity, is part of the list of indispensable rights for the individual's existential minimum. According to art. 196 of CF/88, health is everyone's right and the State's duty. The effectiveness of this social right will be investigated in the State of Bahia, based on the analysis of official data that outline public policies in this sector, according to the structure of public health financing, based on the distribution of tax revenues included in CF/88 and the Law Complementary nº 141/2012, especially in the need to comply with the application of at least 12% of the net revenue from state taxes and constitutional and legal transfers, in the area of health in Bahia. This work will analyze, not only from a legal-budgetary point of view, but mainly from a social perspective, how state public revenue is being applied, by surveying the technical and systematic criteria of public financial choice and the elaboration of the structure of implementation of these social policies that impact the quality of life of Bahian citizens. Therefore, the study will start from a quantitative analysis of health indicators in Bahia and a critical reading of the data available in official management reports, accompanied by a documentary study and bibliographic review. In the end, it was concluded that the improvement in health indicators in Bahia tends not to be proportional to the increase in the application of public revenues, as this, in itself, is not a necessary determinant, as efficient management should be.

Keywords: Public Revenue. Effectiveness. Right to Health. Financing. Social Policies. Citizenship.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	O Percentual de Aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde sobre a Receita de Impostos Líquida e Transferências Constitucionais e Legais na Bahia	39
Gráfico 2.	Indicador 1: Quantitativo de Laboratórios de Saúde Pública em Funcionamento no Estado da Bahia	135
Gráfico 3.	Indicador 2: Quantitativo de Boletins, Informativos, Anuários Estatísticos, Manuais de Instruções e Materiais Educativos Publicados	136
Gráfico 4.	Indicador 3: Quantitativo de Unidades Ampliadas (Rede Própria)	137
Gráfico 5.	Indicador 4: Quantitativo de Transplantes Realizados	138
Gráfico 6.	Indicador 5: Total de Mamografias Realizadas por Região de Saúde e Quantidade de Municípios Participantes - Rastreamento de Câncer de Mama - I Fase e II Fase (Mulheres Atendidas)	139
Gráfico 7.	Indicador 6: Quantitativo de Órteses, Próteses, Meio Auxiliares de Locomoção e Bolsas de Ostomias Concedidas	140
Gráfico 8.	Indicador 7: Quantitativo de atendimentos Ambulatoriais Realizados (para Portadores de Doenças Hematológicas Benignas).....	141
Gráfico 9.	Indicador 8: Quantitativo de Unidades da Rede Hematológica / Hemoterápica em Funcionamento	142
Gráfico 10.	Indicador 9: Percentual de Notificações Obrigatórias de Queixas Técnicas e Eventos Adversos Investigados	143
Gráfico 11.	Indicador 10: Percentual de Hospitais com Leitos de UTI com CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) Apoiados	144
Gráfico 12.	Indicador 11: Número de Trabalhadores Beneficiados pelas Ações de Vigilância em ST	145
Gráfico 13.	Indicador 12: Cobertura Vacinal de Pentavalente em Menores de 1 Ano	146
Gráfico 14.	Indicador 13: Número de Municípios Apoiados na Implantação e Utilização do Telessaúde e E-Sus	148
Gráfico 15.	Indicador 14: Número de Equipes de Saúde da Família Cofinanciadas	148
Gráfico 16.	Indicador 15: Número de Unidades Reformadas (Unidades de Saúde)	149
Gráfico 17.	Indicador 16: Número de Ambulâncias Adquiridas	150
Gráfico 18.	Indicador 17: Percentual de Solicitações Autorizadas de Tratamento Fora do Domicílio Atendidas	151
Gráfico 19.	Indicador 18: Quantitativos de Serviços de Atenção Especializada Acompanhados	152
Gráfico 20.	Indicador 19: Quantitativos de Pessoas Portadoras de Epidermólise Bolhosa Atendidas	153

Gráfico 21.	Indicador 20: Número de Municípios Cobertos pelo SAMU 192	154
Gráfico 22.	Indicador 21: Número de Novas UPAs Implantadas (Unidade de Pronto Atendimento Construída)	155
Gráfico 23.	Indicador 22: Número de UPAs 24h em Funcionamento	156
Gráfico 24.	Indicador 23: Número de Salas Implantadas (Salas de Telemedicina nas Unidades de Saúde da Rede de Urgência).....	157
Gráfico 25.	Indicador 24: Quantitativo de Fóruns Implantados (Implantar Fóruns Regionais da Rede Cegonha).....	159
Gráfico 26.	Indicador 25: Quantitativo de Serviços Contratualizados/Credenciados Apoiados (Realizar Apoio Institucional a Município na Contratualização dos Serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade).....	160
Gráfico 27.	Indicador 26: Percentual de Policlínicas Regionais Construídas	161
Gráfico 28.	Indicador 27: Percentual de Policlínicas Regionais Aparelhadas.....	162
Gráfico 29.	Indicador 28: Percentual de Unidades Hematológicas e Hemoterápicas Implantadas.....	163
Gráfico 30.	Indicador 29: Percentual de Equipamentos/Materiais Permanentes Adquiridos (aparelhar unidade hematológica e hemoterápica)	164
Gráfico 31.	Indicador 30: Percentual de Unidades Hematológicas e Hemoterápicas Requalificadas.....	165
Gráfico 32.	Indicador 31: Percentual de Bolsas de Hemocomponentes Produzidas	165
Gráfico 33.	Indicador 32: Percentual de Procedimentos e Atendimentos Ambulatoriais Multidisciplinares aos Portadores de Doenças Hematológicas Benignas Realizados	166
Gráfico 34.	Indicador 33: Quantitativo de Secretarias de Municípios com Ouvidorias do SUS Implantadas	167
Gráfico 35.	Indicador 34: Unidades de Saúde Reparadas.....	168
Gráfico 36.	Indicador 35: Percentual de Veículos Adquiridos por Demanda	169
Gráfico 37.	Indicador 36: Quantitativo de Unidades de Saúde com Sistema de Custo Monitorado (número de sistema de monitoramento de custos implantado)	170
Gráfico 38.	Indicador 37: Quantitativo de Municípios Apoiados (qualificação da Atenção Básica)/Realizar Apoio Financeiro para Municípios na Construção de Unidade Básica de Saúde.....	171
Gráfico 39.	Indicador 38: Quantitativo de Municípios com Apoio Institucional Realizado (Apoiar Institucionalmente os Municípios nas Ações de Saúde Bucal).....	173
Gráfico 40.	Indicador 39: Quantitativo de Municípios com Cofinanciamento (Cofinanciar Municípios com SAMU Implantado).....	174
Gráfico 41.	Indicador 40: Proporção de Análises Realizadas em Amostras de Água para Consumo Humano quanto aos Parâmetros Coliformes Totais, Cloro Residual Livre e Turbidez.....	175

Gráfico 42. Análise Quantitativa e Qualitativa de Todos os 40 Indicadores de Saúde da Bahia (anos de 2016 a 2022)	177
--	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Receita Líquida de Impostos e Percentual Mínimo de Aplicação no Estado da Bahia entre os Anos de 2016 a 2022 na Área da Saúde	40
Tabela 2.	Análise Quantitativa Geral dos Indicadores de Saúde	177
Tabela 3.	Análise Quantitativa Específica dos Indicadores de Saúde	178
Tabela 4.	Quantidade e Análise de Indicadores por Ano	180

LISTA DE SIGLAS

ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CC/02	Código Civil de 2002
CEEB	Constituição Estadual do Estado da Bahia
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF/88	Constituição da República Federativa do Brasil
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONFETAM / CONATRAM	Confederação dos Trabalhadores do Serviço Público Municipal
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde
CREMEB	Conselho Regional de Medicina
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EC	Emenda Constitucional
FAE	Fração Assistencial Especializada
FES/BA	Fundo Estadual de Saúde do Estado da Bahia
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IR	Imposto de Renda
ITCMD	Imposto sobre a Transmissão <i>Causa Mortis</i> e Doação
ITR	Imposto Sobre a Propriedade Territorial Rural

IVISA	Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MS	Ministério da Saúde
NAF	Novo Arcabouço Fiscal
NOB	Norma Operacional Básica
NOB 93	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde do ano de 1993
NOB 96	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde do ano de 1996
OMS ou WHO	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAB	Piso Assistencial Básico
PAS	Programação Anual de Saúde
PBVS	Piso Básico de Vigilância Sanitária
PES	Plano Estadual de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PS	Planejamento em Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RLI	Receita Líquida de Impostos
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão do SUS
SES	Secretaria Estadual de Saúde

SESAB	Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SUS	Sistema Único de Saúde
TFA	Teto Financeiro da Assistência
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE	20
3	A ESTRUTURA DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DA BAHIA, A PARTIR DA CF/88	70
3.1	A responsabilidade do Estado na saúde, segundo a NOB 96	70
3.2	O orçamento público estadual da Bahia	86
3.3	A vinculação de receitas às ações e serviços de saúde do Estado	91
3.4	O financiamento da saúde pública do Estado	93
3.5	A transferência de recursos da União para o Estado	105
3.6	Os recursos aplicados em saúde	110
3.6.1	O Fundo Nacional de Saúde (FNS)	110
3.6.2	A Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia (SESAB)	116
3.6.3	O Fundo Estadual de Saúde do Estado da Bahia (FES/BA)	119
4	AS RECEITAS PÚBLICAS APLICADAS NA ÁREA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA	124
4.1	A Constituição Estadual da Bahia	124
4.2	Os Indicadores em Saúde	129
4.2.1	Indicador 1: Quantitativo de Laboratórios de Saúde Pública em Funcionamento no Estado da Bahia.....	134
4.2.2	Indicador 2: Quantitativo de Boletins, Informativos, Anuários Estatísticos e Manuais de Instrução e Materiais Educativos Publicados (Disseminar Informações Técnico Científica em Saúde)	135
4.2.3	Indicador 3: Quantitativo de Unidades Ampliadas (Rede Própria).....	136
4.2.4	Indicador 4: Quantitativo de Transplantes Realizados.....	137
4.2.5	Indicador 5: Total de Mamografias Realizadas por Região de Saúde e Quantidade de Municípios Participantes - Rastreamento de Câncer de Mama - I fase e II fase (Mulheres Atendidas)	138
4.2.6	Indicador 6: Quantitativo de Órteses, Próteses, Meios Auxiliares de Locomoção e Bolsas de Ostomia Concedidas	140
4.2.7	Indicador 7: Quantitativo de Atendimentos Ambulatoriais Realizados (para Portadores de Doenças Hematológicas Benignas)	141
4.2.8	Indicador 8: Quantitativo de Unidades da Rede Hematológica / Hemoterápica em Funcionamento	142
4.2.9	Indicador 9: Percentual de Notificações Obrigatórias de Queixas Técnicas e Eventos Adversos Investigados.....	143
4.2.10	Indicador 10: Percentual de Hospitais com Leitos de UTI com CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) Apoiados	143

4.2.11	Indicador 11: Número de Trabalhadores Beneficiados pelas Ações de Vigilância em ST.....	144
4.2.12	Indicador 12: Cobertura Vacinal de Pentavalente em Menores de 1 ano... 145	145
4.2.13	Indicador 13: Número de Municípios Apoiados na Implantação e Utilização do Telessaúde e e-SUS.....	147
4.2.14	Indicador 14: Número de Equipes de Saúde da Família Cofinanciadas.....	148
4.2.15	Indicador 15: Número de Unidades Reformadas (unidades de saúde)	149
4.2.16	Indicador 16: Número de Ambulâncias Adquiridas.....	150
4.2.17	Indicador 17: Percentual de Solicitações Autorizadas de Tratamento Fora do Domicílio Atendidas	150
4.2.18	Indicador 18: Quantitativo de Serviços de Atenção Especializada Acompanhados.....	151
4.2.19	Indicador 19: Quantitativo de Pessoas Portadoras de Epidermólise Bolhosa Atendidas.....	153
4.2.20	Indicador 20: Número de Municípios Cobertos pelo SAMU 192.....	153
4.2.21	Indicador 21: Número de Novas UPA Implantadas (unidade de pronto atendimento construída)	155
4.2.22	Indicador 22: Número de UPA 24h em Funcionamento (acompanhar as UPA 24h em funcionamento)	156
4.2.23	Indicador 23: Número de Salas Implantadas (salas de telemedicina nas unidades de saúde da rede de urgência)	157
4.2.24	Indicador 24: Quantitativo de Fóruns Implantados (implantar Fóruns Regionais da Rede Cegonha)	158
4.2.25	Indicador 25: Quantitativo de Serviços Contratualizados/Credenciados Apoiados (Realizar Apoio Institucional a Município na Contratualização dos Serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade).....	159
4.2.26	Indicador 26: Percentual de Policlínicas Regionais Construídas	160
4.2.27	Indicador 27: Percentual de Policlínicas Regionais Aparelhadas	161
4.2.28	Indicador 28: Percentual de Unidades Hematológicas e Hemoterápicas Implantadas	162
4.2.29	Indicador 29: Percentual de Equipamentos/Materiais Permanentes Adquiridos (aparelhar unidade hematológica e hemoterápica)	163
4.2.30	Indicador 30: Percentual de Unidades hematológicas e Hemoterápicas Requalificadas	164
4.2.31	Indicador 31: Percentual de Bolsas de Hemocomponentes Produzidas	165
4.2.32	Indicador 32: O Percentual de Procedimentos e Atendimentos Ambulatoriais Multidisciplinares aos Portadores de Doenças Hematológicas Benignas Realizados.....	166
4.2.33	Indicador 33: Quantitativo de Secretarias de Municípios com Ouvidorias do SUS Implantadas.....	167

4.2.34	Indicador 34: Unidades de Saúde Reparadas	167
4.2.35	Indicador 35: Percentual de Veículos Adquiridos por Demanda.....	168
4.2.36	Indicador 36: Quantitativo de Unidades de Saúde com Sistema de Custo Monitorado (número de sistema de monitoramento de custos implantado)	169
4.2.37	Indicador 37: Quantitativo de Municípios Apoiados (qualificação da Atenção Básica)/Realizar Apoio Financeiro para Municípios na Construção de Unidade Básica de Saúde.....	170
4.2.38	Indicador 38: Quantitativo de Municípios com Apoio Institucional Realizado (Apoiar Institucionalmente os Municípios nas Ações de Saúde Bucal)	172
4.2.39	Indicador 39: Quantitativo de Municípios com Cofinanciamento (Co-financiar Municípios com SAMU implantado).....	173
4.2.40	Indicador 40: Proporção de Análises Realizadas em Amostras de Água para Consumo Humano quanto aos Parâmetros Coliformes Totais, Cloro Residual Livre e Turbidez	174
4.3	A análise dos 40 Indicadores Comuns de Saúde Baiana Durante os Anos de 2016 a 2022	175
5	CONCLUSÕES	181
	REFERÊNCIAS.....	185

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, com a evolução do sistema tributário e a garantia dos direitos sociais previstos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88), cabe analisarmos como a receita corrente derivada da tributação pode e deve ser direcionada como mecanismo de efetividade do direito social à saúde no Estado da Bahia e, conseqüentemente, auxiliar a concretização da cidadania plena.

Em 2019, o Estado da Bahia destinou um montante de R\$ 4 bilhões para a saúde, enquanto, em 2020, esse valor aumentou para R\$ 4,1 bilhões, representando um crescimento de 2,5%. No entanto, essa porcentagem é menor do que a taxa de inflação oficial do período, que foi de 4,52% de acordo com o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Isso indica que, em termos reais, a Bahia reduziu o seu investimento financeiro na saúde em 2020, pois não houve aumento real nesse aspecto.

De acordo com o Conselho Regional de Medicina (CREMEB), no ano de 2020, a Bahia se destacou como a unidade federativa que menos investiu recursos próprios por habitante na área da saúde, destinando somente R\$ 278 por pessoa. Essa informação foi obtida no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), vinculado ao Ministério da Saúde, que revelou que a média nacional nesse quesito foi de R\$ 374,14.

Assim, cabe mencionar que, apesar da situação pandêmica (causada pelo vírus da COVID-19), o Estado da Bahia não experimentou uma queda na arrecadação em 2020. Informações coletadas através do sistema de dados DATUS, mantido pelo Ministério da Saúde, indicam que a Bahia ocupou a quarta posição no ranking dos Estados com maior arrecadação de impostos em 2020, somando um total de R\$ 31,2 bilhões. Esses dados revelam um acréscimo de 0,1% em relação ao ano anterior, de acordo com o CREMEB. A Bahia ficou atrás apenas do Estado de São Paulo (R\$ 135 bilhões), Minas Gerais (R\$ 53,7 bilhões) e Rio Grande do Sul (R\$ 35,3 bilhões) no ranking estadual de arrecadação no ano de 2020.

Para garantir o financiamento público da saúde, a Lei Complementar (LC) nº 141/2012 foi aprovada, regulamentando a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29) e estabelecendo diretrizes claras. No caso da Bahia, o Estado é obrigado a investir no mínimo 12% da sua receita líquida dos impostos estaduais e transferências constitucionais e legais no setor de saúde. Os Relatórios Anuais de Gestão (RAGs)

divulgados pela Secretaria Estadual de Saúde (SESAB) indicam variações no percentual de aplicação em ações de saúde nos anos de 2016 a 2022, com aumentos em 5 ocasiões e uma única queda (de 2017 para 2018). Ao longo desse período, o percentual aumentou de 12,49% para 14,78%. É importante ressaltar que a prestação de serviços públicos de saúde pelo poder público pode continuar, mesmo sem a contrapartida financeira direta.

Dessa forma, com o aumento gradativo do percentual de aplicação mínimo da receita no setor de saúde, permite-se indagar se isso, por si só é suficiente para demonstrar que houve avanços na saúde baiana. Ou seja, foi preciso investigar se o aumento do percentual de aplicação mínima da receita dos impostos interfere positiva ou negativamente na qualidade da saúde e como seria possível investigar isso de forma analítica e objetiva.

Inclusive, cabe aqui mencionar que a cultura de avaliação das políticas públicas tem ganhado força devido a normativas recentes, como o Decreto nº 9.203/2017 e o Decreto nº 10.411/2020, que determinam o uso de evidências e metodologias de pesquisa na formulação, implementação e revisão das políticas públicas.

A importância de uma adequada destinação da receita pública condizente com os cuidados à saúde dos moradores do Estado da Bahia motiva o fomento por uma pesquisa multidisciplinar a fim de agregar valores, conhecimentos, dados e princípios de outros ramos da ciência que possam agregar qualitativamente à pesquisa, especialmente diante de possíveis mudanças no piso da saúde que podem atingir, igualmente, os entes públicos estatais.

Como o direito à saúde faz parte do Desenvolvimento Social e da Cidadania, é preciso perquirir como a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), juntamente com os órgãos que lhe compõe, estão aplicando as receitas públicas destinadas à manutenção dos serviços públicos estaduais de saúde.

Portanto, diante de todo esse cenário, esse trabalho visa demonstrar como as receitas públicas vêm sendo aplicadas na área da saúde baiana, efetivando esse direito social imprescindível à cidadania, através do implemento de políticas sociais condizentes com as reais necessidades desse setor e, ao final, fazer um paralelo com a aplicação do percentual de receita mínima dos impostos.

Em suma, os objetivos específicos desta pesquisa são: a) analisar o vínculo entre as receitas públicas e as despesas necessárias ao custeio dos serviços públicos de saúde do Estado da Bahia; b) perquirir como se procede o financiamento, o

recebimento e a gestão da receita pública no implemento de políticas sociais estaduais, na área da saúde; c) esquadrihar, com base em dados oficiais, quais são os principais problemas de saúde que afetam os cidadãos baianos; d) analisar como se procede a gestão e como é fundamentada a estrutura de decisão e o plano de ação das políticas sociais destinadas ao setor de saúde na Bahia; e) estudar os principais indicadores de saúde da Bahia em paralelo com a aplicação percentual mínima na área da saúde.

Para mensurar eventuais progressos nas políticas de saúde da Bahia, foi preciso pesquisar como os dados desse setor são divulgados ao público. Feito isso, foram localizados os RAGs, disponibilizados pela SESAB, no seu site oficial, todavia restritos aos anos de 2016 a 2022.

Após uma apreciação extremamente minuciosa desses documentos, lastima-se que não estejam disponíveis para outros anos, nota-se que: a) há um grande avanço em termos de informações compiladas neles ao longo do tempo; a exemplo do RAG de 2016 que contém 109 páginas contra as 417 páginas do último RAG (2022), totalizando 2.040 páginas pesquisadas dentre os 7 RAGs; b) os indicadores de saúde citados nos RAGs não são comuns a todos, ou seja, às vezes surgem em um ou outro, mas nem todos os indicadores de saúde se repetem ao longo dos 6 anos; e c) a nomenclatura e a descrição dos indicadores também sofreram algumas alterações de um documento para outro, dificultando o estudo.

Destarte, o foco da pesquisa foi traçar uma análise dos indicadores comuns desse período, observando, igualmente os históricos dos índices esperados de cada indicador e os percentuais de alcance das metas. Isso porque esses indicadores são instrumentos de prestação de contas e avaliação das ações de saúde realizadas pelo Estado da Bahia, sendo ferramenta que demonstra a aplicação de recursos orçamentários, visando, igualmente, apresentar os resultados obtidos com os programas de saúde, servindo para orientar os programas posteriores. Nele, buscam-se publicizar as ações realizadas pela SESAB, vinculadas aos compromissos e às metas anualmente previstos.

Incumbe salientar que, como esse órgão só disponibiliza os RAGs dos anos de 2016 a 2022, só foi possível analisar os indicadores de saúde nesse átimo. Ademais, como não há um padrão de todos os indicadores que se repete anualmente (permitindo, assim, a análise de 40 indicadores comuns, na sua maioria, nesse intervalo de tempo), há indicadores que aparecem apenas em alguns anos, não

permitindo uma análise comparativa sequenciada e absoluta. Por corolário, foram identificados, analisados criticamente e comparados 40 indicadores de saúde estaduais, do primeiro ano do período analisado (2016) até o último ano (2022), permitindo uma análise sobre um maior intervalo de tempo.

No segundo capítulo, destacou-se a dimensão social do direito à saúde como um direito fundamental do ser humano, cuja amplitude e complexidade do tratamento impactam diretamente no desenvolvimento e na melhoria das condições de vida da humanidade. O direito à saúde, expressamente previsto no art. 6º da CF/88, abrange uma ampla diversificação de proteção contra todos os riscos à saúde. No entanto, a inclusão do princípio da universalização dos direitos sociais, como o direito à saúde, no Brasil, ocorreu tardiamente em comparação com os países europeus que adotaram o Estado de Bem-estar Social após a Segunda Guerra Mundial.

A implementação de políticas de saúde envolve a complexa decisão da Administração Pública sobre a alocação de recursos e como elas podem se traduzir eficazmente na esfera individual. Portanto, a compreensão das políticas sociais exige uma visão macro e sistêmica para atender às amplas necessidades do direito à saúde. Ele abrange não apenas a ausência de doença, mas também a promoção da saúde e a prevenção de enfermidades.

No terceiro capítulo da pesquisa, é abordada a estrutura de financiamento da saúde pública no Estado da Bahia, tendo como base a CF/88. A análise se desdobra em diversos subcapítulos, começando pela responsabilidade do Estado na saúde, conforme a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde do ano de 1996 (NOB 96) e seguida pela exploração do orçamento público estadual e da vinculação de receitas às ações e serviços de saúde. O capítulo também examina as fontes e os mecanismos de financiamento da saúde pública na Bahia, incluindo a transferência de recursos da União para o Estado, analisando em detalhes a aplicação de recursos em saúde, destacando a atuação do Fundo Nacional de Saúde (FNS), da SESAB, bem como do Fundo Estadual de Saúde do Estado da Bahia (FES-BA). Esse capítulo oferece uma visão abrangente da estrutura financeira que sustenta o sistema de saúde no Estado, fundamentando a pesquisa sobre a efetividade das políticas de saúde na Bahia.

No quarto capítulo, a pesquisa se concentra nas receitas públicas destinadas à área de saúde no Estado da Bahia e a sua relação com os indicadores de saúde. O estudo começa pela análise da Constituição Estadual da Bahia e prossegue com uma

investigação detalhada das receitas e despesas de saúde no Estado. O capítulo também aborda os 40 indicadores comuns da saúde baiana, dentre os anos de 2016 a 2022. O foco está na compreensão da relação entre as receitas públicas e o desempenho dos indicadores de saúde no Estado.

No capítulo final, destaca-se a concretização dos ideais de civilidade em saúde estabelecidos na Constituição de 1988, que foram transformados no direito à saúde, implicando que todos os cidadãos brasileiros devem contribuir para a construção e o usufruto de políticas sociais que visem à redução de riscos e danos à saúde. Nesse cenário, a legislação que estabeleceu as diretrizes do Sistema Único de Saúde englobou os serviços oferecidos pelas esferas públicas estaduais e municipais, bem como os serviços privados que possuem contratos ou convênios.

Analisando os indicadores de saúde comuns entre os anos de 2016 e 2022, observa-se melhorias significativas na maioria deles, apontando para o impacto positivo dos relatórios anuais de gestão do Estado da Bahia. Além disso, esse Estado aumentou o seu investimento em ações de saúde em cinco ocasiões durante esse período, embora tenha havido uma diminuição em 2018. O planejamento orçamentário desempenha um papel crucial na garantia do direito à saúde, mas o simples cumprimento do percentual mínimo constitucional e legal não foi suficiente para assegurar a efetividade desse direito em sua plenitude. Portanto, é essencial identificar falhas e necessidades de atuação do Estado da Bahia, possibilitando o estabelecimento de ações de curto, médio e longo prazo para atender às demandas de saúde dos cidadãos baianos.

2 A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

A essencialidade do direito à vida eleva essa proteção a nível universal, onde qualquer pessoa, em qualquer lugar, decorrente de qualquer situação, tenha direito às condições de saúde. Esse é um direito ecumênico, que deve ser garantido por qualquer país.

O termo saúde se origina do latim *salute*, que significa conservação da vida ou salvação. No decorrer da história, ela foi concebida como estado da pessoa, onde apresenta funções orgânicas, físicas e mentais que se acham em situação saudável, ou seja, livre de doenças¹.

Essa, segundo visão biomédica de saúde, foi a mais influente até a primeira década do século XXI. Não obstante, ela foi suscetível de forte influência de outras matizes, tais como: as iniquidades e os efeitos sobre a saúde do ser humano².

Dessa forma, as desigualdades e as suas correlações fomentaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) a solicitar em 2005, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, que acabou sendo publicada em 2008 no relatório denominado “*Closing the gap in a omission: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health*”, cuja tradução é: “fechando a lacuna em uma geração: igualdade na saúde por meio da ação sobre determinantes sociais da saúde. Relatório final da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde”.

Segundo esse relatório, a justiça social é uma questão de vida ou caso de morte. Atinge a forma de vida dos indivíduos, devido ao risco de contrair doenças e, até mesmo, a morte prematura. Dessa feita, notório é que a expectativa de vida e a boa saúde permanecem aumentando consideravelmente em vários outros países, especialmente nos mais desenvolvidos.

Não obstante, em muitos outros, a diferença da qualidade de acesso à saúde pode chegar a ser dramática, inclusive pela variação dos graus de diferenças sociais. Tudo isto repercutido ao longo da trajetória de vida das pessoas, onde as mesmas nascem, crescem, se desenvolvem, envelhecem e, antes da morte, podem ter a sua

¹SERAU JR., Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Claudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano. **Direito e Saúde Construindo a Justiça Social**. São Paulo: LTR, 2016, p.17.

²*Ibidem, loc. cit.*

saúde direta ou indiretamente influenciadas por fatores sociais, políticos e econômicos.

No âmbito das políticas sociais, a importância de fatores deve ser direcionada desde o início da vida de uma pessoa; da atenção à gestante, à criança, à fase adulta e até a velhice. Ainda segundo o Prefácio da Comissão do supramencionado Relatório *World Health Organization*³,

Cada vez mais a natureza dos problemas de saúde de sua população, como a saúde é distribuída de forma justa por todo o espectro social e o grau de proteção oferecido a partir da desvantagem como resultado da falta de saúde⁴.

Por corolário, vários países fixaram políticas direcionadas a combater as desigualdades na saúde, obtendo bons resultados. Não obstante, na sua grande maioria, crises econômicas e políticas suplantaram essas diretrizes.

Ainda no que versa sobre as desigualdades no cerne da saúde, cabe citar a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde entabulada em 1978 na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, firmando um marco mundial que estimulou as políticas de saúde da década de 70⁵.

Nela, foi ratificado que: as grandes desigualdades na saúde a nível mundial, dentro dos países, são fatos não aceitáveis, sob a ótica política, social e econômica. A riqueza deixada por esse evento foi a concepção de saúde como direito humano universal, gerando, conseqüentemente, a ideia de que a atenção primária à saúde e a prevenção de doenças sejam acolhidas como as principais táticas para elevar o acesso à saúde ao alcance de todos.

Nesse ponto, abre-se o devido espaço para perquirir quais seriam estas desigualdades mencionadas. De início, cabe elucidar que no domínio da União Europeia, usa-se a expressão “desigualdades”. Por outro lado, outros países, tais como os inseridos na América Latina, bem como os organismos internacionais como a OMS, acolhe-se o termo “iniquidades”.

³ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>. Acesso em: 25 jun. 2018.

⁴SERAU JR., Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Claudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano. **Direito e Saúde Construindo a Justiça Social**. São Paulo: LTR, 2016, p.17.

⁵*Ibidem*, p.18.

Do ponto de vista prático, ambos sinalizam os diversos níveis de injustiças sistemáticas e evitáveis que afligem a saúde do ser humano⁶.

Do ponto de vista mundial, há alguns critérios definidos para auxiliar na medição, visualização e implantação de medidas combativas contra as desigualdades, tais como: o Índice de Esperança de Vida (IEV), que mede a quantidade de anos que um bebê recém-nascido tem chances de viver se os padrões de mortalidade indicados pela idade, que operam no momento do seu nascimento, serão os mesmos durante a sua vida; variando, assim, de acordo com cada país pesquisado.

Consoante pesquisas da OMS, 93% das doenças afligem os países considerados em desenvolvimento, especificadamente os mesmos que precisamente consomem apenas 1% do gasto mundial no setor da saúde.

Em todas as sociedades, tanto os homens quanto as mulheres têm oportunidade de acessar de forma distinta os recursos particulares, sanitários e sociais. As diferenças no acesso aos dados, cuidados e políticas sanitárias básicas crescem muito mais com a potencialização dos riscos para a saúde das pessoas mais vulneráveis, que são as crianças, as mulheres e os idosos.

Cabe, também, pontuar que as iniquidades no espectro da saúde são várias e proporcionalmente vinculadas ao fator de crescimento da concentração de riqueza em poder de poucos. Entre 1995 e 2021, aproximadamente 1% dos indivíduos mais ricos em todo o mundo acumularam cerca de 38% da riqueza global, contrastando com a parcela de apenas 2% dessa fortuna destinada aos 50% mais pobres. Esses dados foram extraídos do estudo intitulado “Desigualdade Mundial 2022”, elaborado pelo laboratório do economista francês Thomas Piketty⁷.

Assim sendo, as riquezas do mundo e os seus benefícios não são distribuídos de forma equânime. Por corolário, o crescimento econômico, sem o devido desenvolvimento estimula o agravamento de desigualdades em todas as esferas do ser humano.

⁶SERAU JR., Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Claudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano. **Direito e Saúde Construindo a Justiça Social**. São Paulo: LTR, 2016, p.18.

⁷FENAFRISCO. **Concentração global**: 1% dos mais ricos detém 38% de toda a riqueza produzida no mundo nos últimos 26 anos. Disponível em: <https://fenafisco.org.br/07/12/2021/concentracao-global-1-dos-mais-ricos-detem-38-de-toda-a-riqueza-produzida-no-mundo-nos-ultimos-26-anos/>. Acesso em: 02 jul. 2023.

Nesse espectro, Marco Aurélio Serau Jr. complementa:

Tanto é assim que a maior parte dos problemas de saúde e as principais causas de morte prematura estão condicionadas por fatores de desigualdade determinados socialmente, como, *verbi gratia*, a falta de acesso e/ou baixa escolaridade; situação laboral irregular, precária e/ou análoga à de escravo; renda familiar inferior a 1,0 dólar ao dia; entorno degradado e exclusão social generalizada que prejudicam de forma desigual a população constituindo-se em uma verdadeira fonte de enfermidades. Ainda que muitas vezes sejam intencionalmente instituídos e largamente anunciados pelos Meios de Comunicação de Massa em suas propagandas publicitárias diretas ou dissimuladas como causas de saúde deficitária, aqueles comportamentos pessoais que, se realizados, transladam as pessoas que os praticam, a carga de responsabilidade por não proteger sua própria saúde, quase nunca provêm de eleições estritamente pessoais e livres⁸.

A relevância global do direito à saúde foi estabelecida na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), que foi anunciada em 10 de dezembro de 1948, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, sendo aprovada pela Resolução nº 217⁹, na 3ª Sessão Ordinária, em Paris, especificadamente no seu art. XXV:

Toda a pessoa tem direito a um nível de **vida** suficiente para lhe assegurar e à sua família a **saúde** e o **bem-estar**, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade. (grifamos).

Igualmente como na Constituição da OMS, a DUDH de 1948 acolhe a ideia de saúde e bem-estar como elemento do direito de todos os indivíduos a um patamar de nível mais adequado, como estabelece o seu art. 25.

Direito esse, inclusive, reafirmado e fortalecido no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) que, segundo Marco Aurélio Serau Jr.¹⁰ foi ratificado na 21ª Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas (1966), pela Resolução nº 2.200 A (XXI) que prevê no seu inciso I do art. 12: “Os Estados-Partes no presente Pacto reconhecem o direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir”.

⁸SERAU JR., Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Claudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano. **Direito e Saúde Construindo a Justiça Social**. São Paulo: LTR, 2016, p.18-19.

⁹UNICEF. **Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH)**. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm. Acesso em: 25 jun. 2018.

¹⁰SERAU JR., Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Claudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano. *Op.cit.*, p.16.

Portanto, o estabelecimento de políticas públicas focada nos Direitos Humanos exige uma orientação política explícita dessas políticas adotadas pelos países compromissados com os citados direitos e princípios, como o da igualdade, da não discriminação, da participação, da transparência das contas públicas etc.

Elaborada no ano de 1945, a Declaração visa garantir a paz e a segurança em escala global, incentivando a amizade entre os países, a colaboração internacional e o respeito aos direitos fundamentais. Ela é composta por um prólogo e sete princípios que ressaltam a importância da dignidade humana, fundamentada na liberdade, na justiça e na paz.

Como a Declaração é dividida em 30 artigos reconhecendo os direitos fundamentais do homem, ela foi dividida em várias partes. O direito à saúde foi inserido na parte dos direitos sociais do homem (arts. 22 ao 28).

A Declaração tem natureza de resolução e recomenda aos Estados o respeito universal aos direitos e liberdades fundamentais da pessoa e o seu devido respeito e cumprimento. Não obstante, não apresenta instrumentos ou órgãos próprios visando cobrar o devido cumprimento dos direitos.

A ênfase concede dimensão social ao direito à saúde, considerado como direito fundamental do homem, por decorrência da ampliação exponencial e da complexidade do tratamento nessa área, que interfere direta e indiretamente no desenvolvimento e na melhoria das condições de vida da humanidade.

Ainda sobre a proteção constitucional do direito à saúde, segundo Clarice Seixas Duarte¹¹, ele foi fruto entre o movimento sanitarista e o domínio privado, logrando êxito o primeiro. A consagração desse direito veio expressamente previsto no art. 6º¹² com viés universal e ampla diversificação de proteção a todos os riscos à saúde.

Nesse ponto, a inclusão do princípio da universalização dos direitos sociais, tal como o direito à saúde, no Brasil, aconteceu de maneira tardia. Por corolário, naturalmente, ocasionou-se o embate natural pela ampliação de direitos fundamentais no espectro fundamental, demandando diversos investimentos por parte do Estado,

¹¹BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p.90.

¹²O reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado pela Constituição Federal de 1988 (CF, arts. 6º e 196) foi extremamente significativo, incorporando ao rol de direitos protegidos pelo Estado um direito social de primazia grandeza. Esse reconhecimento expresso do direito à saúde pela Constituição foi fundamental para o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, especialmente com a criação constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) (CF, arts. 196 a 200). (*Ibidem*, p.115).

ao ponto desse tentar diminuir ao máximo a sua participação efetiva na esfera social. Assim, assenta Clarice Duarte:

Especificadamente no caso do direito à saúde, esse conflito acabou tomando maiores proporções pois, ao disciplinar essa matéria, a CF/88 acolheu o princípio da universalidade tanto na sua dimensão objetiva (atendimento integral e proteção contra todos os riscos) quanto subjetiva (direito de todos e dever do Estado)¹³.

No que tange a essas ações de saúde, há a dificuldade para escolher o quanto e como a Administração Pública deve implementar a execução dos gastos públicos, para que essas políticas avancem facilmente para a esfera individual. Portanto, é complexo o entendimento da política pública desconsiderando a visão macrossistemática, derivada da atenção ampla do direito e das necessidades envolvidas.

Segundo Hildebrando Accioly e Paulo Casella¹⁴, muitos doutrinadores costumam pesquisar e estudar os direitos humanos dividindo-os em gerações ou dimensões, conforme fatores históricos que lhes serviram como inspiração.

Alguns autores retratam os direitos humanos sob a ideia de dimensões e não gerações porque, segundo eles, o termo geração pode soar uma falsa ideia de uma categoria de direitos que substitui a outra, por ser considerada anterior.

O direito à vida saudável pode ser inserido na terceira fase. Nela, os direitos são assentados no princípio da fraternidade, ao lado do direito ao desenvolvimento, à paz, ao meio ambiente, à comunicação e ao patrimônio comum da humanidade.

Mesmo com certas críticas no que tange à natureza e à extensão dessa classe, tais direitos foram confirmados e previstos em diversos ordenamentos normativos, tais como a Constituição da República do Chile (no seu § 8º do art. 19); na Constituição Republicana da Coreia (no seu inciso I do art. 35) e na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no seu art. 225.

Perante o Direito Internacional Público, dentre a vasta gama de questões intrinsecamente internacionais que, por isto, exigem uma abordagem internacionalista, está o direito internacional sanitário. Nele, podemos destacar as lutas contra epidemias, especialmente nas comunidades do Mediterrâneo, por volta do século XIV.

¹³BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p.90.

¹⁴ACCIOLY, Hildebrando; SILVA, Geraldo do Nascimento; CASELLA, Paulo Borba. **Manual de Direito Internacional Público**. 20.ed. São Paulo: Saraiva, 2012, p.520.

Segundo Hildebrando Accioly e Paulo Casella¹⁵, o primeiro encontro mundial para tratar sobre essa temática foi em Paris, em 1851, onde o governo francês promoveu a primeira conferência sanitária internacional.

A partir dela, surgiu a obrigação de qualquer nação divulgar o surgimento de epidemias e a generalização de quarentenas. Logo após, em 3 de dezembro de 1903, foi assinada a Convenção Sanitária Internacional, modificada posteriormente em 1912, em 1926 e em 1938.

Nesse ritmo, em Roma, foi criado o Escritório Internacional de Higiene Pública, considerada a primeira instituição mundial dedicada à saúde. No art. 23 do Pacto da Sociedade das Nações, os Estados-membros foram convidados a “tomar medidas de ordem internacional para prevenir e combater doenças.” Assim, nessa gestão e intenção, surgiu, dentre outros órgãos, o Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra/Hanseníase, no Rio de Janeiro.

Prossegue os autores¹⁶ acrescentando que o trabalho da Sociedade das Nações passou a ser exercido pelas Nações Unidas e, com tal desiderato, foi criada a Organização Mundial de Saúde (OMS ou *WHO*), sediada em Genebra. Dentre as suas várias atribuições, podemos destacar:

- a) Erradicar as epidemias e as endemias;
- b) Estabelecer padrões internacionais para produtos biológicos e farmacêuticos;
- c) Auxiliar os governos;
- d) Coordenar atividades internacionais em matéria de saúde;
- e) Contribuir para o aperfeiçoamento do ensino médico¹⁷.

Assim, as preocupações da Organização das Nações Unidas (ONU) com a questão da saúde e as suas nuances ensejaram na criação desta agência específica que é a OMS. Os seus estatutos de fundação foram aprovados em 22 de julho de 1946, na Conferência Internacional da Saúde, convocada pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC/ONU ou *Economic and Social Council*), reunido em Nova York.

¹⁵ACCIOLY, Hildebrando; SILVA, G. E. do Nascimento; CASELLA, Paulo Borba. **Manual de Direito Internacional Público**. 20.ed. São Paulo: Saraiva, 2012, p.5.

¹⁶*Ibidem*, p.521.

¹⁷ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>. Acesso em: 25 jun. 2018.

Levando em conta que a saúde é uma condição de bem-estar físico, mental e social que vai além da mera ausência de doenças, o preâmbulo da Constituição da OMS estipula:

Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social.

A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados.

Os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos¹⁸. (grifamos).

Portanto, o direito à saúde engloba o completo estado de bem-estar nos aspectos físicos, mentais e sociais, e não apenas a inexistência de enfermidades. Nesse passo, o direito à saúde além de se enquadrar como a falta de doença, deve servir de norte para a prevenção e a recuperação da saúde.

Durante a Segunda Guerra Mundial, houve uma grande valorização dos direitos humanos com base na importância da dignidade da pessoa humana. Essa proteção está garantida no direito à saúde em tratados internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), assim como o Pacto de San Jose da Costa Rica (1969).

Na história brasileira, somente na Constituição Federal de 1934 houve menção ao tema e, ainda sim, vinculado ao Direito do Trabalho. Na carta política de 1937, a saúde foi relacionada ao bem-estar e ao desenvolvimento da criança e, na Carta Magna de 1946, a saúde veio entabulada como competência do ente federal.

No período excepcional de 1967 a 1969¹⁹, a saúde foi muito pouco vislumbrada. Somente na nossa Carta Política de 1988 que ela foi elevada ao patamar de ápice do ordenamento, considerando-o como direito fundamental dos cidadãos nos arts. 6º e arts. 196 ao 200²⁰.

¹⁸ALMEIDA, Suely Souza. Estante virtual. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas em Direitos Humanos (NEPP-DH). Disponível em: <http://crrm.nepp-dh.ufrj.br/oms2.html>. Acesso em: 12 out. 2023.

¹⁹SERAU JR., Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Claudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano. *Direito e Saúde Construindo a Justiça Social*. São Paulo: LTR, 2016, p.76.

²⁰“A partir dessa proteção constitucional e legislativa dada ao direito à saúde emergem deveres do Estado brasileiro que devem ser cuidados, sobretudo pelo Poder Executivo, por meio de políticas públicas. Não é por outra razão que o art. 196 da CF/88 dispõe que o direito à saúde será garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas. Nessa engrenagem jurídico-administrativa que orienta e efetivação do direito à saúde no país destaca-se o papel ativo dos poderes Executivo e Judiciário.” (BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p.117).

No aspecto da legislação infraconstitucional, o direito à saúde foi enaltecido pela Lei nº 8.080/1990, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), onde, no seu art. 1º, foi fixada a utilização de ações e serviços de saúde, implementados sozinhos ou coletivamente, de forma perene ou casuística, por pessoas físicas ou pessoas jurídicas. Inere-se que no seu art. 2º, foi sancionada a escolha do Poder Constituinte Originário, arrimando-o como direito essencial do ser humano, onde o Estado deve provê-lo oferecendo subsídios imprescindíveis para o seu devido cumprimento. Sobre essa lei, Tatiana Britto²¹ infere que o documento, entre outras disposições, estabelece diretrizes para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, além de normatizar a organização e a operação dos serviços relacionados. Essa regulamentação enfatiza que os Planos de Saúde são os principais instrumentos de planejamento responsáveis pela definição e pela execução das políticas de saúde.

O SUS é reconhecido como um dos maiores sistemas de saúde pública a nível global, proporcionando desde consultas simples até procedimentos de transplante, assegurando, assim, a integralidade, a universalidade e a gratuidade de atendimento para todos os cidadãos do País. Fundamentado em uma perspectiva ampla de bem-estar, o SUS foi estabelecido pela CF/88, com o objetivo de se tornar o sistema de saúde de toda a população brasileira.

Nesse contexto, Geidson Santana²² entende que o SUS, devido à complexidade inerente ao seu modelo, requer uma estrutura de governança multifacetada. Mesmo que o sistema de saúde pública do Brasil tenha sido inspiração para outras nações, é fundamental ressaltar que ele ainda não alcançou completamente os objetivos estabelecidos inicialmente, como a garantia do acesso total aos serviços de saúde. A complexidade envolvida na prestação de bens e serviços de saúde, em qualquer parte do mundo, se torna ainda mais desafiadora em países com vasto território, como é o caso do Brasil. Diante desses cenários, faz-se imprescindível a aplicação de múltiplos mecanismos de gestão no campo da saúde.

²¹BRITTO, Tatiana Pinheiro Mota. **Controle Social na Saúde Pública no Estado da Bahia**: uma análise da atuação do Conselho Estadual de Saúde. Orientador: Andrea Cardoso Ventura. 2022. 96f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13097379. Acesso em: 05 out. 2023.

²²SANTANA, Geidson Uilson Seixas. **O Sistema Único de Saúde na Bahia**: aspectos selecionados acerca da sua organização, planejamento e gestão. Orientador: Prof. Dr. Hamilton de Moura Ferreira Jr. 2012. 139f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012. Disponível em: https://ppgeconomia.ufba.br/sites/ppgeconomia.ufba.br/files/2012_-_geidson_uilson_seixas_santana_-_o_sistema_unico_de_saude_na_bahia_aspectos_selecionados_acerca_da_sua_organizacao_planejamento_e_gestao.pdf. Acesso em: 05 out. 2023.

A análise do sistema de saúde pública do Brasil revela que a abordagem dos problemas enfrentados pelo SUS, como a falta de diagnóstico precoce, requer o desenvolvimento de um modelo de gestão que assegure a operação eficiente e resolutiva dos serviços de saúde públicos. Em um sistema como o SUS, as dimensões políticas, administrativas e clínicas estão constantemente interconectadas e, em certas circunstâncias, algumas dimensões podem prevalecer sobre as outras em termos de influência e importância.

Nesse aspecto, Tatiana Britto²³ pontua que o sistema de saúde, que antes era excludente, centralizado e carecia de participação popular, passou por uma transformação significativa. Tornou-se universal, focado na assistência integral, equitativo e aberto à participação da sociedade. A recente estratégia de cuidados de saúde, com foco na descentralização da administração, contemplou a participação da população como um dos princípios fundamentais do SUS, ampliando os direitos civis e garantindo que a população tenha influência na elaboração das medidas de saúde e na fiscalização das atividades governamentais.

A assistência à saúde, que anteriormente era concebida como um "seguro social" acessível apenas àqueles que podiam pagar pelo serviço, passou por uma transformação radical. A partir da Constituição de 1988, a saúde se tornou um direito de todos e uma responsabilidade do Estado. Com essa mudança, a participação social passou a ser valorizada no processo de tomada de decisões nas políticas sociais, complementando a ação do Estado. O surgimento desse conceito inovador se consolidou como uma das bases dos sistemas institucionais, visando assegurar a proteção social eficaz contra as ameaças e as fragilidades nos direitos sociais em várias esferas, como a educação, a saúde, a assistência social, a previdência e o emprego.

É importante ressaltar a responsabilidade dos gestores públicos em relação à promoção da saúde da população. No Brasil, antes da criação do SUS, as pessoas só tinham acesso a serviços de saúde através do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), mediante vínculo empregatício ou pagamento de consultas privadas. Isso indica que indivíduos com problemas financeiros, os autônomos e aqueles sem

²³BRITTO, Tatiana Pinheiro Mota. **Controle Social na Saúde Pública no Estado da Bahia**: uma análise da atuação do Conselho Estadual de Saúde. Orientador: Andrea Cardoso Ventura. 2022. 96f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13097379. Acesso em: 05 out. 2023.

emprego não tinham oportunidade de receber qualquer tipo de amparo na área da saúde.

Nessa senda, Geidson Seixas²⁴ prossegue que é relevante observar que, durante a maior parte do período que antecedeu a promulgação da Constituição de 1988, o sistema de saúde brasileiro era predominantemente individual, com uma ênfase considerável no atendimento de natureza privada. Em grande medida, era um sistema excludente, onde apenas os trabalhadores formais cobertos pelo sistema previdenciário tinham garantido o acesso à assistência médica. Aqueles cidadãos que não estavam abrangidos pelo sistema previdenciário só podiam acessar serviços de saúde se possuíssem recursos financeiros suficientes para pagar por serviços em clínicas ou consultórios particulares.

Por outro lado, os indivíduos que não se enquadravam em nenhuma dessas categorias eram dependentes de um sistema público de saúde de qualidade inferior ou dos atendimentos filantrópicos. O envolvimento do Estado na prestação de serviços de saúde era limitado e esporádico, com grande parte dos serviços sendo financiados e acessados diretamente ou indiretamente pelo setor privado, envolvendo indivíduos, famílias e empresas. Além disso, outra característica marcante desse sistema público era a concentração excessiva de poder nas mãos do Governo Federal, o que, juntamente com a ênfase dada ao sistema privado em detrimento do sistema público, tornava o acesso à assistência médica uma tarefa desafiadora para grande parte da população.

Nesse particular, Gleidson Santana²⁵ destaca que, atualmente, ainda persiste uma discrepância na organização da rede de saúde, prejudicando diretamente uma grande parcela da população que depende exclusivamente do SUS. No que se refere ao diagnóstico, os desafios são mais acentuados para os indivíduos que contam com o SUS como a sua única opção, uma vez que aqueles que têm acesso ao "sistema suplementar" geralmente alcançam mais rapidamente os recursos de diagnóstico. Isso lhes proporciona a oportunidade de detectar problemas de saúde mais

²⁴SANTANA, Geidson Uilson Seixas. **O Sistema Único de Saúde na Bahia**: aspectos selecionados acerca da sua organização, planejamento e gestão. Orientador: Prof. Dr. Hamilton de Moura Ferreira Jr. 2012. 139f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012. Disponível em: https://ppgeconomia.ufba.br/sites/ppgeconomia.ufba.br/files/2012_-_geidson_uilson_seixas_santana_-_o_sistema_unico_de_saude_na_bahia_aspectos_selecionados_acerca_da_sua_organizacao_planejamento_e_gestao.pdf. Acesso em: 05 out. 2023.

²⁵*Ibidem*.

precocemente e receber tratamentos mais complexos por meio do SUS em um prazo mais curto.

Explorando os principais elementos que moldam o SUS, nota-se que ele consiste em um sistema complexamente estruturado, mas que enfrenta desafios relacionados à disponibilidade limitada e variável de recursos financeiros, bem como ao modelo de gestão estabelecido. Persiste uma defasagem na organização da rede de saúde, sobretudo no que se refere à rede de referência e contrarreferência. Nesse contexto, enfatiza-se a importância de fornecer às autoridades de saúde, de maneira geral, equipes técnicas qualificadas e ferramentas que auxiliem no entendimento mais preciso da realidade e forneçam os elementos necessários para a tomada de decisões em um ambiente onde as escolhas são cruciais. Tais decisões têm o potencial de otimizar a eficiência dos serviços públicos para atender as demandas da população de forma mais rápida, minimizando os prejuízos sociais e econômicos causados pela falta de solução para os problemas de saúde das pessoas.

A partir da promulgação da Lei nº. 8.080/1990, com o objetivo de assegurar o acesso à saúde como um direito de todos e responsabilidade do Estado, cada esfera de governo foi incumbida de contribuir para a consolidação do SUS. Cabe mencionar que, não há hierarquia entre a União, os Estados e os Municípios, mas há competências específicas para cada um desses três entes, que devem agir como verdadeiros gestores da saúde pública.

Assim, Geidson Santana²⁶ acresce que, na esfera estadual, a responsabilidade inclui o desenvolvimento de programas e projetos federais, a formulação da política estadual de saúde, bem como a coordenação e o planejamento do SUS em nível estadual, seguindo as diretrizes estabelecidas pelas normas federais. Os recursos financeiros destinados ao financiamento das operações na esfera estadual podem ser de origem própria ou União.

No Estado, a administração deve colocar em prática diretrizes estaduais e nacionais, além de colaborar com a coordenação dos cuidados de saúde na sua região. A gestão estadual da saúde tem o dever de supervisionar os serviços mais

²⁶SANTANA, Geidson Uilson Seixas. **O Sistema Único de Saúde na Bahia**: aspectos selecionados acerca da sua organização, planejamento e gestão. Orientador: Prof. Dr. Hamilton de Moura Ferreira Jr. 2012. 139f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012. Disponível em: https://ppgeconomia.ufba.br/sites/ppgeconomia.ufba.br/files/2012_-_geidson_uilson_seixas_santana_-_o_sistema_unico_de_saude_na_bahia_aspectos_selecionados_acerca_da_sua_organizacao_planejamento_e_gestao.pdf. Acesso em: 05 out. 2023.

complexos, como hospitais de urgência e referência, centros especializados e bancos de sangue. A coordenação estadual é encarregada de encaminhar os pacientes atendidos na rede de emergência para os tratamentos específicos.

Nessa senda, Andrei Souza²⁷ defende que, embora o arcabouço jurídico-institucional do SUS esteja bem fundamentado, por si só, não é suficiente para garantir o acesso à saúde. A mera existência de leis e normas não é o bastante; é necessário que o financiamento de um sistema de saúde universal seja adequado e esteja alinhado com as demandas, as necessidades e os direitos de saúde da população.

Assim, considerando que os debates sobre os recursos necessários para o financiamento²⁸ público da saúde no Brasil não foram esgotados, a LC nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (LC 141/2012), foi aprovada. Essa lei regulamenta o § 3º do art. 198 da CF/88 e, por conseguinte, a EC 29 de 13 de setembro de 2000.

Durante esse procedimento, a EC 29/2000²⁹, em um momento histórico, atrelou as receitas e garantiu, em tese, os recursos essenciais para custear as atividades e os serviços públicos de saúde em todas as esferas do País. No que se refere ao Governo Estadual, é necessário destinar, no mínimo, 12% da receita líquida proveniente dos seus impostos: Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), Imposto sobre a Transmissão *Causa Mortis* e Doação (ITCMD) e Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA); além das transferências constitucionais realizadas pela União, desconsiderando as parcelas destinadas aos respectivos Municípios.

²⁷TELES, Andrei Souza. **Financiamento do Sistema Único da Saúde no Estado da Bahia**. Orientador: *Thereza Christina Bahia Coelho*. 2015. 129f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2015. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=7971288. Acesso em: 05 out. 2023.

²⁸“A constituição elege, como de responsabilidade da União, estados, Distrito Federal e municípios, o financiamento do sistema de saúde, por meio do Orçamento da Seguridade Social - OSS e outras fontes. Lembrando que a sociedade é quem torna possível, direta e indiretamente, os recursos necessários ao financiamento do sistema. Além disso, sinaliza que as contribuições sociais advêm dos empregadores (folha de salários, faturamento e lucro), dos trabalhadores e das receitas de concursos de prognósticos.” (SANTANA, Geidson Uilson Seixas. **O Sistema Único de Saúde na Bahia: aspectos selecionados acerca da sua organização, planejamento e gestão**. Orientador: Prof. Dr. Hamilton de Moura Ferreira Jr. 2012. 139f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012. Disponível em: https://ppgeconomia.ufba.br/sites/ppgeconomia.ufba.br/files/2012_-_geidson_uilson_seixas_santana_-_o_sistema_unico_de_saude_na_bahia_aspectos_selecionados_acerca_da_sua_organizacao_planejamento_e_gestao.pdf. Acesso em: 05 out. 2023).

