

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO  
MESTRADO EM DIREITO

CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA

**UM FEDERALISMO NÃO TÃO COOPERATIVO: CONFLITOS ALOCATIVOS NO  
FINANCIAMENTO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL**

Porto Alegre  
2022

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica  
do Rio Grande do Sul

**CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA**

**UM FEDERALISMO NÃO TÃO COOPERATIVO:  
CONFLITOS ALOCATIVOS NO FINANCIAMENTO DO DIREITO À SAÚDE NO  
BRASIL**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Direito do Mestrado Interinstitucional entre a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, como requisito para obtenção do título de MESTRE EM DIREITO, sob orientação do Prof. Dr. INGO WOLFGANG SARLET.

São Luís  
2022

CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA

**UM FEDERALISMO NÃO TÃO COOPERATIVO:  
CONFLITOS ALOCATIVOS NO FINANCIAMENTO DO DIREITO À SAÚDE NO  
BRASIL**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito do Mestrado Interinstitucional entre a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e o Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, como requisito para obtenção do título de MESTRE EM DIREITO, sob orientação do Prof. Dr. INGO WOLFGANG SARLET.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof.<sup>o</sup>. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet

---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Amanda Costa Thomé Travincas

---

Prof.<sup>o</sup>. Dr. Carlos Luiz Strapazzon

**Lula, Carlos Eduardo de Oliveira. Um Federalismo não tão cooperativo: conflitos alocativos no financiamento do direito à saúde no Brasil. São Luís-MA, 2022. 175 p. [Dissertação de Mestrado em Direito. Programa de Pós-Graduação em Direito do Mestrado Interinstitucional entre a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco].**

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos a reprodução total ou parcial desta Dissertação por processos fotocopiadores ou eletrônicos, para consulta pública e utilização como referência bibliográfica, desde que citada com referência de autoria, respeitados os termos da legislação vigente sobre direitos autorais.

São Luís, 05 de outubro de 2022. Assinatura:

*“O Brasil antes do SUS tinha dois tipos de pessoa: as que tinham direito à assistência de saúde e as que tinham direito à caridade. Não se constrói direitos com caridade, ela pode acontecer ou não acontecer, não é um direito. O SUS transformou a caridade em direito.”***Gonçalo Vecina**

*A quem eu mais amo e que tanto sofreu por minha ausência ao escrever: Juliana, minha esposa, Ana Júlia, João Miguel e Luísa, meus filhos. A vida tem mais sentido com vocês.*

## **AGRADECIMENTOS**

Muitos contribuíram para o trabalho, mas gostaria de agradecer primeiramente a Deus, pois para ele são todas as coisas.

Agradeço também a todos os docentes que integram o programa de Mestrado em Direito da PUC/RS e que contribuíram para a minha formação. Vocês foram incríveis.

Agradeço, da mesma forma, à harmoniosa convivência com os colegas do mestrado, mais de formal virtual que presencial, mas que compartilharam das dificuldades e conquistas na travessia desta jornada.

Agradeço também à sabedoria, elegância e educação do meu orientador Ingo Sarlet. Jamais imaginei que um dia poderia ser seu orientando. A honra de um dia ter sido seu aluno é eterna.

Agradeço à minha família, que tanto sofreu por minhas ausências. Juliana, João, Ana, Luísa e até mesmo Bidu, que não saía do meu pé ao escrever. Desculpem o mau jeito.

Por fim, quero agradecer aos milhares de brasileiros que fazem o Sistema Único de Saúde, todos os dias. Vocês me fizeram mais forte e permitiram que em meio à pandemia de COVID-19 eu ainda tivesse concentração para estudar um pouco mais. Vocês fazem a diferença!

## RESUMO

O objetivo central desta dissertação é analisar os dilemas do financiamento da saúde pública no Brasil, debatendo até que ponto o federalismo de cooperação esboçado no texto constitucional se efetiva na prática. Para tanto, perpassa-se, ao longo do presente estudo, pelo desenvolvimento histórico, legislativo, bem como pelas diversas fases e contextos temporais e regionais da saúde pública brasileira. O estudo toma por base a evolução do federalismo no Brasil e suas relações institucionais com as políticas de saúde, considerando a organização e ação do Estado a partir das peculiaridades regionais, sociais e econômicas do país. Conceitualmente, articula elementos teóricos clássicos caracterizadores do federalismo, conforme disposto na Constituição de 1988 e, de outro lado, o rompimento de diversos aspectos do modelo centralizador, em razão do caráter descentralizador das políticas públicas decorrentes do modelo proposto. Ademais, apresenta os reflexos do federalismo nacional do processo de alocação de recursos do Sistema Único de Saúde, além de subsidiar outros debates, como é o caso da insuficiência de recursos para viabilizar o sistema e como esse subfinanciamento afeta a eficiência, eficácia e efetividade do SUS. O estudo justifica-se pela necessidade de acompanhamento da evolução do federalismo no País, especialmente em razão de, a despeito do modelo adotado, a distribuição efetiva da autoridade política ainda sugerir fortes resquícios centralizadores do Estado Unitário, em confronto à tentativa de atuação cooperativa entre os entes federativos. O fato de o financiamento do sistema de saúde não considerar as desigualdades socioeconômicas havidas entre os entes da federação, reflete diretamente na gestão do sistema e, conseqüentemente, na capacidade de coordenação centralizada pela União, demandando a necessidade de reformas em sua estrutura de financiamento, com o objetivo de garantir a integridade, universalidade e efetividade do sistema.

**Palavras-Chave:** federalismo; financiamento; sistema de saúde.



## **ABSTRACT**

The central objective of this dissertation is to analyze the dilemmas of public health financing in Brazil, discussing to what extent the cooperative federalism outlined in the constitutional text is effective in practice. To this end, the historical and legislative development, as well as the various phases and temporal and regional contexts of Brazilian public health are reviewed throughout this study. The study is based on the evolution of federalism in Brazil and its institutional relations with health policies, considering the organization and action of the State based on the regional, social and economic peculiarities of the country. Conceptually, it articulates classic theoretical elements that characterize federalism, as provided in the Constitution of 1988 and, on the other hand, the disruption of various aspects of the centralizing model, due to the decentralizing character of public policies resulting from the proposed model. Furthermore, it presents the reflections of national federalism in the process of resource allocation of the Unified Health System, besides subsidizing other debates, as is the case of insufficient resources to make the system viable and how this underfinancing affects the efficiency, efficacy, and effectiveness of the Unified Health System. The study is justified by the need to monitor the evolution of federalism in the country, especially because, despite the model adopted, the effective distribution of political authority still suggests strong centralizing traces of the Unitary State, in contrast to the attempt at cooperative action among the federative entities. The fact that the financing of the health system does not consider the socioeconomic inequalities between the federation entities reflects directly on the system's management and, consequently, on the centralized coordination capacity of the Union, demanding the need for reforms in its financing structure, with the objective of guaranteeing the integrity, universality and effectiveness of the system.

**Keywords:** federalism; financing; health system.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Execução do gasto total por fonte de recursos, CPMF e demais fontes (1995-2011) .....	110
Gráfico 2 - Evolução do gasto das três esferas de governo com APS (2003-2021).....	114
Gráfico 3 - Gasto das três esferas de governo em ASPS, em valores per capita (2003-2021) .....	115
Gráfico 4 - Despesas com bens e serviços de saúde em relação ao PIB (%). Comparação entre países da OCDE por setores .....	116
Gráfico 5 - Participação nas despesas com saúde por esfera de governo .....	119
Gráfico 6 - Despesas em saúde por habitante.....	120
Gráfico 7 - Despesas com bens e serviços de saúde em relação ao PIB (%) a partir da comparação entre países da OCDE por setores.....	136
Gráfico 8 - Despesas com bens e serviços de saúde em relação ao PIB (%) por setores.....	137
Gráfico 9 - Despesas com saúde de fontes públicas como proporção dos gastos totais do governo, 2019 (ou último ano disponível) .....	138
Gráfico 10 - Avaliação da distribuição dos recursos transferidos fundo a fundo aos estados/DF em relação a respectiva população – Acumulado 2002 a 2020.....	142
Gráfico 11 - Variação acumulada de transferência FAF.....	143
Gráfico 12 - Transferências FAF per capita por estado – 2002 e 2020 .....	144

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Gastos das três esferas de governo com APS (2003-2021) .....	113
Tabela 2 - Gasto das três esferas de governo com APS .....	114
Tabela 3 - Participação nas despesas com Saúde, segundo Esfera de Governo – 1980-2017	118
Tabela 4 - Despesas por habitante .....	120
Tabela 5 - Distribuição dos recursos transferidos fundo a fundo aos estados/DF.....	144
Tabela 6 - Avaliação da distribuição dos recursos transferidos fundo a fundo aos estados/DF .....	145
Tabela 7 - Taxa de mortalidade infantil .....	146
Tabela 8 - Quantidade de estabelecimentos de saúde por unidade da Federação e ano/mês no período de dez/2013-dez/2020 .....	147

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CAA	Comissão de Acompanhamento e Avaliação
CID	Classificação Internacional de Doenças
CF	Constituição Federal
CLL	Contribuição sobre o Lucro Líquido
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
Cofins	Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social
Cosems	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EC29	Emenda Constitucional nº 29/200
ESF	Estratégia Saúde da Família
FA	Fator de Alocação
Finsocial	Fundo para Investimento Social
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FPT	Fora de Possibilidade Terapêutica
GRS	Gerência Regional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre operações relativas à Circulação de Mercadorias e prestação de Serviços de transporte interestadual, intermunicipal e de comunicação, ainda que as operações e as prestações se iniciem no exterior
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
INS	Índice de Necessidades em Saúde
IO	Índice de Oferta
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU	Imposto sobre a Propriedade predial e Territorial Urbana
IPVA	Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores
SUS	Sistema Único de Saúde

NHS	National Health Service
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
STF	Supremo Tribunal Federal
CLT	Consolidação das Leis dos Trabalho
FUNRUAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
SAMBU	Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
CF	Constituição Federal
FUNDEB	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica
IOF	Imposto sobre Operações Financeiras
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
PAB	Piso de Atenção Básica
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
ITCMD	Imposto de Transmissão Causa Mortis e Doação
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
ITBI	Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis
ISS	Imposto sobre Serviço de Qualquer Natureza
EC	Emenda Constitucional
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SPO	Subsecretaria de Planejamento e Orçamento
TCU	Tribunal de Contas da União
PLOA	Projeto de Lei Orçamentária Anual
ANS	Agência Nacional de Saúde
DF	Distrito Federal
RCL	Receita Corrente Líquida
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
COVID-19	Corona Vírus Disease
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
FAF	Fundo a Fundo
FNS	Fundo Nacional de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>2</b>	<b>O DESENHO CONSTITUCIONAL DO DIREITO À SAÚDE: DO VAZIO NORMATIVO A UM DIREITO FUNDAMENTAL</b> .....	<b>21</b>
<b>2.1</b>	<b>Modelos ou concepções de sistemas de saúde</b> .....	<b>23</b>
<b>2.2</b>	<b>O Direito à saúde nas Constituições do Brasil: o plano antecedente a 1988</b> .....	<b>32</b>
<b>2.3</b>	<b>O direito à saúde a partir da Constituição de 1988: um desenho dogmático</b> .....	<b>49</b>
2.3.1	Em busca de uma concepção do direito fundamental à saúde: direito e dever fundamental.....	50
2.3.2	A fundamentalidade formal e material.....	57
2.3.3	A dimensão objetiva e subjetiva.....	59
2.3.4	Direito à saúde como direito de defesa e direito a prestações.....	60
<b>3</b>	<b>O FEDERALISMO E SEU IMPACTO NO DIREITO À SAÚDE: OS IMPASSES NA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL</b> .....	<b>65</b>
<b>3.1</b>	<b>Federalismo: origem e concepção</b> .....	<b>67</b>
3.1.1	Federalismo dual: o bolo de camadas .....	71
3.1.2	Federalismo cooperativo: do bolo de mármore à polifonia.....	73
<b>3.2</b>	<b>O Federalismo como estrutura: a repartição de competências sanitárias na Constituição de 1988</b> .....	<b>78</b>
3.2.1	A herança do pêndulo que sempre retorna ao centro.....	79
3.2.2	Competências legislativas .....	83
3.2.3	Competências materiais e participação nas arenas de decisão .....	85
3.2.4	O compartilhamento de receitas financeiras: a repartição de competências tributárias	87
<b>3.3</b>	<b>O Federalismo como dinâmica: o impacto do modelo federal brasileiro nas políticas sanitárias e no direito à saúde</b> .....	<b>91</b>
<b>4</b>	<b>O SUS E SEU FINANCIAMENTO: UMA HISTÓRIA NA ENCRUZILHADA ENTRE A COMPETIÇÃO E A COOPERAÇÃO FEDERATIVA</b> .....	<b>101</b>
<b>4.1</b>	<b>O financiamento da saúde pública após a Constituição de 1988</b> .....	<b>103</b>
4.1.1	O texto originário da Constituição: o duro confronto com a realidade.....	104
4.1.2	A Emenda Constitucional n.º 29: novos rumos ao financiamento .....	112
4.1.3	A Lei Complementar n.º 141/2012: reafirmar o óbvio .....	122
4.1.4	A Emenda à Constituição n.º 86: a breve mudança .....	126
4.1.5	A Emenda Constitucional n.º 95: o teto de gastos no texto constitucional.....	128

<b>4.2</b>	<b>Os desequilíbrios federativos do financiamento entre a estrutura e a dinâmica constitucional: os dilemas entre a cooperação e a disputa federativa .....</b>	<b>134</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>151</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>155</b>

## INTRODUÇÃO

Um dos temas que mais têm sido debatidos desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 é o financiamento do Sistema Único de Saúde. A ousada tentativa de deixar um sistema que foi erigido sob bases assistencialistas e previdenciárias para construir outro, com fundamentos na gratuidade, universalidade e equidade, teve no documento de 1988 apenas seu passo inicial.

Nessas três décadas, o complexo financiamento do sistema de saúde nunca deixou de ser marca constante dos debates nacionais. Junto a ele, sempre a escassez de recursos, como uma permanente lembrança. Talvez mais do que qualquer outra Política Pública, no campo da saúde a efetivação dos direitos previstos no texto constitucional sentiu, desde o primeiro momento, que belas palavras numa Carta Política não bastavam para a efetividade dos direitos supostamente conquistados. Assim, a discussão sobre as fontes de financiamento, o volume adequado para ele, bem como o percentual que caberia a cada ente federativo têm sido das temáticas mais acaloradas e discutidas no âmbito do Sistema Único de Saúde nos últimos trinta e quatro anos.

O Sistema Único de Saúde constitucionalizado, definido como um direito de todos e dever do Estado, foi um inegável avanço social. Todavia, é recorrente a questão de seu subfinanciamento e vários estudos discutindo essa questão foram realizados no período posterior à Carta de 1988<sup>1</sup>.

Com efeito, o desafio de instituir o sistema, organizá-lo e financiá-lo é muito maior do que o imaginado pelos constituintes. Instituir um acesso universal e equitativo, com a gestão sendo guiada pelos governos locais, num cenário de extrema fragilidade, inclusive financeira, dos entes federativos, não se revelou algo simples de acontecer.

