



SAÚDE PÚBLICA, NOVO REGIME FISCAL E DIGNIDADE HUMANA

PUBLIC HEALTH, NEW FISCAL REGIME AND HUMAN DIGNITY

<i>Recebido em:</i>	01/02/2019
<i>Aprovado em:</i>	26/07/2019

Versalhes Enos Nunes Ferreira¹

Lise Tupiassu²

RESUMO

O presente trabalho investiga a realização do direito à saúde frente ao Novo Regime Fiscal que, como política de austeridade econômica, limitou os gastos públicos federais por 20 anos, aplicando correção monetária aos investimentos e afastando aumentos reais. O objetivo da pesquisa repousa na análise da compatibilização jurídica do Novo Regime Fiscal com a necessidade de implementação do direito à saúde, enquanto aspecto da dignidade humana. Utilizando metodologia exploratória e de análise qualitativa, aplicando a técnica de

¹ Mestrando em Direito, Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional pelo Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA); Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/Brasil); Especialista em Direito do Trabalho pela Universidade da Amazônia (UNAMA). Endereço eletrônico: vfenos@gmail.com

² Doutora e Mestre em Direito Público pela Université Toulouse 1 -Capitole. Mestre em Direito Tributário pela Universidade de Paris I, Panthéon-Sorbonne; Mestre em Instituições jurídico-políticas pela Universidade Federal do Pará; Professora da Universidade Federal do Pará e do Centro Universitário do Estado do Pará; . Pesquisadora associada do Laboratoire Caribéen de Sciences Sociales – LC2S; Coordenadora da Rede de Pesquisas Junction Amazonian Biodiversity Units Research Networking Program e dos Grupos de pesquisa (Cnpq) Biodiversidade, Sociedade e Território na Amazônia e Tributação Ambiental e Desenvolvimento. Endereço eletrônico: lise@ufpa.br



pesquisa bibliográfica, o estudo divide-se em três partes. A primeira, apresenta caracteres e a estrutura de financiamento da saúde. Após, aborda-se o Novo Regime Fiscal e sua sistemática de custeio da saúde pública. Por fim, discute-se a proteção da dignidade, à luz de Immanuel Kant, em conjuntura de austeridade fiscal.

Palavras-chave: Saúde; Novo regime fiscal; Vedação ao retrocesso social; Dignidade humana.

ABSTRACT

This paper investigates the realization of the right to health in the face of the New Fiscal Regime which, as a policy of economic austerity, limited federal public spending for 20 years, applying monetary correction to investments and removing real increases. The objective of the research lies in the analysis of the legal compatibility of the New Tax Regime with the need to implement the right to health as an aspect of human dignity. Using exploratory methodology and qualitative analysis, applying the technique of bibliographic research, the study is divided into three parts. The first presents characteristics and the structure of health financing. Afterwards, the New Tax Regime and its system of costing public health are discussed. Finally, the protection of dignity is discussed in the light of Immanuel Kant, in the context of fiscal austerity.

Keywords: Health; New tax regime; Fence to social retrogression; Human dignity.

1. Introdução

Construir uma sociedade livre, justa e solidária, garantir o desenvolvimento nacional, erradicar a pobreza e a marginalização, reduzir as desigualdades sociais e regionais e promover o bem de todos, esses são os objetivos fundamentais da República brasileira insertos na Constituição, a partir da adoção, pelo constituinte originário, da formação de um Estado Democrático de Direito, assentado nos fundamentos basilares da



dignidade humana e da cidadania, como condições para os indivíduos buscarem seus projetos de vida e sua felicidade.

Os direitos fundamentais, enquanto protetores da dignidade individual e mecanismos para o exercício efetivo da cidadania, vêm recebendo especial atenção do Estado, notadamente no âmbito normativo. Todavia, se no aspecto formal de criação o tratamento é singular, quanto à geração de condições materiais para sua realização e garantia o quadro é diferente. E, a perspectiva de solução parece, cada vez mais, distante do ideal exteriorizado pela Lei Fundamental, principalmente, em momentos de adoção de políticas de austeridade fiscal.

O constituinte originário alçou a saúde à categoria de direito fundamental, sendo tarefa do Estado sua concretização e ampliação mediante a formulação, implementação, execução e fiscalização de políticas públicas. Assim, tornou-a direito dos cidadãos e dever do Estado, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) o núcleo estruturante de todas as políticas sanitárias de responsabilidade estatal, orientando-as e conformando-as aos ditames constitucionais, em especial, quanto ao caráter universal do sistema, que revela a premissa de igualdade na distribuição deste direito, devendo-o adaptar-se às peculiaridades regionais e diferenças sociais e econômicas entre a população.

Considerando o pressuposto de que a distribuição de bens valiosos entre os integrantes da sociedade, dentre os quais, o direito à saúde, deve beneficiar e alcançar todos os indivíduos, dentro da concepção de justiça o liberalismo rawlsiano (RAWLS, 2002) é importante que as pessoas tenham condições de dar curso aos seus projetos de vida, o que exige, outrossim, que a concessão de direitos leve em consideração o indispensável, o básico para o cidadão viver com dignidade e usufruir de bem-estar.

Dentro desse contexto, este estudo, objetiva discutir a distribuição do direito à saúde e a preservação da dignidade humana no contexto do novo regime fiscal brasileiro, instituído pela Emenda Constitucional 95 de 2016 (EC 95/16), que limitou os gastos



públicos pelos próximos 20 anos, remodelando o financiamento da saúde pública que, a partir de 2018, terá como teto as despesas do ano anterior (2017), corrigido pela inflação (IPCA), revogando o modelo de custeio baseado na progressividade e afastando aumentos reais.

Tendo em vista os potenciais impactos para o SUS e, por consequência, para a distribuição do direito à saúde e para a preservação da dignidade das pessoas, questiona-se se a implementação dessa medida é compatível com o texto original da Constituição. Deste modo, o objetivo da pesquisa repousa na análise da compatibilização jurídica do Novo Regime Fiscal com a necessidade de implementação do direito à saúde, enquanto aspecto da dignidade humana.

Sabe-se que o farol das políticas públicas de concessão dos direitos a serem adotadas pelos governos deve ser os objetivos fundamentais da República, metas que devem ser perseguidas por todo o sistema estatal, em suas três esferas, no menor tempo e na maior qualidade possível, visando assegurar benefícios sociais à população e promovendo a dignidade do cidadão, para que este possa construir seu próprio futuro. Nesse contexto, em que o dever final do Estado é proporcionar vida digna às pessoas, o marco teórico serão as ideias expostas por Immanuel Kant, utilizadas para justificar a promoção e proteção intransigentes da dignidade humana, que fundamenta a distribuição adequada de saúde a todos os membros da coletividade.

A pesquisa é de abordagem exploratória e qualitativa, tendo como procedimento o levantamento bibliográfico. O texto está organizado em três partes. Na primeira seção, apresentam-se características e a estrutura de custeio da saúde pública. Após, aborda-se o novo regime fiscal e seu sistema de financiamento da saúde. E, na última seção, discute-se a proteção da dignidade mediante a efetivação do direito à saúde, em tempos de austeridade fiscal, e afirmação da proibição de retrocesso social como vetor das políticas públicas.



2. Dignidade humana e o financiamento da saúde pública no Brasil

Com a promulgação, em 05 de outubro de 1988, da atual Constituição da República Federativa do Brasil (CF/88), a sociedade brasileira ingressou em uma nova era, surgindo, naquele momento de ruptura com o regime ilegítimo imposto em 1964, um novo Estado, pautado em valores democráticos e orientado pela dignidade da pessoa humana, fundamento maior da República brasileira e princípio matriz do constitucionalismo contemporâneo.

Um modelo de Estado esculpido para ter, como elemento basilar, o ser humano e toda sua essencialidade inerente. Por consequência, o constituinte reservou um extenso rol, *numerus apertus*, de direitos e garantias fundamentais nascidos com o propósito de proteger e promover a dignidade individual. Como qualidade intrínseca de todos os indivíduos, independente de qualquer característica específica ou requisito, tem um caráter absoluto, pois não comporta gradações, escalas (SARLET, 2015a), estando, umbilicalmente, ligada a cada pessoa.

Brito Filho (2015) entende que a dignidade é o fundamento único dos direitos humanos, a partir das ideias de Immanuel Kant, considerando que ela é o traço que distingue o ser humano de todos os demais seres vivos, sendo o atributo que impede que o ser humano sofra substituições, comparações, ou seja instrumentalizado; como o homem, dotado de razão e autonomia, é o único ser capaz de realizar escolhas, é considerado o único detentor de dignidade. Sarlet (2015a, p. 70/71) definiu dignidade humana, para quem ela é:

A 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, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos, mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida.

Infere-se da definição acima que a dignidade é um atributo intrinsecamente ligado ao ser humano, que o faz merecedor de um mínimo de direitos em sociedade, que o protege de receber tratamento degradante, convergindo para que as pessoas se tornem detentoras de consciência e razão sociais, podendo, assim, livremente exercitarem sua autonomia e fazerem suas próprias escolhas.

Percebe-se, neste sentido, que a dignidade é o núcleo em torno do qual gravitam os direitos fundamentais. E, é através da realização desses que o Estado atende à sua função de concretizar a dignidade humana, mediante prestações materiais que viabilizem o livre exercício da autonomia e o salutar desenvolvimento da personalidade individual (SARLET, 2015b). Essas prestações são os direitos sociais, que possibilitam às pessoas usufruírem uma existência digna, sendo que, sua oferta satisfatória a todos, não é atitude discricionária do gestor, pois a determinação exsurge da própria CF/88, logo, dotada é de imperatividade.

Bobbio (2014) aduz que a norma fundamental, enquanto produto direto do poder último, ou seja, do poder constituinte, deve, por um lado, atribuir aos órgãos constitucionais o poder de editar normas válidas, e, por outro, impor a todos aqueles aos quais as normas constitucionais se dirigem, o dever de obedecer-lhes. A Constituição deve ter a mais ampla efetividade social, mormente no âmbito dos direitos fundamentais, garantes da dignidade.