²⁹LINS, Julyan Gleyvison Machado Gouveia; MENEZES, Tatiane Almeida de Menezes; CIRÍACO, Juliane da Silva. **O SUS e a atenção primária no Brasil: uma análise sobre o seu financiamento pelo piso da Atenção Básica fixo**. Disponível em: chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10445/8/PPP_55_SUS.pdf. Acesso em: 20 jul. 2024.

Assim, ela foi introduzida para definir o funcionamento do sistema de financiamento do SUS, de acordo com a previsão constitucional de descentralização.

Após 12 anos, a legislação adicional número 141, datada de 13 de janeiro de 2012, estabeleceu as diretrizes do art. 198 da Carta Magna de 1988, embora houvesse uma demanda desde a EC nº 29/2000 para que a participação do ente público federal no financiamento do SUS fosse equivalente a 10% da receita corrente bruta, essa proposta não foi adotada. A LC nº 141 manteve as regras da EC nº 29/2000 para a fixação dos pisos, mas a sua grande conquista foi definir o que são considerados Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) para o cálculo dos pisos. Essa definição foi significativa, pois, apesar de já existir um entendimento estabelecido pela Resolução nº 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), resultou em alterações significativas nos protocolos seguidos pelos diferentes níveis governamentais em relação à destinação correta dos recursos. Dessa forma, é responsabilidade do Estado da Bahia destinar pelo menos 12% da sua receita para o setor da saúde, além dos repasses da União, como determina o art. 6 da LC nº 141/20127; porcentagem essa também estabelecida no inciso II, do art. 77 do ADCT.

Mais recentemente, a Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015, definiu as porcentagens mínimas de aplicação de recursos federais em ASPS com base na receita corrente líquida da União. Para os anos seguintes, ficaram estabelecidos os seguintes percentuais mínimos: 13,2% em 2016, 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019, e 15% a partir de 2020. Posteriormente, em 2016, a Emenda Constitucional nº 95 (PEC do teto dos gastos) modificou essa disposição ao definir que a aplicação mínima da União em ASPS seria de 15% da receita corrente líquida nos anos de 2016 e 2017. A EC nº 95 revogou o dispositivo da EC nº 86 que estabelecia o escalonamento de cinco anos para alcançar o piso de 15%, iniciando em 13,2%, e determinou que, a partir de 2018, o investimento federal mínimo seria o piso de 2017 atualizado monetariamente pelo IPCA anualmente até 2036.

Nessa senda, cabe ao Estado da Bahia investir, no mínimo 12% da sua receita no setor da saúde, conforme o art. 6º da LC nº 141/2012³⁰; percentual esse também previsto no inciso II, do art. 77 da ADCT³¹.

Vejamos respectivamente:

LC 141/02

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

ADCT

Art. 77

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

Por conseguinte, Andrei Souza Teles³², em suas pesquisas, ressalta que, no contexto brasileiro, a LC nº 141/2012 estabeleceu que os recursos direcionados à área da saúde compreendem despesas destinadas a ações e serviços voltados para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde da população. Esses recursos têm como objetivo garantir o acesso universal, igualitário e gratuito aos serviços de saúde, estando alinhados com as metas e os objetivos estabelecidos nos Planos de Saúde dos diferentes níveis de governo. Ainda sobre a LC nº 141/2012, Bruno de Almeida³³ acrescenta que essa legislação incorpora a capacitação do pessoal de saúde do SUS e a remuneração do pessoal ativo da área de saúde e os seus encargos como parte

³⁰BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; [...]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 20 jun. 2018.

³¹BRASIL. **Ato das Disposições Constitucionais Transitórias**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 01 jul. 2023.

³²TELES, Andrei Souza. **Financiamento do Sistema Único da Saúde no Estado da Bahia**. Orientador: *Thereza Christina Bahia Coelho*. 2015. 129f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2015. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=7971288. Acesso em: 05 out. 2023.

³³ALMEIDA, Bruno Guimarães de. **O Jogo da Negociação no Sus: Bahia: Atores, Cenários e Enredos**. Orientador: *Isabela Cardoso de Matos Pinto*. 2015. 107f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas de Saúde). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2435008. Acesso em: 05 out. 2023.

dos recursos mínimos a serem alocados como elementos de despesa em ações e serviços de saúde.

No ano passado, o Senado Federal³⁴ aprovou o Projeto de Lei (PL) nº 136³⁵ de 2023 que depois foi transformado na LC nº 201 desse mesmo ano. Nela, foi autorizado ao Governo Federal que não fossem respeitadas as obrigações do pagamento no piso da área da saúde do ano de 2023, indo de encontro ao preconizado na LC nº 194/2022, atendendo ao pedido do Ministro da Fazenda Fernando Haddad para, em tese, aliviar o caixa do Governo Federal, que enfrentaria despesas adicionais de até R\$ 20 bilhões, ainda em 2023.

Antes da implementação do arcabouço fiscal atual, estabelecido pelo Governo Federal em 2023, o teto de gastos, instituído pelo ex-Presidente Michel Temer³⁶, havia determinado que o mínimo da saúde e da educação fosse ajustado anualmente apenas pela inflação. Inclusive, nesse ponto, com a aprovação do teto de gastos, essa prática congelaria as despesas primárias federais em termos reais por vinte anos, o que se mostrou inviável ao longo dos seis anos da vigência do referido teto, segundo, Daniel Arias Vazquez e Rogério Schlegel³⁷.

O novo Arcabouço Fiscal que, após ser aprovado na Câmara dos Deputados, passou a ser conhecido como o Novo Regime Fiscal Sustentável (Projeto de Lei Complementar - PLP nº 93/2023)³⁸ inclui um duplo teto para o crescimento das despesas federais acima da inflação: (1) até 70% do aumento real das receitas primárias, reservando 30% para o ajuste fiscal; (2) até 2,5% de aumento real das despesas como limite máximo, baseado na estimativa de crescimento potencial do PIB no médio prazo, mantendo, em tese, o gasto *per capita* estável. A ideia é de que

³⁴BAND NEWS FM. **Piso da Saúde:** governo Lula não será obrigado a pagar reajuste em 2023. Ministério da Fazenda já tinha consultado o Tribunal de Contas da União sobre a hipótese de não investir o mínimo previsto em lei. Disponível em: <https://www.band.uol.com.br/bandnews-fm/noticias/piso-da-saude-governo-lula-nao-sera-obrigado-a-pagar-reajuste-em-2023-16638092>. Acesso em: 21 jul. 2024.

³⁵Câmara dos Deputados. **PLP 136/2023**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2372071&fichaAmigavel=nao>. Acesso em: 23 jul. 2024.

³⁶BARCELLOS, Thaís. **Mudança em regra para gastos com Saúde e Educação criaria folga de R\$ 190 bi nas contas públicas**. Técnicos do governo estudam corrigir essas despesas pelas regras do arcabouço fiscal, ou seja, até 2,5% acima da inflação. Sem a alteração, Orçamento ficará estrangulado a partir de 2028. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/noticia/2024/05/20/mudanca-em-regra-para-gastos-com-saude-e-educacao-criaria-folga-de-r-190-bi-nas-contas-publicas.ghtml>. Acesso em: 21 jul. 2024.

³⁷VAZQUEZ, Daniel Arias; SCHLEGEL, Rogério. **Do Bolsa Família ao Arcabouço Fiscal:** perspectivas sobre a agenda social do terceiro Governo Lula. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/N6N8WTB5spnL6gJgT6BDfjM/?lang=pt#>. Acesso em: 21 jul. 2024.

³⁸*Ibidem*.

esses limites não sejam ultrapassados, mesmo em um contexto econômico positivo, visando preservar o equilíbrio fiscal diante de futuras adversidades. Em regra, o novo regime fiscal sustentável visa garantir ao mercado que tais excessos não serão repetidos, como o crescimento descontrolado das despesas correntes, especialmente em áreas sociais.

Um membro da equipe governamental³⁹ ventila que, na maioria das vezes em que o Poder Executivo objetiva aumentar a receita, todos os gastos com as áreas da saúde e da educação são aumentados em 70% do aumento real da arrecadação, seguindo uma das diretrizes do arcabouço fiscal. O dilema está no fato de que os pisos, que são atrelados à arrecadação, aumentam de forma exponencial, o que acaba impactando os demais custos. Em outras palavras, na nova estrutura, caso os investimentos em saúde e educação ultrapassem o teto de 70% do aumento das receitas dos últimos 12 meses, o governo teria de cortar os gastos em outras áreas para se adequar aos limites estabelecidos.

Alguns⁴⁰ chegam a alarmar de que, se nada for feito, não haverá recursos suficientes para financiar programas sociais como o programa “Minha Casa, Minha Vida”, a restauração de estradas federais, o auxílio às famílias em situação de vulnerabilidade com o Programa de Gás Natural, investimentos em infraestrutura de saneamento, medidas preventivas da Defesa Civil contra catástrofes naturais, garantindo a manutenção de todos os órgãos governamentais.

Em 2024, com a realocação do piso da saúde dentro do novo arcabouço fiscal, a equipe econômica do Governo Federal planeja implementar mudanças na formulação dos gastos mínimos nos setores da saúde e da educação, no Orçamento de 2025⁴¹. Uma das propostas discutidas é limitar o crescimento real do piso da saúde e da educação a 2,5% acima da inflação, sem impacto negativo nos recursos destinados à área. O Tribunal de Contas da União⁴² apoiou essa iniciativa. Portanto,

³⁹MALTON, Wellton. **Eventuais mudanças ocorreriam por meio de emendas constitucionais e valeriam a partir de 2025**. Governo quer reavaliar pisos para gastos com saúde e educação. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2023-03/governo-quer-reavaliar-pisos-para-gastos-com-saude-e-educacao>. Acesso em: 21 jul. 2024.

⁴⁰WETERMAN, Daniel. **Pisos de saúde e educação vão deixar governo sem dinheiro em moradia, auxílio-gás e defesa civil**. Disponível em: <http://broadcast.com.br/cadernos/politico/?id=R Ud2aGJBR jFheU5RMGx6Y0VESHdGQT09>. Acesso em: 23 jul. 2024.

⁴¹Câmara dos Deputados. **Novo arcabouço fiscal**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/agencia/infograficos-html5/novo-arcabouco-fiscal/index.html>. Acesso em: 23 jul. 2024.

⁴²PODER 360. **Parecer do TCU poderá trazer alívio de R\$ 20 bi ao governo**. Corpo técnico do tribunal de contas diz que governo deve cumprir o piso constitucional da Saúde e da Educação só em

os especialistas da equipe econômica recomendam que a mesma norma seja utilizada para o conjunto de gastos no cenário fiscal, ou seja, um aumento entre 0,6% e 2,5% acima da inflação a cada ano.

O Ministro Augusto Nardes⁴³, relator do tema no TCU, concordou com o parecer da área técnica de que a obrigação de pagar os pisos constitucionais não pode ser retroativa diante de um aumento dessas despesas. Portanto, as alterações orçamentárias devem ser aplicadas apenas no texto orçamentário do ano em vigor. A decisão do plenário da Corte foi de que a nova regra pôde ser aplicada ao longo de todo o exercício de 2023, embora tenha sido considerada uma aplicação parcial a partir do final de agosto desse ano, o que se mostrou inviável devido às complexidades e potenciais violações ao orçamento em vigor.

Enquanto o governo se mostra satisfeito com as conclusões do relatório técnico, os Municípios saem como derrotados. A Confederação Nacional dos Municípios (CNM) se reuniu com o TCU em outubro de 2023⁴⁴ para defender um ajuste no pagamento do piso constitucional da saúde. A confederação argumenta que as prefeituras enfrentam uma grande distorção no financiamento das despesas com saúde, alegando que as cidades desembolsam R\$ 46 bilhões a mais do que o valor obrigatório estabelecido pela CF/88.

Seguindo esse entendimento, o Ministério Público junto ao TCU⁴⁵ apoiou a consulta feita pelo Ministro da Fazenda, Fernando Haddad, para liberar o governo do cumprimento do mínimo constitucional da saúde em 2023. Na manifestação, o subprocurador-geral, Lucas Rocha Furtado, afirmou que alterações nos percentuais mínimos de investimento em áreas exigidas pela CF/88 não retroagem.

2024. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/poder-economia/economia/parecer-do-tcu-podera-trazer-alivio-de-r-20-bi-ao-governo/>. Acesso em: 21 jul. 2024.

⁴³CAMPOS JR., Geraldo. **TCU decide que piso para saúde e educação só valerá em 2024**. Decisão atende pedido de Haddad e alivia caixa do governo, que precisaria de R\$ 20 bilhões para cobrir gastos ainda em 2023. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/poder-economia/economia/tcu-decide-que-piso-para-saude-e-educacao-so-valera-em-2024/>. Acesso em: 21 jul. 2024.

⁴⁴PODER 360. **Parecer do TCU poderá trazer alívio de R\$ 20 bi ao governo**. Corpo técnico do tribunal de contas diz que governo deve cumprir o piso constitucional da Saúde e da Educação só em 2024. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/poder-economia/economia/parecer-do-tcu-podera-trazer-alivio-de-r-20-bi-ao-governo/>. Acesso em: 21 jul. 2024.

⁴⁵ESTADÃO CONTEÚDO. **MP do TCU é favorável a consulta de Haddad sobre piso da saúde em 2023**. Na manifestação, o subprocurador-geral considerou que mudanças nas aplicações mínimas em ações exigidas pela Constituição não retroagem. Disponível em: <https://www.infomoney.com.br/economia/mp-do-tcu-e-favoravel-a-consulta-de-haddad-sobre-piso-da-saude-em-2023/>. Acesso em: 21 jul. 2024.

Após o atual presidente da República sancionar o novel arcabouço fiscal, surgiu um impasse. Com a vigência da nova regra para o controle das contas públicas, o anterior limite de gastos, que reajustava despesas apenas pela variação do IPCA foi alvo de revogação, fazendo valer novamente a maneira anterior de correção para o piso mínimo de despesas no setor da saúde.

Segundo o Ministro Haddad, a prioridade é impedir uma crise no recente modelo fiscal, visto que o investimento na área da saúde aumentaria em maior proporção, em relação aos gastos discricionários dos Ministérios nos próximos períodos. De acordo com o Tesouro Nacional, a capacidade de decisão e liberdade nas despesas discricionárias do governo será restrita até o ano de 2030, caso não haja alterações nas normas referentes aos limites mínimos da saúde.

Projeções governamentais⁴⁶ indicam que, entre 2025 e 2033, o governo terá uma redução de R\$ 504 bilhões (na saúde e educação) para gastar de forma discricionária, incluindo investimentos em despesas de capital. Alega-se que existe uma diferença entre o valor mínimo para a área da saúde, baseado em uma porcentagem da receita, e os demais gastos previstos no orçamento, que devem seguir o limite de crescimento real de 70% da receita do ano anterior.

Alega-se que as alterações têm como objetivo encontrar uma solução a longo prazo. Em um primeiro momento, haveria mais restrição; todavia, sendo implementadas, estima-se que haveria o espaço de aproximadamente R\$ 190 bilhões até 2033 (na saúde e na educação).

Diante das mudanças nas metas fiscais, a secretária estadual de Economia de Goiás, Selene Peres Nunes⁴⁷, enfatiza a necessidade urgente de o Governo Federal concentrar os esforços na melhoria da qualidade do gasto público. Ela destaca preocupações com o crescente volume de recursos destinados a emendas parlamentares, incluindo as novas emendas Pix, e como isso está impactando negativamente a capacidade do governo de realizar ajustes fiscais necessários.

⁴⁶MÁXIMO, Wellton. **Haddad vai propor mudanças no formato de pisos de Saúde e Educação.** Haddad vai propor mudanças no formato de pisos de Saúde e Educação. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2024-06/haddad-propora-lula-mudancas-no-formato-de-pisos-de-saude-e-educacao>. Acesso em: 23 jul. 2024

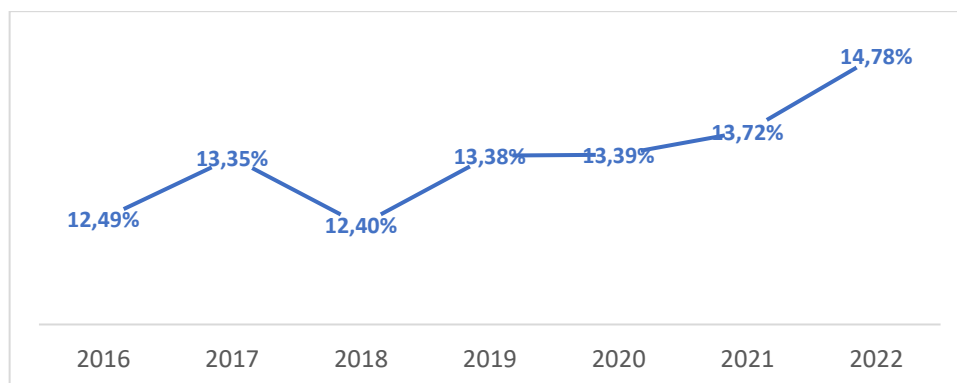
⁴⁷HESSEL, Rosana. **Governo tem margem pequena para manobra de gastos.** Vinculação e pouca revisão de despesas são responsáveis pelo engessamento do Orçamento, segundo analistas Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/economia/2024/05/6860421-governo-tem-margem-pequena-para-manobra-de-gastos.html>. Acesso em: 23 jul. 2024.

Selene Nunes⁴⁸, uma das idealizadoras da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), demonstra inquietação diante da diminuição da confiabilidade do governo ao modificar as metas financeiras no Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Para ela, cada mudança nesse sentido mina a confiança nas regras fiscais estabelecidas no Brasil, comprometendo o trabalho realizado anteriormente para garantir a responsabilidade fiscal. Embora a LRF permaneça em vigor, ela lamenta que tais ações possam enfraquecer a sua aplicação efetiva.

Destarte, cabe considerar que, o Estado Bahia, consoante os RAGs, divulgados pela SESAB⁴⁹, entre os anos de 2016 a 2022, aumentou o percentual de aplicação em ações e serviços públicos de saúde sobre a receita de impostos líquida e transferências constitucionais e legais em cinco ocasiões (de 2016 para 2017, de 2018 para 2019, de 2019 para 2020, de 2020 para 2021 e de 2021 para 2022), sendo que, o único ano que representou queda foi de 2017 para 2018, onde o índice caiu de 13,35% para 12,40% (o menor percentual desse período de 6 anos, chegando próximo ao mínimo legal de 12%).

Em suma, nota-se que o percentual, nesses 6 anos, subiu de 12,49% para 14,78%, consoante gráfico abaixo:

Gráfico 1. O Percentual de Aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde sobre a Receita de Impostos Líquida e Transferências Constitucionais e Legais na Bahia



Fonte: Elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

⁴⁸HESSEL, Rosana. **Governo tem margem pequena para manobra de gastos.** Vinculação e pouca revisão de despesas são responsáveis pelo engessamento do Orçamento, segundo analistas Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/economia/2024/05/6860421-governo-tem-margem-pequena-para-manobra-de-gastos.html>. Acesso em: 23 jul. 2024.

⁴⁹BAHIA. Relatórios Anuais de Gestão (RAG). **Secretaria Estadual de Saúde (SESAB)**. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/sobre-a-sesab/relatorios-anuais-de-gestao-rag/>. Acesso em: 22 ago. 2023.

Tabela 1. Receita Líquida de Impostos e Percentual Mínimo de Aplicação no Estado da Bahia entre os Anos de 2016 a 2022 na Área da Saúde

Ano	Receita Líquida de Impostos (RLI)	Aplicação (valor)	Percentual mínimo	Aplicação Realizada (valor)	Diferença para o ano anterior
2016	R\$ 25.212.835,00	R\$ 3.025.540,00	12%	R\$ 3.149.566,00	12,49%
2017	R\$ 26.042.458,00	R\$ 3.125.094,00	12%	R\$ 3.476.466,00	13,35%
2018	R\$ 28.559.698,00	R\$ 3.427.384,00	12%	R\$ 3.540.261,00	12,40%
2019	R\$ 30.284.075,00	R\$ 3.634.090,00	12%	R\$ 4.051.593,00	13,38%
2020	R\$ 30.978.445,00	R\$ 3.717.413,00	12%	R\$ 4.148.231,00	13,39%
2021	R\$ 39.046.121,00	R\$ 4.685.534,00	12%	R\$ 5.356.768,00	13,72%
2022	R\$ 43.788.804,00	R\$ 5.254.656,00	12%	R\$ 6.471.015,00	14,78%

Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

2.1 A estrutura do SUS

A legislação que rege o SUS é o Decreto nº 7.508/2011, que trata da estruturação desse sistema, do seu planejamento na área da saúde, do atendimento à saúde e da cooperação entre os diferentes níveis de governo. Segundo Isaura de Carvalho⁵⁰, de acordo com o seu art. 3º, o SUS é formado pela integração das iniciativas e atendimentos de prevenção, defesa e restabelecimento da saúde providos pelos diferentes níveis governamentais, de forma direta ou indireta, e com a colaboração adicional do setor privado. O sistema é organizado de forma regionalizada e hierarquizada, com atuação descentralizada em todo o território nacional, sendo comandado de maneira unificada em cada esfera de governo.

Conforme o art. 3º desse decreto, o SUS é estruturado pela junção de atividades e cuidados de incentivo, defesa e restauração da saúde realizados pelos diferentes níveis de governo, de maneira direta ou indireta, com a contribuição adicional do setor privado, sendo administrado através da segmentação em áreas e com diferentes níveis de autoridade.

Dessa forma, são estabelecidas pelo Estado as regiões de saúde, com a colaboração das Prefeituras, considerando as orientações definidas por grupos de

⁵⁰CARVALHO, Isaura Cândida Marques Freire de. **Estratégia e Competências Organizacionais e Individuais dos Gestores Públicos**: alinhamento na auditoria SUS Bahia. Orientadora: Profª. Drª. Denise Ribeiro de Almeida. 2020. 119f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020. Disponível em: <https://repositoriodev.ufba.br/bitstream/ri/35338/1/Isaura%20C%C3%A2ndida%20Marques%20Freire%20de%20Carvalho.pdf>. Acesso em: 05 out. 2023.

administradores. Essas necessitam incluir, no mínimo, atendimentos nas áreas de: cuidados básicos; situações de urgência e emergência; cuidados psicossociais; consultas especializadas e hospitalares; e monitoramento da saúde (art. 5º).

Ressalta-se a relevância das Regiões de Saúde como ponto de partida para a distribuição de recursos financeiros entre os diversos níveis de governo. A fim de definir tais áreas, os Estados e Municípios levarão em conta elementos como a localização geográfica, a quantidade de habitantes beneficiados pelos serviços, as variedades de atividades e serviços oferecidos, os deveres de cada parte, os requisitos de acesso e a proporção adequada para a estruturação dos serviços, de acordo com o que está estabelecido no art. 7º.

No que tange ao fator de hierarquização supramencionada, faz-se mister ressaltar como ocorre a sequência de acesso à saúde. Esse princípio de igualdade no acesso aos serviços de saúde, desde as “Portas de Entrada” do SUS até a rede regionalizada e hierarquizada, é fundamental para garantir a assistência a todos os cidadãos. Conforme estabelecido pelo Decreto, as Portas de Acesso são os pontos de partida para o atendimento do usuário do SUS, incluindo os serviços de atenção básica, urgência, emergência, psicossocial e de acesso aberto. A criação de novos pontos de entrada fica a critério dos órgãos de saúde, com embasamento técnico e avaliação das Comissões Intergestores. O Acesso às atividades e benefícios de saúde é com base nas peculiaridades da área de atuação em saúde. Essa, segundo o art. 1º, inciso I, do Decreto nº 7.508/2011 é:

O 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; [...] ⁵¹. (grifamos).

Nesse passo, os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, ou outros de maior complexidade e/ou necessidade tecnológica, serão lastreados pelas “Portas de Entrada”.

⁵¹BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 12 set. 2018.

Já as Comissões Intergestores fazem parte da Articulação Interfederativa. Elas compõem a estruturação de ações e serviços de saúde dispostos em redes de atenção a esse setor. De acordo com o art. 13, os Municípios têm os seus interesses representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS). E cabe a essas Comissões:

- I – aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;
- II – diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;
- III – diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;
- IV – responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e
- V – referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência. (art. 32).

Um critério importante para delinear o crivo de atendimento individualizado foi fincado no art. 11 do decreto. Nele, é previsto que o acesso à saúde deve ser embasado na gravidade do risco individual e/ou, até mesmo, coletivo; além do critério cronológico. Deve-se observar, também, as necessidades das pessoas que exigem proteção especial, com anteparo nas legislações específicas, tais como a Lei nº 13.146/2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, também intitulada de “Estatuto da Pessoa com Deficiência”, cujo assunto da saúde é incluído em um capítulo inteiro (“III – Do Direito à Saúde”) consubstanciado pelos arts. 18 ao 26.

Outro importante fator a ser considerado é que, o decreto não se preocupou apenas como e onde se dará o início ao atendimento. Está estabelecido, de acordo com o art. 12, que é necessário assegurar a manutenção do acompanhamento da saúde, em todas as suas formas, desde a prestação de cuidados hospitalares até os de demais unidades integrantes da rede de atenção daquela localidade; e essa continuidade será regulada pelas Comissões Intergestores. Essas comissões desempenham um papel crucial para garantir a qualidade da assistência à saúde. Com base no art. 20, o processo é iniciado e concluído na Rede de Atenção à Saúde,

com a orientação do paciente para a rede regional e interestadual, conforme as decisões tomadas pelas Comissões Intergestores.

Com o intuito de guiar, economizar e tornar mais eficaz a prestação dos serviços de saúde, promovendo o acesso universal, equitativo e organizado, o art. 13 estabelece deveres para os diferentes níveis de governo, incluindo as Prefeituras: assegurar a transparência, a completude e a equidade no acesso aos serviços de saúde; direcionar e organizar os fluxos dos serviços de saúde; acompanhar o acesso aos serviços de saúde e disponibilizar regionalmente os variados serviços de saúde. E, para o fiel cumprimento das obrigações acima, caberá ao Ministério da Saúde, a disposição de requisitos, formas, direcionamentos e quaisquer outras decisões que auxiliem os entes federativos nesses desideratos.

Isaura de Carvalho⁵² destaca que o Ministério da Saúde exerce a liderança a nível federal, enquanto as secretarias de saúde nos Estados e Municípios assumem a responsabilidade em suas respectivas esferas. O sistema de saúde, que possui alcance nacional, é composto por subsistemas em cada Estado (SUS estadual) e em cada Município (SUS municipal). Cabe às secretarias estaduais a elaboração da política de saúde estadual, a administração do Sistema Estadual de Saúde e a prestação de serviços para promover, proteger e recuperar a saúde, seguindo as diretrizes da Lei Federal nº 8.080/1990.

Destarte, o decreto em voga não se preocupa apenas com a execução do serviço em si, mas com a disponibilidade orçamentária para pôr em prática as políticas públicas de saúde. Para isso, o Capítulo “III – Do Planejamento da Saúde”, art. 15, prevê que haja um planejamento desse setor, de forma ascendente e integrado, do nível Municipal (local) até perante a União (federal), respeitados os Conselhos de Saúde, sem olvidar-se das necessidades de amoldar as políticas de saúde às disponibilidades financeiras. Dessa forma, essa programação é imprescindível para todos os órgãos públicos e irá orientar as políticas do setor privado, alinhando-se também com os objetivos dos planos de saúde.

⁵²CARVALHO, Isaura Cândida Marques Freire de. **Estratégia e Competências Organizacionais e Individuais dos Gestores Públicos**: alinhamento na auditoria SUS Bahia. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Denise Ribeiro de Almeida. 2020. 119f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020. Disponível em: <https://repositoriodev.ufba.br/bitstream/ri/35338/1/Isaura%20C%C3%A2ndida%20Marques%20Freire%20de%20Carvalho.pdf>. Acesso em: 05 out. 2023.

Sobre os conselhos, considerados gestores por Tatiana Britto⁵³, pondera-se que é evidente a interação entre o Estado e a Sociedade Civil através de canais institucionalizados de participação, tais como fóruns, conferências e conselhos, onde as diversas demandas dos diferentes segmentos da sociedade são apresentadas e discutidas, visando atender às necessidades da população. Nesse contexto, os Comitês Gestores desempenham uma função fundamental ao facilitar a comunicação entre o governo e a sociedade civil, com o objetivo de identificar as principais necessidades da comunidade e os investimentos prioritários. Eles possuem autonomia e representatividade, sendo essenciais na tomada de decisões e na gestão eficiente das políticas públicas em todas as esferas governamentais.

Contudo, é importante ressaltar que, embora os conselhos apontem para uma quebra com o autoritarismo estatal, eles, por si só, não garantem a democratização das relações sociais. A sociedade brasileira ainda enfrenta desafios relacionados a uma cultura política marcada pelo corporativismo e pelo particularismo de interesses. Portanto, é essencial trabalhar na construção de uma cultura política voltada para o bem comum e interesses coletivos, com o objetivo de dar legitimidade à consolidação de um Estado democrático e participativo.

A pesquisadora⁵⁴ prossegue afirmando que a promulgação da CF/88 representou um avanço na democracia, reconhecendo a participação da sociedade como fundamental na elaboração e execução de políticas públicas. A consolidação da participação social ocorreu principalmente através dos conselhos, órgãos colegiados criados ou reformulados nos anos 90, compostos por representantes do governo e da sociedade. A consolidação da participação social se efetivou principalmente por meio dos diversos tipos de conselhos, que consistem em órgãos colegiados criados ou reformulados durante a década de 1990, compostos por representantes do Estado e da sociedade. A instauração desses comitês ocorreu como uma reação às críticas que apontavam a relação entre o Estado e a sociedade como carente de democracia no

⁵³BRITTO, Tatiana Pinheiro Mota. **Controle Social na Saúde Pública no Estado da Bahia**: uma análise da atuação do Conselho Estadual de Saúde. Orientador: Andrea Cardoso Ventura. 2022. 96f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13097379. Acesso em: 05 out. 2023.

⁵⁴BRITTO, Tatiana Pinheiro Mota. **Controle Social na Saúde Pública no Estado da Bahia**: uma análise da atuação do Conselho Estadual de Saúde. Orientador: Andrea Cardoso Ventura. 2022. 96f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13097379. Acesso em: 05 out. 2023.

âmbito das decisões e ineficaz na administração pública. O propósito era combater ou reduzir problemas ligados à burocracia, ao corporativismo, ao patrimonialismo e à corrupção na máquina pública.

Os Comitês Deliberativos, incluindo os Conselhos de Saúde, têm uma função fundamental ao possibilitar a participação da sociedade na elaboração de políticas públicas em pé de igualdade com as autoridades públicas até que um consenso seja alcançado na tomada de decisões. Dessa forma, a atuação deliberativa dos conselhos se evidencia através dos argumentos apresentados pelos integrantes engajados com os princípios da razoabilidade e imparcialidade. Para eles, a democracia deliberativa tem um grande potencial para impulsionar transformações sociais, uma vez que os participantes discutem sobre as normas que guiam o processo de tomada de decisões, ao invés de se submeterem a normas já estabelecidas. No entanto, para facilitar o debate democrático, os Conselhos Gestores, compostos por diversos atores com interesses variados, precisam dialogar e ponderar sobre os interesses coletivos.

Já os conselhos com funções consultivas trabalham com recomendações que podem ser consideradas tanto por órgãos diretamente relacionados a eles como por outros órgãos, que têm a opção de aceitar ou não as recomendações. Dito de outra maneira, a função dos conselhos consultivos é examinar e indicar as alternativas para atender às necessidades por meio de políticas específicas. Porém, não possuem autoridade para tomar decisões. Essa distinção é clara em relação aos Conselhos Deliberativos, que têm participação ativa no gerenciamento de políticas públicas.

Dessa forma, caberá ao CNS estabelecer as orientações a serem seguidas na formulação dos planos de saúde, levando em consideração os dados epidemiológicos e a organização dos serviços oferecidos pelas entidades municipais e pelos sistemas de saúde locais.

Nesse âmbito, Geidson Santana⁵⁵ critica que a estrutura de governança de natureza multifacetada desempenha a função de reunir os diversos instrumentos necessários para o planejamento e a alocação dos recursos econômicos. Assim sendo, os instrumentos direcionados ao planejamento estão intrinsecamente

⁵⁵SANTANA, Geidson Uilson Seixas. **O Sistema Único de Saúde na Bahia**: aspectos selecionados acerca da sua organização, planejamento e gestão. Orientador: Prof. Dr. Hamilton de Moura Ferreira Jr. 2012. 139f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012. Disponível em: https://ppgeconomia.ufba.br/sites/ppgeconomia.ufba.br/files/2012_-_geidson_uilson_seixas_santana_-_o_sistema_unico_de_saude_na_bahia_aspectos_selecionados_acerca_da_sua_organizacao_planejamento_e_gestao.pdf. Acesso em: 05 out. 2023.

relacionados aos processos de gestão, que fazem uso de mecanismos de incentivo, avaliação e controle, a fim de assegurar o funcionamento e o acesso abrangente aos bens e serviços de saúde.

Impende pontuar que o capital privado não foi esquecido. De acordo com o art. 16, é indicado que no planejamento deve-se levar em conta os serviços e ações disponibilizados pelas empresas privadas, quer seja para complementar ou não o SUS sendo necessário que esses façam parte dos Mapas da Saúde em níveis regionais, estaduais e nacionais. Segundo o art. 2º, inciso V, o Mapa da Saúde é a:

[...] descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema.

O Mapa da Saúde é uma ferramenta utilizada para detectar as lacunas na área da saúde e guiar a criação de estratégias de forma colaborativa pelos distintos níveis de governo, auxiliando na definição de metas de saúde. Além disso, é importante considerar as particularidades de cada Município na elaboração do planejamento da saúde, a fim de atender às necessidades específicas, conforme estabelecido no art. 18.

No que tange ao planejamento de saúde, consoante Bruno de Almeida⁵⁶, esse tem evoluído como um campo de experimentação, abraçando diversas técnicas e ferramentas de várias escolas de pensamento. A experiência nesse sentido está sendo documentada pela equipe de coordenação do processo, bem como por colaboradores institucionais envolvidos por meio de cooperação técnica. Isso fornece um valioso material para a análise dos desafios e das oportunidades na implementação das políticas de saúde em nível estadual.

Toda a sistemática de ações na seara da saúde, a nível nacional perpassa pela Lista Nacional de Intervenções e Cuidados em Saúde (LINICS), abrangendo os dispositivos legais de 21 a 24, compreendendo todas as iniciativas e cuidados prestados pelo SUS à população, constituindo a totalidade do atendimento à saúde.

⁵⁶ALMEIDA, Bruno Guimarães de. **O Jogo da Negociação no Sus**: Bahia: Atores, Cenários e Enredos. Orientador: Isabela Cardoso de Matos Pinto. 2015. 107f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas de Saúde). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2435008. Acesso em: 05 out. 2023.

No caso dos Municípios, a esses foi atribuído liberdade para adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em respeito às diretrizes do Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). Não obstante, aos próprios Municípios, por força do art. 24, caberá a responsabilidade pelo financiamento dessas ações.

Outro importante instrumento formal de integração entre os entes políticos é o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (arts. 33 e 34). Esse documento possui caráter legal de acordo, no qual as partes colaboram mutuamente para a implementação de uma rede interfederativa de cuidados com a saúde, conforme estabelecido nesse convênio. O mesmo tem como mote a estruturação e a conexão das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade de cada ente político, que deve cobrir a integralidade da proteção à efetiva assistência aos usuários.

Impera enaltecer que, assim como o contrato cria obrigações, ele, também, estabelece deveres aos entes. Esses serão responsáveis individualmente e solidariamente pelos serviços e ações no ramo da saúde, além dos “indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros” (art. 35), que serão disponibilizados, bem como as regras que permitam a fiscalização e o controle do implemento dessas ações.

Nesse momento, o Ministério da Saúde retoma as suas atividades, estabelecendo diretrizes nacionais para facilitar o acesso às ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, seguindo as orientações do Plano Nacional de Saúde.

Andrei Teles⁵⁷, nesse aspecto, pontua que através da evolução das modalidades de financiamento delineadas pelo Ministério da Saúde, os Estados e os Municípios passaram a ter acesso regular e automático aos recursos provenientes da União, seguindo as condições de gestão estabelecidas pelas Normas Operacionais Básicas do SUS. As redes regionalizadas se referem a estruturas integradas, abrangendo diferentes níveis de atenção à saúde, delimitadas em uma determinada área geográfica regional. O seu propósito é viabilizar a integralidade das ações e de serviços de saúde, bem como otimizar a utilização dos recursos, contribuindo assim

⁵⁷TELES, Andrei Souza. **Financiamento do Sistema Único da Saúde no Estado da Bahia**. Orientador: *Thereza Christina Bahia Coelho*. 2015. 129f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2015. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=7971288. Acesso em: 05 out. 2023.

para a racionalização dos gastos, embora o subfinanciamento também represente um obstáculo à formação dessas redes.

Não é por acaso que o financiamento do setor de saúde tem sido uma preocupação global, uma vez que os serviços de saúde frequentemente envolvem custos substanciais. Portanto, é essencial que haja um planejamento eficiente dos gastos e uma distribuição dos recursos que não apenas seja igualitária, mas também equitativa, a fim de garantir que todos tenham acesso aos cuidados de saúde necessários.

Outro importante órgão é o Observatório Mundial da Saúde (*Global Health Observatory – GHO*). As pesquisas desse órgão são disponibilizadas na internet, tais como o Informe Anual sobre Estatísticas de Saúde, onde é possível localizar a carga global de enfermidades e aproximadamente seis milhões de dados sobre a saúde.

Esses dados se referem à situação da saúde no mundo todo, às tendências do Brasil e dos demais países, aos financiamentos no setor, aos serviços disponíveis e aos efetivamente prestados, à mensuração de riscos e estipulação complexa de carga de eventuais faltas de implemento da saúde no Brasil e no mundo⁵⁸.

Isso porque a preocupação com a saúde é universal; todos os países têm esse tipo de assunto em sua pauta de demandas e interesses a fim de políticas públicas específicas. Ademais, essa preocupação não é apenas dos entes públicos. As pessoas, independentemente de idade, gênero, religião, nacionalidade, profissão, condição socioeconômica etc., preocupam-se com a sua própria saúde e a dos seus semelhantes, já que esta é um bem de grande valor. É consabido que os fatos que atingem uma boa saúde alcançam não apenas a própria pessoa, mas, também, toda a comunidade.

Nesse aspecto, Andrei Teles⁵⁹ pontua que é crucial observar que o desafio relacionado aos gastos em saúde envolve não apenas a questão da escassez de recursos, mas também outras dimensões.

Entre essas dimensões, destacam-se a falta de eficiência e efetividade na utilização dos recursos, desigualdades na sua distribuição, falta de priorização

⁵⁸SERAU JR., Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Claudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano. *Direito e Saúde Construindo a Justiça Social*. São Paulo: LTR, 2016, p.16.

⁵⁹TELES, Andrei Souza. **Financiamento do Sistema Único da Saúde no Estado da Bahia**. Orientador: *Thereza Christina Bahia Coelho*. 2015. 129f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2015. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=7971288. Acesso em: 05 out. 2023.

adequada e, não menos importante, o mau uso dos gastos. Esses elementos constituem desafios relevantes que devem ser vencidos para que a efetivação do acesso universal e cuidado abrangente na saúde possa ser de fato realizada.

Outrossim, além da OMS, existem, também, outras organizações internacionais regionais, como Instituto Interamericano de Saúde, com sede em Washignton, D. C, e com vínculo perante a OEA⁶⁰.

A OMS⁶¹ foi criada em 1946, tem sede na cidade de Genebra e tem como escopo o alcance do mais elevado índice de saúde para todos os povos do planeta, combatendo a mortalidade infantil, incentivando a recuperação de portadores de deficiência, dentre outros objetivos. De fato, surgiu oficialmente em 7 de abril de 1948, após os 26 países membros das Nações Unidas terem aprovado os seus princípios fundamentais. Conforme o art. 1º da sua Constituição, a OMS tem como objetivo principal resguardar o mais primordial nível de saúde para todas as pessoas.

Assim como se estabelece na sua Constituição, a OMS tem como objetivo fulcral que todos os povos possam gozar do máximo de saúde possível. De acordo com essa entidade, a saúde vai além da ausência de doenças ou enfermidades, abrangendo o estado de total equilíbrio físico, mental e social dos indivíduos. Dentre as suas funções, podemos dar ênfase à erradicação das epidemias e endemias; à assistência técnica e aos serviços sanitários; o auxílio aos governos e às pesquisas sobre saúde. São órgãos que a compõe: a Assembleia Mundial de Saúde, o Conselho Executivo e o Secretariado.

Do ponto de vista pátrio, não é demais lembrar que, consoante Valeiro de Oliveira Mazzuoli⁶², a OMS nasceu de uma iniciativa do Brasil, através da delegação da Conferência de São Francisco de 1945.

Segundo José Afonso da Silva⁶³, a primeira Constituição a conceder a saúde como um direito fundamental do indivíduo e interesse da coletividade foi a Constituição Italiana, no seu art. 32. Logo após, a Constituição portuguesa lhe deu uma formulação universal mais objetiva (art. 64) do que a carta espanhola (art. 43) e

⁶⁰ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMÉRICANOS (OEA). Disponível em: <http://www.oas.org/pt/>. Acesso em: 25 jun. 2018.

⁶¹ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>. Acesso em: 25 jun. 2018.

⁶²MAZZUOLI, Valério de Oliveira. **Curso de Direito Internacional Público**. 4.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010, p.587.

⁶³SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 22.ed. Malheiros: São Paulo, 2003, p.307.

da Guatemala (arts. 93 a 100). Ambas fazem elo entre a saúde e a seguridade social, formando a ordem social, dando ênfase aos aspectos de prevenção, pela Medicina curativa.

Citando Gomes Canotilho e Vital Moreira, prossegue José Afonso da Silva⁶⁴ dissecando que a saúde, assim como os demais direitos sociais em geral, possui duas vertentes: uma negativa e uma positiva.

A primeira consiste no direito de exigir do Estado (ou particulares) que se deixem de fazer qualquer ato que atinja a saúde. Já a positiva visa implementar mecanismos estatais objetivando ações estatais de prevenção de doenças e os seus respectivos tratamentos.

Ou seja, é atribuição do Poder Público não apenas manter o cidadão são, como evitar que ele adoença. E, para isso, é preciso recursos públicos que efetivem esse direito fundamental. Pode-se rememorar, também, que, na Alemanha, onde não há previsão constitucional e taxativa de muitos direitos sociais, tanto a doutrina quanto a jurisprudência caminham reconhecendo a “garantia ao mínimo existencial”, apoiando a necessidade de o Estado Social intervir para assegurar a existência vital do indivíduo⁶⁵.

Nesse ponto, as concepções dinâmicas das políticas incluem relações com mecanismos jurídicos vinculados à sua operacionalização⁶⁶, sem olvidar a correlação dos gastos públicos em saúde, por parte dos entes federativos. Nesse ponto, bem observa Maria Paula Dallari Bucci:

Os **sistemas públicos de saúde** são, em todo o mundo, a começar pelo National Health Service inglês, os maiores emblemas do Estado Social e de sua característica intervenção sobre o mercado para a provisão de **serviços que minimizem a desigualdade de oportunidades e favoreçam a realização da justiça social**. Sem eles, a concepção puramente liberal da

⁶⁴SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 22.ed. Malheiros: São Paulo, 2003, p.307.

⁶⁵CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. 9.ed. Salvador: JusPodivm, 2015, p.613.

⁶⁶“Esse conjunto normativo oferece as bases legislativas de reconhecimento e proteção do direito à saúde no Brasil. Entre outras disposições, apresentam um conceito jurídico de saúde (ainda que seja um conceito aberto), detalham o dever do Estado com relação ao direito à saúde, por meio de dispositivos que estruturam o sistema público de saúde, e tornam claros seus princípios, diretrizes, objetivos, competências e fontes de financiamento, assim como orientam a organização, direção e gestão do sistema e a forma como estão distribuídas as tarefas entre as três esferas de poder. Destaque-se que a Lei nº 8.142/1990 inovou em termos de gestão participativa do Estado e criou instituições participativas e democráticas para atuarem de forma integrada com o Estado, tais como os conselhos de saúde e as conferências de saúde.” (BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p.116).

escolha individual de serviços médicos não tem outra resposta senão a desproteção de vastos contingentes de população que não tem meios para pagar por eles, o que ocorre mesmo em países ricos e desenvolvidos, como é o caso dos Estados Unidos⁶⁷. (grifamos).

Nota-se, então, que a CF/88 implantou o direito à saúde como direito público subjetivo, esse sendo direito de todas as pessoas, assim como as políticas sociais e a promoção igualitária e universal de ações para a ascensão dele como direito fundamental.

Mantendo o âmago de proteção fundamental, cabe assentar os princípios garantidores do direito à saúde, sobre os quais previu a nossa CF/88 e a Lei 8.080/1990, com especial enfoque ao princípio da dignidade da pessoa humana, do mínimo para uma existência digna, da reserva do possível, da igualdade, da universalidade, da prevenção e da precaução⁶⁸.

Com fulcro em Ingo Wolfgang Sarlet, a dignidade da pessoa humana é detentora de funções defensivas e assistenciais. A defensiva está adstrita à natureza de limitação da atuação do poder estatal. Por outro lado, a função assistencial vincula-se ao agir estatal como agente provedor de políticas públicas primando pela proteção do cidadão. Assim dissecou Ingo Wolfgang Sarlet:

[...] qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma **vida saudável**⁶⁹. (grifamos).

Na esfera administrativa, averigua-se esse mandamento de otimização como norteador para ação do Estado, já que, por ele, deve-se garantir e promover políticas públicas condizentes com o direito fundamental à saúde, servindo, de tal modo o SUS como garantia desse direito.

⁶⁷BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p.46.

⁶⁸SERAU JR., Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Claudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano. **Direito e Saúde Construindo a Justiça Social**. São Paulo: LTR, 2016, p.76.

⁶⁹SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 2.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001, p.60.

Nesse ritmo, Marga Inge Barth Tessler complementa:

A fundamentalidade material encontra-se na relevância da **saúde, como bem tutelado, por ser diretamente relacionado a direitos maiores, como o direito à vida e à dignidade humana**. Encerra em si um direito do qual deflui um dever fundamental, como diz expressamente o art. 196: “A saúde é dever do Estado.” Daí se pode afirmar que o **direito à saúde depende de procedimentos, suportes, estrutura, organização para que possa ser efetivado, necessitando ademais de normas organizadoras sobre os modos e a possibilidade de exercer a sua fruição**⁷⁰. (grifamos).

No contexto global, a valorização do ser humano é estabelecida no art. 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos e, no Brasil, assegurada no art. 1º da CF/88. Por conseguinte, o princípio da dignidade da pessoa humana é considerado como elementar à condição do ser humano, sobressaindo-se frente à igualdade e à liberdade. Assim, ele é previsto em diversas constituições e declarações mundiais, desde os seus respectivos primeiros artigos.

No Brasil, o princípio foi culminado como fundamento do Estado Democrático de Direito, integrando-se aos demais dispositivos legais, como elemento pré-jurídico, com sobrevalorização por ser irrenunciável, intangível, intransferível e inalienável, da personalidade de todo o ser humano.

Os princípios constitucionais da igualdade e da universalidade preveem o elo entre o usuário e o SUS, tolhendo qualquer diferenciação entre aqueles, sob qualquer aspecto (nacionalidade, idade, gênero, profissão, estado civil, condição social, econômica ou cultural). Dessa forma, qualquer pessoa, até mesmo o estrangeiro poderá acessar o SUS.

O princípio da universalidade veio regulado pelo art. 196 da CF/88, onde as políticas públicas devem assegurar o acesso de todos à saúde, já que o Estado é o seu garantidor universal por intermédio de suas políticas socioeconômicas, de proteção à saúde.

De acordo com Bruno de Almeida⁷¹, o SUS foi conquistado através de uma longa batalha pelo acesso à saúde e foi oficializado na Carta Magna brasileira em 1988.

⁷⁰TESSLER, Marga Inge Barth. As recomendações do Conselho Nacional de Justiça em face das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. **Revista de Doutrina da 4ª Região**. Porto Alegre, n. 42, jun. 2011, p.10. Disponível em: http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao042/marga_tessler.html. Acesso em: 25 ago. 2015.

⁷¹ALMEIDA, Bruno Guimarães de. **O Jogo da Negociação no Sus**: Bahia: Atores, Cenários e Enredos. Orientador: Isabela Cardoso de Matos Pinto. 2015. 107f. Dissertação (Mestrado em Gestão de

Essa conquista foi liderada pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e trouxe importantes mudanças para o sistema de saúde do País. A partir da promulgação da Constituição, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, garantido a todos os cidadãos e tornou-se dever do Estado assegurá-la (conforme o art. 196 da Constituição Federal). Nesse cenário, foram definidos princípios e valores que destacam a importância ética, social e solidária do sistema de saúde, como a universalidade (atendimento para todos), a integralidade (oferta de todos os serviços necessários), a equidade (distribuição justa de recursos) e a participação da comunidade (engajamento da sociedade na administração e no controle do sistema).

Esses princípios orientam o funcionamento e a missão do SUS no Brasil. Isaura de Carvalho⁷² acresce que, desses princípios, derivam outros organizativos: hierarquização, que implica na organização articulada das ações preventivas e curativas em todos os níveis do sistema; a participação popular, que busca democratizar as decisões por meio dos Conselhos de Saúde; e a descentralização política administrativa, que envolve a municipalização das ações de saúde, conferindo aos Municípios a gestão administrativa e financeira do SUS.

Nesse aspecto, Geidson Santana⁷³ afirma que o modelo de saúde adotado no Brasil visa a universalidade, buscando proporcionar atendimento equitativo a todos os cidadãos.

Esse modelo é considerado um dos mais eficazes, permitindo a realização de mais serviços com menos recursos, sendo os serviços de saúde geralmente prestados diretamente pelo Estado.

Sistemas de Saúde). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2435008. Acesso em: 05 out. 2023.

⁷²CARVALHO, Isaura Cândida Marques Freire de. **Estratégia e Competências Organizacionais e Individuais dos Gestores Públicos**: alinhamento na auditoria SUS Bahia. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Denise Ribeiro de Almeida. 2020. 119f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020. Disponível em: <https://repositoriodev.ufba.br/bitstream/ri/35338/1/Isaura%20C%C3%A2ndida%20Marques%20Freire%20de%20Carvalho.pdf>. Acesso em: 05 out. 2023.

⁷³SANTANA, Geidson Uilson Seixas. **O Sistema Único de Saúde na Bahia**: aspectos selecionados acerca da sua organização, planejamento e gestão. Orientador: Prof. Dr. Hamilton de Moura Ferreira Jr. 2012. 139f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012. Disponível em: https://ppgeconomia.ufba.br/sites/ppgeconomia.ufba.br/files/2012_-_geidson_uilson_seixas_santana_-_o_sistema_unico_de_saude_na_bahia_aspectos_selecionados_acerca_da_sua_organizacao_planejamento_e_gestao.pdf. Acesso em: 05 out. 2023.

Em relação ao financiamento, quanto mais o setor público contribuir, maior será a equidade no acesso aos serviços de saúde e a garantia do direito à assistência médica. Além disso, a ampliação da abrangência dependerá da capacidade de regulação do Estado. Por outro lado, a implementação eficaz do SUS precisa de melhorias na gestão, juntamente com um fluxo contínuo de recursos monetários. Por outro lado, a efetivação do SUS requer o aprimoramento da gestão, juntamente com um fluxo regular de recursos financeiros.

Alude-se que a universalidade é vinculada pelo amplo acesso igualitário de todas as pessoas a todos os tipos de serviços de saúde, conforme as suas necessidades médicas. E isto representa a justa disponibilidade de vivência real da cidadania, sem indagar-se a origem ou condição social do ser. Assim enaltece Marga Inge Barth Tessler:

Os serviços de saúde devem ser prestados de maneira uniforme e indiferenciada a todos, sem privilégios ou preconceitos. O princípio foi estabelecido para **sepultar a política de favores, ou a cultura do favor, ou a ideia de quem não podia pagar seria tratado como indigente**. Por outro lado, o princípio da igualdade não tolera distinção entre usuários pagantes e não pagantes. Era a chamada “diferença de classe”, isto é, a separação de ambientes, o oferecimento de melhores acomodações e refeições aos que podiam pagar. Tudo isso desprestigia o princípio da igualdade e não contribui para a prestação de um serviço digno e eficiente para todos. Por outro lado, a igualdade deve ser compreendida dentro da universalidade. Todos estão incluídos e são iguais em considerações e direitos⁷⁴. (grifamos).

Em suma, os supramencionados princípios se complementam e podem, inclusive, serem aplicados conjuntamente mirando uma devida e justa aplicação administrativa e judicial, de forma integrada e atendendo às necessidades econômico-financeiras do cidadão que, pelo já exposto, não sofre nenhum tipo de limitação jurídica constitucional ou infraconstitucional.

Da inteligência dos arts. 196, 198 e 200 da CF/88, é preciso exercer o controle sanitário e epidemiológico visando a promoção da prevenção e a recuperação de determinado cidadão, cuja carga axiológica enseja a aplicação dos princípios da prevenção e da recuperação da saúde do indivíduo.

⁷⁴TESSLER, Marga Inge Barth. As recomendações do Conselho Nacional de Justiça em face das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. **Revista de Doutrina da 4ª Região**. Porto Alegre, n. 42, jun. 2011, p.10. Disponível em: http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao042/marga_tessler.html. Acesso em: 25 ago. 2015.

Segundo Marga Tessler⁷⁵, o princípio da prevenção é adstrito às ações futuras com base na previsão de fatos negativos ou incertezas sobre as suas consequências, de certa forma já conhecidos e previsíveis.

De modo diametralmente oposto, o princípio da precaução é baseado na incerteza do acontecimento ou na ausência de domínio científico sobre o fato futuro.

Assim esclarece Marga Tessler:

O princípio da prevenção está diretamente ligado à antecipada previsão de acontecimentos negativos ou incerteza sobre consequências e acontecimentos. Já o princípio de precaução significa que se há de agir antecipadamente frente a uma dupla fonte, a incerteza que é a ausência de conhecimento científico e o próprio perigo conhecido. Não é só exortação à tomada de cautela, mas significa a necessidade de práticas de ações, como, por exemplo, pesquisas ou até medidas extremas como barreiras alfandegárias ou a destruição de produtos diante da ameaça de danos sérios e irreversíveis. A prevenção está genericamente no art. 2º da Lei n. 6.939/1981, não é estática, atualiza-se constantemente. Prestigia-se a precaução quando se permite que o SUS propicie tratamento sem comprovação científica estabelecida. A obrigatoriedade de registro e aprovação de medicamentos pela Anvisa é outro exemplo de aplicação do princípio. **A saúde é um campo em que o risco é onipresente. Há comportamentos e estilos de vida arriscados.** Os procedimentos médicos e terapias envolvem riscos e efeitos colaterais. O princípio da precaução tem como objetivo preservar os benefícios do desenvolvimento científico, agindo antecipadamente no sentido de assegurar a saúde pública⁷⁶. (grifamos).