Muito embora diversos trabalhos se debruçam sobre os problemas enfrentados na saúde pública brasileira, considerando normalmente a má prestação de serviços aos usuários e atribuindo este fato à atuação (ou a sua ausência) dos governantes e a tomada de decisões,

---

<sup>1</sup> Muitos pesquisadores tem o financiamento da saúde pública como objeto de pesquisa há muitos anos. Podemos ver isso em PIOLA, Sérgio, *et. al.* Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. 1846 Texto para Discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro, p. 7-41, jul., 2013. Do mesmo modo DAIN, Sulamis. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Cien Saude Colet**, 2007 e GOMES, Fábio de Barros Correia. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 6-17, Mar. 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100006&lng=en&nrm=iso)>. access on 12 Aug. 2019. Trabalhos respeitados também o de MARQUES, Rosa. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Revista planejamento e políticas públicas**, n. 49, p. 36-53, jul./dez. 2017. FIGUEIREDO, Juliana Oliveira et al. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, p. 37-47, Oct. 2018. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000600037&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000600037&lng=en&nrm=iso)>. access on 06 mai. 2020.



pouco se refletiu acerca de fatores importantes como o contexto histórico e as condições institucionais em que estas decisões são tomadas, ou sobre os dilemas federativos existentes na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no campo de seu financiamento.

Desta feita, o presente trabalho presta-se a tentar entender melhor o conjunto de fatores que envolve a organização federativa do país, e que interferem na tomada de decisões e na gestão do sistema de saúde brasileiro, notadamente no campo do seu financiamento. Em verdade, a preocupação com o financiamento da saúde não é uma questão exclusiva do Brasil, mas de todos os países, até mesmo daqueles que não contam com um sistema público e universal<sup>2</sup>.

E, desde a instituição do Sistema Único de Saúde, sempre se afirma haver menos recursos financeiros que os necessários para que melhorem os indicadores de saúde da população. Dessa forma, aqui não se utiliza a expressão “subfinanciamento do SUS” enquanto um conceito. Aqui, por subfinanciamento alude-se não só à necessidade de financiamento, mas a todo o contexto de instabilidade de recursos ao qual o SUS se submete, a impedir o atendimento universal definido pela Constituição Federal<sup>3</sup>.

E é com base em tal premissa que se propõe entender os impactos dos diversos regimes jurídicos no financiamento do Sistema Único de Saúde, notadamente no que se refere ao desenho Federativo colocado no texto da Constituição.

Todo sistema de saúde pode ser pensado como a articulação de três componentes, cada um dos quais se envolve em um conjunto de definições particulares e questões específicas<sup>4</sup>. De todo modo, para fins metodológicos, podemos destacar três dimensões: a) uma política, concernente ao modelo de gestão adotado; b) uma econômica, consistente no modelo de financiamento escolhido e c) uma médico-assistencial, que se refere ao modelo de assistência seguido.

Todas essas dimensões possuem relacionamento, mas, no presente caso, enfatiza-

---

<sup>2</sup> “Como se pode constatar nos exemplos referidos, a dependência, da realização dos direitos sociais prestacionais, da conjuntura socioeconômica é tudo menos pura retórica. Negar que apenas se pode buscar algo onde este algo existe e desconsiderar que o Direito não tem o condão de — qual toque de Midas — gerar os recursos materiais para sua realização fática, significa, de certa forma, fechar os olhos para os limites do real”. SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001. p. 321-22.

<sup>3</sup> MARQUES, Rosa. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Revista planejamento e políticas públicas**, n. 49, p. 36-53, jul./dez. 2017.

<sup>4</sup> VIACAVA, Francisco et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, Sept. 2004. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000300021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300021&lng=en&nrm=iso)>. access on 06 Aug. 2020.

se a articulação de todas elas com a dimensão estritamente jurídica, objetivando analisar as questões relativas ao financiamento e à alocação de recursos no SUS.

A consolidação da política pública de saúde no Brasil foi marcada por muitos conflitos e uma grande pressão por parte de movimentos sociais e de partidos políticos durante grande parte dos anos 1970 e 1980<sup>5</sup>. A promulgação da Constituição, em 1988, com a inclusão de um capítulo específico para a seguridade social, representou uma vitória para aqueles que defendiam políticas sociais universais nos moldes do *welfare state* europeu<sup>6</sup>. Mais do que isso, tratava-se de um debate de como efetivar um direito que estava contido no corpo da Carta Política brasileira.

O fato é que o modelo do SUS representou grande evolução no campo das políticas sociais, entretanto, esbarra na capacidade do Estado de financiamento desse sistema, considerando a enorme demanda e os elevados custos para atendê-la. Ademais, atender de forma igualitária e universal, a população de um país de dimensões continentais, como o Brasil, requer planejamento preciso e esforços conjuntos das três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal.

Este trabalho, portanto, analisa as questões que relacionam o federalismo fiscal brasileiro e o financiamento do SUS. A estrutura federativa brasileira inclui um modelo de repartição de competências estabelecido constitucionalmente, que se propõe a promover o equilíbrio entre as esferas e entes da federação. É a Constituição Federal que delimita a atuação de cada um dos poderes, visando garantir a autonomia dos estados-membros e dos municípios, bem como o papel desempenhado pela União.

Ao que parece, essa ampliação de competência dos entes na Constituição de 1988 contribuiu para uma melhor harmonização entre a atuação da União no que compete aos interesses nacionais e a dos estados e municípios quanto às realidades locais.

Nesse ponto, este trabalho pretende demonstrar uma análise do financiamento do sistema de saúde voltada não apenas para a proposição constitucional, mas para a indisponibilidade de recursos direcionados a esta finalidade, passando pelas tentativas da

---

5 “No Brasil, surgiu em meados da década de 70, um movimento postulando a democratização da saúde, justamente num período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização. Expressou a indignação da sociedade frente as aviltantes desigualdades, a mercantilização da saúde e, configurou-se como ação política concertada em torno de um projeto civilizatório de sociedade inclusiva, solidária, tendo a saúde como direito universal de cidadania”. SOUTO, Lucia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal**. Saúde debate. Jan-Mar 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>. Acesso em: 27 set. 2022.

<sup>6</sup> PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet, North American edition, v. 377, p. 11-31, 2011.

União em solucionar o problema do financiamento da saúde pública e o insucesso das ações até então propostas, a e a crescente descentralização dos serviços de saúde.

A pesquisa, portanto, aborda as conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento descentralizado do SUS, no período que se estende da sua institucionalização até os dias atuais. O recorte se justifica pela importância adquirida pelas esferas subnacionais no sistema público de saúde brasileiro, o que faz com que a implantação nacional do sistema dependa das condições relacionadas aos entes municipais e estaduais no desempenho de suas obrigações.

É dizer, a capacidade de financiamento em saúde desses governos é peça fundamental para a garantia do acesso universal e sem privilégios às ações e serviços de saúde, da atenção integral compatível com as necessidades e demandas da população e realizada de acordo com padrões de qualidade reconhecidos.

A contradição entre as imensas desigualdades socioeconômicas que configuram nossa federação e o modelo pretendido para o SUS traz desafios para a adoção de mecanismos que compensem as diferenças nas condições materiais e financeiras das esferas subnacionais, através de um conjunto de relações fiscais e orçamentárias entre os governos.

No entanto, as regras que modelam o sistema de divisão de recursos tributários no Brasil orientadas para a política de saúde enfrentam problemas para o atendimento de seus objetivos específicos. Nesta pesquisa, utiliza-se uma moldura teórico-metodológica abrangente que, por um lado, considera relevante o papel das instituições federativas e, por outro, possibilita a identificação de variáveis que influenciam escolhas políticas no setor da saúde.

Além da incapacidade monetária dos entes locais, soma-se a ausência de efetiva distribuição, em percentuais, das competências dos três entes federativos, além da desordem criteriosa dos repasses a serem realizados pelo Governo Federal objetivando o financiamento de políticas públicas de saúde.

Assim, pretendeu-se analisar, em um primeiro momento, o desenvolvimento do direito constitucional à saúde no Brasil desde o seu advento, com a promulgação da Constituição Federal em 1988, até os dias atuais. Para tanto, discute-se a evolução do próprio sistema de saúde no Brasil, destacando a trajetória da consolidação da saúde enquanto um direito.

Logo em seguida, efetuou-se uma análise doutrinária sobre as teorias federalistas e seus respectivos impactos no direito à saúde no Brasil. Com efeito, a Constituição de 1988 traçou uma estrutura na qual a política de saúde deveria se desenhar por meio da cooperação

entre os membros da Federação, mas sua dinâmica tem revelado diversos problemas de harmonia. Procura-se refletir sobre o significado do federalismo e suas principais características, os valores sociais e os princípios das instituições federativas que incidem nas dimensões política, fiscal e administrativa e suas implicações para os processos de descentralização e as relações intergovernamentais.

Por fim, diante da narrativa da tensão existente entre o direito à saúde constitucionalizado e o financiamento do direito à saúde e sua realização no mundo real, no último capítulo desta pesquisa entabula-se uma discussão sobre os diversos modelos de financiamento do Sistema Único de Saúde desde a Constituição de 1988 e como eles acarretaram uma disputa não imaginada por recursos, modificando a estrutura normativa desenhada na Constituição.

Um argumento defendido no estudo é de que os municípios, os estados e o DF apresentam perfis diferenciados de receitas públicas destinadas ao financiamento do SUS que resultam, principalmente, das modalidades de transferências do SUS. Receitas diversas incidem nos orçamentos dos entes na dependência de vários fatores nos quais se destacam a distribuição das bases tributárias e o esforço fiscal empreendido por cada ente.

Defende-se que o desenho do federalismo fiscal brasileiro, num Estado marcado por acentuadas desigualdades, gera constrangimentos e desequilíbrios federativos e não favorece a redistribuição de recursos a favor da equalização das receitas voltadas para a saúde nas esferas subnacionais de governo.

A capacidade redistributiva das transferências federais regulares do SUS e seu potencial de redução das diferenças observadas no acesso aos recursos públicos destinados ao setor refletem o modo como o subsistema foi institucionalizado na política de saúde, de forma a acomodar objetivos e interesses diversos e responder aos conflitos federativos acentuados pelo contexto adverso. Com efeito, a redistribuição dos recursos em saúde, muitas vezes, no lugar de diminuir, aumenta as desigualdades.

A metodologia empregada no desenvolvimento deste trabalho pode ser enquadrada no que Minayo<sup>7</sup> classifica como metodologia dialética, a qual reconhece que o campo do Direito à Saúde se refere a uma realidade complexa, que demanda conhecimentos distintos e integrados e uma interação constante entre teoria e prática, para que ambas se alimentem reciprocamente, e se repensem.

Trata-se, portanto, de um estudo exploratório sobre as relações entre a teoria

---

<sup>7</sup> MINAYO, Maria Cecília. **O Desafio do Conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2016

doutrinária e a dinâmica real acerca do direito à saúde no Brasil. Abarca os impactos do financiamento do SUS no debate sobre o direito à saúde e no modelo de federalismo existente no país.

Em síntese, tentaremos sistematizar a fundamentação e o conteúdo do direito humano e fundamental à saúde, sustentando a importância desse direito na ordem jurídico-constitucional brasileira, apontando, porém, a inegável complexidade em se traçar um desenho normativo para regulamentar o financiamento das ações e serviços de saúde enquanto política pública que procure atender às exigências variáveis e às peculiaridades locais de cada área do território nacional.

## 1 O DESENHO CONSTITUCIONAL DO DIREITO À SAÚDE: DO VAZIO NORMATIVO A UM DIREITO FUNDAMENTAL

Para uma melhor compreensão do Direito à Saúde, é necessário entender os atuais sistemas de saúde, mantidos, em menor ou maior proporção pelos Estados, e compreender em que contexto foram desenvolvidos e de que modo eles se distinguem da concepção de saúde que existia até o Século XVIII. Grande parte dos estudos sobre Saúde Pública ou, mais especificamente, sobre o Direito à Saúde, realizados no Brasil apresenta como característica o fato de, muitas vezes, considerarem o objeto de estudo como “ahistórico”, num aparente equívoco metodológico e epistemológico<sup>8</sup>.

Assim, para localizar o regime constitucional de um direito à saúde, esculpido na Constituição Republicana de 1988, necessário esclarecer em que contexto se dá essa inserção da saúde numa Constituição do Brasil com tamanha extensão e garantias<sup>9</sup>. Mais do que isso, é necessário entender como o sistema de políticas públicas sanitárias influencia e, ao mesmo tempo, é influenciado pelo regime positivado de um direito à saúde, e como o federalismo sanitário se concretiza.

É dizer, o direito à saúde, hoje garantido de maneira mais ou menos abrangente ao redor do globo deve ser entendido enquanto uma construção histórico-social, decorrente de fatores próprios de cada sociedade e, portanto, dependente de fatores políticos, econômicos e culturais. Daí a importância, para melhor compreensão do atual sistema brasileiro, entender as remodelagens do tema ao redor do globo, mas, sobretudo em nossos contextos constitucionais

---

<sup>8</sup> “Contrariando a abordagem clássica dos fenômenos jurídicos, entre os quais se inscrevem os direitos sociais, entende-se que as condições legais, ou formas políticas, não se explicam por si mesmas como pretendem os defensores dos procedimentos essencialmente normativos, que difundem uma idéia de justiça autonomizada das condições objetivas, independente dos modos de organização da produção e reprodução social. Qualquer análise sobre instituições no plano do direito implica articular a cidadania social às condições reais de existência, tendo como pressuposto as relações econômicas e sociais que condicionam, no limite, os fenômenos jurídicos e políticos”. NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; PIRES, Denise Elvira Pires de. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-760, June 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300012&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 out. 2020.

<sup>9</sup> “A positivação constitucional do direito fundamental à saúde, juntamente com diversos outros direitos fundamentais sociais, é uma característica marcante da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, ligando-a ao constitucionalismo democrático-social do período posterior à II Guerra. A proteção constitucional existente no país antes de 1988 limitava-se, ou a normas esparsas, como a garantia de “socorros públicos” e a garantia de inviolabilidade do direito à subsistência; ou a normas de distribuição de competências, legislativas e executivas; ou, ainda, a formas indiretas de proteção, quando a saúde integrava os direitos do trabalhador e as normas de assistência social. Não se podia cogitar propriamente de uma efetiva proteção à saúde na perspectiva do direito constitucional, menos ainda na condição de direito fundamental”. SARLET, Ingo; FIGUEIREDO, Mariana. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas. In: RÉ, Aluisio Iunes Monti Ruggeri. **Temas aprofundados da Defensoria Pública**. Bahia: Juspodvim, 2014. p. 111-146.

até o presente momento.

O recorte que aqui fazemos, portanto, se dá com a compreensão dos sistemas de saúde já no Século XX, após as grandes guerras. Com efeito, após a II Guerra Mundial, os países desenvolvidos realizaram reformas, em extensões variadas, em seus sistemas de proteção social, que acabaram por resultar em regimes de Bem-Estar distintos<sup>10</sup>.

É a partir desse momento que surgem o que podemos denominar de “sistemas de proteção social”<sup>11</sup> da atualidade, mecanismos criados pela sociedade com o objetivo de proteger seus membros do que poderíamos chamar de iniquidades: toda vez que um ser humano se vir limitado de ter suas necessidades fundamentais atendidas, o sistema de proteção social deveria ser ativado com o intuito de salvaguardar tais direitos.

São, por assim dizer, mecanismos criados, na atualidade, pelo Estado como resposta às agruras da vida pós-revolução industrial<sup>12</sup>. Deste modo, o sistema de proteção varia bastante entre os mais diversos países, a depender do papel exercido pelo Estado e de como as políticas públicas por ele desenvolvidas agem com maior ou menor intensidade na sociedade.

