Direito fundamental à saúde e as medidas de austeridade fiscal no Brasil*

Derecho fundamental a la salud y las medidas de austeridad fiscal en Brasil

Fundamental right to health and fiscal austerity measures in Brazil

Fernanda de Magalhães Dias Frinhani

Doutora, PGD em Direito (ESAMC)

Álvaro Oliveira da Silva Pereira

PPGD em Direito da Saúde (UNISANTA)

RESUMO: Contextualização: o direito à saúde é uma espécie dos direitos sociais consagrados na Constituição Federal de 1988 e um dos eixos de proteção do sistema da seguridade social. O constituinte originário o fixou como norma programática, ou seja, um ideal a ser efetivado pelo Estado brasileiro, prenunciando que a atuação dos gestores públicos deve ser norteada à sua materialização. O direito à saúde e seus determinantes sociais também estão estampados em normas de direito internacional que o Brasil é signatário, estando nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030. **Problema:** com a adoção de medidas de austeridade fiscal, o direito à saúde é efetivado no Brasil? **Objetivos:** expor como o direito à saúde é disciplinado pelo ordenamento jurídico pátrio, propondo uma análise das políticas pautadas na austeridade fiscal, que levam ao subfinanciamento da saúde pública no Brasil e desagua em violações aos direitos humanos fundamentais de toda a coletividade. **Métodos:** o estudo se deu a partir das metodologias de pesquisa bibliográfica e documental, analisando-se a produção literária e os documentos expedidos por órgão governamentais, organismos internacionais e independentes. **Resultados:** obteve-se a percepção que o ordenamento brasileiro prevê, teoricamente, que o acesso à saúde se dá de maneira universal, integral e equitativa. Todavia, restou evidente que tal previsão se concentra apenas na teoria, ocorrendo, na prática, um profundo processo de subfinanciamento da saúde pública no Brasil a partir de medidas de austeridade fiscal um tanto controvertidas e adotadas pelos gestores brasileiros. **Conclusões:** as medidas de austeridade fiscal amarram o orçamento público, criando óbices que impedem a efetivação do direito à saúde, atribuindo-se ao Estado o papel de agente violador, posto que não materializa o ditame constitucional e acaba por não concretizar as normas celebradas internacionalmente pelo Brasil, agravando os determinantes sociais da saúde e retardando o cumprimento dos ODS da Agenda 2030.

PALAVRAS-CHAVE: Direito da Saúde. Saúde Pública. Despesas Públicas com Saúde. Determinantes Sociais da Saúde.

***RESUMEN**: **Contextualización:** el derecho a la salud es una especie de los derechos sociales consagrados en la Constitución Federal de 1988 y uno de los pilares de protección del sistema de seguridad social. El constituyente original lo estableció como una norma programática, es decir, un ideal a ser implementado por el Estado brasileño, anticipando que la actuación de los gestores públicos debe estar orientada hacia su realización. El derecho a la salud y sus determinantes sociales también están reflejados en normas de derecho internacional de las cuales Brasil es signatario, como se evidencia en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030. **Problema:** ¿Con la adopción de medidas de austeridad fiscal, se efectúa el*

* Esse trabalho foi apresentado originalmente no V Congresso Internacional de Direito da Saúde, realizado em 19, 20 e 21 de outubro de 2023 na Universidade Santa Cecília (UNISANTA). Em função da recomendação de publicação da Comissão Científica do Congresso, fez-se a presente versão. Menção honrosa de melhor Comunicação Oral do Grupo de Trabalho 1, na temática Determinantes da Saúde.

derecho a la salud en Brasil? ***Objetivos:*** *exponer cómo el derecho a la salud está regulado por el ordenamiento jurídico brasileño, proponiendo un análisis de las políticas basadas en la austeridad fiscal que conducen a la falta de financiamiento de la salud pública en Brasil y resultan en violaciones de los derechos humanos fundamentales de toda la colectividad.* ***Métodos:*** *el estudio se llevó a cabo utilizando metodologías de investigación bibliográfica y documental, analizando la producción literaria y los documentos emitidos por entidades gubernamentales, organismos internacionales e independientes.* ***Resultados:*** *se obtuvo la percepción de que el marco legal brasileño teóricamente establece que el acceso a la salud debe ser universal, integral y equitativo. Sin embargo, quedó claro que esta disposición se concentra únicamente en la teoría, ya que, en la práctica, se desarrolla un profundo proceso de "subfinanciación" de la salud pública en Brasil a partir de medidas de austeridad fiscal algo controvertidas y adoptadas por los gestores brasileños.* ***Conclusiones:*** *las medidas de austeridad fiscal restringen el presupuesto público, creando obstáculos que impiden la realización del derecho a la salud, asignando al Estado el papel de un agente que viola este derecho, ya que no materializa la determinación constitucional y no logra concretar las normas celebradas internacionalmente por Brasil, exacerbando los determinantes sociales de la salud y retrasando el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030.*

PALABRAS CLAVE*: Derecho Sanitario. Salud Pública. Gasto Publico en Salud. Determinantes Sociales de la Salud.*

ABSTRACT*:* ***Context:*** *The right to health is a type of social right enshrined in the Federal Constitution of 1988 and one of the pillars of the social security system. The original constituent established it as a programmatic norm, meaning an ideal to be implemented by the Brazilian state, indicating that the actions of public administrators should be guided toward its realization. The right to health and its social determinants is reflected in international legal norms to which Brazil is a signatory, as they are part of the Sustainable Development Goals of the 2030 Agenda.* ***Problem:*** *with the adoption of fiscal austerity measures, is the right to health effectively realized in Brazil?* ***Objectives:*** *expose how the right to health is regulated by the Brazilian legal system, proposing an analysis of policies based on fiscal austerity, which lead to underfunding of public health in Brazil and result in violations of the fundamental human rights of the entire community.* ***Methods:*** *the study was conducted using bibliographical and documentary research methodologies, analyzing literary production and documents issued by governmental agencies, international organizations, and independent entities.* ***Results:*** *the perception obtained is that the Brazilian legal framework theoretically provides for universal, comprehensive, and equitable access to healthcare. However, it became evident that this provision is concentrated only in theory, as in practice, there is a profound process of underfunding of public health in Brazil due to somewhat controversial fiscal austerity measures adopted by Brazilian officials.* ***Conclusions:*** *Fiscal austerity measures constrain the public budget, creating obstacles that prevent the realization of the right to health, assigning the State the role of a violator, as it does not materialize the constitutional determination and ultimately fails to implement the internationally celebrated standards by Brazil, exacerbating the social determinants of health and delaying the achievement of the Sustainable Development Goals of the 2030 Agenda.*