Por conseguinte, através do princípio da prevenção, visa-se impedir a materialização de riscos de danos à saúde, pois o princípio da precaução propõe-se a agir na órbita científica para evitar maiores danos de algo que ainda não se sabe ao certo cientificamente, mas que podem vir a acontecer.

Entabulado no art. 198, inciso II, da CF/88, o princípio da prevenção cogita que a saúde pública visa promover atividades preventivas à população. Nisso, incluem-se tanto atividades direcionadas a evitar o acometimento de doenças, através do avanço científico, quanto a demarcação de políticas públicas centralizadoras no saneamento de nível básico e a racionalização no que tange à percepção de uma saúde individual. Portanto, o art. 196 da CF/88 situa a saúde como, além da carência de enfermidades, o arrefecimento do risco de contrair moléstias, bem como a implementação das medidas de combate às mesmas.

⁷⁵TESSLER, Marga Inge Barth. As recomendações do Conselho Nacional de Justiça em face das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. **Revista de Doutrina da 4ª Região**. Porto Alegre, n. 42, jun. 2011, p.10. Disponível em: http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao042/marga_tessler.html. Acesso em: 25 ago. 2015.

⁷⁶*Ibidem*, loc. cit.

Corroborando com esse intento, a Lei 8.080/1990, no seu art. 6º, I, “d” prevê que é atribuição do SUS:

I – a execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; e d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; [...] ⁷⁷.

Em síntese, tanto pelas normas constitucionais quanto pelas legais, nota-se a importância de medidas de precaução e de prevenção que reflitam no aumento da quantidade e da qualidade dos serviços públicos, mais o amplo fornecimento de medicamentos e avanços nas pesquisas científicas, tudo a fim de maximizar a efetividade do direito à saúde do cidadão baiano.

Como consequência, com espeque no art. 198 da CF/88, cabe aos três entes federativos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) a administração do SUS. Foi por meio da Lei nº 12.401/2011, que modificou a Lei do SUS (Lei nº 8.080/1990), juntamente com o Decreto nº 7.508/2011, que esses entes tiveram as suas responsabilidades claramente estabelecidas.

A diferenciação das suas respectivas competências deve ser interpretada como modelo de organização e, conseqüentemente, prestação do serviço público de saúde, mirando prestar o atendimento seguindo o princípio da eficiência administrativa.

No Brasil, o direito à saúde, como bem extremamente importante à vida humana, é previsto expressamente no art. 6º da nossa CF/88 compondo o rol de direitos sociais. Esses representam uma garantia constitucional de provimento de condições mínimas e fundamentais para uma existência digna. Foi concebido, então, pela Carga Magna como condição imprescindível de direito fundamental do homem.

Na Constituição vigente em 1967, já existia um dispositivo constitucional que abordava a questão da saúde, estabelecendo a competência da União para legislar sobre a promoção e a preservação da saúde. Não obstante, essa norma visava a organização administrativa de combate às endemias e epidemias.

Destarte, o princípio da dignidade da pessoa humana é o melhor fundamento, dentre outros, para elevar o direito à saúde como um direito público subjetivo aos

⁷⁷BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 20 jun. 2018.

recursos materiais elementares ao seu implemento e, consoante o princípio da igualdade, ocasionar o amplo acesso a todos.

Outrossim, a dignidade da pessoa humana apenas estará assegurada quando for possível uma plena fruição dos direitos fundamentais, o que enseja o completo desenvolvimento da personalidade, incluindo a necessidade de uma vida saudável.

Muito mais do que prever um direito, o art. 23, inciso II, da CF/88 prevê a competência comum à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios zelar pela saúde, sem olvidar da competência legiferante específica (art. 24, XII). Vejamos:

CAPÍTULO II

DOS DIREITOS SOCIAIS

Art. 6º São direitos sociais a educação, a **saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015)

Art. 23. É **competência comum** da **União**, dos **Estados**, do **Distrito Federal** e dos **Municípios**:

II – **cuidar da saúde** e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

Art. 24. Compete à **União**, aos **Estados** e ao **Distrito Federal legislar concorrentemente** sobre:

XII – previdência social, proteção e **defesa da saúde**;⁷⁸. (grifamos).

Devido à sua essencialidade, é considerado por muitos⁷⁹⁸⁰ como direito fundamental do homem. Consoante José Afonso da Silva trata-se de um direito igual à vida de todos os seres humanos que, em casos de doença, devem ter direito a um tratamento condigno conforme o estado hodierno da Medicina, sem limitação por condições econômicas, sob pena de desvalorização da constituição de normas constitucionais que entabulam esse direito que, para ele, é considerado como “direito social do homem como consumidor”.

⁷⁸“A Constituição de 1988 foi detalhista na conformação do direito à saúde no país. Seus artigos 23, II, e 24, XII, dispõem sobre as competências dos entes federativos em matéria de proteção e defesa da saúde. O art. 23, II, dispõe ser competência comum da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal ‘cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadores de deficiências.’ Pela competência comum, fixada na CF/88, todos os entes federativos são responsáveis pela execução de ações e serviços destinados a cuidar da saúde e devem se articular em um federalismo cooperativo. BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p.115.

⁷⁹SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 22.ed. São Paulo: Malheiros, 2003, p.307.

⁸⁰CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. 9.ed. Salvador: JusPodivm, 2015, p.611.

A efetivação do direito social à saúde precisa obviamente da existência de infraestrutura física, tais como hospitais, maternidades, postos de saúde, disponibilidade de vagas e leitos, fornecimento gratuito de medicamentos, contratação de profissionais que prestem serviços públicos de saúde etc.

Não obstante, a efetividade é de difícil alcance, pois o Estado não tem condições fáticas de prover a saúde de todos.

Assim critica José Afonso da Silva:

Os **conservadores criticam o texto constitucional**, sob argumento de que é **impossível** um direito à saúde, porque **não haveria como dar saúde**, já que essa é uma **questão fisiológica, que foge ao arbítrio do Poder Público**. Esse modo de encarar a saúde seja a ser **mesquinho** e parco de **sensibilidade**⁸¹. (grifamos).

Nesse particular, na falta ou insuficiência dessas prestações materiais, sem discussão, cabe ao cidadão buscar, via judicial, o seu direito originário à prestação. Ao Estado, deve ser dirigido a obrigatoriedade de providenciar materiais imprescindíveis à efetiva prestação do direito em pauta.

Por consequência, surge um direito subjetivo de conteúdo duplo. O não cumprimento das ações estatais concede azo ao possível ajuizamento da ação de inconstitucionalidade por omissão (art. 102, I, alínea “a”, e o art. 103, § 2º, CF/88).

Já o seu não implemento, na prática, se for por falta de regulamentação, pode ensejar a impetração de mandado de injunção, com arrimo no art. 5º, LXXXI, da CF/88, mesmo que o STF continue a entender que essa ação não tem a função de regulação, em casos concretos, do direito à saúde⁸².

Acresce Dirley da Cunha Júnior⁸³ que, a preocupação estatal preponderante, faz parte de qualquer Estado que se preocupa com o valor da vida humana, fincando o direito subjetivo público à saúde. Sendo assim, assenta o autor:

Desse modo, é obrigação do Estado Social proporcionar ao indivíduo os recursos necessários à garantia de um padrão mínimo de satisfação das necessidades pessoais, como modo de realização de sua plena felicidade⁸⁴.

⁸¹SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 22.ed. São Paulo: Malheiros, 2003, p.781.

⁸²*Ibidem*, p.309.

⁸³CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. 9.ed. Salvador: JusPodivm, 2015, p.611.

⁸⁴CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. 9.ed. Salvador: JusPodivm, 2015, p.612.

Portanto, não se deve olvidar da atuação do Ministério Público que, através da Ação Civil Pública, pode provocar a atuação do Poder Judiciário objetivando o controle da omissão total ou parcial de inconstitucionalmente do poder público no implemento das ações e serviços públicos de saúde. Isso, caso seja verificado, por exemplo, pode ser determinado quando o ente público municipal não está implementando o seu dever constitucional de assegurar o direito à saúde; ou diante da inexistência ou insuficiência de prestação dos serviços públicos de saúde naquele Município. E não apenas isso, Dirley da Cunha Júnior vai além:

A **providência judicial é simples**. Assim, na **falta** de um **posto médico** ou **unidade hospitalar necessária** para a assistência da comunidade local, a decisão poderá consistir na **condenação** do **ente estatal** a **construí-la e fazê-la funcionar regularmente** ou a **cobrir** os **custos** de um **serviço prestado** pela iniciativa **privada**. Se **não** adotada **nenhuma** dessas providências, resta, lamentavelmente, a **indenização** dos **parentes** pela **perda irreparável** da **vida humana**, em **consequência** da **falta** do **serviço público de saúde**⁸⁵. (grifamos).

Percebe-se que o tema da saúde é demasiadamente importante para nossa Carta Magna. Tanto assim, é entabulado no art. 34 da CF/88 a possibilidade intervenção caso não seja aplicada a quantidade mínima de recursos destinados à saúde:

CAPÍTULO VI

DA INTERVENÇÃO

Art. 34. A União **não intervirá** nos Estados nem no Distrito Federal, **exceto** para:

aplicação do **mínimo** exigido da **receita** resultante de **impostos** estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e **serviços** públicos de **saúde**. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

Art. 35. O Estado **não intervirá** em seus Municípios, nem a União nos Municípios localizados em Território Federal, **exceto** quando:

[...]

III – **não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal** na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e **serviços públicos** de **saúde**; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)⁸⁶. (grifamos).

A noção de serviço público sofreu consideráveis transformações ao longo do tempo, no que tange aos seus elementos caracterizadores e à sua abrangência. Além

⁸⁵*Ibidem, loc. cit.*

⁸⁶BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26.ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

disso, há uma variação entre o seu alcance amplo e restrito de interpretação e, também, à combinação de três elementos norteadores: subjetivo (participação do Estado), formal (procedimento de Direito Público) e material (atividades de cunho coletivo).

De acordo com pesquisas de Maria Sylvia Zanella Di Pietro⁸⁷, as primeiras noções de serviço público surgiram na França, com a denominada Escola de Serviço Público e, devido à sua grande amplitude, chegaram a alcançar várias outras atividades do Estado.

Na concepção estrita, o serviço público se enquadra como todas as atividades do Estado exercidas pela Administração Pública, com exclusão das funções legislativa e jurisdicional. Ademais, consideram-se como uma das atividades administrativas completamente diferentes do poder de polícia estatal. Distinguiu-se, então, atividade jurídica e da atividade social. Nessa, a Administração deve cuidar de assuntos de interesse coletivo, primando pelo bem-estar e o progresso social, por meio do fornecimento de serviços aos particulares. É o serviço público, propriamente dito.

As ações e os serviços de saúde, por serem de relevância pública, ficam, nos termos da lei, submetidos ao seu regramento, controle e fiscalização. Mesmo que haja a possibilidade de delegação para terceiros, sejam essas pessoas físicas ou jurídicas de direito privado, como o poder público é o responsável direto ou indireto, ele detém o “poder de dominação”⁸⁸, que é a expressão do tipo controle acrescido da função de fiscalização.

A execução de serviços de saúde pode ser exercida pela Administração direta (Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais), fora a possibilidade de particulares (pessoas físicas ou jurídicas de Direito Privado) poderem prestar esses serviços. Trata-se de delegação de serviço público. Lembremo-nos que esses terceiros podem ser entidades públicas ou paraestatais autônomas.

Toda essa possibilidade jurídica, de acordo com Di Pietro, é considerada como “crise na noção de serviço público”:

Paralelamente, outro fenômeno se verificou; o Estado percebeu que não dispunha de organização adequada à realização desse tipo de atividade; em consequência, passou a **delegar a sua execução a particulares**, por meio dos contratos de concessão de serviços públicos e, posteriormente, por meio

⁸⁷DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 23.ed. São Paulo: Atlas, 2010, p.99.

⁸⁸SILVA, José Afonso da. **Comentário Contextual à Constituição**. 9.ed. São Paulo: Malheiros, 2014, p.782.

de pessoas jurídicas de direito privado criadas para esse fim (empresas públicas e sociedades de economia mista), para execução sob regime jurídico predominantemente privado.

A partir daí, dois elementos foram afetados; o elemento subjetivo, porque não mais se pode considerar que as pessoas jurídicas públicas são as únicas que prestam serviço público; os particulares podem fazê-lo por delegação do Poder Público. E o elemento formal, uma vez que nem todo serviço público é prestado sob regime jurídico exclusivamente público⁸⁹. (grifamos).

Essa citada “crise” ocorrida em meados do século XX, foi delimitada pelo fato de o serviço público nem sempre ser prestado pelo ente público estatal e regido pelo regime jurídico completamente público.

Pela influência do direito comunitário europeu, sob influência do sistema da *common law*, abriu-se espaço para essa crítica.

Dentro da União Europeia, a concepção de prestação de serviços públicos exclusivamente pelo Estado não está de acordo com os princípios básicos da estrutura econômica, como a liberdade de empreendimento e a livre concorrência⁹⁰.

Conforme Maria Sylvia Zanella Di Pietro, o artigo 86º do Tratado de Roma, de 1957, no seu item 2 determina que:

As empresas encarregadas da gestão de serviços públicos de interesse econômico geral ou que tenham a natureza de monopólio fiscal ficam submetidas ao disposto no presente Tratado, designadamente às regras de concorrência, na medida em que a aplicação destas regras não constitua obstáculo ao cumprimento, de direito ou de fato, da missão particular que lhes foi confiada. O desenvolvimento das trocas comerciais não deve ser afetado de maneira que contraria os interesses da Comunidade⁹¹.

Apesar da falta de resistência inicial por parte dos Estados-membros à manutenção dos conceitos tradicionais de serviço público, a autora destaca que a partir dos anos 80 houve uma postura mais severa, em oposição ao modelo francês de serviço público. Isso resultou na gradual desregulamentação e privatização dos serviços públicos convencionais, levando à abertura dos mercados anteriormente protegidos por monopólios estatais, promovendo o surgimento de empresas privadas concorrentes às empresas públicas.

De forma interessante, no sistema jurídico francês, a designação de “serviço público” foi trocada por serviço de interesse econômico geral quando se refere às

⁸⁹DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 23.ed. São Paulo: Atlas, 2010, p.101.

⁹⁰*Ibidem*, p.105.

⁹¹*Idem, loc. cit.*

atividades de cunho econômico, mantendo-se a definição convencional para os serviços sociais fornecidos pelo Estado⁹². Surge, então, a nova “crise” do serviço público do Estado.

Nota-se, portanto, certas alterações entre os serviços prestados pelo governo e os serviços de interesse econômico geral: a) comercialização dos serviços públicos, que agora são oferecidos no mercado por um custo, muitas vezes competitivo; b) maior autonomia na escolha do provedor ou prestador, transformando o serviço público em um complemento do mercado, permitindo que o interessado escolha livremente as condições que mais lhe convêm; c) resultante transformação dos usuários de serviços públicos em simples consumidores ou clientes.

Nos anos 90, no âmbito do direito comunitário, ocorreu uma flexibilização na maneira de interpretar o mencionado artigo do Tratado de Roma, possibilitando que os Estados-membros pudessem estabelecer responsabilidades de serviços essenciais e responsabilidades de serviço público, desde que fossem indispensáveis para suprir as necessidades coletivas. Assim, foi acrescido o art. 16, nos capítulos dos princípios, do Tratado de Amsterdam, de 1997, ficando:

[...] sem prejuízo do disposto nos artigos 73º, 86º e 87º, e atendendo à posição que os serviços de interesse econômico geral ocupam no conjunto dos valores comuns da União e ao papel que desempenham na promoção da **coesão social e territorial**, a Comunidade e os seus Estados-Membros, dentro do limite das respectivas competências e no âmbito de aplicação do presente Tratado, zelarão porque esses serviços funcionem com base em princípios e em condições que lhes permitam cumprir as suas missões. (grifamos)⁹³.

No nosso País, segundo Di Pietro, não existe a mesma explicação de que o serviço público entrou em crise, correndo o risco de desaparecer, já que o País não está adstrito a nenhum tratado internacional que entabule medidas parecidas às que foram previstas contra a União Europeia. Até porque a nossa Carta Magna prossegue atribuindo atividades ao poder público, com caráter de exclusividade, tal como prevê o art. 21. Igualmente, converge os termos do art. 175 sobre a prestação de serviço.

Destarte, caso a CF/88 não sofra nenhuma alteração, é pouco provável que a mesma orientação seja imposta ao Tratado de Roma, assim como interpretado pela Comissão Europeia e pelo Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias.

⁹²DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 23.ed. São Paulo: Atlas, 2010, p.105.

⁹³*Ibidem*, p.106.

Um caso exemplar é a parcial abertura de determinados serviços públicos, por meio do processo de legislação comum, que foi o caso da promulgação da Lei Geral de Telecomunicações (Lei nº 9.472/1997) que, nos seus termos, não cita expressamente, em nenhum momento, o termo “serviço público”.

Nela, usa-se o termo “serviços de interesse coletivo” e “serviços de interesse restrito”. Ambos são submetidos aos princípios constitucionais que protegem e regem a ordem econômica constitucional, arraigados pelos princípios elementares da economia brasileira adotada na CF/88: princípio da livre iniciativa e da livre concorrência.

Em suma, diante do já exposto, nota-se que, é o Estado, com arrimo na lei, que escolhe quais atividades são consideradas como serviços públicos. Pode-se, então, tecer que a CF/88 atribuiu ao Estado o dever de prestar os serviços públicos de saúde, considerando esse como um tipo de serviço social não exclusivo do Estado.

Deve, portanto, esse serviço ser prestado sob a modalidade de regime jurídico total ou parcialmente público, ficando a gestão sob a responsabilidade da própria Administração Pública direta ou indireta, ou de empresas privadas que têm atuação com base em delegação concedida pelo Estado.

É crucial citar que, assim como os demais serviços públicos, os serviços públicos de saúde são regidos pelos princípios da continuidade do serviço público, o da mutabilidade do regime jurídico e o da igualdade dos usuários, devendo ter o regimento normativo aplicado pelas normas de Direito Público, com espeque no art. 37, § 6º, da CF/88⁹⁴.

Além disso, é importante destacar o princípio do que é considerado um serviço adequado, conforme estabelecido no § 1º do art. 6º da Lei nº 8.987/1995, onde é estabelecido o regulamento para a concessão e a permissão de serviços públicos. Dessa forma, o serviço prestado deve seguir os critérios de regularidade, continuidade, eficiência, segurança, atualização, abrangência, cordialidade na prestação e modicidade das tarifas. Sendo assim, exclui-se, sobremaneira, a possibilidade de distinguir, mediante critérios objetivos, o serviço público da atividade privada, pois esta continuará sendo como tal, enquanto o Estado não a avocar como atividade própria.

⁹⁴BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26.ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

Com base na pesquisa comentada anteriormente sobre o direito sanitário internacional, fica translúcido que o serviço público varia não somente no tempo, como também no espaço físico. Outrossim, Ihe é variável de acordo com o tipo e o nível de abrangência que a legislação interna de cada país Ihe oferece.

A responsabilidade pelo serviço público é atribuição do governo, conforme previsto no art. 175 da CF/88, sendo, portanto, responsabilidade do Estado. A sua criação decorre de autorização legal prévia e a materialização da vontade estatal. Esse assume o compromisso da execução de determinada atividade que, pelo alto grau de importância coletiva, demonstra não correr o risco de submeter-se exclusivamente à iniciativa privada.

Portanto, a sua gestão, paralelamente, é incumbência do Estado, que deve fazê-lo diretamente (através dos seus próprios órgãos que compõem a Administração Pública centralizada da União, dos Estados e dos Municípios) ou indiretamente, através de concessão ou permissão, ou por pessoas jurídicas criadas por ele para atender a esta finalidade⁹⁵.

O regime jurídico do serviço de saúde é público. Nesse caso, via de regra, os agentes são ou seriam públicos; os bens são ou seriam públicos; as decisões têm ou teriam todos os atributos do ato administrativo, em especial a presunção de veracidade e executoriedade; a responsabilidade deve ser objetiva e os contratos devem ser regidos pelo Direito Administrativo. Não obstante, não há empecilho para que sejam usados outros instrumentos tipicamente de direito privado, tais como a locação, a compra e venda, o comodato etc., desde que previstos em lei.

É importante destacar essas diferenciações porque na área da saúde, é cada vez mais comum a “intervenção” da iniciativa privada no setor de saúde, desde a administração de hospitais, fornecimento de materiais e contratação de profissionais.

Por isso, faz-se pontual a observação de Maria Sylvia Zanella Di Pietro:

O serviço público é sempre prestado no regime de direito público. E, com efeito, ainda que sob certos aspectos possam ser aplicadas normas de direito privado, como exposto no parágrafo anterior, a sujeição a regime publicístico é inerente ao próprio conceito de serviço público, no sentido de que os princípios a que se submetem as entidades prestadores de serviço público, ainda que tenham a natureza de pessoa jurídica de direito privado (como empresas estatais e concessionárias e permissionárias de serviço público), são os mesmo a que se submete a Administração Pública, como os da

⁹⁵DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 23.ed. São Paulo: Atlas, 2010, p.103.

continuidade, isonomia entre usuários, mutualidade, generalidade, universalidade etc.⁹⁶.

Dos elementos já perquiridos, parece-nos ser esse o mais comum dentre os autores. Considera-se o serviço público como uma atividade de interesse público. Sabe-se que os particulares, também, podem exercer atividades de interesse geral, como os serviços de saúde, mas isso pode ensejar dois questionamentos.

No caso da saúde, quando a iniciativa privada resolve investir capital, age em seu próprio interesse, pois é típico desempenho de atividade econômica organizada que visa o lucro, como prevê o art. 966 do Código Civil de 2002 (CC/02). Diga-se, então, que o seu interesse representa a busca pelo saldo positivo da atividade: o lucro.

O segundo é que não basta o objetivo ser de interesse público; o que consubstancia esta característica inata é a previsão e a consequente caracterização legal.

Assim, podemos coadunar que todo serviço público objetiva o atendimento às necessidades públicas, mas nem toda atividade pública é serviço público pois, no serviço público, o interesse geral é a finalidade exclusiva⁹⁷.

A execução do atendimento público de saúde, ao ser realizada pelo Estado, em oposição a ser realizada por entidades privadas, pode seguir sendo disponibilizada por essas sem necessidade de recompensa financeira direta.

De modo diametralmente oposto, caso esse mesmo serviço seja prestado por uma pessoa física ou jurídica particular, ela não conseguirá se manter, caso obtenha perdas financeiras, ao invés do lucro.

Isso porque, somente o ente estatal, por meio da tributação, pode embutir o custo desses serviços à coletividade. A saúde, *in casus*, é exemplo de prestação de serviço gratuito. E, mesmo se for exigida contribuição financeira do usuário, deve ser inferior ao custo do serviço em si.

Podemos aferir, então, que a apreciação do que é de interesse geral é algo discricionário. O poder público pode deliberar que o interesse geral exige que ele avoque a necessidade de satisfazer, ficando de fora o particular por entender que o exercício daquela atividade não é rentável ou perigoso.

⁹⁶DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 23.ed. São Paulo: Atlas, 2010, p.105.

⁹⁷*Ibidem*, p.104.

É o que não ocorre na área de saúde. Nessa, o poder público permite que o particular exerça o serviço “livremente”, *pari passu*, com a Administração Pública. Caso seja permitido a terceiros realizar os serviços de higiene, por exemplo, esses não são restritos ao governo. Podem ser, portanto, considerados “serviços impróprios”.

Nota-se, então, que o serviço de saúde, no que tange à sua essencialidade, é um serviço público próprio porque ele se relaciona internamente com as atribuições do poder público. Para a sua execução, a Administração usa da supremacia do interesse público sobre o particular.

Não obstante, no que tange ao sujeito, a fim de satisfazer interesses comuns dos membros, a Administração autoriza, via CF/88, que empresas privadas possam atuar na área de saúde, mas claro que não será propriamente serviço público e, sim, serviço privado de saúde.

Sobre a natureza do objeto, o serviço de saúde é considerado como um serviço social, que atende às necessidades coletivas, onde a atuação do Estado é crucial. Todavia, coexiste a permissibilidade de atuação do setor privado. Liberdade essa expressa pela nossa Constituinte no seio da Ordem Social mirando o atendimento aos direitos sociais do homem, erigidos ao grau de direitos fundamentais, consoante o art. 6º da CF/88.

No que tange à forma como concorrem para atender à finalidade geral, o serviço à saúde é identificado como serviço *uti singuli*. Assim, eles visam atender às satisfações individuais e diretas das necessidades das pessoas. Pelo conceito estrito de serviço público, podemos, assim, enquadrar nessa categoria o serviço público de saúde, por ser serviço social com prestação de utilidade ou fruição direta ou indireta pela sociedade.

Por derradeiro, pode-se ainda classificar o serviço público de saúde como um serviço não exclusivo do Estado porque esse pode ser executado por particular, caso seja concedida autorização específica do poder público. Assim, se encontra o serviço público à saúde, estampado na Ordem Social (arts. 196 a 199, da CF/88).

Ou seja, o serviço público de saúde (por ser não exclusivo) pode ser classificado como próprio ou impróprio, dependendo do paradigma adotado. Será próprio se for prestado pelo poder público. Por outro lado, será impróprio caso venha a ser executado pelo particular.

Nesse caso, como ele sofreu autorização do poder público, tem a atribuição e o dever de fiscalização. Essa será materializada pelo poder de polícia administrativo.

Serão, assim, serviços públicos, pois atendem às necessidades públicas, mas impropriamente públicos porque lhes falta um dos elementos do conceito de serviço público: ingerência e administração direta ou indireta do Estado.

Nesse compasso, o direito à saúde foi estabelecido no *caput* do art. 196 da CF/88⁹⁸ como um direito universal de responsabilidade do Estado em prover a sua concretização através da execução de medidas sociais e econômicas que tenham como objetivo diminuir os perigos à saúde, proporcionando acesso abrangente e ilimitado às iniciativas e atendimentos para assegurar a proteção e reabilitação:

Seção II
DA SAÚDE

Art. 196. A saúde é **direito de todos** e **dever do Estado**, garantido mediante **políticas sociais** e **econômicas** que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação⁹⁹. (grifamos).

Lembremo-nos que, os serviços públicos, por sua própria essência, devem ser pautados pelo princípio da continuidade: ou seja, excepcionalmente, podem ser pausados; interrompidos muito menos ainda, pela essencialidade da sua natureza para a vida dos cidadãos.

Podemos adotar, com espeque em Maria Sylvia Zanella Di Pietro¹⁰⁰, a concepção de serviço público como toda a ação concreta realizada pela Administração Pública, de forma direta ou indireta por meio dos seus representantes, com o objetivo de atender uma necessidade coletiva, seguindo um regime jurídico que pode ser totalmente ou parcialmente público, com predominância do caráter público.

O governo, de modo geral, já constatou há muito tempo que não dispõe de recursos financeiros suficientes para fornecer todos os serviços públicos por si só. Assim, desde o Estado considerado como “social”, permitiu-se que terceiros

⁹⁸“Foram incorporados à Constituição dispositivos específicos de reconhecimento e proteção do direito à saúde, em especial nos arts. 196 a 200, que fornecem a base jurídico-constitucional da proteção do direito à saúde no país.” (BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p.115).

⁹⁹BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26.ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

¹⁰⁰DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 23.ed. São Paulo: Atlas, 2010, p.55.

pudessem, igualmente, prestar serviços que, até então, eram prestados apenas pelo ente público.

Consoante José Afonso da Silva¹⁰¹, a norma do art. 196, da CF/88, acima citada, é “perfeita”, eis que fixa expressamente uma “relação jurídica constitucional”, ficando o direito à saúde, de um lado, como direito de todos, bem como os seus sujeitos. O signo “todos” tem significação de universalização, que abarca brasileiros e estrangeiros residentes no Brasil.

Do outro lado, encontra-se o Estado, com o seu dever, compreendido entre os entes políticos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), que podem cumprir o dever diretamente ou por via de entidade da Administração Indireta.

O autor¹⁰² continua argumentando que é necessário realizar adequadamente as obrigações por meio de ações progressivas, implementadas através de políticas públicas sociais e econômicas com o objetivo de diminuir os riscos de enfermidades e outros problemas.

Com isso, essas políticas são efetivas pela execução de ações e serviços de saúde, não apenas mirando a cura de doenças, pela Medicina curativa, mas, principalmente, pela Medicina preventiva, com ações e serviços que visem evitar a doença. Deve-se, então, promover a ênfase na promoção e a proteção de uma vida humana saudável, tal qual um direito fundamental inserido pela proteção e recuperação da saúde.

A força normativa é fincada pela tipificação de norma de garantia, muito mais do que simples norma programática, pois é dever do Estado, tornando direito que deve ser garantido a todos, sem distinção.

E a garantia é proveniente de políticas por ele mesmo indicada, que devem ser estabelecidas sob pena de omissão inconstitucional, pois os meios financeiros para o fiel cumprimento desse dever são arrecadados por todos: sociedade, empregadores, empresas, outras fontes etc.

Muito mais do que uma facultatividade, esse ato representa uma necessidade real de compartilhar despesas e responsabilidades. Não se trata, simplesmente, de um beneplácito estatal e, sim, uma estratégia de sobrevivência.

Eis a previsão:

¹⁰¹SILVA, José Afonso da. **Comentário Contextual à Constituição**. 9.ed. São Paulo: Malheiros, 2014.

¹⁰²*Ibidem*, p.782.

Art. 197. São de **relevância pública** as **ações e serviços de saúde**, cabendo ao **Poder Público** dispor, nos termos da lei, sobre sua **regulamentação, fiscalização e controle**, devendo sua **execução** ser feita **diretamente** ou através de **terceiros** e, também, por **pessoa física** ou **jurídica** de direito **privado**¹⁰³. (grifamos).

Destarte, a correspondente e a adequada prestação de serviços públicos estaduais de saúde, diante do passivo social, prevê a necessidade de projetos, receitas, apoio político e ações eficientes, diante das demandas com variados níveis de complexidade, que compõem a saúde do Estado da Bahia. Assim, urge atuações coordenadas dos sistemas políticos, legislativos, jurídicos, administrativos e sociais. O diálogo entre os diversos atores institucionais, de fato, enfrenta disparidades teóricas e práticas que exigem a convergência do teor conceitual, enquadramento legal-jurídico e individualização de prestações a partir de enfoques coletivos de saúde.

¹⁰³BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26.ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

3 A ESTRUTURA DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DA BAHIA, A PARTIR DA CF/88

3.1 A responsabilidade do Estado na saúde, segundo a NOB 96

A Norma Operacional Básica (NOB) foi divulgada no Diário Oficial da União em 6 de novembro de 1996, após a contribuição de diversos setores da sociedade (usuários, responsáveis pelo sistema em diferentes níveis de governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde em várias instâncias, como o Conselho Nacional de Saúde, ou seja, após uma ampla participação no debate).

Conforme Geidson Santana¹⁰⁴, a NOB tem como objetivo principal controlar a descentralização da administração dos serviços e atividades no âmbito do SUS. Ela também define os mecanismos de financiamento para as ações de saúde, com ênfase na assistência hospitalar e ambulatorial, além de estabelecer as diretrizes para os investimentos no setor de saúde.

Como resultado, a NOB 96 surgiu a partir da lição aprendida com a prática dos instrumentos operacionais anteriores, principalmente a NOB de 1993 (NOB 93), que contribuiu para reforçar a confiança na eficácia e na relevância do SUS para a população brasileira. Assim, como um mecanismo de regulação do SUS, a NOB 96 apresentou diretrizes operacionais claras, traduzindo e dando vida aos princípios e orientações do Sistema, refletindo a CF/88, as Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990, e promovendo mudanças fundamentais no modelo de assistência à saúde no Brasil.

Assim, Bruno de Almeida¹⁰⁵ enaltece que a regulamentação do SUS, após a promulgação da Constituição de 1988, ocorreu por meio da publicação de duas leis federais: a Lei nº 8.080/1990, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde e a Lei nº 8.142/1990, que é uma lei complementar. Essas leis exercem uma função essencial

¹⁰⁴SANTANA, Geidson Uilson Seixas. **O Sistema Único de Saúde na Bahia: aspectos selecionados acerca da sua organização, planejamento e gestão.** Orientador: Prof. Dr. Hamilton de Moura Ferreira Jr. 2012. 139f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012. Disponível em: https://ppgeconomia.ufba.br/sites/ppgeconomia.ufba.br/files/2012_-_geidson_uilson_seixas_santana_-_o_sistema_unico_de_saude_na_bahia_aspectos_selecionados_acerca_da_sua_organizacao_planejamento_e_gestao.pdf. Acesso em: 05 out. 2023.

¹⁰⁵ALMEIDA, Bruno Guimarães de. **O Jogo da Negociação no Sus: Bahia: Atores, Cenários e Enredos.** Orientador: Isabela Cardoso de Matos Pinto. 2015. 107f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas de Saúde). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popUp=true&id_trabalho=2435008. Acesso em: 05 out. 2023.

na determinação dos parâmetros para a promoção, defesa e restauração da saúde, além de influenciarem na estrutura e operação dos sistemas de saúde. Além disso, elas estabelecem diretrizes sobre os recursos financeiros alocados para a área da saúde e a participação social no sistema de saúde. Essas leis são marcos legais importantes que regulamentam o funcionamento do SUS no Brasil e ajudam a garantir que os princípios e as diretrizes estabelecidas na Constituição sejam efetivamente implementados.

Essa regra, portanto, por ser fundamental na prática, com base na avaliação do progresso e desempenho do SUS, é voltada para a elaboração de estratégias e ações práticas, que guiam a funcionalidade desse sistema. Em relação à atuação dos órgãos públicos, a União e os Estados são sempre coletivamente responsáveis, dentro da sua competência específica ou na ausência da atuação municipal (de acordo com o inciso II, art. 23, da CF/88). O papel de cada pessoa na manutenção da saúde não significa a não importância da comunidade, família e do próprio indivíduo nesse contexto. No campo estadual, redefine os papéis de cada esfera do governo, em relação à governança única; os mecanismos de gestão para que os Estados deixem de ser apenas prestadores de serviços e assumam os seus respectivos papéis de gestores do SUS.

No que diz respeito ao papel do gestor público, o Estado possui quatro funções fundamentais e exclusivas, que devem ser exercidas de forma sequencial: gerir o SUS em nível estadual; estimular e apoiar os Municípios para que assumam a gestão da saúde de seus cidadãos, com foco na atenção integral; e temporariamente assumir a gestão da saúde das populações vinculadas aos Municípios que ainda não cumpriram com as suas responsabilidades. Por fim, a quarta e mais importante função do Estado é promover a harmonização, a modernização e a integração dos sistemas municipais, para a criação efetiva do SUS-Estadual.

Para que o gestor exerça tal função, é preciso estabelecer sistemas de suporte logístico e estratégico, que englobem atribuições em todas as esferas governamentais, abrangendo financiamento, informatização, planejamento, monitoramento, fiscalização, análise, custeio, avaliação financeira, capacitação de pessoal, incorporação de conhecimentos e tecnologias, comunicação externa e educação em saúde. Assim, no Governo Estadual, o progresso desse sistema está atrelado ao adequado funcionamento do Conselho Estadual de Saúde (CES) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que permite a troca de ideias e a concertação

entre todos os diversos entes envolvidos. Além disso, também depende da aprovação das programações e decisões relacionadas aos assuntos previamente estabelecidos:

Plano Estadual de Saúde, contendo as estratégias, as prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes, sobretudo, da integração das programações dos sistemas municipais; estruturação e operacionalização do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria; estruturação e operacionalização dos sistemas de processamento de dados, de informação epidemiológica, de produção de serviços e de insumos críticos; estruturação e operacionalização dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de vigilância alimentar e nutricional; estruturação e operacionalização dos sistemas de recursos humanos e de ciência e tecnologia; elaboração do componente estadual de programações de abrangência nacional, relativas a agravos que constituam riscos de disseminação para além do seu limite territorial; elaboração do componente estadual da rede de laboratórios de saúde pública; estruturação e operacionalização do componente estadual de assistência farmacêutica; responsabilidade estadual no tocante à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, ao tratamento fora do domicílio e à disponibilidade de medicamentos e insumos especiais, sem prejuízo das competências dos sistemas municipais; definição e operação das políticas de sangue e hemoderivados; e manutenção de quadros técnicos permanentes e compatíveis com o exercício do papel de gestor estadual; implementação de mecanismos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, de que são exemplos aquelas relativas a saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente¹⁰⁶.

No que concerne à coordenação e organização, a administração do Sistema Único de Saúde, em todas as esferas governamentais, é composta pelo setor dedicado do Poder Executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, conforme os termos das Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990. Assim, a interação entre os administradores nos vários níveis do sistema de saúde ocorre principalmente em duas instâncias de negociação: Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a CIB. Essas são compostas igualmente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES), dos COSEMS ou de outro órgão similar. Já a CIT é composta, paritariamente, pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), pelo CONASEMS e por representação do Ministério da Saúde (MS).

Após as discussões na CIT e CIB, as decisões são oficialmente registradas pelo gestor designado. Por outro lado, as decisões relacionadas às questões sob responsabilidade dos Conselhos de Saúde, estabelecidas pela legislação orgânica, por esta NOB ou por resolução específica dos respectivos conselhos, são apresentadas previamente a esses órgãos para a aprovação. Já as demais resoluções

¹⁰⁶CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS** (Publicada no D.O.U. de 6/11/1996). Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em: 26 jun. 2023.

devem ser enviadas, no prazo de até 15 dias após a divulgação, para que possam ser conhecidas, avaliadas e, se necessário, contestadas pela parte interessada, inclusive no que diz respeito à qualificação dos Estados como gestores dessa norma. Outras decisões devem ser enviadas, em até 15 dias após sua divulgação, para que possam ser analisadas e, se necessário, contestadas pela parte interessada, principalmente no que diz respeito à capacidade dos Estados e Municípios de cumprir essa regulamentação.

Portanto, é necessário que os Municípios elaborem um planejamento que, após ser negociado e acordado nos níveis estadual e federal, seja racional na distribuição de recursos de acordo com as necessidades. Assim, o objetivo dessa regra, vista como essencial para o funcionamento, é incentivar a criação de um novo modelo de cuidados de saúde, ao regular a organização da gestão desse cuidado de saúde, buscando estabelecer uma única direção em cada esfera de governo, a fim de construir uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada.

O propósito desse inovador método de assistência é expandir a abordagem do sistema vigente, visando a total integração das atividades. Essa expansão é clara, com a inclusão, ao invés do modelo clínico predominante, focado na doença, do modelo epidemiológico, que necessita da criação de conexões e abordagens mais abrangentes.

Assim, é dever do Estado promover políticas públicas que assegurem o financiamento adequado para manter o funcionamento do Sistema Único de Saúde e garantir o direito à saúde de toda a população, independentemente da condição social ou econômica. É fundamental a participação ativa da sociedade na fiscalização e no controle dos recursos destinados à saúde, a fim de garantir a sua destinação correta e eficiente.

Segundo o art. 194 da CF/88, a Saúde está inserida na seguridade social, ao lado da Assistência Social e da Previdência. Já o inciso VI do parágrafo único desse mesmo art. determina que a seguridade social será organizada pelo Estado, levando em conta a variedade de fontes de financiamento. Além disso, o art. 195 da CF/88 estabelece que a seguridade social será custeada com recursos provenientes dos orçamentos dos três níveis de governo, bem como das contribuições sociais.

Hodiernamente, as principais fontes que custeiam o Ministério da Saúde são a Contribuição Sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição sobre o Faturamento

(COFINS), considerando que os recursos vindos de fontes fiscais são destinados principalmente para custear gastos com funcionários e encargos sociais.

No âmbito estadual e municipal, para financiar o SUS, são utilizados recursos provenientes do Tesouro Público, bem como repasses da União para os Estados e desses para os Municípios. A compensação dos gastos ligados aos cuidados prestados pelos estabelecimentos de saúde públicos, tanto para aqueles com seguros de saúde privados quanto para o próprio sistema público de saúde, representa uma relevante fonte de verbas extras, conforme previsto na atual legislação federal.

É fundamental que os governos estaduais e municipais garantam a implementação de um sistema eficaz para a captação e aplicação de verbas específicas nos fundos de saúde. A Programação Pactuada e Integrada (PPI) engloba diferentes atividades relacionadas à saúde, como assistência ambulatorial e hospitalar, vigilância sanitária, epidemiologia e controle de doenças. Essa iniciativa é essencial para reestruturar o modelo de atenção e gestão do SUS, além de permitir a alocação de recursos e a integração entre os diferentes níveis de governo. A Política de Pactuação Interfederativa estabelece as obrigações de cada cidade, assegurando que os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde no próprio Município e também através de encaminhamentos para outras regiões, por meio da cooperação entre os gestores municipais conduzida pelo gestor estadual. É essencial que a construção da Programação Pactuada entre gestores de distintas instâncias de poder e a Programação Integrada entre as esferas governamentais seja feita levando em consideração a autonomia de cada gestor. No Estado, é necessário alinhar e integrar as programações dos Municípios, incluindo as ações de sua responsabilidade, por meio de negociações na CIB, cujo resultado deve ser aprovado pelo CES.

A implementação da PPI deve acontecer de maneira gradual, estabelecendo, ainda, os compromissos do governo, que deve garantir a igualdade, a excelência no atendimento e a organização da rede de serviços regionalizada e com diferentes níveis de complexidade. Desse modo, a elaboração do planejamento deve seguir os preceitos da abrangência das ações na área da saúde e na orientação unificada em cada esfera de governo, sendo composta por uma série de atividades específicas voltadas para uma determinada população e realizadas em um local específico, sem a ligação direta com a instituição responsável pela realização dessas atividades. Além disso, os órgãos estaduais, bem como os fornecedores contratados e conveniados

têm as suas ações descritas no planejamento do território municipal onde estão estabelecidos, uma vez que estão subordinados ao respectivo gestor.

É essencial para a organização da contratação de serviços de saúde e para o acompanhamento da correta cobrança dos pagamentos a existência do cadastro das Unidades Prestadoras de Serviços de Saúde (UPS), que deve estar sempre atualizado e completo. Assim fica a cargo do órgão responsável pela gestão do SUS manter comunicação constante com todas as unidades de saúde, sejam elas de contrato ou convênio, para garantir a atualização regular das informações cadastrais no sistema nacional.

Dessa forma, as diretrizes dos bancos de dados do País são estabelecidas pelos órgãos do Ministério da Saúde, tornando-se, assim, ferramentas essenciais para o desempenho das atividades de monitoramento, avaliação e auditoria. Por conseguinte, no nível estadual, os responsáveis pelo SUS devem garantir que esses bancos de dados sejam atualizados continuamente de maneira consistente, de acordo com as diretrizes de dados, informações e cronogramas definidos previamente pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde.

Além disso, no que diz respeito ao controle financeiro, é importante ressaltar que as medidas de controle devem se concentrar nos processos técnicos e administrativos que precedem a realização dos serviços e o pagamento correspondente, com o objetivo de assegurar internações e procedimentos ambulatoriais. Dessa forma, torna-se indispensável que as ações de fiscalização priorizem as etapas técnicas e gerenciais que precedem a realização dos trabalhos e a remuneração respectiva, com o intuito de assegurar hospitalizações e consultas ambulatoriais, sendo crucial supervisionar minuciosamente a correção e a veracidade das informações de produção e cobrança dos serviços a fim de suprir de forma adequada as demandas dos beneficiários.

Destarte, em nível estadual, a coordenação do SUS requer a constante integração das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e fiscalização. Além disso, é fundamental promover a integração operacional entre as diferentes unidades organizacionais responsáveis por essas atividades dentro de cada órgão gestor do Sistema. Isso inclui a valorização dos resultados alcançados e a identificação de prioridades, a fim de contribuir para o processo de tomada de decisão política e de alocação de recursos.

Aprimorar o modelo de gestão e atenção do SUS exige a melhoria contínua e a divulgação das ferramentas e das estratégias de avaliação de resultados e do impacto das ações do Sistema na saúde da população, com foco na epidemiologia e na definição das prioridades de intervenção e realocação de recursos de forma constante.

Portanto, é de responsabilidade do gestor estadual monitorar regularmente a execução das atividades planejadas pelos Conselhos de Saúde, com base em dados organizados que permitam a avaliação qualitativa e quantitativa dessas atividades. O Estado precisa verificar a execução dessas tarefas através do Relatório de Gestão Anual, cujo formato é sugerido pelo Ministério da Saúde, analisado pelo Conselho Nacional de Saúde e pelo Ministério da Saúde.

Os fundos do governo destinados aos serviços de saúde hospitalar e ambulatorial, como mencionado anteriormente, são conhecidos como Teto Financeiro da Assistência (TFA) e podem ser utilizados de duas maneiras: por meio de Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo) ou através do pagamento por serviços prestados. A Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo é a modalidade de transferência diretamente do FNS aos fundos estaduais e municipais, sem depender de convênio ou algo semelhante, conforme as condições de gestão nessa NOB.

Logo, diz-se respeito à alocação de verbas do FNS para os fundos estaduais e municipais, sem a exigência de convênios ou mecanismos similares, de acordo com as orientações de administração estabelecidas nesse NOB. Esses fundos podem ser direcionados para uma ou mais das circunstâncias explicadas a seguir. O Piso Mínimo de Assistência Básica é um montante destinado ao financiamento de ações e serviços na área da assistência básica, sendo de competência principal das Prefeituras. Esse piso é determinado pelo resultado da multiplicação de uma quantia por habitante fixada em âmbito nacional, tendo em conta a quantidade populacional de cada Município de acordo com informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo transferido automaticamente para o fundo de saúde ou para a conta específica das Prefeituras de forma periódica. De forma transitória, são transferidos ao fundo estadual, com base em condições estipuladas nessa NOB. Os recursos repassados pelo Piso Assistencial Básico (PAB) aos Estados abrangem somente a quantia essencial para suprir as necessidades da população que vive em cidades ainda não habilitadas, conforme estabelecido pelas normas da Operação Padrão. A

Assistência Especializada por Fração (AEF) é um recurso destinado a serviços ambulatoriais de média dificuldade, remédios e materiais especiais, dispositivos e aparelhos para o uso fora do lar e Tratamento em Outro Local (TOL), sob gestão do governo estadual. Dessa forma, o setor responsável do Ministério da Saúde oficializa, por meio de portaria, essa lista com base nas negociações realizadas na CIT, devendo integrar a programação global de oferta no Estado. Nesse particular, Heleni Ávila¹⁰⁷ pontua que, no período pós-constituente, a edição de portarias ministeriais tem sido o principal meio de coordenação das ações nacionais em saúde. Isso significa que a formulação da política nacional de saúde tem ocorrido principalmente no âmbito do Poder Executivo, com uma menor participação do Congresso Nacional.

Essas portarias têm como objetivo condicionar as transferências de recursos federais à adesão dos Estados e Municípios aos objetivos da política federal de saúde. Essa abordagem reflete a ênfase na descentralização das ações de saúde e na parceria entre as diferentes esferas de governo para a implementação das políticas públicas de saúde.

Para a implementação das políticas públicas nos entes federados, é essencial que haja instituições capazes de desempenhar as funções de órgãos executivos da política. Além disso, são necessárias estratégias de gestão e execução que garantam a efetividade e a eficiência na prestação dos serviços e na consecução dos objetivos das políticas públicas. Isso envolve a criação e a manutenção de órgãos e entidades governamentais, a alocação de recursos, a capacitação de servidores, o estabelecimento de parcerias com a sociedade civil e o monitoramento constante para garantir a qualidade e o alcance dos serviços públicos.

Dessa forma, para os que permanecem sob a gestão do Estado, a CIB aponta os quantitativos e respectivos valores desses procedimentos, compondo os tetos financeiros de assistência desses entes municipais. Por consequência, o valor programado da Fração Assistencial Especializada (FAE) é transferido, de maneira perene e automática, da verba destinada pelo Fundo Nacional para o Fundo Estadual de Saúde, de acordo com as diretrizes de gestão das Secretarias Estaduais de Saúde mencionadas nessa normativa. Os protocolos excluídos da cobertura da FAE são os

¹⁰⁷ÁVILA, Heleni Duarte Dantas de. **A construção do SUS na Bahia: uma história da sua implementação – 1986 a 2006.** Orientador: Jairnilson Silva Paim. 2013. 238f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=224304. Acesso em: 05 out. 2023.

referentes ao PAB e os determinados como de elevado custo ou complexidade através de portaria emitida pelo órgão responsável do Ministério (SAS/MS), corresponde ao valor destinado ao financiamento das ações de assistência adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde. O TFA municipal é uma forma automática e periódica de repasse de verbas do Governo Federal para os Fundos de Saúde dos Municípios, seguindo as normas de administração determinadas por essa Norma Operacional, sendo utilizado para custear os serviços prestados no âmbito do Município (exceto aqueles que foram excluídos da gestão municipal por decisão na Comissão Intergestores Bipartite).

O financiamento das ações assistenciais sob responsabilidade da SES é determinado pelo Valor de Referência Estadual (VRE). Já o Valor de Controle e Fiscalização Ambiental Estadual está ligado ao VCFA estabelecido na CIT e oficializado por portaria do Ministério competente (SAS/MS). Esse montante é destinado ao financiamento das ações assistenciais da SES. O VCFAC está associado ao VCFA estipulado na CIT e reconhecido por meio de portaria do órgão responsável do Ministério da Saúde (SAS/MS). Esses valores são repassados de maneira rotineira e automática do Fundo Nacional para o Fundo Estadual de Saúde, de acordo com as diretrizes de gestão determinadas por esta Norma Operacional Básica, com deduções dos repasses regulares e automáticos para os Municípios do Estado (PAB e TFA municipal).

O Índice de Valorização de Resultados (IVR) consiste na adição de valores extras de até 2% do TFA estadual, transferidos de forma automática e regular do Fundo Nacional para o Fundo Estadual de Saúde, como forma de incentivar a conquista de resultados positivos no que se refere à saúde da população. Os critérios para essa bonificação são estabelecidos pela CIT e formalizados em portaria do Ministério da Saúde (SAS/MS). Os recursos do IVR são repassados pela Secretaria Estadual de Saúde às Secretarias Municipais de Saúde, de acordo com a decisão da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Por conseguinte, o pagamento é direto aos prestadores de serviços, sejam eles do Estado ou privados contratados e conveniados. Esse pagamento é feito mediante a apresentação de faturas que correspondam aos serviços realizados de acordo com a programação estabelecida e com autorização prévia do gestor responsável. Os montantes a serem desembolsados são calculados seguindo tabelas elaboradas pelo

departamento responsável do Ministério da Saúde (SAS/MS) e estão descritos no Termo de Formalização de Acordo do Estado e do Município.

Essas diretrizes estão contidas no TFA estadual e municipal e são realizadas mediante autorização de pagamento pelo administrador. Nos Estados (e também nos Municípios) que são beneficiados com repasses financeiros da assistência (TFA municipal e Taxa de Controle e Fiscalização Ambiental Estadual, respectivamente), consoante os mandamentos de gestão previstos nesta NOB, os recursos vinculados à remuneração por serviços estão inseridos nas verbas da assistência, suscetíveis de restrição na CIB. Além disso, o gestor do governo federal tem autoridade para realizar pagamentos diretos a prestadores de serviços em circunstâncias que não envolvem as transferências habituais entre fundos, de acordo com os critérios a seguir indicados.

O reembolso por internações hospitalares é determinado com base no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), que inclui todos os procedimentos realizados durante a hospitalização, conforme a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que é o documento responsável pela aprovação e cobrança dos serviços prestados. Já o pagamento pelos procedimentos ambulatoriais de elevado custo/complexidade é estipulado de acordo com os valores determinados pelo SAI/SUS, através da Autorização para Intervenção de Elevado Custo (PIEC), que individualiza cada indivíduo e assegura a permissão antecipada e documentação correta dos tratamentos efetuados. Abrange, dessa forma, os processos de atendimento externo específicos no SAI/SUS, recomendados no CIT e estabelecidos conforme as diretrizes da entidade reguladora do ministério (SAS/MS). O Ministério da Saúde é responsável por remunerar diretamente pelos serviços prestados, incluindo os procedimentos associados ao PAB e à FAE, para os Municípios que não possuem gestão semiplena de acordo com a NOB 93 ou para aqueles listados na NOB mas com gestão municipal em Estados com gestão convencional.

O Fator de Estímulo ao Progresso do Ensino e da Pesquisa em Saúde (FEPEPS) e o Índice de Valorização de Emergência Hospitalar (IVEH), juntamente com outros elementos e indicadores que influenciam na remuneração por serviços prestados, são estabelecidos de acordo com as diretrizes federais e avaliação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de cada Estado. Esses parâmetros e elementos integram o limite financeiro das redes de saúde municipais e estaduais.

O Limite Orçamentário da Vigilância Sanitária (LOVS) e os seus valores podem ser empregados de duas maneiras: remuneração por atividades realizadas e repasses regulares e automáticos de recursos de fundo a fundo (valores transferidos diretamente do FNS para os fundos estaduais e municipais, sem a obrigatoriedade de convênios ou acordos similares).

A NOB, por meio dos critérios de administração, esclarece as atribuições do gestor estadual, os requisitos relacionados aos métodos de administração e os direitos a fim de determinar o seu desempenho. Os Estados têm a possibilidade de aderir a diferentes critérios de administração, o que representa o comprometimento declarado pelo gestor, perante outros gestores e a própria comunidade, sob a sua responsabilidade. Nesse sentido, a norma previu que os Estados poderão aderir a duas modalidades de administração do sistema estadual: a avançada e a plena.

Os órgãos estaduais que optarem por não aderir ao processo de habilitação continuarão operando no modelo de gestão convencional, desempenhando as suas atribuições como vinham fazendo antes da implementação do SUS, sem se adequar às diretrizes da NOB, exceto em relação ao PDAVS, conforme estabelecido pela SVS/MS. Essa situação se refere à execução das atividades básicas de gestão do sistema, que foram gradualmente absorvidas pela SES, sem a necessidade de passar por um processo específico de habilitação na NOB.