A criação dessas estruturas de proteção social deve ser considerada uma grande conquista do século XX, uma maneira de amenizar os riscos sociais criados pelos acelerados processos de industrialização. De um modo geral, o marco histórico em que os sistemas de

<sup>10</sup> “O período que se inicia após a Segunda Guerra inaugura uma nova era, caracterizada pelo enorme desenvolvimento científico e tecnológico e por mudanças nas estruturas sociais, causando grande impacto nos bens sociais disponíveis. Neste período se consolida um padrão de proteção social nos países capitalistas centrais que, impulsionado pelo keynesianismo e pelo socialismo vigente no Leste europeu, se consagra sob a denominação de Estado de Bem Estar Social. Este vigoroso movimento sacode as velhas estruturas de proteção social impondo-lhes substanciais reformas, cujo principal sentido é o de promover a inclusão social sob a égide de um Estado provedor das condições mínimas de subsistência. Disto resulta um vigoroso programa de políticas sociais, que concorre para a consolidação da cidadania e a efetivação de um novo patamar para os direitos sociais”. ELIAS, Paulo Eduardo. Reforma ou contra-reforma na proteção social à saúde. **Lua Nova**, São Paulo, n. 40-41, p. 193-215, ago. 1997. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64451997000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451997000200009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 out. 2020.

<sup>11</sup> “A formação histórica dos sistemas de proteção social se confunde com a própria construção da sociedade capitalista. Em suas origens, encontram-se os mecanismos criados pelos trabalhadores assalariados da indústria, os quais constituíam amparo de tipo ajuda mútua. Formados pelos trabalhadores da indústria, com base na contribuição voluntária dos trabalhadores, visavam prover necessidades derivadas do desemprego, da doença, da morte e da velhice. Os benefícios eram em dinheiro e em alguns casos havia assistência médica mediante a contratação de médicos pela associação de ajuda mútua” MARQUES, Rosa Maria. O direito à saúde no mundo. In: MARQUES, Rosa Maria *et al.* **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: Abres, 2016. p. 13.

<sup>12</sup> “Os modernos sistemas de proteção social no século XX surgiram para atenuar as diferenças sociais criadas pelo livre funcionamento do mercado, principalmente as diferenças de salários, renda e consumo e que são sempre repostas pelos diferentes momentos de funcionamento dos mercados e causa da produção de desigualdades”. VIANA, Ana Luiza D’Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 645-684, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312008000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 out. 2020.

proteção são encontrados é o Estado de Bem-estar Social<sup>13</sup>, assim entendido o movimento de construção de uma estrutura institucional de proteção social que surge após a Segunda Guerra Mundial.

Fala-se aqui de diversos sistemas previdenciários, assistenciais e de saúde, que, a despeito de apresentarem muitas diferenças operacionais, como, por exemplo, diferentes formas de financiamento, cobertura, tipos de acesso, possuem uma característica essencial de intervir na relação estado-mercado.

O que se pretende, portanto, é classificar, ainda que ciente da insuficiência de toda e qualquer categorização tão abrangente<sup>14</sup>, as mais diversas análises de políticas de saúde em vários países, porquanto decorrentes de um padrão geral de proteção social. O interesse no empenho de classificar é visualizar padrões de proteção social, mais especificamente no campo da saúde.

E, a partir dessa compreensão, traçar a atual dimensão dogmático-normativa do direito à saúde a partir de sua incorporação ao texto constitucional de 1988, de sorte a buscar delimitar seu conteúdo, alcance e desdobramentos, sem deixar de considerar as peculiaridades federativas e estruturais do Estado brasileiro.

## 2.1 Modelos ou concepções de sistemas de saúde

Antes de descer à estruturação do que vem a ser propriamente o direito à saúde, precisamos entender como a promoção ou restauração da saúde se dá atualmente ao redor do mundo. A tipologia de Sistemas de Saúde busca identificar o contexto institucional dos cuidados em saúde e ilustrar as políticas de saúde em países diferentes. Assim, tais políticas, quando unificadas, são consideradas como sistemas sociais, os quais, por sua vez, se propõem

---

<sup>13</sup> “Existe alguma controvérsia em torno do significado dos termos aqui utilizados. Fenômenos de natureza política semelhante são classificados sob as categorias de *Welfare State*, *Estado-Providência* (*État-Providence*) ou ainda *Estado Social*. Embora essa distinção seja relevante em determinados contextos, aqui ela não é realizada. Utiliza-se uma definição bastante ampla de *Welfare State*, que é entendido como a mobilização em larga escala do aparelho de Estado em uma sociedade capitalista a fim de executar medidas orientadas diretamente ao bem-estar de sua população”. MEDEIROS, Marcelo. **A trajetória do Welfare State no Brasil**: papel redistributivo das Políticas Sociais dos anos 1930 aos anos 1990. Brasília: IPEA, 2001.

<sup>14</sup> “As classificações chamam a atenção para formas distintas de resolver o mesmo problema - como financiar serviços sociais, por exemplo - e para aspectos que singularizam certos esquemas face a outros (uns são mais universais, em termos de cobertura da população, outros mais seletivos; alguns têm como meta maior redistributividade, enquanto outros, por princípio, se mantêm estritamente compensatórios etc). O grande interesse despertado pelo empenho classificatório reside na visualização de padrões de proteção social, que ensejam cotejar países, evitando o ardil da similitude aparente”. VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. Notas sobre política social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 133-159, 1991. Acesso em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73311991000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311991000100007) &lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 out. 2020.



a prestar assistência à saúde a uma população definida<sup>15</sup>.

De todo modo, pode-se afirmar que é com o surgimento do capitalismo e, portanto, da ascensão de uma sociedade capitalista<sup>16</sup>, que podemos passar a falar do surgimento de uma garantia de acesso a ações e serviços de saúde de um segmento da população de um país<sup>17</sup>. Antes disso, haviam ações que não poderiam ser categorizadas enquanto um “modelo de atenção”<sup>18</sup>. A origem das práticas de saúde, que pode ser detectada em momentos anteriores às formas sociais contemporâneas, não imprime o perfil destas práticas na atualidade.

O surgimento do que podemos chamar de uma “Medicina Social”, tal como o Sanitarismo na Inglaterra, a Polícia Médica na Alemanha ou a Medicina Social na França surge apenas no século XVIII<sup>19</sup>. No lugar de ações isoladas, passa-se a debater a necessidade de ações sanitárias, que iriam da desinfecção urbana, passando pelo atendimento e acompanhamento da população de baixa renda e que tinha como escopo projetar as cidades para uma nova condição de desenvolvimento. Nesse momento, o objeto da medicina começava a se deslocar da doença para a saúde.

Até mesmo o hospital, essa estrutura que nos remete imediatamente à ideia de saúde,

<sup>15</sup> BISPO JÚNIOR, J. P. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. **Revista Saúde.com**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 79-89, 2005. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/43>. Acesso em: 15 abr. 2022.

<sup>16</sup> Aqui nos referimos à antítese com o regime feudal, no qual a aristocracia recebia seus cuidados de médicos particulares e a população em geral e os mais pobres recebiam atenção ou a partir dos saberes locais ou das organizações religiosas por meio de caridade. Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Ou seja, a formação histórica dos sistemas de proteção social referidos no presente capítulo se confunde com a própria construção da sociedade capitalista.

<sup>17</sup> “O direito à saúde, hoje garantido parcial ou totalmente em diversos países do mundo, é fruto de uma longa trajetória e deve ser visto como uma construção histórica, nascida das condições derivadas do desenvolvimento do modo de produção capitalista. Contudo, a despeito de seus determinantes maiores, a forma específica como o acesso à saúde se conforma e se organiza em cada país, se mais ou menos universal ou se mais ou menos financiado pelo Estado, por exemplo, decorre de um conjunto de fatores próprios de cada sociedade, no qual atuaram e atuam componentes políticos, econômicos, sociais, culturais e históricos. Além disso, a construção dos sistemas de saúde não pode ser entendida de forma dissociada à proteção social erigida ao longo do capitalismo”. MARQUES, Rosa Maria. O direito à saúde no mundo. In: MARQUES, Rosa Maria et al. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: Abres, 2016. p. 11.

<sup>18</sup> Por modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais referimo-nos às combinações de tecnologias utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde. “O debate das macropolíticas no setor saúde, portanto, não tem privilegiado a questão dos modelos assistenciais, isto é, das formas de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde. O sistema de saúde brasileiro é hoje, assim, palco da disputa entre modelos assistenciais diversos, com a tendência de reprodução conflitiva dos modelos hegemônicos, ou seja, o modelo médico-assistencial privatista (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e o modelo assistencial sanitário (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária), ao lado dos esforços de construção de “modelos” alternativos”. TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBOAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do Sus**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, jun. 1998. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 14 out. 2020.

<sup>19</sup> OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; EGRY, Emiko Yoshikawa. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 9-15, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-6234200000100002>. Acesso em: 16 out. 2021.

não possuía a função que possui hoje. A população de mais alta renda tinha acesso a cuidados médicos particulares, ao passo que a população em geral ou recebia cuidados do saber intergeracional ou ocupava leitos de hospitais, que em geral pertenciam a organizações religiosas. Em verdade, o hospital era um ambiente de isolamento de indivíduos que representavam risco para a saúde pública. Era um ambiente para pobres e desvalidos e a novidade no século XVIII foi a constituição de uma medicina terapêutica<sup>20</sup>.

Os modelos de sistema de saúde<sup>21</sup> aqui propostos, portanto, partem do próprio entendimento dos sistemas de proteção social enquanto forma de organização e intervenção do Estado na esfera social, que pode abranger a saúde, a previdência ou a assistência social, a depender do tipo ou modelo de sua configuração.

No presente trabalho, tendo em vista a diversidade das pesquisas de natureza classificatória, optou-se pela análise das propostas de Richard Morris Titmuss<sup>22</sup>, que discrimina três modelos de proteção social, aqui adotados para entender os sistemas de saúde: o “*residual welfare model of social policy*”, o “*industrial achievement performance model of social policy*” e o “*redistributive model of social policy*”. Seu modelo de classificação tornou-se um estudo clássico, e mesmo modelos mais atuais ainda se utilizam de suas referências a título de comparação. A variável fundamental de sua análise é a extensão da responsabilidade estatal na provisão do bem-estar-social.

Vale aqui ressaltar que Titmuss<sup>23</sup> tinha ideia de que o modelo por ele proposto não explicava totalmente a realidade, mas buscava organizá-la para tentar entendê-la. Assim, o

<sup>20</sup> “Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. [...] E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação”. FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2014. p. 99.

<sup>21</sup> “Os sistemas de saúde, como o conhecemos hoje – estruturas públicas e privadas de atenção à saúde – são recentes na história e só se consolidaram como tal em meados do século XX”. LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Ligia. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Ligia *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 89.

<sup>22</sup> TITMUSS, Richard Morris. **Essays on “the Welfare State”**. Surrey: Unwin Brothers, 1963. Richard Titmuss foi um dos maiores e mais respeitados estudiosos do Estado da teoria do Bem-Estar Social e das políticas sociais. Foi professor na London School of Economics de 1950 até sua morte, em 1973.

<sup>23</sup> “As an aid to our inquiries, it is helpful to examine three contrasting models or functions of social policy. The purpose of model-building is not to admire the architecture of the building, but to help us to see some order in all the disorder and confusion of facts, systems and choices concerning certain areas of our economic and social life”. TITMUSS, Richard Morris. What is Social Policy? In: LEIBFRIED, Stephan, MAU, Steffen (org.). **Welfare States: Construction, Deconstruction, Reconstruction**. United Kingdom: Edward Elgar, 2008. p. 145.

que aqui propomos é apenas uma tentativa de visualizar os modelos de sistema de saúde ao redor do mundo, para compreender como se encara o Direito à Saúde dentro de um contexto de Estado de Bem-Estar Social no Brasil. As tipologias apenas ajudam a delinear os sistemas de saúde como um conjunto ideal-típico de características institucionais, com base em diversas dimensões analíticas<sup>24</sup>, mas não explicam toda a realidade. De todo modo, a partir das dimensões pensadas por Richard Morris Titmuss, podemos destacar três grandes categorias de proteção social: um modelo redistributivo, outro residual e um terceiro de seguros sociais obrigatórios<sup>25</sup>.

O primeiro dos modelos a que fazemos referência é o *residual welfare model of social policy*, aqui traduzido como “modelo residual ou de predominância de mercado”. Neste primeiro modelo da tipologia adotada, temos um Estado com políticas seletivas e focadas. Nele, só há intervenção estatal quando os assim considerados “canais naturais” de satisfação das necessidades – o esforço individual, a família, o mercado, as redes comunitárias – mostram-se insuficientes<sup>26</sup>. Para não impor sanções drásticas demais aos segmentos sociais mais desprotegidos, então intervém o Estado. Em tal modelo o mercado funciona como o espaço óbvio da distribuição, do que resulta a prevalência de esquemas privados e ocupacionais de seguro social.

Curioso notar que os sistemas de saúde hoje existentes guardam uma relação estreita com as concepções de titularidade dos direitos sociais, de modo que tal concepção de proteção social implica também numa concepção de titularidade de direitos sociais. Assim, os teóricos desse modelo de proteção social não aceitam a titularidade universal dos direitos fundamentais. Para eles, os direitos são para os que deles necessitam. É a chamada titularidade setorial dos direitos universais<sup>27</sup>.

<sup>24</sup> SERAPIONI, Mauro; TESSER, Charles Dalcanale. O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. *Saúde em Debate*, [s. l.], v. 43, n. 5, p. 44-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S504>. Acesso em: 15 abr. 2022.

<sup>25</sup> O estudo da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), ainda no final da década de 80 do século XX, utilizou a mesma tipologia aqui proposta e influenciou pesquisas sobre sistema de saúde no mundo inteiro. Conferir em ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONMICO. *Financing and Delivering Health Care: A comparative analysis of OECD Countries*. Paris: OECD, 1987.

<sup>26</sup> “Esse sistema se baseia no papel central desenvolvido pelo 'terceiro pagador', isto é, as companhias de seguros privados. O segurado voluntariamente paga o seguro (um plano de saúde privado) que assume o risco da doença, reembolsando o segurado pelas despesas de médicos, consultas, internações etc (...) O cidadão pode escolher livremente no mercado tanto o seguro como os prestadores (médicos, hospitais e laboratórios). Isso significa que a cobertura dos serviços é desigual e baseada no rendimento das pessoas”. SERAPIONI, Mauro; TESSER, Charles Dalcanale. O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. *Saúde em Debate*, [s. l.], v. 43, n. 5, p. 44-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S504>. Acesso em: 15 abr. 2022.

<sup>27</sup> “Ver-se-á que alguma doutrina sufraga a ideia que os direitos sociais se desviam da titularidade universal dos direitos fundamentais, no sentido de não serem automaticamente diretos de todos, mas sim direitos daqueles

No modelo residual, portanto, a responsabilidade pública estaria resumida a um patamar mínimo, uma vez que a satisfação das necessidades e da provisão social estão ligados aos entes tradicionais de proteção social, o mercado e a família. A lógica deste modelo funda-se numa visão eminentemente liberal de mundo. Nela, o mercado é o verdadeiro provedor do bem-estar individual, de maneira que a responsabilidade estatal está restrita à última instância, de modo temporário e residual. Apenas os mais fracos e incapazes para o trabalho recebem a intervenção da mão do Estado.

Como conseqüência do modelo de saúde, na proteção social residual, o Estado somente se responsabiliza por proteger os mais pobres, deixando que cada um compre serviços de saúde no mercado. O exemplo emblemático desse sistema são os Estados Unidos da América. Seus programas públicos de proteção à saúde (*Medicaid* e *Medicare*) dirigem-se apenas aos mais necessitados e parcialmente aos aposentados<sup>28</sup>. Outros países adotam características desse sistema, como Austrália, Chile e México.