KEYWORDS*: Health Law. Public Health. Public Expenditures on Health. Social Determinants of Health.*

Introdução

Preliminarmente, antes de analisar-se o regimento dado ao direito à saúde pela legislação brasileira, bem como fixar-se uma correlação entre o seu nível de efetividade e as condutas tomadas pelos administradores do erário sob o prisma da austeridade fiscal, é necessário a compreensão do direito à saúde como uma espécie dos denominados direitos humanos.

O conceito de direitos humanos pode ser definido como o conjunto de normas de origem internacional, posteriormente internalizadas na forma de direitos fundamentais, que objetivam a proteção de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais.

Revestindo-se, assim, num conjunto de direitos que visam promover e concretizar o princípio da dignidade da pessoa humana, um dos fundamentos do Estado brasileiro (Mazzuoli, 2021).

Desta forma, pode-se afirmar que tais direitos possuem uma dúplice característica. Sob a ótica negativa, primando-se pelo princípio da inviolabilidade da pessoa, representam um dever de abstenção por parte do Estado em realizar condutas que violem tais direitos de sua população; do ponto de vista positivo, preceituam um dever deste mesmo Estado em tomar todas as medidas necessárias à plena efetivação de tais direitos aos seus titulares (Lenza, 2021).

Tendo a vida e saúde como bens jurídicos valiosos, estando estes bens em equilíbrio, pode o indivíduo exercer com plenitude todos os demais direitos. Logo, é condição indispensável à concretização do postulado da dignidade da pessoa humana.

Deste modo, é essencial que o ser humano tenha à sua disposição uma série de condições materiais, também chamadas de determinantes ou condicionantes sociais, capazes de promover o mínimo existencial para uma vida digna e plena (Ribeiro *et al.*, 2021). São os pressupostos de uma vida saudável, sendo estampados no artigo 3º da Lei nº 8.080/1990, a Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Os determinantes sociais se ilustram positivamente no acesso universal à saúde, à educação, a uma moradia digna, ao emprego, ao transporte, no acesso a alimentos seguros e de qualidade, ao saneamento básico, segurança pública e participação popular na tomada de decisões. Presentes no contexto social, possibilitam que o indivíduo se desenvolva de modo satisfatório, com respeito a sua dignidade.

Nessa perspectiva surge o problema de pesquisa que norteia o presente trabalho: qual o impacto das medidas fundadas na austeridade fiscal na efetivação do direito à saúde no Brasil? Para se obter uma resposta a tal indagação, buscando auferir qual a correlação entre os determinantes sociais e a adoção de medidas de austeridade, o estudo se guiará pelas metodologias de pesquisa bibliográfica e documental.

No geral, busca-se compreender como o ordenamento brasileiro estrutura a saúde, qual o mecanismo utilizado para o seu efetivo provimento à população, bem como se este se dá maneira adequada às necessidades. Em específico, objetiva-se a cognição da natureza jurídica atribuída ao direito à saúde, interpretando como o comportamento adotado pelos gestores públicos na administração dos recursos pode ou não corroborar para a efetividade de tal direito social.

1 O direito à saúde no contexto brasileiro

O direito à saúde é classificado como um dos direitos humanos de segunda dimensão, uma vez que este é compreendido como um dos direitos sociais estabelecidos pela ordem jurídica a partir do início do século XX (Bonavides, 2013; Lenza, 2021).

Não obstante a positivação deste direito se dar a partir do constitucionalismo, ou seja, quando os ordenamentos jurídicos dos Estados passaram à regência de constituições programáticas que buscavam a previsão dos direitos sociais, culturais e econômicos; o ser humano, apesar de diferenciar-se dos animais por ser dotado de racionalidade, preservou

em si o instinto de preservação da espécie, este comum a todos os demais animais (Raeffray, 2005).

Nas palavras da Profa. Dra. Ana Paula Raeffray (2005):

> Desde os primórdios da sua existência, o Homem se preocupa com a própria saúde, seja na era primitiva, quando lambia as próprias feridas, como todos os animais ainda o fazem, seja na era atual, onde os contínuos avanços tecnológicos propiciam a cura de muitos males, os quais, no passado, levavam reiteradamente à morte.

O termo saúde é de complexa conceituação, podendo ser descrito sob vários prismas, sendo todos eles essenciais para uma compreensão panorâmica da saúde como um direito fundamental e como uma meta a ser conquistada em nossa sociedade.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), de acordo com o preâmbulo do seu documento de constituição de 1946, saúde é "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade". Nesta linha, em estudo divulgado em 2018, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) classifica que o conceito OMS "está, em parte, alinhado com o modelo holístico e reforça as conotações positivas de saúde". Para Sabroza (2004) o conceito de saúde atribuído pela OMS é programático, isto é, devendo servir como referência a ser alcançada por toda a sociedade.

Para os críticos, o conceito firmado pela OMS é utópico e não reflete fielmente o que é saúde, mas sim uma idealização do que deveria ser. Nesse sentido reflete-se o pensamento de Schwartz (2001):

> O conceito da OMS, entretanto, sofre várias críticas. Em verdade, o conceito não é operacional, pois depende de várias escalas decisórias que podem não implementar suas diretrizes. Vários são os fatores que atuam negativamente nesse sentido, sendo que o principal, pode-se dizer, é que, a partir do momento em que o Estado assume papel de destaque no cenário da saúde, a vontade política é instrumento de inaplicabilidade do conceito da OMS, uma vez que as verbas públicas correm o risco de não serem suficientes para a consecução do pretendido completo bem-estar físico, social e mental.