Cumpre frisar, por oportuno, que adota-se como concepção de justiça, ou seja, como se entende deva acontecer a distribuição dos direitos entre os integrantes da sociedade, a ideia externalizada pela corrente liberal igualitária, que tem em John Rawls



(2002) seu precursor, considerando que, para este filósofo, “o governo tem de assegurar a satisfação de certas necessidades fundamentais, tais como aquelas que se reportam ao rendimento, à educação, aos cuidados de saúde, à habitação, e similares” (SANDEL, 2005, p. 268). E mais, a concessão dos direitos, por parte do Estado, deve alcançar a todos, para que cada pessoa fique em condições de cumprir seu projeto de vida, razão pela qual seu modelo de justiça distributiva é complexo.

E, a complexidade exigirá que um sistema de tributação seja montado visando garantir receita necessária para o fornecimento desses direitos fundamentais, permitindo a que todas as pessoas tenham acesso aos bens necessários para uma vida digna e para que possam realizar seus objetivos de vida, alcançando a felicidade pessoal (RAWLS, 2002).

Dentro desta seara, desponta o direito prestacional à saúde, qualificando-se como direito de todas as pessoas, representando verdadeira consequência constitucional indissociável do direito à vida. É prerrogativa constitucional indisponível, garantida pela execução de políticas públicas, cabendo ao Estado criar condições objetivas que viabilizem o efetivo acesso a tal serviço, colaborando para que seus cidadãos usufruam de uma vida saudável.

Para assegurar sua concretização, ao Executivo e Legislativo cabem, dentre outras, a tarefa de prever financiamento compatível, elegendo, efetivamente, a realização dos direitos como prioridade absoluta, e ao Judiciário compete fiscalizar a execução orçamentária e impedir a adoção de medidas que fragilizem a distribuição desse direito constitucional.

No Brasil, a Constituição de 1988 foi a primeira, de nossa história, a consagrar a saúde como um direito fundamental (MENDES, 2016), identificando-a como um direito de todos e dever do Estado. Previu-a nos artigos 6º, 196 a 200 da CF/88, bem como, nas Leis ordinárias 8.080 de 1990 (Lei orgânica da Saúde), 8.142 de 1990 (Transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde) e na Lei complementar 141



de 2012 (LC 141/12) (Regulamenta o §3º do artigo 198, CF/88). Além desses, diversos outros diplomas esparsos compõem o arcabouço normativo tratativo da saúde pública.

O principal acesso público às ações e serviços de saúde ocorre através do SUS que, instituído pelo artigo 198 da CF/88, possui como objetivo reduzir os riscos de doenças e outros agravos, tendo caráter descentralizado, integral e participativo, visando à promoção da saúde, assistência e tratamentos médicos gratuitos à toda população. As ações e serviços do SUS, consideradas de relevância pública pelo legislador (artigo 197, CF/88), estão atrelados à própria condição de cidadania, isto é, independente de qualquer contribuição previdenciária, pagamento de tributos ou filantropia, o indivíduo deve ter garantido o acesso universal e integral ao sistema.

A CF/88, em seu artigo 198, estabeleceu que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com diretrizes e preceitos constitucionais, e financiado com recursos específicos, todavia conjuntos, de todos os entes da Federação. Os recursos destinados ao SUS são controlados por meio de Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituindo-se, assim, em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados à saúde, ressalvados aqueles repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde (artigo 14, LC 141/12).

Quanto aos princípios organizativos do SUS, entenda-se regionalização da rede de saúde como a instituição de regiões que devem organizar de maneira ordenada os serviços e ações de saúde no espaço territorial correspondente, observando-se as especificidades locais, com o propósito de garantir resolutividade/eficácia e atendimento integral aos indivíduos, viabilizando a que estes tenham acesso a todos os tipos de prestações (ROCHA, 2011). Deste modo, rede regionalizada significa repartir a organização do sistema a partir de circunscrições regionais, visando o comando unificado dos mesmos.



Por sua vez, a hierarquização da rede de saúde indica um escalonamento da prestação dos serviços a partir de sua complexidade, com vistas à racionalização do sistema e emprego otimizado dos recursos, daí existindo as redes de atenção básica, de atenção de média complexidade e de atenção de alta complexidade. Desta forma, necessário haver centros de referência para cada complexidade, espalhados pelas cidades, facilitando o encaminhamento do cidadão para uma instituição-referência na prestação de determinado serviço (ROCHA, 2011).

O SUS, por determinação constitucional e infraconstitucional, possui uma série de atribuições que vão desde prestar assistência aos cidadãos nacionais e estrangeiros, mediante ações e serviços relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, objetivando, ainda, formular política de medicamentos, promover o desenvolvimento científico e tecnológico, fiscalizar e inspecionar alimentos, dentre outras atribuições insertas na CF/88 (artigo 200, I a VIII) e na lei 8.080/90 (artigos 5º, I a III e 6º, I a XI).

Convém referir que o SUS guia-se por diretrizes ou princípios, previstos na CF/88 (artigo 198, I a III) e na lei 8.080/90 (artigo 7º, II, VIII e IX), quais sejam, descentralização, atendimento integral, equidade e participação da comunidade. Elas norteiam as ações e serviços de saúde, tanto promocionais, como de prevenção, cura e reabilitação pessoal, a serem prestados por órgãos e instituições públicas das três esferas governamentais, assim como, na administração direta e indireta, e pelas fundações mantidas pelo Estado (OLIVEIRA, 2015).

A descentralização traduz-se na repartição de responsabilidades das ações e serviços de saúde entre os entes federativos, propiciando a transferência de poderes de gestão do SUS para os Estados e, em especial, para os Municípios, cabendo a estes receber cooperação técnica e financeira da União e dos Estados para realizarem suas atribuições (ROCHA, 2011). Esta diretriz tem, assim, como propósito, realçar a valorização da esfera local como unidade privilegiada de gestão das políticas públicas sanitárias (OLIVEIRA,



2015). O propósito é a prestação de serviços com maior qualidade e garantia do controle e fiscalização pela população.

Em complemento, Lamarão Neto (2018, p. 82) preleciona que, por conta da descentralização, o que faz com que o sistema deva adaptar-se à amplitude da diversidade nacional, “as decisões do SUS são tomadas por comandos nos respectivos entes federativos através das secretarias de saúde, coordenando-se, no âmbito federal, pelo Ministério da Saúde”.

A integralidade significa que a rede pública de atendimento à saúde deve ser completa, pelo menos, em termos assistenciais. Isso equivale dizer que o conteúdo do direito à saúde assegurado, constitucionalmente, compreende todas as dimensões de eficácia típicas dos direitos fundamentais, impondo-se ao Estado os deveres de respeito, proteção e promoção suficientes ao resguardo da saúde das pessoas (PIVETTA, 2014); ampliou-se, sem precedentes, o espectro de abrangência dos serviços e ações que deverão ser ofertados pelo sistema público.

Barcellos (2014) afirma que a integralidade no atendimento à saúde, por conta da própria evolução jurisprudencial, passou a significar o direito de acessar todo medicamento ou procedimento médico-hospitalar necessário para preservar a vida ou melhorar a qualidade de vida do paciente; não sendo fornecido pelo Estado, caberia ao interessado exigir a prestação do Judiciário, que pode determinar o custeio ou a entrega do procedimento ou medicamento.

Sendo o direito à saúde indissociável do direito à vida, entende-se que, uma vez negado pelo Estado o acesso a medicamentos, procedimentos e insumos necessários para a eficácia de tratamento para restabelecimento da saúde de qualquer cidadão, torna-se imprescindível a intervenção do Judiciário, pois, a negativa reveste-se de violação ao



próprio direito à vida e transgressão à dignidade humana, não podendo questões orçamentárias e de organização do SUS se sobreporem a este bem fundamental³.

O SUS guia-se pela equidade que, como vetor, busca diminuir as desigualdades. Em que pese todos os cidadãos possuírem direito de acesso aos serviços, as pessoas não são iguais, não adoecem de maneira igual, e, por isso, têm necessidades distintas. A equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior (PAIM, 2009).

A última diretriz, de participação da comunidade, representa um anseio do constituinte, concernente em democratizar o Estado brasileiro. Oliveira (2015) alega que a atuação popular é um relevante mecanismo de controle e avaliação da gestão dos administradores, para fiscalizar a adequada utilização dos recursos orçamentários destinados às ações sanitárias e avaliação da execução das políticas públicas, momento em que poderão ser identificados pontos falhos e possíveis medidas de melhoria, visando à eficiência dos objetivos constitucionais.

Paim (2009) assevera que a participação da comunidade é uma orientação visando democratizar os serviços e as decisões tomadas, revelando-se uma recomendação de organismos internacionais, a exemplo da Organização Mundial da Saúde (OMS), para auxiliar no desenvolvimento dos sistemas de saúde, especificamente a partir da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde ocorrida em Alma-Ata em 1978. Em síntese, essas são as diretrizes e os princípios organizativos do SUS.

Ademais, não apenas por determinação constitucional e infraconstitucional o Estado Brasileiro está obrigado à adoção de medidas que assegurem o pleno exercício do

³ Adota-se a posição, aderindo à doutrina defendida por Sarlet (2015b, p. 336-342), Brito Filho (2008, p. 139-143) e Lamarão Neto (2018, p. 96-106), no sentido de que o direito à saúde apresenta uma titularidade simultaneamente individual e transindividual, permitindo, deste modo, uma dedução judicial individual e coletiva de se obter prestações do SUS, ainda quando fora de seus protocolos regulares e/ou excepcionais, considerando que resguardar o direito fundamental à saúde significa proteger a vida e a dignidade humana, valores que estão sobrepostos à questões de natureza orçamentária e, por conta disso, são inegociáveis.



direito à saúde. Mais, também, por ratificar diplomas internacionais tratativos desse direito, *v.g.*, Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; a Convenção Americana sobre Direitos Humanos e o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.