Ou seja, no modelo residual, o Estado só passa a intervir quando os dois canais considerados naturais para a promoção social não conseguem atender as necessidades individuais. É sua característica, como decorrência lógica, o baixo potencial de promoção de justiça social<sup>29</sup>.

Temos, portanto, um sistema com financiamento predominantemente privado, empresas seguradoras como mediadores coletivos, prestação desempenhada quase totalmente apenas por prestadores privados, escolha da empresa prestadora feita pelo consumidor e regulação delegada ao mercado. O Estado não é o principal agente de realização das políticas

---

que deles carecem, enquanto deles necessitarem e na exata medida dessa carência. Acolhem, por conseguinte, a titularidade setorial dos direitos sociais e a sua não universalidade. Assim, segundo esta perspectiva, os direitos sociais assumem cada vez mais a forma de “discriminações positivas”, perdendo a sua condição de “direitos universais de igualdade”. BOTELHO, Catarina Santos. **Os direitos sociais em tempos de crise**: ou revisitar as normas programáticas. Coimbra: Medina, 2017. p. 128.

<sup>28</sup> “Aqueles que não têm renda suficiente, embora não sejam considerados pobres, não estão cobertos nem pelos programas públicos nem pelos seguros e planos de saúde privados. Estima-se que 46 milhões de estadunidenses não tenham nenhum tipo de cobertura no caso de doença. Apesar disso, os Estados Unidos é o país que mais gasta em saúde no mundo, tanto em termos *per capita* como proporção do Produto Interno Bruto (PIB). Em 2011, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), o gasto *per capita* em saúde foi de US\$ 8.476 e o gasto total correspondeu a 17,7% do PIB, o que denota a grande ineficiência do gasto em saúde nesse país”. MARQUES, Rosa Maria. O direito à saúde no mundo. In: MARQUES, Rosa Maria *et al.* **Sistema de Saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: Abres, 2016. p. 11.

<sup>29</sup> “Do ponto de vista cultural, a orientação predominante leva a considerar a saúde como um fato individual, sendo responsabilidade do indivíduo proteger sua saúde, adquirindo a assistência à saúde como outra mercadoria ou serviço qualquer. Nesse modelo, a dominância do mercado gera ineficiência por causa da escassa regulamentação do Estado: os EUA são o país com o maior gasto em saúde no mundo e apresentam indicadores de saúde piores do que os de outros países desenvolvidos com sistemas universais”. SERAPIONI, Mauro; TESSER, Charles Dalcanale. O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 43, n. 5, p. 44-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S504>. Acesso em: 15 abr. 2022.

sociais. Desse modelo se afastou o Brasil, ainda que aqui possamos encontrar, como meio residual, o sistema de saúde suplementar, de atenção médica supletiva, que são os planos e seguros privados, bem como o sistema de desembolso direto, em que se paga diretamente ao prestador de serviço<sup>30</sup>.

Já no modelo do *industrial achievement performance*, na classificação de Titmuss, aqui referido como “modelo industrial performático ou de seguros sociais obrigatórios”, a satisfação das necessidades individuais está vinculada ao mérito e ao desempenho dos grupos protegidos. Nele, assegura-se à população um nível de assistência independente do poder de compra dos cidadãos. A ação protetora do Estado se dá a grupos protegidos, que contribuem financeiramente<sup>31</sup>.

Tal como no modelo residual, seu pressuposto é que as pessoas tenham condições de resolver seus problemas mediante seu trabalho. É o mérito individual que mais uma vez conta. Mas diferentemente do primeiro modelo, onde a ação estatal se voltava apenas ao extremamente pobre, neste, as políticas sociais entram em ação para complementar e corrigir as ações do mercado, com foco em grupos sociais específicos.

O Estado aparece, nesse sentido, com o papel de reduzir as incertezas sociais geradas no contexto das relações sociais capitalistas de produção. Aqui, o sistema de proteção social reduz os riscos de estratos específicos por meio de instrumentos de regulação<sup>32</sup>. Um bom exemplo deles é a Seguridade Social. Os primeiros seguros sociais que a formataram surgiram na Alemanha ainda no final do século XIX, e foram implementados por Bismarck.

A sua característica principal é a concessão de benefícios aos trabalhadores cujo acesso é condicionado por uma contribuição anterior, sendo que as parcelas do benefício

<sup>30</sup> SERAPIONI, Mauro; TESSER, Charles Dalcanale. O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 43, n. 5, p. 44-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S504>. Acesso em: 15 abr. 2022.

<sup>31</sup> “This incorporates a significant role for social welfare institutions as adjuncts of the economy. It holds that social needs should be met on the basis of merit, work performance and productivity. It is derived from various economic and psychological theories concerned with incentives, effort and reward, and the formation of class and group loyalties. It has been described as the 'Handmaiden Model'”. TITMUSS, Richard Morris. What is Social Policy? *In*: LEIBFRIED, Stephan, MAU, Steffen (org.). **Welfare States: Construction, Deconstruction, Reconstruction**. United Kingdom: Edward Elgar, 2008. p. 146.

<sup>32</sup> “O modelo bismarckiano de seguros sociais, iniciado em 1883 na Alemanha, teve importante difusão internacional com implementação nas primeiras décadas do século XX em muitos países, inclusive na América Latina, onde devido à elevada informalidade do mercado de trabalho alcançou parcelas restritas da população. Nos países europeus, no entanto, observou-se progressiva inclusão de grupos populacionais com ampliação e uniformização dos benefícios e universalização da cobertura. Seguros sociais diferem dos seguros privados por serem compulsórios e por contribuições independentes dos riscos de adoecer. Ao combinar contribuições proporcionais à renda e acesso conforme necessidade, alicerçam-se em princípios de solidariedade e promovem redistribuição entre segurados de maior para menor renda, de jovens para idosos, de saudáveis para doentes”. GIOVANELLA, Ligia *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>. Acesso em: 15 abr. 2022.

dependem da contribuição efetuada pelo segurado.

Vê-se, portanto, que aqui ocorre um mecanismo de solidariedade para o financiamento do sistema de proteção social, derivado da contribuição direta de empregados e empregadores, baseando-se na folha de salários e com gestão organizada em caixas geridos pelo Estado com participação dos próprios contribuintes.

Tal modelo serviu de referência para os modelos clássicos de previdência pública, inclusive o brasileiro, apesar da pouca similaridade atual, como bem lembra Serapioni<sup>33</sup>, uma vez que no lugar de a proteção se dirigir às pessoas que não podem eventualmente pagar, o modelo brasileiro financia a parcela mais abastada da população, notadamente, servidores públicos.

De toda sorte, a esse modelo de proteção social correspondem os sistemas de saúde do tipo seguro, financiados também mediante contribuições de empregados e empregadores. Ou seja, é um modelo que, no limite, reproduz injustiças, uma vez que temos políticas sociais amplas, mas com benefícios estratificados por grupos ou corporações organizadas. Além da Alemanha, outros países implantaram versões semelhantes, como França, Áustria, Holanda, Bélgica, Suíça e Japão.<sup>b</sup>

Quando a saúde passa a se processar por contratos de seguro, temos a definição de cestas de serviços, definidas de acordo com o contrato e o poder aquisitivo de cada categoria<sup>34</sup>. Como consequência, os mais pobres terão acesso a pacotes mínimos, resultando em “serviços pobres para pessoas pobres” e serviços dignos para quem possui mais poder aquisitivo.

---

<sup>33</sup> “O outro aspecto parcialmente bismarckiano do SS brasileiro é a participação estatal no financiamento dos planos de saúde de parcela da população, que poderia caracterizar o financiamento tripartido entre trabalhadores, empregadores e Estado via seguros. Embora os planos privados brasileiros sejam voluntários, o seu financiamento parcial estatal é praticamente sistemático via gastos tributários. Todavia, como já destacado acima, ao contrário dessa participação se dirigir às pessoas que não podem pagar (desempregados etc.), o que é regra nos SS bismarckianos, ela subsidia exclusivamente o quartil mais rico da população (declarantes do IRPF) e servidores públicos, sobretudo o decil mais rico”. SERAPIONI, Mauro; TESSER, Charles Dalcanale. O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 43, n. 5, p. 44-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S504>. Acesso em: 15 abr. 2022.

<sup>34</sup> “A lógica bismarckiana de seguros sociais predominou nos sistemas de proteção social dos países do Centro/Sul da Europa ocidental (França, Alemanha, Áustria, Países Baixos, Itália, Portugal, Grécia e Espanha), e atribuiu a eles um tipo de direito social fortemente (mas não exclusivamente) estruturado em torno da organização do trabalho e por regimes profissionais, o que atribui a esses sistemas uma forte fragmentação. (...) Em termos de objetivos, esse sistema se destina a manter a renda dos trabalhadores em momentos de risco social decorrentes da ausência de trabalho.” BOSCHETTI, Ivanete. A insidiosa corrosão dos sistemas de proteção social europeus. **Serviço Social & Sociedade**, [s. l.], n. 112, p. 754-803, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282012000400008>. Acesso em: 15 abr. 2022.

O terceiro modelo designado na tipologia de Titmuss<sup>35</sup> como “*redistributive model of social policy*” aqui será entendido como “modelo redistributivo ou de dominância estatal”. Este se caracteriza por adotar uma política social universalista e igualitária. O Estado provê aos seus cidadãos o acesso universal a uma vasta gama de bens e serviços, de modo a reduzir desigualdades.

A premissa essencial é de que o mercado produz riscos sociais que devem ser eliminados. É um modelo inclusivo, caracterizado pela integralidade e universalidade das políticas sociais. A função do Estado é garantir direitos sociais a todos, assegurando patamares mínimos de renda e serviços sociais públicos, afirma Titmuss<sup>36</sup>.

Ao contrário do modelo de seguro social, este desvincula-se da proposta contribuições/benefícios. O financiamento das políticas sociais é administrado pelo Estado, cuja função é designar recursos do orçamento público para elas. Na prática, toda a sociedade financia esse modelo e não apenas os que contribuem para tal finalidade<sup>37</sup>.

As diversas formas de conceber e organizar os sistemas de proteção social, determinadas por fatores culturais, políticos e sociais resultaram, assim, em diferentes configurações dos sistemas de saúde, como se pode notar. A proteção social do tipo institucional redistributivo resultou nos chamados “sistemas nacionais de saúde”, de caráter universal e financiado por tributos.

Tais sistemas também são conhecidos como *beveridgianos*, dado sua referência histórica ao Relatório Beveridge, de 1942, na Inglaterra. Naquele momento, em plena guerra, foi proposta, pela primeira vez, uma proteção social no campo da saúde que garantisse o acesso a todos, independentemente de sua renda.

Winston Churchill havia confiado a William Beveridge a responsabilidade por conduzir o “*Inter-Departmental Committee on Social Insurance and Allied Services*”, a fim de

<sup>35</sup> TITMUSS, Richard Morris. What is Social Policy? In: LEIBFRIED, Stephan, MAU, Steffen (org.). **Welfare States: Construction, Deconstruction, Reconstruction**. United Kingdom: Edward Elgar, 2008.

<sup>36</sup> “This model sees social welfare as a major integrated institution in society, providing universalist services outside the market on the principle of need. It is in part based on theories about the multiple effects of social change and the economic system, and in part on the principle of social equality. It is basically a model incorporating systems of redistribution in command-overresources-through-time”. TITMUSS, Richard Morris. What is Social Policy? In: LEIBFRIED, Stephan, MAU, Steffen (org.). **Welfare States: Construction, Deconstruction, Reconstruction**. United Kingdom: Edward Elgar, 2008. p. 147.

<sup>37</sup> “O caráter igualitário do modelo está baseado na garantia de um padrão mínimo de benefícios, de forma universalizada, independentemente da existência de contribuições anteriores. O acesso aos benefícios sociais depende unicamente da necessidade dos indivíduos, ou seja, o acesso à escola porque é preciso ser educado, o acesso ao sistema de saúde porque há uma demanda sanitária. Ao desvincular os benefícios das contribuições, é estabelecido um mecanismo de redistribuição por intermédio das políticas sociais, que têm como objetivo corrigir as desigualdades geradas no mercado”. FLEURY, Sonia. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Ligia (org.). **Política e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 34.

propor reformas do sistema de proteção social britânico depois da guerra. O assim chamado Relatório Beveridge, ou “Report on Social Insurance and Allied Services”, foi apresentado ao parlamento no final de 1942<sup>38</sup>.

No lugar das contribuições de empregados e empregadores, toda a sociedade financiaria o sistema por meio dos tributos. O National Health Service (NHS) começou a funcionar efetivamente em 1948. Com efeito, o contexto do pós-guerra favoreceu o estabelecimento de compromissos mútuos de proteção frente à privação experimentada por todos os segmentos sociais durante a Segunda Guerra Mundial.

Nota-se que o fundamento do sistema de proteção social aqui contrasta com os outros dois modelos propostos nos tipos-ideais de Titmuss. Aqui, o atendimento das necessidades fundamentais do indivíduo é entendido como um direito das pessoas e um dever da sociedade por meio do Estado. Há uma clara antítese com as noções anteriores de contrato e caridade.

A saúde não é algo que possui um preço e é passível de negociação, como nos sistemas de seguros obrigatórios (contrato), mas também não depende da benevolência daqueles eventualmente altruístas para se compadecer do sofrimento do outro e prestar-lhe assistência, como no modelo de predominância do mercado (caridade). A noção que subsidia a política de saúde é a cidadania, o reconhecimento de que os seres humanos estão sujeitos a infortúnios e que o dever de cuidado não é individual, mas responsabilidade de todos<sup>39</sup>.

Então esses sistemas de saúde, que podemos nominar beveridgianos, de serviços nacionais de saúde organizados pelo Estado e financiados com recursos de impostos, existe sobretudo na Europa<sup>40</sup>. Reino Unido, Dinamarca, Suécia, Finlândia, Portugal e Espanha são exemplos de países que adotam modelos cujas características se assemelham ao beveridgiano, guardadas suas diferenças. Isso porque aqui, há antes uma tentativa de aproximação. Os sistemas individualmente considerados apresentam uma enorme diversidade. O que colocou todos na mesma categoria foi o fato de serem sistemas de saúde com predominância do estado, em contraposição aos outros tipos-ideais de Titmuss.

No Brasil, embora se verifique haver contribuição dos nacionais, aqueles que se encontram em hipossuficiência econômica e não contribuem também fazem jus aos benefícios do sistema de saúde. Aqui, há o caráter da universalidade dos serviços de saúde, em que os beneficiários são todos os cidadãos incondicionalmente, independente de classe social, e o

<sup>38</sup> WOLF, Paulo José Whitaker; DE OLIVEIRA, Giuliano Contento. O “espírito de Dunquerque” e o NHS inglês: teoria, história e evidências. **Revista tempo do mundo**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 193-241, 2017.

<sup>39</sup> MARQUES, Rosa Maria. O direito à saúde no mundo. In: MARQUES, Rosa Maria *et al.* **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: Abres, 2016.

<sup>40</sup> WOLF, Paulo José Whitaker; DE OLIVEIRA, Giuliano Contento. O “espírito de Dunquerque” e o NHS inglês: teoria, história e evidências. **Revista tempo do mundo**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 193-241, 2017.



financiamento é feito pelo Estado, em geral, proveniente do pagamento de impostos<sup>41</sup>.