Tanto a administração avançada, quanto a administração plena do sistema de saúde possuem responsabilidades em comum, tais como: desenvolver um plano de investimentos para o Estado, que inclua diferentes Municípios e seja coordenado através da CIB para a distribuição de recursos com base em um planejamento estratégico; elaborar e colocar em prática um plano estadual de prioridades de investimentos, discutido na CIB e aprovado pelo CES; supervisionar as unidades estaduais da hemorrede e os laboratórios de referência para garantir qualidade, vigilância e controle epidemiológico; organizar sistemas de referência, bem como normalizar e operar a câmara de compensação de AIH, procedimentos especializados, de alto custo e alta complexidade; estabelecer a política pública de sangue e hemoterapia; formular e executar a política estadual de assistência farmacêutica, em conjunto com o MS; estabelecer normas complementares para mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, Tratamento Fora do Domicílio (TFD), medicamentos e insumos especiais; cooperar tecnicamente e financeiramente com os

Municípios para consolidar a descentralização, organizar a rede por região e hierarquizar os serviços, realizar ações de epidemiologia, controle de doenças, vigilância sanitária, além de exercer funções de gestão de planejamento, controle, avaliação e auditoria; manter um cadastro atualizado de unidades assistenciais sob gestão, respeitando as normas do MS; desenvolver estratégias para promover a conexão entre projetos de saneamento e saúde; gerenciar ações de monitoramento epidemiológico e prevenção de enfermidades, de acordo com o estabelecido na Lei nº 8.080/1990; realizar operações complexas para controlar doenças que se beneficiam da economia de escala; executar as ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto aquelas realizadas pelos Municípios com gestão plena do sistema municipal; executar ações básicas de vigilância sanitária para Municípios não habilitados na NOB e apoiar logisticamente e estrategicamente as atividades de saúde das populações indígenas, seguindo os critérios estabelecidos pela CIT. Ademais, as duas formas de gestão estadual têm requisitos comuns, a exemplo da comprovação do funcionamento da operação do Fundo Estadual de Saúde e a da apresentação do Plano Estadual de Saúde (PES), aprovado pelo CES, contendo:

As metas pactuadas; a programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças – incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios – de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas; as estratégias de descentralização das ações de saúde para Municípios; as estratégias de reorganização do modelo de atenção; e os critérios utilizados e os indicadores por meio dos quais é efetuado o acompanhamento das ações¹⁰⁸.

Nesse contexto, cabe a ambos os sistemas demonstrar a eficácia do Fundo Estadual de Saúde; apresentar o Plano Estadual de Saúde; elaborar os relatórios de gestão da assistência hospitalar e ambulatorial para os Municípios autorizados, conforme a respectiva modalidade de gestão; evidenciar habilidades técnicas e administrativas, bem como recursos materiais para cumprir as suas obrigações e prerrogativas, incluindo contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços sob a sua gestão e avaliação do impacto das ações do Sistema na saúde da população estadual; assegurar a estruturação do componente estadual do Sistema Nacional de

¹⁰⁸CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS** (Publicada no D.O.U. de 6/11/1996). Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em: 26 jun. 2023.

Auditoria (SNA); enviar à CIT o pedido formalmente aprovado pelo CES e CIB, confirmando o cumprimento dos requisitos gerais e específicos relacionados à gestão solicitada; criar o Comitê de Epidemiologia Interinstitucional, subordinado ao Secretário de Saúde do Estado; garantir a operação dos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária estadual, de acordo com a legislação e aptidão para executar atividades de vigilância sanitária. Na administração avançada do sistema estadual, o Estado detém obrigações específicas, como a gestão, supervisão, avaliação e remuneração dos fornecedores que fazem parte do PAB dos Municípios não certificados; supervisão, avaliação, remuneração dos serviços sob administração estadual inclusos na FAE, liberação de pagamento de demais serviços hospitalares e ambulatoriais ligados à administração estadual e atividades do SAI/SUS, de acordo com as diretrizes do MS, e atualização dos bancos de dados de âmbito nacional.

Nesse cenário, cabe ao órgão seguir as determinações estabelecidas, tais como a entrega da Programação Pactuada e Integrada na área ambulatorial, hospitalar e de elevado custo, levando em conta também a interação entre os Municípios e os parâmetros para a sua formulação. Além disso, as transferências regulares e automáticas incluem recursos referentes ao Fundo de Ações Estratégicas e ao Piso de Atenção Básica destinados aos Municípios não qualificados, bem como o repasse do Piso Básico de Vigilância em Saúde (PBVS) para Municípios não habilitados, o Índice de Valorização do Impacto em Vigilância em Saúde (IVISA) e recursos relacionados às atividades de epidemiologia e controle de doenças, assim como a remuneração por serviços prestados na área de vigilância em saúde.

Na administração completa do Sistema Estadual, são evidenciadas as responsabilidades particulares de administrar o SAI/SUS, o SIH/SUS, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, e de atualizar as bases de dados de interesse nacional; contratar, fiscalizar, auditar e realizar os pagamentos aos provedores de serviços sob a gestão estadual, seguindo as determinações da Câmara Intergestores Bipartite.

No que diz respeito aos requisitos específicos, é preciso destacar a realização da coordenação integrada das atividades em consultórios, hospitais e que envolvam altos custos, abrangendo a ligação entre as cidades e os critérios para a sua fundação; mostrar a implementação de métodos de monitoramento da oferta de serviços em consultórios e hospitais, como os centros de controle de disponibilidade de leitos e

internações, dos procedimentos realizados em consultórios e hospitais com custos e/ou complexidade elevados e do agendamento de consultas especializadas.

Na esfera financeira, é importante ressaltar que compete a esse sistema alocar 80% dos Municípios aptos de acordo com as condições de administração estabelecidas nesta NOB, independentemente de sua população; ou 50% dos Municípios, contanto que 80% da população resida neles. Cabe também ao Estado reservar metade do valor do TFA para transferências automáticas e regulares aos Municípios.

Além disso, existem ainda as possibilidades de transferências programadas e automáticas dos recursos relacionados: ao Instituto de Valorização de Resíduos; dos recursos correspondentes ao montante do Termo de Fomento e Apoio, descontadas as transferências diretas realizadas aos Municípios elegíveis; do Programa de Bolsa de Valorização da Saúde para os Municípios não elegíveis na Norma Operacional Básica; do Instituto de Vigilância em Saúde; normalização complementar, acordada na Comissão Intergestores Bipartite e aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde, referente ao pagamento de prestadores de serviços de saúde sob contrato, inclusive alteração de valores de procedimentos, com a tabela nacional como base mínima; transferência de recursos destinados às ações de epidemiologia e controle de doenças e a remuneração por serviços prestados na área da vigilância sanitária.

É importante considerar que as atribuições que identificam cada uma das modalidades de administração estabelecidas na NOB constituem um requisito básico e não excluem a incorporação de outras estabelecidas na CIB e autorizadas pelo CES, em particular aquelas que já foram aceitas em virtude da NOB 93.

Os órgãos públicos autorizados atualmente para exercer gestão parcial e semiplena devem demonstrar o cumprimento dos requisitos extras em relação às novas condições solicitadas nesta NOB. A permissão dos Estados para qualquer tipo de administração é estabelecida no CIT e confirmada por um ato do MS, podendo ser contestada no CNS. Podemos notar quatro atribuições fundamentais do Estado, que não são obrigatoriamente únicas e podem acontecer em várias sequências.

Em primeiro lugar, ele é responsável pela gestão do SUS em nível estadual. Em seguida, é importante promover as condições adequadas e apoiar os Municípios para que assumam a responsabilidade pela gestão da saúde de seus habitantes, com foco na atenção básica. Posteriormente, o Estado deve temporariamente assumir a gestão da saúde das populações dos Municípios que ainda não assumiram essa

responsabilidade, atuando de forma independente, sem competir ou complementar as atividades locais.

As responsabilidades não cumpridas são sempre o principal obstáculo para desempenhar essa atividade. No entanto, é necessário que o administrador estadual supere padrões históricos de auxiliar o governo municipal ou competir com essa função, demandando assim a plena execução do segundo papel.

Por último, a quarta função do governo, que se destaca e permanece consistente, é incentivar a conciliação, a união e a atualização dos sistemas municipais, estabelecendo assim o SUS-Estadual. Naturalmente, a prática dessas atribuições pelo líder requer a implementação de dispositivos de apoio logístico e de estratégias de ação que englobem deveres nos três níveis governamentais e que são, resumidamente, discernidos como: investimento; digitalização de dados; planejamento, monitoramento, controle e análise; registro de despesas e avaliação financeira; capacitação de pessoal; progresso e implementação de conhecimento e tecnologia, comunicação pública e ensino na área da saúde.

É importante ressaltar que o progresso desses sistemas no governo depende diretamente da eficiência do CES, assim como da CIB, que possibilitam as negociações e acordos com as partes envolvidas. Necessita, igualmente, da ratificação das programações e decisões no que tange:

4) plano estadual de saúde, contendo as estratégias, as prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes, sobretudo, da integração das programações dos sistemas municipais; b) estruturação e operacionalização do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria; c) estruturação e operacionalização dos sistemas de processamento de dados, de informação epidemiológica, de produção de serviços e de insumos críticos; d) estruturação e operacionalização dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de vigilância alimentar e nutricional; e) estruturação e operacionalização dos sistemas de recursos humanos e de ciência e tecnologia; f) elaboração do componente estadual de programações de abrangência nacional, relativas a agravos que constituam riscos de disseminação para além do seu limite territorial; g) elaboração do componente estadual da rede de laboratórios de saúde pública; h) estruturação e operacionalização do componente estadual de assistência farmacêutica; i) responsabilidade estadual no tocante à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, ao tratamento fora do domicílio e à disponibilidade de medicamentos e insumos especiais, sem prejuízo das competências dos sistemas municipais; j) definição e operação das políticas de sangue e hemoderivados; k) manutenção de quadros técnicos permanentes e compatíveis com o exercício do papel de gestor estadual; l) implementação de mecanismos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, de que são exemplos

aquelas relativas a saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente¹⁰⁹.

Geidson Santana¹¹⁰ enfatiza a importância do Conselho Estadual de Saúde ao atuar na negociação e estabelecimento de acordos com a CIB, assim como na tomada de decisões sobre as políticas de saúde estaduais. Ele destaca que o órgão é formado por diferentes setores da sociedade, incluindo representantes das Secretarias Municipais de Saúde e da SES.

Segundo Tatiana Britto¹¹¹, em relação a esse órgão, o Conselho Estadual de Saúde da Bahia é descrito como uma entidade colegiada independente, com poder de decisão e presença constante no SUS, fazendo parte da organização fundamental da SESAB. Aliás, cabe aqui mencionar a sua natureza jurídica, enquanto órgão deliberativo e com função de fiscalização, sendo representado por: gestores do sistema; sindicatos dos trabalhadores; associações comunitárias; entidades representativas das classes empregadoras e entidades representativas dos profissionais de saúde.

A estrutura, organização e habilidades seguem as diretrizes estabelecidas pela Lei Estadual nº 6.074/1991, pela Lei Federal nº 8.142/1990 e pela Resolução Federal nº 333/2003. Durante a 11ª Reunião Extraordinária em 11 de dezembro de 2008, o Plenário do Conselho aprovou modificações no Regimento Interno do CES, que resultaram na sua reestruturação, organização e operação.

O Comitê de Educação de Saúde trabalha na elaboração e apresentação de planos e propostas, além de fiscalizar a aplicação da política de saúde do Estado, incluindo também aspectos relacionados à economia e finanças. Esse comitê é formado de maneira equitativa, com metade dos representantes sendo usuários, 25% sendo profissionais da área de saúde e 25% sendo representantes do governo

¹⁰⁹CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS** (Publicada no D.O.U. de 6/11/1996). Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em: 26 jun. 2023.

¹¹⁰SANTANA, Geidson Uilson Seixas. **O Sistema Único de Saúde na Bahia: aspectos selecionados acerca da sua organização, planejamento e gestão**. Orientador: Prof. Dr. Hamilton de Moura Ferreira Jr. 2012. 139f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012. Disponível em: https://ppgeconomia.ufba.br/sites/ppgeconomia.ufba.br/files/2012_-_geidson_uilson_seixas_santana_-_o_sistema_unico_de_saude_na_bahia_aspectos_selecionados_acerca_da_sua_organizacao_planejamento_e_gestao.pdf. Acesso em: 05 out. 2023.

¹¹¹BRITTO, Tatiana Pinheiro Mota. **Controle Social na Saúde Pública no Estado da Bahia: uma análise da atuação do Conselho Estadual de Saúde**. Orientador: Andrea Cardoso Ventura. 2022. 96f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13097379. Acesso em: 05 out. 2023.

(federal, estadual e municipal), além de provedores de serviços públicos e/ou privados, sejam eles conveniados ou sem fins lucrativos.

3.2 O orçamento público estadual da Bahia

Um governo, em regra, ao executar equilibradamente as suas ações, necessita de recursos. Enquanto os gastos do governo são considerados despesas públicas, o seu ingresso pode ser considerado como receita pública.

O orçamento é o elemento central de objeto de estudo do Direito Financeiro. Esse, como ramo específico e autônomo do Direito, tem metodologia própria, princípios específicos e objeto de estudo determinado: as finanças do Estado. Destarte, o orçamento estabelece o planejamento da vida financeira, a fixação de despesas e a estimativa autorizada de despesas.

Historicamente, os governos utilizaram diversas formas de arrecadação de dinheiro para sustentar as suas ações. Aliomar Baleeiro bem investiga:

Para auferir o dinheiro necessário à despesa pública, os governos, pelo tempo afora, socorrem-se de uns poucos meios universais: a) realizam extorsões sobre outros povos ou deles recebem doações voluntárias; b) recolhem as rendas produzidas pelos bens e empresas do Estado; c) exigem coativamente tributos ou penalidades; d) tomam ou forçam empréstimos; e) fabricam dinheiro fácil metálico ou de papel¹¹².

Segundo o autor, todos esses processos de financiamento estatal se encaixam nesses cinco tipos acima, há séculos. Essas fontes de recursos tratam de méritos distintos e assumem relevância variada conforme o período e a contingência.

O autor prossegue dissecando as fases evolutivas das receitas:

Já se pretendeu firmar um retrospecto da evolução das receitas com fases características, presumidamente sucessivas, muito embora possam coexistir e apresentar tipos recessivos. Essas fases seriam redutíveis a cinco padrões: a) *parasitária* (extorsão exercida contra povos vencidos); b) *dominial* (exploração do patrimônio público); c) *regaliana* (cobrança de direitos realengo como o pedágio etc.); d) tributária; e) social (tributação extrafiscal sócio-política)¹¹³.

¹¹²BALLEIRO, Aliomar. **Uma Introdução à Ciência das Finanças**. 16.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004, p.125.

¹¹³BALLEIRO, Aliomar. **Uma Introdução à Ciência das Finanças**. 16.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004, p.125.

O planejamento financeiro do governo, junto com a arrecadação de recursos, os gastos públicos e o financiamento público compõem os elementos essenciais das Ciências Financeiras. Não se olvide pontuar que o orçamento público, com fulcro na doutrina balizada¹¹⁴, é considerado como lei formal de efeitos concretos, com possibilidade jurídica de previsão dos elementos anteriormente indicados, ao contrário do entendimento de ter natureza materialmente legislativa. É tida, então, segundo Ricardo Lobo Torres¹¹⁵, como ato-condição que, aprovado pelo Poder Legislativo, circunscreve-se à autorização de despesa e de previsão de receitas, não criando direitos subjetivos para terceiros.

O orçamento público estabelece-se na CF/88, onde são estampados os seus princípios específicos que irão nortear a extração da inteligência por parte do intérprete e correspondentes regras que versam sobre receitas e despesas, desde a cobrança de um tributo específico até a execução da despesa pública, através do pagamento.

Nesse ponto, Ricardo Lobo Torres¹¹⁶ usa o termo “Constituição Orçamentária”, como um dos subsistemas da Constituição Financeira, ao lado das Constituições Tributária e Monetária.

Do ponto de vista formal, a Constituição Orçamentária do Brasil não se limita à seção II do capítulo II do título VI, intitulada “Dos orçamentos” (arts. 165 a 169, da CF/88), pois abrange, também, normas atreladas sobre o controle da execução orçamentária (arts. 70 a 75), o orçamento dos três poderes, a fiscalização interna de cada ente e a fiscalização externa a cargo do Congresso Nacional, com o apoio dos Tribunais de Contas.

Segundo Ricardo Lobo Torres, eis a noção orçamentária da Carta Magna:

A Constituição Orçamentária “constitui” o Estado Orçamentário, que é particular dimensão do Estado de Direito apoiada nas receitas, especialmente a tributária, como instrumento de realização das despesas. O Estado Orçamentário surge como o próprio Estado Moderno. Já na época da derrocada do feudalismo e na fase do Estado Patrimonial e Absolutista aparece a necessidade da periódica autorização para lançar tributos e efetuar gastos, primeiro na Inglaterra (Magna Carta de 1215) e logo na França, Espanha e Portugal. Com o advento do liberalismo e das grandes revoluções é que se constitui plenamente o Estado Orçamentário, pelo aumento das

¹¹⁴TORRES, Ricardo Lobo. **Curso de Direito Financeiro e Tributário**. 19.ed. Rio de Janeiro: 2013, p.52.

¹¹⁵*Ibidem*, loc. cit.

¹¹⁶*Idem*.

receitas e despesas públicas e pela constitucionalização do orçamento na França, nos Estados Unidos e no Brasil (art. 172 da Constituição de 1824)¹¹⁷.

Os valores que adentram o cofre público podem ser classificados como receitas ou como ingressos. Toda receita é um ingresso, mas a recíproca nem sempre é verdadeira. Alguns ingressos podem ser mera passagem de caixa, ou ingressos de caixa ou movimentos de fundo, sem pertencer propriamente ao patrimônio público.

Esses ingressos de mera passagem de caixa, por não serem formas de incremento do patrimônio público, podem retornar à sua origem ou serem destinados a outra pessoa física ou jurídica. Não fazem parte do patrimônio público em si.

O Estado não poderá livremente dispor sobre ele porque é desprovido da propriedade plena, não podendo livremente usar, gozar, dispor ou fazer qualquer tipo de negócio jurídico (livre de modo ou encargo) com ele. Portanto, esse tipo de ingresso pode mudar de titularidade jurídica conforme a interferência de algum fator externo que influencie o seu retorno ou o seu novo direcionamento. Adentra o cofre público, mas não lhe pertence porque é um valor condicionado, submetido a eventual limitação, como um modo ou encargo. Pode-se ilustrar como:

Exemplificam esses “movimentos de fundos” ou simples “entradas de caixa”, destituídas de caráter de receitas – as cauções, fianças e depósitos recolhidos ao Tesouro; os empréstimos contraídos pelos Estados, ou as amortizações daqueles que o governo acaso concedeu; enfim as somas que se escrituram sob reserva de serem restituídas ao depositante ou pagas a terceiro por qualquer razão de direito e as indenizações devidas por danos causados às coisas públicas e liquidados segundo o Direito Civil¹¹⁸.

Por conseguinte, é possível extrair que a receita pública pode ser conceituada como o valor que ingressa no cofre público estatal como um elemento novo, positivo e incondicionado a qualquer outro fator. Constituiu elemento novo porque não havia previsão anterior; positivo porque é valor que acresce, aumenta o patrimônio público; e incondicionado porque não varia conforme outras variáveis externas.

Dentre todas as fontes de receitas do Estado, a receita tributária é mais eficiente do ponto de vista financeiro. Do ponto de vista classificatório, em relação à origem, é classificada como derivada porque decorre de pagamento de terceiros - os

¹¹⁷TORRES, Ricardo Lobo. **Curso de Direito Financeiro e Tributário**. 19.ed. Rio de Janeiro: 2013, p.172.

¹¹⁸BALLEIRO, Aliomar. **Uma Introdução à Ciência das Finanças**. 16.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004, p.126.

particulares. No caso dos tributos, são cumprimento de prestações legais onde o particular não tem poder de escolha. Complementa Aliomar Baleeiro: “O setor privado as paga por ato de autoridade, dentro da lei. Não se confundem com as categorias de Direito Civil”¹¹⁹.

O Estado, através do orçamento, estabelece a receita tributária e a patrimonial, redistribui rendas, objetiva equilibrar a economia, auxilia a estrutura da seguridade social e presta serviços públicos de saúde. Nesse ponto, Andrei Teles¹²⁰ lembra que, seguindo as diretrizes do manual técnico do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o orçamento é reconhecido como uma ferramenta de planejamento na qual se prevê tanto o ingresso de recursos (receitas) quanto a alocação de recursos (despesas), com o propósito de apoiar a gestão na consecução dos objetivos.

A regulamentação dos orçamentos na CF/88 é destrinchada na elaboração das leis orçamentárias, que usam o critério da anualidade: a) lei que institui o Plano Plurianual (PPA), de vigência quadrienal, conforme o art. 165, § 1º, CF/88; a LDO que, principalmente, vai orientar a Lei Orçamentária Anual (LOA), conforme o art. 165, § 2º, da Constituição Federal de 1988; c) a LOA que inclui o orçamento fiscal dos três poderes, dos investimentos públicos e do orçamento da seguridade social¹²¹ (art. 165, § 5º, da CF/88).

Andrei Teles¹²² complementa que a alocação dos recursos é conduzida por meio da LDO, a qual desempenha um papel fundamental na orientação da formulação da LOA. A LDO define a estrutura e a organização dos orçamentos, introduz mudanças na legislação tributária e fiscaliza a execução de obras e serviços que estejam em situação irregular.

¹¹⁹BALLEIRO, Aliomar. **Uma Introdução à Ciência das Finanças**. 16.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004, p.126.

¹²⁰TELES, Andrei Souza. **Financiamento do Sistema Único da Saúde no Estado da Bahia**. Orientador: *Thereza Christina Bahia Coelho*. 2015. 129f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2015. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=7971288. Acesso em: 05 out. 2023.

¹²¹“A Constituição de 1988 detalhou um sistema de seguridade social abrangente, aliando saúde, previdência e assistência social em um modelo de proteção social moderno, previdência e assistência social em um modelo de proteção social moderno e solidário.” (BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p.115).

¹²²TELES, Andrei Souza. **Financiamento do Sistema Único da Saúde no Estado da Bahia**. Orientador: *Thereza Christina Bahia Coelho*. 2015. 129f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2015. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=7971288. Acesso em: 05 out. 2023.

As três leis orçamentárias devem se integrar de forma harmônica, devendo a lei orçamentária anual respeitar os direcionamentos das leis de diretrizes orçamentárias e, ambas, conseqüentemente, devem respeito ao previsto no plano plurianual (arts. 165, § 7º, art. 166, § 4º ao art. 167, § 1º). Elas devem, também, ser compatíveis com o planejamento global – econômico e social (art. 165, § 4º). Nesse ponto, acresce Ricardo Lobo Torres:

A tripartição do planejamento orçamentário, adotada pela Constituição brasileira, denota a influência recebida da Constituição da Alemanha, que prevê o plano plurianual (*eine mehrjährige Finanzplanung* – art. 109, 3), o plano orçamentário (*Haushaltsplan* – art. 110) e a lei orçamentária (*Haushaltsgesetz* – art. 110); só que lá se discute se o plano orçamentário é realmente distinto da lei orçamentária¹²³.

No plano plurianual, o Estado da Bahia tem como mote o estabelecimento de programas e as metas governamentais de longo prazo, concebidas como de duração prolongada, para um período de quadriênio. É o planejamento conjuntural que visa a promoção para o desenvolvimento do Estado em diversos setores, inclusive o da saúde.

A lei complementar mencionada no art. 165, § 9º da CF/88, determina o ano financeiro, a duração, os prazos para a criação e a estruturação do plano de médio prazo. A proposta orçamentária da cidade precisa estar alinhada com os projetos e programas de abrangência nacional, regional e setorial, conforme estipulado no art. 165, § 4º, da CF/88.

O Plano Plurianual da Bahia tem natureza jurídica de lei formal, dependendo do orçamento anual para que possa ter eficácia no que tange à realização das despesas, formalizando o sentido de uma programação ou orientação, que deve ser respeitada pelo Poder Executivo¹²⁴ na execução dos orçamentos anualmente publicados, mas sem imposição de dever perante o Poder Legislativo; ou seja, sem vinculação para a realização de leis orçamentárias.

¹²³TORRES, Ricardo Lobo. **Curso de Direito Financeiro e Tributário**. 19.ed. Rio de Janeiro: 2013, p.60.

¹²⁴“O poder Executivo ganha relevância na medida em que possui a função precípua de executar as políticas públicas necessárias à efetivação do direito à saúde. Ao Executivo, compete, ainda, regulamentar as leis no sentido de dar-lhes maior efetivação do direito à saúde. Ao Executivo compete, ainda, regulamentar as leis no sentido de dar-lhes maior eficácia, seja organizado a atuação estatal, seja delineado conceitos que ficaram muitos abertos na Constituição ou nas leis.” (BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p.117).

3.3 A vinculação de receitas às ações e serviços de saúde do Estado

Entre as categorizações dos tributos, a mais relevante para a análise dos temas abordados nessa pesquisa é aquela que se refere à destinação de suas arrecadações, podendo ser vinculadas ou não vinculadas.

O tributo vinculado tem como premissa a participação do Estado. O seu fato gerador é configurado por uma atuação estatal específica, ligada ao contribuinte. Por isso, quando tivermos uma atuação direta, teremos as taxas e as contribuições de melhoria. Já no tributo não-vinculado, o seu fato gerador não tem vínculo com nenhuma atividade estatal especificamente ligada ao contribuinte, como o imposto.

No que diz respeito à aplicação dos recursos obtidos através de impostos, o art. 167 da CF/88 confirma que os impostos não são direcionados para fins específicos:

Art. 167. São vedados: [...] IV – a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde, para manutenção e desenvolvimento do ensino e para realização de atividades da administração tributária, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2.º, 212 e 37, XXII, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165, § 8.º, bem como o disposto no § 4.º deste artigo; [...]¹²⁵.

Nota-se, então, que apenas parte das receitas derivadas, correntes e ordinárias, provenientes dos impostos, tem destinação para áreas específicas. Ademais, no mesmo patamar de saúde e educação, está a própria administração pública fazendária, conforme excerto acima.

Alguns autores sustentam a distinção entre impostos diretos e indiretos. Nos diretos, o sujeito passivo paga diretamente ao ente político (prefeitura, governo estadual ou federal). Em contrapartida, os impostos indiretos são pagos sem o contribuinte perceber. Estão embutidos nos preços de quase tudo o que se compra ou se utiliza.

Em outro giro, as contribuições especiais são vinculadas porque têm como principal característica a sua finalidade para qual a sua criação é destinada.

¹²⁵BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26.ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

Outrossim, os empréstimos compulsórios também o são, pois visam atender despesas urgentes provenientes de calamidade pública, guerra externa ou sua iminência; além de investimentos públicos de caráter emergencial e grande interesse nacional.

Como um dos princípios gerais que atrela a tributação às normas do Direito Financeiro, esse princípio defende a não-vinculação de receitas de impostos a órgãos, fundos ou despesas. Não obstante, a própria CF/88 mitigou esta vedação.

Esse princípio, também conhecido como princípio da não-afetação, tem como mote reservar que percentuais determinados sejam vinculados às finalidades específicas, como a saúde. Portanto, é necessário que sejam empregados unicamente para cumprir o propósito específico, mesmo que em uma atividade diferente daquela em que se deu a admissão. Em relação à questão da vinculação de receitas, José Afonso da Silva expressa a sua posição crítica:

A doutrina condena a vinculação de receitas *a priori*, tanto que a não-vinculação se erige em princípio orçamentário. E a técnica do orçamento-programa é a mais refratária à vinculação de receitas. Ela quer que os recursos sejam livres e à disposição para realização de obras e serviços, em conformidade com as necessidades existentes e em obediência à escala de prioridades estabelecida a partir de análise rigorosa da situação existente¹²⁶.

Essa facultatividade é lastreada no princípio da não-vinculação, mas mitigada claramente pelo art. 167, IV, da CF/88, que garante percentuais de repasse para os setores da Saúde, Educação e Administração Fazendária:

Art. 167. São vedados:

[...]

IV – a **vinculação** de receita de **impostos** a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de **saúde**, para manutenção e desenvolvimento do ensino e para realização de atividades da administração tributária, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2º, 212 e 37, XXII, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165, § 8º, bem como o disposto no § 4º deste artigo; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)¹²⁷. (grifamos).

¹²⁶SILVA, José Afonso da. **Comentário Contextual à Constituição**. 9.ed. São Paulo: Malheiros, 2014, p.711.

¹²⁷BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26.ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

Nota-se que a permissão descrita no art. 167, inciso IV, é a mesma prevista no § 2º do art. 198 da CF/88, que determina que a União, os Estados e os Municípios devem destinar, anualmente, recursos mínimos para as ações e serviços de saúde.

Essa fica com o encargo de prever a forma e o montante dos recursos a serem implementados pela União, na forma definida pela lei complementar, bem como fixar os percentuais dos tributos estaduais, do Distrito Federal e dos Municípios que necessitam estar ligados às atividades e atendimentos de saúde, estabelecendo regras para supervisionar, avaliar e fiscalizar os gastos com saúde nos três níveis governamentais mencionados. Segundo José Afonso da Silva, trata-se de “procedimentos de centralização antifederativa”¹²⁸.

Ainda nesse ponto, a Portaria do Ministro de Estado do Orçamento e Gestão (MOG) nº 42/1999 concede atualização da discriminação da despesa por funções, subfunções, programa e operações, consoante a Lei nº 4.320/1964. Na área da saúde, ela se divide em: Cuidados Primários, Tratamento Hospitalar e Consultas Ambulatoriais.

3.4 O financiamento da saúde pública do Estado

Nesse ritmo, é atribuição do poder público não apenas manter o cidadão sadio, como evitar que ele adoença. E, para isso, é preciso recursos públicos que efetivem esse direito fundamental.

¹²⁸SILVA, José Afonso da. **Comentário Contextual à Constituição**. 9.ed. São Paulo: Malheiros, 2014, p.784.

A importância de reserva de recursos suficientes para esse setor é tão especial que, no processo de elaboração das leis orçamentárias, é imprescindível a devida reserva e garantia de implementos da área da saúde, consoante o art. 166, da CF/88:

Art. 166. Os **projetos** de **lei** relativos ao plano plurianual, às diretrizes orçamentárias, ao orçamento anual e aos créditos adicionais serão apreciados pelas duas Casas do Congresso Nacional, na forma do regimento comum.

[...].

§ 9º As emendas individuais ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas no limite de 2% (dois por cento) da receita corrente líquida do exercício anterior ao do encaminhamento do projeto, observado que a **metade** desse percentual será destinada a ações e serviços públicos de **saúde**. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 126, de 2022)

§ 9º-A Do limite a que se refere o § 9º deste artigo, 1,55% (um inteiro e cinquenta e cinco centésimos por cento) caberá às emendas de Deputados e 0,45% (quarenta e cinco centésimos por cento) às de Senadores. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 126, de 2022)

§ 10. A execução do montante destinado a ações e serviços públicos de **saúde** previsto no § 9º, inclusive custeio, será computada para fins do cumprimento do inciso I do § 2º do art. 198, vedada a destinação para pagamento de pessoal ou encargos sociais. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)¹²⁹. (grifamos).

Faz-se mister ressaltar que, como a receita proveniente da tributação é, em regra, uma receita desvinculada, ou seja, não se exige nenhuma contraprestação estatal específica, o gestor público tem a liberdade para decidir, de acordo com o respeito ao processo de elaboração das normas do Direito Financeiro e a devida destinação do dinheiro arrecadado, ressalvado o percentual mínimo constitucional.

No âmbito da gestão pública, a eventual desarticulação das esferas dos governos também é um fator preponderante devido à sua intrínseca dificuldade material. O implemento de metas atreladas com as medidas financeiras e orçamentárias correspondentes pode ser mais ou menos efetiva, conforme a fixação de responsabilidades de cada esfera de governo, representadas pelos seus agentes, suas estruturas e suas tomadas de decisões.

Esse arcabouço jurídico-político deve, também, antever o escalonamento articulado de ações e reações recíprocas, de tal forma que a imbricação entre os atores públicos tenha esboço não apenas em regras de competências constitucionais, mas também alinhados com providências facilitadoras de soluções de

¹²⁹BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26.ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

eventuais conflitos, suplantando eventualidades e atendendo os limites das normas orçamentárias, ou eventualmente não. Assim, assevera Maria Paula Dallari Bucci:

Em função disso, inapreensível a expressão do direito da coletividade à saúde, ou, dito de outra forma, sem institucionalidade do direito à saúde, cuja maior responsabilidade recai sobre o Poder Executivo¹³⁰.

No que diz respeito ao Sistema Único de Saúde, ele é composto por uma estrutura regionalizada e com níveis de prioridade diferentes para a prestação de serviços de saúde. Forma o meio pelo qual o poder público cumpre o seu dever constitucional na sua relação jurídica de saúde. Nela, qualquer pessoa e a comunidade podem figurar no polo ativo, pois o direito à promoção e à proteção à saúde constitui, também, um direito coletivo.

O SUS é composto por atividades e atendimentos de entidades governamentais em nível federal, estadual e municipal, tanto na esfera direta quanto indireta, incluindo as organizações mantidas pelo poder público. Ele é guiado pelos princípios da descentralização, com direção única em cada esfera governamental, com atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas e a participação comunitária, que ratifica o seu caráter de direito social pessoal, em um aspecto, e de direito social coletivo, em outro. É, também, esse caminho que o setor público desenvolve um leque de atividades de controle de substâncias de interesse para a saúde e outras visando a melhoria nas prestações de serviços públicos de saúde.

O Sistema Único de Saúde é único e de atribuição nacional porque envolve todas as esferas de governo. Todavia, a sua gestão é regionalizada e submetida à hierarquia, consoante critério de descentralização.

Nesse aspecto, Andrei Teles¹³¹ critica que é amplamente reconhecido que o financiamento não constitui o único desafio enfrentado pelo SUS. No entanto, ele emerge como uma limitação significativa e um desafio de grande relevância, uma vez que a necessidade de expandir e aprimorar a qualidade e a capacidade dos serviços

¹³⁰BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p.36-37.

¹³¹TELES, Andrei Souza. **Financiamento do Sistema Único da Saúde no Estado da Bahia**. Orientador: *Thereza Christina Bahia Coelho*. 2015. 129f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2015. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=7971288. Acesso em: 05 out. 2023.

de saúde está diretamente ligada aos níveis de investimento na área da saúde, especialmente na rede pública.

Dentro da estrutura do sistema de saúde pública¹³², encontramos gestores em nível federal, estadual e municipal, cada um com autoridade em sua respectiva esfera de atuação. Os gestores responsáveis pelas áreas de saúde estadual e municipal são considerados gestores locais do SUS.

Conforme o que está estabelecido no § 4º do art. 198, que foi inserido pela Emenda Constitucional nº 51 de 2006, fica permitido a contratação de agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias através de concurso público, levando em conta a natureza e a complexidade de suas atribuições e os critérios específicos para o desempenho da função, de acordo com o regime jurídico previsto na legislação federal.

Nesse ambiente, encontram-se administradores do governo federal, estadual e municipal, cada um com uma liderança específica em suas respectivas esferas de atuação. Os gestores responsáveis pela área estadual e municipal são caracterizados como gestores locais do SUS. Por força do art. 198, § 4º, que foi inserido pela EC nº 51 de 2006, fica permitido a contratação de agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias através de concurso público, levando em conta a natureza e a complexidade de suas atribuições e os critérios específicos para o desempenho da função, de acordo com o regime jurídico previsto na legislação federal. Inclusive, essa norma deve prever o piso salarial nacional, as diretrizes para os planos de carreira e a devida regulamentação das atividades desses agentes. Cabe lembrar que a União pode prestar assistência financeira complementar aos demais entes políticos, caso esses precisem complementar o piso salarial, com arrimo no § 5º do art. 198, CF/88, implementado pela EC nº 63/2010.

Nesse aspecto, é preciso esquadrihar as demais normas citadas nesse mesmo artigo que delineiam o esboço da estrutura do financiamento da saúde. Ambos se encontram na seção constitucional de Repartição das Receitas Tributárias. O primeiro retrata o recebimento pelos Municípios e o segundo do repasse automático pela União:

¹³²“Importa não apenas elaborar um texto normativo consolidado, integrando as várias portarias e resoluções que hoje tratam fragmentadamente da política, mas de complementá-lo com a descrição de mecanismos de responsabilização dos vários agentes, tendo em mente a perspectiva do usuário final.” (BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p.82).

Art. 158. Pertencem aos Municípios:

[...].

Art. 159. A União entregará: (Vide Emenda Constitucional nº 55, de 2007)

[...]¹³³.

Consoante a nossa CF/88, a saúde, ao lado, da assistência e da previdência social, está inserida na seguridade social, compondo a Ordem Social, que é o primado do trabalho e visa o bem-estar e a justiça social:

CAPÍTULO II
DA SEGURIDADE SOCIAL

Seção I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (grifamos)¹³⁴.

Dessa feita, a CF/88 submeteu a saúde à seguridade social, incluindo-o no campo da Proteção Social. Pela sistemática constitucional, nota-se que o plexo de normas que tratam da saúde não foca apenas em Medicina curativa que visa recuperar um estado de saúde após uma enfermidade.

A proteção social da saúde inclui, igualmente, a Medicina preventiva. Essa foi a principal relevância das normas constitucionais que dialogam sobre a saúde, indo além de outros textos constitucionais anteriores. Sendo assim, essas diretrizes, vetores e princípios, além da importância jurídica em tese, devem auxiliar tanto os intérpretes a extrair a intelecção normativa, como embutir o dever de consciência dos gestores públicos em entender o contexto social que deve ser alvo dessas políticas.

O sistema da seguridade social engloba diversas ações implementadas tanto pelo Estado quanto pela sociedade, de forma integrada. Nessa estrutura, todos contribuem para o financiamento dela, por ser de relevância pública:

Art. 195. A seguridade social será **financiada** por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

[...].

§ 2º A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela **saúde**, previdência social e

¹³³BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26.ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

¹³⁴*Idem*.

assistência social, tendo em vista as **metas e prioridades** estabelecidas na **lei de diretrizes orçamentárias**, assegurada a cada **área a gestão** de seus **recursos**¹³⁵. (grifamos).

Diante do parágrafo inserido acima, nota-se a importância da previsão legal de proposta orçamentária que preveja o financiamento da área de saúde de forma taxativa na LDO que, obedecendo às previsões do PPA, influencie diretamente as previsões de receitas e despesas da LOA.

Conseqüentemente, a própria previsão legal deve orientar quais serão os critérios que devem orientar o recebimento automático de verbas de todos os entes políticos ao SUS, como diz o art. 195, § 10º, CF/88:

A **lei** definirá os **critérios de transferência de recursos** para o **sistema único de saúde** e ações de assistência social **da União para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e dos Estados para os Municípios**, observada a respectiva **contrapartida de recursos**¹³⁶. (grifamos).

Veja-se a necessidade da prévia garantia da fonte de custeio, ou seja, a reserva de garantia de recurso que irá materializar a específica fonte de financiamento.

Percebe-se que, de acordo com as normas cogentes susoditas, os entes políticos têm o dever constitucional de aplicar os percentuais mínimos incidentes sobre a receita corrente líquida. No caso da União, o mínimo deve ser de 15% e os Estados e o Distrito Federal 12% da arrecadação dos seus impostos (art. 6º da LC 141/2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da CF/88).

Lembrando que os Estados e o Distrito Federal (como esse tem competência cumulativa estadual e municipal), não somente pela competência constitucional de instituírem os seus impostos específicos (ICMS, ITCMD e IPVA), o que é indelegável, imprescritível e irrenunciável, possuem capacidade para figurar no polo ativo da relação jurídico-tributária, ou seja, atribuições para fiscalizar e cobrar tributos, essa podendo ser direcionada por terceiro.

É consabido que, a principal fonte de recursos estatais é a receita pública decorrente dos tributos, sendo uma receita pública que, consoante doutrina majoritária de Direito Financeiro, pode ser classificada como ordinária, derivada e corrente.

¹³⁵BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26.ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

¹³⁶*Idem*.

A doutrina majoritária de Direito Financeiro classifica as receitas e despesas públicas a fim de melhor poder perquirir as suas devidas características. Assim, podemos estudar as classificações: a) quanto ao fator da periodicidade ou regularidade: trata-se uma receita ordinária e não extraordinária porque, do ponto de vista do fator temporal, ela é perene, constante, temporal, incontingente, não suscetível de variações conforme circunstâncias eventuais e excepcionais, é permanente, regular, assídua, cíclica e previsível, ao contrário da extraordinária que é inconstante, atemporal, intermitente, acíclica, extemporânea e imprevisível; b) quanto ao fator da origem: constitui uma receita derivada, ou seja, é proveniente do cofre do particular, de terceiro em relação ao Estado, da sociedade como um todo e não do próprio capital estatal e c) quanto ao fator do motivo: é uma receita corrente, ou seja, visa a manutenção da máquina estatal, às suas atividades de custeio, ao contrário da receita de capital, que é decorrente da própria exploração do patrimônio estatal através de atividades desempenhadas pelo próprio Estado, como se fosse um particular.

Aliomar Baleeiro tece crítica sobre a dificuldade de classificação, mas que ela se mostra importante:

Recorde-se a advertência daquele financista e estadista italiano, acerca do caráter arbitrário das classificações (Cap. XI, n. 11.1). Isso resulta da dificuldade em extremar caracteres específicos de fatos sociais, muitas vezes apresentados sob formas híbridas e consociações numa escala de graduação que faz preponderar ora um ora outro dos elementos formadores. Se a classificação se alicerça, por exemplo, no aspecto predominante dos fenômenos financeiros – o de constituírem uma economia compulsória, ver-se-á que o grau de coação vai desde o monopólio, ou desde a competição imperfeita, uma e outra encontradas nos negócios do setor privado, até o constrangimento jurídico direto dos impostos pessoais¹³⁷.

Nesse passo, as receitas públicas são repartidas entre os entes, levando em consideração as suas devidas competências e capacidades ativas. Assim, respeitando-se uma estrutura pré-definida, caberão aos Estados e ao Distrito Federal receber uma parte das receitas federais, até mesmo porque a União detém uma grande parte dos impostos: Imposto de Renda (IR), Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), Imposto sobre Importação (II), Imposto de Exportação (IE), Imposto Sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR), Imposto sobre Operações

¹³⁷BALLEIRO, Aliomar. **Uma Introdução à Ciência das Finanças**. 16.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004, p.129.

Financeiras (IOF), Impostos Residuais, Imposto Extraordinário de Guerra (IEG) e o Imposto sobre Grandes Fortunas (IGF).

E, ao Município, com a sua competência tributária para instituir o Imposto sobre Serviços (ISS), o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) e *Imposto sobre Transmissão Inter Vivos (ITIV)* deve, por força constitucional receber a parte que lhe cabe de IR retido da fonte dos rendimentos de suas autarquias e fundações; 50% do ITR sobre imóveis nele situados; 50% da arrecadação do IPVA sobre veículos licenciados em seus territórios e 25% do que se arrecada com ICMS:

Seção VI

DA REPARTIÇÃO DAS RECEITAS TRIBUTÁRIAS

Art. 158. Pertencem aos **Municípios**:

I – o produto da arrecadação do imposto da **União** sobre renda e **proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos**, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem;

II – **cinquenta** por cento do produto da arrecadação do imposto da União sobre a **propriedade territorial rural**, relativamente aos **imóveis neles situados**, cabendo a **totalidade** na hipótese da opção a que se refere o art. 153, § 4º, III; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

III – **cinquenta** por cento do produto da arrecadação do imposto do **Estado** sobre a **propriedade de veículos automotores licenciados** em seus **territórios**;

IV – **vinte e cinco** por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre operações relativas à **circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação**¹³⁸. (grifamos).

Abre-se espaço para lembrar que, caso o Município firme contrato administrativo (convênio) com a União, para que esse possa cobrar e fiscalizar o ITR sobre imóveis em sua localidade, o Município ficará com a integralidade desse imposto, ao contrário da regra geral que lhe garante apenas a metade, quando não se faz o convênio.

Não obstante, que não se olvide que o exercício da capacidade ativa impõe custos, tais como a propriedade ou a posse de imóvel público, custos de implementação e manutenção, despesas com servidores públicos, instrumentos de trabalho etc. Ou seja, a cobrança efetiva do imposto implica custos e, nem sempre, é um bom custo-benefício essa implantação. Por isso, Municípios de pequeno porte decidem por não implementar esse acordo.

¹³⁸BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26.ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

Ainda esse mote de repartição de receitas, temos o repasse automático da União para os Estados, constituindo uma transferência demasiadamente importante para esses.

Cabe lembrar que o fundo, apesar de não ter autonomia própria e ser um ente despersonalizado, é suscetível de fiscalização por movimentar dinheiro público e, portanto, de interesse de todos:

Art. 159. A **União entregará**: (Vide Emenda Constitucional nº 55, de 2007)
 I – do produto da arrecadação dos **impostos sobre renda** e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados, **49%** (quarenta e nove por cento), na seguinte forma: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 84, de 2014)
 [...].
 b) **vinte e dois inteiros e cinco** décimos por cento ao **Fundo de Participação dos Municípios**;
 [...].
 d) **um** por cento ao **Fundo de Participação** dos Municípios, que será entregue no primeiro decêndio do mês de dezembro de cada ano; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 55, de 2007)
 e) **1%** (**um** por cento) ao Fundo de **Participação dos Municípios**, que será entregue no primeiro decêndio do mês de julho de cada ano; (Incluída pela Emenda Constitucional nº 84, de 2014)
 [...].
 § 3º Os **Estados** entregarão aos respectivos **Municípios vinte e cinco** por cento dos **recursos** que receberem nos termos do inciso II, observados os critérios estabelecidos no art. 158, parágrafo único, I e II.
 § 4º Do montante de recursos de que trata o inciso III que cabe a cada **Estado, vinte e cinco** por cento serão destinados aos seus **Municípios**, na forma da lei a que se refere o mencionado inciso. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)¹³⁹ ([grifamos](#)).

Impende lembrar que todo esse direcionamento financeiro é submetido à fiscalização interna de cada ente político, pelo CN, com o auxílio dos Tribunais de Contas, além do direito de qualquer cidadão poder denunciar qualquer irregularidade.

Também há limitação de qualquer retenção ou restrição ao envio e ao uso dos recursos supramencionados, salvo condicionamento da entrega desses recursos ao cumprimento do já citado dispositivo do art. 198, § 2º, incisos II e III da CF/88:

Art. 160. É vedada a retenção ou qualquer restrição à entrega e ao emprego dos recursos atribuídos, nesta seção, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, neles compreendidos adicionais e acréscimos relativos a impostos.
 Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

¹³⁹BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26.ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

[...]

II – ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)¹⁴⁰.

Insta afirmar que caberá à lei complementar dispor sobre os critérios específicos de aplicabilidade prática dos recursos destinados ao SUS, pelos Municípios, de acordo com os critérios taxativos e vinculantes, conforme dispõe o art. 161 da CF/88. Isso porque, a lei complementar, além de ter um quórum diferenciado (maioria absoluta) em relação à lei ordinária (maioria relativa), só pode servir como instrumento de matérias expressamente previstas pela nossa Carta Maior:

Art. 161. Cabe à lei complementar:

I – definir valor adicionado para fins do disposto no art. 158, parágrafo único, I;

II – estabelecer normas sobre a entrega dos recursos de que trata o art. 159, especialmente sobre os critérios de rateio dos fundos previstos em seu inciso I, objetivando promover o equilíbrio sócio-econômico entre Estados e entre Municípios;

III – dispor sobre o acompanhamento, pelos beneficiários, do cálculo das quotas e da liberação das participações previstas nos arts. 157, 158 e 159.

Parágrafo único. O Tribunal de Contas da União efetuará o cálculo das quotas referentes aos fundos de participação a que alude o inciso II.

Art. 162. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios divulgarão, até o último dia do mês subsequente ao da arrecadação, os montantes de cada um dos tributos arrecadados, os recursos recebidos, os valores de origem tributária entregues e a entregar e a expressão numérica dos critérios de rateio.

Parágrafo único. Os dados divulgados pela União serão discriminados por Estado e por Município; os dos Estados, por Município.

[...]

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000

I – os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II – os critérios de **rateio** dos **recursos** da União vinculados à **saúde** destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III – as normas de **fiscalização**, **avaliação** e **controle** das **despesas** com **saúde** nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)¹⁴¹. (grifamos).

¹⁴⁰BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26.ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

¹⁴¹BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26.ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

Cumprindo, então, o mandamento constitucional acima, o regramento do Sistema Único de Saúde veio entabulado pela LC nº 141/2012¹⁴². Não obstante, como o serviço público de saúde é essencialmente de obrigação do Estado, esse permite que ele seja, também, implementado pela iniciativa privada, de maneira a complementar o SUS, seguindo as suas diretrizes, com as vedações de repasses públicos a esses entes e participação direta ou indireta do setor público perante eles, segundo as suas diretrizes, através de contrato de Direito Público ou de convênio, dando predileção às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos (art. 199, CF/88).

Nessa senda, cabe a ação conjunta dos poderes Executivo e Legislativos, regularizando os protocolos de atendimento a serem prestados aos usuários do sistema público de saúde.

Nesse particular, Maria Paula Dallari Bucci alerta:

Mas nas normas há pouca referência ao atendimento aos usuários, o que poderíamos chamar de “última milha” do serviço. A preocupação do Poder Público em disciplinar de forma mais estrita o conceito de integralidade, para limitar o que pode ser esperado do sistema de saúde, não foi acompanhada de iniciativa correspondente tratando do outro lado da moeda, isto é, o que deve ser exigido do sistema, com base nos direitos dos usuários¹⁴³.

Prossegue a pesquisadora acentuando que a lei do SUS (Lei nº 8.080/1990), no seu art. 7º, VI, traz uma espécie de laconismo ao utilizar a expressão “usuário” apenas uma vez: “VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário”¹⁴⁴. Para ela, a regulamentação disso não deve ser uma norma retórica visando criar uma ampla e genérica lista de direitos dos usuários desse sistema.

Em contrapartida, deve haver a defesa da norma que discipline os ritos que se desdobrem em ações de saúde, passo a passo, atrelado aos mecanismos vigentes, adstritos a eventuais consequências pelo descumprimento das mesmas, a fim de evitar a ineficiência das políticas de atendimento. Assim, permite-se mais facilmente

¹⁴²BRASIL. **Lei Complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; [...]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 20 jun. 2018.

¹⁴³BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p.84.

¹⁴⁴ BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 20 jun. 2018.

a caracterização do risco de omissão estatal sobre a prestação, especialmente os elementos caracterizadores de negativa de atendimento às necessidades da saúde do cidadão.

E, assim, assevera a pesquisadora:

Um documento que poderia servir de base para tal normatização seria a carta dos Direitos dos Usuários do Sistema Único de Saúde, aprovada pela Portaria MS n. 675, de 30 de março de 2006. A Diferença entre o que consta do texto anexo daquela portaria e o que entendemos necessário é o aspecto normativo, por meio do qual se defina o encadeamento de **ações e seus efeitos, resguardando-se entre outros direitos: a) o de ser informado; b) o de obter uma resposta do sistema de saúde, em prazo certo; c) o de ter caracterizada a negativa como pressuposto hábil à atuação do direito subjetivo**¹⁴⁵. (grifamos).

Os serviços de saúde oferecidos por entidades privadas contam com a atuação de profissionais devidamente autorizados e empresas independentes, atuando na promoção, proteção e tratamento da saúde. Esses serviços devem seguir os princípios éticos e as normas estabelecidas pelo órgão responsável pelo SUS, garantindo assim as condições adequadas para o seu funcionamento.

Entretanto, devido ao grande potencial de utilização de verbas públicas, a CF/88 proibiu a destinação de recursos para ajudar ou subsidiar instituições privadas sem fins lucrativos. Além disso, foi vetada a participação direta ou indireta de empresas ou investimentos estrangeiros na área da saúde no País, exceto em situações permitidas por legislação específica.

José Afonso da Silva critica essa vedação, afirmando que:

O 3º do art. 199 da CF contém regra praticamente inócua, ao vedar a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, 'salvo nos casos previstos em lei', como a lei pode prever todos os casos, não há limitação alguma. Talvez não fosse mesmo o caso de proibir a participação de empresas ou de capitais estrangeiros, mas apenas a remessa de lucros provenientes de serviços de assistência à saúde. A lei (Lei 8.080/2000), em verdade, repete a vedação constitucional de participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, mas admite o recebimento de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Ações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos. Em qualquer caso, é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde, submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados¹⁴⁶.

¹⁴⁵BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p.84.

¹⁴⁶SILVA, José Afonso da. **Comentário Contextual à Constituição**. 9.ed. São Paulo: Malheiros, 2014, p.788.

E, por fim, a atuação do SUS é vinculada expressamente pelo art. 200 da CF/88, além da complementação normativa da LC nº 141/2012¹⁴⁷ que, após nove anos tramitando no Congresso Nacional, visa estabelecer as porcentagens mínimas que devem ser destinadas, anualmente, pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios para investimentos em ações e serviços de saúde pública. Além disso, define critérios para distribuição dos recursos destinados à saúde, bem como regras de controle, fiscalização e avaliação das despesas nessa área.

Conforme a organização regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente do¹⁴⁸ SUS, a direção desse, devido à unicidade de sua direção e de acordo com o art. 198, I, da CF/88, é exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: a) União – pelo Ministério da Saúde¹⁴⁹; b) Estados e Distrito Federal – pela Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; c) Municípios – pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (Lei nº 8.080/1990).

Inclusive, percebe-se que os objetivos do SUS, dentre tantos, são enfáticos em direcionar ações de prevenção, ou seja, antes que seja preciso agir na recuperação, bem como atenção a questões de saneamento básico.

3.5 A transferência de recursos da União para o Estado

Seguindo as diretrizes governamentais, a verba destinada ao financiamento do Sistema Único de Saúde é formada por ações e serviços prestados por órgãos públicos em âmbito federal, estadual e municipal, tanto de maneira direta quanto indireta.

¹⁴⁷BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; [...]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 20 jun. 2018.

¹⁴⁸BRASIL. **Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 13 jun. 2018.

¹⁴⁹“Fazendo um retrospecto sobre as medidas de organização adotadas pelo Ministério da Saúde, chama a atenção à preponderância da interlocução com os gestores do sistema sobre aquela dirigida aos usuários. Pode-se entender que essa precedência é natural, pois, num serviço desorganizado, o atendimento ao usuário final só pode ser igualmente desorganizado. O melhor ou pior atendimento, nesse caso, não resultará da racionalidade da política, mas do acaso ou de fatores outros de desigualação dos cidadãos (lugar do atendimento, condição social etc.). (BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p.83).

Esses critérios de recursos da União e os dos Estados devem obedecer aos critérios da lei complementar. Os critérios de repasse desta parte dos recursos estão na lei ordinária (nº 8.080/1990) indicada no § 10º do art. 195, da CF/88. Além desses recursos, a EC 29/2000, que incluiu os §§ 2º e 3º no art. 198, previu destinação especial por parte da União, na forma e no montante estabelecido naquela lei complementar; assim, são recursos adicionais.

Igualmente à atribuição dos Estados e os seus recursos provenientes de suas fontes tributárias (arts. 155, 157 e 159), a lei complementar há de estabelecer as parcelas que devem ser atreladas aos seus Municípios, já que, também, se fixou vinculação de impostos desses entes aos mesmos fins. Logo, a vinculação deve ser direcionada apenas às ações e serviços de saúde dos Estados e dos Municípios, distintamente¹⁵⁰.

No que tange à operacionalização do sistema de saúde, esse é organizado em um organograma delimitado por necessidades específicas e territoriais, proporcional aos critérios direcionadores que vão pautar a formação do SUS:

Art. 198. As **ações** e **serviços** públicos de saúde integram uma **rede regionalizada e hierarquizada** e constituem um **sistema único, organizado** de acordo com as seguintes **diretrizes**:

- I – **descentralização**, com **direção única** em **cada esfera** de **governo**;
- II – **atendimento integral**, com **prioridade** para as atividades **preventivas, sem prejuízo** dos serviços **assistenciais**;
- III – **participação da comunidade**¹⁵¹. (grifamos).