Ferreira Filho (2016) aduz que a própria Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 consagrou que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive, devendo ter assegurado os cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. Deste modo, reconheceu-se que a saúde é um direito inalienável de toda e qualquer pessoa e um valor social a ser perseguido por toda a humanidade, cabendo, assim, à saúde pública o desiderato de garantir à população as condições para uma vida saudável, viabilizando a conquista de um bem-estar físico, mental e social.

Outrossim, apesar deste arcabouço protetivo, nacional e internacional, o Brasil ainda convive com um déficit social no campo da saúde pública, com distribuição insatisfatória das ações e serviços médicos à população, acabando por resultar em violações a este direito humano, sobretudo nos atendimentos e procedimentos especializados, de alta complexidade, ou mesmo, na própria ausência de serviços, submetendo cidadãos a situações desumanas, em afronta à dignidade da pessoa, aos mandamentos constitucionais e aos tratados internacionais ratificados. Assim, subsiste um afastamento entre a realidade da população e o ideal constitucional. A saúde pública carece de atenção, financiamento e gestão.

Fachin (2014) acentua que a Constituição brasileira e seus princípios explícitos e implícitos ainda não se efetivaram para a maior parte da população, e o resultado disso é o fosso abissal que separa o texto escrito da vida real de cada cidadão, revelando que a ausência de implementação e efetivação de seus comandos pode torná-la apenas uma folha escrita de papel, sem reflexo positivo para as pessoas.



No mesmo sentido, Mendes Neto (2018) aduz que a efetivação dos direitos fundamentais por parte do Estado não se reveste de mera declaração de boa intenção política, cumpri-los é uma obrigação jurídica, e sua inobservância pelos órgãos estatais revela-se como verdadeira inconstitucionalidade por inércia, por uma falta de agir para garantir aos cidadãos direitos basilares, direitos básicos do ser humano previstos pelo ordenamento jurídico e que precisam ser libertados da esfera téorica e evidenciados na prática.

O direito à saúde, pilar de diversos outros direitos fundamentais⁴, não pode ser interpretado apenas como um dos fundamentos da República (artigo 1º, CF/88), mais também como parte integrante de seus objetivos (artigo 3º, CF/88), visto que está, intrinsecamente, ligada à proteção da dignidade da pessoa humana e ao exercício da cidadania (SCAFF, 2010), ainda que sua distribuição não tenha alcançado as justas expectativas da coletividade.

Comparato *et al.* (2016), ao tratarem do financiamento da saúde, destacam que a redação originária da CF/88, através do artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), assegurava um percentual mínimo de 30% do orçamento da seguridade social, a ser resguardado para o custeio das políticas públicas de saúde, sendo que, se referido percentual tivesse sido mantido, ao longo do tempo, o SUS contaria, atualmente, com disponibilidade de custeio quase 2,5 vezes maior que a dotação prevista para o ano de 2016.

A promulgação, no ano de 2000, da Emenda Constitucional 29 (EC 29/00), significou o estabelecimento de montantes mínimos que deveriam ser destinados pelos

⁴ A efetivação do direito à saúde é condição, em nosso sentir, para exercitar outros direitos fundamentais como educação, trabalho, segurança, moradia, lazer, entre outros, bem como, para concretizar muitos dos objetivos fundamentais do Brasil. Nesse sentido, sua distribuição à população é medida com potencial carga para que outros interesses individuais e coletivos sejam realizados, como desdobramento natural do bem-estar da pessoa. Usufruir do bem jurídico saúde é meio para ter capacidade de exercer funcionalidades básicas no âmbito social.



entes da Federação às ações e serviços de saúde, com atrelamento à receita pública arrecadada. O artigo 77 do ADCT, inserido pela supracitada emenda, previu os percentuais a serem aplicados em saúde pela União, Estados e Municípios até o exercício financeiro de 2004, determinando que a partir de 2005 fossem aplicados os valores a serem previstos em Lei complementar. Ocorre que, essa lei complementar só foi editada em 2012, com isso, as unidades federativas obedeciam à previsão do §4º do artigo 77 do ADCT, que determinava a observância dos mesmos percentuais introduzidos pela EC 29/00 até que a lei complementar fosse editada (SCAFF, 2018).

A regulamentação do artigo 198 da CF/88 (alterado pela então EC 29/00) só veio a acontecer em 2012, com a edição da LC 141. Esta fixou o valor mínimo e normas de cálculo do valor mínimo a serem aplicados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, bem como, os percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem investidos a cada ano por todos os níveis de governo. Também fixou os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde e destinados a Estados, Distrito Federal e Municípios, além daqueles que os Estados deveriam repassar aos seus municípios com objetivo de reduzir, progressivamente, as disparidades regionais (SCAFF, 2018).

Como se verifica, o Brasil adotou um sistema de transferência de recursos fiscais entre suas unidades federativas, denominado de federalismo cooperativo ou participativo (SCAFF, 2016), consistente no dever de cooperação político e financeiro entre as esferas governamentais, através do planejamento conjunto de políticas públicas e distribuição adequada de recursos, no intuito de consagrar os objetivos fundamentais da República, entre os quais, solidariedade, justiça, igualdade e desenvolvimento (PAMPLONA, 2016).

Mesmo com a instituição de um sistema de transferências, pautado pela progressividade do custeio, com vinculação às receitas, nosso outrora modelo de custeio das ações e serviços de saúde demonstrava descompasso com a real necessidade da



população, revelando ser indispensável o aumento dos índices sociais de saúde com a consequente melhoria da qualidade de vida das pessoas. Notadamente, ao longo da vigência da CF/88, avanços foram percebidos quanto à distribuição deste direito. E, apesar de críticas, a trajetória de progressividade dos investimentos mostrava-se opção consonante aos objetivos constitucionais.

Ocorre que, em 2014 o país mergulhou em uma crise econômica, com queda da arrecadação e sensível endividamento estatal, e o governo federal apresentou propostas ao Congresso Nacional visando combater suas causas, efeitos e buscar sua superação. Uma delas foi um teto para os gastos públicos. Discutida e aprovada, em dois turnos, na Câmara e Senado, tornou-se a Emenda Constitucional 95, promulgada em 15 de dezembro de 2016, acrescentando 09 artigos ao ADCT, instituindo um congelamento dos investimentos por 20 anos, alcançando gastos sociais em saúde e educação, remodelando suas sistemáticas de financiamento.

Deste modo, em apertada síntese e tomando por base análise realizada na Constituição e no seu ADCT, descreve-se o atual quadro de custeio da saúde pública, levando em consideração os termos do novo regime fiscal, especialmente para a esfera federal. Vejamos:

(I) Municípios: Desde o ano 2000, por intermédio da EC 29/00, cabe a esses entes a obrigação de investir 15% das transferências legais e constitucionais percebidas e dos impostos diretamente arrecadados;

(II) Estados: Desde o ano de 2000, por conta da EC 29/00, cabe a eles investir, obrigatoriamente, 12% das transferências legais e constitucionais recebidas e dos impostos diretamente arrecadados;

(III) União: Do ano 2000 até 2015, em virtude da EC 29/00, estava obrigada a investir em saúde o valor empenhado no ano anterior acrescido da variação do PIB. A partir de 2015, devido à promulgação da EC 85/15, ficou responsável por observar a seguinte



progressão de investimentos, levando em consideração, como base, a Receita Corrente Líquida (RCL). São elas: 2016 – 13,2% da RCL; 2017 – 13,7% da RCL; 2018 – 14,1% da RCL; 2019 – 14,5% da RCL e 2020 – 15% da RCL.

Acrescente-se a isso, os valores destinados à Seguridade Social (artigo 195, CF/88): 100% da COFINS; 100% da CSLL e 100% das Contribuições Previdenciárias. Todavia, com a promulgação, em 2016, da EC 95 (Novo regime fiscal), que revogou o escalonamento progressivo da EC 86/15, a União teve que investir, em 2017, o percentual de 15% de sua RCL. E, a partir de 2018, a base de investimento passou a ser o gasto do ano anterior, acrescido da inflação (IPCA), afastando aumentos reais e fixando apenas correções monetárias.

Este é o atual quadro da estrutura de financiamento do sistema público de saúde, conforme os ditames constitucionais em vigor, sendo de responsabilidade da União, Estados, Distrito Federal e Municípios a tarefa de sua efetivação, que pode ser exercida diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Sendo que, na seara pública, cabe aos entes estatais proverem as condições indispensáveis ao pleno exercício deste direito de natureza fundamental, essencial à preservação da dignidade humana.

Por oportuno, considerando que subsistem no país um sistema público e um sistema privado de saúde, cumpre ressaltar que, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (BRASIL, 2017) de outubro de 2017, cerca de 47.399,495 (quarenta e sete milhões, trezentos e noventa e nove mil, quatrocentos e noventa e cinco) brasileiros são beneficiários de planos de saúde em todo o Brasil; no estado do Pará, este número alcança 792.165 (setecentos e noventa e dois mil, cento e sessenta e cinco) paraenses.

Considerando projeção do IBGE (BRASIL, 2018), a população atual do Brasil é de pouco mais de 209 milhões de habitantes e a população do estado do Pará é de pouco mais



de 8 milhões e 500 mil habitantes, e isso significa: 1. Cerca de 162 milhões de brasileiros não possuem plano de saúde; 2. Cerca de 7 milhões e 700 mil paraenses não possuem plano de saúde. Ou seja, o SUS continua funcionando como a principal experiência de acesso da população aos serviços de saúde ofertados pelo Estado, ainda que, não obstante os esforços dos atores envolvidos, esteja aquém do mínimo razoável.

O sistema de saúde do Brasil é uma das mais importantes instituições da estrutura básica da sociedade, sendo uma política pública capaz de abranger desde uma avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos, motivo pelo qual seu financiamento e gestão são questões de relevância para o adimplemento do papel destinado ao Estado, concernente em distribuir os serviços de saúde de maneira a que os cidadãos tenham sua dignidade preservada, usufruam de bem-estar e possam dar curso aos seus projetos de vida.