O modelo de saúde Beveridgiano foi a influência do atual sistema brasileiro<sup>42</sup>. Mas o Sistema Único de Saúde (SUS), a despeito de apresentar-se em sua definição como um sistema único, não o é. No Brasil, pode-se dizer termos um sistema público de saúde que se apresenta como de dominância estatal (SUS), mas que sobrevive paralelamente com os outros dois tipos-ideais de Titmuss: um sistema de atenção médica supletiva, com algumas características do modelo industrial-performático, e um sistema de desembolso direto, característico do modelo de predominância do mercado<sup>43</sup>. Os planos ou seguros privados de saúde no Brasil cobrem atualmente pouco mais de 47 milhões de pessoas entre beneficiários titulares e dependentes, o que corresponde a quase um quarto da população. Mais de setenta por cento da população depende do SUS<sup>44</sup>. Entender a dinâmica e a raiz histórica desse complicado sistema é essencial para a compreensão de que como esse modelo se positivou na Constituição do Brasil de 1988.

## 2.2 O Direito à saúde nas Constituições do Brasil: o plano antecedente a 1988

Historicamente, parece-nos claro, os sistemas de saúde são condicionados pelas formas e condições dos mecanismos de proteção social. É preciso entender em que contexto os serviços públicos foram criados, quais as relações sociais aí subjacentes, bem como os fatores políticos, econômicos e culturais da época. Essa é a razão pela qual não é simples comparar sistemas de saúde de países que adotam, em tese, modelos semelhantes.

Assim, as condições legais, ou formas políticas, não se explicam por si só. Uma ideia de justiça autonomizada ou de Direito afastado das condições de seu tempo é incongruente. A construção do direito à saúde depende fundamentalmente dos modos de organização da

<sup>41</sup> “Trata-se de um sistema universal, onde os cidadãos têm direito a uma assistência, sem uma tributação recorrente (além daquela já provida através dos impostos). Nesse modelo o Estado provê as três principais macrofunções do sistema, ele financia, organiza/regula e presta os serviços aos cidadãos”. BISPO JÚNIOR, José Patrício. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. *Revista Saúde.com*, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 79-89, 2005. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/43>. Acesso em: 15 abr. 2022.

<sup>42</sup> LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de saúde: origens componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 89-120.

<sup>43</sup> PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [s. l.], v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400009>. Acesso em: 10 ago. 2022.

<sup>44</sup> SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 13, p. 1431-1440, 2008.

produção e reprodução social. E entender essa dinâmica é essencial para a compreensão de como se dá a positivação do próprio direito à saúde.

Para entender, portanto, como chegamos à construção do direito à saúde como verdadeiro direito fundamental na atual Constituição é necessário compreender a evolução do sistema de saúde brasileiro ao longo de sua história, que pode ser dividida em três grandes fases. Na primeira fase, que vai até 1922, temos um Estado praticamente omissos no tocante à assistência médica. Sua atuação ocorria em situações pontuais: basicamente catástrofes naturais e epidemias.

Entre 1500 e a Proclamação da República em 1889, pode-se falar mesmo na inexistência de uma assistência médica estruturada. Os cuidados se restringiam ao uso de recursos naturais, como plantas e ervas e no desenvolvimento de habilidades dos curandeiros<sup>45</sup>. Os tipos ideias de Titmuss não são suficientes para catalogar o modelo de atenção existente à época. Simplesmente, inexistia um modelo de atenção estruturado de saúde. Quando ocorreu a transferência da Corte Portuguesa para o Brasil em 1808, organizou-se uma estrutura sanitária mínima apenas na capital<sup>46</sup>.

A proibição de ensino superior nas colônias foi substituída pela criação dos centros de formação de médicos, tendo sido fundadas as primeiras academias médico-cirúrgicas, em Salvador e no Rio de Janeiro<sup>47</sup>. De todo modo, o principal interesse era estabelecer um controle sanitário mínimo na capital do Império, de modo que a saúde não era uma prioridade estatal.

A Constituição de 1824 deixa isso bem claro. Era a primeira Carta Imperial do Brasil

---

<sup>45</sup> POLIGNANO, Marcus Vinicius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural**, Minas Gerais, v. 35, 2001.

<sup>46</sup> “Até a chegada da família real, o assistir à saúde era uma prática sem qualquer regulamentação e realizada de acordo com os costumes e conhecimento de cada um desses grupos. A população recorria, em situações de doença, ao que fosse viável financeiramente ou fisicamente. Existia o barbeiro ou prático, um conhecedor de algumas técnicas utilizadas pelos médicos europeus, tais como as sangrias, que atendia à população capaz de remunerá-lo. Existiam os curandeiros e pajés, pertencentes à cultura negra e indígena, mais acessíveis à maioria da população, que se utilizavam das plantas, ervas, rezas e feitiços para tratar os doentes. Havia também os jesuítas, que traziam algum conhecimento da prática médica europeia utilizando-se principalmente da disciplina e do isolamento como técnica para cuidar dos doentes. A vinda da família real para o Brasil possibilitou também a chegada de mais médicos e o aumento da preocupação com as condições de vida nas cidades, possibilitando o início de um projeto de institucionalização do setor saúde no Brasil e a regulação da prática médica profissional”. BAPTISTA, Tatiana Vargas de Farias. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. *In*: MATTA, Gustavo Correa (org.). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 31.

<sup>47</sup> “Em 1808, data da chegada da Família Real Portuguesa ao Brasil, foram criadas as Escolas Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia, posteriormente transformadas em Escolas Médico-Cirúrgicas, fundadas e administradas sob a autoridade e legislação portuguesas”. BARRETO, Maria Renilda Nery. **A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808-1851)**. 2005. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005. p. 16.

e, proclamada a Independência, urgia resolver o problema da unidade nacional. A solução adotada buscava frear os poderes locais e seguir os postulados da teoria política que vigorava na Europa<sup>48</sup>. A aprovação popular afastava-se deste documento, que foi outorgado e depois submetido à ratificação das províncias<sup>49</sup>. Apesar de seu compromisso liberal, jamais permitiu ao Imperador encará-la como fonte de sua legitimidade<sup>50</sup>. Ao revés, convocada a Assembleia Constituinte em junho de 1822, foi dissolvida em novembro de 1823, sendo substituída por uma comissão escolhida pelo próprio Imperador para elaborar a primeira Constituição do Brasil.

A dispersão do poder político e a formação de centros efetivos de poder local durante a colônia permitem visualizar a característica básica da organização política do Brasil. Este documento institucionalizava o modelo oligárquico, prevendo a isonomia e permitindo os privilégios da nobreza, o voto censitário e o regime escravocrata. As províncias foram subordinadas ao poder central, através do presidente, escolhido e nomeado pelo Imperador. Também era de livre nomeação do poder central o chefe de polícia, com funções policiais e judiciais, o juiz de direito, o juiz municipal e o promotor público. O Poder Moderador permitia ao Imperador agir sobre o Legislativo, o Judiciário e o Executivo.

A Carta de 1824 toca apenas em um momento na palavra “saúde”. A única evocação, ainda que distante e genérica, se dá já no fim do seu texto, na parte “Das Disposições Geraes, e Garantias dos Direitos Civis, e Politicos dos Cidadãos Brasileiros”. Lá, no inciso XXIV do art. 179, afirma-se que “A inviolabilidade dos Direitos Civis, e Politicos dos Cidadãos Brasileiros, que tem por base a liberdade, a segurança individual, e a propriedade, é garantida pela Constituição do Imperio, pela maneira seguinte”: “Nenhum genero de trabalho, de cultura, industria, ou commercio póde ser prohibido, uma vez que não se opponha aos costumes publicos, á segurança, e saude dos Cidadãos”. O objetivo, como resta evidente, era garantir o exercício da atividade laboral e não o Direito à Saúde. Nada mais sobre saúde pública tratava o texto da Constituição, ainda que houvesse a previsão dos “socorros

---

<sup>48</sup> “O constitucionalismo era o princípio fundamental dessa teoria, e realizar-se-ia por uma constituição escrita, que se consubstanciasse o liberalismo, assegurado por uma declaração constitucional dos direitos do homem e um mecanismo de divisão dos poderes”. SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. 5. ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

<sup>49</sup> VILA, Marco Antonio. **História das Constituições Brasileiras**. São Paulo: Ática, 1989.

<sup>50</sup> “As fontes, ideias e institutos do moderno legalismo da sociedade burguês-capitalista advieram de uma cultura liberal individualista, legitimada e formalizada pelo poder estatal soberano. (...) num segundo momento, a transposição da legalidade europeia, configurada na variante do direito português para o Brasil-Colônia. Com isso, assinalou-se, de um lado, a sufocação do Direito nativo informal e a imposição de uma regulamentação alienígena; de outro, a consolidação de um estatuto normativo montado para defender os interesses da Coroa e colocado em ação por uma elite de profissionais bem trindados que se articularam mediante práticas ‘burocrático-patrimonialistas’”. WOLKMER, Antonio Carlos. **História do Direito no Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1999. p. 73.

públicos”<sup>51</sup>.

Em verdade, a saúde era exercida praticamente por meio da atividade privada. Enquanto os mais ricos pagavam diretamente pela assistência dos poucos médicos que haviam no país, os mais pobres, a maior parte da população, dependiam da atenção à saúde sob a forma de filantropia, origem, aliás, das “santas casas de misericórdias”<sup>52</sup>.

O principal interesse era estabelecer um controle sanitário mínimo na capital do Império e, sobretudo, nos portos<sup>53</sup>. Assim, em 1828 foi criada a Inspeção de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro. No mesmo ano conferiu-se às Juntas Municipais as competências que eram exercidas pelo “físico-mor, cirurgião-mor e seus delegados”. Duas décadas depois surgiria o Instituto Vacínico do Império, deixando claro o objetivo de controlar epidemias de doenças transmissíveis.

O primeiro grande surto de febre amarela, em 1849, no Rio de Janeiro, criou as condições para que o Decreto n. 598, de 14 de setembro de 1850, criasse a Junta de Higiene Pública, que teria atribuição de propor o que fosse necessário para a salubridade nas cidades, bem como indicar medidas que se convertessem em posturas municipais e exercer a polícia médica nas visitas às embarcações e em todos os lugares que pudessem provocar danos à saúde pública. Tal órgão incorporou a Inspeção de Saúde dos Portos e o Instituto Vacínico do Império.

A segunda metade do século XIX vem nos contar a história de um Brasil atrasado e com pressa. A Revolução Industrial já havia repercutido intensamente na estrutura social do mundo e da saúde pública. O deslocamento de grandes contingentes populacionais de pequenas comunidades rurais para formar centros urbanos sem qualquer tipo de planejamento

---

<sup>51</sup> No título VIII, art. 179, era assegurado o direito ao socorro público como garantia de direito civil e político, entretanto, mesmo com estas características, o texto constitucional imperial não mencionou, normatizou, regulamentou ou sequer colocou como princípio o direito à saúde.

<sup>52</sup> “As misericórdias não controlavam apenas a ajuda aos pobres (que, aliás, continuou sendo feita entre os indivíduos e mesmo por outras irmandades e sociedades de socorros mútuos), controlavam espaços de fundamental importância para a assistência em diferentes contextos: os hospitais e cemitérios locais. Pensando em termos de mercado podemos dizer que os enterramentos tinham maior valor no século XIX, e o internamento hospitalar no século XX”. TOMASCHEWSKI, Cláudia. **Entre o Estado, o Mercado e a Dádiva**: a distribuição da assistência a partir das irmandades da Santa Casa de Misericórdia nas cidades de Pelotas e Porto Alegre, Brasil, c. 1847 c. 1891. 2014. Tese (Doutorado em História) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. p. 36.

<sup>53</sup> “A preocupação maior era a saúde da cidade e do produto; a assistência ao trabalhador era uma consequência dessa política. Nesse sentido, algumas campanhas voltadas para os trabalhadores começavam a ser implementadas, mas ainda eram pouco resolutivas, como a quarentena, afastamento por quarenta dias do doente do ambiente que habita e circula era a principal estratégia utilizada para evitar a propagação de doenças entre os trabalhadores, sem uma preocupação mais efetiva com o tratamento do doente”. BAPTISTA, Tatiana Vargas de Farias. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Correa (org.). **Políticas de Saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 31.

criou as condições para o aparecimento e surtos de doenças epidêmicas.

Os trabalhadores precisavam de maior capacitação física e intelectual para o desenvolvimento do mundo capitalista. Sob tais circunstâncias, a medicina do fim do século XIX passou a se responsabilizar pelos assuntos sanitários, garantindo melhores condições de saúde, tanto individual, quanto coletiva<sup>54</sup>. O Brasil ainda era atrasado economicamente, socialmente e, em termos de políticas públicas de saúde, não podia ser considerado um exemplo positivo. O controle sanitário em relação aos portos, ruas e casas é colocado como fundamento necessário para uma intervenção dirigida para o aumento da produção e para a defesa da terra. A saúde da população existia como preocupação secundária.

Na esfera política, o fim do século XIX acaba com a monarquia. O decreto nº 1, de 15 de novembro 1889, proclama a República Federativa, instalando-se o governo provisório sob a presidência do Marechal Deodoro da Fonseca. Uma República que nasce também sem legitimidade. A transformação ocorria na forma de governo, de monarquia a república, no sistema de governo, de parlamentar a presidencial e na forma de Estado, de unitária em federal. Equilibravam-se os freios e contrapesos e agasalhada estava a tripartição dos poderes. A força dos governadores era sustentada no coronelismo, poder real e efetivo, a despeito das normas constitucionais. Tínhamos mais uma constituição nominal<sup>55</sup>.

Com clara inspiração na Constituição americana, a Constituição de 1891 não fez qualquer referência, mesmo superficial, à Saúde Pública. De toda sorte, a partir de então as ações de saúde, de saneamento e de educação foram responsabilizadas aos estados. Havia uma grande vulnerabilidade no país, principalmente em relação às epidemias. O quadro sanitário era desordenado e navios já evitavam atracar nos portos nacionais com receio de contrair doenças. A prioridade da ação sanitária nos primeiros tempos da República foi o controle das epidemias, em especial a febre amarela<sup>56</sup>.

A partir dos anos 1900 temos a criação do Instituto Soroterápico Federal do Rio de

<sup>54</sup> “A administração portuguesa não se caracterizou, pelo menos até a segunda metade do século XVIII, pela organização do espaço social, visando um ataque planejado e continuado às causas de doença, agindo, por isso, de modo muito mais negativo que positivo, no que diz respeito à saúde. O estudo detalhado de documentos, periódicos, cartas, ofícios e teses irá evidenciar que o tema da saúde, por si mesmo, não forma parte do projeto colonial, e somente pode ser registrado no momento em que, a medicina se volta sobre a cidade, disputando um lugar entre os organismos de controle da vida social”. NUNES, Everardo Duarte. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 251-264, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200004>. Acesso em: 16 abr. 2022.

<sup>55</sup> “Constituiu-se o formoso arcabouço formal. Era — como nota Amaro Cavalcanti — o ‘texto da Constituição norte-americana completado com algumas disposições das Constituições suíça e argentina’. Faltara-lhe, porém, vinculação com a realidade do país. Por isso, não teve eficácia social, não regeu os fatos que previra, não fora cumprida”. SILVA, José Afonso da. *Aplicabilidade das normas constitucionais*. 5. ed. São Paulo: Malheiros, 2001. p. 79.

<sup>56</sup> TERALORI JUNIOR, Rodolfo. Imigração e epidemias no estado de São Paulo. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, p. 265-283, jul./out. 1996.

Janeiro e do Instituto Butantan de São Paulo. Tais institutos, integrados por uma nova geração de médicos influenciados pelas práticas de pesquisa da Europa e pela bacteriologia, formariam uma nova concepção sobre as doenças transmissíveis e novas propostas de ações na saúde pública<sup>57</sup>. Incorporavam-se novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos. Pela primeira vez, houve a elaboração de planos de combate às enfermidades enquanto política pública estatal.