Percebe-se que o direito à saúde é um direito positivo, que exige prestações efetivas do Estado, impondo aos entes públicos a realização de determinadas ações¹⁵² que implementem o direito em análise.

¹⁵⁰“Diferentemente do que ocorre na saúde, em que a Constituição delineou um sistema baseado na coordenação da União, por meio do SUS, na educação o processo de transferência de encargos e responsabilidades para os agentes locais ocorreu sem um planejamento estruturado que fincasse as bases para a cooperação e coordenação entre a União e os entes federados; tampouco permitiu a transferência de recursos públicos calcada no princípio da solidariedade, capaz de equilibrar de forma satisfatória as assimetrias existentes”. (BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p.112).

¹⁵¹BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26.ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

¹⁵²“A compreensão da dimensão dos arranjos institucionais é particularmente importante para os profissionais da área jurídica, pois a sua conformação pode facilitar ou travar o êxito das políticas. Tomando-se um exemplo importante na área da saúde, temos as normas de distribuição de competência e transferências de recursos entre os entes federativos para o cumprimento de seus deveres em matéria de efetivação desse direito”. (BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p.98).

A forma de financiamento do sistema de saúde também foi expressamente delineada. Como ele compõe o orçamento da seguridade social, e essa deve ser financiada por toda a sociedade, os recursos que irão manter o SUS funcionando terão justamente essa origem.

Ademais, a composição quantitativa, através de percentuais sobre a receita corrente líquida, ou seja, sobre o saldo positivo de tudo o que se arrecada, foi o critério constitucional escolhido para o financiamento da saúde no Brasil. Inclusive, esse é o principal objeto de estudo ora em análise. Vejamos a repartição constitucional, ainda no art. 198, da CF/88:

§ 1º O **sistema único de saúde será financiado**, nos termos do art. 195, com **recursos do orçamento da seguridade social**, da **União**, dos **Estados**, do **Distrito Federal** e dos **Municípios**, além de **outras fontes**. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios **aplicarão, anualmente**, em **ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos** derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I – no caso da União, a **receita corrente líquida** do respectivo exercício financeiro, **não** podendo ser **inferior a 15% (quinze por cento)**; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o **produto da arrecadação dos impostos** a que se refere o art. 155 e dos **recursos** de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, **deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios**; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III – no caso dos **Municípios** e do **Distrito Federal**, o **produto da arrecadação dos impostos** a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)¹⁵³. [\(grifamos\)](#).

O financiamento da seguridade social destina, de acordo com a estimativa de receitas, os recursos necessários para cumprir os seus objetivos, conforme determinado em propostas formuladas pela sua gestão central, com a colaboração dos órgãos de previdência social e assistência social, levando em conta as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Percebe-se que, além das previsões na LDO, outras fontes podem ensejar recursos, tais como:

¹⁵³Referidas normas dispõem sobre os princípios básicos que devem reger as ações e serviços públicos de saúde (art. 198, *caput*, I a III) e sobre os deveres do Poder Judiciário (arts. 196 e 197); organizam o SUS e definem suas competências (art. 200); estipulam os patamares mínimos de financiamento das ações e serviços públicos de saúde (art. 198, §§ 1º, 2º e 3º); e definem os critérios da participação da iniciativa privada na assistência à saúde (art. 199). Essas normas oferecem, enfim, ao direito à saúde as grandes bases de sua proteção". (*Ibidem*, p.116).

[...] serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde; ajuda, contribuições, doações e donativos; alienações patrimoniais e rendimentos de capital; taxas, multas emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde; e rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais (Lei 8.080/1990, com redações das Leis 9.836/1999 e 10.424/2002. No fundo, são as mesmas “outras fontes” indicadas para o financiamento da Seguridade Social, a que o SUS se filia¹⁵⁴.

A fim de desburocratizar e facilitar a operacionalização local do SUS, é que a CF/88 permitiu que os gestores locais admitam agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias, por meio de processo seletivo público (art. 198, § 4º, da CF/88).

Devido à natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para a sua atuação, deve a lei federal dispor sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades desses agentes. Nota-se que essa forma de contratação é uma forma de exceção à exigência de concurso público para a admissão de pessoas, pelo Estado, inserido no inciso II do art. 37 da CF/88.

Inclusive, além das hipóteses previstas na CF/88 para a perda do cargo público de servidor com estabilidade (§ 1º do art. 41 e § 4º do art. 169), o servidor que exerça funções semelhantes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias, poderá também perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício (§ 6º do art. 198 da CF/88).

A legislação federal irá normatizar o sistema legal, o salário mínimo nacional, as orientações a serem seguidas para os planos de desenvolvimento profissional e a definição das atribuições dos agentes de saúde comunitária e de combate a doenças endêmicas, cabendo ao Governo Federal, conforme estabelecido em lei, oferecer o suporte financeiro adicional necessário aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, prestar o devido auxílio financeiro complementar a esses entes e cumprir o citado piso salarial (art. 198, § 5º, CF/88, com redação dada pela EC nº 63/2010).

Ademais, cabe lembrar que, no capítulo V da LC nº 101/2000, intitulada Lei de Responsabilidade Fiscal, há disposição sobre as transferências voluntárias. Segundo ela, considera-se transferência voluntária o envio de recursos correntes ou de capital a outro ente político, como meio de suporte financeiro, não derivado de norma constitucional, infraconstitucional ou vinculada ao SUS.

¹⁵⁴SILVA, José Afonso da. **Comentário Contextual à Constituição**. 9.ed. São Paulo: Malheiros, 2014, p.784.

Para que seja materializada a transferência voluntária, é preciso cumprir determinados requisitos, tais como cumprir os limites constitucionais atrelados à saúde. Todavia, caso haja algum descumprimento normativo, é possível a aplicação de sanções de suspensão de transferências voluntárias, salvo as de ações de saúde.

Seguindo as diretrizes governamentais, a verba destinada ao financiamento do Sistema Único de Saúde será proveniente do orçamento da seguridade social, abrangendo a atuação conjunta da União, dos Estados, dos Municípios e demais fontes de recursos. Assim, os recursos estaduais do SUS serão encaminhados aos cofres estatais, de maneira regular, automática e consoante critérios técnico-administrativos, obviamente respeitando a legislação específica sobre o tema.

Nesse contexto, é importante ressaltar a proibição da transferência de verbas públicas para ajudas ou subsídios a organizações privadas com fins lucrativos. Além disso, a nível estadual, é responsabilidade do SUS estabelecer critérios de formação de profissionais de saúde, respeitando critérios de mérito para contratação e promoção, ligando os cargos mais altos das carreiras às funções de gestão de unidades de saúde, implementação de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, promoção de saúde do trabalhador, incluindo regulamentação, fiscalização e controle dos serviços de saúde e das condições de trabalho, equipamentos, máquinas e ambiente de trabalho, identificação de riscos à saúde e prevenção de danos no ambiente laboral.

Dentro da área farmacêutica, é essencial garantir a promoção de novas tecnologias, fabricação de remédios, insumos imunobiológicos e matérias-primas, principalmente pelos laboratórios estaduais oficiais. Além disso, é importante incentivar o desenvolvimento de métodos alternativos para melhorar a saúde da população de forma individual e coletiva.

Dessa forma, também é importante destacar a importância do saneamento básico, visto que o conselho tem um papel fundamental na elaboração e implementação das diretrizes sobre esse assunto. Assim, há preocupações no que tange ao setor alimentício; produtos psicoativos e tóxicos; transfusão de sangue; direito à gestação, parto e aleitamento; atendimento odontológico integral priorizando atividades preventivas; transplante de órgãos; garantia da reabilitação das pessoas portadores de deficiências e assistência à saúde mental.

No setor privado, é realizado o registro das empresas que expõem os seus funcionários a substâncias radioativas, químicas ou tóxicas, com a exigência de que

façam exames médicos individuais periodicamente para monitorar a saúde dos trabalhadores e adotar medidas necessárias. Tanto o poder público quanto os sindicatos têm o direito de acessar as informações dos exames médicos, garantindo o sigilo da identidade pessoal de acordo com os princípios éticos médicos.

Ao realizar a divulgação de qualquer informação referente a produtos ou serviços que possam representar um perigo para a saúde ou incentivar práticas prejudiciais, é fundamental que haja uma exposição clara sobre os possíveis riscos envolvidos. Nesse sentido, é crucial respeitar a responsabilidade legal dos responsáveis ou fabricantes em reparar quaisquer danos que possam ser causados.

Em síntese, faz-se mister a criação de ações que visem esclarecer a população da preservação da sua saúde, assim como de seus direitos nesse setor, criando políticas preventivas de saúde no Estado.

Quando se trata de financiamento da saúde, é crucial ressaltar as restrições, como, por exemplo, a proibição da participação direta ou indireta de empresas ou investimentos estrangeiros na prestação de serviços de saúde a nível estadual, exceto nos casos previstos em lei. Da mesma forma, é vedada a comercialização de tecidos, órgãos e substâncias humanas, incluindo o sangue e os seus derivados. Sob um ponto de vista ético, qualquer método que viole a vida, a integridade ou a dignidade da pessoa e vá contra os valores éticos estabelecidos é estritamente proibido.

Assim, a instrução e a difusão de informações nesta temática têm a sua relevância enfatizada no art. 242 da Constituição do Estado da Bahia¹⁵⁵, onde as Secretarias de Saúde e Educação, representando o poder público estadual, devem promover políticas públicas de educação e saúde.

3.6 Os recursos aplicados em saúde

3.6.1 O Fundo Nacional de Saúde (FNS)

O SIOPS é um sistema de acesso público e gratuito que disponibiliza na rede mundial de computadores dados relacionados à saúde. O objetivo é analisar os

¹⁵⁵BAHIA. **Constituição do Estado da Bahia**. Estado da Bahia, Casa Civil. Disponível em: <http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/constituicao-do-estado-da-bahia-de-05-de-outubro-de-1989>. Acesso em: 01 maio 2022.

valores arrecadados e despesas relacionadas às ações e serviços de saúde prestados pelo setor público¹⁵⁶.

Está ligado ao Ministério da Saúde devido à Portaria Conjunta MS/Procuradoria Geral da República de número 1.163/2000¹⁵⁷, posteriormente retificada pela Portaria Interministerial nº 446/2004¹⁵⁸. Hodiernamente, o SIOPS está sob a responsabilidade da Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento (AESD), que faz parte da Secretaria Executiva.

A inserção de dados do SIOPS tem a natureza de declaração e objetiva compatibilizar de forma contábil, franqueada pelos Estados e Municípios, respeitando a codificação de classificação de receitas e despesas, entabuladas por meio de portarias publicadas pela Secretaria do Tesouro Nacional/MF.

Essas informações colhidas pelo SIOPS¹⁵⁹ são provenientes do setor responsável pela contabilidade do ente político, facultando-se o acréscimo de informações contábeis ou originárias de relatórios e demonstrativos de execução orçamentária e financeira das gestões próprias dos Estados e dos Municípios.

Esses dados são inseridos no sistema e enviados eletronicamente, pela rede de internet, para os bancos de dados do DATA/SUS/MS, fazendo surgir indicadores, automaticamente, provenientes de informações fornecidas aos entes estaduais e municipais.

Essa sistemática fornece benefícios que instrumentalizam melhorias na gestão, possíveis diagnósticos de pontos que necessitam de atenção e, principalmente, lastreiam a criação de políticas públicas adequadas. Ademais, informaliza os cidadãos e os Conselhos de Saúde a fim de potencializar o controle sobre a gestão pública dos governos.

Nessa senda, permite-se a livre consulta às receitas e despesas totais veiculadas por ações e serviços públicos de saúde, implementando o princípio financeiro da transparência, inclusive facilitando aos Conselhos de Saúde a transparência no que tange aos recursos públicos aplicados no setor de saúde

¹⁵⁶MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops>. Acesso em: 13 jun. 2018.

¹⁵⁷MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE. **Portaria Conjunta nº 1.163, de 11 de outubro de 2000**. Portaria publicada no D.O.U. nº 203, de 20 de outubro de 2000, Seção I, pp.27-28. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20SIOPS%201163.htm>. Acesso em: 20 jun. 2018.

¹⁵⁸*Idem*.

¹⁵⁹DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde**. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/financeiros/siops>. Acesso em: 13 jun. 2018.

pública, permitindo, conseqüentemente, que sejam feitas análises-críticas das escolhas públicas nas ações de saúde.

Assim, os Conselhos de Saúde constituem-se em instância de democratização e controle social, pois estes, juntamente com a participação popular, compõem a base do SUS, demonstrando que o resultado das conquistas da sociedade, estruturada na órbita da saúde, representa fortemente a democratização¹⁶⁰. Igualmente, é a medida que o povo tem de expressar a sua opinião, decidir, votar, criticar, fiscalizar, denunciar e participar ativamente das decisões políticas dos entes públicos que devem representar os seus interesses e proteger os seus direitos.

Conforme Tatiana Britto¹⁶¹, os Conselhos de Saúde desempenham um papel crucial como mecanismo de participação da sociedade no sistema de saúde. Eles não apenas definem as diretrizes da saúde, mas também fiscalizam, avaliam e emitem parecer sobre os instrumentos de planejamento.

Contudo, para que as ações delineadas nos planos de saúde efetivamente contribuam para aprimorar a gestão do SUS, é essencial que todos os níveis de governo estejam comprometidos com a transparência e a visibilidade desses instrumentos.

Outrossim, a conquista desses direitos reverbera a possibilidade de a população exercer o seu direito de participar ativamente da elaboração das leis orçamentárias municipais e, conseqüentemente, influenciar nas decisões políticas que reverberam na saúde de todos.

Do ponto de vista prático, então, existe a possibilidade de cada cidadão tomar ciência e não apenas poder criticar o serviço que lhe é disponibilizado, como, também, pode participar ativamente do estabelecimento destas políticas que atingem não apenas a saúde, mas, também, a própria vida.

¹⁶⁰“Resultante do processo constituinte brasileiro que pautou a redemocratização do país, a proteção do direito à saúde dada pela Constituição de 1988 representa um pacto da sociedade brasileira em benefício da saúde individual e coletiva. O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, publicado em 1986, foi um dos grandes momentos da democracia sanitária do Brasil. Coordenado por Sérgio Arouca, o relatório resume as deliberações tomadas por mais de quatro mil participantes, sendo mil delegados, e apresenta a síntese das demandas sociais em saúde que seriam, dois anos depois, traduzidas pela Constituição de 1988 e pelas leis ns. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990.” (BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017, p.116).

¹⁶¹BRITTO, Tatiana Pinheiro Mota. **Controle Social na Saúde Pública no Estado da Bahia**: uma análise da atuação do Conselho Estadual de Saúde. Orientador: Andrea Cardoso Ventura. 2022. 96f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13097379. Acesso em: 05 out. 2023.

E, para efetivar e possibilitar esse tipo de participação popular e democrática, existem os Conselhos de Saúde a nível nacional, estaduais e municipais. Ambos são espaços onde as pessoas podem deliberar, fazendo parte, assim, da estrutura política-institucional do SUS.

Os dois têm mais de duas décadas de existência e operam em todos os estados brasileiros. São, conforme Marco Aurélio Serau Jr.,¹⁶² inclusive, uma “inovação cultural crucial à democratização das decisões setoriais na área de saúde”.

Na sua estrutura interna, os Conselhos de Saúde formam órgãos de modulação colegiada, unindo representantes de variados setores da sociedade. São permanentes e deliberativos. Ou seja, devem sempre existir e se reunir, decidindo juntamente as principais determinações a serem praticadas naquele local.

Nesse ritmo, detêm a liberalidade para exercer o respectivo controle e fiscalização da execução das políticas de saúde, até mesmo sobre os espectros financeiros e econômicos, auxiliando os entes governamentais a fazer devidamente o bom uso dos recursos públicos, conforme as necessidades de acesso aos serviços de saúde.

Afora os Conselhos de Saúde, há também as Conferências de Saúde, também atingindo a órbita municipal, estadual e federal. Nelas, permite-se uma abertura popular para que cada localidade, em cada Município, haja a devida consulta e respectiva avaliação das necessidades locais pontuais, a fim de instruir a fixação de diretrizes municipais de saúde.

Incumbe inferir que essas assembleias são instaladas quadrienalmente. Isso de forma ordinária, pois, caso seja preciso, poderá haver a convocação de forma extraordinária.

Então, esses instrumentos estão pautados na CF/88 e nas legislações dos entes federativos, materializando uma evolução gradual expressada no âmbito do leque sociopolítico do cidadão. Esse, ao exercer os seus direitos, seja fora do órgão ou dentro dele (como conselheiro), deve estar bem instrumentalizado tecnicamente e antenado com as necessidades fáticas reais que possam bem influenciar o papel de fortalecer a defesa dos interesses da proteção da saúde dos seus pares locais.

Todavia, os Conselhos de Saúde, na prática, enfrentam entraves de funcionamento que convergem, em último grau, na sua própria falta de eficácia, ao

¹⁶²SERAU JR., Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Claudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano. **Direito e Saúde Construindo a Justiça Social**. São Paulo: LTR, 2016, p.54.

contrário do produtivo momento participativo e evolucionista que aconteceu na década de 90, através dos intensos debates sobre as políticas públicas na área de saúde. Com amparo em Marco Aurélio Serau Jr.¹⁶³, a CF/88 estabelece a vontade do legislador em direcionar a realidade social e política. Todavia, a realidade tem se mostrado bem distinta.

Consoante Maria Eliana Labra *apud* Marco Aurélio Serau Jr.¹⁶⁴, esse problema em si é diretamente influenciado por uma democracia ainda jovem, suscetível de alternativas na cultura política e cívica. Segundo a pesquisadora: 59% dos brasileiros não sabem o significado de democracia e 50% é uma sociedade sem identidade ou sem projeto civil. De forma bem crítica, assevera a pesquisadora:

Os **índices acima apontados, somados com a realidade** demonstrada por Leo Pessini e Christian de Paul Barchifontaine, tornam a situação ainda mais preocupante e dificultosa à administração do sistema de saúde; considerando a grande diversidade social e econômica do país, a população se divide em três grupos: o Brasil dos que tem plano de saúde, sendo que desses brasileiros 80% poderiam resolver os seus problemas em casa, por meio de vacinas, saneamento básico, orientação correta e cuidados ambulatoriais, e o Brasil dos que, na prática, não tem acesso a nenhum tipo de socorro, padecendo das doenças da miséria e da desinformação, esses somam cerca de 10 milhões de brasileiros, são aqueles que necessitam aprender a beber água filtrada, nem sabem que possuem direito a ser beneficiados pela universalização do atendimento assegurada pela Constituição¹⁶⁵. (grifamos).

Nota-se, então, que acentuada diferença em aspectos da realidade social brasileira ocasiona grande dificuldade à gestão do SUS, levando em consideração, claro, a dimensão continental do Brasil, o escalonamento cultural e a pirâmide econômica.

Para Marco Aurélio Serau Jr.,¹⁶⁶ parte significativa dos gastos com saúde poderia ser redirecionados através de medidas socioeducativas, estabelecimento de políticas públicas direcionadas para a educação à saúde, especialmente as de iniciativa local, pois há ênfase às necessidades da própria localidade, permitindo ao Estado identificar mais facilmente a necessidade de localizar, focar e controlar o seu atendimento no setor de saúde com mais efetividade.

¹⁶³SERAU JR., Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Claudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano. **Direito e Saúde Construindo a Justiça Social**. São Paulo: LTR, 2016, p.54.

¹⁶⁴*Ibidem, loc. cit.*

¹⁶⁵SERAU JR., Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Claudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano. **Direito e Saúde Construindo a Justiça Social**. São Paulo: LTR, 2016, p.55.

¹⁶⁶*Ibidem, loc. cit.*

Logo, esse processo democrático de consciência cívica estadual fortalece a saúde como elemento de responsabilidade pública, devendo ser gerenciada com o uso de critérios de interesse público. Faz-se mister, conseqüentemente, a devida análise criteriosa dos interesses estaduais de saúde.

Esses, naturalmente, devem ensejar uma evolução na concepção de reforma na área de saúde, por meio de uma capilaridade de ações públicas aperfeiçoadas pelo controle social estadual, com ênfase no progresso de possíveis conquistas pelos Conselhos Estaduais e Conferências de Saúde, através do seu caráter deliberativo e paritário, com esboço na lei.

Os principais avanços em saúde no século XX estão entre as maiores evoluções sociais desse interregno. As condições de saúde tendem a evoluir a partir do progresso do conhecimento básico. Assim, a questão não é apenas a liberação do conhecimento, mas a sua promoção como algo indispensável para enlevar as pessoas à consciência da necessidade de uma maior inserção das mesmas a um sistema de saúde de qualidade.

Percebe-se, então, que, para a promoção da saúde estadual, faz-se necessário, também, o papel da educação, da informação, da fiscalização, do controle, da divulgação e da promoção da saúde a fim de acender uma nova cultura promocional de saúde estadual democrática, participativa e plural.

Hodiernamente, o gestor público não deve apenas se preocupar em disponibilizar informações a todos amplamente ou simplesmente disponibilizar o serviço à saúde. É preciso também implementar políticas públicas para educar a população para a saúde, enlevando-a ao *status* de ser o seu próprio agente de saúde, no sentido de ser crítico participativo do sistema.

Essa consciência crítica do seu direito à saúde como um direito estadual e não um favor político deve fazer parte dessa nova cultura sociológica e social de participação cidadã na estrutura decisiva da saúde. Por mais difícil que seja essa forma de caminho, a sua concretização tem grande potencial para uma construção sólida de saúde estadual condizente com os anseios sociais locais.

Essas nuances de *performance* da ingerência das ações estaduais de saúde servem de anteparo para o fortalecimento das políticas públicas estaduais de saúde direcionadas a aplacar as suas problemáticas, suplantando o eventual adoecimento físico e mental dos seus protegidos constitucionais e legais.

O Fundo Nacional de Saúde (FNS)¹⁶⁷, criado através do Decreto nº 64.867/69, como um fundo especial, é o gestor financeiro dos recursos destinados ao SUS, na esfera federal. Os seus recursos são direcionados para repasses aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, com o objetivo de permitir que eles executem, de forma descentralizada, atividades e atendimentos de saúde, além de investimentos na estrutura de serviços e na assistência hospitalar, todos dentro do SUS. Essas transferências acontecem por meio de diferentes modalidades: Fundo a Fundo, Convênios, Contratos de Repasses e Termos de Cooperação.

3.6.2 A Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia (SESAB)

A SESAB disponibiliza amplamente, pela *internet*, um portal próprio¹⁶⁸. Nele, diversas informações e dados do setor de saúde do Estado são divulgados amplamente, favorecendo o acesso de todos que tenham interesse no tema. Ele, igualmente, possibilita que outros sítios eletrônicos permitam a criação de controles de qualidade dos sistemas auxiliando a gestão, a atuação dos grupos de trabalho, a produção de conhecimento e o maior controle por parte dos cidadãos baianos.

Na região da Bahia, a SESAB teve a sua origem estabelecida pela Lei nº 2.321/1966 e teve as suas diretrizes alteradas posteriormente pelas Leis nº 7.435/1998, 8.888/2003, 9.831/2005 e 10.955/2007, com o propósito de elaborar as políticas de saúde do Estado, administrar o Sistema Estadual de Saúde e realizar ações e serviços para promover, resguardar e restabelecer a saúde, de acordo com a legislação que criou o SUS.

Prevista dentro da estrutura geral da administração, a SESAB é inserida na administração centralizada e as suas competências são previstas no art. 203 da lei supramencionada. Cabe a essa fazer a supervisão, orientação, promoção, regularização e controle das atividades que visam a melhoria dos padrões de saúde da população, elaborando programas governamentais na seara da saúde e fazendo integração nos planos de desenvolvimento estadual e federal de forma a colaborar no cenário estadual, através de programas federais de saúde.

¹⁶⁷BRASIL. **Fundo Nacional de Saúde**. Ministério da saúde. Disponível em: <http://portalfns.saude.gov.br>. Acesso em: 13 jun. 2018.

¹⁶⁸BAHIA. Relatórios Anuais de Gestão (RAG). **Secretaria Estadual de Saúde (SESAB)**. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/sobre-a-sesab/relatorios-anuais-de-gestao-rag/>. Acesso em: 22 ago. 2023.

Ou seja, a SESAB não pode se olvidar da aplicação de leis e normas federais referentes à saúde pública, devendo executar diretamente ou indiretamente os programas estaduais de saúde, tendo a facultatividade de conceder essa execução a terceiros. Não obstante possuir essa liberalidade, a SESAB é quem deve fixar normas e padrões visando promover, proteger e recuperar a saúde pública.

Como forma de receber apoio, a SESAB pode participar da execução dos programas de saúde feitos sob a modalidade de convênio em colaboração com órgãos e entidades nacionais e internacionais visando a compatibilidade com diretrizes do PES.

Na competência da SESAB, cabe a esta estruturar a política de saúde estadual, implementar as respectivas atividades, criar projetos de governo e convergir desejos políticos, verbas públicas e estruturais, além de estabelecer parcerias com órgãos e entidades da esfera federal, estadual e municipal, assim como instituições não-governamentais para o desenvolvimento e monitoramento de iniciativas que envolvam diferentes setores.

Para alcançar tais objetivos, ela precisa coordenar a elaboração, executar e avaliar o PES, conforme as diretrizes do Conselho Estadual de Saúde, monitorando e avaliando permanentemente a situação da saúde na Bahia, identificando, analisando e intervindo na situação dos fatores adstritos ao processo de saúde ou doença, identificando eventuais problemas que ultrapassem a área de abrangência e de influência de cada sistema municipal e escolher as medidas cabíveis.

No que tange ao Conselho Estadual de Saúde, Tatiana Britto¹⁶⁹ assevera que, partindo do princípio de que, a fim de assegurar a devida aplicação dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde (MS) para os níveis subnacionais, destinados ao financiamento das ASPS, é imperativo que haja um acompanhamento contínuo e fiscalização eficaz por parte do Conselho Estadual de Saúde da Bahia sobre os instrumentos de Planejamento em Saúde (OS), Programação Anual de Saúde (PAS) e RAG, considerando essas ferramentas como maneiras para o acompanhamento e o monitoramento das Políticas Públicas de Saúde do Estado.

¹⁶⁹BRITTO, Tatiana Pinheiro Mota. **Controle Social na Saúde Pública no Estado da Bahia**: uma análise da atuação do Conselho Estadual de Saúde. Orientador: Andrea Cardoso Ventura. 2022. 96f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13097379. Acesso em: 05 out. 2023.

Dentro da esfera de influência da SESAB em cada localidade, é responsabilidade dela implementar as regras, analisar e supervisionar as ações descentralizadas, utilizando critérios flexíveis que se ajustem à realidade da saúde em cada Município. Além disso, é papel da SESAB regular o Sistema Estadual de Saúde de forma mais ampla, através do estabelecimento, monitoramento, avaliação de normas, padrões e critérios de qualidade para a administração e o funcionamento dos serviços de saúde. Por isso, é fundamental a contribuição da instituição junto aos Municípios baianos em termos técnicos, oferecendo informações para a criação de estratégias de cuidado e administração.

Aqui cabe uma ponderação, pois, institucionalmente, cabe à SESAB primar pela qualidade da atenção e a satisfação do usuário. É importante identificar as demandas por progresso científico e tecnológico para aprimorar os serviços prestados pelo Governo Estadual, incentivando a busca por novos conhecimentos através de pesquisas.

E, para isso, é importante garantir a igualdade na distribuição de recursos, com critérios que visem a beneficiar grupos mais vulneráveis, baseados em dados epidemiológicos e sociais.

Esses critérios devem guiar a definição de como os recursos serão transferidos para os Municípios. Adicionalmente, é importante que a SESAB busque apoio financeiro junto a entidades públicas ou privadas, tanto nacionais quanto internacionais, a fim de custear as iniciativas na área da saúde. Nesse sentido, a SESAB também tem a obrigação de implementar ações de Auditoria no SUS/BA, o que tem tamanha importância por se tratar de recursos públicos a serem efetivados em um setor extremamente importante.

Com o objetivo de promover uma atuação educacional eficaz, é essencial estabelecer e implementar uma política de educação continuada, com ênfase na colaboração com escolas de saúde. Além disso, é fundamental realizar ações de comunicação voltadas para a sociedade e para as instituições de saúde, visando a melhoria constante. No que diz respeito à organização, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, de acordo com o art. 204, também deve ser considerada, inserida na administração centralizada, sendo composta pelo Gabinete do Secretário; Assessoria Setorial de Programação e Orçamento (ASPO); Serviço de Administração Geral (SAG); Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional; Serviço de

Bioestatística; Departamento de Assistência; Departamento de Higiene e Centros Executivos Regionais.

Já na área das entidades da administração descentralizada, há a Fundação Hospitalar do Estado da Bahia (criada pela Lei nº 2.1233/1965); Fundação Hospital Otávio Mangabeira (fundada pela Lei nº 2.499/1950) e Fundação Gonçalo Muniz (instituída pela Lei nº 2.622/1959).

E, dentro da estrutura dessa secretaria, há de se destacar alguns setores, tais como o Departamento de Assistência com a seguinte estrutura: Divisão Médico-Hospitalar; Divisão Materno-Infantil; Divisão Odontológica; Divisão de Combate à Tuberculose; Divisão de Enfermidades Degenerativas e Divisão de Saúde Mental, inclusive, com arrimo no art. 210, inciso VI, cabendo a essa divisão examinar os planos de aplicação dos recursos públicos confinados a entidades particulares e avaliar os seus resultados.

Outras divisões, igualmente, são importantes para a composição da saúde estadual: Divisão Materno-Infantil; Divisão Odontológica; Divisão de Saúde Mental; Departamento de Higiene; Divisão de Epidemiologia; Divisão de Saneamento e de Meio; Divisão de Educação Sanitária; Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional; Serviço de Bioestatística e os Centros Executivos Regionais.

3.6.3 O Fundo Estadual de Saúde do Estado da Bahia (FES/BA)

O Fundo Estadual de Saúde do Estado da Bahia (FES/BA) foi fundado pela Lei nº 6.581/1994 visando prover os recursos necessários à execução de programas de trabalho adstritos à saúde individual e coletiva, geridos pela Secretaria de Saúde. No seu escopo, cabem as ações de atendimento à saúde de forma universalizada, integral, regionalizada e hierarquizada nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e ações de saúde de interesse individual e coletiva. Os Municípios terão a responsabilidade de oferecer suporte técnico e financeiro, além de realizar atividades adicionais relacionadas à saúde.

Para tais desideratos, as ações supramencionadas serão executadas através do planejamento adequado, com o estabelecimento de programas, planos e projetos; bem como a preparação e a devida capacitação dos recursos humanos indispensáveis a esse objetivo.

Sendo assim, o Fundo Estadual de Saúde servirá como instrumento de suporte financeiro para o fomento do SUS na Bahia, ficando vinculado à Secretaria da Saúde do Estado, que será o seu órgão gestor, sob a fiscalização do Conselho Estadual de Saúde. Os seus recursos serão geridos pela Coordenação Executiva, composta por quatro membros, supervisionados diretamente pelo Secretário da Saúde. Esse setor será composto por coordenador, assessor técnico, gerente financeiro e secretário administrativo, todos indicados pelo Secretário da Saúde.

Caberá à Coordenação prestar contas do uso dos recursos públicos do FES-BA, obrigados por força de convênio, contratos ou acordos estabelecidos com órgãos da administração direta, indireta ou fundacional no âmbito federal, estadual ou municipal.

Sobre o financiamento do FES-BA, os seus recursos serão provenientes de: dotações presentes no Orçamento Geral do Estado e os créditos adicionais a eles destinados, salvo os recursos relativos ao pagamento de pessoal e encargos sociais; subvenções, contribuições, auxílios e transferências de outros órgãos ou entidades de todas as esferas administrativas; recursos originários de aplicações financeiras; produto da arrecadação das taxas de fiscalização sanitária e de higiene, multas e juros de mora por infração, parcelas da arrecadação de outras taxas a serem legalmente instituídas; produto de convênios firmados entre o Estado da Bahia e outras entidades de financiamento.

Aqui merece destaque a possibilidade do altruísmo se fazer presente, onde pessoas físicas ou jurídicas, de natureza pública ou não, de organismos públicos ou privados, nacionais ou internacionais, podem fazer doações ao Fundo. Esse, ao receber os recursos depositados, obrigatoriamente, em contas especiais para tal fim, receberá a liberação pelo Estado da Bahia, das receitas, até o 10º dia do mês seguinte àquele em que se efetivar a respectiva arrecadação, e essas devem ser aplicadas, essencialmente, em ações e atividades de vigilância sanitária.

Já na parte de aplicação das respectivas despesas, as mesmas podem ser utilizadas para o financiamento total ou parcial de programas integrados de saúde, mantidos pela Secretaria ou com ela conveniados; serem utilizados como pagamento pela prestação de serviços a entidades de direito privado, para a execução de programas ou projetos específicos na saúde e compra de material de consumo imprescindíveis para o desenvolvimento dos programas. Ainda nas despesas de custeio, deve haver gastos na recuperação e conservação da rede básica de

prestação de serviços de saúde e desenvolvimento de programas de capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos em saúde.

Não somente despesas correntes como despesas de capital poderão ser implementadas, tais como construção, reforma, ampliação, aquisição ou locação de imóveis para a adequação de estrutura física de prestação de serviços de saúde. Ainda nesse tipo de despesa, quando ela for urgente e não possa ser adiada, poderão ser direcionados recursos para suprir execuções de ações e serviços de saúde.

Visando manter o controle e a autonomia na gestão desses recursos, o FES-BA terá a sua própria contabilidade, compatível com o sistema acolhido pelo Estado da Bahia. Assim, o objetivo é comprovar a posição financeira, patrimonial e orçamentária do SUS/BA, mantendo os padrões e normas da legislação específica. Por corolário, esta contabilidade própria será organizada de forma a conceber a função do controle prévio, apropriando e aquilatando os custos dos serviços, sem olvidar na análise dos resultados alcançados.

Depois da verificação, ao constatar um saldo positivo no final de cada ano fiscal, esse valor será transferido para o próximo ano. Inclusive, as prestações de contas do FES-BA farão parte da prestação de contas da Secretaria da Saúde.

No que tange ao planejamento e orçamento, esse relativo ao FES-BA, fará parte obrigatoriamente da LOA do Estado, funcionando como adendo ao Orçamento da Seguridade. Assim, a proposta orçamentária vinculada ao FES-BA será criada pela Coordenação Executiva e será encaminhada ao Órgão Setorial do Sistema Estadual de Planejamento, respeitando: as metas e objetivos previstos no PPA do Estado e no PES; as diretrizes criadas pela LDO; diretrizes, critérios e parâmetros previstos no Conselho Estadual de Saúde; metodologia e normas provenientes do Órgão Central de Planejamento do Estado.

O Plano de Aplicação dos Recursos do FES-BA será criado e aprovado, conforme a legislação pertinente e terá a natureza de Programa Operativo Anual, em respeito ao Programa de Trabalho que consta na Lei Orçamentária Anual do Estado da Bahia, onde diretrizes, parâmetros e critérios criados pelo Conselho Estadual de Saúde devem ser respeitados, além das normas e metodologia do Órgão Central de Planejamento do Estado.

Nessa senda, o Plano de Aplicação dos Recursos do FES-BA será elaborado e aprovado respeitando a legislação específica e terá a natureza jurídica de Programa

Operativo Anual, respeitando o Programa de Trabalho proveniente da Lei Orçamentária Anual do Estado.

Caberá, então, ao Poder Executivo Estadual publicar, consoante a regulamentação da supramencionada lei, o Programa de Trabalho relativo aos recursos do FES-BA, no exercício em curso, o qual deve ser integrado pelos saldos dos mesmos projetos e atividades provenientes do Orçamento vindos da Seguridade, na Secretaria da Saúde.

No que tange ao SUS, o seu planejamento é uma responsabilidade conjunta das três esferas de governo, e cada ente federado deve levar em consideração as ações desenvolvidas pelas demais esferas, visando complementaridade e funcionalidade.

O Decreto nº 7.508/2011 estabelece que o planejamento é uma atividade obrigatória dos entes federados, sendo de natureza ascendente e integrada.

A Portaria nº 2.135/2013 determina as orientações para o processo de planejamento no SUS, institui o PES, as Programações Anuais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão como ferramentas essenciais para o planejamento. Tatiana Britto¹⁷⁰ ressalta que a Portaria Federal nº 2.135/2013 enfatiza a importância da harmonização entre os Instrumentos de Planejamento em Saúde (Plano de Saúde), PAS, RAG e os Instrumentos de Planejamento de Governo (PPA, LDO e LOA). Essa concordância é fundamental para garantir o financiamento das ações delineadas no planejamento. De acordo com a regulamentação vigente, é imprescindível que o Plano de Saúde seja o norteador para a formulação do planejamento e da alocação de recursos do governo no âmbito da saúde. Isso implica que as ações e metas definidas no Plano de Saúde devem ser consideradas na formulação do PPA, na elaboração da LDO e na alocação de recursos na LOA.

Essa compatibilização assegura que os recursos necessários para a implementação das políticas de saúde sejam alocados de maneira adequada, possibilitando a execução das ações propostas no Plano de Saúde. Nesse âmbito, Bruno de Almeida¹⁷¹ registra que a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, por

¹⁷⁰BRITTO, Tatiana Pinheiro Mota. **Controle Social na Saúde Pública no Estado da Bahia**: uma análise da atuação do Conselho Estadual de Saúde. Orientador: Andrea Cardoso Ventura. 2022. 96f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13097379. Acesso em: 05 out. 2023.

¹⁷¹ALMEIDA, Bruno Guimarães de. **O Jogo da Negociação no Sus**: Bahia: Atores, Cenários e Enredos. Orientador: Isabela Cardoso de Matos Pinto. 2015. 107f. Dissertação (Mestrado em Gestão

meio do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, aponta para um novo olhar sobre o trabalho na saúde, uma vez que estabelece no Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) indicadores e metas específicos para a gestão do trabalho.

Dessa forma, o PES é o instrumento de gestão que expressa a política de saúde do Estado para um período de quatro anos. Ele contém orientações para a implementação de todas as iniciativas de gestão do SUS no território baiano. O documento apresenta os compromissos do governo na área da saúde, as iniciativas estratégicas e as ações correspondentes, levando em consideração a análise da situação de saúde, as necessidades da população e a capacidade de oferta dos serviços. Nesse ritmo, cabe mencionar que o PES hodiernamente em vigor é o período do de 2020 a 2023.

4 AS RECEITAS PÚBLICAS APLICADAS NA ÁREA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

4.1 A Constituição Estadual da Bahia

A Constituição Estadual do Estado da Bahia (CEEB)¹⁷², no seu art. 4º, inciso I, prevê que, além dos direitos e garantias previstos na CF/88 ou provenientes do regime e princípios por ela acolhida, deve ser resguardado, pelas leis e pelos atos administrativos praticados pelos agentes públicos, que ninguém pode ser acometido de prejuízo no exercício de direito, nem sofrer privação de serviço essencial à saúde.

O art. 11, inciso XI, estabelece a atribuição do Estado de zelar pela saúde, desde que não tenha sido proibido pela CF/88. Conforme o seu inciso XVII, é necessário que este órgão colabore, de forma técnica e financeira, com os serviços municipais de saúde para atender à população. Não obstante, o Estado não está sozinho no que tange ao ato de legislar, pois, conforme o inciso XII, cabe ao Estado, de forma concorrencial com a União, igualmente legislar no que tange à proteção e à defesa da saúde. Assim, caberá à Assembleia Legislativa, com a sanção do Chefe do Poder Executivo Estadual, legislar sobre as matérias de competência do Estado, especialmente sobre a defesa da saúde.

Dentro dessa competência estadual, o Estado manterá, conforme a lei, o regime previdenciário e assistencial próprio, visando a promoção dos direitos à saúde (art. 50). Não obstante, compete ao órgão público municipal oferecer os cuidados de saúde necessários para a comunidade local.

Cabe destacar que a saúde pública é tão relevante que, dentre os requisitos para ocupação de cargos públicos efetivos ou comissionados, o agente público ou político não deve ter contra si decisão condenatória transitada em julgado ou proferida por órgão judicial colegiado sobre crime contra a saúde pública.

Já sobre a parte do financiamento, a área da saúde pode ser financiada, consoante os termos do art. 204, mediante a contribuição na exploração dos recursos energéticos hidráulicos, petróleo, gás natural e demais recursos naturais, o Estado utilizará, conforme determinado pela legislação.

¹⁷²BAHIA. **Constituição do Estado da Bahia**. Estado da Bahia, Casa Civil. Disponível em: <http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/constituicao-do-estado-da-bahia-de-05-de-outubro-de-1989>. Acesso em: 01 maio 2022.

No que se refere ao direito à saúde, é responsabilidade do Estado garantir esse direito por meio de políticas públicas, considerando três perspectivas: social, econômica e ambiental, com o objetivo de prevenir ou diminuir os riscos de doenças e outros problemas de saúde, além de proporcionar acesso universal e igualitário a ações e serviços para promover, recuperar e reabilitar a saúde.

Para regularizar os serviços de saúde públicos, que são essenciais conforme o art. 234 da Constituição Estadual, foi estabelecido um novo projeto onde o poder público estadual será responsável por sua execução, seja de forma direta ou indireta por meio de terceiros, sejam pessoas físicas ou jurídicas de Direito Privado. Dessa forma, serão estabelecidas normas legais para regulamentar as ações e os serviços de saúde pública e privada, que se complementam por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, integrando o SUS, desde que obedeçam às diretrizes estabelecidas: direção pelas Secretarias de Saúde, observadas as diretrizes dos conselhos criados pela Constituição Estadual; não centralização e regionalização; conexão nas ações de saúde, saneamento básico e ambiental; universalização de assistência de igual qualidade que permita o acesso de todos aos diferentes níveis dos serviços de saúde, levando em consideração as necessidades específicas da população, seja de origem da cidade ou do campo; participação nas decisões de entidades representativas, quando haja formulação, gestão e controle das políticas e ações de saúde no Estado ou no Município.

Faz-se mister ressaltar a proibição clara de qualquer cobrança ao usuário pelos serviços públicos de saúde, seja através de contratos ou convênios com o setor público ou privado. Destaca-se que a estrutura regionalizada e hierarquizada será estabelecida com base no sistema municipal, unidade fundamental para o planejamento e gerenciamento do sistema único de saúde, com uma variedade de recursos de saúde interligados e responsáveis pelo cuidado da população.

Nota-se, então, que o Estado, juridicamente e politicamente, não se encontra isolado em prol da defesa do direito à saúde. Ainda com arrimo na constituinte estadual, o sistema básico deve ter equivalência com o território de um Município ou avocar uma soma de diversos entes públicos municipais, seguindo, legalmente, critérios populacionais, epidemiológicos e assistenciais.

Destarte, no que for além das atribuições típicas municipais, o Estado, conforme a CF/88 municipalizará as instâncias regionais executoras das ações.

Dada a relevância da temática, a responsabilidade pela fiscalização caberá sempre ao setor público. Neste caso, será responsabilidade do Conselho Estadual de Saúde, um órgão deliberativo, que é composto por: pessoas com poder de gestão do sistema, de sindicatos dos trabalhadores, de associações da comunidade local, de entidades representativas das classes empregadoras e entidades representativas dos profissionais de saúde. Dessa forma, é necessário que sejam formados com uma estrutura semelhante à do Conselho Estadual.

Em relação ao financiamento do SUS na Bahia, é importante destacar que o Governo Estadual irá contar com verbas provenientes do financiamento da Previdência Social, provenientes do governo federal, estadual e municipal, podendo também ser complementado por outras formas de suporte financeiro. As transferências de verbas do Sistema Único de Saúde do Estado para os Municípios ocorrerão de maneira regular, automática e de acordo com critérios técnicos e administrativos, seguindo a legislação vigente. É fundamental destacar que não é permitido destinar verbas públicas para ajudar instituições particulares com fins lucrativos. Além disso, a Constituição do Estado da Bahia proíbe claramente a participação de empresas de outros países na oferta de serviços de saúde dentro do Estado, exceto nos casos previstos pela legislação.

Dessa forma, na Bahia, é responsabilidade do SUS coordenar a capacitação dos profissionais de saúde, garantindo um sistema baseado no mérito para contratação e promoção, conectando os estágios mais altos das carreiras às funções de liderança em unidades de saúde.

Compete a ele realizar e colocar em prática as medidas de vigilância sanitária e epidemiológica de maneira mais prática, incluindo também a promoção da saúde do trabalhador. Ele é responsável por estabelecer normas, fiscalizar e monitorar os serviços de saúde, assim como as condições de trabalho, máquinas, equipamentos e ambiente laboral, identificando riscos e possíveis danos à saúde no ambiente de trabalho.

No entanto, na área farmacêutica, é fundamental garantir a prestação de cuidados farmacêuticos, incentivando a inovação de novas tecnologias, fabricando remédios, substâncias químicas, materiais imunobiológicos, principalmente por meio de laboratórios governamentais já estabelecidos na Bahia. Cabe ponderar que, mesmo com tudo isso, não se deve esquecer da necessidade do desenvolvimento de práticas alternativas que beneficiem a saúde individual e coletiva, também exercendo

o controle, a inspeção e a fiscalização dos serviços de saúde, inclusive os que utilizam substâncias mutagênicas e carcinogênicas, bem como equipamentos que se valem de radioatividade; contribuir para a supervisão, fiscalização da elaboração, deslocamento, armazenamento e aplicação de elementos e mercadorias psicoativos e com periculosidade.

Na esfera animal, a responsabilidade pela inspeção e fiscalização dos produtos de origem animal, seus derivados, subprodutos e instalações industriais, bem como os destinados ao abate, é do SUS/BA. Isso inclui também a fiscalização e a inspeção de águas e bebidas destinadas ao consumo humano, com exceção das atribuições federais não delegadas ao Estado.

Ademais, consoante o art. 239 da CEEB, as empresas que expuserem os seus funcionários a substâncias químicas, tóxicas ou radioativas devem realizar exames médicos regulares para acompanhar a saúde do trabalhador e tomar as medidas necessárias, quando necessário. Tanto o governo quanto os sindicatos têm o direito de acessar as informações desses exames médicos, desde que a identidade e a ética médica sejam mantidas em sigilo absoluto.

A parte ética-científica igualmente mereceu atenção quando a Constituição do Estado da Bahia determinou que é responsabilidade do SUS garantir a assistência à saúde, seguindo os preceitos éticos, técnicos e científicos relacionados ao direito à gravidez, além de proteger o parto e a amamentação. De acordo com o art. 241 da CEEB, qualquer atividade, pesquisa ou teste que viole a vida, a dignidade e a integridade das pessoas ou os valores éticos é proibida por lei. Um critério semelhante deve orientar a supervisão e a fiscalização das atividades relacionadas à retirada de órgãos, tecidos e substâncias para o transplante, o estudo e o tratamento. Cabe ressaltar, no entanto, que é vedada a comercialização de qualquer espécie de órgãos, tecidos e substâncias humanas, em especial o sangue e os seus derivados, como determina a legislação vigente.

Destaca-se a sua responsabilidade regional em desenvolver o Sistema Estadual Público de coleta, processamento e transfusão de sangue, além dos seus derivados, em um patamar mais elevado de proteção. Sem deixar de lado o enfoque na inclusão, também é da sua competência garantir a assistência à saúde mental e promover a reabilitação nos aspectos físicos, psicológicos e profissionais das pessoas com deficiências.

Sabe-se que a saúde deve priorizar, igualmente, ações com ênfase preventiva. Dessa forma, no âmbito da odontologia, é responsabilidade do SUS/BA garantir um atendimento odontológico completo com foco nas ações preventivas, sem desconsiderar as intervenções principais. Nesse sentido, é fundamental colaborar na definição de políticas e na implementação de medidas de saneamento básico, bem como promover iniciativas para conscientizar a população.

Por último, mas não menos significativo, é fundamental realizar ações com o intuito de informar a população sobre a importância de cuidar da sua saúde e defender os seus direitos nesse âmbito, além de promover políticas de saúde preventivas. Nesse ponto, concordam, de acordo com o art. 242 da CEEB, que os Departamentos de Saúde e Educação, ou órgãos equivalentes devem criar e institucionalizar os programas de saúde e educação em todos os níveis de educação. Contudo, no que diz respeito à divulgação abrangente de informações ou publicidade feita por qualquer meio, relacionadas a produtos e serviços que possam representar um risco à saúde ou incentivar os consumidores a práticas prejudiciais à saúde, é necessário incluir uma observação clara sobre esses riscos, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal dos promotores ou fabricantes pela reparação de possíveis danos, de acordo com a legislação vigente.

Além disso, é importante destacar que a Lei Fundamental do Estado da Bahia proíbe claramente a presença, de forma direta ou indireta, de companhias ou investimentos estrangeiros na área da saúde no Estado, exceto nos casos permitidos por lei.

Cabe lembrar que as ações de saúde são de natureza pública. Apesar da possibilidade de prestação por empresas privadas, de forma supletiva e desde que respeitados os requisitos legais e as diretrizes específicas das políticas de saúde (art. 214), essas devem ter a legitimidade consoante contrato de Direito Público ou convênio, dando-se preferência às instituições filantrópicas de utilidade pública e sem fins de lucro, tudo consoante os arts. constitucionais 214 e 216.

Nesse aspecto, de acordo com a sistemática constitucional, a Saúde é inserida no plexo de ações de participação obrigatória do poder público e da sociedade, formalizada pela concepção de seguridade social. Além disso, é importante destacar que as disposições transitórias, conforme o art. 12, determinaram que, enquanto a Lei de Diretrizes Orçamentárias não fosse aprovada, uma parcela mínima de 30% do

orçamento da seguridade social deveria ser destinada à saúde, com exceção do seguro-desemprego.

Em conformidade com o princípio da simetria, é imprescindível que os Conselhos Municipais de Saúde sejam compostos por membros que sigam a mesma estrutura do Conselho Estadual.

4.2 Os Indicadores em Saúde

Em conformidade com o determinado pela Lei Complementar nº 141/2012, que define os montantes mínimos que devem ser aplicados anualmente pela União, Estados, o Distrito Federal e os Municípios em atividades e atendimentos de saúde pública, os gestores da saúde em cada nível de governo precisam garantir a divulgação abrangente dos relatórios financeiros de forma regular, inclusive em plataformas online de livre acesso para a população. Dessa forma, possibilita-se a consulta e a avaliação por parte de todos os interessados, em especial no que diz respeito aos relatórios de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre as obrigações de prestação de contas, é importante ressaltar que o responsável pela gestão do SUS em cada nível governamental deve disponibilizar um relatório completo sobre o quadrimestre anterior. Nesse documento, é necessário especificar o valor e a origem dos recursos utilizados durante esse período, as auditorias e a “oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.” (art. 35 da LC 141/2012)¹⁷³.

Sobre esse instrumento legal, Tatiana Brito¹⁷⁴ ventila que a LC nº 141/2012, em seu art. 31, com o objetivo de garantir a transparência e a acessibilidade das prestações de contas na área da saúde, estabeleceu a obrigação, dos órgãos gestores de saúde em todos os níveis da federação, de disponibilizar regularmente, inclusive por meio de plataformas eletrônicas de acesso público, as informações

¹⁷³BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; [...]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 22 ago. 2023.

¹⁷⁴BRITTO, Tatiana Pinheiro Mota. **Controle Social na Saúde Pública no Estado da Bahia: uma análise da atuação do Conselho Estadual de Saúde**. Orientador: Andrea Cardoso Ventura. 2022. 96f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13097379. Acesso em: 05 out. 2023.

financeiras. Ainda mais, ela garante, por meio da promoção da participação da comunidade, a organização de encontros abertos durante todas as etapas de criação e o debate do Plano de Saúde (PS), da PAS e do RAG, que serão depois avaliados pelo Conselho de Saúde correspondente. Sobre esse mote, Tatiana Britto¹⁷⁵ considera que os Conselhos de Saúde fazem parte do contexto dos Conselhos Gestores de políticas públicas, que são de caráter obrigatório e foram estabelecidos pela CF/88, em resposta às demandas dos movimentos sociais.

Essas orientações têm um papel essencial na supervisão da implementação da política de saúde em cada esfera, envolvendo aspectos relacionados à economia e ao dinheiro. A sua criação foi oficializada no ano de 1990, através da Lei Orgânica da Saúde nº 8.142, que definiu a Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde como órgãos colegiados e com poder de decisão nas políticas públicas de saúde. No que tange ao Plano de Saúde, prossegue a pesquisadora inferindo que o Programa de Saúde é a base fundamental das ações e cronogramas de todos os níveis de administração do Sistema Único de Saúde. O seu custeio é contemplado no planejamento orçamentário apropriado, de acordo com o que foi determinado na Portaria Federal nº 2.135/2013. Para garantir que as ações e metas definidas no Plano de Saúde sejam viabilizadas, é essencial uma sólida integração entre as etapas de planejamento e de orçamentação, assegurando a disponibilidade dos recursos necessários. Isso significa que o planejamento deve estar alinhado com a disponibilidade de recursos financeiros previstos no orçamento para que as metas estabelecidas possam ser efetivamente realizadas.

O § 4º, do art. 39, da Lei Complementar nº 141/2012 determina que as informações do acompanhamento e análise devem ser apresentadas de maneira clara, incluindo indicadores, fazendo parte do Relatório de Gestão de cada órgão federativo, em conformidade com o disposto no art. 4º da Lei nº 8.142/1990¹⁷⁶. Essa previsão reza que, para que os entes recebam recursos de forma automática e regular do FNS, os entes federativos deverão contar com, inclusive, “IV – relatórios de gestão

¹⁷⁵BRITTO, Tatiana Pinheiro Mota. **Controle Social na Saúde Pública no Estado da Bahia**: uma análise da atuação do Conselho Estadual de Saúde. Orientador: Andrea Cardoso Ventura. 2022. 96f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13097379. Acesso em: 05 out. 2023.

¹⁷⁶BRASIL. **Lei Complementar nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm#art4. Acesso em: 22 ago. 2023.

que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990”. Esse método de fiscalização citado deve possibilitar que o Ministério da Saúde monitore, por meio do sistema de auditoria, o cumprimento da programação acordada da utilização dos recursos repassados aos governos estaduais e municipais. Se houver irregularidades, negligência na gestão ou desperdício de verbas, o Ministério da Saúde será responsável por tomar as providências determinadas pela legislação vigente. Nessa senda, o Estado da Bahia, representado pela sua SESAB, disponibiliza no seu site os RAGs, que consistem em instrumentos de gestão elaborados anualmente, onde o gestor divulga os resultados alcançados com a execução da PAS, bem como norteia possíveis redirecionamentos no PES, respeitando o disposto no art. 6º da Portaria nº 2.135/2013. Sobre a SESAB, Isaura de Carvalho¹⁷⁷ destaca que é responsabilidade da SESAB colocar em prática as diretrizes nacionais e estaduais, bem como colaborar na organização da prestação de serviços de saúde em sua área de atuação. Ela supervisiona a gestão da saúde pública estadual e a coordenação de unidades de saúde que oferecem atendimento de média e alta complexidade, como pronto-socorros, hospitais de referência, centros especializados e hemocentros.