3. Novo regime fiscal e o custeio da saúde

No segundo semestre de 2014, o Estado brasileiro ingressou em uma crise orçamentário-financeira, com reflexos para os anos subsequentes, que criou um panorama de deterioração dos principais números e indicadores da economia. Nessa perspectiva, de 2014 até 2016, o produto *per capita* brasileiro caiu cerca de 9% (BARBOSA FILHO, 2017).

Em 2015, o Produto Interno Bruto sofreu contração de 3,8%; a inflação terminou o ano em 10,67%; as contas públicas registraram um rombo de R\$ 114,98 bilhões e a taxa de juros/SELIC fechou em 14,25% a.a.. Além disso, o país registrou um crescente aumento no número de desempregados nos últimos anos, alcançando a marca de mais de 14 milhões de pessoas sem ocupação (OLIVEIRA, 2017).

O governo federal, diante desta realidade, apresentou na Câmara a PEC 241/2016 (55/2016 no Senado), visando instituir um “Novo regime fiscal”, com a limitação dos gastos públicos pelos próximos 20 anos, intentando que as despesas estatais não tenham aumento real, apenas reposição pela inflação do ano precedente, buscando a restauração do



equilíbrio das contas públicas, superação da crise e retomada do crescimento econômico. Aprovada, tornou-se a EC 95/16, acrescentando os artigos 106 a 114 ao ADCT.

Para o estudo, importa compreender a EC 95/16 quanto à sua nova sistemática de destinação de recursos para a saúde pública (artigo 110, ADCT). O referido instrumento revogou a progressividade de gastos com saúde, prevista no artigo 2º da EC 86/15, resultando que as despesas federais, em saúde pública, passam a ser corrigidas até o limite dado pela inflação do ano antecedente. Pela regra revogada, a União seria obrigada a destinar, para o custeio da saúde, percentuais progressivos que, em 2016, ficariam em torno de 13,2% da receita corrente líquida, aumentando, gradualmente, pois, em 2017 seria de 13,7%, em 2018 de 14,1%, em 2019 de 14,5%, alcançando, em 2020, o percentual de 15% da receita corrente líquida. Ou seja, a destinação de recursos era crescente.

A EC 95/16 substituiu as vinculações, os atrelamentos à receita, durante o período de sua vigência, determinando que os gastos sejam calculados tomando por base a despesa do ano anterior, reajustado pelo IPCA; em outros termos, inexistirá aumento real de investimentos para a saúde pública pelos próximos 20 anos, ainda que o PIB venha a crescer, ainda que a arrecadação aumente. Obviamente, em decorrência do federalismo cooperativo, se os investimentos sofrerem diminuição, os repasses aos demais entes políticos também encolherão, ocasionando efeito cascata referente ao *quantum* destinado à distribuição, o que poderá prejudicar a efetivação deste direito fundamental nas três esferas do Executivo.

A EC 95/16 instituiu um teto para os gastos públicos, limitando investimentos em campos sensíveis como saúde e educação, sob justificativa de conter a evolução da dívida sobre o PIB, criando as bases para a manutenção de uma saúde fiscal do Estado que sinalize positivamente a investidores e superando os negativos indicadores econômicos. Se o equilíbrio fiscal é importante para se conquistar a estabilidade financeira, almejando-se um crescimento sólido, é discutível a metodologia utilizada que acaba por desembocar num



congelamento das despesas públicas em setores essenciais. Por isso, mostra-se a EC 95/16 de duvidosa constitucionalidade, por malferir a vedação ao retrocesso social e por inviabilizar uma distribuição justa da saúde aos indivíduos, atingindo sua dignidade.

Excepcionalmente, no ano de 2017, de acordo com alterações realizadas pela Câmara, a saúde foi contemplada com 15% da RCL (PIOVESAN, 2016), não se aplicando os termos da EC 95/16. Esta só foi efetivamente aplicada a partir de 2018, quando, então, a União terá como teto de investimento na saúde pública o que fora investido no ano anterior (2017) acrescido da correção do IPCA acumulado em 12 meses até junho do ano precedente, repetindo-se esta metodologia para os anos vindouros. Afastou-se a progressividade e adotou-se um contingenciamento preventivo.

Excluiu-se do novo regime fiscal, dentre outros, gastos para realização das eleições, despesas com aumento de capital de empresas estatais não dependentes, créditos extraordinários e complementação ao Fundeb (artigo 107, §6º, ADCT). Outrossim, o presidente da República poderá, mediante projeto de lei complementar, propor mudança no critério de correção dos gastos a partir do 10º ano de vigência da emenda, ou seja, poderá adotar um outro indicador econômico (artigo 108, ADCT). A EC 95/16 atinge os três Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário), o Ministério Público e a Defensora Pública (artigo 107, I a V, ADCT). Frisando-se que, o órgão que desrespeitar o seu teto, ficará impossibilitado, no ano seguinte, de dar aumento salarial, contratar pessoal e criar nova despesa, entre outras proibições (artigo 109, ADCT).

O novo regime fiscal ocasionará implicações para o financiamento do SUS e para a própria garantia do direito à saúde. A medida, apresentada pelo Executivo e referendada pelo Legislativo, além de desvincular os investimentos das receitas estatais, ou seja, reduzir os gastos públicos como proporção do PIB, revogou a progressividade e estagnou o custeio, parecendo desconsiderar, *v. g.*, que a população cresce e envelhece, ao mesmo tempo que o tamanho do gasto acompanhará, no máximo, a inflação do ano anterior.



Alguns dados do IBGE (BRASIL, 2018a), tomando por base inicial o ano de 2018 e finalizando em 2036 – ano que expira a vigência da EC 95/16 -, merecem menção:

ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER - BRASIL

ANO	MULHER	HOMEM
2018	79,80	72,74
2025	81,22	74,38
2030	82,00	75,28
2036	82,73	76,11

Fonte: IBGE – Projeções da população/2018 (BRASIL, 2018a)

PERCENTUAL DE PESSOAS COM MAIS DE 65 ANOS

(EM RELAÇÃO AO TOTAL DA POPULAÇÃO)

ANO	BRASIL
2018	9,2
2025	11,6
2030	13,5
2036	15,9

Fonte: IBGE – Projeções da população/2018 (BRASIL, 2018a)

POPULAÇÃO - BRASIL (EM MILHÕES)

2018	209.170.600
2036	229.847.832

Fonte: IBGE – Projeções da população/2018 (BRASIL, 2018a)



As estimativas acima apontam para duas constatações: 1. O crescimento da projeção de envelhecimento da população brasileira que, em 2036, alcançará 15,9% da população total, levando em consideração pessoas com mais de 65 anos de idade; 2. O gradual aumento da esperança de vida ao nascer entre homens e mulheres. Tal conjuntura, se por um lado, pode denotar uma melhoria das condições de vida, o que leva cidadãos e cidadãs a viverem mais, por outro, revela uma futura pressão sobre os gastos públicos com saúde, pois, a crescente população idosa que não dispõe de planos de saúde, recorrerá ao sistema público buscando atendimento médico, internações, cirurgias, medicamentos. E, esse segmento populacional deparar-se-á com um setor que não receberá aumentos reais em seus investimentos pelas próximas duas décadas, apenas reajustes inflacionários.

A vinculação à inflação resultará que, quanto melhor for o desempenho da economia, com a conseqüente queda da inflação, maior será a diminuição dos investimentos para as áreas da saúde e educação. A estagnação dos investimentos por duas décadas, não apenas em saúde, mais também em educação, repercutirá naqueles que dependem dos sistemas públicos de saúde e educação, atingindo, assim, a camada menos favorecida da população, que sentirão os impactos da diminuição do custeio. A restrição orçamentária, acredita-se, aumentará o fenômeno da judicialização da saúde, eis que, a contenção na oferta dos serviços fará com que pessoas busquem garantir seu direito por meio do Poder Judiciário.

Sem a oferta satisfatória de uma saúde e educação públicas de qualidade, comprometidos estarão o crescimento, o desenvolvimento econômico do país e a redução da pobreza, eis que a saúde e a educação da população, por exemplo, são dois dos principais insumos para se alcançar esses objetivos. A saúde é fundamental ao desenvolvimento pessoal e à segurança econômica dos indivíduos, sem ela, inexistirá base para a produtividade, para o aprendizado e para o crescimento intelectual, físico e emocional. É



fato que um dos aspectos primordiais para o combate à desigualdade social é a qualidade da saúde pública.

Frise-se, outrossim, que o Estado deve ser integralmente responsável pelo que foi definido pelo legislador constituinte como básico, como essencial. É sua tarefa distribuir os direitos fundamentais entre os integrantes da sociedade. É seu dever, em última instância, colocar os direitos fundamentais como verdadeiros objetivos de sua existência (DIAS, 2007).

Todavia, *pari passu*, também é dever do Estado conter crises econômicas, diminuir os índices inflacionários, reduzir a dívida pública, gerar emprego e renda, bem como, alcançar o equilíbrio fiscal. Em um estado federal, a autonomia financeira dos entes políticos e o equilíbrio fiscal são fundamentais para a garantia do pacto federativo, sendo condicionantes para os entes assegurarem suas atribuições e exercitarem seu dever de fornecer os bens e serviços públicos básicos locais (PAMPLONA, 2016).

Mendes (2016) leciona que o regramento da atividade financeira está na base de toda e qualquer atividade do Estado, sendo que, inexistirá Estado Social se não houver, também, um Estado fiscal. A realização dos direitos fundamentais, notoriamente, os prestacionais, implicam custos, dispêndio de recursos, e isso exige que estes sejam levados a sério pelo poder público, assegurando-se a efetivação daqueles. Assim, a responsabilidade com as finanças públicas é tema conexo aos direitos e garantias fundamentais e sua concretização.