O início do século XX, portanto, viu o surgimento de políticas públicas de saúde coletiva pelo Estado brasileiro. Ainda que, num primeiro momento, visassem resolver os problemas que afetavam a exportação dos produtos nacionais, o controle das epidemias teve inegável retorno social.

O modelo de intervenção era baseado numa concepção militarista, com uso da força e da autoridade, o chamado “sanitarismo campanhista”<sup>58</sup>. Com nítida inspiração bélica, as decisões eram tecnocráticas e baseadas num estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social. A Revolta da Vacina, a partir da obrigatoriedade da vacina antivaríola por força de lei não demorou irromper. A despeito da forte reação social, as campanhas sanitárias obtiveram grande sucesso, pelo menos do ponto de vista sanitário: tinham resultado claro no controle das epidemias e pela primeira vez se observava claramente uma articulação entre o conhecimento científico e o processo de trabalho em saúde pública<sup>59</sup>.

No âmbito econômico, temos a primeira onda de industrialização do país, que permitiu não só a saída dos brasileiros para as cidades, mas também um grande fluxo de imigrantes europeus para trabalhar nas indústrias. Já tendo vivenciado o movimento trabalhista europeu, isso permitiu a organização e mobilização da classe operária no esforço para a conquista de

<sup>57</sup> “O que vem sendo exposto ressalta que, em fins do século XIX, o combate à febre amarela, principalmente, revelou-se como verdadeira chave para o desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil. A extrema virulência da enfermidade entre trabalhadores estrangeiros colocou-a como um dos fatores inibitórios da imigração. Sua presença impediu também a expansão do comércio internacional. Desde 1849, a doença permaneceu endêmica ao longo da costa e epidêmica nas cidades importantes, com taxa de mortalidade específica muito alta. Até 1900, a regularidade com que a febre amarela atacava o Rio de Janeiro, a grande susceptibilidade dos estrangeiros à doença e o fracasso da Medicina em resolver o problema deram ao Brasil a reputação de uma das áreas mais insalubres dos trópicos”. GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. *Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930. Caderno de Textos do Departamento de Ciências Médicas da Escola da Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto*, Ouro Preto, p. 1-33, 2009.

<sup>58</sup> “No período da Primeira República (1889 a 1930), Oswaldo Cruz, como comandante da Diretoria Geral de Saúde Pública, fez com que se implantassem instituições públicas de higiene e saúde pública por todo o país e adotou o modelo “campanhas sanitárias”, para combater as epidemias urbanas (em um primeiro momento), e depois as rurais.”. FORTUNATO, Beatriz Casagrande; DESTRO, Carla Roberta Ferreira. A construção do direito à saúde no Brasil: o plano de fundo antecedente à sua positividade constitucional. *Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social*, Goiânia, v. 5, n. 1, jan./jun. 2019. p. 22.

<sup>59</sup> BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosângela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Revista da escola de enfermagem da USP*, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380-398, dez. 1996. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext &pid=S0080-62341996000300004 &lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0080-62341996000300004 &lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 out. 2020.

direitos trabalhistas, com greves gerais no fim dos anos 10 do século XX. A partir de tais movimentos, surge a Lei Eloy Chaves (Decreto Legislativo n.º 4.682/1923), em 1923, que marca definitivamente o início de um segundo momento da saúde pública nacional<sup>60</sup>.

Se na primeira fase, até 1922, o Estado era praticamente omissivo no tocante à assistência médica, atuando de forma episódica em situações de catástrofes naturais e epidemias, a segunda fase “foi marcada pelo conceito bismarckiano de seguro social, ou seja, de atuação do Estado na saúde vinculada à formalização da relação de trabalho e a contribuições prévias ao sistema previdenciário público”<sup>61</sup>. É o modelo do *industrial achievement performance*, na classificação de Titmuss<sup>62</sup>, já referida, na qual o estado provê quem contribui financeiramente.

A Lei Eloy Chaves, de 24 de janeiro de 1923, é a base do nascedouro do sistema previdenciário brasileiro, tendo criado a Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os empregados das empresas ferroviárias. A Lei, de autoria do Deputado Eloy Chaves, obrigou as companhias ferroviárias do Brasil a criar uma caixa de aposentadorias e pensões (CAP), departamento incumbido de recolher a contribuição do patrão e a dos funcionários e pagar o benefício aos aposentados e pensionistas. Para fazer jus à aposentadoria, o empregado precisava ter no mínimo 50 anos de idade e 30 anos de serviço no setor ferroviário.

Após a promulgação desta lei, outras empresas foram beneficiadas e seus empregados também passaram a ser segurados da Previdência Social. Em verdade, a lei garantia pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma futura aposentadoria. Com as “caixas”, surgem as primeiras discussões sobre a necessidade de se atender à demanda dos trabalhadores.

Apesar de ser uma vitória do movimento dos trabalhadores, as Caixas de Aposentadoria e Pensão ainda eram bastante tímidas. Era um sistema por empresas e até 1930 só havia a existência de poucas dezenas<sup>63</sup>. Surgiram apenas onde havia um alto grau de

<sup>60</sup> “O seguro social surgiu no Brasil em 1923 com a promulgação, pelo Presidente Artur Bernardes, da Lei nº 4.682 de 24 de janeiro, de autoria do Deputado Eloy Chaves. Com esta lei ficou instituído o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), que atendeu, em um primeiro momento, aos trabalhadores ferroviários e, posteriormente, aos marítimos e estivadores”. MERCADANTE, Otávio Azevedo *et al.* *Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. Caminhos da saúde pública no Brasil*, [s. l.], v. 20, 2002. p. 237.

<sup>61</sup> PIMENTEL, Vitor; BOSCHETTI, Ivanete. *Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CEAD/Ed. UnB, 2009.

<sup>62</sup> TITMUSS, Richard Morris. *Essays on “the Welfare State”*. Surrey: Unwin Brothers, 1963.

<sup>63</sup> “Ao final de 1932, existiam 140 CAPs com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e aproximadamente 8.800 pensionistas. Entre as prestações oferecidas aos segurados das CAPs, constavam, além das de natureza previdenciária, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos. Mas havia grandes diferenças entre os planos de benefícios, porque inexistiam regras comuns de funcionamento técnico e administrativo. Cada órgão estabelecia seu regulamento, que refletia parcialmente os anseios de cada

mobilização e organização dos trabalhadores. A grande maioria da população restava desassistida.

De todo modo, estava configurado um novo modelo de assistência à saúde direcionada apenas aos contribuintes. Eram dotadas de gerenciamento próprio dos seus recursos e seus benefícios dependiam das contribuições dos trabalhadores, dos empregadores e dos consumidores dos serviços das empresas. Os serviços não se limitavam apenas a aposentadoria e pensões, mas também abrangiam serviços médicos e funerários.

Na política, a Reforma Constitucional de 1926, com ímpeto centralizador, não consegue adequar a Constituição Formal de 1891 à realidade. A economia também vivia momentos de turbulência, e entre 1922 e 1930, sucederam-se crises econômicas e políticas em que se conjugaram fatores de ordem interna e externa. Irrompe a “Revolução de 1930”, representando a quebra da hegemonia absoluta do setor agrário, que passa a partilhar seu poder político com a burguesia industrial<sup>64</sup>.

O Decreto n. 19.398/30 formaliza a transferência do poder a um governo provisório, chefiado por Getúlio Vargas, que intervém nos estados, decreta o Código Eleitoral e institui a Justiça Eleitoral. Foram criados o Ministério do Trabalho, o da Indústria e Comércio e o Ministério da Educação e Saúde.

A Constituição de 1934, influenciada pela Constituição de Weimar de 1919 e pelo corporativismo, continha algumas inovações<sup>65</sup>. A República, a federação, a divisão de poderes, o presidencialismo e o regime representativo foram mantidos. Foram ampliados os poderes da União, reconhecidos o mandado de segurança e a ação popular, e ao lado da declaração de direitos e garantias individuais, foi inscrito na constituição um título sobre a

---

segmento da classe trabalhadora e dependia da capacidade de receita disponível por meio das contribuições”. MERCADANTE, Otávio Azevedo *et al.* Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. **Caminhos da saúde pública no Brasil**, [s. l.], v. 20, 2002. p. 237.

<sup>64</sup> “Havia fatores externos decisivos: a crise de 1929, com a quebra da Bolsa de Nova Iorque, afetou diretamente a economia brasileira, inteiramente dependente do modelo agrário-exportador. Aumentou o desemprego e as pressões de setores do mundo do trabalho atingidos pela crise se intensificaram. E também podemos falar de fatores internos: a sucessão de revoltas por jovens tenentes do Exército, ao longo da década de 1920, a crescente insatisfação de setores oligárquicos afastados do centro de decisão político, o surgimento de um proletariado urbano, o constante recurso ao estado de sítio durante a República Velha. A combinação entre esses fatores ensejou a Revolução de 1930”. PAIXÃO, Cristiano. Direito, política, autoritarismo e democracia no Brasil: da Revolução de 30 à promulgação da Constituição da República de 1988. **Araucaria, Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades**, [s. l.], v. 13, n. 26, p. 146-169, 2011.

<sup>65</sup> “A Carta de 1934 é inovadora em vários aspectos. Sob forte influência das constituições do México (1917), da Alemanha (1919) e da Espanha (1931), a Constituição de 1934, ao prever uma série de direitos na esfera econômica e social e, ao mesmo tempo, manter o rol de direitos individuais, de natureza liberal, insere-se no paradigma do Estado Social de Direito, de que é exemplo a Constituição de Weimar, que parece ter sido a principal inspiração. Ela representa, portanto, uma faceta da modernização da sociedade brasileira, após o fim da República Velha”. PAIXÃO, Cristiano. Direito, política, autoritarismo e democracia no Brasil: da Revolução de 30 à promulgação da Constituição da República de 1988. **Araucaria, Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades**, [s. l.], v. 13, n. 26, p. 146-169, 2011.



ordem econômica e social e outro sobre a família, a educação e a cultura.

A saúde é referenciada algumas vezes, pela primeira vez, no texto constitucional, inclusive competindo à União e aos Estados cuidar da saúde e assistência públicas (art. 10, II); e competindo à União, Estados e Municípios (art. 138) adotar medidas legislativas e administrativas 1) tendentes a restringir a mortalidade e a morbidade infantis; 2) de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis; 3) cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais. Garantiu, ainda, assistência médica e sanitária aos trabalhadores e gestantes<sup>66</sup>.

O modelo de Caixas de Aposentadoria e Pensão também foi substituído pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), no ponto de vista legal. Agora, os trabalhadores não seriam mais segurados por empresas, mas por categoria profissional. Tal como as CAPs, os IAPs eram criados com base na competência dos trabalhadores ao se organizarem, no seu grau de mobilização e na importância que a categoria profissional representava<sup>67</sup>.

Seus benefícios em geral compreendiam a cobertura no caso de aposentadoria, pensão nos casos de falecimento, assistência médica e hospitalar e socorros farmacêuticos. A população desempregada, pobre ou mesmo os trabalhadores com empregos eventuais continuavam a dispor de praticamente nenhum serviço de saúde apropriado. Os trabalhadores rurais não estavam contemplados na política previdenciária<sup>68</sup>. Com as IAPs acentua-se o

<sup>66</sup> “Art 121. A lei promoverá o amparo da produção e estabelecerá as condições do trabalho, na cidade e nos campos, tendo em vista a proteção social do trabalhador e os interesses econômicos do país.

§1.º A legislação do trabalho observará os seguintes preceitos, além de outros que colimem melhorar as condições do trabalhador:

(...) h) assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurado a este descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes de trabalho ou de morte”; BRASIL. [Constituição (1934)]. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1934. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao34.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm). Acesso em: 21 fev. 2021.

<sup>67</sup> “Tais institutos foram criados por Getúlio Vargas ao longo dos anos 30, favorecendo as camadas de trabalhadores urbanos mais aguerridas em seus sindicatos e mais fundamentais para a economia agroexportadora até então dominante. Ferroviários, empregados do comércio, bancários, marítimos, estivadores e funcionários públicos foram algumas categorias assalariadas favorecidas pela criação de institutos. Todas constituíam pontes com o mundo urbano-industrial em ascensão na economia e na sociedade brasileiras de então”. LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”: anos 80. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-3311991000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-3311991000100004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 18 out. 2020.

<sup>68</sup> “Com os Iaps, inicia-se a montagem de um sistema público de previdência social mantendo inda o formato do vínculo contributivo formal do trabalhador para a garantia do benefício. O trabalhador que não contribuísse com os institutos estava excluído do sistema de proteção. Portanto, estavam excluídos: o trabalhador rural, os profissionais liberais e todo trabalhador que exercesse uma função não reconhecida pelo Estado. A proteção previdenciária era um privilégio de alguns incluídos, o que fazia com que grande parcela da população, principalmente os mais carentes, fosse vítima de uma injustiça social”. BAPTISTA, Tatiana Vargas de Farias. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Correa (org.). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro:

componente de assistência médica, em parte por meio de serviços próprios, mas, principalmente, por meio da compra de serviços do setor privado. O trabalhador que não contribuísse estava excluído do sistema de proteção. A cobertura previdenciária era privilégio de poucos.

A Constituição de 1934, que era a verdadeira contradição entre o liberalismo e o intervencionismo, acabou sendo substituído por uma Constituição outorgada em 1937<sup>69</sup>. A Carta de 1937, também conhecida como “polaca”, por sua influência recebida da Constituição Polonesa, manteve o regime federativo, de caráter nominal, vez que se restabeleceu o unitarismo do Império, com interventores designados pelo poder central. A Carta Constitucional apenas falava de saúde em poucas oportunidades. Manteve a obrigação de a legislação trabalhista proteger a saúde dos trabalhadores<sup>70</sup> e restringiu à União a competência legislativa em matéria de saúde<sup>71</sup>. Havia ainda a permissão constitucional para o Presidente suspender artigos da própria Constituição<sup>72</sup>.

Em outubro de 1945, Getúlio Vargas foi deposto do governo por meio de um golpe de Estado, sendo convocada a Assembleia Constituinte em novembro do mesmo ano. Em sequência, o General Eurico Gaspar Dutra foi eleito presidente, recebendo a faixa presidencial do Ministro José Linhares do Supremo Tribunal Federal (STF). Assim, assistiu-se ao fim de mais um texto constitucional, ilustre folha de papel.

A Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 1946, é elaborada não com base em um projeto preordenado, mas formatada a partir das Constituições de 1891 e

---

EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 37.

<sup>69</sup> “A Carta de 1937, apelidada como “polaca”, em face da influência da constituição polonesa redigida após a ocupação nazista, é fortemente centralizadora e concentra poderes nas mãos do presidente da república. De toda forma, ela sequer entrou em vigor, num sentido próprio do termo. Entre 1937 e 1945, Getúlio Vargas governou sem nenhum tipo de controle ou supervisão institucional. Foi uma ditadura aberta. Não havia poder legislativo e as decisões do judiciário eram frequentemente descumpridas. O presidente legislava por meio de decretos-leis. Foram fechados os partidos políticos e queimadas bandeiras dos estados em praça pública”. PAIXÃO, Cristiano. Direito, política, autoritarismo e democracia no Brasil: da Revolução de 30 à promulgação da Constituição da República de 1988. **Araucaria, Revista Iberoamericana de Filosofia, Política y Humanidades**, [s. l.], v. 13, n. 26, p. 146-169, 2011.