Nesse âmbito, Tatiana Britto¹⁷⁸ acrescenta que, no que tange à elaboração, implementação e acompanhamento de Instrumentos de Planejamento na área da Saúde, existem o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Saúde; sendo eles considerados essenciais para o SUS. A Portaria nº 2.135/2013 define a PAS como o instrumento que coloca em prática as intenções expressas no PS. A PAS tem como principal propósito converter as metas do planejamento em ações realizadas a cada ano e prever a distribuição dos recursos requeridos para a sua implementação. É necessário elaborar a PAS antes de enviar o projeto de LDO, do ano em questão, à respectiva Casa Legislativa. Além disso, a PAS precisa ser

¹⁷⁷CARVALHO, Isaura Cândida Marques Freire de. **Estratégia e Competências Organizacionais e Individuais dos Gestores Públicos**: alinhamento na auditoria SUS Bahia. Orientadora: Profª. Drª. Denise Ribeiro de Almeida. 2020. 119f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020. Disponível em: <https://repositoriodev.ufba.br/bitstream/ri/35338/1/Isaura%20C%C3%A2ndida%20Marques%20Freire%20de%20Carvalho.pdf>. Acesso em: 05 out. 2023.

¹⁷⁸BRITTO, Tatiana Pinheiro Mota. **Controle Social na Saúde Pública no Estado da Bahia**: uma análise da atuação do Conselho Estadual de Saúde. Orientador: Andrea Cardoso Ventura. 2022. 96f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13097379. Acesso em: 05 out. 2023.

submetida à análise do Conselho de Saúde correspondente, pois isso é essencial para garantir que os recursos orçamentários necessários sejam alocados para cumprir as ações propostas pelo gestor público na área da saúde. Já o Relatório Anual de Gestão (RAG) é um registro que comprova a correta utilização dos recursos alocados para as Atividades e Atendimentos de Saúde Pública (AASP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Através do RAG, o Gestor do SUS apresenta os resultados obtidos com a execução da PAS em relação às diretrizes, objetivos e indicadores do PS. Ele também fornece instruções sobre eventuais encaminhamentos que possam ser requeridos no Plano de Saúde.

De acordo com a determinação presente no art. 36, § 1º da Lei Complementar nº 141/2012, o documento anual com informações sobre a gestão do SUS deve ser encaminhado pelo administrador responsável para avaliação pelo Conselho de Saúde correspondente até o dia 30 de março do ano seguinte ao das despesas realizadas.

A criação de estratégias para as atividades de saúde foi motivada pela crescente dificuldade dos procedimentos realizados nessa área, inclusive devido às transformações nas necessidades de saúde da sociedade. As iniciativas de conscientização na saúde coletiva e os projetos de prevenção de enfermidades são exemplos concretos de planejamento. No entanto, o planejamento ganhou maior reconhecimento somente com o desenvolvimento científico e tecnológico, bem como as transformações na prestação de serviços de saúde, incluindo a organização de redes e de sistemas de saúde. Isso chamou a atenção de organizações internacionais, como a OMS, que começaram a criar estratégias para auxiliar o governo na gestão dos serviços e sistemas de saúde.

No SUS, o planejamento se baseia em uma dinâmica federativa, onde cada esfera de governo tem atribuições específicas. Os diversos setores do governo colaboram em conjunto para desenvolver um plano que busca promover estratégias com o objetivo de alcançar eficiência, eficácia e impacto nas ações designadas para as políticas de saúde. Conforme estabelecido na Lei nº 8.080/1990, fica determinado que os distintos escalões governamentais devem desenvolver o planejamento de maneira integrada e progressiva, isto é, da esfera municipal até a federal. Isso significa que as decisões e escolhas das esferas subnacionais do SUS são levadas em consideração na formulação das estratégias em âmbito nacional.

Inclusive, Isaura de Carvalho¹⁷⁹ enaltece que, atualmente, o setor público brasileiro está passando por uma transição, deixando para trás um modelo de gestão baseado em normas, regulamentos e procedimentos administrativos. Em vez disso, está adotando um modelo que prioriza a obtenção de resultados, ou seja, está evoluindo de uma administração pública burocrática, hierarquizada e rígida para um modelo gerencial mais flexível, fundamentado em valores como a produtividade, a eficácia e a descentralização. Para essa pesquisadora, a administração pública brasileira, no entanto, enfrenta desafios na adequação às demandas sociais e às exigências da modernidade. Portanto, a transição para uma gestão pública voltada para resultados efetivos ainda depende da qualidade dos gestores. Esses líderes devem possuir qualificações apropriadas para lidar com esse cenário, o que requer investimentos em treinamento, desenvolvimento, remuneração e atração de novos talentos para a gestão pública.

Dentro desse panorama, Tatiana Britto¹⁸⁰ destaca a importância dos Conselhos de Saúde como responsáveis pelo Controle Social do SUS, exercendo um papel essencial na criação e no monitoramento das políticas de saúde, abrangendo também questões econômicas e financeiras. Além disso, tais conselhos estabelecem diretrizes, supervisionam, avaliam e emitem pareceres decisivos sobre todos os instrumentos relacionados à Promoção da Saúde, Prestação de Assistência à Saúde e Recursos de Acesso Garantido. Todavia, para que as atividades de planejamento se concretizem, é imprescindível que haja cooperação entre os diferentes níveis de governo com relação à transparência e à visibilidade das ações estabelecidas nesses instrumentos.

O planejamento anual deve contemplar elementos relacionados aos princípios, metas e métricas do planejamento estratégico, às atividades e objetivos planejados na implementação do plano anual, incluindo a avaliação do uso do orçamento. Dessa forma, o Relatório Anual de Administração precisa ser enviado ao Conselho de Saúde

¹⁷⁹CARVALHO, Isaura Cândida Marques Freire de. **Estratégia e Competências Organizacionais e Individuais dos Gestores Públicos**: alinhamento na auditoria SUS Bahia. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Denise Ribeiro de Almeida. 2020. 119f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020. Disponível em: <https://repositoriodev.ufba.br/bitstream/ri/35338/1/Isaura%20C%C3%A2ndida%20Marques%20Freire%20de%20Carvalho.pdf>. Acesso em: 05 out. 2023.

¹⁸⁰BRITTO, Tatiana Pinheiro Mota. **Controle Social na Saúde Pública no Estado da Bahia**: uma análise da atuação do Conselho Estadual de Saúde. Orientador: Andrea Cardoso Ventura. 2022. 96f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13097379. Acesso em: 05 out. 2023.

competente até o dia 30 de março do ano seguinte ao da aplicação dos fundos, cabendo ao Conselho emitir uma opinião conclusiva.

Nesse domínio¹⁸¹, o SESAB disponibiliza os RAGs de 2016 a 2022. Neles, são apresentadas informações geradas pelo Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão do SUS (SARGSUS), criado pela Portaria nº 575, de 2012¹⁸² (que institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão) e informações complementares referentes aos compromissos e ao monitoramento das metas e ações propostas nos PESs quadrienais e nos PASs anuais.

Em cada RAG, há indicadores de saúde com os respectivos dados, sendo que muitos indicadores não se repetem ao longo dos anos. Sendo assim, foram estudados 40 indicadores de saúde baianos comuns ao período de 2016 a 2022.

4.2.1 Indicador 1: Quantitativo de Laboratórios de Saúde Pública em Funcionamento no Estado da Bahia

O quantitativo de laboratórios de saúde pública em funcionamento no Estado da Bahia é um indicador vital para avaliar a capacidade do sistema de saúde local em diagnosticar doenças, monitorar surtos epidemiológicos e garantir a qualidade de água e alimentos. Esses laboratórios também desempenham um papel crucial na pesquisa científica, na formação de profissionais de saúde e na promoção da equidade no acesso a serviços diagnósticos de qualidade.

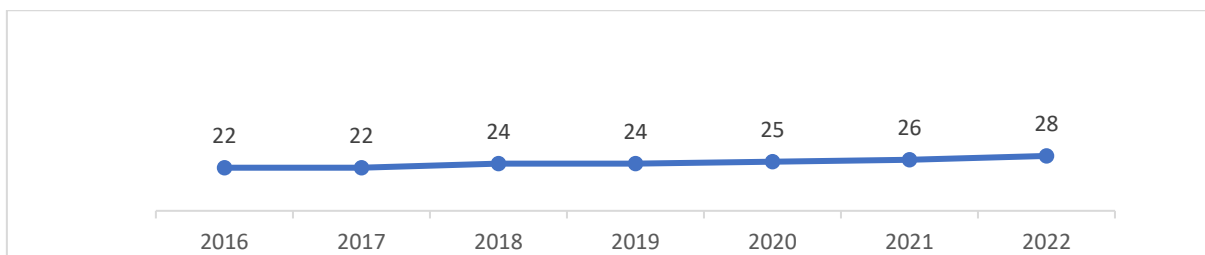
A presença e a eficácia desses laboratórios não apenas fortalecem a resposta a emergências de saúde pública, mas também melhoram a gestão de programas de prevenção e controle de doenças, contribuindo diretamente para a saúde e o bem-estar da população baiana.

Em relação ao período de 2016 a 2022, o índice esperado desse indicador foi elevado de 22 (no ano de 2016) para 26 (no ano de 2022). Já o indicador em si, ou seja, a sua concretização, aumentou de 22 (no ano de 2016) para 28 (no ano de 2022).

¹⁸¹BAHIA. Governo do Estado da Bahia. Secretaria da Saúde. **Relatórios Anuais de Gestão (RAG)**. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/sobre-a-sesab/relatorios-anuais-de-gestao-rag/>. Acesso em: 22 ago. 2023.

¹⁸²BRASIL. **Portaria nº 575**, de 29 de março de 2012. Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0575_29_03_2012.html. Acesso em: 22 ago. 2023.

Gráfico 2. Indicador 1: Quantitativo de Laboratórios de Saúde Pública em Funcionamento no Estado da Bahia



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

4.2.2 Indicador 2: Quantitativo de Boletins, Informativos, Anuários Estatísticos e Manuais de Instrução e Materiais Educativos Publicados (Disseminar Informações Técnico Científica em Saúde)

Os boletins, informativos, anuários estatísticos, manuais de instrução e materiais educativos publicados desempenham um papel fundamental na saúde pública ao servirem como ferramentas essenciais para comunicar informações de saúde, educar a população sobre prevenção e cuidados, e promover transparência na gestão pública. Esses documentos não só atualizam profissionais de saúde e gestores sobre tendências epidemiológicas e práticas clínicas, mas também são fundamentais para embasar decisões políticas, alocar recursos de forma eficiente e capacitar profissionais. Além disso, contribuem significativamente para aumentar a conscientização e o conhecimento da população sobre as suas próprias condições de saúde, ajudando a promover uma saúde pública mais eficiente e inclusiva, pois visam disseminar informações técnicas científicas em saúde.

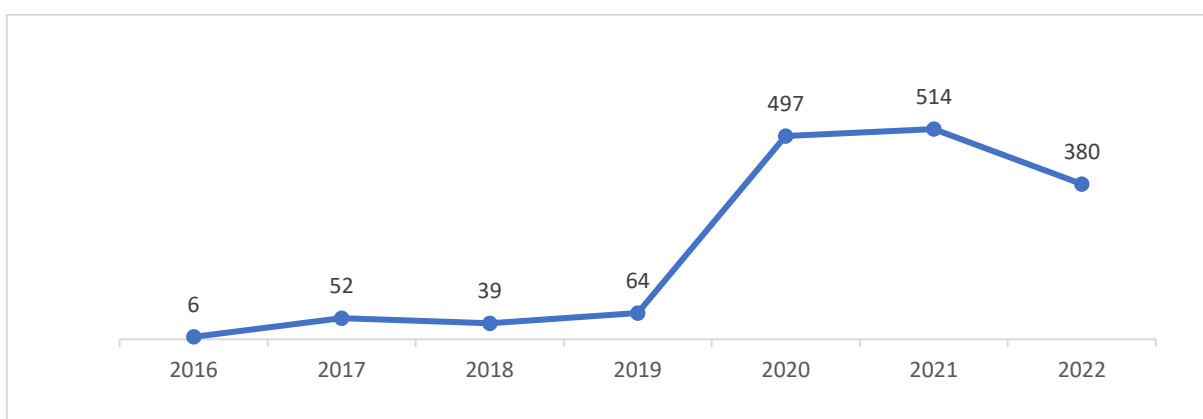
Analisando os índices esperados desse indicador, pode-se inferir que: a): ele se manteve em 6, nos anos de 2016 a 2019, todos em relação ao ano anterior. Não obstante, no ano de 2020, o indicador aumentou para 58 e se manteve assim até o ano de 2022.

Já em relação ao indicador em si alcançado em cada ano, ele piorou nos anos de 2018 e 2022, melhorando nos demais anos (2017, 2019, 2020 e 2021). Destarte, na maioria dos anos, houve um progresso desse indicador. Cabe pontuar que, em termos brutos, a menor quantidade de material produzido (o próprio indicador em si) foi no ano de 2016 (com seis boletins, informativos, anuários estatísticos e manuais

de instrução e materiais educativos publicados) contra o número máximo de 514, no ano de 2021.

Por conseguinte, o índice esperado para esse indicador era de seis (no ano de 2016) e foi finalizado em 58 (no ano de 2022), o que representa um aumento significativo. Nesse espectro, nota-se um grande avanço desse instrumento que objetiva difundir informações técnico-científicas na saúde baiana.

Gráfico 3. Indicador 2: Quantitativo de Boletins, Informativos, Anuários Estatísticos, Manuais de Instruções e Materiais Educativos Publicados



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

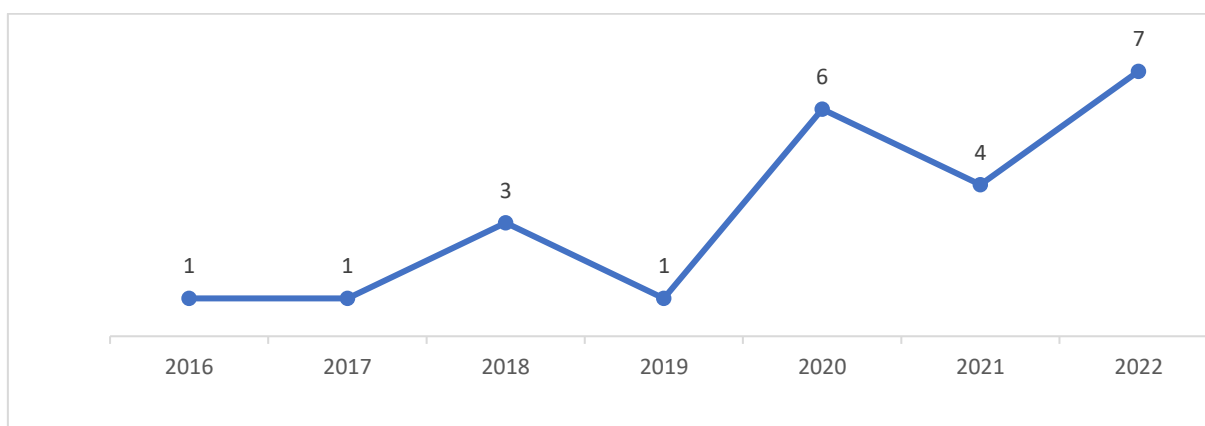
4.2.3 Indicador 3: Quantitativo de Unidades Ampliadas (Rede Própria)

O quantitativo de unidades ampliadas na rede própria de saúde na Bahia é crucial para expandir o acesso aos serviços de saúde e reduzir as desigualdades regionais. Essas ampliações não só aumentam a capacidade de atendimento, especialmente em áreas remotas, mas também fortalecem a resposta a emergências médicas e epidêmicas, além de garantir a continuidade dos cuidados primários e especializados. Isso contribui diretamente para melhorar os indicadores de saúde e aumentar a qualidade de vida da população baiana.

De modo geral, nos anos analisados, percebe-se que o índice esperado desse indicador nunca foi alto, oscilando de duas unidades (número mínimo alcançado no período) em 2019 e 12 (número máximo) em 2020. Analisando a sequência dos índices (expectativas a serem alcançadas), concluiu-se que: a) em 2016 e 2017 foi mantido o indicador em apenas um unidade ampliada; b) melhorado nos anos de 2018, 2020 e 2022 e c): piorou nos anos de 2019 e 2021. Assim, foi um indicador que

se manteve estagnado nesse período, já que melhorou em dois anos, piorou em outros dois anos e, também, se manteve em outros dois anos. Em relação ao período pesquisado (ano de 2016 a 2022), nota-se que o indicador melhorou muito pouco: partindo de uma unidade ampliada para sete unidades ampliadas, gerando uma média anual aproximada de quatro unidades ampliadas

Gráfico 4. Indicador 3: Quantitativo de Unidades Ampliadas (Rede Própria)



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

4.2.4 Indicador 4: Quantitativo de Transplantes Realizados

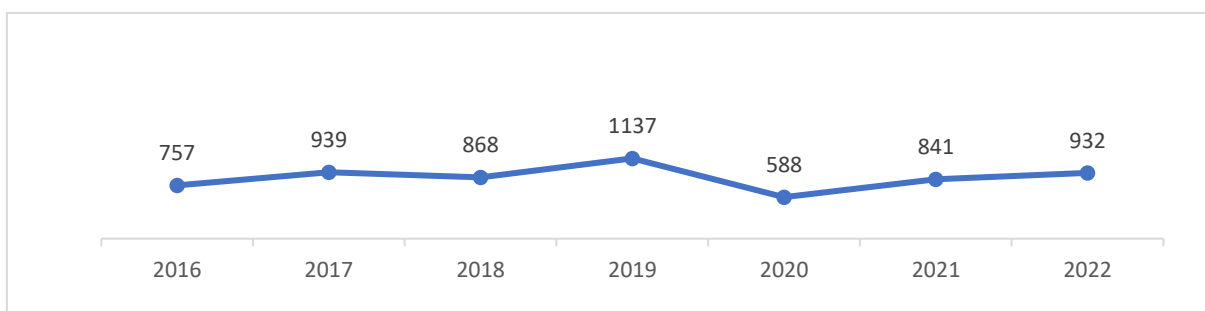
O quantitativo de transplantes realizados na Bahia é um indicador sensível que reflete não apenas a capacidade do Estado em oferecer tratamentos avançados e especializados, mas também demonstra o compromisso com a saúde pública e o bem-estar dos seus cidadãos.

A realização de transplantes não só salva vidas como tem o potencial de melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Além disso, o aumento desse indicador simboliza avanços na infraestrutura médica, na formação de equipes especializadas e na gestão eficiente de programas de saúde, contribuindo para a redução da lista de espera e para a promoção de políticas públicas voltadas para a doação de órgãos.

No que tange ao índice esperado desse indicador, ele sofreu uma crescente dos anos de 2016 até 2019, passando da expectativa de realizar 620 transplantes até 1.138. Já em 2020, esse índice foi reduzido para 1.049, número esse mantido em 2021, mas que foi aumentado para 1.630 no ano de 2022. Ou seja, ao longo dos anos, houve uma expectativa estatal de aumentar o número de transplantes na Bahia (passando de 610 em 2016 para 1.630 em 2022).

Sendo assim, nota-se que, apesar do aumento dos índices esperados, esse indicador não cresceu de forma proporcional ao que foi planejado. O ano que mais teve transplantes foi o de 2019, com 1.137 procedimentos realizados. No ano seguinte, esse número caiu drasticamente para 588 e depois foi começando a crescer (841 em 2021¹⁸³ e 932 em 2022¹⁸⁴). Por fim, em relação ao que foi, de fato, alcançado (ou seja, o indicador), houve aumento: de 757 em 2016, para 932 em 2022.

Gráfico 5. Indicador 4: Quantitativo de Transplantes Realizados



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

4.2.5 Indicador 5: Total de Mamografias Realizadas por Região de Saúde e Quantidade de Municípios Participantes - Rastreamento de Câncer de Mama - I fase e II fase (Mulheres Atendidas)

O total de mamografias realizadas por região de saúde na Bahia é um indicador que objetiva monitorar e promover a detecção precoce do câncer de mama. Esse tipo de rastreamento não apenas aumenta as chances de diagnóstico precoce e tratamento eficaz, mas também ajuda a reduzir a mortalidade por essa doença. Além disso, a participação de múltiplos Municípios no programa de rastreamento evidencia a mobilização e a cooperação entre diferentes níveis de governo e instituições de

¹⁸³Segundo o RAG 2021: “O Sistema Estadual de Transplantes do Estado da Bahia realizou de janeiro a dezembro de 2021, 841 transplantes e no ano de 2020 foram realizados 588 transplantes perfazendo um total acumulado de 1.429 transplantes. Sendo 72 de fígado, 83 de medula óssea, 504 de rim, 06 de pele, 763 de córneas e 01 de osso. O não alcance da meta no período de janeiro a dezembro se justifica, uma vez que, as atividades de doação e transplantes tiveram baixa significativa, devido à pandemia do coronavírus.”

¹⁸⁴Segundo o RAG 2022: “Segundo o RAG 2022: “Os impactos da pandemia de coronavírus ainda se fazem presentes quando nos referimos as atividades do processo de doação/transplantes. Quando comparamos as doações ocorridas no primeiro quadrimestre, observamos que, tivemos uma pequena melhora, mas as dificuldades ainda persistem, como: a suspensão das captações de córneas no interior do Estado, devido às dificuldades de logística para transporte dos materiais biológicos para testagem e transporte das córneas captadas.”

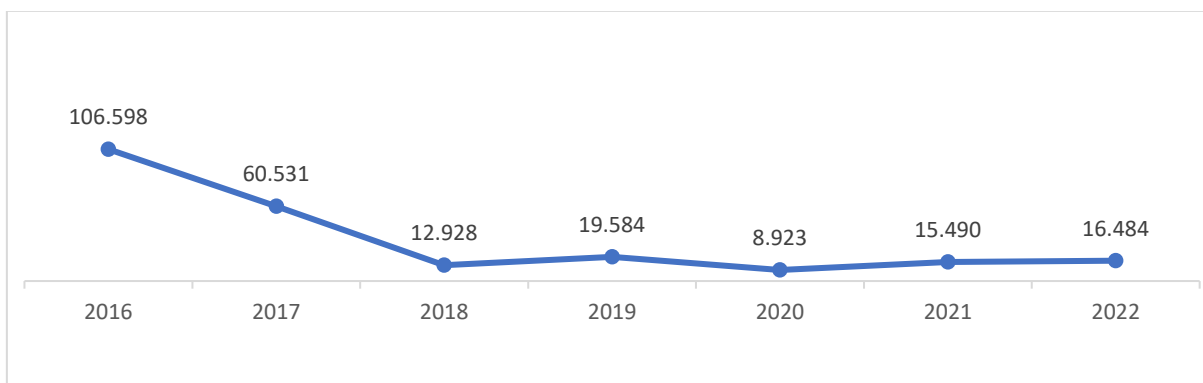
saúde, fortalecendo a capacidade de resposta e a abrangência dos serviços oferecidos.

Dos indicadores até então analisados, esse é o primeiro que não teve nenhum índice esperado fixado previamente nos RAGs, ou seja, não foi planejado o que se esperava desse indicador. Assim, só foi possível levantar a quantidade de mamografias realizadas ao longo dos anos na Bahia, ou seja, o indicador em si.

Nos primeiros três anos desse indicador, o mesmo sofreu quedas brutas: de 106.598 mamografias realizadas em 2016 para 60.531 em 2017 e, depois, para apenas 12.928 em 2018. No ano seguinte, houve uma leve melhora (19.584), mas depois caiu novamente para 8.923 mamografias (em 2020), se destacando negativamente como o pior ano.

Após isso, o indicador volta a melhorar modestamente (15.490 mamografias em 2021 e 16.484 em 2022), mas nada comparável às 106.598 em 2016. Assim sendo, esse indicador regrediu ao longo dos anos (comparando como os primeiros três anos do ápice ora estudado): iniciou com 106.598 mamografias realizadas em 2016 e finalizou em 16.484, representando um grande retrocesso na saúde baiana.

Gráfico 6. Indicador 5: Total de Mamografias Realizadas por Região de Saúde e Quantidade de Municípios Participantes - Rastreamento de Câncer de Mama - I Fase e II Fase (Mulheres Atendidas)



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

4.2.6 Indicador 6: Quantitativo de Órteses, Próteses, Meios Auxiliares de Locomoção e Bolsas de Ostomia Concedidas

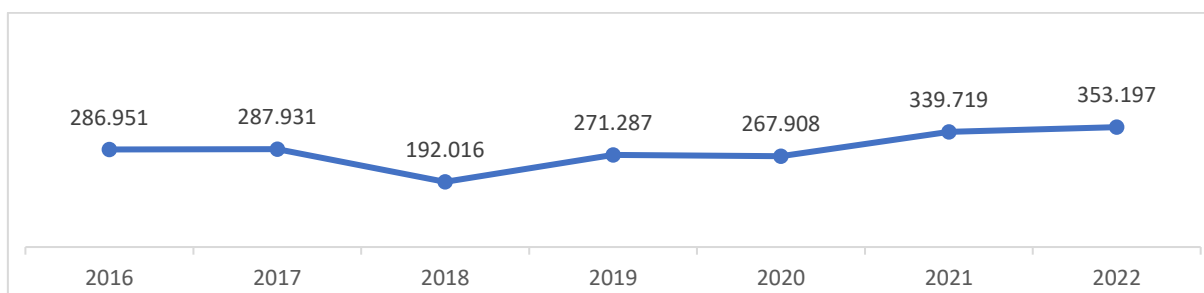
O quantitativo de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e bolsas de ostomia concedidas na Bahia é um indicador que avalia o acesso da população a dispositivos que melhoram a qualidade de vida e a funcionalidade de pessoas com deficiências físicas ou necessidades especiais.

Esses dispositivos são essenciais para promover a autonomia e a inclusão social, permitindo que os beneficiários realizem atividades diárias de forma independente. Além disso, o aumento desse indicador reflete melhorias na gestão de saúde, na distribuição equitativa desses recursos e no atendimento às demandas específicas da população baiana, contribuindo para a promoção da saúde e o bem-estar geral dos beneficiados.

Inicialmente, sobre o índice que se esperava alcançar desse indicador, cabe afirmar que ele se manteve durante os três primeiros anos do período ora analisado (205.000 itens nos anos de 2016 a 2018). Houve o aumento de expectativa para 250.000 nos três anos subsequentes (2019 a 2021) e para 260.000 em 2022.

De modo geral, já em relação ao próprio indicador, esse aumentou de 286.951 (em 2016) para 353.197 (em 2022), mas esse aumento não foi linear porque houve duas reduções (de 2017 para 2018 e de 2019 para 2020).

Gráfico 7. Indicador 6: Quantitativo de Órteses, Próteses, Meio Auxiliares de Locomoção e Bolsas de Ostomias Concedidas



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

4.2.7 Indicador 7: Quantitativo de Atendimentos Ambulatoriais Realizados (para Portadores de Doenças Hematológicas Benignas)

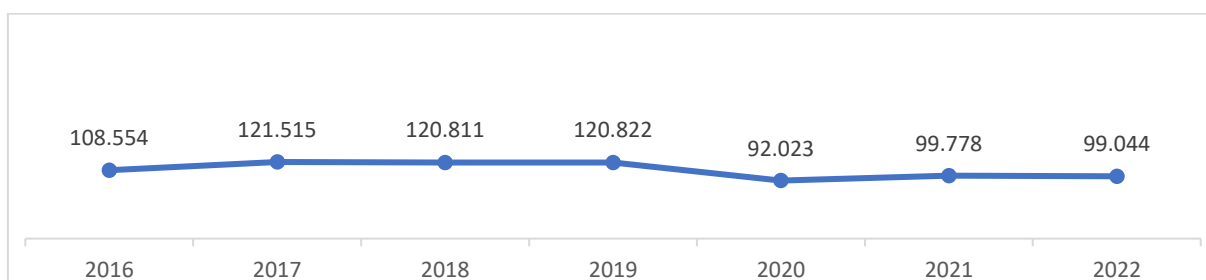
O quantitativo de atendimentos ambulatoriais realizados para portadores de doenças hematológicas benignas na Bahia é um indicador para avaliar a capacidade do sistema de saúde em fornecer cuidados contínuos e especializados a essa população.

Esses atendimentos são essenciais para monitorar a progressão das doenças, realizar tratamentos adequados e oferecer suporte aos pacientes ao longo do tempo. Além de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, o aumento desse indicador significa um compromisso com a saúde preventiva e o manejo eficaz das condições hematológicas, garantindo que os serviços de saúde estejam preparados para atender às necessidades específicas dos pacientes com doenças benignas do sangue na Bahia.

Algo a ser alertado em relação a esse indicador é que o seu índice esperado, ao invés de ir aumentando com o passar do tempo, em verdade foi reduzido de 120.000 atendimentos nos anos de 2016 a 2019 para 117.120 atendimentos (ano de 2020), 116.440 atendimentos (ano de 2021) e finalizou o período estudado em 117.760 (ano de 2022).

Em relação ao indicador em si, o mesmo sofreu oscilações ao longo do tempo, com aumentos e reduções, mas, de modo geral, ele reduziu entre o início do período (ano de 2016: 108.554) e o fim (ano de 2022: 99.044). Assim, tem-se um indicador que, em termos de atendimentos ambulatoriais realizados, regrediu ao longo dos anos.

Gráfico 8. Indicador 7: Quantitativo de Atendimentos Ambulatoriais Realizados (para Portadores de Doenças Hematológicas Benignas)



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

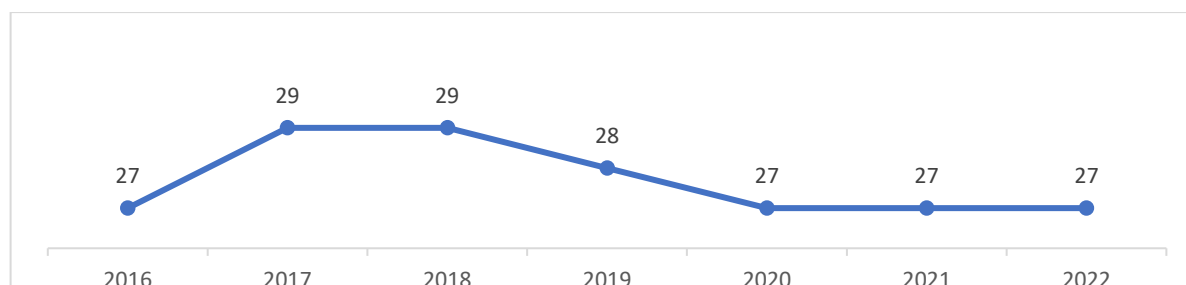
4.2.8 Indicador 8: Quantitativo de Unidades da Rede Hematológica / Hemoterápica em Funcionamento

O quantitativo de unidades da rede hematológica/hemoterápica em funcionamento na Bahia é um indicador crítico da capacidade do Estado em oferecer serviços especializados de hematologia e hemoterapia à sua população. Essas unidades desempenham um papel fundamental na coleta de sangue, na realização de transfusões, no tratamento de doenças hematológicas complexas, como anemias e distúrbios de coagulação, e no suporte a pacientes oncológicos que necessitam de terapias sanguíneas. A presença e a eficiência dessas unidades não apenas melhoram o acesso aos cuidados de saúde para pacientes em necessidade, mas também fortalecem a resposta a emergências médicas e epidemias que requerem mobilização rápida de recursos hematológicos. Assim, o aumento e a manutenção dessas unidades são essenciais para garantir uma resposta adequada às demandas de saúde hematológica da população baiana.

No que tange ao índice esperado desse indicador, ele não sofreu um aumento constante. Houve aumento entre os anos de 2016 a 2019, passando de 28 para 31. Não obstante, o indicador, em 2020, foi reduzido para 29 unidades reparadas, mantido assim em 2021, mas aumentando no ano de 2022 para 30 unidades esperadas de Rede Hematológica/Hemoterápica em funcionamento.

Já sobre o indicador em si alcançado, ele sofreu leves alterações ao longo do tempo (mínimo de 27 no ano de 2016 e máximo de 29 nos anos de 2017 e 2018). Entretanto, ao longo do período (2016 a 2022), ele praticamente se manteve o mesmo: 27 unidades em funcionamento. Assim, está-se diante de um indicador de saúde que não progrediu, apenas se manteve, o que não é o desejado.

Gráfico 9. Indicador 8: Quantitativo de Unidades da Rede Hematológica / Hemoterápica em Funcionamento



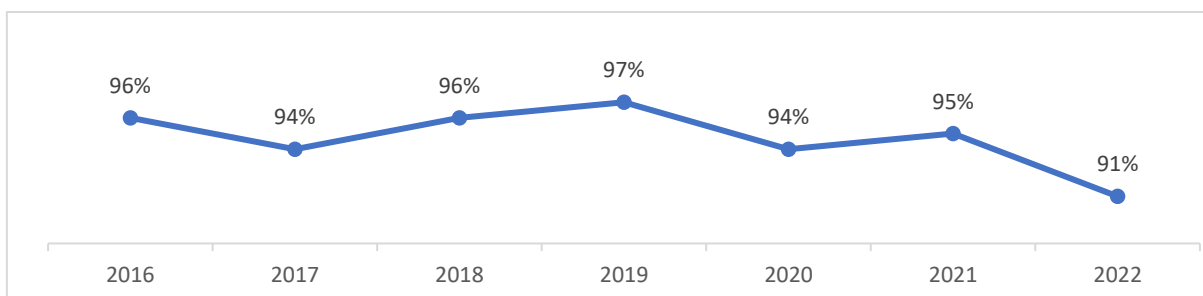
Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

4.2.9 Indicador 9: Percentual de Notificações Obrigatórias de Queixas Técnicas e Eventos Adversos Investigados

O percentual de notificações obrigatórias de queixas técnicas e eventos adversos investigados na Bahia é um indicador que monitora a segurança e a qualidade dos produtos de saúde utilizados pela população. Essas notificações são essenciais para identificar precocemente problemas relacionados a equipamentos médicos, medicamentos e dispositivos de uso médico, permitindo a adoção de medidas corretivas e preventivas. Além de proteger a saúde dos pacientes, o aumento na investigação dessas notificações demonstra um compromisso com a transparência e a melhoria contínua dos serviços de saúde, promovendo um ambiente seguro para a prática médica e para o bem-estar dos cidadãos baianos.

O índice esperado para esse indicador em todos os anos pesquisados foi de 100%. Todavia, esse patamar nunca foi alcançado. Tirando as oscilações ao longo do tempo, esse indicador no período de 6 anos regrediu de 96% em 2016 para 91% em 2022.

Gráfico 10. Indicador 9: Percentual de Notificações Obrigatórias de Queixas Técnicas e Eventos Adversos Investigados



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

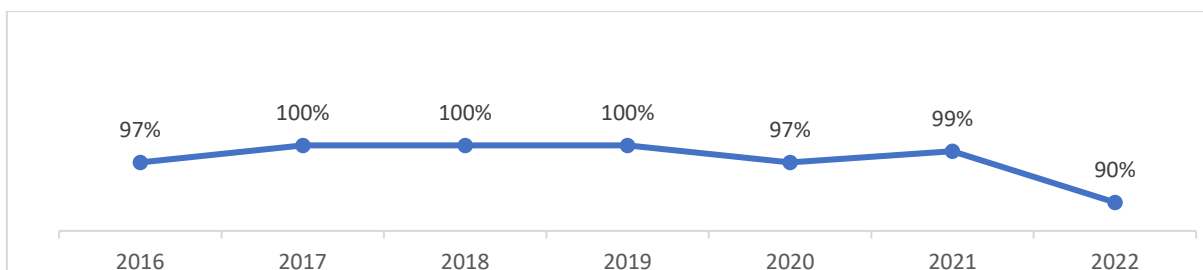
4.2.10 Indicador 10: Percentual de Hospitais com Leitos de UTI com CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) Apoiados

O percentual de hospitais com leitos de UTI apoiados por Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) na Bahia é o indicador que deve garantir a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde oferecidos aos pacientes críticos. As CCIHs desempenham um papel fundamental na prevenção e no controle de infecções

hospitalares, reduzindo significativamente os riscos de complicações para os pacientes internados em unidades de terapia intensiva. A presença dessas comissões não apenas melhora os protocolos de higiene e segurança nos hospitais, mas também promove uma cultura institucional de vigilância e resposta rápida a potenciais surtos de infecção. Portanto, um aumento no percentual de hospitais com leitos de UTI apoiados por CCIH na Bahia não só protege a saúde dos pacientes, mas também fortalece a confiança na infraestrutura hospitalar e na qualidade dos serviços de saúde oferecidos no Estado.

O índice esperado para esse indicador em todos os anos pesquisados foi de 100%. Durante três anos seguidos esse índice foi alcançado: 2017 a 2019. Salvo as oscilações, esse indicador, infelizmente, regrediu ao longo do átimo objeto dessa pesquisa, pois iniciou com 97% em 2016 e finalizou o ano de 2022 com 90%¹⁸⁵.

Gráfico 11. Indicador 10: Percentual de Hospitais com Leitos de UTI com CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) Apoiados



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

4.2.11 Indicador 11: Número de Trabalhadores Beneficiados pelas Ações de Vigilância em ST

O número de trabalhadores beneficiados pelas ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (ST) na Bahia é um indicador que visa garantir ambientes de trabalho seguros e saudáveis. Essas ações visam proteger a saúde dos trabalhadores contra os riscos ocupacionais, como a exposição a substâncias tóxicas, as condições ergonômicas inadequadas e os acidentes de trabalho. Ao beneficiar um maior número de trabalhadores, essas iniciativas não só promovem a prevenção de doenças

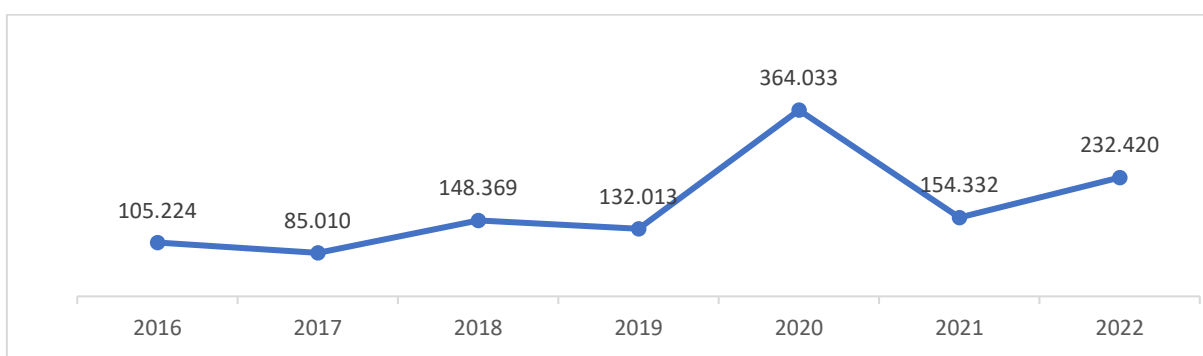
¹⁸⁵Segundo o RAG 2022, os principais obstáculos foram: Fragilidade nas informações disponíveis para tomada de decisão (escalas, dados de produção do DATASUS, CNES); Ausência de sistema de informação para monitoramento e avaliação; Prevalência de situações emergenciais e não planejadas sobre as situações rotineiras; Dificuldade Logística, principalmente, no transporte da equipe.”

ocupacionais, mas também contribuem para o aumento da produtividade e do bem-estar no local de trabalho. Além disso, investir na vigilância em saúde do trabalhador fortalece a responsabilidade social das empresas e das instituições públicas, demonstrando um compromisso com a saúde pública e a qualidade de vida dos trabalhadores baianos.

Em relação ao índice esperado desse indicador, houve uma crescente anual ao longo desses anos pesquisados, passando de 73.000 no ano de 2016 para 160.000 em 2022, o que representa um significado aumento da expectativa do indicador.

Em todos os anos, a meta foi superada, mas houve oscilações em relação à quantidade de trabalhadores beneficiados pelas ações de Vigilância em ST. O último ano (2022) foi o que mais teve trabalhadores beneficiados (232.420) e o menor quantitativo foi em 2017 (com 85.010 trabalhadores). Em suma, esse indicador progrediu ao longo do tempo, pois iniciou em 2016 com 105.224 trabalhadores beneficiados e finalizou 2022 com 232.420, ou seja, mais do que o dobro¹⁸⁶.

Gráfico 12. Indicador 11: Número de Trabalhadores Beneficiados pelas Ações de Vigilância em ST



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

4.2.12 Indicador 12: Cobertura Vacinal de Pentavalente em Menores de 1 ano

A importância deste indicador reside em demonstrar se a cobertura das vacinas incluídas no Calendário Básico de Vacinação da Criança está alinhada com as diretrizes do Programa Nacional de Imunizações (PNI), refletindo a eficácia da gestão

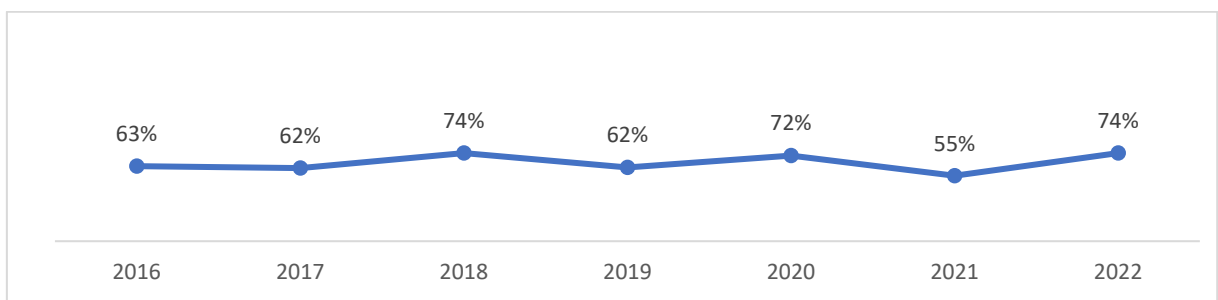
¹⁸⁶Segundo o RAG 2022 da SESAB: “No que se refere ao indicador Número de Trabalhadores Beneficiados por Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador – VISAT, o resultado alcançado superou em muito a meta anual de 2022 (quase 3 vezes maior do que a meta estipulada) (299,5% em relação à meta estipulada). A análise dos resultados obtidos desde 2019 revela que o indicador parece estar sensivelmente afetado pelo próprio desempenho das instâncias da RENAST-BA.”

da saúde na atenção básica. Além disso, contribui para a redução da morbimortalidade causada por doenças que podem ser prevenidas por imunização. O número de cobertura vacinal da Pentavalente em menores de um na Bahia é um indicador crítico para avaliar a eficácia do programa de imunização infantil no Estado. A vacina Pentavalente protege contra cinco doenças graves: difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e *Haemophilus influenzae* tipo b. Atingir altas taxas de cobertura vacinal é fundamental para prevenir os surtos dessas doenças e reduzir significativamente a morbidade e mortalidade infantil. Além de proteger a saúde das crianças vacinadas, a cobertura vacinal também contribui para a proteção coletiva da comunidade, especialmente para aqueles que não podem ser vacinados por motivos de saúde. Portanto, garantir um número elevado de cobertura vacinal de Pentavalente em menores de um ano na Bahia é essencial para promover a saúde pública e garantir um futuro mais saudável para as gerações futuras.

Esse indicador teve o seu índice mantido esperado ao longo de todos os anos: 95%. Isso, por si só, já representa que, nesse quesito, ele não conseguiu evoluir.

Em relação ao indicador propriamente dito, os anos em que houve reduções em relação ao ano anterior foram: 2017, 2019 e 2021; nos demais anos, ele melhorou. Ao final do período estudado, o indicador avançou de 63% no ano de 2016 para 74% em 2022.

Gráfico 13. Indicador 12: Cobertura Vacinal de Pentavalente em Menores de 1 Ano



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

4.2.13 Indicador 13: Número de Municípios Apoiados na Implantação e Utilização do Telessaúde e e-SUS

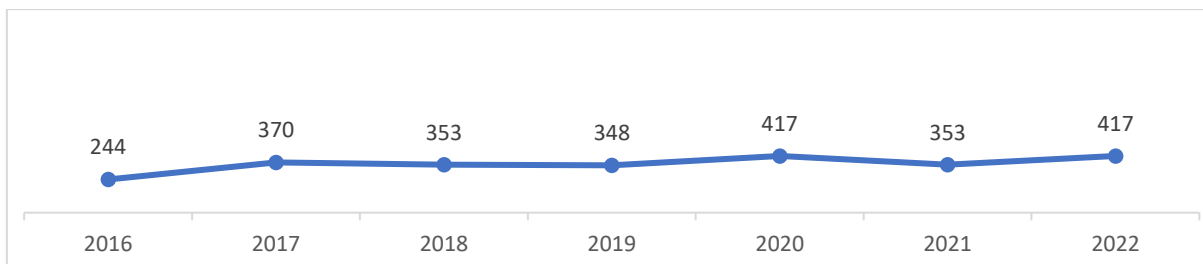
O número de Municípios apoiados na implantação e utilização do Telessaúde e e-SUS na Bahia é um indicador decisivo para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população. O Telessaúde facilita a troca de informações e consultas médicas à distância, especialmente em áreas remotas ou com dificuldade de acesso a especialistas. Já o e-SUS promove a informatização e integração dos sistemas de saúde municipais, otimizando o registro e acompanhamento dos pacientes, além de facilitar o gerenciamento de políticas públicas de saúde.

A expansão dessas tecnologias nos Municípios baianos não apenas aumenta a eficiência dos serviços de saúde, mas também fortalece a capacidade de resposta a emergências e epidemias, garantindo um atendimento mais ágil e integrado aos cidadãos.

Esse indicador de saúde teve um grande avanço em termos de índice esperado, pulando de 208 Municípios em 2016 para 417 em 2022, ou seja, mais do que dobrou. Ficou nítido que, a intenção do Estado da Bahia, a partir de 2022, foi que a totalidade dos Municípios baianos fossem apoiados na implantação e utilização do Telessaúde e e-SUS.

Na prática, na maioria dos anos, o índice foi superado, excepcionado o ano de 2021, pois o índice esperado era de 400, mas o indicador fechou em 353. Em alguns anos, também, houve uma redução do indicador, em comparação ao ano anterior e com base no índice esperado: anos de 2018, 2019 e 2021. Não obstante, ao longo do período estudado, esse indicador avançou drasticamente de 244 Municípios no ano de 2016 para 417 no ano de 2022, ou seja, todos os Municípios da Bahia foram apoiados na implantação e utilização do Telessaúde e e-SUS no último ano.

Gráfico 14. Indicador 13: Número de Municípios Apoiados na Implantação e Utilização do Telessaúde e E-Sus



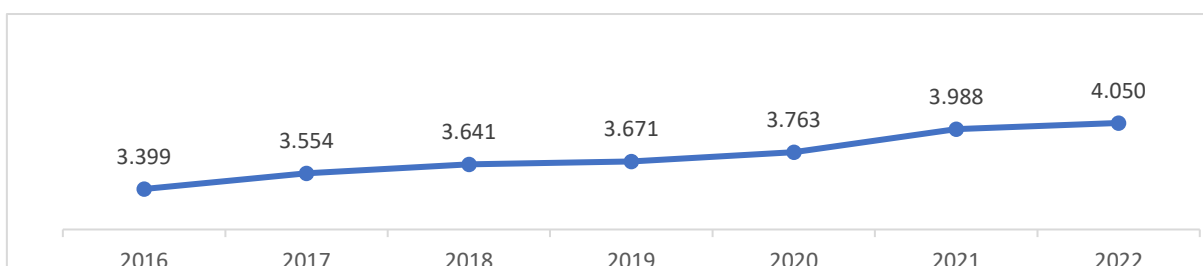
Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

4.2.14 Indicador 14: Número de Equipes de Saúde da Família Cofinanciadas

O número de equipes de saúde da família cofinanciadas na Bahia é um indicador que objetiva fortalecer a atenção primária à saúde e melhorar o acesso da população aos serviços essenciais de saúde. Essas equipes desempenham um papel fundamental na promoção da saúde, prevenção de doenças e no acompanhamento contínuo das famílias, proporcionando cuidados integrados e personalizados. Além de ampliar a cobertura de saúde, o cofinanciamento das equipes de saúde da família também contribui para a redução das desigualdades regionais em saúde, assegurando que comunidades em áreas remotas ou vulneráveis tenham acesso equitativo a cuidados de qualidade. Essa iniciativa não apenas fortalece a rede de atenção primária, mas também promove uma abordagem holística e preventiva na gestão da saúde pública na Bahia.

Em relação ao índice esperado para esse indicador, constata-se o aumento gradativo dele, em termos bruto, ao longo desse período, passando de 3.282 em 2016 para 4.100 em 2022. O próprio indicador, outrossim, seguiu esse caminho de evolução: de 3.399 em 2016 para 4.050 em 2022.

Gráfico 15. Indicador 14: Número de Equipes de Saúde da Família Cofinanciadas



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

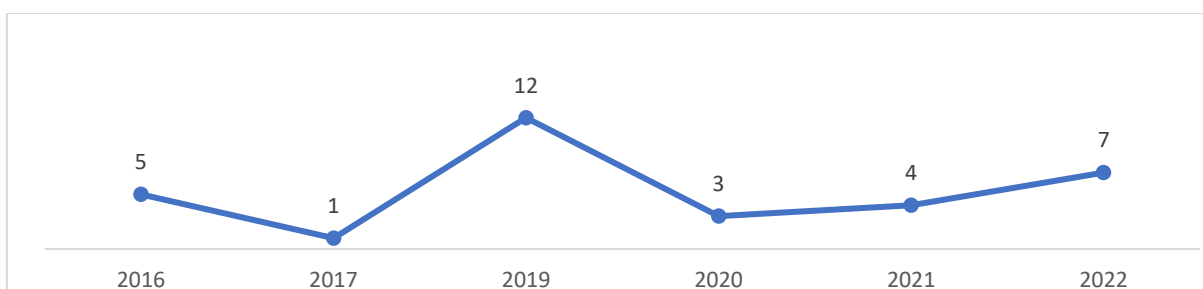
4.2.15 Indicador 15: Número de Unidades Reformadas (unidades de saúde)

O número de unidades de saúde reformadas na Bahia é um indicador focado em melhorar a infraestrutura e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população. A reforma dessas unidades não só proporciona ambientes mais seguros e confortáveis para os pacientes e profissionais de saúde, mas também moderniza equipamentos e tecnologias médicas, promovendo um atendimento mais eficiente e humanizado. Além de fortalecer a capacidade de resposta a emergências e aumentar a acessibilidade aos serviços de saúde, a reforma das unidades de saúde contribui para a promoção da saúde pública ao garantir condições adequadas para a prestação de cuidados de saúde, com qualidade em toda a Bahia.

Em relação ao índice esperado, sem fazer comparação com o seu alcance na prática, nota-se uma grande variação ao longo dos anos, com momentos de aumento e de diminuição (quatro unidades em 2017 foi o mínimo e 11 unidades nos anos de 2018 e 2021 foi o máximo). E, ao longo do período ora analisado, o índice esperado reduziu da expectativa de ter oito unidades reformadas em 2016 para seis unidades em 2022.

Analisando esse fator em relação ao ano anterior, o indicador em si só melhorou duas vezes (em 2021 e em 2022) em relação ao ano anterior, cabendo aqui mencionar que o indicador no ano de 2018 não foi mencionado no respectivo RAG. Destarte, no período total estudado, o índice em 2016 era de reformar oito unidades, mas foram reformadas cinco. Já em 2022, o índice reduziu para seis unidades, mas sete foram reformadas. Em síntese, esse é um indicador que sofreu pouco aumento no período pesquisado, mas informou que aproximadamente cinco unidades foram reformas, por ano, no período pesquisado.

Gráfico 16. Indicador 15: Número de Unidades Reformadas (Unidades de Saúde)



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

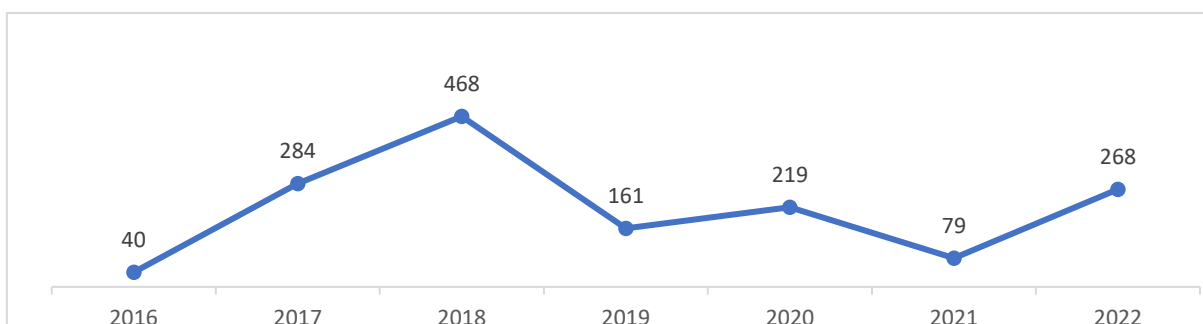
4.2.16 Indicador 16: Número de Ambulâncias Adquiridas

O número de ambulâncias adquiridas na Bahia é um indicador fundamental para a melhoria da resposta emergencial e o transporte seguro de pacientes. Ambulâncias bem equipadas e adequadas às necessidades regionais garantem acesso rápido a cuidados médicos essenciais, especialmente em áreas remotas ou durante situações de emergência. Além de salvar vidas ao facilitar o transporte rápido e seguro para hospitais e centros de saúde, a aquisição de ambulâncias também fortalece a infraestrutura de saúde do Estado, proporcionando condições mais seguras e eficazes para o atendimento de emergências médicas em toda a Bahia.

Já pela análise do índice, é possível perceber abissal diferença ao longo do tempo. Em 2016, esperava-se que fossem adquiridas 480 ambulâncias. Esse percentual sofreu diversas reduções (o menor índice foi 47 ambulâncias no ano de 2019), mas no último ano do período (2022), o índice caiu para 150 ambulâncias. Assim, é nítido a grande queda de expectativa (de 480 para 150) ao longo dos 6 anos.

No que tange ao indicador, grande foi a sua variabilidade (de apenas 40 ambulâncias compradas em 2016 para 468 ambulâncias em 2018, representando o número máximo de ambulâncias adquiridas). No período de seis anos, o indicador subiu de 40 ambulâncias compradas em 2016 para 268 em 2022, o que representa um aumento de mais de seis vezes.

