

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE DIREITO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITO DO ESTADO

Gislaine Vieira Berg Genehr

O FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO BRASIL

Porto Alegre
2018

GISLAINE VIEIRA BERG GENEHR

O FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO BRASIL

Monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Direito do Estado pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Orientador:

Porto Alegre
2018

GISLAINE VIEIRA BERG GENEHR

O FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO BRASIL

Monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Direito do Estado pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Aprovada em 5 julho de 2018.

Orientador

DEDICATÓRIA

Ao Pedro e à Maria, meus anjinhos, filhos queridos, fontes de minha alegria, a quem amo “do tamanho do universo vezes o infinito”.

Ao Alex, esposo e companheiro de vida.

Aos meus pais, Maria e Marco, amigos, exemplos de caráter, honestidade, carinho e amor incondicional.

RESUMO

O presente trabalho possui como escopo o estudo sobre o trato do direito à saúde na Constituição da República de 1988. Ressalta-o como direito fundamental, sobre o qual recai tutela estatal própria, mediante a imposição de obrigações a todas as esferas de governo. Identifica as variadas fontes de custeio especificadas no texto constitucional, bem como as balizas mínimas de aplicação de recursos públicos em saúde impostas à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios. Analisa o impacto da judicialização da saúde no orçamento público. Conclui que o financiamento público ressaí como importante mecanismo de concretização do direito à saúde no País.

PALAVRAS-CHAVE: Direito à Saúde. Financiamento Público. Competência dos Entes Federativos. Fontes de Custeio. Aplicação de Percentual Mínimo de Recursos Públicos. Impacto da judicialização.

ABSTRACT

The present work aims to study the deal of health rights in the Constitution of the Federative Republic of Brazil. It emphasizes as a fundamental right, on which the State has its own responsibility, by imposing obligations on all spheres of government. It identifies the various sources of funding specified in the constitutional text, as well as the minimum percentages for the application of public health resources imposed on the Union, the States, the Federal District and the Municipalities. It analyzes the impact of the judicialization of Health in the public budget. It concludes that public financing is an important mechanism to secure of the right to health in Brazil.

KEYWORDS: Right to Health. Public Financing. Competence of the Federative Entities. Sources of Cost. Impact of the judicialization. Application of Minimum Percentage of Public Resources.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. FINANCIAMENTO PUBLICO COMO INSTRUMENTO PARA A CON- CRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE.....	10
3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS E EVOLUÇÃO CONSTITUCIONAL DA TU- TELA DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL	13
4. DISTRIBUIÇÃO CONSTITUCIONAL DE COMPETÊNCIAS ENTRE OS ENTES FEDERATIVOS EM MATÉRIA DE SAÚDE	21
5. DA DISTRIBUIÇÃO DE COMPETÊNCIAS REALIZADA PELA LEI Nº 8.080/90	24
6. FONTES DE CUSTEIO E LIMITE MÍNIMO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS PÚBLICOS EM SAÚDE	29
7. DESVINCULAÇÃO DE RECEITAS EM MATÉRIA DE SAÚDE	33
8. TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS FEDERAIS FUNDO A FUNDO E POR BLOCOS DE FINANCIAMENTO	36
9. IMPACTO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO FINANCIAMENTO PÚ- BLICO	42
10. CONCLUSÃO	48
11. REFERÊNCIAS	51

1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde e o acesso efetivo a políticas públicas na área é tema recorrente nos bancos acadêmicos e na atuação profissional dos operadores do Direito (sejam eles, advogados, defensores públicos, juízes ou procuradores públicos). O aumento exponencial de ações em que se postula prestação de saúde fez com que a concretização do direito à saúde se tornasse mote de debates no âmbito judicial e administrativo.

Questiona-se, por vezes, o papel do Poder Público na materialização desse direito fundamental previsto na Constituição da República de 1988 e por ela protegido. A Carta Constitucional, ao dispor sobre o direito em tela, estabeleceu o dever do Estado de disponibilizar o acesso da população a ações e a serviços de saúde.

O assunto abordado no presente trabalho foi escolhido por conta da ocupação profissional da pesquisadora, que exerce cargo público em que inerente a função de representação judicial da União, demandada como ré em inúmeras ações judiciais em que pretendido o fornecimento de tratamento pelo sistema público de saúde.

Pretende-se com a pesquisa traçar o panorama do financiamento público da saúde no País, iniciando pela égide do texto constitucional e, após, às principais disposições infraconstitucionais.

Num primeiro momento, identifica-se a tutela do direito à saúde na Constituição da República de 1988, discorrendo sobre o financiamento público como instrumento de efetivação desse direito. Discorre-se sobre os antecedentes históricos e evolução constitucional da tutela do direito à saúde no Brasil desde a Carta de 1824 até o conteúdo atual.

Em seguida, discrimina-se a responsabilidade dos diferentes Entes Federativos na matéria fixada na Constituição e a distribuição de competências realizada pela Lei nº 8.080/90. A partir daí, define-se a atribuição da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no sistema público de saúde, bem como a forma como foi delineado no ordenamento pátrio.

Ato contínuo, apontam-se as fontes de custeio e os percentuais mínimos de recursos públicos destinados a ações e a serviços de saúde definidos no texto

constitucional para cada Ente Federativo. Apresenta-se a legislação infraconstitucional e define-se de que forma operacionaliza-se a destinação e o repasse interfederativo das verbas públicas.

A seguir, são tecidas considerações sobre a repercussão da judicialização da saúde na política pública e no orçamento público destinado ao financiamento do sistema único de saúde. Nesse contexto, destaca-se o impacto do cumprimento de decisões judiciais no financiamento do sistema público de saúde.

2. FINANCIAMENTO PÚBLICO COMO INSTRUMENTO PARA A CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 trata dos chamados Direitos e Garantias Fundamentais no Título II, arts. 5º a 17. Já no Capítulo II, elenca os Direitos Sociais, dentre os quais se situa o direito à saúde. Ao fazê-lo, erigiu o direito à saúde à condição de direito social, inserindo-o no rol do art. 6º, juntamente com a educação, o trabalho, a moradia e outros. Concedeu-lhe a tutela e as garantias inerentes aos chamados direitos fundamentais de segunda geração, que recebem especial tutela e proteção do Estado¹.

Mais adiante, ao cuidar da ordem social, no Título VIII, a Carta Constitucional de 1988 traz o direito à saúde como componente do conceito de seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social. O art. 94 define a seguridade social como o conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

E fez mais, a Constituição da República de 1988, ao dispor, especificamente, da saúde na seção II do título VIII, fixou a norma-matriz desse direito no art. 196, da qual decorre toda a tutela estatal que lhe é concedida².

A norma constitucional dispõe sobre a saúde como direito de todos e, em contrapartida, impõe o dever do Estado de assegurá-lo por meio de políticas públicas específicas a serem desenvolvidas na área. A previsão insculpida no art. 198 conceitua o denominado sistema público de saúde, definindo-o como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde integrantes de uma rede regionalizada e hierarquizada, que formam um sistema único e organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade.

¹ MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 2009. p. 762.

² 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.

Sobre o conceito de saúde e a especial proteção constitucional que lhe foi atribuída, a lição de Zulmar Fachin:

Saúde é um estado físico, psíquico e social capaz de possibilitar à pessoa viver em condição sadia e sã. É, também, o oposto de doença, que, não curada, pode conduzir à morte. Segundo a OMS, saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doenças. Existem vários fatores que determinam e condicionam a saúde, tais como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, art. 3º).

A saúde é protegida pela Constituição de 1988 como um direito fundamental de todos e dever do Estado. Trata-se de um direito que deve ser 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 (art. 196)³. (FACHIN, 2012, p. 597)

Considerando a previsão constitucional de um sistema público de saúde e a norma imperativa direcionada ao Estado, impondo-lhe um dever, indaga-se sobre a forma de concretização do direito à saúde. É dizer, como materializar o direito à saúde mediante acesso a um sistema público? A quem é ordenado tal mister? Quais recursos financeiros serão utilizados?

A resposta a tal questionamento encontra-se no §1º do art. 198⁴, o qual determina que o sistema único de saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

A norma constitucional ainda vai além ao prever a aplicação de limites mínimos de recursos a serem aplicados pelos Entes Federativos na saúde, conforme será demonstrado posteriormente.

³ FACHIN, Zulmar. **Curso de Direito Constitucional**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2012. p. 597.

⁴ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (...)