Silva (2016), ao trabalhar com o equilíbrio orçamentário, a que chama de regra de ouro das finanças públicas, verdadeiro axioma dos orçamentos públicos, ensina que se trata da relação de equivalência entre o montante das despesas autorizadas e o volume da receita prevista para o exercício financeiro, revelando-se como uma igualdade matemática entre ingressos e gastos públicos, sendo mister a adoção de medidas para mantê-lo em equilíbrio anual.



O equilíbrio fiscal é condição para o Estado funcionar regularmente, sem o qual, sua atuação restará comprometida e as necessidades públicas não serão satisfeitas. A inexistência ou insuficiência de recursos abre caminho para o Estado realizar menos do que estaria obrigado ou do que seria desejável. Galdino (2007) assevera que o Estado é essencial ao reconhecimento e efetivação dos direitos e, considerando que aquele somente funciona em razão da existência de recursos econômico-financeiros captados das pessoas, a ausência de fluxo orçamentário suficiente, fará com que os direitos não sejam prestados, ou, simplesmente, inexistam.

Os recursos públicos, por serem esgotáveis, devem ser protegidos e mantidos a longo prazo, através do planejamento, da economia e da instituição de obrigações de condutas e de resultados. Deste modo, se o Estado não se mostra capaz de observar seu próprio orçamento e nem de saldar sua dívida, será obrigado à adoção de restrições orçamentárias.

A questão assente é o surgir de uma dicotomia entre a concretização dos direitos fundamentais e a responsabilidade fiscal. Os interesses primordiais da sociedade foram inscritos na CF/88, a mesma que elencou um rol de direitos humanos básicos, essenciais à proteção da dignidade individual, fundamento da República. Logo, o ponto de partida dos investimentos públicos, consoante interpretação constitucional, é a realização de tais direitos com a manutenção da satisfação material dos mesmos.

A crise fiscal vivenciada pelo Estado brasileiro acena para a necessidade de adoção de uma régua, de um parâmetro frente ao cenário de arrecadação instável e de tendência decrescente nas receitas, concernente na escolha sobre o que deve ser mantido como gasto estatal e o que pode ser reduzido ou extinto. A tarefa não é de somenos importância ou complexidade, porém, é um caminho a ser percorrido nos anos vindouros, e a concretização dos direitos fundamentais é prioridade desde 1988, em especial quanto à sua máxima proteção.



Mesmo em conjuntura econômica desfavorável, os representantes da população não podem afastar-se de determinadas funções e responsabilidades, eis que continuam sendo suas atribuições, uma delas é a garantia dos direitos, entre os quais, o direito à saúde. Se o Estado fugir de campos nos quais está obrigado a atuar, isso representará verdadeiro desatendimento à CF/88, pois, a Carta impõe-lhe obrigações de atender seus cidadãos em inúmeros aspectos, zelando pela consecução de padrões consideráveis de qualidade de vida.

Sen (2010) revela que países asiáticos, alguns deles até então considerados subdesenvolvidos, lograram notável êxito na difusão das oportunidades econômicas, superando o atraso sócio-econômico, através de pesados investimentos em direitos sociais, como alfabetização, educação básica, moradia, bons serviços de saúde, porém, outras nações, mesmo sabedoras da imprescindibilidade da efetivação desses direitos, dessas políticas públicas, resistem em seguir o exemplo, afastando a solução mais inteligente para minimizar as desigualdades sociais e econômicas, propiciando a melhoria de vida de suas populações.

A nova metodologia de cálculo dos investimentos em saúde pública, fundada na separação entre receitas crescentes e despesas primárias estagnadas, ao longo de 20 anos, desconsiderou que os cidadãos possuem direito subjetivo de acesso universal, integral e igualitário às ações e serviços públicos de saúde com qualidade, e que a progressividade do seu financiamento é uma conquista, expressamente inserta na Constituição. O referido custeio mínimo e progressivo funcionava como plexo de tutela dos investimentos em saúde pública, arriscando-se dizer tratar-se de conteúdo imutável, porque operava como núcleo de proteção, com viés financeiro, dos direitos fundamentais.

Comparato *et al.* (2016) assevera que o regime de vinculação de recursos obrigatórios para ações e serviços públicos de saúde e manutenção e desenvolvimento do ensino tem sido o mais exitoso instrumento de efetividade de tais direitos, ademais de evidenciar a posição preferencial ocupada pela educação e pela saúde na arquitetura



constitucional. O grande problema da EC 95/16 é desconhecer a proporcionalidade entre receita e despesa como metodologia instituída no texto da CF/88, como proteção formal e material - garantia equiparável ao *habeas corpus* e ao mandado de segurança, por exemplo - dos direitos à saúde e à educação. Dizem os autores que a inversão de piso para teto despreza a despesa do comportamento da receita e faz perecer as noções de proporcionalidade e progressividade no financiamento desses direitos fundamentais. Assim, o risco é de que sejam frustradas a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde de mais de 160 milhões de brasileiros.

Segundo Dworkin (2014), existem determinados interesses individuais que são tão importantes que devem ser protegidos até mesmo contra políticas estatais que, em tese, melhorariam a situação da comunidade como um todo. Os programas de ação política não podem, sob justificativa de beneficiar o todo, violar direitos individuais, conquanto que os direitos são trunfos dos cidadãos a fundamentarem posicionamentos políticos que, em seu interior, devem considerar o destino de todos como igualmente importantes, não olvidando que todas as pessoas merecem serem tratadas com igual respeito e igual consideração.

O direito à saúde é um direito fundamental, de propriedade, de titularidade do cidadão, e, como tal, não pode sofrer restrições, fragilizações, em decorrência de políticas que visem o bem-estar geral e denotam descompromisso com a esfera pessoal e com a busca de uma vida bem-sucedida perseguida por cada pessoa. A metodologia de gastos públicos em vista de um equilíbrio fiscal é escolha do governo, está em sua esfera de atuação legítima e é defensável, o que não pode ser defensável é a vulneralização de um ou alguns direitos humanos - responsáveis por proteger a dignidade individual, que se reveste de fundamento, pilar, alicerce da República brasileira - sob justificativa de equilíbrio fiscal. Direitos humanos são inegociáveis.



4. Efetivação do direito à saúde como proteção da dignidade humana em conjuntura de austeridade fiscal

É consabido que o orçamento público é o instrumento utilizado pelas três esferas de governo, visando planejar a utilização do dinheiro arrecadado com os tributos, sejam eles impostos, taxas, contribuições de melhoria, dentre outros. Referido planejamento revela-se de essencial importância para o oferecimento de serviços públicos adequados, além de especificar gastos e investimentos que foram priorizados pelos poderes.

Essa ferramenta visa estimar tanto as receitas que os governos esperam arrecadar quanto fixa as despesas a serem efetuadas com o montante. Assim, as receitas são estimadas porque os tributos arrecadados e as demais fontes podem sofrer variações ano a ano, enquanto as despesas são fixadas para garantir que os governos não gastem mais do que arrecadam. Uma vez que o orçamento detalha as despesas, pode-se acompanhar as prioridades do governo para cada ano, como, por exemplo: o investimento na construção de escolas, a verba para transporte e o gasto com a saúde. Neste último caso, segundo dados do Portal da Transparência, vinculado ao Ministério da Transparência e Controladoria-geral da União (BRASIL, 2018b), nos últimos 06 anos, o orçamento federal disponibilizado para a saúde e o total executado ficaram assim:

ORÇAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA X DESPESAS EXECUTADAS (2014-2018)

ANO	<u>ORÇAMENTO TOTAL</u> PARA A ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA:	TOTAL DAS <u>DESPESAS</u> <u>EXECUTADAS</u> PARA A ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA
2014	R\$ 100,31 BILHÕES	R\$ 86,33 BILHÕES
2015	R\$ 113,01 BILHÕES	R\$ 93,86 BILHÕES
2016	R\$ 112,33 BILHÕES	R\$ 100,19 BILHÕES



2017	R\$ 120,36 BILHÕES	R\$ 108,18 BILHÕES
2018	R\$ 130,90 BILHÕES	R\$ 94,61 BILHÕES
2019	R\$ 130,22 BILHÕES	Em execução

Fonte: Portal da Transparência. Ministério da Transparência e Controladoria-geral da União (BRASIL, 2018b)

Os dados acima deixam em evidência, pelo menos, duas informações relevantes. Primeiramente, observa-se a prática governamental consistente em não executar, *in totum*, o orçamento destinado. Verifica-se, pelos números, que sempre a execução fica abaixo do orçamento disponibilizado, demonstrando que o Executivo, ao longo dos anos, não vem se comprometendo com o plano de ação e com os programas orçamentários que ele mesmo apresentou ao Legislativo. Tem-se uma execução orçamentária divorciada do orçamento autorizado, o que poderia, em nossa leitura, ser alvo de controle judicial, pois, observar o orçamento é, na verdade, respeitar uma lei, e, o desrespeito à lei autoriza a atuação judicial (artigo 5º, XXXV, CF/88), e;

Verifica-se, também, que o orçamento total para a saúde pública no ano de 2019, praticamente, repetiu os valores direcionados no ano de 2018. Visualiza-se um quase congelamento no valor final estimado para as despesas na pasta, resultado direto da EC 95/16 que passou a vigorar em relação à saúde a partir do ano de 2018.

Vale frisar, outrossim, que pastas como educação e saúde até poderão, *v.g.*, receber um orçamento maior, acima do teto do ano anterior, desde que ocorra uma realocação. Ou seja, se um setor receber um montante maior em relação ao ano anterior, o que é plenamente possível, deverá ocorrer cortes em outra ou outras pastas para compensar. É o que se extrai do artigo 107, §§ 7º e 8º do ADCT. A EC 95/16 fala que o teto é para cada Poder, significando que poderá ocorrer distribuições entre as pastas, exigindo-se apenas



que as despesas totais de um Poder obedeçam ao *quantum* do ano anterior corrigido pela inflação. Toda vez que uma pasta receber valores a maior que a inflação do ano antecedente, outras pastas terão que sofrer cortes para o somatório final das despesas públicas obedecer ao determinado pelo novo regime fiscal. O descumprimento do novo regime fiscal acarreta aplicação de sanções (artigo 109, ADCT).