Apesar das críticas, é apenas no modelo holístico que se leva em consideração a interação entre o agente e o meio em que está inserido: o ecossistema. Foi com o levante do movimento sanitarista no início da década de 1970 que a relação saúde-doença começou a levar em consideração a cooperação do ambiente para com a saúde ou o adoecimento dos indivíduos (Roldan; Lamy; Akaoui, 2021).

A saúde está condicionada a determinadas circunstâncias materiais associadas ao desenvolvimento social e econômico do Estado, como o acesso à moradia, ao transporte, lazer, educação etc. Condicionam-se ao cumprimento do ditame legislativo previsto pelo artigo 3º da LOS. Todavia, o sistema econômico capitalista tem como um de seus reflexos a produção de crises econômica sistêmicas e recorrentes, levando à piora dos determinantes sociais e impondo óbices à efetivação do direito à saúde; a pobreza e a carência do mínimo se configuram como um agente determinante para o adoecimento da coletividade.

Nas palavras de Ribeiro *et al.* (2021), "esse mínimo existencial não pode ser confundido ou reduzido a um 'mínimo vital', responsável apenas pela sobrevivência do indivíduo; ao contrário, deve ser capaz de garantir uma vida saudável, uma vida que valha

a pena ser vivida". Com isso, o investimento massivo em políticas de combate à miséria, distribuição de renda, atenção primária em saúde, saneamento básico, de moradia digna e habitações populares, lazer, alimentação e vacinação figuram-se como condições essencial a serem materializadas pelo Estado.

Para o Direito a percepção de saúde deve ser pautada sob o ângulo da saúde pública, ou seja, sob uma ótica mais ampla e coletiva, acima dos interesses particulares, entendendo-se que saúde é a capacidade ou aptidão que os seres humanos têm de interagir com salubridade entre si e com o meio ambiente. Nesse sentido, a saúde pressupõe a execução de políticas públicas de caráter sociais, econômicas e sanitárias que objetivem assegurar o acesso de todos às condições necessárias de manutenção de sua vida de forma digna e segura, reduzindo-se a exposição aos fatores de risco (Ceballos, 2015).

Canotilho (2003) corrobora que em Estados como o Brasil, "onde o Estado do bem-estar social tem dificuldades para ser efetivado", torna-se vital a presença clara e expressa dos direitos fundamentais e da função de prestação social do Estado no corpo da constituição, sendo a forma de vincular minimamente o Estado à execução das normas programáticas.

Em seus ensinamentos, Dallari e Nunes Júnior (2010) relatam que a inserção do direito à saúde no texto da Constituição Federal de 1988 (CF/88) foi produto dos movimentos populares da mais alta relevância no contexto da luta pela redemocratização da política brasileira, como, por exemplo, o Movimento de Reforma Sanitária. Esses movimentos tiveram como uma de suas origens a criação, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), e davam o aceno de que com o Estado Democrático de Direito seria necessário atender os anseios e aspirações do povo brasileiro, em especial, consolidando princípios e diretrizes por meio da positivação destes em normas jurídicas.

Vejamos o posicionamento prenunciado pelo CEBES, em 1979, quando a Câmara dos Deputados promoveu o 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde:

> O reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens, à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde; [...] do caráter socioeconômico global destas condições: emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis; [...] da responsabilidade parcial, porém intransferível das ações médicas propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população; [...] do caráter social deste Direito e tanto da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva implementação e resguardo das condições supramencionadas.

Na visão de Ribeiro *et al.* (2021) acerca do tema:

> A constitucionalização da saúde como direito fundamental é uma das inovações trazidas pela CF/88, uma vez que garante tal direito como sendo de todos e um dever do Estado, enquanto os textos anteriores, quando existentes, traziam avanços e retrocessos e diziam respeito às regras sobre a distribuição de competências (materiais e legislativas) ou cobertura específica de algum direito do trabalhador.

A primeira aparição do direito à saúde na CF/88 se dá em seu artigo 6º. Nele, o constituinte classificou a saúde como um dos direitos sociais. Posteriormente, em seus artigos 23 e 24, estabeleceu-se a competência material comum da promoção da saúde, além da competência legislativa concorrente para legislar sobre o tema, fixando

solidariamente a responsabilidade dos entes federativos para a consecução das políticas públicas de assistência social e cuidado da saúde da população. Reiterando tal premissa, temos o entendimento firmado pelo Supremo Tribunal Federal (STF) ao julgar o RE 855.178/SE que culminou na emissão do Tema 793, *in verbis*:

> Descrição: Recurso extraordinário em que se discute, à luz dos arts. 2º e 198 da Constituição Federal, a existência, ou não, de responsabilidade solidária entre os entes federados pela promoção dos atos necessários à concretização do direito à saúde, tais como o fornecimento de medicamentos e o custeio de tratamento médico adequado aos necessitados.
>
> Tese firmada: Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro.
>
> (Brasil, STF, Tema 793; RE 855.178/SE)

Com a Lei Maior de 1988, o constituinte optou pela migração do sistema de seguro social para o da seguridade social, integrando neste a saúde pública; fixando tal determinação no artigo 194 da CF/88. O referido sistema é caracterizado pelo atendimento aos seguintes princípios: universalidade de cobertura e de atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios, seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, irredutibilidade dos valores, equidade no custeio e diversidade de base para o seu financiamento, além da descentralização administrativa.

O artigo 195, combinado com o §1º do artigo 198, da CF/88, estabelece que o financiamento da seguridade social se dará por toda a sociedade, quer direta ou indiretamente, com receitas oriundas dos orçamentos de todos os entes federativos, bem como das contribuições sociais pagas pelos empregadores sobre a sua folha salarial, seu faturamento e lucro; dos trabalhadores, descontada progressivamente e retida na fonte; além dos importadores de bens e serviços quando a lei determina.