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Vê-se, claramente, que a Constituição da República de 1988 trouxe o financiamento público como um dos instrumentos de concretização do direito à saúde.

A tônica da importância do custeio público para o financiamento de políticas de saúde já foi tema de debate na Organização Mundial da Saúde - OMS. Os Estados-membros - dentre os quais, o Brasil -, em 2005, por meio da Resolução nº 58.33 da Assembléia Mundial da Saúde⁵, pactuaram o compromisso de desenvolver o que denominaram de “sistemas de financiamento da saúde”, definindo-se como meta a cobertura universal da saúde. Nesse desiderato, os governos enfrentam como ponto crucial a eleição das fontes do financiamento.

O financiamento de forma sustentável é imprescindível para a manutenção do sistema público de saúde. Segundo o Relatório da OMS⁶, há três formas de garantir-se o desenvolvimento da saúde por intermédio de um custeio efetivo: aumento da eficiência da arrecadação fiscal (evitando-se a evasão fiscal e a coleta ineficiente de impostos); prioridade da saúde no orçamento; e fontes inovadoras de custeio.

No Brasil, o relatório do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA⁷ aponta como desafio do financiamento da saúde no Brasil o subfinanciamento, agravado pela desaceleração econômica e pelos ajustes fiscais. Tais assertivas são preocupantes e definem bem como a saúde pública tem sido tratada no País.

⁵ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial de Saúde 2010: financiamento dos sistemas de saúde. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>. Acesso em: 6 de junho de 2017.

⁶ *Idem*.

⁷ INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas Sociais - acompanhamento e análise nº 24, 2016**. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/20170519_bps24.pdf. Acesso em: 6 jun. 2017.

3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS E EVOLUÇÃO CONSTITUCIONAL DA TUTELA DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 concedeu ao direito à saúde o *status* de direito social, inserindo-o no rol do art. 6º, outorgando-lhe a tutela e as garantias inerentes aos chamados direitos fundamentais. Ainda, insere-o no conceito de seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social.

No art. 196, o atual texto constitucional traz a principal norma sobre o direito à saúde existente no ordenamento jurídico brasileiro, que dispõe da saúde como direito de todos e dever do Estado⁸.

Em contrapartida, impõe-se o dever do Estado de assegurá-lo por meio de políticas públicas específicas a serem desenvolvidas na área. No art. 198, conceitua-se o denominado sistema público de saúde, definindo-o como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde integrantes de uma rede regionalizada e hierarquizada, que formam um sistema único e organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade.

O especial tratamento dado ao direito à saúde em âmbito constitucional visto hoje representa importante evolução em relação às Constituições que antecederam o texto de 1988. O histórico demonstra que a proteção à saúde no ordenamento brasileiro é recente e atende ao anseio da sociedade brasileira por melhores condições de vida.

Somente a partir do Século XIX, surgem os primeiros intentos de promoção da saúde por parte do Estado. No período colonial, não há que se falar em saúde pública.

A chegada da família real portuguesa ao Rio de Janeiro, em 1808, foi acompanhada da adoção de ações sanitárias – deduz-se que para atender às

⁸ 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.

exigências da corte, e não da população em geral. Nessa época, foram fundadas as academias médico-cirúrgicas.

A Constituição de 1824 não trouxe previsão expressa de proteção à saúde.

A primeira disposição sobre saúde em texto constitucional despontou na Constituição de 1891, no art. 75:

Art 75 - A aposentadoria só poderá ser dada aos funcionários públicos em caso de invalidez no serviço da Nação.

A iniciativa era tímida, tratando-se, em verdade, de previdência social, restrita a funcionários públicos.

No início do século XX, verificam-se as primeiras iniciativas concretas de organização e de implementação de ações e políticas públicas voltadas à atenção à saúde da população no Brasil. Deram-se com Oswaldo Cruz, que, na condição de Diretor-Geral da Saúde Pública do Governo, nomeado em 1903, implementou medidas de segurança sanitária. Tais ações consistiam na desinfecção e remoção de construções que apresentassem risco sanitário; na necessidade de notificação de casos de doenças infecciosas; e na obrigatoriedade de vacinação - que motivou movimentos populares no Rio de Janeiro, que culminaram na conhecida Revolta das Vacinas.

Em 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública. No mesmo período, despontaram as bases de um sistema nacional de saúde, cujas ações seriam concentradas no governo central.

Com o advento do Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, conhecida como Lei Eloy Chaves⁹, criou-se a primeira caixa de aposentadorias e pensões (CAP), destinada, inicialmente, apenas aos empregados das empresas ferroviárias e seus familiares. Posteriormente, seguiu-se a criação de CAPs de outras categorias de funcionários, disseminando-se um modelo que incluía a prestação de serviços médicos e a previdência aos seus beneficiários. As CAPs, então geridas e financiadas pelas empresas e seus empregados, foram precur-

⁹ Deputado autor do projeto.

soras dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), autarquias federais estruturadas por categorias laborais (*verbi gratia*, marítimos e comerciários) e dirigidas por representantes do governo.

Em 1930, surgiu o Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP), criado pelo Decreto nº 19.402, de 14 de novembro, que tinha como finalidade a prestação de ações de saúde pública direcionadas à população não abrangida pelas CAPs. É dizer, abarcava os desempregados, os trabalhadores informais e os menos favorecidos.

No período, portanto, existia um sistema dual, em que havia parcela da população beneficiada pelos IAPs (empregados com vínculo formal de emprego) e outra parte atendida pelo MESP (demais indivíduos).

A Constituição de 1934 continha disposição expressa sobre competência concorrente da União e dos Estados para “*cuidar da saúde e assistência públicas*” no art. 10, inc.II:

Art 10 - Compete concorrentemente à União e aos Estados:
(...)
II - cuidar da saúde e assistência públicas;

Por sua vez, a Constituição de 1937 estabeleceu, no art. 16, inc. XXVII, a competência privativa da União para legislar sobre normas fundamentais de defesa e proteção da saúde, especialmente da criança.

Art 16 - Compete privativamente à União o poder de legislar sobre as seguintes matérias:
(...)
XXVII - normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança.

No art. 18, dispôs sobre a competência legislativa supletiva dos Estados em relação à assistência pública, a obras de higiene popular, a casas de saúde, a clínicas e a fontes medicinais, dentre outros assuntos:

Art 18 - Independentemente de autorização, os Estados podem legislar, no caso de haver lei federal sobre a matéria, para suprir-lhes as deficiências ou atender às peculiaridades locais, desde que não dispensem ou diminuam as exigências da lei federal, ou, em não havendo lei federal e até que esta regule, sobre os seguintes assuntos:

(...)

c) assistência pública, obras de higiene popular, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fontes medicinais;

Da mesma forma como o texto que lhe precedeu, a Constituição de 1946 tratou da saúde ao fixar a competência legislativa da União:

Art 5º - Compete à União:

(...)

XV - legislar sobre:

(...)

b) normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; e de regime penitenciário;

Posteriormente, a Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953 - regulamentada pelo Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953 -, criou o Ministério da Saúde.

A Lei nº 2.312, de 1954, estabeleceu normas gerais sobre defesa e proteção da saúde, impondo, explicitamente, ao Estado a obrigação de provê-la, ao dispor, no art. 1, que: “*É dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo*”. Tal normativo foi regulamentado pelo Decreto nº 49.974-A, de 1961, intitulado de Código Nacional de Saúde.

No ano de 1966, houve a unificação dos IAPs, resultando na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O INPS passou a ser o destinatário das contribuições previdenciárias e o responsável pela administração das aposentadorias, das pensões e da assistência médica de todos os trabalhadores urbanos formais. Os trabalhadores informais e os rurícolas não eram amparados pelo INPS.

A Constituição de 1967, à semelhança do diploma anterior, fixou a competência da União para estabelecer planos nacionais de saúde e legislar sobre normas gerais de seguro e previdência social, além de defesa e proteção da saúde, consoante disposto nos arts. 8º, inc. XIV e XVII.

Art 8º - Compete à União:

(...)

XIV - estabelecer planos nacionais de educação e de saúde;

(...)

XVII - legislar sobre:

(...)

c) Normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; de regime penitenciário;

O art. 158, §2º, inovou ao dispor sobre o custeio da assistência à saúde:

Art 158 - A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria, de sua condição social:

(...)