A questão que exsurge é que a falta ou escassez de recursos públicos não legitima, aparentemente, o Estado a se desvencilhar de suas obrigações constitucionais, especificamente as tendentes à efetivação dos direitos fundamentais, protetores da dignidade humana, visto ser este o cerne de sua existência - distribuição de bens valiosos entre todos os integrantes da sociedade. A tarefa do Estado, seu propósito de existência, de constituição, está na efetiva distribuição de direitos aos indivíduos, colaborando para preservação de sua dignidade. Nenhum assunto, nenhum gasto deveria entrar em pauta até que o custeio satisfatório dos direitos básicos tivesse sido efetivado. Eis o caminho para salvaguardar a dignidade de todos.

Dignidade que diferencia os seres racionais de todas as demais espécies vivas existentes neste planeta e que os fazem, por isso, seres especiais e detentores de bens jurídicos, ou melhor, proprietários de bens jurídicos essenciais à realização de uma vida plena, conforme suas vontades e desejos. É ela que torna a pessoa merecedora de bens necessários à sua realização como ser concreto, racional, individual e social.

Neste contexto, o filósofo alemão Immanuel Kant merece destaque, por conjugar o vínculo entre autonomia e dignidade. Rabenhorst (2001) diz que para Kant, o homem só alcança sua verdadeira liberdade quando pode fazer suas próprias escolhas, livre de impedimentos externos, deste modo, usufruir a liberdade é privilégio apenas dos seres racionais. O estabelecimento da ligação entre razão e autonomia é essencial para se compreender a concepção kantiana da dignidade humana, valor este tão essencial e, às



vezes, fragilizado em campo de crises econômicas aonde se tem possibilidades de retroagir em conquistas de outrora.

Kant irá explicitar seu entendimento acerca da dignidade em sua obra “Fundamentação da metafísica dos costumes” de 1785, que teve como tarefa precípua buscar e estabelecer a lei suprema da moralidade, qual seja, o imperativo categórico (SEDGWICK, 2017). Na segunda seção de sua obra, ao trabalhar com a passagem da filosofia moral popular para a metafísica dos costumes, aduziu o filósofo:

A vontade é concebida como a faculdade de se determinar a si mesmo a agir em conformidade com a representação de certas leis. Ora aquilo que serve à vontade de princípio objectivo da sua autodeterminação é o fim (Zweck), e este, se é dado pela só razão, tem de ser válido igualmente para todos os seres racionais (KANT, 2007, p. 67).

Em seguida, Kant (2007) admite que há alguma coisa cuja existência em si mesma tenha um valor absoluto e que, como um fim em si mesmo, possa ser a base de leis determinadas. E continua, para dizer que todo o ser racional existe como um fim em si mesmo, não só como meio para o uso arbitrário desta ou daquela vontade e, em todas as ações deste ser, tanto nas que se dirigem a ele mesmo como nas que se dirigem a outros seres racionais, ele tem sempre de ser considerado como um fim. Logo, é a racionalidade que diferencia, especificamente, o homem dos demais seres, tornando-o um fim em si mesmo e, por desdobramento, impedindo-o de ser considerado meio à consecução de algum objetivo. Kant (2007, p. 68) prossegue aduzindo que:



Os seres cuja existência depende, não em verdade da nossa vontade, mas da natureza, têm contudo, se são seres irracionais, apenas um valor relativo como meios e por isso se chamam coisas, ao passo que os seres racionais se chamam pessoas, porque a sua natureza os distingue já como fins em si mesmos, quer dizer como algo que não pode ser empregado como simples meio e que, por conseguinte, limita nessa medida todo o arbítrio.

Dáí decorre o pensamento kantiano de que no reino dos fins tudo tem um preço ou uma dignidade, quando uma coisa tem um preço, pode-se pôr em vez dela qualquer outra como equivalente ou substituto; mas, quando uma coisa está acima de todo o preço, e, portanto, não permite equivalente, então tem ela dignidade (KANT, 2007). Deste modo, todo ser humano tem dignidade e não um preço, e, por isso, não pode ser instrumentalizado por outro homem. É por isso que para Kant a melhor forma de governo é aquela que mais garante os direitos dos indivíduos; se o Estado flexibiliza garantias legais, ele cai na injustiça (PEGORARO, 2013).

Importante frisar que a dignidade referenciada em Kant também resulta, não apenas do fato de que o ser humano deve ser considerado e tratado como um fim em si mesmo e não como meio para um resultado, mais também de sua vontade racional, pois, somente assim a pessoa viverá em condições de autonomia, isto é, como ente capaz de guiar-se pelas leis que ele mesmo edita. É por isso que Kant afirma que a “Autonomia é pois o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional” (2007, p. 79). Se o homem tem dignidade, é em virtude de possuir vontades autônomas. Em complemento, Pascal (2011, p. 133) aduz: “É perfeitamente compreensível que Kant faça da autonomia o princípio supremo da moralidade, dado que a autonomia implica, ao mesmo



tempo, a vontade de uma legislação universal e o respeito à pessoa humana que lhe deve a sua dignidade”.

Portanto, da filosofia kantiana extrai-se que a dignidade, por ele construída, é fruto da unificação de uma finalidade (ver e tratar o homem como um fim em si mesmo) e da autonomia da vontade inerente a este ser, que o distingue, repita-se, de todos os demais seres existentes. A racionalidade em Kant é o ponto crucial para entender sua compreensão acerca deste valor intrínseco ao homem que, acaba por chamar atenção sobre as ideias de liberdade e igualdade, visto que a autonomia do homem representaria a liberdade para agir ou não agir e o propósito defendido de que todos merecem ser tratados como fins em si mesmos revela a igualdade.

Deste modo, tomando como pressuposto a concepção de que o ser humano é dotado de dignidade e, por conta disso, merecedor de direitos básicos necessários a ter uma vida digna e que toda a ordenação estatal tem como propósito inicial e final a distribuição de bens jurídicos para viabilizar esta vida digna, a situação de uma crise fiscal não pode referendar redução abrupta de investimentos em políticas públicas prestacionais, a exemplo de saúde e educação, sob pena de subversão da própria razão de existir do Estado enquanto ente organizado.

Qualquer restrição a direitos de envergadura constitucional deve, necessariamente, atentar-se ao princípio da proibição de retrocesso social, posto que este visa proteger a dignidade do indivíduo, fundamento de nossa República. Muitas das vezes, aduzem Abboud, Carnio e Oliveira (2015) as restrições a direitos fundamentais podem até serem autorizadas e fundamentadas, constitucionalmente, todavia, distanciam-se do interesse público propriamente dito, eis que, as decisões tomadas não expõem com exaustão os fundamentos fático-jurídicos a fim de demonstrar o porquê daquela escolha ser considerada a melhor possível.



A alegação de preservação do interesse público não permite ou não deveria permitir a realização de restrições a direitos essenciais, posto que a positividade desses é resultado de um desenvolvimento histórico da sociedade e da evolução do próprio constitucionalismo que tem como objetivos a regulação do poder estatal e a tutela dos direitos fundamentais.

E, a relação entre o princípio da vedação ao retrocesso com a dignidade humana reside, justamente, neste contexto fático, pois, a intenção basilar da proibição de retrocesso é proteger a dignidade, núcleo essencial dos direitos humanos, em conjuntura de alterações legislativas e/ou políticas em decorrência de crise fiscal. A dignidade humana não pode ser relativizada, sob nenhum aspecto, independente do argumento levantado, visto que ela está presente em todos os direitos fundamentais, é o fundamento matriz de nossa República.

Barroso (2001) assevera que, pela vedação ao retrocesso social, que não é expreso, mais decorre do sistema jurídico-constitucional, uma vez regulamentado um mandamento constitucional, instituidor de determinado direito, ele se incorpora ao patrimônio jurídico da cidadania e não pode ser arbitrariamente suprimido. Em outro estudo, o autor (2015) apregoa que, se a lei ou mesmo uma emenda à Constituição pretender modificar eventos que já ocorreram e se consumaram ou desfazer os efeitos já produzidos de atos praticados no passado, estará ela em patente confronto com a Constituição e deverá ser considerada inválida.

A proibição de retrocesso social trabalha, justamente, com o nível de concretização dos direitos sociais plasmados na Constituição, proibindo ao legislador suprimir ou restringir, pura e simplesmente, a concretização de norma constitucional que trate do núcleo essencial de um direito, impedindo a sua completa fruição, sem a criação de meios compensatórios hábeis ao propósito especificado na Lei Fundamental (DERBLI, 2007). Se não é possível ao ente político avançar nas pretensões sociais já obtidas, por circunstâncias



diversas, como a indisponibilidade de recursos, proibido-lhe é retroceder socialmente os direitos já conquistados (RAMOS, 2009).

Canotilho (2003) ensina que as constantes mudanças, alterações das leis podem acarretar perturbação na confiança das pessoas, sobretudo se essas modificações implicarem efeitos negativos em sua esfera jurídica. Para ele, é forçoso delimitar com rigor a retroatividade, visto que se a nova normação jurídica tocar desproporcionalmente, inadequadamente e desnecessariamente dimensões importantes dos direitos fundamentais, violado estará a proibição ao retrocesso social; se uma lei retroativa transgredir princípio constitucional, positivamente plasmado e suficientemente denso, deve ser considerada inconstitucional.

Os direitos fundamentais constituem uma premente necessidade social, pois sua desconsideração e ausência de implementação fere de morte os mais elementares valores da vida e da dignidade das pessoas. Frustrar um direito já realizado, significa atingir as pessoas com um nível de instabilidade jurídica que resultará em desconfiança nas instituições sociais e estatais, bem como, não contribuindo para o respeito e proteção da dignidade individual.