Na sequência, o artigo 196 determina o emprego das políticas públicas necessárias à melhoria dos determinantes e condicionantes sociais outrora narrados e que são capazes de influir na melhora da saúde da população.

> 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 recuperação.
>
> (Brasil, 1988)

Nessa esteira, corroboram as palavras do ex-ministro Celso de Mello, do STF, no julgamento do AgR-RE 271.286/RS afirmando que norma programática jamais deve ser entendida como expectativa de direito, mas que:

> [...] o caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política – que tem por destinatário todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro – não pode converter-se em promessa constitucional inconsequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado.

1.1 Preceitos internacionais e seus reflexos no direito brasileiro

Em 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) editou algumas propostas a serem alcançadas por seus Estados-membros, dentro da conhecida Agenda 2030, denominados de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Os ODS visam a melhoria da qualidade de vida da população mundial por meio da retração dos efeitos das mudanças climáticas, da redução da pobreza e das mazelas sociais.

A materialização de todos os ODS contribui para a melhoria dos determinantes sociais da saúde. Contudo, compreende-se que três dos dezessetes conseguem reverberar reflexos mais nítidos, sendo eles: ODS nº 2, que determina a erradicação da fome e o estabelecimento de uma agricultura sustentável; o ODS nº 3 que visa "assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades"; e o ODS nº 6 que estabelece o acesso de água potável e saneamento básico a toda a coletividade.

Além disso, no Brasil temos como reflexo histórico a adesão de nosso Estado ao Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), de 1966, com caráter vinculante e que culminou na promulgação do Decreto Legislativo nº 226/1991, com meta de dar maior efetividade aos direitos previstos na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (DUDH).

Nos anos recentes, o Brasil também promulgou do Decreto nº 10.212/2020, regulamentando o Decreto Legislativo nº 395/2009, que internalizou no Direito brasileiro o Regulamento Sanitário Internacional de 2005. Para Ribeiro *et al.* (2021) o decreto veio em boa hora, ante o contexto de pandemia da COVID-19, trazendo "o conceito de emergência de saúde pública de interesse internacional, no qual a pandemia da COVID-19 se enquadra".

1.2 O Sistema Único de Saúde e a Saúde Suplementar no Brasil

Segundo Saldiva e Veras (2018), antes da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), sob égide do sistema de seguro social, somente tinham acesso à saúde aqueles que contribuíam com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e, para aqueles que não contribuíam e estivessem em situação de vulnerabilidade social e hipossuficiência econômica, restavam o amparo das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais-Escolas ou entidades filantrópicas.

A criação do SUS se deu numa conjuntura produto da má-administração e corrupção provida durante a Ditadura Militar e que levou o país à hiperinflação, a queda do crescimento econômico e a restrições econômicas. O cenário internacional era de ascensão do neoliberalismo, reverberando reflexos no Brasil. Contexto que não contribuía para a elaboração de uma nova Carta Política com caráter mais social (Soares, 2014).

Apesar disso, o SUS fora criado sob a perspectiva do sistema de seguridade social, tendo seu assentamento na universalidade de acesso, bem como na integralidade e equidade, se projetando no cenário da constitucionalização da cidadania; sendo suas competências e atribuições fixadas no artigo 200 da Lei Maior de 1988.

O texto atribui a ele a execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, da saúde do trabalhador; dando as diretrizes para a formação de profissionais da área da saúde; participando da formulação e execução de políticas públicas de saneamento básico; fomentando o desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalizando a produção e distribuição de alimentos e de água potável, bem como de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.

Compreende-se que o SUS possui a natureza constitucional de garantia institucional fundamental. Dessa maneira, é vedado uma reforma ao texto constitucional que tente reduzi-lo ou aboli-lo e, se ameaçado, pode figurar como objeto de tutela constitucional perante o STF. O sistema tem uma idealização moderna, porém possui "amarras burocráticas e excessiva normatização administrativa", mas foi acertado em transferir a execução das principais tarefas aos municípios (Ribeiro *et al.*, 2021). Contudo, grande parte deles não possuem a estrutura adequada à execução das atividades, tornando-os dependentes financeiramente de repasses da União e dos estados.

Ao seu abrigo, a política de promoção e amparo à saúde deve primar pela atenção básica com foco na medicina preventiva, sendo um dos exemplos mais notáveis, no Brasil, o emprego da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Formada por uma equipe multidisciplinar que acompanha a saúde das famílias porta a porta, é reconhecida mundialmente como uma das estratégias mais econômicas e eficazes na gestão em saúde. No entanto, sua cobertura nacional ainda é baixa. A adoção de medidas como esta visam a redução de custos e a ampliação do amparo do sistema à comunidade, encaminhando os pacientes para equipamentos de média ou alta complexidade somente em casos de necessidade.

Quanto ao custeio do SUS, o §10 do artigo 195 da CF/88 prevê a destinação de receitas para o financiamento do sistema. Segundo ele, "a lei definirá os critérios de transferência de recursos para o Sistema Único de Saúde [...] da União para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e dos Estados para os Municípios, observada a respectiva contrapartida de recursos", de forma a reduzir as desigualdades regionais. Já o artigo 198 fixa a vinculação de parte das receitas orçamentárias dos entes federativos para o custeio da saúde pública.

A União fora incumbida de realizar, no mínimo, o direcionamento de 15% da receita líquida corrente no ano-fiscal a ser aplicada na saúde do ano subsequente; já para os estados e o Distrito Federal, o artigo 6º da Lei Complementar nº 141/2012 determina a aplicação de no mínimo 12% da arrecadação de suas receitas públicas derivadas, os tributos, em ações e serviços de saúde; quanto aos municípios, o artigo 7º da mesma lei fixa o percentual de no mínimo 15% das receitas próprias para serem investidas.