Gráfico 17. Indicador 16: Número de Ambulâncias Adquiridas



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

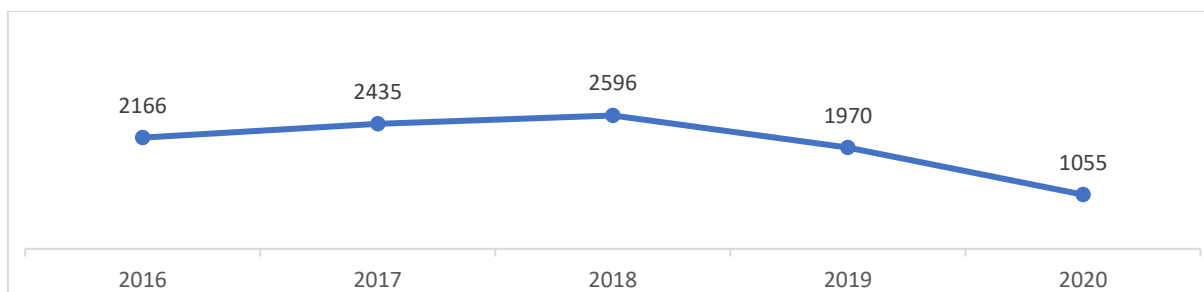
4.2.17 Indicador 17: Percentual de Solicitações Autorizadas de Tratamento Fora do Domicílio Atendidas

O percentual de solicitações autorizadas de TFD atendidas na Bahia é um indicador essencial para avaliar a eficiência do sistema de saúde em garantir acesso a tratamentos especializados não disponíveis localmente. Esse indicador reflete diretamente na capacidade do Estado em atender às necessidades de saúde da população, especialmente para casos que requerem cuidados específicos em unidades de referência fora do domicílio do paciente. Um alto percentual de solicitações atendidas não apenas melhora o prognóstico e qualidade de vida dos pacientes, mas também demonstra a eficácia na gestão de recursos e na otimização dos processos administrativos relacionados ao TFD. Garantir um bom desempenho nesse indicador é fundamental para assegurar que todos os baianos tenham acesso equitativo e oportuno a tratamentos médicos especializados, promovendo assim a equidade no sistema de saúde do Estado.

A forma de medir o índice desse indicador foi sendo alterada ao longo do tempo. De princípio, ele era de 2.904 em 2016 e 2017, mas regrediu para 2.020 em 2018 e 2019. Vê-se já aí uma involução do índice. Nos últimos três anos (2020 a 2022), o índice foi alterado para 100%. Isso, propriamente, já dificulta um pouco fazer uma análise comparativa, mas o percentual da meta alcançado oscilou entre 75% em 2016 e 100% em 2022, chegando a ter um pico de 118% em 2018.

E o indicador, na prática, sofreu variações nesse átimo (mínimo de 1.055 no ano de 2020 e máximo de 2.596 em 2018). Não obstante, o indicador em si regrediu de 2166 em 2016 para 1055 em 2020, representando uma redução de mais de 50%.

Gráfico 18. Indicador 17: Percentual de Solicitações Autorizadas de Tratamento Fora do Domicílio Atendidas



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

4.2.18 Indicador 18: Quantitativo de Serviços de Atenção Especializada Acompanhados

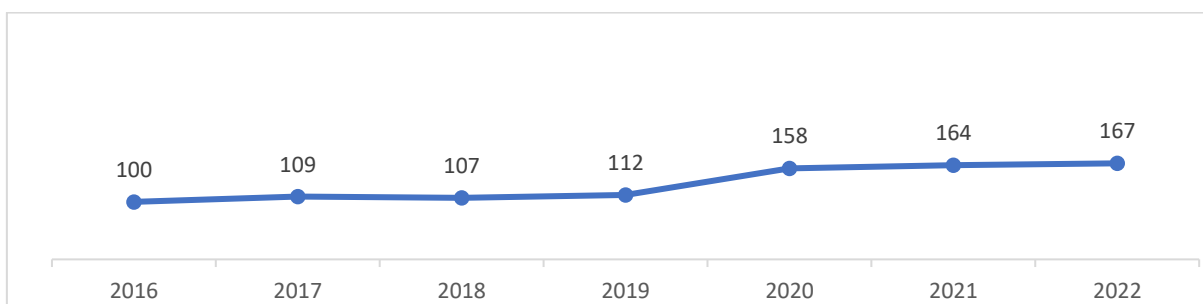
O quantitativo de serviços de atenção especializada acompanhados na Bahia é um indicador que almeja monitorar e melhorar a qualidade dos cuidados médicos oferecidos em áreas que demandam tratamentos especializados.

Acompanhar esses serviços não apenas garante que pacientes tenham acesso adequado a intervenções médicas complexas e específicas, como também facilita a gestão eficiente de recursos e a implementação de políticas de saúde direcionadas. Além de fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde a condições de saúde específicas, como doenças crônicas e procedimentos cirúrgicos complexos, esse indicador contribui para a melhoria geral da saúde pública na Bahia, assegurando que todos os cidadãos tenham acesso equitativo a cuidados de saúde de qualidade.

O índice esperado para esse indicador veio aumentando ao longo desse período de seis anos, passando de 109 Serviços de Atenção Especializada acompanhados no ano de 2016 para 161 no ano de 2022.

Na prática, somente em um ano, o indicador sofreu queda em relação ao ano anterior (2018). No mais, ele iniciou o período com 100 serviços (em 2016) e finalizou o ano de 2022 com 167 serviços prestados à população baiana, o que representa um avanço importante.

Gráfico 19. Indicador 18: Quantitativos de Serviços de Atenção Especializada Acompanhados



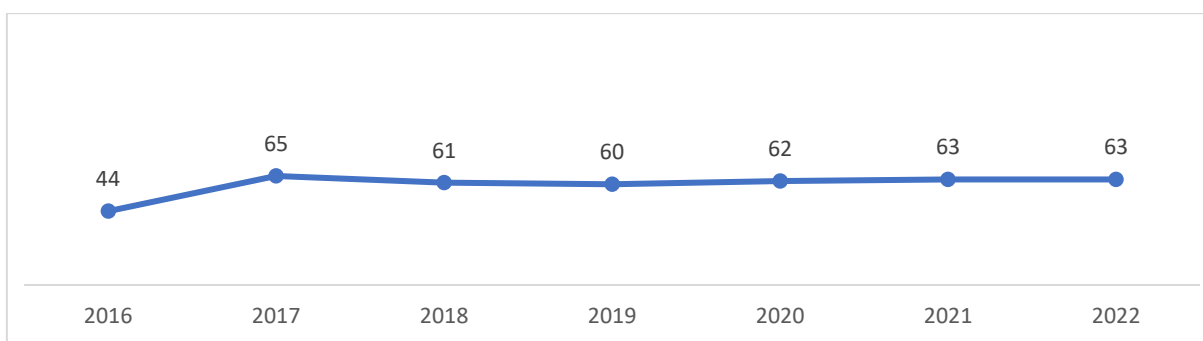
Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

4.2.19 Indicador 19: Quantitativo de Pessoas Portadoras de Epidermólise Bolhosa Atendidas

O quantitativo de pessoas portadoras de Epidermólise Bolhosa atendidas na Bahia é um indicador que avalia a capacidade do sistema de saúde em oferecer cuidados especializados e suporte adequado a pacientes com esta condição dermatológica rara e debilitante. A Epidermólise Bolhosa é uma doença genética caracterizada pela fragilidade extrema da pele, que pode levar a bolhas e feridas dolorosas. Atender a esses pacientes não apenas melhora a sua qualidade de vida, reduzindo o desconforto físico e emocional, mas também requer uma abordagem multidisciplinar que envolve dermatologistas, pediatras, nutricionistas e outros profissionais de saúde. Portanto, monitorar este indicador não apenas reflete o compromisso com a saúde das pessoas afetadas por condições raras, mas também impulsiona a pesquisa e a educação sobre tratamentos e cuidados para Epidermólise Bolhosa na Bahia.

Positivamente decorrendo, o índice almejado desse indicador foi gradualmente aumentando ao longo do período: de 44 no ano de 2016 para 61 no ano de 2022. A quantidade de pessoas, de igual maneira, foi aumentando (de 44 pessoas em 2016 para 63 em 2022), mesmo com algumas diminuições (anos de 2018 e 2019). Então, desse modo, pode-se dizer que houve progresso. Inclusive, o percentual de alcance da meta, igualmente subiu de 100% (no ano de 2016) para 103% em 2022.

Gráfico 20. Indicador 19: Quantitativos de Pessoas Portadoras de Epidermólise Bolhosa Atendidas



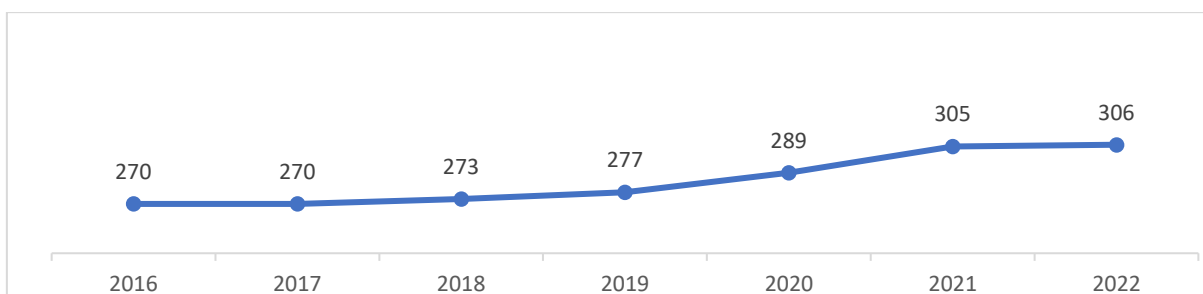
Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

4.2.20 Indicador 20: Número de Municípios Cobertos pelo SAMU 192

O número de Municípios cobertos pelo SAMU 192 na Bahia é um indicador relevante para assegurar o acesso rápido e eficiente a serviços de urgência e emergência médica em todo o Estado. O SAMU 192 desempenha um papel fundamental na resposta a situações críticas de saúde, fornecendo atendimento pré-hospitalar qualificado e transporte seguro para hospitais. Ampliar a cobertura do SAMU 192 significa não apenas melhorar os tempos de resposta em casos de emergência, mas também reduzir a morbimortalidade ao garantir que todos os cidadãos tenham acesso equitativo a cuidados de saúde urgentes, independentemente da localização geográfica. Isso fortalece significativamente a infraestrutura de saúde da Bahia, promovendo um ambiente mais seguro e preparado para lidar com emergências médicas de maneira eficaz.

Ao longo do período de seis anos, o índice esperado desse indicador subiu de 291 Municípios cobertos no ano de 2016 para 351, salvo o ano de 2020, que teve uma redução (de 403 para 297 ambulâncias)¹⁸⁷. No que pesa ao indicador, ele não sofreu nenhuma redução, iniciando no ano de 2016 com 270 Municípios e finalizando com 306 no ano de 2022.

Gráfico 21. Indicador 20: Número de Municípios Cobertos pelo SAMU 192



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

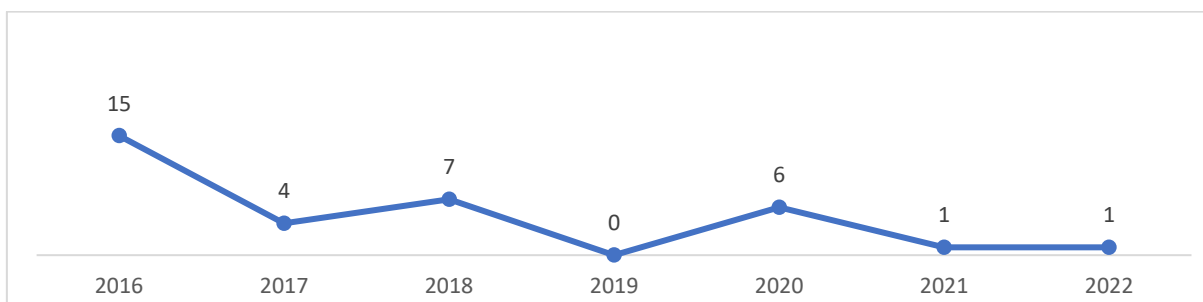
¹⁸⁷Segundo o RAG 2020: “No período de janeiro a dezembro de 2020, não houve ampliação de regiões com os componentes da Rede de urgência e emergência implantados, uma vez que para a efetividade desta meta faz se necessário a aprovação de Planos de Ação Regional - PAR pelo Ministério 187 188 da Saúde. Destacamos que os planos se encontram no Ministério da Saúde para análise e aprovação, os PAR das regiões macro Leste e Sul. Apesar da meta não ter sido alcançada, foram implantadas 6 UPA 24h e habilitados 128 leitos de retaguarda para a RUE, sendo 71 UTI e 57 leitos clínicos. Neste período, o SAMU Regional de Serrinha iniciou seu funcionamento com mais 6 municípios cobertos, totalizando 289 municípios cobertos pelo SAMU 192. Contudo não houve aprovação de Planos de Ação Regional - PAR pelo Ministério da Saúde. Vale salientar que se encontra no MS os PAR da macro Leste e Sul aguardando análise e aprovação do órgão.”

4.2.21 Indicador 21: Número de Novas UPA Implantadas (unidade de pronto atendimento construída)

O número de novas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) implantadas na Bahia é um indicador que mensura o fortalecimento do sistema de saúde de urgência e emergência no Estado. As UPAs desempenham um papel fundamental ao oferecer atendimento médico rápido e eficiente para os casos que não são emergências graves, aliviando a pressão sobre os hospitais de alta complexidade. Além de proporcionar um atendimento de qualidade próximo às comunidades, a implantação de novas UPAs contribui para a redução dos tempos de espera nos serviços de saúde e para a melhoria dos indicadores de saúde pública, especialmente em áreas com maior demanda por atendimento emergencial. Isso demonstra um compromisso com a saúde da população baiana, garantindo acesso universal e equitativo a cuidados de urgência de qualidade.

Ao longo dos seis anos, o índice desse indicador foi diminuindo (de cinco novas UPAs no ano de 2016 para apenas a expectativa de duas novas unidades em 2022). Houve queda, também, na quantidade de UPA implantada (indicador em si) – de 15 unidades no ano de 2016 para apenas uma unidade em 2022, bem como a diminuição do percentual da meta: de 300% no ano de 2016 para 50% no ano de 2022.

Gráfico 22. Indicador 21: Número de Novas UPAs Implantadas (Unidade de Pronto Atendimento Construída)



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

4.2.22 Indicador 22: Número de UPA 24h em Funcionamento (acompanhar as UPA 24h em funcionamento)

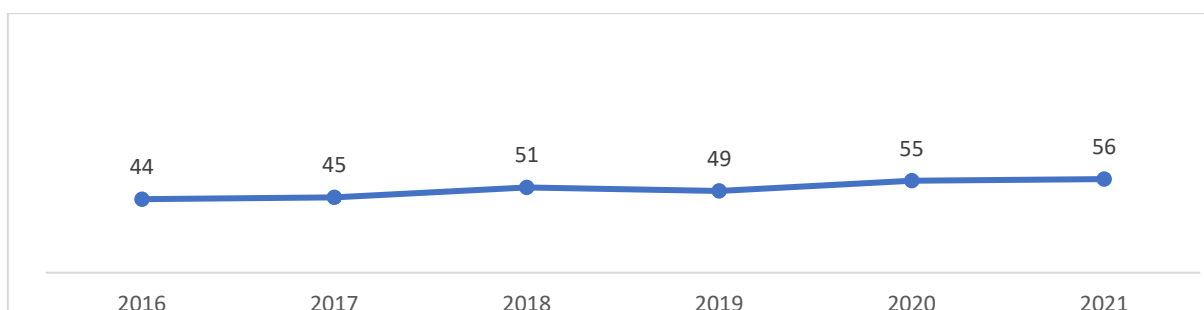
O número de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas em funcionamento na Bahia é o indicador que visa garantir o acesso contínuo a cuidados de saúde emergenciais de qualidade em todo o Estado. As UPAs 24 horas desempenham um papel fundamental ao oferecer atendimento médico imediato para casos urgentes e emergentes, contribuindo significativamente para a redução da morbimortalidade ao garantir que os pacientes recebam cuidados adequados e oportunos. Além disso, essas unidades ajudam a descongestionar os serviços hospitalares de alta complexidade, proporcionando um atendimento mais ágil e eficiente para a população.

A manutenção e a expansão das UPAs 24 horas refletem o compromisso com a saúde pública na Bahia, promovendo um sistema de saúde mais resiliente e preparado para enfrentar desafios emergenciais de saúde.

O índice acreditado desse indicador, até 2021, era o número de UPAs; no último ano (2022), passou a ser expresso em percentual. Assim, entre os anos de 2016 e 2021, ele subiu de 35 para 58 unidades.

Não obstante, de modo geral, o índice mudou de 35 unidades de pronto atendimento no ano de 2016 para 58 unidades no ano de 2021. No que tange ao indicador, ele aumentou de 44 unidades em 2016 para 56 unidades em 2021.

Gráfico 23. Indicador 22: Número de UPAs 24h em Funcionamento



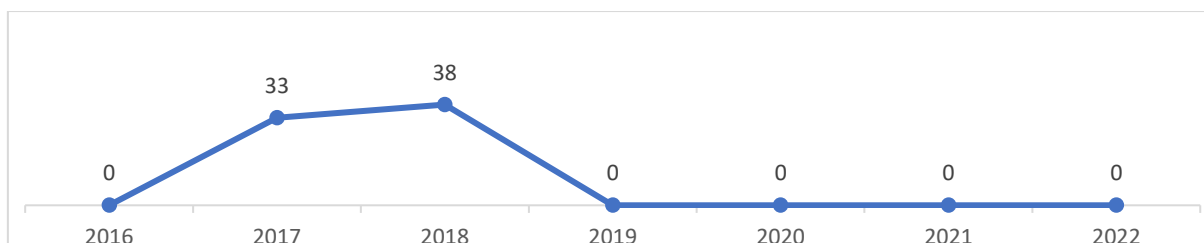
Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

4.2.23 Indicador 23: Número de Salas Implantadas (salas de telemedicina nas unidades de saúde da rede de urgência)

O número de salas de Telemedicina implantadas nas unidades de saúde da rede de urgência na Bahia é um indicador com foco na melhora do acesso e a qualidade dos cuidados médicos oferecidos, especialmente em áreas remotas ou com escassez de especialistas. Essas salas permitem a realização de consultas médicas à distância, diagnósticos e orientações entre os profissionais de saúde, reduzindo a necessidade de deslocamento dos pacientes e proporcionando um atendimento mais rápido e eficiente. Além de ampliar o alcance dos serviços de saúde, a implantação de salas de Telemedicina fortalece a capacidade de resposta do sistema de saúde a emergências e crises, garantindo que todos os baianos tenham acesso equitativo a cuidados de saúde de qualidade, independentemente da sua localização geográfica. O índice esperado desse indicador, infelizmente, sofreu reduções nesse período de seis anos, passando de 22 salas a serem implantadas no ano de 2016 para 10 salas em 2022.

Foi um indicador que não evoluiu; tanto assim que houve anos em que nenhuma sala foi implantada: 2016, 2019, 2020, 2021 e 2022; ao contrário do ano que mais teve salas implantadas: 38 no ano de 2018. Em síntese, esse indicador regrediu drasticamente, inclusive com nenhuma sala implantada nos últimos quatro anos do período estudado¹⁸⁸.

Gráfico 24. Indicador 23: Número de Salas Implantadas (Salas de Telemedicina nas Unidades de Saúde da Rede de Urgência)



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

¹⁸⁸Segundo o RAG 2019: “Não houve implantação das Salas de Telemedicina – ST conforme previsto na Política Estadual de Redução de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio – IAM.” Já os RAGs 2021 e 2022 informaram que: “Referente à implantação das Salas de Telemedicina, este produto não foi ainda viabilizado em virtude do longo período de pandemia, bem como as restrições orçamentárias para aquisição de equipamentos, medicação de alto custo e contratação de serviços especializado de cardiologia para a concretização da meta.”

4.2.24 Indicador 24: Quantitativo de Fóruns Implantados (implantar Fóruns Regionais da Rede Cegonha)

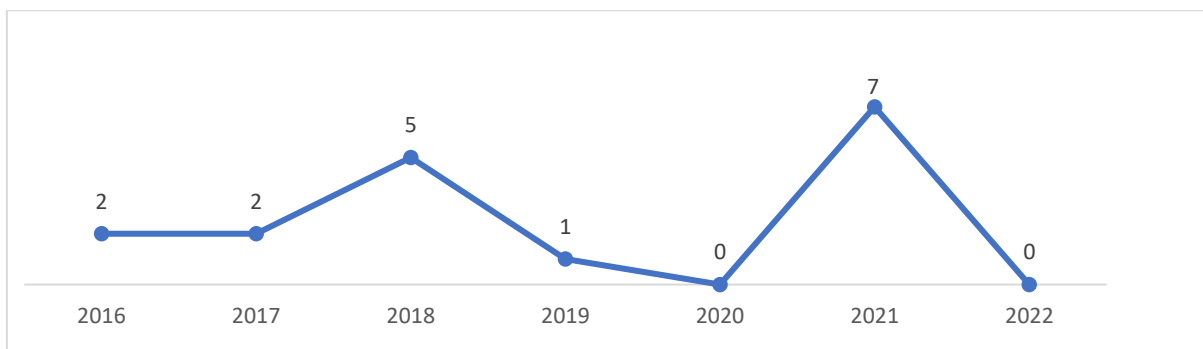
O quantitativo de Fóruns Regionais da Rede Cegonha implantados na Bahia é um indicador basilar para fortalecer a atenção integral à saúde materna e infantil no Estado. Esses fóruns desempenham um papel crucial ao reunir gestores, profissionais de saúde e representantes da comunidade para discutir estratégias, compartilhar as boas práticas e identificar os desafios na implementação da Rede Cegonha. Esta Rede visa garantir que todas as mulheres tenham acesso a um pré-natal adequado, parto seguro e atendimento pós-parto de qualidade, além de promover a saúde integral das crianças desde o nascimento até os dois primeiros anos de vida. Portanto, a implantação desses fóruns não apenas fortalece a coordenação e a integração dos serviços de saúde materno-infantil, mas também promove a participação comunitária e a melhoria contínua dos cuidados oferecidos na Bahia.

Está-se diante, novamente, de outro indicador que teve o seu índice esperado reduzido ao longo do tempo: três fóruns a serem implantados em 2016, contra a expectativa de apenas um fórum instalado em 2022.

Seguindo essa redução do índice, o indicador regrediu de duas unidades em 2016 para nenhuma unidade em 2022¹⁸⁹.

¹⁸⁹Segundo o RAG 2022, esse indicador faz parte da “Iniciativa 01: Apoiar tecnicamente os municípios no aprimoramento das ações de atenção à saúde materno infantil”, inserida na “META 16: Ampliar em 02 o número de regiões de saúde com unidades hospitalares de referência à gestação de alto risco.” Assim prossegue o documento: “Observações sobre a meta: Ressalta-se que esta meta requer altos investimentos de recursos financeiros para adequação/mudança de infraestrutura hospitalar. Para haver a implantação/habilitação de novos serviços de alta complexidade na assistência materna e infantil são necessários equipamentos como: Leitos de Gestação de Alto Risco – (LGAR), Leitos de Unidade Neonatal: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), Banco de Leite Humano (BLH) ou Posto de Coleta de Leite Humano (PCLH), Agência Transfusional. Para o ano de 2022, existia a previsão da região Oeste, no município de Barreiras, neste quadrimestre foi implantada a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) vinculada ao Hospital do Oeste e aguardando a implantação do Banco de Leite Humano – BLH nesta Unidade, que ainda não ocorreu devido as dificuldades no processo de aquisição de equipamentos e desta forma não foi possível ampliar o número de regiões de saúde com unidades hospitalares de referência à gestação de alto risco, uma vez que o BLH ou PCLH são critérios para o processo de habilitação em um serviço de referência para gestação de alto risco.”

Gráfico 25. Indicador 24: Quantitativo de Fóruns Implantados (Implantar Fóruns Regionais da Rede Cegonha)



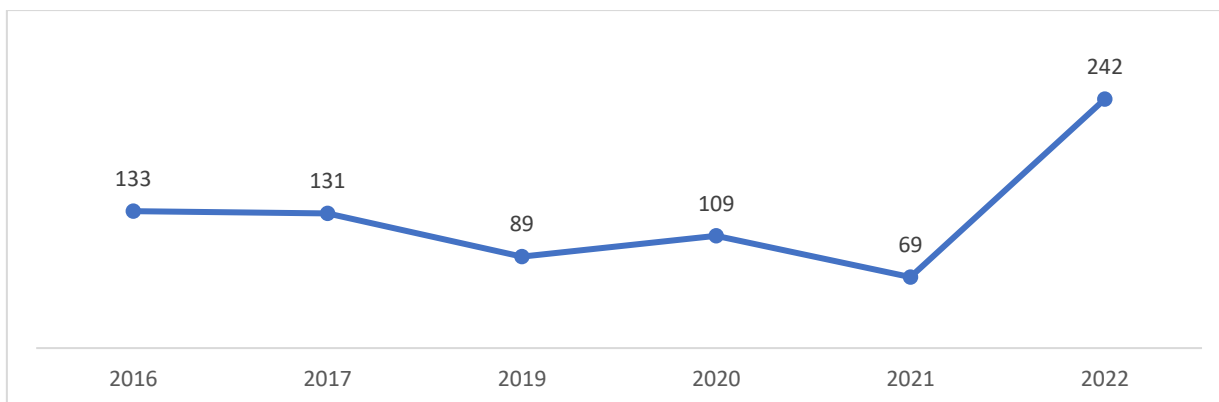
Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

4.2.25 Indicador 25: Quantitativo de Serviços Contratualizados/Credenciados Apoiados (Realizar Apoio Institucional a Município na Contratualização dos Serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade)

O indicador de saúde baiana Quantitativo de serviços Contratualizados/Credenciados apoiados (Realizar apoio Institucional a Município na Contratualização dos Serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade) possui o papel de monitorar e melhorar o acesso aos serviços de saúde especializados na Bahia. Ele mede a quantidade de serviços de saúde de média e alta complexidade que são contratualizados ou credenciados com apoio institucional aos Municípios, evidenciando o compromisso com o fortalecimento do sistema de saúde local. Através da contratualização e de credenciamento, espera-se não apenas aumentar a disponibilidade de tratamentos e cuidados especializados, mas também reduzir desigualdades regionais em saúde, proporcionando uma melhor infraestrutura para o atendimento de emergências e condições crônicas. Este indicador não só orienta políticas públicas e alocação de recursos, mas também promove equidade no acesso aos serviços de saúde na Bahia.

Ao longo dos seis anos, a expectativa desse indicador aumentou de 107 (no ano de 2016) para 200 (no ano de 2022). O indicador em si seguiu essa melhora: de 133 (no ano de 2016) para 242 (no ano de 2022). Não obstante, cabe salientar que esse progresso não foi absolutamente linear, pois, em 2017, ele reduziu de 133 para 131; e de 109 para 69, em 2021.

Gráfico 26. Indicador 25: Quantitativo de Serviços Contratualizados/Credenciados Apoiados (Realizar Apoio Institucional a Município na Contratualização dos Serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade)

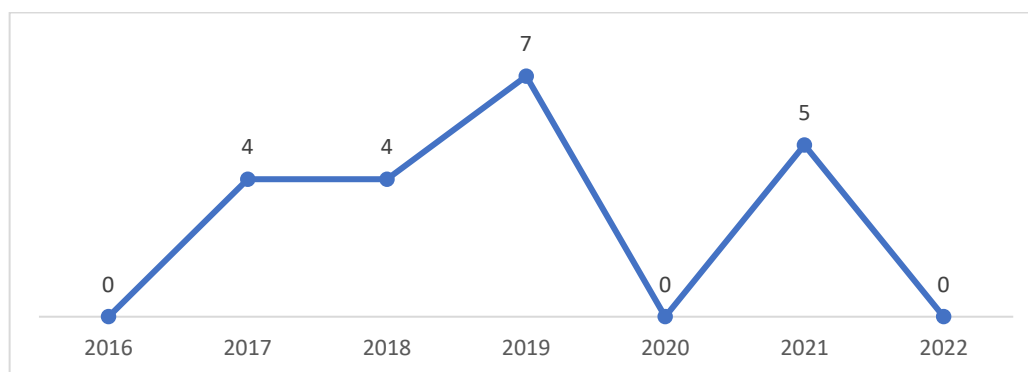


Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

4.2.26 Indicador 26: Percentual de Policlínicas Regionais Construídas

O número de policlínicas de saúde construídas na Bahia é um indicador extremamente relevante para melhorar o acesso da população a serviços de saúde especializados e integrados. Estas policlínicas desempenham um papel fundamental ao oferecer uma variedade de especialidades médicas e exames complementares em um único local, reduzindo a necessidade de deslocamento dos pacientes para centros de saúde distantes. Além de proporcionar atendimento médico de qualidade, as policlínicas ajudam a descongestionar os hospitais de alta complexidade ao tratar casos menos urgentes de maneira eficiente. Portanto, a construção de policlínicas não só fortalece a infraestrutura de saúde da Bahia, mas também promove uma abordagem mais integrada e acessível para o cuidado com a saúde, beneficiando diretamente a qualidade de vida da população.

A expectativa de construção de policlínica de saúde reduziu de quatro (no ano de 2016) para dois (ano de 2022). Nesse mesmo ritmo, o indicador em si, também, não avançou, pois tanto em 2016 como em 2022, nenhuma policlínica foi construída. Assim, o melhor ano foi o de 2019, onde sete policlínicas foram construídas. Ao longo do período, houve uma média anual aproximada de três policlínicas regionais construídas.

Gráfico 27. Indicador 26: Percentual de Policlínicas Regionais Construídas

Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

4.2.27 Indicador 27: Percentual de Policlínicas Regionais Aparelhadas

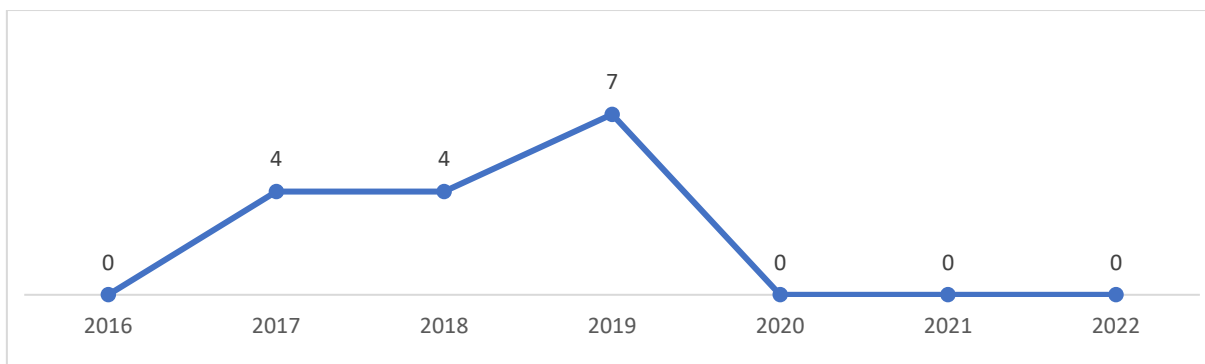
O percentual de policlínicas regionais aparelhadas na Bahia é um indicador que visa garantir que essas unidades de saúde estejam equipadas com os recursos necessários para oferecer atendimento médico especializado e integrado à população. A aparelhagem adequada das policlínicas inclui desde equipamentos médicos modernos até sistemas de informação eficientes, garantindo que os pacientes tenham acesso a serviços de saúde de qualidade. Além de melhorar os resultados dos tratamentos e diagnósticos, policlínicas bem aparelhadas ajudam a otimizar o tempo de espera e a aumentar a eficiência operacional, contribuindo para uma gestão mais eficaz dos recursos de saúde na Bahia. Assim, este indicador não apenas promove o acesso universal aos cuidados de saúde, mas também fortalece a infraestrutura de saúde regional, proporcionando um atendimento mais acessível e eficiente para todos os baianos.

Está-se diante novamente de um indicador que alterou a forma de mensurar o índice (meta a ser alcançada) de números absolutos para percentuais. No que tange ao índice, no ano de 2016 até o ano 2018, foi percebido um pouco aumento (de três unidades para quatro unidades). De 2020 em diante, foi adotado o índice de 100%.

Até 2019, o indicador constatou aumento: de zero (em 2016) para sete (em 2019). Todavia, no último ano (2022) do período estudado, o indicador foi de 0%, ou seja, nenhuma policlínica regional foi aparelhada, constatando o não avanço do indicador ao longo do tempo. Fazendo uma análise comparativa com o indicador anterior, praticamente, os números de indicadores são semelhantes, com exceção do

ano de 2021 onde cinco policlínicas regionais foram construídas (indicador anterior: nº 26), mas não houve o aparelhamento.

Gráfico 28. Indicador 27: Percentual de Policlínicas Regionais Aparelhadas



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

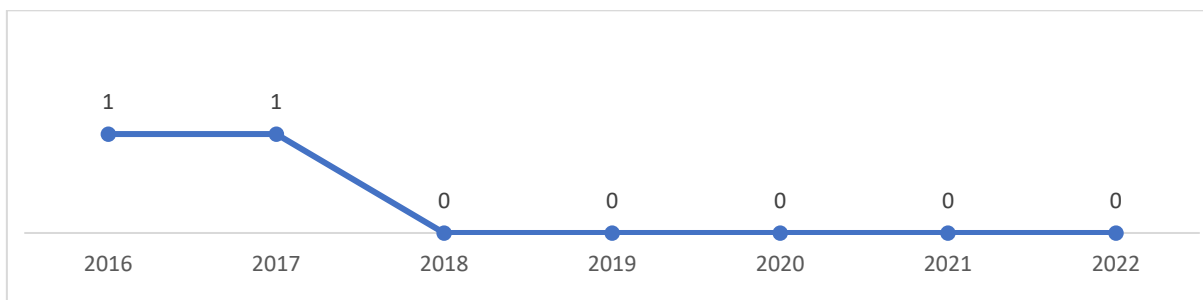
4.2.28 Indicador 28: Percentual de Unidades Hematológicas e Hemoterápicas Implantadas

O percentual de unidades hematológicas e hemoterápicas implantadas na Bahia é um indicador para garantir o acesso da população a tratamentos especializados em hematologia e serviços de hemoterapia. Essas unidades desempenham um papel crucial no diagnóstico e tratamento de doenças do sangue, transfusões de sangue e coleta de hemocomponentes essenciais para procedimentos médicos. Além de oferecer cuidados de saúde avançados, a implantação dessas unidades também promove a descentralização dos serviços de saúde, permitindo que pacientes em diversas regiões tenham acesso equitativo a esses recursos especializados. Portanto, o aumento do percentual de unidades hematológicas e hemoterápicas implantadas não só melhora a qualidade de vida dos pacientes, mas também fortalece o sistema de saúde da Bahia ao oferecer um atendimento mais completo e acessível às necessidades hematológicas da população.

A expectativa de implantação de unidades hematológicas e hemoterápicas implantadas em 2016 foi de duas unidades e, finalizou o período com índice esperado de apenas uma unidade em 2022. Dessa forma, restou claro o não crescimento da expectativa desse indicador.

Infelizmente, na prática, o indicador igualmente regrediu, pois, em 2016 e 2017, uma unidade chegou a ser implantada, mas, no último ano (2022), nenhuma unidade hematológica e hemoterápica foi implantada na Bahia.

Gráfico 29. Indicador 28: Percentual de Unidades Hematológicas e Hemoterápicas Implantadas



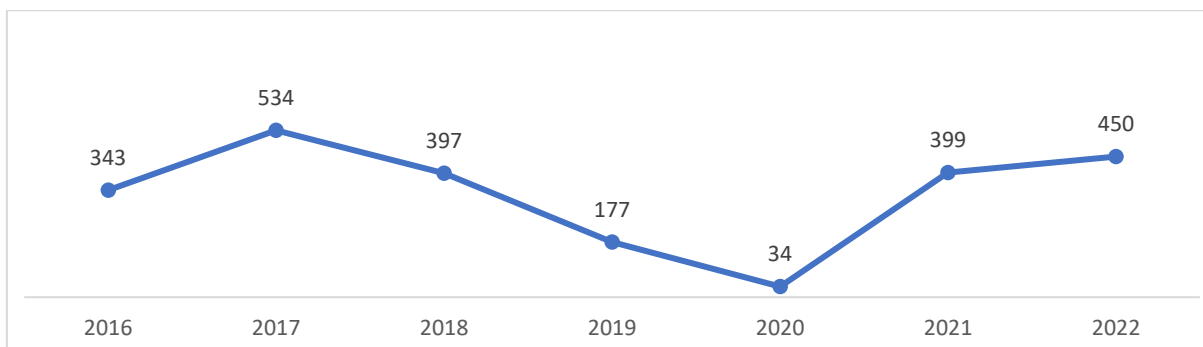
Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

4.2.29 Indicador 29: Percentual de Equipamentos/Materiais Permanentes Adquiridos (aparelhar unidade hematológica e hemoterápica)

O percentual de equipamentos e materiais permanentes adquiridos para aparelhar unidades hematológicas e hemoterápicas na Bahia é o indicador com função de garantir a eficácia e a segurança dos serviços de saúde oferecidos a pacientes com doenças do sangue e necessidades transfusionais. Esses equipamentos são essenciais para o diagnóstico preciso, tratamento adequado e monitoramento contínuo de condições hematológicas complexas, além de serem fundamentais para a realização segura de procedimentos de hemoterapia, como a coleta e a transfusão de sangue. Investir na aquisição de equipamentos permanentes não apenas melhora a qualidade dos cuidados prestados, mas também fortalece a infraestrutura de saúde da Bahia, garantindo que as unidades hematológicas e hemoterápicas estejam preparadas para enfrentar desafios médicos complexos e oferecer um atendimento de alta qualidade e segurança à população.

A expectativa de comprar mais equipamentos/materiais permanentes, ou seja, aparelhar unidade hematológica e hemoterápica elevou-se de 60 itens em 2016 para 80 em 2022. Nessa senda, a quantidade de itens adquiridos seguiu esse aumento, saltando de 343 em 2016 para 450 em 2022. Cabe aqui pontuar que, nem todos os anos tiveram aumentos, a exemplo dos anos de 2018 a 2020.

Gráfico 30. Indicador 29: Percentual de Equipamentos/Materiais Permanentes Adquiridos (aparelhar unidade hematológica e hemoterápica)

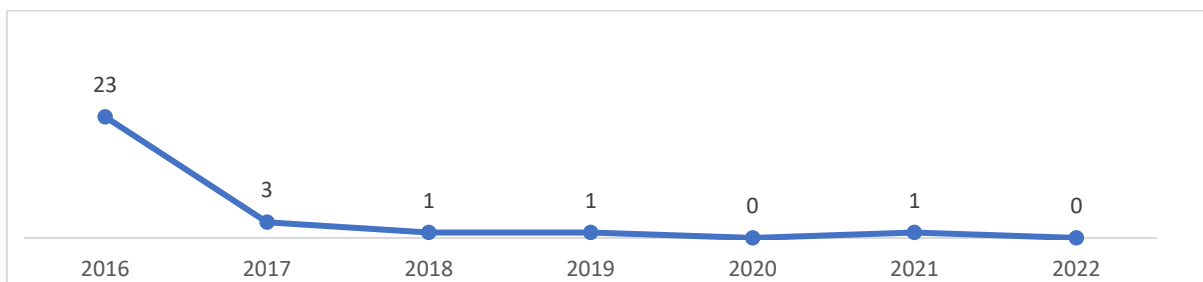


Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

4.2.30 Indicador 30: Percentual de Unidades hematológicas e Hemoterápicas Requalificadas

O percentual de unidades hematológicas e hemoterápicas requalificadas na Bahia é um indicador para assegurar que essas unidades estejam operando com padrões atualizados de qualidade e segurança. A requalificação envolve a avaliação e a modernização de infraestrutura, equipamentos e processos, garantindo que as unidades estejam adequadamente preparadas para oferecer tratamentos hematológicos avançados e serviços de hemoterapia com eficiência e segurança. Além de melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes, a requalificação também contribui para o aumento da confiabilidade operacional das unidades, proporcionando um ambiente mais seguro tanto para profissionais de saúde quanto para os usuários dos serviços. Portanto, este indicador não apenas promove a excelência nos cuidados hematológicos e hemoterápicos, mas também fortalece a capacidade do sistema de saúde da Bahia em atender às necessidades complexas e variadas da população.

Ao longo dos seis anos, a expectativa desse indicador foi de requalificar duas unidades de hematológicas e hemoterápicas. Curiosamente, o melhor ano foi justamente o primeiro do período ora analisado: em 2016, 23 unidades foram requalificadas e, no último ano (2022), nenhuma. Assim, eis um indicador de saúde baiana que regrediu.

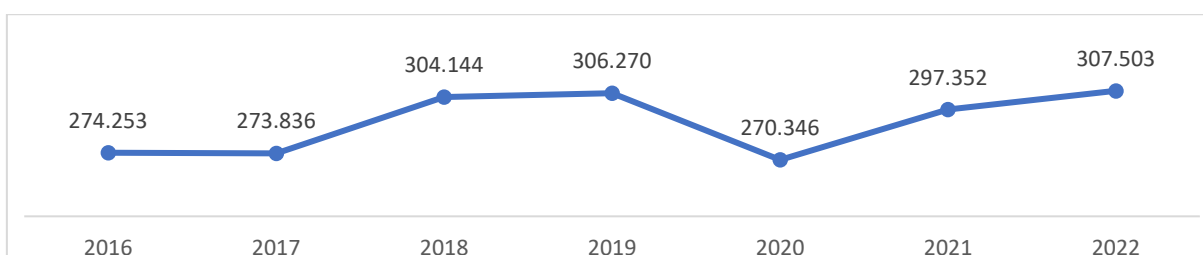
Gráfico 31. Indicador 30: Percentual de Unidades Hematológicas e Hemoterápicas Requalificadas

Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

4.2.31 Indicador 31: Percentual de Bolsas de Hemocomponentes Produzidas

O percentual de bolsas de hemocomponentes produzidas na Bahia é um indicador com função de avaliar a capacidade do Estado em atender às demandas por sangue e os seus derivados, fundamentais para procedimentos médicos como transfusões e tratamentos hematológicos. A produção adequada de bolsas de hemocomponentes não só garante o suprimento contínuo e seguro desses produtos para as unidades de saúde, mas também contribui para a segurança dos pacientes ao minimizar os riscos relacionados à falta de sangue. Além disso, o aumento desse indicador reflete investimentos em infraestrutura, tecnologia e processos que são essenciais para fortalecer o sistema de hemoterapia da Bahia, proporcionando um atendimento de saúde mais eficaz e resiliente para toda a população.

O índice esperado para esse indicador foi aumentando ao longo do tempo estudado. Iniciou em 2016 com a expectativa de 225.000 e finalizou 2022 esperando-se 327.000 bolsas de hemocomponentes produzidas. Sobre o indicador em si, houve um aumento (de 274.253 em 2016 para 307.503 em 2022). Não obstante, houve regresso nos anos de 2017 e 2020.

Gráfico 32. Indicador 31: Percentual de Bolsas de Hemocomponentes Produzidas

Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

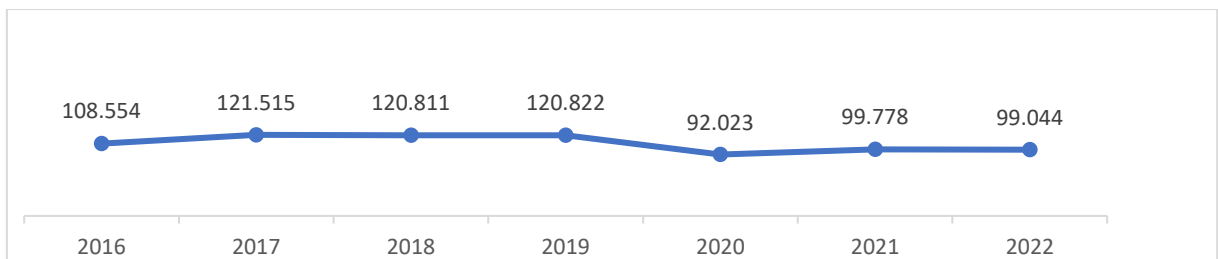
4.2.32 Indicador 32: O Percentual de Procedimentos e Atendimentos Ambulatoriais Multidisciplinares aos Portadores de Doenças Hematológicas Benignas Realizados

O percentual de procedimentos e atendimentos ambulatoriais multidisciplinares realizados aos portadores de doenças hematológicas benignas na Bahia é um indicador importante para garantir o acompanhamento contínuo e integrado desses pacientes. Doenças hematológicas benignas, como anemias e distúrbios de coagulação, requerem cuidados especializados que muitas vezes envolvem uma abordagem multidisciplinar com hematologistas, enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais de saúde.

Realizar esses procedimentos e atendimentos de forma ambulatorial não apenas melhora a qualidade de vida dos pacientes ao evitar hospitalizações desnecessárias, mas também otimiza o uso de recursos de saúde e reduz os custos para o sistema. Portanto, monitorar este indicador não só reflete o compromisso com a saúde hematológica da população baiana, mas também promove um manejo eficiente e integrado dessas condições, garantindo um cuidado abrangente e de qualidade aos pacientes.

O índice esperado desse indicador regrediu de 120.000 em 2016 para 117.760 em 2022. Outrossim, houve a regressão do indicador em si: de 108.554 em 2016, para 99.044 em 2022.

Gráfico 33. Indicador 32: Percentual de Procedimentos e Atendimentos Ambulatoriais Multidisciplinares aos Portadores de Doenças Hematológicas Benignas Realizados



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

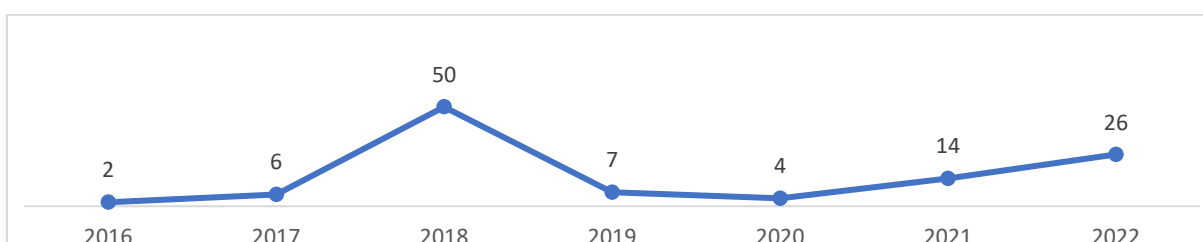
4.2.33 Indicador 33: Quantitativo de Secretarias de Municípios com Ouvidorias do SUS Implantadas

O quantitativo de Secretarias Municipais na Bahia com ouvidorias do SUS implantadas é um indicador crucial para fortalecer a transparência, a participação social e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população. As ouvidorias do SUS desempenham um papel fundamental ao permitir que os cidadãos registrem reclamações, sugestões e denúncias relacionadas aos serviços de saúde, garantindo assim um canal direto de comunicação entre os usuários, os gestores e os prestadores de serviços.

A implantação dessas ouvidorias não só promove a *accountability* e a responsabilidade na gestão pública de saúde, mas também contribui para a melhoria contínua dos serviços ao identificar problemas e implementar soluções de forma mais eficiente e transparente. Portanto, este indicador reflete o compromisso em garantir um sistema de saúde mais justo, acessível e responsivo às necessidades da população na Bahia.

Houve uma previsão de aumento de secretarias municipais com ouvidorias do SUS implantadas, passando de 20 no ano de 2016 para 25 no ano de 2022. Igualmente, o indicador, no decorrer os 6 anos, alcançou melhoras, passando de 2 para 26 secretarias de Municípios com ouvidorias do SUS implantadas.

Gráfico 34. Indicador 33: Quantitativo de Secretarias de Municípios com Ouvidorias do SUS Implantadas



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

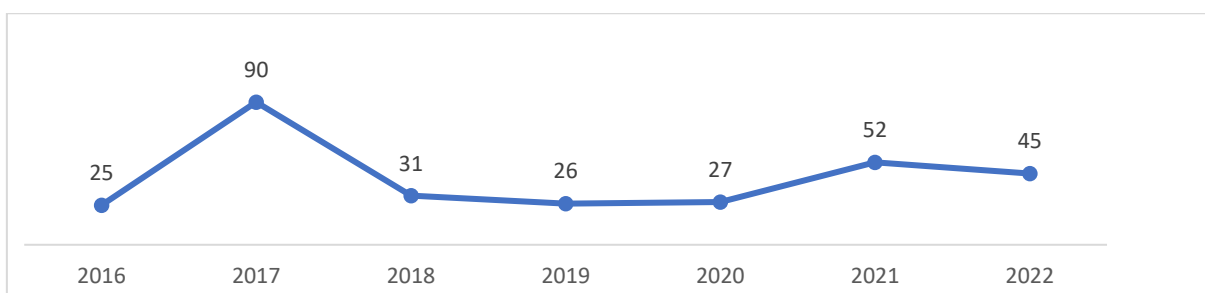
4.2.34 Indicador 34: Unidades de Saúde Reparadas

A reparação das unidades de saúde na Bahia é um indicador fundamental para garantir que esses espaços estejam em condições adequadas de funcionamento, proporcionando um ambiente seguro e acolhedor para pacientes e profissionais de

saúde. A manutenção e reparação dessas unidades não apenas prolongam a vida útil das instalações, mas também melhoram significativamente a eficiência operacional dos serviços de saúde ao evitar interrupções no atendimento devido a problemas estruturais. Além disso, investir na reparação das unidades de saúde demonstra um compromisso com a qualidade do atendimento oferecido à população, promovendo um ambiente propício para a prestação de cuidados de saúde eficazes e humanizados em toda a Bahia.

No início do período estudado (2016), teve-se a previsão de reparar 8 unidades de saúde na Bahia. Essa expectativa aumentou para 30 no ano de 2022. De fato, o governo estadual conseguiu aumentar a quantidade de unidades reparadas por ano, saltando de 25 em 2016 para 45 em 2022, o que gerou uma média anual de quase 50 unidades de saúde reparadas por ano.

Gráfico 35. Indicador 34: Unidades de Saúde Reparadas



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

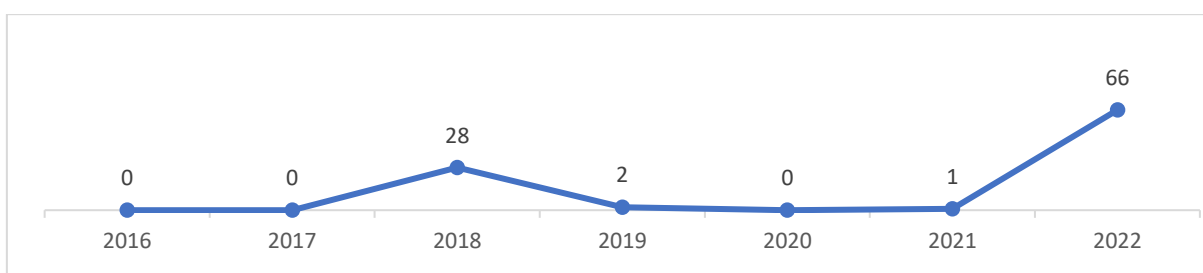
4.2.35 Indicador 35: Percentual de Veículos Adquiridos por Demanda

O percentual de veículos adquiridos por demanda na Bahia é um indicador que deve interferir positivamente na mobilidade e na eficiência operacional dos serviços de saúde em todo o Estado. Esses veículos são essenciais para o transporte de pacientes, equipes médicas e suprimentos médicos, especialmente em áreas remotas ou de difícil acesso. Ao adquirir veículos conforme a demanda específica de cada região, é possível otimizar a utilização dos recursos e atender de forma mais ágil e eficaz às necessidades de saúde da população baiana. Além de melhorar o acesso aos serviços de saúde, a aquisição de veículos adequados também contribui para a segurança e o conforto dos pacientes durante o transporte, assegurando um atendimento de saúde mais completo e acessível em toda a Bahia.

Até o ano de 2021, o índice esperado por esse indicador era de número nominal, mas passou passando a ser percentual em 2020 e em 2022.

Fora isso, o índice desse indicador sofreu uma única piora, em relação ao ano anterior: no ano de 2018. Assim, ele evoluiu de quatro (em 2016) para 22 no ano de 2021. No que tange ao indicador, propriamente dito, ele aumentou de zero no ano de 2016 para 66 em 2022, gerando uma média anual de aproximadamente 16 veículos adquiridos por demanda.

Gráfico 36. Indicador 35: Percentual de Veículos Adquiridos por Demanda



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

4.2.36 Indicador 36: Quantitativo de Unidades de Saúde com Sistema de Custo Monitorado (número de sistema de monitoramento de custos implantado)

O quantitativo de unidades de saúde na Bahia com sistema de custo monitorado é um indicador utilizado para a gestão eficiente dos recursos financeiros destinados à saúde pública. Implementar um sistema de custo monitorado permite acompanhar de perto os gastos e investimentos em cada unidade de saúde, possibilitando uma alocação mais eficaz dos recursos disponíveis. Isso não apenas facilita o controle orçamentário, mas também promove a transparência na gestão pública ao tornar os processos financeiros mais claros e auditáveis. Além disso, ao monitorar os custos, as unidades de saúde podem identificar oportunidades de economia, melhorar a eficiência operacional e direcionar recursos para áreas prioritárias, garantindo assim um melhor atendimento e cuidado à saúde da população baiana.

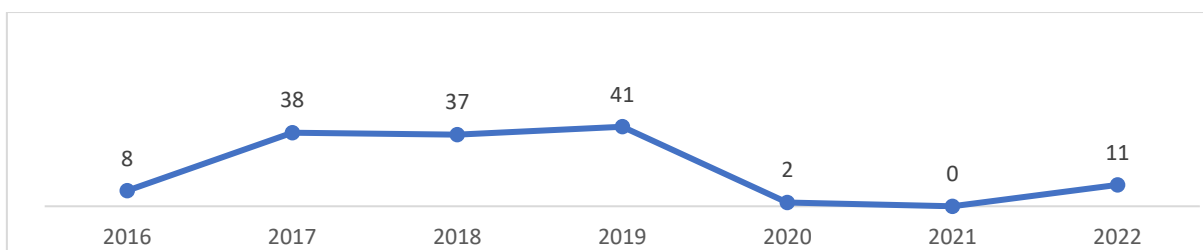
Sobre o método de avaliação dessa meta, ela é calculada levando em consideração a quantidade de unidades da rede própria que implementaram um processo de redução de custos.

Para garantir a implementação do processo de redução de custos nas unidades, é fundamental incluir as unidades de saúde na plataforma do Ministério da Saúde (instalação) e capacitar os funcionários, a fim de melhorar a qualidade dos dados inseridos no sistema, buscando aprimorar o controle e otimização dos recursos na área da saúde.

Segundo os RAGs, a verificação dos custos referentes às unidades cadastradas no sistema é feita mensalmente. Algumas dessas unidades recebem informações de custos enviadas por esse departamento; por isso, são fornecidas diretrizes, acompanhamentos e análises aos articuladores responsáveis pelas inserções de dados no sistema. Os principais desafios para a entrega dos produtos incluem: alterações nas Organizações Sociais (OS) nas unidades com Gestão Indireta, alta rotatividade dos articuladores, resistência em aderir ao programa e fatores imprevisíveis.

No período pesquisado (2016 a 2022), o índice esperado reduziu de oito unidades em 2016 para sete unidades em 2022. Não obstante, houve um aumento de unidades monitoradas (indicador): passando de oito unidades no ano 2016 para 11 no ano de 2022.