Pelo fato do Brasil ser signatário de diversos tratados internacionais que preveem a aplicação progressiva dos direitos sociais, extrai-se que sua adesão implica irrefutável comprometimento jurídico-constitucional com o dever de progressividade na realização do direito à saúde, e, por desdobramento, com a correlata proibição de regressividade. Os direitos, neste contexto, como garantes da dignidade humana, estão protegidos contra reformas abruptas, desproporcionais, tendentes a subtrair os direitos materialmente fundamentais, estendendo-se essa proteção, até mesmo, em face das maiorias qualificadas necessárias à edição de emendas constitucionais (SOUZA NETO & SARMENTO, 2014).

Não se ignora que o país vive um momento conturbado em suas finanças, o que até autoriza a adoção de medidas que visem ao reequilíbrio fiscal e retorno do crescimento



econômico, todavia, se há necessidade de adaptar a sistemática das prestações sociais, notoriamente, em sua espinha dorsal, qual seja, seu financiamento, por outro lado, também existe a necessidade imperiosa de manutenção da segurança e justiça sociais, ou seja, de distribuição dos direitos, que continua a ser um dos principais desafios e tarefas dos governos.

A vedação ao retrocesso social converge à dignidade humana, revelando-se garantia constitucional desta, em especial por se tratar do núcleo dos direitos fundamentais esculpidos na CF/88. Neste ínterim, se medidas de austeridade precisam ser tomadas e adotadas, que o sejam, porém, que não impliquem afronta à dignidade dos cidadãos, ferindo seu direito a uma vida digna. Se reduções em investimentos é inevitável, é imperioso que sejam observados os limites de uma vida digna, sob pena de ferir a vedação ao retrocesso, tornando o ato inconstitucional e passível de ser extirpado do ordenamento jurídico.

Portanto, é imprescindível defender a dignidade de cada pessoa, em especial em momentos de restrições orçamentárias com impactos nos investimentos em políticas públicas, e a vedação ao retrocesso social tem primordial relevância nesta função, por ser a fronteira limítrofe das determinações estatais, na tarefa de salvaguardar a qualidade intrínseca e distintiva de todos os seres humanos.

A opção política de estagnar o orçamento da saúde pública por 20 anos, isto é, de aplicar uma contenção linear de crescimento real zero, é medida que frustra a realização do direito à saúde; os direitos fundamentais não vinculam os poderes públicos somente diante de vultosas possibilidades econômicas, porque mesmo diante das restrições de recursos financeiros, subsiste o dever de realização progressiva do conjunto de prestações indispensáveis à preservação da dignidade individual.

Mecanismo de estagnação orçamentária que diminui recursos públicos para direito fundamental, sem oferta de política compensatória e tendente à inobservar a proteção constitucional à dignidade do cidadão, é medida de caráter inconstitucional. E, a



manutenção de seus efeitos em nosso ordenamento é situação que fragiliza a Constituição e atenta ao Estado Democrático de Direito, alcançando a população menos favorecida em recursos econômicos. Para se ter ideia, de acordo com estudo divulgado pelo IPEA (VIEIRA & BENEVIDES, 2016), o SUS perderá cerca R\$ 743 bilhões com o novo regime fiscal em vinte anos. Mesmo sendo uma projeção, infere-se que a pasta sofrerá reduções, regressões em seu financiamento. O que vai na contramão do dever de progressividade dos direitos humanos.

Referida conjuntura, em nosso sentir, viola frontalmente a CF/88, seja por transgredir a vedação ao retrocesso social - obstáculo constitucional à frustração e ao inadimplemento, pelo poder público, de direitos prestacionais -, seja por ofender a dignidade daqueles que terão seu direito de acesso às ações e serviços de saúde comprometidos⁵. É a Constituição a garante da existência do Estado Democrático de Direito, tal como delineado em 1988 e, cabe às atuais gerações defendê-la, de maneira intransigente, contra ataques à sua máxima efetividade que converge, integralmente e plenamente, à proteção da dignidade da pessoa humana.

CONCLUSÃO

O direito à saúde é um dos principais direitos do ser humano, inserto em nossa Constituição, realizável mediante políticas públicas e responsável, ao lado dos demais direitos fundamentais, pela proteção da dignidade individual e condição para a realização pessoal. Sua efetivação exige alocação de recursos públicos, o que fez com que o constituinte originário estruturasse um sistema de custeio, sendo financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

⁵ Tramitam perante o Supremo Tribunal Federal sete ações diretas de inconstitucionalidade em face da EC 95/16, quais sejam, ADI's 5.633, 5.643, 5.655, 5.658, 5.680, 5.715 e 5.734. Todas sem previsão para julgamento pela Corte.



Alguns desafios, ao longo desses 30 (trinta) anos de Constituição, fizeram com que os serviços de saúde não fossem distribuídos de forma satisfatória, de maneira justa aos cidadãos, entre os quais, questões relativas ao baixo financiamento, infraestrutura restrita e carência de recursos humanos. Todavia, a concessão deste direito de modo insuficiente, não apenas corrobora para que o indivíduo não usufrua de bem-estar físico, mental e social, mais também, acaba por violar sua qualidade intrínseca e distintiva, qual seja, sua dignidade.

O sistema público de saúde necessita de melhorias em sua efetivação, tanto que é um dos setores que, em nosso sentir, se apresenta com as maiores violações aos direitos humanos dos usuários, o que demonstra a necessidade de constante melhoria em seu orçamento. E esta inquietação potencializa-se em contexto de adoção de políticas de austeridade fiscal, a exemplo do novo regime fiscal, promulgado pela EC 95/16, que congelou os investimentos em saúde por duas décadas, autorizando apenas reajustes inflacionários, afastando aumentos reais.

O mecanismo de financiamento da saúde instituído pelo novo regime fiscal acarretará fragilização nesta distribuição, eis que diminuirá os investimentos, bastando constatar que uma metodologia baseada em estagnações, contingenciamentos, sem se utilizar de aumentos reais anuais, apenas reajustes pela inflação, desembocará em valores gradativamente insuficientes, notadamente em uma sociedade que depende cada vez mais dos serviços públicos, ainda mais em momento de acentuada crise orçamentário-financeira, com altos índices de desemprego, além das transformações demográficas pelas quais passa o país.

O argumento de assegurar o equilíbrio fiscal é legítimo, é tarefa estatal indiscutível, porém, a busca do equilíbrio das contas públicas não pode restringir a realização dos direitos fundamentais, pois, são protetores da dignidade humana e condições para que os indivíduos possam dar curso aos seus projetos de vida, logo, sua vulneralização, *in casu*, na



diminuição dos investimentos, atenta a preceitos constitucionais, como a vedação ao retrocesso social e, em última instância, à dignidade humana, fundamento da República brasileira.

O orçamento da saúde pública em nível federal foi incluído no teto dos gastos públicos, cuja correção de valores será realizada pela inflação, e não mais pela receita corrente líquida. Mudou-se, assim, o paradigma da variação que, antes da EC 95/16 era um limite baseado em um percentual atrelado à arrecadação estatal, no caso, a receita corrente líquida, e hoje, transformou-se em um teto imediato baseado na inflação pelos próximos 20 anos, aonde ter-se-á correção monetária, e não aumentos reais. Repita-se que, o atrelamento dos recursos à inflação significará que quanto melhor o desempenho econômico do país, com a consequente diminuição dos índices inflacionários, pior serão os reajustes aos setores da saúde e educação. Em outros termos, a estagnação dos valores reais para saúde será tão mais destacada quanto maior for a expansão da arrecadação, em contexto de retomada da atividade econômica.

Entende-se que uma metodologia de cálculo como a instituída pela EC 95/16 somente se justifica perante a sociedade e o próprio ordenamento jurídico, se se revestisse de solução opcional visando proteger a prioridade fiscal que deveria acobertar o direito à saúde, e não esvaziar o caminho da progressividade, conforme foi concretizado pela revogação do artigo 2º da EC 86/15, e mais, fixar que o orçamento da saúde pública ficará completamente desconectado do nível de riqueza do país e da própria arrecadação estatal.

A EC 95/16 é, em nossa leitura, um verdadeiro retrocesso social para a realização deste direito fundamental, atingindo a dignidade daqueles que necessitam dos serviços públicos de saúde e que sentirão os impactos decorrentes do congelamento dos investimentos por 20 anos, corroborando na expansão da judicialização, na medida em que a redução do custeio desembocará na redução da oferta das ações e serviços à população.



Ora, acredita-se que o financiamento de direitos deve ser progressivo, especialmente em face do restabelecimento da economia e da expansão dos níveis de arrecadação pelo ente estatal. O custeio mínimo em saúde, conforme vigorou até a promulgação da EC 95/16, era uma garantia constitucional aos cidadãos, um núcleo imodificável, na medida em que, existe um dever estatal de custeio referente a direito público subjetivo indisponível, que não pode sofrer solução de continuidade, bem como, o investimento mínimo era uma garantia fundamental aos cidadãos, comportando-se, podemos dizer, como um princípio sensível da Constituição, essencial à realização de direito de índole constitucional.

Suspender a eficácia do direito à saúde por 20 anos a pretexto de teto global de despesa primária, independentemente do comportamento da riqueza na economia e da arrecadação estatal, significa relativizar referido direito, significa negociar um direito fundamental em troca de um equilíbrio fiscal, e, estagnar seus investimentos sem apresentar uma medida compensatória é, em nossa leitura, uma afronta direta à dignidade da pessoa humana, e tal ato é inconstitucional, merecendo ser analisado no âmbito do sistema de freios e contrapesos, eis que a própria higidez da Constituição de 1988 está em jogo.

O direito humano à saúde é um garantidor da cidadania inclusiva e ativa, motivo pelo qual nossa Constituição priorizou a promoção democrática dos direitos fundamentais frente à sociedade brasileira, e, a importância ofertada pelo constituinte ao direito à saúde parece não encontrar eco no novo regime fiscal que limitou gastos e investimentos públicos até 2036. As novas regras poderão levar ao sucateamento das políticas sociais de saúde, colocando em perigo real e imediato a qualidade de vida da população, em especial daqueles que dependem, exclusivamente, do SUS. Por este motivo, o novo regime fiscal não irá salvaguardar a dignidade do cidadão brasileiro, usuário do SUS, no mais, simboliza a suspensão de um projeto de Estado Democrático e de Direito exteriorizado em 1988 pelo



constituente originário. Entre proteger a inviolabilidade do direito à saúde, que se qualifica como direito subjetivo inalienável a todos assegurado pela CF/88, ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entende-se que deve sobressair uma só opção, isto é, privilegiar o respeito indeclinável à vida e à saúde humanas.