Nessa toada, é valiosa a indicação trazida por Ribeiro *et al.* (2021). Para ele:

> "[...] a importância de se assegurar os recursos necessários tem origem no dever de progressividade assumido pelo Brasil no art. 2º, item 1, do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (promulgado pelo Decreto n. 591/1992) e no art. 1º do Protocolo Adicional à Convenção Americana de Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Protocolo de São Salvador, promulgado pelo Decreto n. 3.321/1999), o qual contém regra específica que obriga os Estados signatários a adotarem medidas econômicas para assegurar a progressiva prestação dos direitos sociais."

Todavia, sob a narrativa de imposição de um tratamento mais responsável para com a coisa pública, sob o fundamento da austeridade fiscal com as despesas públicas, no ano de 2016, o Congresso Nacional promulgou a Emenda Constitucional nº 95. Esta EC veio a limitar os investimentos públicos federais, entendidos como "gastos" pela classe política, congelando-os pelo prazo de vinte anos; dentre eles, os investimentos em saúde. A despeito das receitas para o financiamento da saúde serem vinculadas, a citada emenda limitou a utilização total das receitas orçamentárias da União em todas as áreas, limitando, consequentemente, os investimentos em saúde.

Um de seus reflexos mais negativos diz respeito ao prejuízo que os estados e os municípios tiveram nos repasses de receitas oriundas da União, "impossibilitando a formulação de políticas públicas de investimentos voltadas para a superação das desigualdades sociais e regionais" (Ribeiro *et al.*, 2021). Deste modo, o Estado brasileiro, ao menos em essência, vai na contramão da progressividade e regularidade dos investimentos em saúde, contrariando, assim, as disposições presentes nos tratados internacionais que é signatário e que foram internalizados em nosso ordenamento.

Por derradeiro, prescreve o ex-ministro Celso de Mello, quando do julgamento da ADPF-MC nº 45 no STF, que não é permitido à administração pública "criar obstáculo artificial que revele o ilegítimo [...] propósito de frustrar a preservação, em favor da pessoa e dos cidadãos, de condições materiais mínimas de existência" por meio de manobras em sua atividade financeira.

Segundo o estudo de Nobre e Faria (2023), pesquisadores do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), entre 2013 e 2023 os recursos financeiros para investimentos em saúde pública tiveram uma queda de 64%, o que corresponde o montante de R$ 10 bilhões. Demonstrou-se uma queda abrupta de R$ 16,4 bilhões, em 2015, para R$ 9,7 bilhões em 2016; período que corresponde ao impedimento da então presidente Dilma Rousseff e ascensão de seu vice, Michel Temer, na presidência. Com a instituição do Novo Regime Fiscal (NRF), trazido pela EC nº 95/2016, os aportes na saúde despencaram, tendo atingido, no período, os menores patamares durante a administração do ex-presidente Jair Bolsonaro, com a média de R$ 4,7 bilhões nos anos de seu mandato.

No que tange aos percentuais destinados ao custeio da saúde pública no Brasil, Saldiva e Veras (2018) tecem uma crítica relevante. Para os pesquisadores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), o percentual dos serviços de saúde prestados diretamente pelo Estado na égide do SUS correspondem a 45% das receitas destinadas ao custeio da saúde pública, contrapondo-se a outros sistemas de saúde com o mesmo caráter universalista, como o britânico com 92,4% ou o sueco com 84% de prestação direta pelo Estado. O restante do percentual utilizado segue destinado ao setor privado no âmbito da saúde complementar ao SUS, via contratos administrativos e parcerias público-privadas, e da saúde suplementar, onde destacam-se as renúncias fiscais feitas pelo Estado para subsidiar planos de assistência privada de cunho social, estes com recursos limitados e baixo valor das mensalidades.

A prática representa um retrocesso posto que além de não se atingir o pleno atendimento a todos os cidadãos, os planos de saúde com custos mais acessíveis, subsidiados pelo Estado, não possuem uma cobertura tão abrangente quanto os de custo regular. Com isso, hipoteticamente, se um cidadão vier a ter uma moléstia gravíssima, é possível que a operadora não esteja contratualmente obrigada a fornecer certos serviços, passando o enfermo a ser direcionado à prestação direta do SUS, que suportará os

encargos mais elevados sem receber a justa restituição do operador privado de saúde (Saldiva; Veras, 2018).

2 As medidas de austeridade fiscal e suas implicações no direito fundamental à saúde

Em consonância com as preleções presentes no estudo realizado pela OPAS em 2019, o percentual recente de investimento real em saúde pública no Brasil se encontra em 3,9% do Produto Interno Bruto (PIB), sendo consideravelmente menor que de outros países latino-americanos como o Uruguai e a Costa Rica, que superam os 6,5% do PIB; Estados que possuem menor quantidade de riquezas que o Brasil. Tal percentual, beirando os 4%, demonstra a inação crônica da administração pública em efetivamente salvaguardar o direito à saúde com plenitude, desaguando, por conseguinte, numa violação aos direitos fundamentais previstos na CF/88.

Para se efetivar o direito fundamental à saúde, é necessário que este não esteja só positivado, mas sim que haja políticas públicas destinadas à sua materialização e, sobretudo, receitas para o financiamento dessas medidas. Com isso, o Direito estabelece uma relação de interdependência com a economia.

Diante da omissão por parte da administração pública, leva-se à apreciação do poder judiciário um volume incomensurável de ações que pleiteiam as mais variadas necessidades em saúde, das mais simples às mais complexas. Tal fenômeno, denominado pela doutrina como judicialização da saúde, ilustra o cenário de subfinanciamento da saúde pública brasileira e o papel do judiciário como cumpridor do disposto constitucional; no entanto, também acaba por desaguar no tensionamento entre os Poderes da República (Paula Filho, 2021).