Gráfico 37. Indicador 36: Quantitativo de Unidades de Saúde com Sistema de Custo Monitorado (número de sistema de monitoramento de custos implantado)



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

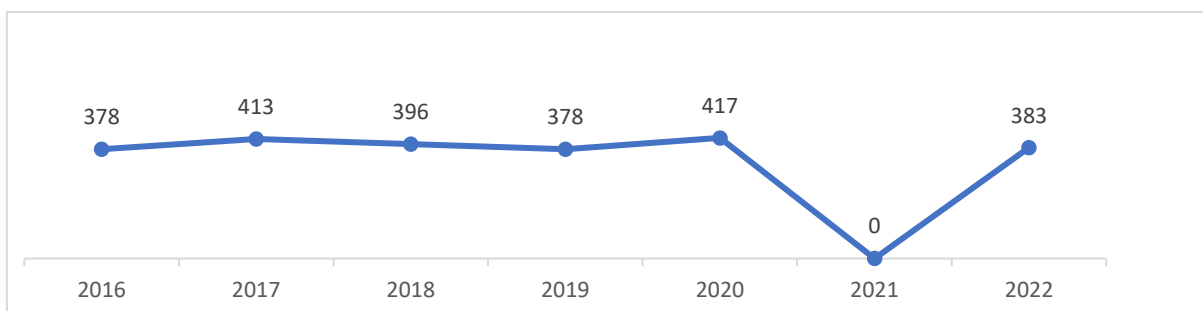
4.2.37 Indicador 37: Quantitativo de Municípios Apoiados (qualificação da Atenção Básica)/Realizar Apoio Financeiro para Municípios na Construção de Unidade Básica de Saúde

O quantitativo de Municípios apoiados na Bahia para a qualificação da Atenção Básica, incluindo apoio financeiro para a construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS), é um indicador cujo papel é fortalecer o primeiro nível de atenção à saúde. As

UBS desempenham um papel fundamental ao oferecer serviços de saúde preventivos e curativos à população local, sendo essenciais para o diagnóstico precoce e o tratamento de diversas condições de saúde. Ao apoiar financeiramente os Municípios na construção e a ampliação dessas unidades, o Estado não só melhora o acesso da população aos cuidados básicos de saúde, mas também contribui para a promoção da saúde preventiva e o controle de doenças crônicas. Além disso, investir na qualificação da Atenção Básica através da expansão das UBS fortalece o sistema de saúde como um todo, reduzindo a sobrecarga nos serviços de média e alta complexidade e promovendo uma abordagem mais integrada e eficiente para o cuidado com a saúde na Bahia.

Durante todos esses seis anos pesquisados, a expectativa foi de que todos os 417 Municípios baianos tivessem esse apoio na qualificação básica. Ocorre que, somente no ano de 2020 esse objetivo foi alcançado. Inclusive, no ano seguinte, nenhum Município baiano teve esse apoio. Ao longo do tempo, este indicador começou com 378 no ano de 2016 e finalizou com 383 no ano de 2022, ou seja, um leve aumento¹⁹⁰.

Gráfico 38. Indicador 37: Quantitativo de Municípios Apoiados (qualificação da Atenção Básica)/Realizar Apoio Financeiro para Municípios na Construção de Unidade Básica de Saúde



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

¹⁹⁰Conforme o RAG 2022, os principais obstáculos para a entrega dos produtos foram: “Legislação antiga em relação à celebração de Convênios Estaduais e normatização frágil, sem estabelecimento de critérios e prazos específicos para recebimento de pleitos, para análise e celebração; Fluxos dos processos de trabalhos descontinuados com as áreas técnicas, dificultando a obtenção dos pareceres técnicos e apoio no acompanhamento e fiscalização da execução dos objetos, principalmente dos Convênios de Custeio e Emendas Parlamentares; Pouco conhecimento da proponente em relação à legislação vigente para a celebração de Convênios estaduais, ocasionando diversas diligências em relação ao plano de trabalho e documentação para a celebração de convênio, ocasionando morosidade nas respostas; Ausência de profissionais essenciais para agilizar as ações desta Coordenação a exemplo de: Advogado, engenheiro Civil ou arquiteto; Dificuldade em realizar vistoria, por conta do quantitativo de Engenheiro.”

4.2.38 Indicador 38: Quantitativo de Municípios com Apoio Institucional Realizado (Apoiar Institucionalmente os Municípios nas Ações de Saúde Bucal)

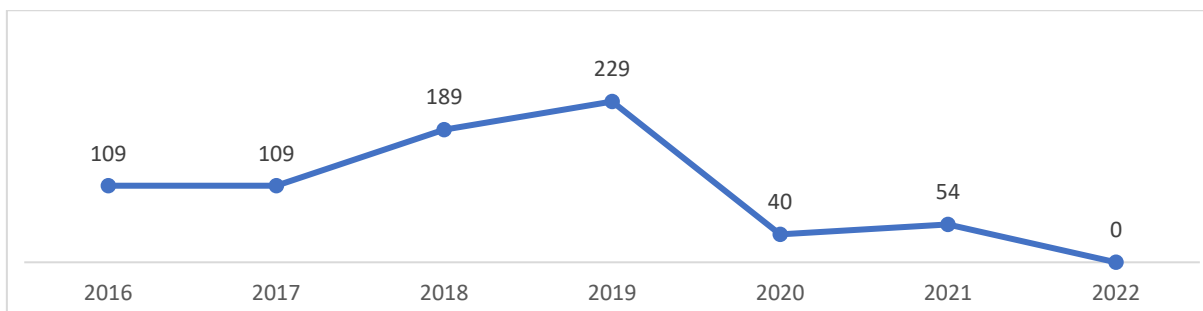
O quantitativo de Municípios na Bahia com apoio institucional realizado nas ações de saúde bucal é um indicador para promover a saúde oral e melhorar a qualidade de vida da população. O apoio institucional inclui desde a capacitação de profissionais de saúde bucal até o fornecimento de recursos e estrutura adequados para a realização de procedimentos odontológicos preventivos e curativos. Investir nesse tipo de apoio não só fortalece a capacidade dos Municípios em oferecer serviços de saúde bucal acessíveis e de qualidade, mas também contribui para a redução de problemas dentários e doenças bucais que podem afetar a saúde geral dos indivíduos. Além disso, ao promover a prevenção e o tratamento precoce, o apoio institucional nas ações de saúde bucal na Bahia também contribui para a diminuição de custos com tratamentos emergenciais e hospitalizações, melhorando assim o sistema de saúde como um todo.

O índice esperado para esse indicador começou com 181 Municípios em 2016 e foi aumentando até o ano de 2019, que previu 195 entes municipais apoiados. Surpreendentemente, depois ele foi regredindo para ínfimos seis entes (nos anos de 2020 a 2022).

Do ponto de vista prático, o indicador foi evoluindo de 109 no ano de 2016 até 229 em 2019. Depois disso, houve reduções (ano de 2020: para 40 Municípios; ano de 2021: 54 Municípios e ano de 2022: zero Municípios). Ou seja, no último ano do período pesquisado, nenhum Município recebeu esse apoio, o que demonstra o regresso desse indicador. Em síntese, esse indicador começou o período de 2016 com 109 Municípios com apoio institucional realizado e encerrou o período de 6 anos com absolutamente nenhum Município apoiado (ano de 2022¹⁹¹).

¹⁹¹Segundo o RAG 2022, os principais obstáculos para esse indicador foram: “Número insuficiente de técnicos para atender as demandas; Dificuldades intrasetoriais para o desenvolvimento de ações e cumprimento das metas-produto propostas na execução do Convênio nº 813416/2014; Desenvolvimento de ações que dependem do interesse e do entendimento da importância do serviço, por parte dos gestores locais, a exemplo da implantação do atendimento hospitalar à pacientes com necessidades especiais, Odontologia Hospitalar à beira leito e em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).”

Gráfico 39. Indicador 38: Quantitativo de Municípios com Apoio Institucional Realizado (Apoiar Institucionalmente os Municípios nas Ações de Saúde Bucal)



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

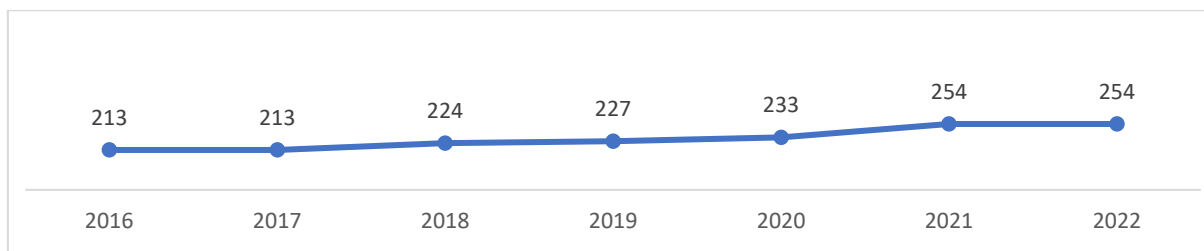
4.2.39 Indicador 39: Quantitativo de Municípios com Cofinanciamento (Co-financiar Municípios com SAMU implantado)

O quantitativo de Municípios na Bahia com cofinanciamento para o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) implantado é um indicador que objetiva garantir uma resposta rápida e eficiente em situações de emergência médica. O SAMU desempenha um papel fundamental ao oferecer atendimento pré-hospitalar qualificado, com equipes treinadas e equipamentos adequados para intervenções imediatas. Ao cofinanciar a implantação do SAMU nos Municípios, o Estado não apenas expande a cobertura de serviços de urgência e emergência, mas também promove a redução de óbitos e sequelas decorrentes de eventos agudos de saúde. Além disso, o cofinanciamento fortalece a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, facilitando o transporte seguro e o encaminhamento dos pacientes para unidades hospitalares quando necessário, garantindo assim um atendimento de saúde mais acessível e eficaz para todos os baianos.

De modo geral, houve um aumento na expectativa desse indicador, mesmo que nem sempre. Em 2016, havia a previsão de 236 Municípios com cofinanciamento. Em 2022, esse número já foi maior: 295.

Já em relação à concretude desse indicador, houve dois anos em que ele se manteve (2017 e 2022); nos demais houve aumento. Analisando o período, o indicador subiu de 213 Municípios com cofinanciamento (no ano de 2016) para 254 (em 2022).

Gráfico 40. Indicador 39: Quantitativo de Municípios com Cofinanciamento (Co-financiar Municípios com SAMU Implantado)



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

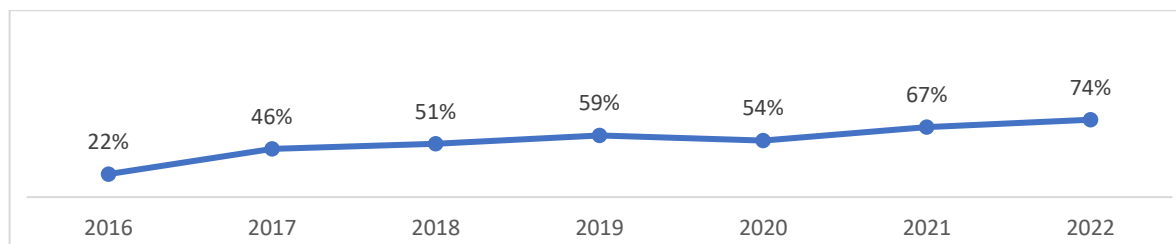
4.2.40 Indicador 40: Proporção de Análises Realizadas em Amostras de Água para Consumo Humano quanto aos Parâmetros Coliformes Totais, Cloro Residual Livre e Turbidez

A proporção de análises realizadas em amostras de água para o consumo humano quanto aos parâmetros de coliformes totais, cloro residual livre e turbidez é um indicador relevante para garantir a segurança e a qualidade da água distribuída à população na Bahia. Esses parâmetros são essenciais para avaliar a potabilidade da água, assegurando que esteja livre de contaminantes microbiológicos, químicos e físicos que possam representar riscos à saúde pública. Realizar análises periódicas e garantir que os parâmetros estejam dentro dos limites estabelecidos pelas normas sanitárias contribui diretamente para a prevenção de doenças transmitidas pela água, como gastroenterites e infecções bacterianas. Além disso, o monitoramento constante desses indicadores permite a implementação de medidas corretivas e preventivas, assegurando um abastecimento de água seguro e confiável para todos os residentes da Bahia.

A expectativa desse indicador, em todos os anos, foi de que tivesse 100% da proporção de análises realizadas em amostras de água para o consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.

Com exceção do ano de 2020 (onde houve uma queda no percentual), todos os demais anos registraram aumentos. De modo amplo, esse indicador começou com 22% em 2016 e avançou para 74% em 2022.

Gráfico 41. Indicador 40: Proporção de Análises Realizadas em Amostras de Água para Consumo Humano quanto aos Parâmetros Coliformes Totais, Cloro Residual Livre e Turbidez



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

4.3 A análise dos 40 Indicadores Comuns de Saúde Baiana Durante os Anos de 2016 a 2022

Em suma, nos RAGs¹⁹², ao analisar os 40 indicadores comuns ao período de seis anos (2016 a 2022), nota-se que houve uma melhora em 24 indicadores, quais sejam: indicador nº 1 – Quantitativo de laboratórios de saúde pública em funcionamento no Estado da Bahia: de 22 para 28; indicador nº 2 - Quantitativo de Boletins, Informativos, Anuários Estatísticos e Manuais de Instrução e Materiais Educativos Publicados (disseminar informações técnico científicas em saúde): de seis para 380; indicador nº 3 - Quantitativo de unidades ampliadas (rede própria): de um para sete; indicador nº 4 - Quantitativo de transplantes realizados: de 757 para 932; indicador nº 6 - Quantitativo de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e bolsas de ostomia concedidas: de 286.951 para 353.197; indicador nº 11 - nº de trabalhadores beneficiados pelas ações de Vigilância em ST: de 105.224 para 232.420; indicador nº 12 - Cobertura vacinal de Pentavalente em menores de um ano (percentual de 95% da cobertura vacinal da Pentavalente em menores de um ano no Estado): de 63% para 74%; indicador nº 13 - Número de Municípios apoiados na implantação e utilização do Telessaúde e e-SUS: de 244 para 417; indicador nº 14 - Número de equipes de saúde da família cofinanciadas: de 3.399 para 4.050; indicador nº 15 - Número de unidades reformadas (unidade de saúde): de cinco para sete; indicador nº 16 - Número de ambulâncias adquiridas: de 40 para 268; indicador nº 18 - Quantitativo de serviços de atenção especializada acompanhados: de 100 para 167; indicador nº 19 - Quantitativo de pessoas portadoras de Epidermólise Bolhosa

¹⁹²BAHIA. Relatórios Anuais de Gestão (RAG). **Secretaria Estadual de Saúde (SESAB)**. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/sobre-a-sesab/relatorios-anuais-de-gestao-rag/>. Acesso em: 22 ago. 2023.

atendidas: de 44 para 63; indicador nº 20 - Número de Municípios cobertos pelo SAMU 192: de 270 para 306; indicador nº 25 - Quantitativo de serviços Contratualizados / Credenciados apoiados (Realizar apoio Institucional a Município na Contratualização dos Serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade): de 133 para 242; indicador nº 29 - Percentual de equipamentos / materiais permanentes adquiridos (aparelhar unidade hematológica e hemoterápica): de 343 para 450; indicador nº 31 - Percentual de bolsas de hemocomponentes produzidas: de 274.253 para 307.503; indicador nº 33 - Quantitativo de Secretarias de Municípios com ouvidorias do SUS implantadas: de 2 para 26; indicador nº 34 - Unidades de saúde reparadas: de 25 para 45; indicador nº 35 - Percentual de veículos adquiridos por demanda: de zero para 66; indicador nº 36 - Quantitativo de Unidades de Saúde com sistema de custo monitorado (número de sistema de monitoramento de custos implantado): de oito para 11; indicador nº 37 - Quantitativo de Municípios apoiados (qualificação da Atenção Básica) / Realizar apoio financeiro para Municípios na construção de Unidade Básica de Saúde: de 378 para 383; indicador nº 39 - Quantitativo de Municípios com cofinanciamento (co-financiar Municípios com SAMU implantado): de 213 para 254 e indicador nº 40 - Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez: de 22% para 74%.

Nessa senda, dos 40 indicadores investigados, 10 regrediram. Foram eles: indicador nº 5 - Total de Mamografias Realizadas por Região de Saúde e Quantidade de Municípios Participantes - Rastreamento de Câncer de Mama - I fase e II fase (Mulheres Atendidas): de 106.598 para 16.484; indicador nº 7 - Quantitativo de atendimentos Ambulatoriais Realizados (para Portadores de Doenças Hematológicas Benignas): de 108.554 para 99.044; indicador nº 9 - Percentual de Notificações Obrigatórias de Queixas Técnicas e Eventos Adversos Investigados: de 96% para 91%; indicador nº 10 - Percentual de Hospitais com Leitos de UTI com CCIH Apoiados: de 97% para 90%; Indicador nº 21 - Número de Novas UPA Implantadas (Unidade de Pronto Atendimento Construída): de 15 para um; indicador nº 24 - Quantitativo de Fóruns Implantados (Implantar Fóruns Regionais da Rede Cegonha) de dois para zero; indicador nº 28 - Percentual de Unidades Hematológicas e Hemoterápicas Implantadas: de um para zero; indicador nº 30 - Percentual de Unidades Hematológicas e Hemoterápicas Requalificadas: de 23 para zero; indicador nº 32 - Percentual de Procedimentos e atendimentos Ambulatoriais Multidisciplinares aos

Portadores de Doenças Hematológicas Benignas Realizados: de 108.554 para 99.044 e indicador nº 38 - Quantitativo de Municípios com Apoio Institucional Realizado (Apoiar Institucionalmente os Municípios nas Ações de Saúde Bucal): de 109 para zero.

Do total de indicadores analisados, alguns não melhoraram nem pioraram, apenas se mantiveram: indicador nº 8 - Quantitativo de Unidades da Rede Hematológica/Hemoterápica em Funcionamento: 27; indicador nº 23 - Número de Salas Implantadas (Salas de Telemedicina nas Unidades de Saúde da Rede de Urgência): zero indicador nº 26 - Número de Policlínicas de Saúde Construídas: 0 e indicador nº 27 - Percentual de Policlínicas Regionais Aparelhadas: zero.

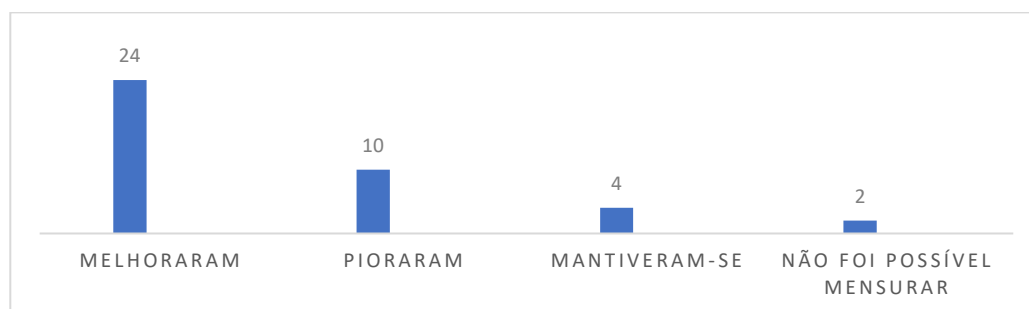
Por fim, dois indicadores não puderam ser mensurados com assertividade (se evoluíram ou regrediram), pois mudaram de parâmetros: indicador nº 17 - Percentual de Solicitações Autorizadas de Tratamento Fora do Domicílio Atendidas: de 2.166 para 100% e indicador nº 22 - Número de UPA 24h em Funcionamento (Acompanhar as UPA 24h em Funcionamento): de 44% para 57%. Portanto, nesses dois indicadores, os índices apurados começaram em 2016 com números absolutos e terminaram o período com números percentuais no ano de 2022, impossibilitando analisar quanto a eventual evolução.

Tabela 2. Análise Quantitativa Geral dos Indicadores de Saúde

Indicadores ao longo do tempo	Quantidade de indicadores
Melhoraram	24
Pioraram	10
Mantiveram-se	4
Não foi possível mensurar	2

Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

Gráfico 42. Análise Quantitativa e Qualitativa de Todos os 40 Indicadores de Saúde da Bahia (anos de 2016 a 2022)



Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

Tabela 3. Análise Quantitativa Específica dos Indicadores de Saúde

Nº do indicador	Nome do indicador	Melhorou	Piorou	Manteve-se	Não foi possível mensurar
1	Quantitativo de laboratórios de saúde pública em funcionamento no Estado da Bahia	X			
2	Quantitativo de Boletins, Informativos, Anuários Estatísticos e Manuais de Instrução e Materiais Educativos Publicados (disseminar informações técnico científica em saúde)	X			
3	Quantitativo de Unidades ampliadas (rede própria)	X			
4	Quantitativo de transplantes realizados	X			
5	Total de mamografias realizadas por região de saúde e quantidade de Municípios participantes - rastreamento de câncer de mama - I fase e II fase (mulheres atendidas)		X		
6	Quantitativo de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e bolsas de ostomia concedidas	X			
7	Quantitativo de atendimentos ambulatoriais realizados (para portadores de doenças hematológicas benignas)		X		
8	Quantitativo de Unidades da Rede Hematológica / Hemoterápica em funcionamento			X	
9	Percentual de notificações obrigatórias de queixas técnicas e eventos adversos investigados		X		
10	Percentual de hospitais com leitos de UTI com CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) apoiados		X		
11	Nº de trabalhadores beneficiados pelas ações de Vigilância em ST	X			
12	Cobertura vacinal de Pentavalente em menores de 1 ano	X			
13	Número de Municípios apoiados na implantação e utilização do Telessaúde e e-SUS	X			
14	Número de equipes de saúde da família cofinanciadas	X			
15	Número de unidades reformadas (unidade de saúde)	X			
16	Número de ambulâncias adquiridas	X			
17	Percentual de solicitações autorizadas de tratamento fora do domicílio atendidas				X
18	Quantitativo de serviços de atenção especializada acompanhados	X			
19	Quantitativo de pessoas portadoras de Epidermólise Bolhosa atendidas	X			
20	Número de Municípios cobertos pelo SAMU 192	X			
21	Número de novas UPA implantadas (unidade de pronto atendimento construída)		X		

Continua...

					...continua
Nº do indicador	Nome do indicador	Melhorou	Piorou	Manteve-se	Não foi possível mensurar
22	Número de UPA 24h em funcionamento (acompanhar as UPA 24h em funcionamento)				x
23	Número de salas implantadas (salas de telemedicina nas unidades de saúde da rede de urgência)			x	
24	Quantitativo de fóruns implantados (implantar Fóruns Regionais da Rede Cegonha)		x		
25	Quantitativo de serviços Contratualizados/ Credenciados apoiados (Realizar apoio Institucional a Município na Contratualização dos Serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade)	X			
26	Número de policlínicas de saúde construídas			x	
27	Percentual de policlínicas regionais aparelhadas			x	
28	Percentual de unidades hematológicas e hemoterápicas implantadas		x		
29	Percentual de equipamentos / materiais permanentes adquiridos (aparelhar unidade hematológica e hemoterápica)	X			
30	Percentual de unidades hematológicas e hemoterápicas requalificadas		x		
31	Percentual de bolsas de hemocomponentes produzidas	X			
32	Percentual de procedimentos e atendimentos ambulatoriais multidisciplinares aos portadores de doenças hematológicas benignas realizados		x		
33	Quantitativo de Secretarias de Municípios com ouvidorias do SUS implantadas	X			
34	Unidades de saúde reparadas	X			
35	Percentual de veículos adquiridos por demanda	X			
36	Quantitativo de Unidades de Saúde com sistema de custo monitorado (número de sistema de monitoramento de custos implantado)	X			
37	Quantitativo de Municípios apoiados (qualificação da Atenção Básica) / Realizar apoio financeiro para Municípios na construção de Unidade Básica de Saúde	X			
38	Quantitativo de Municípios com apoio institucional realizado (apoiar institucionalmente os Municípios nas ações de saúde bucal)		x		
39	Quantitativo de Municípios com cofinanciamento (co-financiar Municípios com SAMU implantado)	X			

Continua...

Nº do indicador	Nome do indicador	Melhorou	Piorou	Manteve-se	...continua
					Não foi possível mensurar
40	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	X			
TOTAL		24	10	04	02

Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

Tabela 4. Quantidade e Análise de Indicadores por Ano

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Quantidade de indicadores que se mantiveram	8	4	4	2	4	8
Quantidade de indicadores que se não se pôde analisar com precisão (porque mudaram os parâmetros)		2	2		1	
Quantidade de indicadores que melhoraram	23	19	17	17	26	22
Quantidade de indicadores que pioraram	-9	-15	-17	-21	-9	-10
Saldo (quantidade dos que melhoram, subtraída dos que pioraram)	14	4	0	-4	17	22

Fonte: elaboração própria, com base nos RAGs dos anos de 2016 a 2022 da SESAB.

A partir da avaliação dos 40 indicadores de saúde na Bahia entre 2016 e 2022, observou-se uma tendência geral de progresso nos serviços de saúde, com 24 indicadores apresentando melhora. O crescimento de serviços, como a ampliação do número de laboratórios ativos, a expansão das unidades de saúde e a melhora nas taxas de cobertura vacinal e transplantes, evidencia avanços significativos nas políticas de saúde pública do Estado. Adicionalmente, o aumento dos serviços de telessaúde e a maior quantidade de equipamentos e ambulâncias refletiu o atingimento das metas de gestão na saúde.

Entretanto, também foram notados alguns desafios, como a queda de 10 indicadores, especialmente relacionados à realização de mamografias, à criação de novas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e ao crescimento do percentual de unidades hematológicas e hemoterápicas. Esses dados sugerem que, apesar de eventuais progressos de metas neste setor, há áreas que demandam maior atenção e recursos para assegurar uma cobertura eficaz e justa em todo o Estado. Por fim, alguns indicadores não apresentaram evolução evidente devido a alterações nos critérios de análise, o que dificultou uma avaliação precisa de seu desempenho ao longo do período examinado.

5 CONCLUSÕES

Na Carta Magna atual, o direito à saúde implica dever do Estado em contribuir para essa respectiva construção, cabendo ao cidadão o usufruto de políticas públicas - tanto econômicas quanto sociais - que visem a redução de riscos e danos à saúde. Essa prerrogativa também abarca o acesso geral e igualitário a serviços e iniciativas de estímulo, de cuidado e de reabilitação da saúde (atendimento completo).

Com a promulgação da mais recente Carta Magna, diversas ações governamentais, jurídicas e sociais foram sendo implementadas para garantir a efetivação total do acesso à saúde. Destacam-se, nesse contexto, as Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990), o Decreto nº 99.438/1990 e as NOBs emitidas em 1991 e 1993.

Amparado na legislação nº 8.080/1990, o SUS foi oficializado, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Carta Magna de 1988. Ele abrange todos os atendimentos prestados de forma pública - sejam eles de responsabilidade do governo federal, estadual ou municipal - e também os serviços privados, desde que haja contratação ou convênio firmado. Ele é o responsável, embora não exclusivamente, pela implementação dos princípios constitucionais.

As necessidades de saúde não atendidas são sempre a motivação para desempenhar esse papel. No entanto, é fundamental que os gestores estaduais se esforcem para superar tendências históricas de complementar a responsabilidade do Município, o que requer o pleno exercício do seu papel.

A saúde deve ser tratada como um assunto de responsabilidade pública, ou seja, deve ser pautada sob a ótica dos critérios do interesse público. Destarte, faz-se essencial a identificação convergente com os interesses da população da Bahia.

O direito à saúde estadual não é necessariamente um direito coercitivo do particular impondo ao Estado da Bahia. Deve-se, sim, compreendê-lo por toda a sua amplitude, o que permite o sustentáculo da política efetiva do sistema de saúde, mas embutindo um dever-ser estatal. Destarte, é a compreensão do direito à saúde estadual como um direito de justiça social, que deve permitir o mais preciso possível equilíbrio social na saúde do Estado da Bahia. Equidade esta iniciada pela viabilidade pessoal ou endógena, chegando a inferir direta ou indiretamente na consciência coletiva da saúde estadual.

Hodiernamente, percebeu-se a dificuldade em dissociação da saúde como a falta de doenças, o estado máximo de saúde física e mental, volúvel às intempéries de externalidades oriundas dos mais ricos espectros endógenos e exógenos ao cidadão baiano.

Preponderam-se fatores de consciência cívica, participação ativa democrática crítica, plural, proativa e gestão compartilhada. Tudo sem olvidar a importância de imparcialidade setorial, que vise à maximização de resultados sociais e perene do Sistema Público de Saúde do Estado da Bahia.

Esse equilíbrio integrado de ações públicas perpassa pela conscientização individual de saúde própria, permitindo uma ramificação genuína de interesses reverberados nas escolhas públicas assentadas nas normas e nos planos de ações estaduais da saúde baiana.

Nessa senda, a problematização da saúde estadual perpassou pela complexidade de avaliação de itens e processos internos e externos das literais políticas estaduais. O plexo decisório engloba fenômenos de lucidez de escolhas complexas que permeiam o processo social de implemento da saúde estadual como um elemento de enlevo de garantia à qualidade de vida do cidadão da Bahia.

Considerando a indiscutível notoriedade de que existem os fatores sociais, econômicos, políticos, culturais e até ambientais que exercem considerável influência no estado de saúde das pessoas e em sua qualidade de vida, pode-se pontuar que são variados os componentes que direcionam a saúde de um indivíduo. São circunstâncias que, juntamente com o cumprimento das normas adstritas ao tema da saúde por parte dos entes municipais, urgem a necessidade de implemento de medidas adequadas para efetivar o direito humano à saúde mediante inúmeros planejamentos e ações.

Essa disponibilidade e publicidade ampla devem abranger todas as ações de prevenção e repressão, mapeamento, planos de ação, fiscalização, controle e participação popular, seja ela personalíssima ou coletiva. Essa administração de ações, quando de forma coesa e interligada é propícia para produzir conhecimentos específicos. Essa disponibilização, atrelada a políticas de instrumentalização que permitam aos cidadãos da Bahia não apenas ter acesso a esses dados, mas também, fazer a devida leitura e tecer as suas devidas análises críticas consolida a democratização da informação no setor de saúde, dever esse das autoridades públicas responsáveis por esse setor.

Perfaz-se, assim, a concretização do ideal de estrutura à universalidade do acesso à saúde, bem como uma equânime prestação dos seus serviços. Outrossim, o implemento de mecanismos de controle, gestão e fiscalização necessita de tomadas de decisões que exigem muita repercussão e importância social. Deve-se levar em conta, por exemplo, no mesmo sentido, os processos de gestão e vigilância à saúde que lidam com a tomada de decisões de alta responsabilidade e relevância social.

Com fulcro nas normas constitucionais, onde a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, bem como os princípios da universalidade de acesso, de igualdade e de equivalência na prestação dos serviços, tudo deve coadunar para uma atenção humanizada ao cidadão baiano.

O planejamento em saúde permite a feitura de projetos, estabelecendo vínculos entre os dados financeiros do sistema de saúde estadual, potencializando o atendimento de forma democrática, participativa e humanizada, cujos recursos das dotações orçamentárias devem ser aplicados da melhor maneira possível.

Nota-se como o planejamento orçamentário e a implementação das despesas específicas potencializam a realização dos projetos pelo administrador público, alcançando efetivamente os objetivos e metas previamente estabelecidos.

No âmbito da saúde, o adequado planejamento é mecanismo essencial para otimizar o alcance das políticas sociais consoante as necessidades pontuais dos cidadãos da Bahia, fortalecendo as ações de promoção, reabilitação, proteção e recuperação da saúde.

Resumidamente, ao analisar os 40 indicadores de gestão comuns ao longo do período de 6 anos (2016 a 2022), restou evidente que houve melhorias na maioria deles, com arrimo na divulgação dos Relatórios Anuais de Gestão do Estado.

Nesse contexto, é importante salientar que o Estado da Bahia, ainda conforme os seus relatórios, ao longo do período de 2016 a 2022, registrou cinco ocasiões em que houve um aumento no percentual de investimento destinado a ações e serviços públicos de saúde, em relação à receita líquida de impostos e às transferências constitucionais e legais. Esses aumentos ocorreram de 2016 para 2017, de 2018 para 2019, de 2019 para 2020, de 2020 para 2021 e de 2021 para 2022.

No entanto, é digno de nota que o único ano em que ocorreu uma diminuição foi de 2017 para 2018. Nesse período, o índice caiu de 13,35% para 12,40%, representando, essa última, a taxa mais baixa dentro dos 6 anos considerados. Essa queda aproximou-se do limite mínimo legal de 12%. De maneira geral, ao analisar

esses 6 anos, observa-se uma trajetória de aumento no percentual, passando de 12,49% em 2016 para 14,78% em 2022.

Por meio do planejamento orçamentário estadual que leva em conta os pontos escolhidos pelo Poder Executivo como cruciais para a previsão normativa e o que, de fato, é escolhido e aprovado pelo Poder Legislativo como merecedor de proteção jurídica estadual, lastreado por meio das leis orçamentárias estaduais (plano plurianual estadual, lei orçamentária estadual e lei orçamentária anual), o mero cumprimento do percentual mínimo legal, por si só, não é suficiente para ser garantidor da efetividade do direito à saúde.

Nesse passo, é preciso identificar as eventuais falhas, lacunas e necessidades de atuação do Estado da Bahia consoante proporcionalidade de intervenção. Assim, após essas análises, abre-se o espaço apto para o estabelecimento de ações a serem implementadas a longo, médio e curto prazo pelo Estado da Bahia.

O cidadão baiano que, via de regra, não está a par das abstrações das políticas sociais do Estado, precisa de procedimentos concretos para a satisfação das respectivas demandas por atendimento de saúde na rede pública estadual de serviços.

A eventual desarticulação não é proveniente apenas por parte do federalismo brasileiro. O enredamento é originário, também, da variação de responsabilidades para o cumprimento de determinada ação na saúde. O espectro de competências consubstancia-se pelo plexo de competências legislativas e práticas, de âmbitos comuns e concorrentes, que exige uma estrutura organizacional federativa de alto grau, cuja lacuna ou falha no implemento de políticas sociais são experimentadas pela sociedade e provenientes das escolhas dos gestores públicos.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, Hildebrando; SILVA, G. E. do Nascimento; CASELLA, Paulo Borba. **Manual de Direito Internacional Público**. 20.ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

AGÊNCIA BRASIL. **Haddad vai propor mudanças no formato de pisos de Saúde e Educação**. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2024-06/haddad-propora-lula-mudancas-no-formato-de-pisos-de-saude-e-educacao>. Acesso em: 19 jul. 2024.

AGÊNCIA O GLOBO. **Governo trabalha em novas regras para piso de Saúde e Educação em 2025, diz secretário de Orçamento**. Gastos com estas rubricas têm mínimos atrelados à receita, que depende do desempenho do PIB. Ideia é regras mais estáveis. Disponível em: <https://www.folhape.com.br/economia/governo-trabalha-em-novas-regras-para-piso-de-saude-e-educacao-em/304808/>. Acesso em: 21 jul.2024.

ALMEIDA, Bruno Guimarães de. **O Jogo da Negociação no Sus**: Bahia: Atores, Cenários e Enredos. Orientador: Isabela Cardoso de Matos Pinto. 2015. 107f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas de Saúde). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2435008. Acesso em: 05 out.2023.

ALVES, Danielle Garcia; CARDOSO, Henrique Ribeiro Cardoso. **Direito à Saúde**. Por uma Prestação Ética do Estado. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017.

ALVES, Lisbôa Cândice. **Direito à Saúde**. Efetividade e Proibição do Retrocesso Social. Belo Horizonte: D'Plácido, 2015.

ÁVILA, Heleni Duarte Dantas de. **A construção do SUS na Bahia**: uma história da sua implementação – 1986 a 2066. Orientador: Jairnilson Silva Paim. 2013. 238f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=224304. Acesso em: 05 out.2023.

BAHIA. **Constituição do Estado da Bahia**. Estado da Bahia, Casa Civil. Disponível em: <http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/constituicao-do-estado-da-bahia-de-05-de-outubro-de-1989>. Acesso em: 01 maio 2022.

BAHIA. Demografia. **Portal da Transparência Bahia**. Disponível em: <http://www.transparencia.ba.gov.br/DadosSocioEconomicos/Demografia>. Acesso em: 01 jul. 2023.

BAHIA. **Lei nº 4.660 de 08 de abril de 1986**. Lei nº 4.660/86. Dispõe sobre a licitação e contratação de obras, serviços, compras e alienações da Administração centralizada e autárquica do Estado, e dá outras providências. Disponível em:

<https://governo-ba.jusbrasil.com.br/legislacao/85419/lei-4660-86>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BAHIA. Painel de Receitas. **Portal da Transparência Bahia**. Disponível em: <http://www.transparencia.ba.gov.br/Receita/Painel>. Acesso em: 01 jul. 2023.

BAHIA. Relatórios Anuais de Gestão (RAG). **Secretaria Estadual de Saúde (SESAB)**. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/sobre-a-sesab/relatorios-anuais-de-gestao-rag/>. Acesso em: 22 ago.2023.

BALLEIRO, Aliomar. **Uma Introdução à Ciência das Finanças**. 16.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

BAND NEWS FM. **Piso da Saúde**: governo Lula não será obrigado a pagar reajuste em 2023. Ministério da Fazenda já tinha consultado o Tribunal de Contas da União sobre a hipótese de não investir o mínimo previsto em lei. Disponível em: <https://www.band.uol.com.br/bandnews-fm/noticias/piso-da-saude-governo-lula-nao-sera-obrigado-a-pagar-reajuste-em-2023-16638092>. Acesso em: 21 jul.2024.

BARBOSA, Jeferson Ferreira Barbosa. **Direito à Saúde e Solidariedade na Constituição Brasileira**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014.

BARCELLOS, Thaís. Mudança em regra para gastos com Saúde e Educação criaria folga de R\$ 190 bi nas contas públicas. Técnicos do governo estudam corrigir essas despesas pelas regras do arcabouço fiscal, ou seja, até 2,5% acima da inflação. Sem a alteração, Orçamento ficará estrangulado a partir de 2028. **O Globo**, 2024. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/noticia/2024/05/20/mudanca-em-regra-para-gastos-com-saude-e-educacao-criaria-folga-de-r-190-bi-nas-contas-publicas.ghtml>. Acesso em 21 jul.2024.

BRASIL. **Ato das Disposições Constitucionais Transitórias**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 01 jul.2023.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. *Vade Mecum*. 26.ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

BRASIL. **Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991**. Institui a Fundação Nacional de Saúde e dá outras providências. Câmara dos Deputados. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1991/decreto-100-16-abril-1991-342868-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 30 jun. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 12 set.2018.

BRASIL. **Fundo Nacional de Saúde**. Ministério da saúde. Disponível em: <http://portalfns.saude.gov.br>. Acesso em: 13 jun. 2018.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; [...]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 20 jun.2018.

BRASIL. **Lei Complementar nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm#art4. Acesso em: 22 ago.2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 20 jun.2018.

BRASIL. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8666cons.htm. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 575, de 29 de março de 2012**. Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0575_29_03_2012.html. Acesso em: 22 ago.2023.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 13 jun. 2018.

BRITTO, Tatiana Pinheiro Mota. **Controle Social na Saúde Pública no Estado da Bahia**: uma análise da atuação do Conselho Estadual de Saúde. Orientador: Andrea Cardoso Ventura. 2022. 96f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13097379. Acesso em: 05 out.2023.

BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coordenadoras). **Judicialização da Saúde**. A visão do Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Novo arcabouço fiscal**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/agencia/infograficos-html5/novo-arcabouco-fiscal/index.html>. Acesso em: 23 jul.2024.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **PLP 136/2023**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2372071&fichaAmigavel=nao>. Acesso em: 23 jul.2024.

CAMPOS JR, Geraldo. **TCU decide que piso para saúde e educação só valerá em 2024**. Decisão atende pedido de Haddad e alivia caixa do governo, que precisaria de R\$ 20 bilhões para cobrir gastos ainda em 2023. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/poder-economia/economia/tcu-decide-que-piso-para-saude-e-educacao-so-valera-em-2024/>. Acesso em: 21 jul.2024.

CARNEIRO, Bernardo Lima Vasconcelos. **A Efetivação Jurisdicional do Direito à Saúde**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

CARVALHO, Isaura Cândida Marques Freire de. **Estratégia e Competências Organizacionais e Individuais dos Gestores Públicos**: alinhamento na auditoria SUS Bahia. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Denise Ribeiro de Almeida. 2020. 119f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020. Disponível em: <https://repositoriodev.ufba.br/bitstream/ri/35338/1/Isaura%20C%20c3%20a2ndida%20Marques%20Freire%20de%20Carvalho.pdf>. Acesso em: 05 out.2023.

CIARLINI, Álvaro Luis A. S. **Direito à Saúde - Paradigmas Procedimentais e Substanciais da Constituição – Série Idp**: São Paulo: Saraiva, 2013.

COHN, Amelia Nunes; JACOBI, Pedro Roberto; KARSCH, Ursula S.; NUNES, Edison. **A Saúde como Direito e como Serviço**. São Paulo: Cortez, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS** (Publicada no D.O.U. de 6/11/1996). Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em: 26 jun.2023.

CREMEB. **Bahia é o estado que menos gastou recursos próprios por habitante em saúde em 2020**: R\$ 278 por pessoa. 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: 01 jul. 2023.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. 9.ed. Salvador: JusPodivm, 2015.

CURY, Ieda Tatiana. **Direito Fundamental à Saúde - Evolução, Normatização e Efetividade**. Rio de Janeiro: Lumen Juris: 2005.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde**. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/financeiros/siops>. Acesso em: 13 jun. 2018.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 23.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

DUARTE, Bernardo Augusto Ferreira. **O Direito à Saúde e Teoria da Argumentação - Em busca da Legitimidade dos Discursos Jurisdicionais**. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2012.

ESTADÃO CONTEÚDO. **MP do TCU é favorável a consulta de Haddad sobre piso da saúde em 2023**. Na manifestação, o subprocurador-geral considerou que mudanças nas aplicações mínimas em ações exigidas pela Constituição não retroagem. Disponível em: <https://www.infomoney.com.br/economia/mp-do-tcu-e-favoravel-a-consulta-de-haddad-sobre-piso-da-saude-em-2023/>. Acesso em: 21 jul.2024.

FENAFRISCO. **Concentração global**: 1% dos mais ricos detém 38% de toda a riqueza produzida no mundo nos últimos 26 anos. Disponível em: <https://fenafisco.org.br/07/12/2021/concentracao-global-1-dos-mais-ricos-detem-38-de-toda-a-riqueza-produzida-no-mundo-nos-ultimos-26-anos/>. Acesso em: 02 jul.2023.

FOLMANN, Melissa (Coord.). **Tributação e Direitos Fundamentais: propostas de efetividade**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

FORMENTI, Lígia. **Mudanças nas regras para piso da saúde**. Com arcabouço fiscal e reforma tributária, regras para vinculação do orçamento devem passar por revisão. Disponível em: <https://www.jota.info/opiniao-e-analise/colunas/coluna-ligia-formenti/mudancas-nas-regras-para-piso-da-saude-14072023?non-beta=1>. Acesso em: 21 jul.2024.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). **Comparativo de Recursos Repassados por Ano**. Disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/comparativo>. Acesso em: 02 jul. 2023.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1991/decreto-100-16-abril-1991-342868-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 30 jun. 2018.

GOMES, Nathan. **Pisos constitucionais da saúde e educação são ameaçados pelo governo**. Com mudança, saúde e educação poderão deixar de receber mais de 500 bilhões até 2033. Disponível em: <https://confetam.cut.org.br/noticias/pisos-constitucionais-em-saude-e-educacao-sao-ameacados-pelo-governo-6c2b>. Acesso em: 21 jul.2024.

GRIBEL, Alvaro Gribel; MONTEIRO, Renan Monteiro. **Governo trabalha em novas regras para piso de saúde e educação em 2025, diz secretário de Orçamento**. Gastos com estas rubricas têm mínimos atrelados à receita, que depende do desempenho do PIB. Ideia é regras mais estáveis. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/noticia/2023/12/03/governo-trabalha-em-novas-regras-para-piso-de-saude-e-educacao-em-2025-diz-secretario-de-orcamento.ghtml>. Acesso em: 21 jul.2024.

HARADA, Kiyoshi. **Direito Financeiro e Direito Tributário**. São Paulo: Atlas, 2010.

HESSEL, Rosana. Governo tem margem pequena para manobra de gastos. Vinculação e pouca revisão de despesas são responsáveis pelo engessamento do Orçamento, segundo analistas. **Correio Brasiliense**, 2024. Disponível em: <https://www.correiobrasiliense.com.br/economia/2024/05/6860421-governo-tem-margem-pequena-para-manobra-de-gastos.html>. Acesso em: 23 jul.2024.

HILLE, Marcelo Luiz. **Os Direitos da Personalidade e A Tributação - Uma Perspectiva de Concretização do Direito À Saúde**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015.

JOTA. **Mudanças nas regras para piso da saúde**. Disponível em: <https://www.jota.info/opiniao-e-analise/columas/coluna-ligia-formenti/mudancas-nas-regras-para-piso-da-saude-14072023?non-beta=1>. Acesso em 19 jul. 2024.

KARSCH, Ursula M. S.; JACOBI, Pedro R.; COHN, Amélia Cortez. **A Saúde como Direito e como Serviço**. São Paulo: Cortez, 2015.

LADEIRA, Fernando de Oliveira Domingues. **Regulação Estatal e Assistência Privada à Saúde – Liberdade de Iniciativa e Responsabilidade**. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

LEÃO, Lidiane Nascimento. **Direito à Saúde e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017.

LIBERATI, Wilson Donizeti. **Políticas Públicas no Estado Constitucional**. São Paulo: Atlas, 2013.

LINS, Julyan Gleyvison Machado Gouveia; MENEZES, Tatiane Almeida de Menezes; CIRÍACO, Juliane da Silva. **O SUS e a atenção primária no Brasil: uma análise sobre o seu financiamento pelo piso da Atenção Básica fixo**. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10445/8/PPP_55_SUS.pdf. Acesso em 20 jul.2024.

MACHADO SEGUNDO, Hugo de Brito; MACHADO, Raquel Cavalcanti Ramos. Tributação e Direitos Fundamentais. *In*: FOLMANN, Melissa (Coord.). **Tributação e Direitos Fundamentais: propostas de efetividade**. Curitiba: Juruá, 2007.

MALTON, Wellton. **Eventuais mudanças ocorreriam por meio de emendas constitucionais e valeriam a partir de 2025**. Governo quer reavaliar pisos para gastos com saúde e educação. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2023-03/governo-quer-reavaliar-pisos-para-gastos-com-saude-e-educacao>. Acesso em: 21 jul. de 2024.

MARTINI, Sandra Regina. **Saúde, Direito e Transformação Social - Col. - Direito e Transformação Social**. v. 2. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

MARTINS, Ives Gandra da Silva (Coord.). **O Tributo**: reflexão multidisciplinar sobre sua natureza. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

MARTINS, Ives Gandra da Silva (Coord.). **Princípio da Eficiência em Matéria Tributária**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006 (Pesquisas Tributárias: Nova Série -12).

MARTINS, Rogério Lindenmeywer Vidal Gandra da Silva. A política tributária como instrumento de defesa do contribuinte. *In*: MARTINS, Ives Gandra da Silva (Coord.). **O Tributo**: reflexão multidisciplinar sobre sua natureza. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

MÁXIMO, Wellton. **Haddad vai propor mudanças no formato de pisos de Saúde e Educação**. Haddad vai propor mudanças no formato de pisos de Saúde e Educação. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2024-06/haddad-propora-lula-mudancas-no-formato-de-pisos-de-saude-e-educacao>. Acesso em: 23 jul.2024.

MAZZUOLI, Valério de Oliveira. **Curso de Direito Internacional Público**. 4.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

MENDES, Áquilas Nogueira; SANTOS, Mendes Suzana. **Financiamento Descentralizado da Saúde**: a Contribuição dos Municípios Paulistas. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v9n1-2/09.pdf>. Acesso em: 17 out. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops>. Acesso em: 13 jun.2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Conjunta nº 1.163, de 11 de outubro de 2000**. Portaria publicada no D.O.U. nº 203, de 20 de outubro de 2000, Seção I, pp. 27-28. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20SIOPS%201163.htm>. Acesso em: 20 jun. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Interministerial nº 446/2004**. Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/pri0446_16_03_2004.html. Acesso em: 20 jun. 2018.

MOURA, Felipe. Arcabouço fiscal: piso de gastos traz risco à economia, apontam especialistas. **Brasil 61**, 2023. Disponível em: <https://brasil61.com/n/arcabouco-fiscal-piso-de-gastos-traz-risco-a-economia-apontam-especialistas-pind233918>. Acesso em: 21 jul.2024.

NOGUEIRA, Roberto Wagner Lima. **Direito Financeiro e Justiça Tributária**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

NUNES, Tânia Celeste Matos. **A Supervisão em Saúde**: um Estudo Exploratório em Instituições Públicas no Âmbito Federal e Estadual. Salvador: UFBA, 1986.

OLIVEIRA, Régis Fernandes de. **Curso de Direito Financeiro**. 7. ed. rev, atual. e rev. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). Disponível em: <http://www.oas.org/pt/>. Acesso em: 25 jun.2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>. Acesso em: 25 jun. 2018.

PACHECO, Hélder Freire; MARTELLI, Petrônio José de Lima. **A Regionalização e Financiamento da Saúde**: um estudo de caso. 2015. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-772663>. Acesso em: 17 out. 2016.

PEREIRA SIQUEIRA, Dirceu Lemos e Cruz. **Tutela Coletiva do Direito a Saúde**: Delimitação Judicial do Direito à Saúde. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

PEREIRA SIQUEIRA, Dirceu; LEÃO JÚNIOR, Teófilo Marcelo de Arêa. **Direitos Sociais – Uma Abordagem quanto à (in)efetividade Desses Direitos**. Birigui/SP: Boreal, 2011.

PINHEIRO, Luís Felipe Valerim. **Políticas Públicas nas Leis Orçamentárias**. São Paulo: Saraiva, 2015.

PODER 360. **Parecer do TCU poderá trazer alívio de R\$ 20 bi ao governo**. Corpo técnico do tribunal de contas diz que governo deve cumprir o piso constitucional da Saúde e da Educação só em 2024. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/poder-economia/economia/parecer-do-tcu-podera-trazer-alivio-de-r-20-bi-ao-governo/>. Acesso em: 21 jul.2024.

PORTELLA, André Alves. Federalismo Fiscal: Atualidade e Perspectivas para o Sistema Tributário Municipal. **Brasil Jurídico**. Disponível em: <https://www.brasiljuridico.com.br/artigos/federalismo-fiscal--atualidade-e-perspectivas--para-o-sistema-tributario-municipal.-por-andre-portella>. Acesso em: 17 out. 2016.

PORTELLA, André Alves; TEIXEIRA, Rafaela Pires. Federalismo fiscal e efetividade da dignidade da pessoa humana: análise da posição do Município na estrutura do financiamento público brasileiro e a escassez de recursos para as ações de saúde. **Revista de Direito da Cidade**. v. 8, n. 2. 2016. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/rdc/article/view/21506/0>. Acesso em: 17 out. 2016.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. **Saúde – Promessas e Limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2003.

ROMITA, Arion Sayão. Função social do tributo. *In*: MARTINS, Ives Gandra da Silva (Coord.). **O Tributo**: reflexão multidisciplinar sobre sua natureza. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

SANTANA, Geidson Uilson Seixas. **O Sistema Único de Saúde na Bahia**: aspectos selecionados acerca da sua organização, planejamento e gestão. Orientador: Prof.

Dr. Hamilton de Moura Ferreira Jr. 2012. 139f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012. Disponível em: https://ppgeconomia.ufba.br/sites/ppgeconomia.ufba.br/files/2012_-_geidson_uilson_seixas_santana_-_o_sistema_unico_de_saude_na_bahia_aspectos_selecionados_acerca_da_sua_organizacao_planejamento_e_gestao.pdf. Acesso em: 05 out.2023).

SANTOS, Lenir (Org.); SOUZA, André Evangelista de. **Direito da Saúde no Brasil**. Campinas: Saberes, 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 2.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SAULO, Lindorfer Pivetta. **Direito Fundamental à Saúde – Regime Jurídico, Políticas Públicas e Controle Judicial**. São Paulo: RT, 2014.

SCAFF, Fernando Campos. **Direito à Saúde no Âmbito Privado**. São Paulo: Saraiva, 2010.

SCAFF, Fernando Campos; NUNES, António José Avelãs. **Os Tribunais e o Direito à Saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

SERAU JR, Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Claudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano. **Direito e Saúde Construindo a Justiça Social**. São Paulo: LTR, 2016.

SILVA, Camila da. Deputada do PSOL protocola projeto para barrar cortes nos orçamentos da Saúde e da Educação. Sâmia Bomfim mira mudanças promovidas pelo Novo Arcabouço Fiscal. **Carta Capital**, 2024. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/deputada-do-psol-protocola-projeto-para-barrar-cortes-nos-orcamentos-da-saude-e-da-educacao/>. Acesso em: 23 jul.2024.

SILVA, José Afonso da. **Comentário Contextual à Constituição**. 9.ed. São Paulo: Malheiros, 2014.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 22.ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

SMANIO, Gianpaolo Poggio; BERTOLIN, Patrícia Tuma Martins (Org.). **O Direito e as Políticas Públicas no Brasil**. São Paulo: Atlas, 2013.

SOUSA, Isa Filipa António de Sousa (Coord.). **Direito à Saúde**. Dilemas Atuais. Curitiba: Juruá, 2017.

SOUSA, Simone Letícia Severo. **Direito à Saúde e Políticas Públicas**. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.

TELES, Andrei Souza. **Financiamento do Sistema Único da Saúde no Estado da Bahia**. Orientador: *Thereza Christina Bahia Coelho*. 2015. 129f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de

Santana, 2015. Disponível em:
https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/vie wTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=7971288. Acesso em: 05 out.2023.

TESSLER, Marga Inge Barth. “As recomendações do Conselho Nacional de Justiça em face das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde”. **Revista de Doutrina da 4ª Região**. Porto Alegre, n.42, jun.2011, p.10. Disponível em: http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao042/ marga_tessler.html. Acesso em: 25 ago.2015.

TORRES, Ricardo Lobo. Aspectos Fundamentais e Finalísticos do Tributo. *In*: MARTINS, Ives Gandra da Silva (Coord.). **O Tributo**: reflexão multidisciplinar sobre sua natureza. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

TORRES, Ricardo Lobo. **Curso de Direito Financeiro e Tributário**. 19.ed. Rio de Janeiro: 2013.

UNDIME. **Guedes quer eliminar piso para saúde e educação em estados e municípios**. Percentual mínimo pode ser somado para gestores usarem livremente os recursos dessas áreas. Disponível em: <https://undime.org.br/noticia/25-10-2019-09-16-guedes-quer-eliminar-piso-para-saude-e-educacao-em-estados-e-municipios>. Acesso em: 21 jul.2024.

UNICEF. **Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH)**. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm. Acesso em: 25 jun. 2018.

VAZQUEZ, Daniel Arias; SCHLEGEL, Rogério. **Do Bolsa Família ao Arcabouço Fiscal**: perspectivas sobre a agenda social do terceiro Governo Lula. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/N6N8WTB5spnL6gJgT6BDfjM/?lang=pt#>. Acesso em: 21 jul.2024.

WETERMAN, Daniel. **Pisos de saúde e educação vão deixar governo sem dinheiro em moradia, auxílio-gás e defesa civil**. Disponível em: <http://broadcast.com.br/cadernos/politico/?id=R Ud2aGJBRjFheU5RMGx6Y0VEShdGQT09>. Acesso em: 23 jul.2024.