Portanto, assegurar tão somente a correção monetária a partir de 2018 para as aplicações em saúde, afastando quaisquer aumentos reais nos investimentos, é medida de estagnação, que não se coaduna com os propósitos do legislador constituente originário, que determinou que a proteção da dignidade humana é o fundamento da República, e será realizada com a distribuição, progressiva, de direitos fundamentais em níveis satisfatórios, motivo pelo qual, frustrar o direito constitucional à saúde em nome da busca de equilíbrio fiscal, é violar a proibição de retrocesso social e a dignidade individual, o que torna a medida, em nossa leitura, eivada de inconstitucionalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBOUD, Georges; CARNIO, Henrique Garbellini; OLIVEIRA, Rafael Tomaz de. **Introdução à teoria e à filosofia do direito**. 3. ed. rev., atual. e ampl. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2015.

BARBOSA FILHO, Fernando de Holanda. **A crise econômica de 2014/2017**. Estud. av., São Paulo, v.31, n.89, p.51-60, Apr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142017000100051&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 nov. 2018.

BARCELLOS, Ana Paula de. O direito à saúde nos 25 anos da Constituição de 1988. In: CLÈVE, Clèmerson Merlin & FREIRE, Alexandre (Coord.). **Direitos fundamentais e**



jurisdição constitucional: análise, crítica e contribuições. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014

BARROSO, Luis Roberto. **O Direito Constitucional e a efetividade das normas – Limites e possibilidades da Constituição Brasileira.** 5. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

_____. **Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção de novo modelo.** 5. ed. - São Paulo: Saraiva, 2015.

BOBBIO, Norberto. **Teoria do ordenamento jurídico.** Tradução de Ari Marcelo Solon. São Paulo: EDIPRO, 2ª ed., 2014.

BRASIL. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. **ANS divulga números atualizados de beneficiários de planos de saúde.** 17 de novembro de 2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4211-ans-divulga-numeros-atualizados-de-beneficiarios-de-planos-de-saude>. Acesso em: 15 nov. 2018.

_____. **Ato das Disposições Constitucionais Transitórias de 1988.** Vade Mecum Saraiva. 25. ed. atual. e ampl. – São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Vade Mecum Saraiva. 25. ed. atual. e ampl. – São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

_____. **Emenda Constitucional 29, de 13 de novembro de 2000.** Vade Mecum Saraiva. 25. ed. atual. e ampl. – São Paulo: Saraiva Educação, 2018.



_____. **Emenda constitucional 86, de 17 de março de 2015.** Vade Mecum Saraiva. 25. ed. atual. e ampl. – São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

_____. **Emenda constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016.** Vade Mecum Saraiva. 25. ed. atual. e ampl. – São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população – Tabelas.** 28 de novembro de 2018a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 28 nov. 2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação.** 15 de novembro de 2018b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 15 nov. 2018.

_____. **Lei federal 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Vade Mecum Saraiva. 25. ed. atual. e ampl. – São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

_____. **Lei federal 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Vade Mecum Saraiva. 25. ed. atual. e ampl. – São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

_____. **Lei complementar 141, de 13 de janeiro de 2012.** Vade Mecum Saraiva. 25. ed. atual. e ampl. – São Paulo: Saraiva Educação, 2018.



_____. Portal da Transparência – Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União. **Saúde**. 21 de novembro de 2018. Disponível em: <http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude>. Acesso em: 21 nov. 2018.

BRITO FILHO, José Claudio Monteiro de. **Direito fundamental à saúde: propondo uma concepção que reconheça o indivíduo como seu destinatário**. In: A Leitura - Caderno da Escola Superior da Magistratura do Estado do Pará. Belém, Pará, v. 1, nº 1, 2008, p. 136-145.

_____. **Direitos humanos**. São Paulo: LTr, 2015.

CANOTILHO, J.J. Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7ª ed., 14 reimp. Coimbra: Almedina, 2003.

COMPARATO, Fábio Konder et al. **Financiamento dos direitos à saúde e à educação: mínimos inegociáveis**. 27 de julho de 2016. In: Revista Consultor Jurídico. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2016-jul-27/financiamento-direitos-saude-educacao-minimos-inegociaveis>. Acesso em: 09 out. 2018.

DERBLI, Felipe. **O princípio da proibição de retrocesso social na Constituição de 1988**. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.

DIAS, Jean Carlos. **O controle judicial de políticas públicas**. São Paulo: Método, 2007.

DWORKIN, Ronald. **A raposa e o porco-espinho: justiça e valor**. Tradução: Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2014.



FACHIN, Luiz Edson. O supremo tribunal federal e a jurisdição constitucional: da preservação à justificação material dos direitos. In: CLÈVE, Clèmerson Merlin & FREIRE, Alexandre (coord.). **Direitos fundamentais e jurisdição constitucional: análise, crítica e contribuições**. 1. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014, p. 687-699.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Direitos humanos fundamentais**. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

GALDINO, Flávio. O custo dos direitos. In: TORRES, Ricardo Lobo (org.). **Legitimação dos direitos humanos**. 2a. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Renovar, 2007, p. 209-292.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Tradução de Paulo Quintela. Lisboa – Portugal: Edições 70, 2007.

LAMARÃO NETO, Homero. **Judicialização da saúde: o indivíduo e a sociedade de cooperação**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

MENDES, Gilmar Ferreira & BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 11 ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

MENDES NETO, João Paulo. **A proteção da saúde no Brasil e o CNJ**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

OLIVEIRA, Heletícia Leão de. **Direito fundamental à saúde, ativismo judicial e os impactos no orçamento público**. Curitiba: Juruá, 2015.



OLIVEIRA, Nielmar de. **IBGE: total de desempregados cresce e atinge 14,2 milhões**. EBC Agência Brasil, Rio de Janeiro, 28 abr. 2017, economia. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2017-04/ibge-total-de-desempregados-cresce-e-atinge-142-milhoes>. Acesso em: 14 nov. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAMPLONA, Karla Marques. Estado federativo brasileiro, transferências intergovernamentais e desenvolvimento sustentável. In: TUPIASSU, Lise & MENDES NETO, João Paulo (Coordenadores). **Tributação, meio ambiente e desenvolvimento**. 1. ed. São Paulo: Forense; Belém-PA: CESUPA, 2016, p. 157-199.

PASCAL, Georges. **Compreender Kant**. 7. ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

PEGORARO, Olinto. **Ética dos maiores mestres através da história**. 5. ed. – Petrópolis: RJ: Vozes, 2013.

PIOVESAN, Eduardo. **Câmara aprova PEC do Teto dos Gastos Públicos em 2º turno**. Agência Câmara Notícias, 26/10/2016. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/>. Acesso em: 02 nov. 2018.

PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito fundamental à saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014

RABENHORST, Eduardo Ramalho. **Dignidade humana e moralidade democrática**. Brasília: Brasília jurídica, 2001.



RAMOS, Marcelene Carvalho da Silva. **Princípio da proibição de retrocesso jusfundamental: aplicabilidade**. Curitiba: Juruá, 2009.

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. Tradução: Almiro Pisetta e Lenita Maria Rímoli Esteves. 2ª ed. - São Paulo: Martins Fontes. Coleção justiça e direito, 2002.

ROCHA, Eduardo Braga. **A justiciabilidade do direito fundamental à saúde no Brasil**. São Paulo: Letras Jurídicas, 2011

SANDEL, Michael. **O liberalismo e os limites da justiça**. Tradução Carlos E. Pacheco do Amaral. 2. ed. Lisboa – Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian, 2005.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade (da pessoa) humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 10. ed. rev. atual. e ampl. – Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2015a.

_____. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 12. ed. rev. atual e ampl. Porto Alegre: Livraria do advogado editora, 2015b.

SCAFF, Fernando Facury. Notas sobre a extrafiscalidade ambiental no Brasil. *In*: TUPIASSU, Lise & MENDES NETO, João Paulo (Coordenadores). **Tributação, meio ambiente e desenvolvimento**. 1. ed. São Paulo: Forense; Belém-PA: CESUPA, 2016, p. 15-27.

SCAFF, Luma Cavaleiro de Mâcedo. A efetividade do direito à saúde no Brasil: entre o orçamento, o financiamento e as decisões individuais. *In*: SCAFF, Fernando Facury;



ROMBOLI, Roberto; REVENGA, Miguel (coord). **A eficácia dos direitos sociais**. São Paulo: Quartier Latin, 2010, p. 289-303.

_____. Financiamento do direito à saúde no Brasil: “Quanto você pagaria pelo Sistema Único de Saúde?”. *In*: KZAN NETO, Calilo Jorge; SILVA, Maria Stela Campos da; NEVES, Rafaela Teixeira Sena (Orgs). **Tributação e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018, p. 101-117.

SEDGWICK, Sally. **Fundamentação da metafísica dos costumes: uma chave de leitura**. Tradução de Diego Kosbiau Trevisan. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. Tradução: Laura Teixeira Motta. Revisão técnica: Ricardo Doninelli Mendes. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 39 ed. rev. e atual. / Até a EC nº 90, de 15.9.2015. São Paulo: Malheiros, 2016.

SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel. Os direitos fundamentais e o poder de reforma constitucional. *In*: CLÈVE, Clèmerson Merlin; FREIRE, Alexandre (coord.). **Direitos fundamentais e jurisdição constitucional: análise, crítica e contribuições**. 1. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014, p. 271-292.

VIEIRA, Fabiola Sulpino & BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil (Nota técnica nº 28)**. Brasília, setembro de 2016. Disponível em:



http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf. Acesso em: 23 nov. 2018.