Na visão de Manuel Branco (2009), pesquisador do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra – Portugal (CES/UC), para muitos agentes políticos a economia e a efetivação dos direitos fundamentais podem não caminhar rumo ao mesmo norte, posto que dentro da lógica do sistema capitalista a economia flui de maneira a direcionar diversamente o acesso a bens e serviços, ao passo que os direitos fundamentais se baseiam na universalidade de acesso e gozo desses bens e serviços. Desta maneira, parte dos indivíduos que ocupam posições de destaque na administração pública veem o empenho na materialização destes direitos como contraditórios ao raciocínio econômico; é o conflito entre o interesse público primário, no caso a saúde, e o interesse público secundário, o equilíbrio das contas públicas.

Para se obter uma compreensão clara acerca do posicionamento destes agentes públicos, é necessário a cognição de como as dinâmicas econômicas fluem dentro do sistema capitalista. Nesse sentido, sob o prisma dos ideais neoliberais, a austeridade fiscal seria um remédio amargo para um Estado doente e precisa retornar à vida, ao crescimento econômico. Nessa linha, Branco (2009) compreende que a economia dentro do capitalismo é empregada de modo frio e com caráter tecnicista; "a eficiência econômica também pode tolerar a exclusão de indivíduos da distribuição de recursos quando aquela está presa à fortes restrições orçamentárias", contrapondo-se assim à justiça social e a efetivação dos direitos fundamentais.

Destarte, a reserva dos recursos para o financiamento da saúde e dos demais direitos sociais, via a formulação do orçamento público, não devem ser constituídos estritamente sob o ponto de vista frio, calculista e técnico, visto que o próprio orçamento detém uma característica política e deve buscar materializar as normas programáticas fixadas pela Carta Política de 1988.

Nessa perspectiva, a adoção de políticas públicas de austeridade fiscal e contingenciamento dos investimentos públicos em setores fundamentais como a saúde levam à indagação do seguinte: a atuação dos agentes públicos está sendo orientada pelo princípio da supremacia do interesse público sobre o privado? Para Di Pietro (2023) o referido princípio está implícito em todo o ordenamento jurídico, determinando, numa interpretação mais ampla possível, que a atuação da administração pública deve se pautar pelo interesse coletivo em detrimento do interesse individual. Nessa perspectiva, as medidas de austeridade fiscal podem demonstrar indícios de contribuição para a piora dos determinantes sociais que, por consequência, corroboram com o processo de adoecimento da coletividade, manifestando-se como contrárias ao interesse público.

Para que haja mudanças efetivas, se faz necessário o reconhecimento do cenário atual como um contexto que ofende a CF/88 e suas preleções, reconhecendo-se que a inação da Administração e de seus agentes na gestão da coisa pública promovem violações ao direito fundamental à saúde de toda a coletividade. Reconhecido tal cenário, poderá a sociedade elevar o debate sobre a temática, evoluindo, assim, os pressupostos para a formulação do orçamento público e a solução para o subfinanciamento em saúde (Paula Filho, 2021).

2.1 A austeridade fiscal e seus efeitos

O sistema capitalista tem como uma de suas várias consequências a reiterada produção de crises, sendo estas de caráter econômico, político e institucional. Tais crises geram implicações negativas nos determinantes sociais, como o desemprego e piora nas finanças das famílias, o que, a seu turno, leva a piora das finanças do próprio Estado posto que, no Brasil, o maior volume de arrecadação de receitas para os cofres públicos está pautado no consumo e não na renda. Logo, a piora nesses determinantes levam à queda na arrecadação.

No entanto, na visão de alguns agentes públicos, o caminho para a solução de tais crises não é o aumento dos investimentos públicos com fim de melhorar os determinantes sociais da população, o consumo da classe trabalhadora e, por consequência, a arrecadação do Estado. À luz do neoliberalismo, estes agentes compreendem que o caminho é exatamente o oposto: a redução drástica desses investimentos públicos, a adoção da austeridade fiscal.

No contexto da administração pública, a austeridade fiscal se configura na limitação do fornecimento de determinados bens ou serviços públicos mediante a diminuição e/ou restrição das receitas necessárias dentro da elaboração do orçamento público, sob a justificativa de ter-se a necessidade de estabilizar as contas do Estado. Nessa lógica, os verdadeiros cortes levariam a sustentação das finanças públicas e, com o passar do tempo, na volta do crescimento econômico.

Para Mark Blyth (2017), professor e cientista político, a austeridade fiscal tem seu fundamento enraizado muito mais na ideologia do que na técnica científico-econômica. O administrador público, orientado pela ideologia neoliberal, toma medidas concretas para forçar uma deflação e recompor a competitividade do mercado. Essas medidas podem se manifestar na restrição orçamentária, bem como na adoção de políticas públicas de arrocho salarial e elevação das taxas de juros praticadas no mercado, desaguando no agravamento dos determinantes sociais, na piora da saúde das famílias e na queda ainda maior na arrecadação por parte da Administração.

Na visão de Alberto Alesina (2010), ex-professor do Departamento de Economia da Universidade de Harvard e popularmente conhecido como o "pai da austeridade", a adoção de medidas austeras impõe, como "efeito colateral", graves consequências negativas ao povo no curto prazo, levando a redução do padrão de vida das populações mais vulneráveis. Em suas palavras:

> Um grande impedimento para grandes ajustes fiscais é que o público pode acreditar que eles implicam em grandes custos sociais para os desfavorecidos. A resposta de que ajustes fiscais não precisam interferir em programas sociais, pensões e transferências é fraca. A parcela do gasto público que vai para tal programa é simplesmente grande demais para não ser afetada e, além disso, a dinâmica interna dos programas e a demografia de alguns deles muitas vezes torna impossível ajustá-los sem tocá-los (Alesina, 2010 – tradução livre)[2].

Com isso, entende-se que a redução de aportes necessários à satisfação dos direitos sociais constitucionalmente previstos, no caso em tela, a saúde pública, pode contribuir para a piora dos determinantes sociais e no adoecimento dessa população. Este cenário de queda da capacidade de fornecimento dos serviços de saúde em virtude do contingenciamento orçamentário oriundo da adoção de medidas de austeridade fiscal pode causar um significativo prejuízo social, uma vez que, não promovendo a efetivação do direito à saúde, o Estado acaba violando também o postulado da dignidade da pessoa humana (Ceballos, 2015).