<sup>70</sup> Art. 137. A legislação do trabalho observará, além de outros, os seguintes preceitos: (...) I) assistência médica e higienica ao trabalhador e á gestante, assegurado a esta, sem prejuizo do salário, um periodo de repouso antes e depois do parto; BRASIL. [Constituição (1937)]. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1937. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao37.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm). Acesso em: 21 fev. 2021.

<sup>71</sup> Art. 16. Compete privativamente á União o poder de legislar sobre as seguintes materias: (...) XXVII - normas fundamentaes da defesa e protecção da saude, especialmente da saude da creança. BRASIL. [Constituição (1937)]. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1937. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao37.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm). Acesso em: 21 fev. 2021.

<sup>72</sup> Art. 171. Na vigência do estado de guerra deixará de vigorar a Constituição nas partes indicadas pelo Presidente da República. BRASIL. [Constituição (1937)]. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1937. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao37.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm). Acesso em: 21 fev. 2021.

1934<sup>73</sup>. Nascida em fecunda época de elaboração constitucional no mundo, buscou conciliar os interesses da propriedade e do capital com os dos trabalhadores. Todavia, foi mais uma Constituição em que o tema “saúde” era tratado apenas para elencar competências legislativas ou administrativas<sup>74</sup>. A novidade é que pela primeira vez se garante o direito à vida<sup>75</sup>. Mas nenhuma palavra no texto constitucional sobre política estatal, nenhuma regulamentação do financiamento dessa política pública.

A década de 1950 ficou conhecida como um período de implantação de uma política desenvolvimentista, apontando para a relação pobreza-doença-desenvolvimento, de sorte a indicar a necessidade de políticas públicas que resultassem na melhora de saúde da população como condição para o desenvolvimento do país. A criação do Ministério da Saúde em 1953 e a reorganização dos serviços nacionais de controle das endemias rurais no Departamento Nacional de Endemias Rurais em 1956 também são fatos marcantes do período.

Aqui já se consegue perceber claramente uma lógica de organização dos serviços de saúde do Brasil em duas vertentes: ações e serviços de saúde pública de um lado, sistema previdenciário de outro. A política de saúde pública era universal e buscava prevenir sobretudo doenças transmissíveis; a política de saúde previdenciária, por sua vez, era restrita aos contribuintes da previdência, com ênfase na assistência curativa, num modelo de seguro social, para usar a tipologia de Titmuss. A maior parte da população simplesmente era excluída e essa lógica seria replicada ainda por uma grande período<sup>76</sup>.

<sup>73</sup> “Com o fim do Estado Novo em 1945 e a promulgação da Constituição de 1946, houve um retorno (bastante acidentado) às práticas democráticas no plano político, mas o processo de modernização prosseguiu nas bases anteriormente fundadas. Houve um interregno entre 1945-1964, no qual se operou uma alternância de partidos e líderes políticos no poder. Ocorreram, neste período, o suicídio de um presidente em pleno mandato (Getúlio Vargas em 1954), a inesperada renúncia de um presidente eleito com grande votação (Jânio Quadros em 1961) e uma experiência parlamentarista que era, na verdade, uma condição imposta por setores conservadores da sociedade para a posse, na Presidência da República, do vice-presidente eleito. O único presidente civil que concluiu seu mandato no período compreendido entre 1945-1964, Juscelino Kubitschek de Oliveira, precisou de apoio de setores das Forças Armadas para tomar posse e, durante seu governo, enfrentou duas tentativas de golpe”. PAIXÃO, Cristiano. Direito, política, autoritarismo e democracia no Brasil: da Revolução de 30 à promulgação da Constituição da República de 1988. **Araucaria, Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades**, [s. l.], v. 13, n. 26, p. 146-169, 2011.

<sup>74</sup> 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;” BRASIL. [Constituição (1946)]. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1946. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao46.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm). Acesso em: 21 fev. 2021.

<sup>75</sup> Art. 141. A Constituição assegura aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade dos direitos concernentes à vida, à liberdade, à segurança individual e à propriedade, nos termos seguintes. BRASIL. [Constituição (1946)]. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1946. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao46.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm). Acesso em: 21 fev. 2021.

<sup>76</sup> BAPTISTA, Tatiana Vargas de Farias. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. *In*: MATTA, Gustavo Correa (org.). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único**

Em 1950, Getúlio Vargas retornou para o cargo de presidente do Brasil, dessa vez de maneira democrática. O segundo governo de Vargas foi um período atribulado e de grande crise política, sobretudo pela oposição que o projeto político-econômico do governo recebeu. Ele termina por se suicidar e após seu suicídio, Juscelino Kubitschek é eleito presidente em 1955, tendo como vice João Goulart, ex-Ministro do Trabalho de Getúlio. A candidatura sofre forte oposição dos chefes militares, mas Juscelino assume o governo em 1956, mantendo-se até o final de seu mandato.

Jânio Quadros é eleito em 1960, tendo novamente João Goulart como vice. Passados sete meses de governo, Jânio Quadros renuncia. Com João Goulart em visita à China, assume o cargo o Presidente da Câmara dos Deputados, Ranieri Mazzili. Vetada a posse de João Goulart pelos Ministros Militares, muda-se o sistema de governo, por via da Emenda Constitucional nº 4, que estabelece o parlamentarismo. João Goulart assume a presidência despojado de grande parcela de poderes. Esse é o contexto histórico em que se dá o golpe militar e permite a criação de mais uma Constituição.

Em 31 de março de 1964 o golpe militar é deflagrado. O Ato Institucional nº 1, de 9 de abril de 1964, assegura a eleição indireta para Presidente da República e possibilita a cassação de mandatos legislativos e de direitos políticos. O Documento de 1946 ofega sob o peso de quatro atos institucionais, vinte e uma emendas constitucionais e trinta e sete atos complementares.

Outorgada em 24 de janeiro de 1967, entra em vigor em 15 de março do mesmo ano a Constituição do Brasil de 1967, tendo como preocupação fundamental a segurança nacional, dando mais poderes à União e à Presidência da República e reduzindo os direitos e garantias individuais, permitindo a suspensão de direitos constitucionais. Nesse Documento Constitucional foi mantida a competência privativa da União para legislar sobre normas gerais de saúde<sup>77</sup> e assegurou-se aos trabalhadores e às suas famílias, assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva<sup>78</sup>.

---

de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 40.

<sup>77</sup> 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; BRASIL. [Constituição (1967)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1967**. Brasília: Presidência da República, 1967. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao67.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm). Acesso em: 21 fev. 2021.

<sup>78</sup> 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: (...) XV - assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva. BRASIL. [Constituição (1967)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1967**. Brasília: Presidência da República, 1967. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao67.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm). Acesso em: 21 fev. 2021.

Podemos dizer que a Constituição de 1967 foi a Constituição que mais jovem faleceu no Brasil, tendo o presidente sido temporariamente impedido de exercer o poder pelo AI n.º 12, em agosto de 1969, que atribuiu aos Ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica Militar os poderes do Executivo.

A Emenda Constitucional n.º 1 à Constituição entrou em vigor em outubro do mesmo ano. Na verdade, não se tratava de simples emenda, mas de nova constituição. Foi a Carta que acompanhou o período de sombras que foi a ditadura militar no Brasil. Outra vez, foi mais folha de papel que um documento político a reger a sociedade e praticamente apenas repetiu o tímido elenco de competências a respeito da saúde que havia na Constituição de 1967.

Do ponto de vista infraconstitucional das políticas de saúde, também se vivia a mesma turbulência observada no campo social. Em 1960 foi promulgada a Lei n.º 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, que veio estabelecer a unificação do regime geral da previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT, excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e naturalmente os servidores públicos e de autarquias e que tivessem regimes próprios de previdência<sup>79</sup>. Os trabalhadores rurais viriam a ser incorporados ao sistema apenas três anos mais tarde, com a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL).

O Golpe Militar de 1964 e a instauração da ditadura militar no país, ao tempo em que representaram um período limitador às liberdades individuais, também implicaram num aumento dos benefícios da previdência social para os trabalhadores urbanos e seus dependentes.

Aproveitando-se que entre o fim da Segunda Guerra Mundial (1945) e o início dos anos 1970, as principais potências internacionais europeias gozavam de um ciclo de acumulação financeira e desenvolviam políticas intervencionistas, o período pós-64 no Brasil, com maior desenvolvimento industrial e o assalariamento de parcelas crescentes da população, viu a criação de um complexo médico-hospitalar para prestar atendimento aos recém-ingressos ao regime previdenciário. A contratação de serviços privados foi a tônica do

---

<sup>79</sup> “Após longa tramitação, a Lei Orgânica de Previdência Social só foi finalmente sancionada em 1960, acompanhada de intenso debate político a nível legislativo em que os representantes das classes trabalhadoras se recusavam à unificação, uma vez que isto representava o abandono de muitos direitos conquistados, além de se constituírem os IAPs naquela época em importantes feudos políticos e eleitorais. Finalmente em 1960 foi promulgada a lei 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, que veio estabelecer a unificação do regime geral da previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT, excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e naturalmente os servidores públicos e de autarquias e que tivessem regimes próprios de previdência”. POLIGNANO, Marcus Vinicius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural**, Minas Gerais, v. 35, p. 01-35, 2001.

governo.

As graves condições de saúde tiveram como resposta as consultas médicas. O restabelecimento da saúde individual e coletiva só se daria por meio da medicina e do hospital, e a construção e reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social, aconteceu de maneira voraz. A multiplicação de faculdades particulares de medicina pelo país não demoraria e a política de convênios entre o INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos destinados aos serviços públicos, foram as orientações principais da política sanitária nesse período<sup>80</sup>.

Em 1967 é implantado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), fundindo os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social<sup>81</sup>. Em menos de quarenta anos, portanto, via-se já a terceira tentativa de criação de uma política previdenciária, com a criação de órgãos distintos, sem sucesso<sup>82</sup>.

Em 1975 o Sistema Nacional de Saúde foi elaborado. A Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, que dispôs sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, fez a previsão de competir ao Ministério da Saúde as ações de coordenação da vigilância epidemiológica em todo o território nacional, assim como a fiscalização e o controle sanitários, além de outras medidas e ações de corte coletivo. Já ao Ministério de Previdência e Assistência Social recairiam responsabilidades de coordenação dos serviços assistenciais, entre outras ações mais voltadas para a atenção da saúde individual.

Ou seja, mais uma vez seguia-se a lógica da dicotomia do sistema de saúde. A medicina curativa restaria sob competência do Ministério da Previdência e a medicina preventiva, sob responsabilidade do Ministério da Saúde.

Dessa forma, tal como já havia ocorrido com as IAPs, assentou-se no modelo do INPS o componente de assistência médica, sobretudo por meio da compra de serviços do setor

<sup>80</sup> LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática": anos 80. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-33111991000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33111991000100004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 18 out. 2020.

<sup>81</sup> FORTUNATO, Beatriz Casagrande; DESTRO, Carla Roberta Ferreira. A construção do direito à saúde no Brasil: o plano de fundo antecedente à sua positivação constitucional. **Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social**, Goiânia, v. 5, n. 1, jan./jun. 2019. p. 24.

<sup>82</sup> “Em 1974, no governo Geisel, em pleno regime ditatorial, houve uma expansão das políticas previdenciárias e sociais a partir do INAMPS, IAPAS, INPS, DATAPREV, LBA, FUNABEM e a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, instituiu o Sistema Nacional de Saúde, com uma visão sistêmica e com as mesmas funções e efeitos criticados como políticas de saúde.” FORTUNATO, Beatriz Casagrande; DESTRO, Carla Roberta Ferreira. A construção do direito à saúde no Brasil: o plano de fundo antecedente à sua positivação constitucional. **Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social**, Goiânia, v. 5, n. 1, jan./jun. 2019. p. 25.

privado. Foram estabelecidos convênios e contratos com hospitais existentes país afora, pagando-se pelos serviços produzidos.

Formou-se um verdadeiro complexo médico-industrial, privatizado, mas, contraditoriamente, altamente dependente do Estado. Isso terminou por levar, em 1978, à criação de uma estrutura administrativa própria, diversa do INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)<sup>83</sup>.

Ou seja, o modelo brasileiro era de difícil compreensão. Havia um sistema com “duplo comando”, uma cisão entre a medicina previdenciária, em que o acesso se dava mediante contribuições públicas, e um modelo de saúde pública<sup>84</sup>. Durante quase todo o século XX, houve uma obtusa separação entre a área da saúde pública, financiada pelo Tesouro Nacional, e o atendimento médico individualizado propiciado pela medicina previdenciária, mantida pela contribuição de empregados, patrões e consumidores.

Assim, ao passo em que se tinha o incentivo do estado para a expansão do setor médico privado, a saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde, era direcionada principalmente aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo. As atividades de caráter curativo, quando as havia, pertenciam a entidades religiosas<sup>85</sup>.

Todo esse caldo de injustiça e desassistência levou, entre meados da década de setenta e o início dos anos oitenta do século XX, à formação de um movimento cada vez mais forte de contestação do sistema de saúde governamental. Buscava-se a democratização do sistema, a participação popular, a universalização de serviços e a defesa do caráter público e gratuito do sistema de saúde. É nesse contexto da própria luta contra a ditadura militar que surge o movimento da Reforma Sanitária, expressão que se referia ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde<sup>86</sup>.

<sup>83</sup> “Após o golpe militar de 1964, reformas governamentais impulsionaram a expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, especialmente nos grandes centros urbanos. Seguiu-se uma rápida ampliação da cobertura, que incluiu a extensão da previdência social aos trabalhadores rurais. Entre 1970 e 1974, foram disponibilizados recursos do orçamento federal para reformar e construir hospitais privados; a responsabilidade pela oferta da atenção à saúde foi estendida aos sindicatos e instituições filantrópicas ofereciam assistência de saúde a trabalhadores rurais”. PAIM, Jairnilson *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, London, maio 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2019.

<sup>84</sup> PONTE, Carlos Fidelis. Entre a saúde pública e a medicina previdenciária. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 113-120.

<sup>85</sup> FINKELMAN, J. (org.). **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 328.

<sup>86</sup> “As narrativas em torno da reforma sanitária brasileira localizam, como regra, a origem do movimento no contexto da segunda metade dos anos 1970, período que coincide com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976; e, três anos depois, a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) (Escorel, 1999; Rodriguez Neto, 1997; Paim, 2008). No entanto, o processo de formação de atores e instituições identificados com mudanças radicais no sistema de saúde então vigente

Um amplo movimento social cresceu no país, reunindo os mais diversos setores da sociedade, defendendo que a saúde não era uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas, antes de tudo, uma questão social e política a ser abordada no espaço público<sup>87</sup>.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida entre os dias 17 e 21 de março de 1986, na qual se debate o direito universal de acesso à saúde, e centenas de pessoas dos mais variados segmentos sociais discutem sobre um novo modelo de saúde para o Brasil diz muito sobre a mudança completa de todo o sistema sanitário brasileiro. São nos debates desenvolvidos a partir do movimento sanitário que encontramos os fundamentos para a construção do Sistema Único de Saúde<sup>88</sup>.

Do ponto de vista da política geral, após amplo movimento popular, a Assembleia Nacional Constituinte, convocada em novembro de 1985 pela força da Emenda Constitucional nº 26, elabora a nova Constituição do Brasil, após vinte e cinco anos de ditadura. Enfim, enxergaríamos democracia<sup>89</sup>.

E toda a efervescência democrática, somada ao quadro sanitário que combinava baixa cobertura assistencial e disseminação de doenças marcadamente da pobreza, permitiu o reordenamento das políticas sociais, rumo à inclusão e redução de desigualdades. O movimento sanitário buscou reverter a lógica da assistência à saúde no país<sup>90</sup>.