§ 2º - A parte da União no custeio dos encargos a que se refere o nº XVI deste artigo será atendida mediante dotação orçamentária, ou com o produto de contribuições de previdência arrecadadas, com caráter geral, na forma da lei.

Observa-se a manutenção do liame entre amparo à saúde e a condição de trabalhador. A assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva são direitos assegurados somente aos empregados. A previdência social compreende seguro-desemprego, proteção da maternidade, amparo nos casos de doença, velhice, invalidez e morte, em contrapartida de contribuição da União, do empregado e do empregador.

A Emenda Constitucional nº 1/69, a seu turno, no art. 165, reproduziu as normas que asseguravam aos trabalhadores a assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva, bem como o amparo previdenciário nos casos de doença, velhice e invalidez. Outrossim, houve especial atenção ao financiamento dessas políticas públicas mediante previsão da “fonte de custeio total” para a criação e a majoração dos benefícios.

Art. 165. A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria de sua condição social:

(...)

XVI - previdência social nos casos de doença, velhice, invalidez e morte, seguro-desemprego, seguro contra acidentes do trabalho e proteção da maternidade, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado;

(...)

Parágrafo único. Nenhuma prestação de serviço de assistência ou de benefício compreendidos na previdência social será criada, majorada ou estendida, sem a correspondente fonte de custeio total.

A assistência à saúde individual incluía serviços médico-hospitalares, sobretudo aqueles certificados pelo extinto Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Os programas de caráter coletivo eram de responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde.

A Lei nº 6.229, de 1975, definiu o chamado Sistema Nacional de Saúde, integrado, nos termos do art. 1º, por um complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde, nelas compreendidas as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Outrossim, fixou competências para os Ministérios, os Estados, os Territórios, o Distrito Federal e os Municípios na matéria.

Não se fala, propriamente, em conjunto integrado de ações, como se poderia inferir da expressão Sistema Nacional de Saúde. As ações eram executadas de modo fragmentado e disperso. A saúde em sua perspectiva coletiva era considerado direito de todos. Entretanto, a assistência médico-hospitalar individual era direito assegurado somente aos trabalhadores contribuintes do Sistema Nacional de Previdência Social. O sistema público de saúde, ao que se conclui, era contributivo e restrito aos trabalhadores com Carteira de Trabalho e Previdência Social assinada¹⁰. Parte da população não tinha acesso ao sistema de saúde público.

Os serviços de saúde eram geridos de forma centralizada e prestados, mormente, pelo setor privado. Em verdade, as instituições privadas prestavam os serviços para o poder público, no intuito de atender às necessidades dos beneficiários do sistema.

Criou-se, em 1977, por intermédio da Lei nº 6.439, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), constituído pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e pela Central de Medicamentos (CEME), dentre outros. Frise-se que o INAMPS foi criado para atender aos trabalhadores com vínculo formal.

Considerando que muitos cidadãos eram excluídos do sistema público de saúde, por não terem trabalho formal, passou a ser questionado o modelo

¹⁰ ARAÚJO, Cynthia Pereira de. LÓPEZ, Éder Maurício Pezzi. JUNQUEIRA, Silvana Regina Santos. Judicialização da saúde: Saúde Pública e Outras Questões. Verbo Jurídico: 2016. p. 35.

assistencial individualista, surgindo os primeiros ideais de universalização. Desencadeou-se, no Brasil, o chamado Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde surgiu a raiz do sistema universal e descentralizado de saúde pública hodierno¹¹.

O movimento sanitário buscava um modelo de sistema público não mais focado meramente no indivíduo e na prática curativa. Postulava o implemento de ações de saúde coletivas e preventivas. Ainda, a redemocratização do País possibilitou a ascensão de integrantes do movimento sanitarista a cargos importantes sistema de saúde pública.

Em 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que possuía como princípios a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação da comunidade. Muitos desses fundamentos foram replicados, posteriormente, no modelo instituído pela Constituição de 1988.

Sobre importância do movimento sanitarista para a criação de um sistema público de saúde no Brasil e o reconhecimento do direito à saúde em nível constitucional em 1988:

A introdução da saúde no rol dos direitos sociais no Brasil foi, sobretudo, resultado da força dos movimentos populares no momento da redemocratização política, no final dos anos oitenta do século vinte. Nesse rico período da história política brasileira, houve o fenômeno, até então inédito, da expressiva participação popular na definição dos grandes objetivos constitucionais. Assim, especialmente os profissionais de saúde que haviam feito a opção de ingressar no serviço público para atender às pessoas mais desfavorecidas, em um grande congresso científico de saúde pública, começaram a fixar as bases de uma nova política de saúde. Essa nova política já havia sido mencionada no painel Saúde na Constituição, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, e deu origem a uma proposta de emenda popular apresentada à Assembléia Constituinte. Também o setor privado com interesse na área da saúde participou ativamente dos debates na Assembléia Constituinte, que terminou por definir a estrutura constitucional da política de saúde pública no país. É importante notar que o texto da seção da saúde aprovado é — com pequenas modificações — aquele elaborado pelos sanitaristas e apresentado igualmente como emenda popular à

¹¹ ARAÚJO, Cynthia Pereira de. LÓPEZ, Éder Maurício Pezzi. JUNQUEIRA, Silvana Regina Santos. Judicialização da saúde: Saúde Pública e Outras Questões. Verbo Jurídico: 2016. p. 36.

Constituição¹². (DALLARI, 2008, p. 2)

Outrossim, no que se refere ao advento da Carta Magna de 1988, a lição de Uadi Lammêgo Bulos:

O texto de 1988, pela primeira vez na nossa história, elevou a saúde à condição de direito fundamental. Seguiu o exemplo da pioneira Carta italiana de 1948 (art. 32) e do Texto português de 1976 (art. 64º). Aliás, esses dois diplomas supremos foram acompanhados, nesse particular, pelas Constituições da Espanha (art.43) e da Guatemala (arts. 93 a 100). Isso revela a preocupação de constitucionalizar a saúde, vinculando-a à seguridade social, pois os constituintes compreenderam que a vida humana é o bem supremo, que merece amparo na Lei Maior.

Portanto, o estado de higidez do indivíduo passou a ser um ponto de destaque nas constituições hodiernas.

O intuit dos textos constitucionais é formidável. Mas nem sempre se concretiza, inclusive no Brasil, onde a incolumidade do ser humano ainda é uma esperança.

De qualquer sorte, a Carta Magna diz que “a saúde é 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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF, art. 196)¹³. (BULOS, 2017, p.1591)

¹² DALLARI, Sueli Gandolfi. **A Construção do direito à saúde no Brasil**. Revista de Direito Sanitário online, 2008, vol. 9, n. 3, pp. 9-34. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128/14932>. Acesso em: 23 ago. 2017.

¹³ BULOS, Uadi Lammêgo. **Curso de Direito Constitucional**. 10ª ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 1591.

4. DISTRIBUIÇÃO CONSTITUCIONAL DE COMPETÊNCIAS ENTRE OS ENTES FEDERATIVOS EM MATÉRIA DE SAÚDE

Consoante explicitado acima, o financiamento público deve ser entendido como meio de concretizar o direito à saúde. A fim de dar efetividade a esse direito, o constituinte originário, de forma explícita e estreme de dúvidas, fixou a todos os Entes Federativos competências legislativas e administrativas em matéria de saúde.

O modelo de distribuição de competências realizada pela Constituição da República de 1988 advém do próprio pacto federativo, da forma de organização estatal eleita pelo legislador constituinte.

No Brasil, nos termos do art. 1º da Carta de 1988, adotou-se a forma federativa de Estado, consistente na união indissolúvel dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Em complemento, o art. 18 refere que a organização político-administrativa do País compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos entre si. Em tal modelo federativo, a União, os Estados-Membros, o Distrito Federal e os Municípios são dotados de autonomia política (eleição de governantes) e administrativa (organização própria e escolha de políticas públicas). Frise-se, no ponto, que o Distrito Federal possui sua autonomia parcialmente tutelada pela União, o que não lhe retira a capacidade de auto-determinação.