Colocando-se em foco as palavras de Alesina (2010), pode-se notar uma nítida influência ideológica presente na narrativa dos defensores das medidas de austeridade fiscal, em especial na percepção do emprego de recursos orçamentários como um gasto público e não como um investimento na melhoria da qualidade de vida da população e da satisfação do princípio da dignidade da pessoa humana.

Desde o início do segundo mandato da ex-presidente Dilma Rousseff, em 2015, sua administração fora marcada pela instituição de medidas mais austeras. Para os apoiadores da austeridade fiscal, as medidas seriam necessárias ante um cenário de crises financeira, fiscal e econômica; como aquele que o Brasil se encontrava nos idos de 2016, época que foi promulgada a EC nº 95/2016.

Sob tal fundamento, no exercício do poder constituinte reformador, o parlamento brasileiro decidiu pelo contingenciamento dos recursos orçamentários em setores estratégicos, como a saúde, objetivando um superávit fiscal forçado na esfera do Novo

[2] Versão original: One major impediment to large fiscal adjustment is that the public might believe that they imply large social costs for the disadvantaged. The answer that fiscal adjustments do not need to interfere with social programs, pensions, transfers is weak. The share of public spending that goes towards such program is simply too large to be unaffected and, in addition, the internal dynamics of the programs and the demographic of some of them often makes it impossible to adjust without touching them (Alesina, 2010).

Regime Fiscal. Tal contingente se deu com a determinação de que, quando da elaboração do orçamento, a destinação de recursos deveria se referenciar e limitar no valor empregado no ano anterior com a correção deste pela inflação do período; materializando-se em crescimento nulo dos investimentos na saúde pública (Paula Filho, 2021).

Em essência, o Novo Regime Fiscal deu novo posicionamento do Estado para com a saúde pública, passando do subfinanciamento para um verdadeiro "desfinanciamento", posto que apesar das receitas estarem presentes em caixa, a norma estabelecida vedava sua efetiva utilização.

Em referência ao argumento da necessidade de medidas de austeridade, sustentado pelos agentes públicos balizados pelo pensamento neoliberal, Soares (2014) afirma que este é falacioso, posto que a lógica de subfinanciamento proposital da saúde pública se figura de modo obscuro como uma política de Estado no Brasil, ocorrendo de modo sistemático e permanente, anterior até mesmo à promulgação da CF/88.

Um dos marcos importantes de esvaziamento dos aportes à saúde pós CF/88 foi a instituição da Desvinculação da Receitas da União (DRU) no ano 2000. Segundo o artigo 55 do Ato de Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), ao menos 30% do orçamento da Seguridade Social deve ser direcionado ao financiamento da saúde. Contudo, apesar do aumento da arrecadação fruto das contribuições sociais, a DRU permitiu que a administração pública utilizasse parte dos recursos obtidos, 20% deles, diversamente do seu destino original.

Contrapondo-se à austeridade fiscal, Abrahão, Mostafa e Herculano (2011), afirmam que a reserva de um maior numerário no bojo do orçamento público para aplicação de maiores receitas na materialização dos direitos sociais, como o direito fundamental à saúde, gera múltiplas benfeitorias, pois "promove crescimento [econômico] junto com uma melhor distribuição de renda e de capacidades" ao povo.

Dessa forma, o Estado passa a cometer uma dupla lesão: juridicamente, com a constrição de recurso financeiros, passa a ser um agente violador dos direitos fundamentais na medida que não efetiva os ditames constitucionais de promover e garantir o direito à saúde de sua população, não provendo o bem-estar social e o respeito à dignidade da pessoa humana; já do prisma econômico, o Estado abandona sua posição de indutor do crescimento, da atividade econômica e do consumo, levando à concentração de riquezas e o aprofundamento das desigualdades sociais presentes no Brasil.

Conclusões

Conclui-se que o conceito de saúde deve ser entendido como uma capacidade que o ser humano deve ter de interagir no meio social com salubridade. Para isso, tem-se saúde quando, individualmente ou em conjunto, o ser humano está inserido num ecossistema que tenha determinantes e condicionantes sociais que exteriorizem reflexos positivos, sendo que estas só se confirmam com a garantia universal de um mínimo existencial, fruto da atuação estatal. Recomenda-se que a ideia de saúde seja compreendida da maneira mais ampla possível, assim, não restringindo o debate público sobre o tema e possibilitando atributos ainda maiores para a percepção do "ter ou não" saúde, saindo da mera ausência de patologias. Deste modo, à luz do princípio da dignidade

da pessoa humana e de todos os direitos humanos e fundamentais dele decorrentes, o conceito dado pela OMS, o holístico, se revela o mais atual possível, adequado ao constante debate e promoção da saúde em seu sentido mais amplo.

Observou-se que o constituinte originário de 1988 inseriu a saúde no sistema da seguridade social, prevendo o seu acesso por meio do SUS, restando evidente que sua responsabilidade é concorrente entre todos os entes federativos. Contudo, devido a menor capacidade financeira de alguns municípios e estados, estes acabam sobrevivendo de repasses oriundos da União.

Mesmo com a previsão legal de percentuais mínimos de investimentos, o SUS sofre desde a sua concepção com um problema crônico de subfinanciamento, sendo este contexto presente na sociedade até mesmo antes da promulgação da CF/88, sendo agravado com as políticas econômicas neoliberais de austeridade fiscal impostas à sociedade brasileira pela EC nº 95/2016 e o Novo Regime Fiscal que, na prática, ocasionaram um verdadeiro desinvestimento em saúde. Tal medida vai de encontro ao direito fundamental à saúde, sendo um verdadeiro fator de violação deste, infringindo também o princípio da dignidade da pessoa humana, fundamento do Estado brasileiro.