Nesse sentido:

O mínimo necessário para a caracterização da organização constitucional federalista exige, inicialmente, a decisão do legislador constituinte, por meio da edição de uma constituição, em criar o Estado federal e suas partes indissociáveis, a Federação ou União, e os Estados-membros, pois a criação de um governo geral supõe a renúncia e o abandono de certas porções de competências administrativas, legislativas e tributárias por parte dos governos locais. Essa decisão está consubstanciada nos arts. 1º a 18 da Constituição de 1988¹⁴. (MORAES, 2002, p. 267)

No Título III, que cuida da organização do Estado, mais precisamente no art. 23, inc, II, a Carta de 1988 prevê a competência material comum da União,

¹⁴ MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 12ª ed. São Paulo: Atlas, 2002. p. 267.

dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de “cuidar da saúde”. Verifica-se, então, que todos os Entes Federativos possuem atribuição político-administrativa para dispor sobre ações e serviços de saúde. Frise-se estar-se diante de competência comum (conjunta ou paralela), não excludente, de todos os componentes da Federação.

Além disso, quanto ao Ente Municipal, a Constituição fixou a competência de prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados, serviços de atendimento à saúde da população. A regra ressalta a importância da atuação do Ente Municipal em razão da maior proximidade com os cidadãos, o que lhe possibilita identificar com facilidade e de maneira mais adequada as necessidades locais na área da saúde. Em virtude das contingências orçamentárias dos Municípios, é de grande importância a previsão constitucional de apoio técnico e financeiro da União e dos Estados, o que, por vezes, representa a única forma de concretizar determinadas políticas públicas locais.

Por outro lado, no tocante à competência legislativa, no art. 24, inc. XII, a Constituição da República estabelece a competência concorrente da União, dos Estados e do Distrito Federal para dispor sobre “proteção e defesa da saúde”. Do mesmo modo, elucida em que consiste a concorrência na elaboração das leis, determinando que à União compete fixar normas gerais e aos Estados cabe complementar a legislação federal no que couber (§§ 1º e 2º).

Na hipótese de inexistência de lei federal sobre normas gerais, caberá aos Estados a competência legislativa plena (art. 24, § 3º). Acaso exercida a competência plena, o advento da lei federal sobre normas gerais suspende a eficácia da lei estadual no que lhe contrariar (§ 4º).

O raciocínio dispensado aos Estados em relação à competência legislativa é aplicável, *mutatis mutandis*, aos Municípios. Segundo o art. 30, compete aos Municípios legislar sobre assuntos de interesse local, bem como complementar a legislação federal e estadual no que couber (inc. I e II).

Em virtude da dimensão continental e da diversidade cultural do Brasil, seria difícil imaginar que a União pudesse legislar e atuar, satisfatoriamente, sobre assuntos regionais e locais. Por isso, a competência material e legislativa conferida aos Estados e aos Municípios.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, as atribuições materiais de cada Ente encontram-se detalhadas na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Lei Orgânica do SUS -, nos arts. 16 a 19, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Tal diploma fixa as normas estruturantes do sistema público de saúde no Brasil. Em item próprio, serão analisadas as competências da União, do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios dentro do SUS definidas pela Lei nº 8.080/90.

5. DA DISTRIBUIÇÃO DE COMPETÊNCIAS REALIZADA PELA LEI Nº 8.080/90

No sistema jurídico pátrio, o arcabouço legal do sistema público de saúde encontra-se definido na Lei nº 8.080/90, conhecida como lei orgânica da saúde. O diploma legal não se ocupa, exclusivamente, das políticas públicas, mas também dispõe sobre os serviços privados em saúde.

Como visto alhures, todos os Entes Federativos possuem competência administrativa em saúde. No entanto, no intuito de obter-se um sistema público estruturado e eficaz, imprescindível a divisão de atribuições, visando, inclusive, à aplicação eficiente dos recursos públicos.

A Lei nº 8.080/90, no Título II, dispõe sobre o Sistema Único de Saúde - SUS, definindo-o como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

No art. 15, o normativo enumera as atribuições comuns na seara administrativa, dentre as quais se destacam a administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, anualmente, à saúde e a elaboração da proposta orçamentária do SUS (inc. II e X).

De outra banda, nos arts. 16 a 19, a lei especifica as competências administrativas de cada Ente Federativo, dividindo-os em níveis de direção nacional, estadual e municipal, competindo ao Distrito Federal as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

Da leitura dos referidos dispositivos legais, depreende-se que à União, órgão de direção nacional do SUS, cabe o repasse de recursos para a concretização das políticas públicas. Os Estados e os Municípios – que compõem a direção estadual e local, respectivamente – são vocacionados, dentro desse conjunto, à execução de ações e serviços. Excepcionalmente, no que tange aos serviços de maior complexidade ou a circunstâncias especiais, o Ente Federal é chamado a atuar.

A divisão em níveis de direção atende ao comando insculpido no inc. I do art. 198 da Constituição da República, que traz como diretriz a descentralização, com direção única em cada esfera de governo.

6. FONTES DE CUSTEIO E LIMITE MÍNIMO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS PÚBLICOS EM SAÚDE

Cediço que a Constituição da República de 1988, ao tratar da ordem social, incluiu a saúde no conceito de seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social, nos termos do art. 194. No parágrafo único, o diploma constitucional faz referência à organização da seguridade social, a cargo do Poder Público, fixando como objetivo, dentre outros, a diversidade da base de financiamento (inc. VI)¹⁵.

A diversidade da base de financiamento possibilita a imposição de custeio da seguridade social - portanto, da saúde - por setores diversos do Poder Público. A redação do art. 195 corrobora tal hipótese ao dispor que a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, bem como das contribuições sociais elencadas em seus incisos.

O art. 195 concentra as principais disposições constitucionais sobre fontes de custeio para a seguridade social. Não são, como visto, exclusivas para a área da saúde, eis que também abrangem a previdência e a assistência social.

Têm-se que o custeio será realizado com recursos públicos oriundos do orçamento da seguridade social dos Entes Federativos e com valores arrecadados com o pagamento de contribuições sociais. Lembre-se que o orçamento da seguridade social compõe a Lei Orçamentária Anual, juntamente com o orçamento fiscal e de investimento, nos termos do art. 165, § 5º.

Integram o rol do art. 195 as seguintes contribuições sociais: (a) do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada incidentes sobre a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhes preste serviço; sobre a receita ou o faturamento

¹⁵ Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

(...)

VI - diversidade da base de financiamento;

(receitas para o Programa de Integração Social - PIS e Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - COFINS); e sobre o lucro (Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido das Empresas - CSLL); (b) do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, ressalvadas as aposentadorias e pensões concedidas pelo Regime Geral de Previdência Social; (c) sobre a receita de concursos de prognóstico; (d) do importador de bens ou serviços do exterior ou equiparados legais.

Frise-se que os incisos de I a IV referem-se à chamada competência discriminada - conceito afeto ao Direito Tributário -, por meio da qual são criados tributos por lei ordinária.

Por sua vez, o § 4º do art. 195 traz a possibilidade de criação de outras fontes de custeio destinadas a garantir a manutenção e a expansão da seguridade social. Cuida-se de hipótese de exercício da competência residual da União, segundo a qual o Ente Federal pode criar novos impostos por lei complementar.

A Carta Política de 1988, da mesma forma, estipulou normas sobre custeio específicas em matéria de saúde ao tratar do financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS nos §§ 1º a 3º do art. 198. Nele, reproduz-se a previsão de custeio nos moldes do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social e de outras fontes¹⁶.

A norma constitucional foi além da previsão da fonte de custeio no § 1º do art. 198. O § 2º, acrescentado pela Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, fixou limites percentuais mínimos de aplicação anual de recursos para todas as esferas de governo. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão despender, anualmente, em ações e serviços de saúde recursos mínimos derivados da incidência de percentuais prefixados sobre as bases de cálculo explicitadas no texto constitucional.

No tocante à União, a base de cálculo será a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro (inc. I).

¹⁶ Art. 198. § 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Por seu turno, os Estados e o Distrito Federal deverão aplicar o produto da arrecadação do Imposto de Transmissão *Causa Mortis* e Doação - ITCD, Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços - ICMS, Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores - IPVA, bem como o produto da repartição de receitas tributárias da União, deduzidas as parcelas destinadas aos Municípios (inc. II).

Os Municípios e o Distrito Federal destinarão o produto da arrecadação do Imposto sobre Propriedade Predial Territorial Urbana - IPTU, Imposto de Transmissão de Bens Imóveis - ITBI e Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS, assim como o produto da repartição de receitas tributárias da União e dos Estados (inc. III).

Digno de nota que a previsão de destinação de receitas de impostos para ações e serviços de saúde representa exceção constitucional ao princípio tributário da não afetação.

No que concerne aos percentuais, o mínimo a ser empregado pela União é de 15% (quinze) por cento, com arrimo no art. 198, § 2, inc. I, da Constituição, com a redação determinada pela Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015.

Os percentuais mínimos a serem aplicados pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, em obediência ao § 3º do art. 198, encontram-se previstos em norma infraconstitucional. A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, fixou o percentual de 12% (doze por cento) para os Estados e de 15% (quinze) para os Municípios, limites mínimos também aplicáveis ao Distrito Federal no que couber. As Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais poderão majorar o limite mínimo, situação em que o percentual superior torna-se obrigatório, nos termos do art. 11 do diploma legal.

A Lei nº 12.858/2013 prevê a destinação de parcela da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração do petróleo e gás natural para área da saúde. O art. 4º do referido diploma determina que as receitas previstas representam um acréscimo ao mínimo constitucional com relação aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal. No que tange à União, a Emenda Constitucional nº 86/2015, no art. 3º, permitiu a inclusão das despesas no cômputo do percentual mínimo obrigatório.

7. DESVINCULAÇÃO DE RECEITAS EM MATÉRIA DE SAÚDE

Os arts. 76, 76-A e 76-B do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias versam sobre a desvinculação de receitas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. A redação atual das normas foi dada pela Emenda Constitucional nº 93/2016.

No que concerne à União, o art. 76 determina a desvinculação de órgão, fundo ou despesa, até 31 de dezembro de 2023, de 30% (trinta por cento) da arrecadação relativa as contribuições sociais, às contribuições de intervenção no domínio econômico e às taxas, já instituídas ou que vierem a ser criadas até àquela data. O dispositivo apenas excetua as contribuições para o Regime Geral de Previdência Social. Conseqüentemente, as contribuições sociais para a seguridade social, que, por conseguinte, destinam-se ao custeio da saúde, encontram-se inseridas na desvinculação.

Por seu turno, com relação aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, os arts. 76-A e 76-B estabeleceram a desvinculação de órgão, fundo ou despesa, até 31 de dezembro de 2023, de 30% (trinta por cento) da arrecadação relativa a impostos, a taxas e multas, já instituídos ou que vierem a ser criados até tal data, seus adicionais e respectivos acréscimos legais, e outras receitas correntes. No entanto, ambos os dispositivos, nos respectivos parágrafos únicos, excetuaram da desvinculação dos recursos mínimos destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde, fixados no art. 198, § 2º, incisos II e III.

Na sua origem, é instrumento contábil criado para Desvinculação de Receitas da União (DRU), estendido aos demais Entes Federativos, recentemente, pela Emenda Constitucional nº 93, de 8 de setembro de 2016.

No tocante à gênese do instituto:

A Desvinculação de Receitas da União (DRU) surgiu no ano de 1994 com o nome originário de Fundo Social de Emergência (FSE), com o objetivo de servir de mecanismo para estabilizar a economia brasileira, que, naquela oportunidade, enfrentava o advento do Plano Real e, em 1996, foi rebatizada de Fundo de Estabilidade Fiscal (FEF).

Com o nome alterado novamente, em meados do ano 2000, a Desvinculação de Receitas da União (DRU) se justificou, na prática, pela sua diversidade, por permitir que a União aplicasse os recursos da educação, da saúde e da previdência em despesas consideradas prioritárias, bem

como no alcance do superávit primário e, ainda, no pagamento dos juros da dívida pública.

Entretanto, embora tal ferramenta contábil tenha sido prorrogada por diversas vezes nos últimos anos, a Desvinculação de Receitas da União (DRU) vigorou até o final do ano passado (31.12.2015), e sua proposta de prorrogação até 31.12.2023 se encontra amparada em diversas Propostas de Emenda à Constituição (PEC). Dentre elas, a PEC-87/2015 e a PEC-143/2015, que até então se encontravam tramitando na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, respectivamente. Isso, porque, recentemente, a PEC-87/2015 foi aprovada na Câmara dos Deputados, conjuntamente com a PEC-04/2015, que, no Senado Federal, foi autuada como PEC-31/2016¹⁷. (NETO, 2016, p.47)

¹⁷ NETO, Napoleão Guimarães. A constitucionalidade da desvinculação de receitas da União e sua extensão para os demais entes da federação. **Fórum de Contratação e Gestão Pública – FCGP**, Belo Horizonte, ano 15, n. 176, p. 45-51, ago. 2016.

8. TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS FEDERAIS FUNDO A FUNDO E POR BLOCOS DE FINANCIAMENTO

A Lei nº 8.080/90, no art. 7º, dispõe que as ações e os serviços públicos de saúde que integram o sistema público serão desenvolvidos de acordo com as diretrizes do art. 198 da Constituição Federal e o princípio da descentralização político-administrativa, direção única em cada esfera de governo, regionalização e hierarquização da rede de serviços, conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população, dentre outros.

Nessa esteira, a Lei nº 8.142/90 tratou das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, fixando a forma de repasse dos recursos federais para Estados, Municípios e Distrito Federal. Conforme redação dos arts. 2º a 4º, as transferências de verbas ocorrerão por meio de repasses fundo a fundo, devendo cada ente federativo instituí-lo para gerenciamento do numerário a ser aplicado na área da saúde. A lei, portanto, instituiu a criação dos chamados fundos de saúde em cada esfera.

No tocante ao conceito de fundos de saúde no ponto de vista do Direito Financeiro:

É importante atentar para a noção trazida pelo art. 71 da Lei nº 4.320, que estatui que “constitui fundo especial o produto de receitas especificadas que por lei vinculam à realização de determinados objetivos ou serviços, facultada a adoção de normas peculiares de aplicação”.

Chega-se, neste momento, à definição geral de fundo, adotada neste trabalho, como instrumento de gestão orçamentária e financeira, sem personalidade jurídica, consistente em um conjunto de recursos públicos reunidos em conta diversa da conta única do Tesouro para uma finalidade específica.

Quanto ao fundo de saúde, pode-se defini-lo como instrumento de gestão orçamentária e financeira, sem personalidade jurídica, constituído por um conjunto de recursos públicos, reunidos em conta especial, destinados às ações e serviços públicos de saúde¹⁸. (SANTOS, 2016, p.134-135)

¹⁸ SANTOS, Ricard César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016. p. 134-135.

Por sua vez, o Decreto nº 1.232/94, nos arts. 1º a 5º, estabeleceu a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde, que compõem o orçamento da seguridade nacional, para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal. A utilização dos recursos serão objeto de fiscalização pelos Conselhos de Saúde de cada esfera de governo (estaduais, distrital e municipais), pelos órgãos de controle interno do Poder Executivo e pelo Tribunal de Contas da União.

No ponto, importante destacar o objetivo da criação dos fundos de saúde dentro dessa sistemática de financiamento:

Assim, resta claro que a existência dos fundos de saúde está prevista no ordenamento jurídico brasileiro desde a regulamentação inicial do SUS, trazida pela CF/1988. A exigência dos referidos fundos para a transferência de recursos destinados à área de saúde de um ente federativo a outro implica que não se pode analisar o financiamento do direito social à saúde sem o exame das regras de instituição e gestão dos referidos fundos.

Pode-se afirmar que é por meio dos fundos de saúde que se expressa o federalism fiscal cooperative brasileiro na área da saúde. É por intermédio desses fundos que deve ser assegurada a suficiência de recursos para a prestação do serviço público de saúde por todos os entes da federação, o qual, conforme exposto anteriormente, é atribuição de todas as esferas no país. Em suma, não é possível Analisa-se detalhadamente o federalism fiscal na saúde pública sem o exame dos fundos de saúde.

Caso a União, por exemplo, deseje repassar recursos para utilização na saúde pública pelo Estado de São Paulo, deverá obrigatoriamente fazê-lo do FNS para o Fundo Estadual de Saúde paulista; do mesmo modo, caso a transferência seja direcionada ao Município de Melgaço (PA), o de pior IDH do país, os recursos devem sair do FNS para o respectivo fundo municipal de saúde. É vedada qualquer transferência intergovernamental destinada ao setor for a dos correspondents fundos de saúde¹⁹. (SANTOS, 2016, p. 154)

O Decreto nº 1.651/95, no art. 6º, precisou a forma pela qual os Estados e os Municípios deverão efetuar a comprovação da aplicação dos recursos transferidos fundo a fundo pela União, exigindo relatórios de gestão a serem apresentados ao Ministério da Saúde. Da mesma forma, a referida prova de investimento dos recursos na finalidade a que se destina deverá ser realizada perante os tribunais de contas respectivos.