O sucateamento da saúde pública no Brasil, por meio de manobras adotadas pela administração pública em sua atividade financeira, influenciadas na austeridade fiscal, atesta a perversa lógica de fragilização sistemática dos equipamentos e serviços públicos, configurando-se, apesar de velada, numa verdadeira política de Estado.

Dessa forma, a efetivação do direito à saúde pressupõe, necessariamente, uma dupla ação estatal: uma negativa, devendo este se abster de atos que atentem contra a saúde de sua população, como a adoção de tais práticas balizadas na austeridade; e um positivo, cabendo à administração pública promover a saúde coletiva, criando e implantando concretamente políticas públicas capazes de efetivar plenamente a saúde da população, nesse sentido, ampliando os valores destinados à efetiva melhoria da saúde pública e dos demais determinantes sociais via formulação do orçamento. Com isso, o Estado brasileiro efetivará o postulado da dignidade da pessoa humana, respeitando os direitos fundamentais e cumprindo com os compromissos que aderiu no plano internacional, como a implantação efetiva dos 17 ODS e a Agenda 2030 da ONU.

Referências

ABRAHÃO, Jorge; MOSTAFA, Joana; HERCULANO, Pedro. **Gastos com a política social: alavanca para o crescimento com distribuição de renda**. In: Comunicados do IPEA nº 75. Brasília, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4634/1/Comunicados_n75_Gastos_com.pdf>. Acesso em: 18.set.2023.

ALESINA, Alberto. **Fiscal adjustments: lessons from recent history**. Harvard University, 2010. Disponível em: <https://scholar.harvard.edu/files/alesina/files/fiscaladjustments_lessons-1.pdf>. Acesso em: 18.set.2023.

BLYTH, Mark. **Austeridade: a história de uma ideia perigosa**. São Paulo: Autonomia Literária, 2017. (livro eletrônico)

BRANCO, Manuel Couret. Economics against human rights: the conflicting languages of economics and human rights. In: **Capitalism Nature Socialism** v.20, nº 1, 2009. Disponível em: <https://www.ces.uc.pt/ces/eventos/pdfs/manuel_branco.pdf>. Acesso em: 18.set.2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Promulga a constituição do Estado brasileiro em 5 de outubro de 1988. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 18.set.2023.

_____. **Decreto Legislativo nº 226/1991**. Aprova os textos do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ambos aprovados, junto com o Protocolo Facultativo relativo a este último pacto, na XXI Sessão (1966) da Assembleia-Geral da Organização das Nações Unidas. Brasília, 13 de dezembro de 1991. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/1991/decretolegislativo-226-12-dezembro-1991-358251-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 18.set.2023.

_____. **Lei nº 8.080/1990**. Conhecida como Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 18.set.2023.

_____. **Lei Complementar nº141/2012**. Regulamenta o § 3 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; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 13 de janeiro de 2012. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 18.set.2023.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 855.178/SE**. Requerente: União. Agravada: Maria Augusta da Cruz Santos. Relator: Ministro Luiz Fux. Brasília, 23 de maio de 2019. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur422158/false>. Acesso em: 18.set.2023.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 28ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2013.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7ª ed. Coimbra: Almedina, 2003.

CEBALLOS, Albanita Gomes da Costa. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde**. 1ª ed. Recife: UMA-SUS; UFPE, 2015. Disponível em: < https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3332/1/2mod_conc_saude_2016.pdf>. Acesso em: 18.set.2023.

CEBES. **A questão democrática na área da saúde**. In: 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal, 1979. Disponível em: <https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/10/Cebes_Sa%C3%BAde-e-Democracia.pdf>. Acesso em: 18.set.2023.

DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Direito sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 36ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2023.

LENZA, Pedro. **Direito constitucional esquematizado**. 25ª ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2021.

MAZZUOLI, Valério de Oliveira. **Curso de direitos humanos**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Forense; MÉTODO, 2021.

NOBRE, Victor; FARIA, Manuel. **O orçamento da saúde para 2023: o que mudou nos últimos 10 anos?** Nota Técnica n. 29 – abr.2023. IEPS: São Paulo, 2023. Disponível em: < https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/04/IEPS_NT29.pdf>. Acesso em: 18.set.2023.

RAEFFRAY, Ana Paula Oriola de. **Direito da saúde de acordo com a constituição federal**. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

RIBEIRO, Lauro. et al. **Interesses difusos e coletivos: volume 2**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense; MÉTODO, 2021.

ROLDAN, Rosilma Menezes; LAMY, Marcelo; AKAOUI, Fernando Reverendo Vidal. **Determinantes culturais da saúde e da doença**. In: LAMY, Marcelo (Org.). Temas avançados de direito da saúde – vol. 2: casos difíceis. 1ª ed. São Paulo: Matrioska Editora, 2021.

SABROZA, Paulo Chagastelles. **Concepções sobre saúde e doença**. Curso de Aperfeiçoamento em Gestão em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Fundação Oswaldo Cruz, 2004. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf. Acesso em: 18.set.2023.

SALDIVA, Paulo; VERAS, Mariana. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, v. 32, nº 92, p. 47-61. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/146437/140113>. Acesso em: 18.set.2023.

SCHWARTZ, Germano. **Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SOARES, Adilson. **O subfinanciamento da saúde no Brasil: uma política de Estado**. Tese de Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (FCM – UNICAMP). Campinas, 2014. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/Acervo/Detalhe/930958>. Acesso em: 18.set.2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde. Ottawa: OMS, 1986. Disponível em:< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 18.set.2023.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Health Indicators: conceptual and operational considerations**. Washington, D.C.: PAHO; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49056/09789275120057_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y >. Acesso em: 18.set.2023.

PAULA FILHO, Luiz Pinto de. **O estado de coisas inconstitucional na saúde pública brasileira**. In: LAMY, Marcelo (Org.). Temas avançados de direito da saúde – vol. 2: casos difíceis. 1ª ed. São Paulo: Matrioska Editora, 2021.