¹⁹ SANTOS, Ricard César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016. p. 154.

Enfim, a Portaria nº 204/2007, editada pelo Gabinete do Ministro da Saúde, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, instituindo os denominados blocos de financiamento. Estes são formados por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados, quais sejam: atenção básica (ex.: saúde bucal e agentes comunitários de saúde); atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (ex.: contratualização de hospitais de ensino e filantrópicos); vigilância em saúde (ex.: vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis); assistência farmacêutica (ex.: medicamentos, sangue e hemoderivados); gestão do SUS (ex.: educação em saúde); e investimentos na rede de serviços de saúde (exclusivo para despesas de capital).

Além da obrigatoriedade de transferência de recursos federais fundo a fundo, a portaria impôs a abertura de contas únicas e específicas para cada um dos blocos de financiamento. Os recursos destinados a cada bloco de financiamento somente poderão ser aplicados nas ações e nos serviços respectivos.

Há exceção no que tange ao bloco de financiamento da assistência farmacêutica. Uma vez concretizadas todas as ações e os serviços do bloco e havendo saldo na conta correspondente ao final do exercício financeiro, a sobra poderá ser remanejada para os outros blocos, exceto o de investimentos na rede de serviços de saúde.

9. IMPACTO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO FINANCIAMENTO PÚBLICO

Uma das consequências da expansão do direito à saúde provocada pelo advento da Constituição da República de 1988, que previu a integralidade de cobertura e a universalidade de atendimento, foi o crescimento da judicialização na área da saúde. Todos cidadãos brasileiros conscientes de seu direito, diante das falhas do sistema público sanitário, valem-se do Poder Judiciário para obter a prestação de que necessita.

Somam-se à ampliação do direito à saúde, fatores outros que contribuem para o implemento de ações judiciais, individuais e coletivas, sobre o tema, nomeadamente: a criação das defensorias públicas - que garantem o acesso da população hipossuficiente ao Judiciário; o avanço das novas tecnologias em medicina; a facilidade de traçar ligações interpessoais com a rede mundial de computadores; interesses da indústria farmacêutica; e existência de fraudes com o envolvimento de médicos e advogados. O aumento do volume de processos judiciais é, observa-se, multifatorial, não sendo fruto de causa única e isolada.

Nos últimos anos, percebeu-se a multiplicação de ações, nas Justiças Estadual e Federal, em que se pretende compelir os entes públicos a disponibilizarem o serviço de saúde que, por motivos diversos, não lhe foram ofertados. No universo de causas de pedir, destacam-se, sobretudo, medicamentos, insumos ou procedimentos não incluídos na política pública (tais como, fármacos novos e cirurgias experimentais), bem como a demora na prestação do serviço (*verbi gratia*, a espera na fila para a realização de procedimento cirúrgico). Já os pedidos englobam fornecimento de medicamentos, órteses, próteses, cirurgias (inclusive, no exterior), internações em leito de unidade de terapia intensiva, tratamento oncológico, terapia experimental, insumos etc. Os fundamentos e os pleitos diversificam-se.

Quando um paciente adentra as portas do Judiciário postulando uma prestação de saúde desvirtua-se todo o sistema público de saúde concebido pela Carta da República, pelas leis e pelos regulamentos apontados alhures. A parte

demandante, por vezes, intenciona obter o bem da vida que entende devido em detrimento dos demais usuários do SUS.

Isso ocorre, mormente, no que respeita aos recursos públicos que seriam destinados a programas eleitos pelos gestores. Cediço que as necessidades são infinitas e os recursos limitados. Como destacado em linhas pretéritas, os Entes Federativos elegem as políticas públicas em saúde e fazem a alocação de recursos para financiá-las. Quando ocorre a judicialização, tais verbas são utilizadas para o custeio do objeto das ações judiciais, o que, por óbvio, prejudica a organização do sistema. Essa constatação evidencia-se nos casos de pequenos municípios, com orçamentos reduzidos, que, ocasionalmente, são demandados em ações de grande vulto.

Não se está a dizer que judicialização é nefasta na totalidade. Conveniente consignar que parcela da judicialização deve-se por deficiência do sistema, como, por exemplo, nos casos de falta de medicamentos constantes na lista do SUS nas farmácias públicas ou da permanência de fármacos não mais utilizados em tratamentos. Em algumas hipóteses, as demandas em massa servem para que o gestor público reexamine a política pública vigente e adote outras que atendam melhor as necessidades da população e a evolução das tecnologias em saúde. No entanto, percebe-se que a parcela da judicialização que serviria como um medidor da adequação da política pública às carências dos usuários do sistema é exceção.

No que toca às competências administrativas da União no sistema público, imprescindível ter em linha de conta a abrangência das ações e dos serviços, os quais servem aos usuários de todo o território nacional. A incorporação de novas tecnologias deve considerar e atingir uma parcela significativa da população. Em muitas situações, um número reduzido de pessoas que utilizam determinado medicamento, por exemplo, não justifica a inclusão na política pública.

Nessa conjuntura, deve o gestor público atentar para o impacto financeiro das políticas, de modo que a análise deve recair sobre o binômio custo-efetividade.

Sem embargo, o que se vê no Judiciário, na esmagadora maioria das vezes, é o menosprezo do custo da judicialização para o sistema público de

saúde. Há um abandono da política pública instituída, que beneficia milhares de cidadãos, em prol de direito individual daquele que ajuíza ação buscando uma prestação não ofertada pelo SUS.

Sobre o papel do Poder Judiciário na concretização de políticas públicas, a lição de Gebran Neto e Schulze:

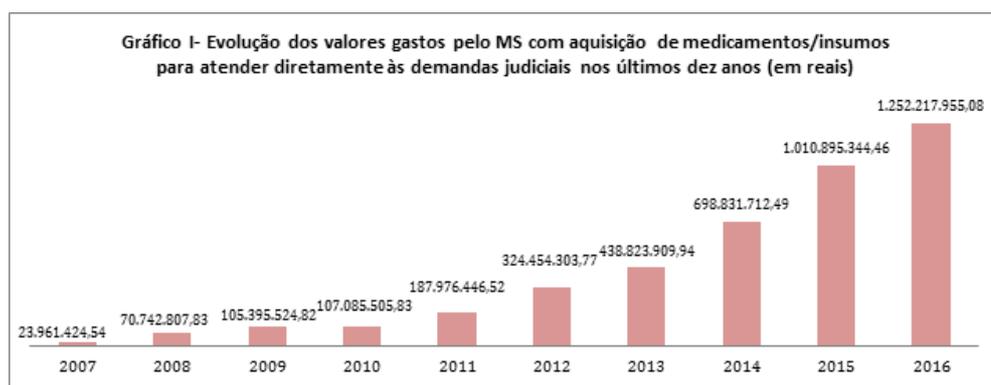
Importa registrar que a liberdade conferida ao Judiciário não pode ser confundida com abusos, discricionariedades ou decisionismos. Os juízes devem dar cumprimento à Constituição, sem abusos ou golpes. Assim, em países com modernidade tardia é indispensável a existência de um Judiciário autônomo e independente para suprir a inércia e a omissão do Executivo e do Legislativo, a fim de conferir efetividade à Constituição e proteger os direitos fundamentais, especialmente aqueles relacionados a políticas públicas, eis que historicamente esquecidos pelos atores do Estado brasileiro.

Isso deve acontecer, entretanto, de forma equilibrada, sem abusos do próprio Judiciário. Ou seja, os juízes não devem ser chamados a resolver todos os problemas do país. O papel do Judiciário não pode ser banalizado – parece que isso já ocorreu no Brasil, diante dos 100 milhões de processos em tramitação – sob pena de causar instabilidade institucional e desequilíbrio nas relações estatais²⁰. (GEBRAN NETO e SCHULZE, 2015, p.64-65)

A partir de dados levantados pela Coordenação de Compras por Determinação Judicial - CDJU, órgão integrante do Ministério da Saúde e responsável pelas aquisições por força de decisão judicial, em 2007, a União despendeu com a compra de medicamentos e insumos objeto de ações judiciais R\$ 23.961.424,54 (vinte e três milhões, novecentos e sessenta e um mil, quatrocentos e vinte e quatro reais e cinquenta e quatro centavos). Em 2016, o gasto foi de 1.252.217.955,08 (um bilhão, duzentos e cinquenta e dois milhões, duzentos e dezessete mil, novecentos e cinquenta e cinco reais e oito centavos)²¹. Os números trazidos não incluem os valores gastos com as despesas do procedimento de compra e entrega dos medicamentos e insumos (publicação em diário oficial, transportadora, custos de importação etc.).

²⁰ SCHULZE, Clenio Jair; NETO, João Pedro Gebran. **Direito à Saúde – Análise à luz da judicialização**. Porto Alegre: Verbo, 2015. p. 64-65.

²¹ Informações extraídas do Despacho n. 30515/2017/CONJUR-MS/CGU/AGU.



Fonte: Despacho n. 30515/2017/CONJUR-MS/CGU/AGU. Cálculo CODEJUR/CONJUR/MS a partir de dados da CDJU

Acrescente-se aos valores apontados acima, aqueles desembolsados com os depósitos judiciais efetuados pela União levados a cabo em cumprimento de decisões judiciais. Segundo o Fundo Nacional de Saúde, também órgão integrante do Ministério da Saúde, em 2007, o gasto foi de R\$ 2.417.323,47 (dois milhões, quatrocentos e dezessete mil, trezentos e vinte e três reais e quarenta sete centavos). Em 2016, o dispêndio foi de R\$ 73.489.942,93 (setenta e três milhões, quatrocentos e oitenta e nove mil, novecentos e quarenta e dois reais e noventa e três centavos).



Fonte: Despacho n. 30515/2017/CONJUR-MS/CGU/AGU. Cálculos CONJUR/MS a partir de dados CGEOF/FNS

Somados os gastos com a aquisição de medicamentos e insumos com o dispêndio com os depósitos judiciais resulta o valor aproximado de R\$ 26.378.748,00 (vinte e seis milhões, trezentos e setenta e oito mil, setecentos e quarenta e oito reais) em 2007 e de R\$ 1.325.707.898,00 (um bilhão, trezentos e vinte e cinco milhões, setecentos e sete mil, oitocentos e noventa e oito reais).



Fonte: Despacho n. 30515/2017/CONJUR-MS/CGU/AGU. Cálculos CONJUR/MS a partir de dados CGEOF/FNS e CDJU/MS

Em 2016, R\$ 1.138.519.335,90 (um bilhão, centro e trinta oito milhões, quinhentos e dezenove mil, trezentos e trinta e cinco reais e noventa centavos) foram gastos com a aquisição de 10 (dez) medicamentos para o atendimento de 995 (novecentos e noventa e cinco) pacientes. Note-se que quase a totalidade das despesas de 2016, cerca de 91% (noventa e um por cento), destinaram-se à parcela reduzida da população.

Essas informações bem demonstram a evolução dos gastos públicos com a judicialização na última década, sobrevivendo um incremento superior a 5000% (cinco mil por cento) no período compreendido entre 2007 a 2016.

Os dados mais atualizados levantados pela CDJU revelam que, em 2017, o Ministério da Saúde gastou R\$ 979.001.580,59 (novecentos e setenta e nove milhões, um mil, quinhentos e oitenta reais e cinquenta e nove centavos) com a compra de medicamentos e insumos por decisão judicial. Em relação ao ano de 2018, só no primeiro quadrimestre, o valor desembolsado foi de R\$ 289.565.162,17 (duzentos e oitenta e nove milhões, quinhentos e sessenta e cinco mil, cento e sessenta e dois reais e dezessete centavos)²².

²² Informações extraídas das Informações n. 00159/2018/CONJUR-MS/CGU/AGU.

Indubitável o impacto financeiro da judicialização no orçamento do Ministério da Saúde, cujos valores são destinados, precipuamente, ao financiamento do SUS.

Dada a relevância, o tema é objeto de atenção dos órgãos de controle, como o Tribunal de Contas da União - TCU, que instaurou, em 2015, auditoria operacional, com o objetivo de identificar o perfil, o volume e o impacto das ações na área da saúde pública, bem como investigar a atuação do Ministério da Saúde e de outros órgãos e entidades dos três poderes para mitigar os efeitos nocivos da judicialização²³.

A referida fiscalização operada pelo TCU culminou no Acórdão nº 1.787/2017, de relatoria do Ministro Bruno Dantas, resultante do Plenário, no qual se destacou a existência, de um lado, do dever de proteção do Estado ao direito fundamental à saúde e, de outro, da limitação do orçamento público, incapaz de atender a todas as demandas.

No que se refere ao aumento do gasto público decorrente das ações judiciais na matéria, concluiu o TCU no citado julgamento:

205. Identificaram-se cinco causas centrais para este achado. Em primeiro lugar, novas tecnologias farmacêuticas e novos tratamentos médicos têm surgido no mercado em uma velocidade maior do que o sistema público de saúde brasileiro pode acompanhar. Em segundo lugar, com a revolução na tecnologia da informação (*internet*), intensificou-se a difusão do conhecimento sobre essas inovações farmacêuticas e médicas, mesmo em países em que elas não estão disponíveis, tornando-se comuns as ações judiciais voltadas à importação de medicamentos ou à realização de tratamentos no exterior. Em terceiro lugar, as condições de oportunidade do litigante (alta taxa de sucesso e facilidade de acesso ao judiciário) propiciam um aumento no número de ações judiciais relativas à saúde. Em quarto lugar, há casos em que a prescrição médica diz respeito a medicamentos ou procedimentos que não foram registrados pela Anvisa. Em quinto lugar, há indícios da existência de redes de relacionamento entre indústria farmacêutica, associações de pacientes, advogados e médicos, propiciando a massificação da judicialização da saúde.

206. A manutenção da situação descrita neste capítulo tem dois efeitos principais. O primeiro é um aumento sucessivo dos gastos do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde com itens judicializados, como observado nos últimos anos. Esse aumento é irreversível no curto prazo, porque há novos pacientes ingressando nesse sistema, por meio de novas ações judiciais, além de ser necessário dar continuidade ao tratamento dos pacientes que já obtiveram sucesso judicial no passado. O segundo efeito é a realocação de recursos, que seriam

²³ Processo - TC n. 009.253/2015-7.

destinados a outras finalidades públicas na área da saúde, com prejuízo para o planejamento, o orçamento e a gestão. Esse prejuízo tem o potencial de desestruturar a rede de saúde pública, propiciando ainda mais judicialização, no que se refere a itens que deveriam ser fornecidos regularmente pelo SUS²⁴.

A limitação orçamentária é ponto a ser debatido e não deve ser ignorado, como o fazem os magistrados em grande parte dos julgados. As demandas individuais, isoladamente consideradas, podem não apresentar influência sobre a globalidade do orçamento. Entrementes, a soma dessas ações representa forte abalo na alocação de recursos públicos definida, antecipadamente, pela administração.

O cediço princípio da reserva do possível - que nada mais é que a limitação orçamentária - é marginalizado frente ao direito fundamental à saúde. Este ganha viés de direito absoluto, preponderante sobre outros, não havendo alegação que afaste tal prevalência.

Outrossim, o administrador público ao definir a aplicação e o destino das verbas públicas sujeita-se aos órgãos de controle. Eventual reconhecimento de desvio ou aplicação em desconformidade com a legislação submete o gestor a sanções administrativas e penais. Ocorre que o Judiciário, ao invadir competência que não lhe cabe, não se sujeita à fiscalização que não a dos próprios pares.

Fato é que a judicialização da saúde impõe ao gestor público gasto não previsto inicialmente, exigindo a realocação dos recursos e, quiçá, a revisão da política pública prevista e a redução das despesas com outras ações e serviços na área.

Vê-se que a judicialização, hodiernamente, serve como fonte de eleição de políticas públicas e financiamento em saúde. O Poder Judiciário substitui-se ao administrador público, fazendo as vezes de gestor, havendo evidente ingerência sobre o orçamento público da saúde, que, no mais das vezes, representa a aplicação do mínimo constitucional para o atendimento das necessidades da

²⁴ BRASIL. Tribunal de Contas da União. Tomada de Contas n. 009.253/2015-7. Acórdão n. 1.787/2017. **Plenário**. Relator Ministro Bruno Dantas. Brasília, 16 ago. 2017. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/%252a/NUMA-CORDAO%253A1787%2520ANOACORDAO%253A2017/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/false/1/false>. Acesso em: 10 jun. 2018.

população. Outrossim, o Judiciário analisa caso individual em detrimento à coletividade usuária do sistema público de saúde, sem considerar o impacto sobre a política pública como um todo.

10. CONCLUSÃO

A temática do direito à saúde encontra-se em voga nos dias atuais em razão da crescente judicialização do acesso às políticas públicas na área. A responsabilidade do Estado é trazida à tona para justificar a concessão ou a denegação de prestações de saúde na seara judicial.

O financiamento público é reconhecido, internacionalmente, como uma das formas mais efetivas de concretizar o direito à saúde. Não é tido como única forma de patrocínio de ações e serviços de saúde no Brasil. No entanto, é a mais relevante no País.

Acredita-se que, em diversos Países, sobretudo nos subdesenvolvidos, o financiamento público seja fonte de custeio única, de modo que a população tem acesso apenas aos tratamentos de saúde fornecidos pelo Poder Público.

A ascensão da saúde ao plano constitucional na condição de direito social é recente. A universalização do direito à saúde é resultado de um empenho histórico da população na busca de melhores condições de vida. Nesse cenário, destaca-se o Movimento Sanitarista da Década de 1980, fonte de resoluções e de projetos que possibilitaram a concretização da tutela do direito à saúde em âmbito constitucional.

A tutela do direito à saúde no Brasil atingiu seu apogeu normativo com a previsão do art. 196 da Constituição de 1988. Entretanto, tal não se mostra suficiente para garantir o acesso do indivíduo a ações e a políticas públicas na área. Para atingir o fim a que se destina, exige-se esforço para sua concretude por parte do Poder Público, nas três esferas de Poder.

O financiamento público no Brasil representa instrumento essencial de efetivação do direito à saúde, a que o texto constitucional dispensou particular atenção, garantindo a existência de fontes de custeio e a aplicação de percentual mínimos de recursos públicos.

No sistema público de saúde idealizado pela Carta Constitucional, os Entes Federativos possuem papel definido, concretizando a diretriz da descentralização lançada no art. 198, uma das normas basilares da organização do SUS.

Demonstrado em linhas pretéritas que, no Brasil, todas as esferas de governo possuem competência material e legislativa no que se refere à saúde, devendo adotar ações e serviços na área, disponibilizando-os à população, por imperativo constitucional. No desiderato de garantir a efetivação do direito à saúde, a Constituição da República de 1988 fixou, expressamente, fontes de custeio e limites mínimos de gastos.

O substrato normativo do sistema único de saúde idealizado pela Constituição também é formado por leis infraconstitucionais que tratam do financiamento das ações e dos serviços disponibilizados aos usuários. A legislação de regência prevê o repasse interfederativo de verbas públicas, cabendo a cada Ente Público a abertura de conta única para o embolso de valores destinados à saúde. As transferências fundo a fundo possuem regulamentação específica, recebendo especial tratamento por parte do legislador.

De forma sucinta, pôde-se definir o caminho percorrido pelos valores que financiam as políticas públicas na saúde, desde a sua origem, captação e distribuição entre União, Distrito Federal, Estados e Municípios para a materialização dos objetivos traçados pelo sistema público, ofertando bens e serviços à população.

Apresentou-se o debate sobre o financiamento da saúde perpetrado pelo Poder Judiciário, que, ao deferir pedidos em ações individuais, acaba por realocar os recursos públicos, destinando-os à parcela reduzida da população, em detrimento de toda a coletividade. Não se pode olvidar a ingerência existente nas políticas de saúde pelas decisões judiciais.

Fala-se, nos dias atuais, inclusive, no chamado ativismo judicial, que traz os juízes com postura proativa, intervindo na esfera de competência dos demais poderes. Esse comportamento tem sido objeto de análise pela doutrina jurídica e alvo de duras críticas.

No que concerne ao presente trabalho, destacou-se o desprezo às limitações orçamentárias dos Entes Federativos, inviabilizando, em muitos casos, a sadia existência do sistema. Não se tem em mente que, ocasionalmente, para dar a poucos, retira-se da coletividade.

A escolha das ações e dos serviços disponibilizados pelo sistema único de saúde integra processo de estudo do binômio custo-efetividade. O item custo relaciona-se ao impacto orçamentário da incorporação de determinada política, que deve atingir parcela significativa da população. Por sua vez, a efetividade atine aos benefícios e à segurança à saúde dos usuários.

O tema gera debate e pontos de polêmica, sobretudo na atual conjuntura política do País, em que foi dado à Suprema Corte do Brasil papel de destaque no combate à corrupção e ao desvio de verbas públicas. Tal, erroneamente, tem sido utilizado com subterfúgio para conceder tutela ao direito à saúde por juízes que consideram ilimitado o orçamento da União. No entanto, ao fazê-lo, ignoram que a ilicitude praticada não pode justificar a interferência do Judiciário em política pública instituída pela própria Constituição sobre a qual não detém competência de tratar, a não ser de forma excepcional.

Inegável que, no Brasil, o sistema público de saúde possui espaço para evoluir positivamente. Nada obstante, o que se verifica é a dificuldade de implantar melhorias e adotar novos programas por perturbação de fatores diversos, tais como a amplitude dada ao direito à saúde na Constituição da República - ao adotar a integralidade e a universalidade -, a limitação orçamentária e a intervenção do Poder Judiciário nas políticas públicas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Cynthia Pereira de. LÓPEZ, Éder Maurício Pezzi. JUNQUEIRA, Silvana Regina Santos. **Judicialização da Saúde: Saúde Pública e Outras Questões**. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2016.

BRASIL. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. **Ministério da Saúde**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html. Acesso em: 1 mar. 2018.

BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1891. **Planalto**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm. Acesso em: 25 ago. 2017.

BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934. **Planalto**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm. Acesso em: 25 ago. 2017.

BRASIL. Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1937. **Planalto**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm. Acesso em: 25 ago. 2017.

BRASIL. Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1946. **Planalto**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao46.htm. Acesso em: 25 ago. 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1967. **Planalto**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67.htm. Acesso em: 25 ago. 2017.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 1/69. **Planalto**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc_antes/1988/emc01-69.htm. Acesso em: 25 ago. 2017.

BRASIL. Constituição da República de 1988. **Planalto**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 23 jun. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Planalto**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 23 jun. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Planalto**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 1 mar. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Planalto**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 1 jun. 2018.

BRASIL. Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. **Planalto**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1232.htm. Acesso em: 1 jun. 2018.

BRASIL. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. **Planalto**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/d1651.htm. Acesso em: 1 jun. 2018.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. **Planalto**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 22 jun. 2017.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Tomada de Contas n. 009.253/2015-7. Acórdão n. 1.787/2017. **Plenário**. Relator Ministro Bruno Dantas. Brasília, 16 ago. 2017. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/%252a/NUMACORDAO%253A1787%2520ANO-ACORDAO%253A2017/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/false/1/false>. Acesso em: 10 jun. 2018.

BULOS, Uadi Lammêgo. **Curso de Direito Constitucional**. 10ª ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **A Construção do direito à saúde no Brasil**. Revista de Direito Sanitário online, 2008, vol. 9, n. 3, pp. 9-34. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128/14932>. Acesso em: 23 ago. 2017.

FACHIN, Zulmar. **Curso de Direito Constitucional**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

FIGUERÔA, Júlio César Alves. Informações n. 00159/2018/CONJUR-MS/CGU/AGU. **Sistema AGU de Inteligência Jurídica**. 8 jun. 2018. Disponível em: <https://sapiens.agu.gov.br/documento/140114807>. Acesso em: 10 jun. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas Sociais - acompanhamento e análise nº 24, 2016**. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/20170519_bps24.pdf. Acesso em: 6 jun. 2017.

MAFFIA, Bruno Veloso. Despacho n. 30515/2017/CONJUR-MS/CGU/AGU. **Sistema AGU de Inteligência Jurídica**. 18 mai. 2017. Disponível em: <https://sapiens.agu.gov.br/documento/44485396>. Acesso em: 1 mai. 2018.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

NETO, Napoleão Guimarães. A constitucionalidade da desvinculação de receitas da União e sua extensão para os demais entes da federação. **Fórum de Contratação e Gestão Pública – FCGP**, Belo Horizonte, ano 15, n. 176, p. 45-51, ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2010: financiamento dos sistemas de saúde**. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>. Acesso em: 6 jun. 2017.

SANTOS, Ricard César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016.

SCHULZE, Clenio Jair; NETO, João Pedro Gebran. **Direito à Saúde – Análise à luz da judicialização**. Porto Alegre: Verbo, 2015.