---

também relaciona-se com um conjunto de aspectos que vão do desenvolvimento dos cursos de medicina preventiva a partir da década de 1950 ao fortalecimento de uma visão contrária ao regime autoritário que via, na sua derrocada, a única forma de construção de um sistema de saúde eficiente e democrático”. PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, ciências, saúde**, Manguinhos, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 24 out. 2020.

<sup>87</sup> MERCADANTE, Otávio Azevedo *et al.* Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. **Caminhos da saúde pública no Brasil**, [s. l.], v. 20, 2002. p. 246.

<sup>88</sup> SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde & debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, mar. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000100204](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100204) &lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 out. 2020.

<sup>89</sup> Sarcasticamente, assume como chefe do executivo da nação em abril do mesmo ano José Sarney, político que cresceu no cenário nacional sob os mantos e afagos da ditadura militar, contradição característica da história nacional. “Efetivamente, o Constitucionalismo brasileiro, quer em sua primeira fase política (representado pelas Constituições de 1824 e 1891), quer em sua etapa social posterior (Constituição de 1934), expressou muito mais os intentos de regulamentação das elites agrárias locais do que propriamente a autenticidade de movimento nascido das lutas populares por cidadania ou mesmo de avanços alcançados por uma burguesia nacional constituída no interregno de espaços democráticos. As demais constituições brasileiras (1937, 1946, 1967 e 1969) representaram sempre um Constitucionalismo de base não-democrática (no sentido popular), sem a plenitude da participação do povo, utilizado muito mais como instrumento retórico de uma legalidade individualista, formalista e programática”. WOLKMER, Antonio Carlos. **História do Direito no Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1999. p. 112.

<sup>90</sup> BAPTISTA, Tatiana Vargas de Farias. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. *In*: MATTA, Gustavo Correa (org.). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único**



De um modo geral, a reforma sanitária possuía quatro bandeiras principais: a saúde passaria a ser um direito de todo cidadão, independente de contribuição ou de qualquer outro critério de discriminação; as áreas de saúde deveriam deixar de ser divididas em duas vertentes, de sorte a integrarem-se num único sistema, garantindo o acesso de toda população aos serviços, fossem eles de cunho preventivo ou curativo; a gestão administrativa e financeira das áreas de saúde deveria ser descentralizada para os entes subnacionais e, por fim, deveria ser promovida a participação e o controle social das áreas de saúde.

Chegamos, assim, à Constituição de 1988, programática, cidadã, dirigente, analítica, que trouxe consigo a utopia de modificação da realidade brasileira. A nova Constituição floresce e nela, pela primeira vez na história do Brasil, estabelece-se a saúde como direito universal e dever do Estado.

O modelo da seguridade social passa a estruturar a organização e formato da proteção social brasileira. No lugar de negócio ou caridade, a universalização da cidadania passa a ser o fundamento do sistema. Rompe-se com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e são gerados mecanismos mais solidários e redistributivos. A lógica da contribuição/benefício é suplantada<sup>91</sup>.

O nível de renda não seria mais condição para acesso ao sistema de saúde e o modelo de proteção social mudava completamente. O direito à saúde passa a se inserir na categoria de direitos sociais, criando-se um Sistema Único de Saúde, com arcabouço institucional segregado à Previdência. A lógica securitária, que abrangia apenas uma pequena fração da população, foi desmontada. O SUS estabeleceu uma estruturação Beveridgeana e declarou a universalidade do direito ao cuidado e à assistência.

Deixou-se de lado um modelo industrial performático ou de seguros sociais obrigatórios para um sistema de saúde que deve ser entendido predominantemente como redistributivo ou de dominância estatal, na tipologia de Titmuss. É a partir desse enfoque que deve ser entendido o Direito à Saúde positivado na Constituição de 1988.

---

de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

<sup>91</sup> “A Constituição Federal de 1988 representa uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro, consolidando, na lei maior, as pressões que já se faziam sentir há mais de uma década. Inaugura-se um novo período, no qual o modelo da seguridade social passa a estruturar a organização e formato da proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania. No modelo de seguridade social, busca-se romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos. Os benefícios passam a ser concedidos a partir das necessidades, com fundamentos nos princípios da justiça social, o que obriga a estender universalmente a cobertura e integrar as estruturas governamentais”. FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, jun. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300010) &lng =en&nrm=iso. Acesso em: 24 out. 2020.

### 2.3 O direito à saúde a partir da Constituição de 1988: um desenho dogmático

Como restou claro, os sistemas de saúde diferenciam-se, fundamentalmente, pelo grau de solidariedade que eles pressupõem, o que, por sua vez, é uma consequência da forma de intervenção do Estado na provisão dos serviços de saúde. O atual arcabouço sanitário do país prevê a solidariedade como pressuposto do seu funcionamento.

Assim, a consagração do direito à saúde enquanto verdadeiro direito fundamental pela Constituição Republicana de 1988 não é algo apenas simbólico, mas representa uma importantíssima conquista do ponto de vista constitucional. Como já destacado, a previsão dos documentos constitucionais anteriores limitava-se a normas esparsas ou mera enunciação de competências administrativas ou legislativas<sup>92</sup>. Não se podia propriamente falar numa proteção constitucional à saúde, menos ainda cogitar que tal direito se enquadrava na categoria de direito fundamental.

E essa mudança de perspectiva acontece, não por acaso, como a Constituição Federal de 1988, que pode ser considerada uma Constituição Dirigente<sup>93</sup>, caracterizando-se por conter normas definidoras de tarefas e programas de ação a serem concretizados pelos poderes públicos. Ela é sobretudo uma aposta no porvir. O objetivo, portanto, do Constituinte, não foi tanto acreditar que mudaria a realidade do Brasil num passe de mágicas, mas dotar o documento político com diretrizes que deveriam ser seguidas pelas gerações futuras<sup>94</sup>.

As normas constitucionais programáticas, portanto, de algum modo vinculam o Poder Legislativo, impondo a obrigação de emanar leis fixadoras de prestações positivas e, ao mesmo tempo, determinam ao Poder Executivo que disponibilize os serviços e atividades

---

<sup>92</sup> SARLET, Ingo; FIGUEIREDO, Mariana. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas. In: RÉ, Aluisio Iunes Monti Ruggeri. **Temas aprofundados da Defensoria Pública**. Bahia: Juspodvim, 2014.

<sup>93</sup> Note-se que aqui não se pretende debater acerca da possível mudança de perspectiva do Professor Gomes Canotilho sobre certo dirigismo constitucional. Apenas levantamos a classificação ao texto constitucional de 1988, praticamente um consenso na doutrina, e muito próximo ao que o próprio professor português considerava ainda no seu trabalho original. “A lei fundamental aproxima-se dum *plano*, em que a *realidade* se assume como *tarefa* tendente à transformação do *mundo ambiente* que limita os cidadãos. Deste modo, a definição, a nível constitucional, de tarefas económicas e sociais do Estado, corresponde ao novo *paradigma* da constituição dirigente”. CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Constituição Dirigente e Vinculação do Legislador**: contributo para a compreensão das normas constitucionais programáticas. Coimbra: Coimbra Editora, 1994. p. 169.

<sup>94</sup> KRELL, Andréas Joachim. Realização dos Direitos Fundamentais sociais mediante controle judicial da prestação dos serviços públicos básicos. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, n. 144, out./dez. 1999. p. 252.

necessárias à concretização das normas constitucionais<sup>95</sup>.

Então quando o texto constitucional afirma que é objetivo fundamental do país “erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais” bem como “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”, ele não apenas enuncia aspirações políticas, mas vincula uma forma de atuação do Estado.

É nesse ponto que entra o direito à saúde. O caráter dirigente do texto constitucional pode ser visto em diversos artigos, mas, com muito mais ênfase, nos capítulos destinados a cuidar dos direitos fundamentais, notadamente os direitos sociais, nos quais podemos inserir a saúde.

Afinal de contas, que meios teríamos para efetivar um direito se a história brasileira é marcada exatamente pela negação dele? A consolidação da política pública de saúde no Brasil foi marcada por muitos conflitos e uma grande pressão por parte de movimentos sociais e de partidos políticos durante grande parte dos anos 1970 e 1980. A promulgação da Constituição, em 1988, com a inclusão de um capítulo específico para a seguridade social, representou uma vitória para aqueles que defendiam políticas sociais universais nos moldes do *welfare state* europeu<sup>96</sup>. Mais do que isso, tratava-se de um debate de como efetivar um direito que estava contido no corpo da Carta Política brasileira, como já narramos. É sobre a configuração desse direito que tratamos a seguir.

### 2.3.1 Em busca de uma concepção do direito fundamental à saúde: direito e dever fundamental

Antes mesmo de adentrar aos contornos de um regime jurídico-constitucional do direito à saúde, faz-se necessário destacar que a concepção desse direito tem sido constantemente influenciada por parte do Direito Internacional<sup>97</sup>.

---

<sup>95</sup> “Dentro desta perspectiva, também se deve reprovar qualquer proposição que venha a negar a sujeição do Poder Legislativo às normas programáticas...Portanto, embora normas de eficácia limitada, na medida em que sua aplicação plena depende de emissão de uma normatividade futura, elas estabelecem, no que concerne à sua eficácia jurídica imediata, direta e vinculante, um dever para o legislador ordinário, condicionando negativamente a legislação futura, com a consequência de ser inválida por inconstitucionalidade qualquer lei que venha a contrapor-se-lhes”. NEVES, Marcelo. **Teoria da Inconstitucionalidade das Leis**. São Paulo: Saraiva, 1988. p. 103.

<sup>96</sup> PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, North America, v. 377, p. 11-31, 2011.

<sup>97</sup> TORRONTÉGUY, Marco Aurelio. **O direito humano à saúde no direito internacional**: efetivação por meio da cooperação sanitária. 2010. Tese (Doutorado em Direito) - Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

Com efeito, já na Declaração Universal da ONU de 1948 vê-se o reconhecimento do direito à saúde<sup>98</sup>. Posteriormente, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966, em seu artigo 12, reconhece o “(...) o direito de toda pessoa desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental”<sup>99</sup>.

Do mesmo modo podemos citar a Convenção sobre os Direitos da Criança<sup>100</sup> – aprovada em nosso país por meio do Decreto Legislativo nº 28/90 – ou a Declaração de ALMA-ATA<sup>101</sup>, por ocasião da primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que enfatizava “que a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde”.

De igual sorte pode-se citar a Carta de Ottawa<sup>102</sup>, fruto da Conferência do Canadá, realizada em 1986, e considerada a primeira conferência internacional sobre promoção de saúde. Nela, deixa-se claro que a promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde, e que ela não seria responsabilidade exclusiva do setor saúde, indo além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

Tanto a Declaração de Alma-Ata quanto a Carta de Ottawa não apenas contribuíram para consolidar o reconhecimento do direito à saúde como verdadeiro direito fundamental, mas influenciaram a construção dos sistemas de saúde ao redor mundo nos últimos quarenta anos. A Constituição de 1988 bebe fortemente de tal fonte, a despeito de não ter especificado

---

<sup>98</sup> Artigo 25º 1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade. Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 6-12 de setembro de 1978; Alma Ata, URSS; Organização Mundial de Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância.

<sup>99</sup> Artigo 12. §1. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental. Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 6-12 de setembro de 1978; Alma Ata, URSS; Organização Mundial de Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância.

<sup>100</sup> Artigo 24. 1. Os Estados Partes reconhecem o direito da criança de gozar do melhor padrão possível de saúde e dos serviços destinados ao tratamento das doenças e à recuperação da saúde. Os Estados Partes devem envidar esforços para assegurar que nenhuma criança seja privada de seu direito de usufruir desses serviços de cuidados de saúde. Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 6-12 de setembro de 1978; Alma Ata, URSS; Organização Mundial de Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância

<sup>101</sup> Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 6-12 de setembro de 1978; Alma Ata, URSS; Organização Mundial de Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância.

<sup>102</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa Charter for Health Promotion**. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986.

o conteúdo abrangido pelo direito de proteção e promoção da saúde<sup>103</sup>. E é da imprecisão do que conceito do que venha a ser saúde que deriva a imprecisão do que possa ser um “direito à saúde”<sup>104</sup>.

De todo modo, a Constituição de 1988 irá acolher estas orientações ao reconhecer o direito à saúde como direito fundamental e desenhar o sistema para a promoção de saúde com equidade. Há, por assim dizer, uma opção explícita por certa ordem de valores que tem no ser humano o fundamento do Estado Democrático de Direito<sup>105</sup>.

Isso fica claro quando a Constituição, já no inciso III do art. 1º, inicia a proteção constitucional do direito à saúde como consequência direta do direito à vida, uma vez que a dignidade da pessoa humana é fundamento da República Federativa do Brasil. De forma complementar, o inciso IV do art. 3º afirma que é objetivo da República brasileira a promoção do bem de todos. Por seu turno, o art. 5º prevê a inviolabilidade do direito à vida e, finalmente, o art. 6º, de maneira ainda mais explícita, deixa claro a noção de que o direito à saúde é expressamente garantido dentre os direitos sociais.

Mas para além disso, a concepção de saúde adotada pela Constituição de 1988 segue a orientação vigente no Direito Internacional e propugnada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em que se aproximam as noções de saúde e qualidade de vida<sup>106</sup>.

É que embora muitas vezes seja abordada por oposição à noção de doença, saúde significa mais do que a mera ausência de enfermidade ou do que o acesso a expedientes terapêuticos e assistenciais<sup>107</sup>. Assim, conceituar saúde está longe de ser algo simples. Primeiramente, porque deve ser entendida a partir de múltiplos saberes, que vão além do conjunto das ciências médicas e que podem alcançar a sociologia, a antropologia, a filosofia

<sup>103</sup> SARLET, Ingo; FIGUEIREDO, Mariana. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas. *In*: RÉ, Aluisio Iunes Monti Ruggeri. **Temas aprofundados da Defensoria Pública**. Bahia: Juspodvim, 2014. p. 111-146.

<sup>104</sup> “Modernamente a expressão direito à saúde tem sido empregada referindo-se a situações, algumas vezes, extremamente diferentes. Muito da imprecisão dessa expressão decorre da imprecisão do próprio conceito de saúde. Ainda que se desconsiderem as demais definições de saúde que não aquela proposta pela Organização Mundial de Saúde, observa-se o enorme halo nebuloso que circunda o núcleo básico do conceito. Assim o conceito de saúde não implica apenas a ausência de doença — núcleo básico —, mas também o completo bem estar físico, mental e social — halo nebuloso”. DALLARI, Sueli Gandolfi. Uma nova disciplina: o direito sanitário. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 327-334, 1988, pp. 327-334. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101988000400008>. Acesso em: 18 nov. 2021.

<sup>105</sup> FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas Notas Sobre a eficácia E Efetividade Do Direito Fundamental à Saúde No Contexto Constitucional Brasileiro. **Boletim do Instituto de Saúde**, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 220-226, dez. 2010.

<sup>106</sup> FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas Notas Sobre a eficácia E Efetividade Do Direito Fundamental à Saúde No Contexto Constitucional Brasileiro. **Boletim do Instituto de Saúde**, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 220-226, dez. 2010.

<sup>107</sup> SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>. Acesso em: 18 nov. 2021.

e, inclusive, o direito.

A perspectiva aqui proposta é que o processo saúde-doença deve ser entendido sempre a partir de um viés intrinsecamente histórico, isto é, o processo saúde-doença é determinado pelas condições estruturais e conjunturais em que vivem as populações humanas. Ou seja, “do mesmo modo como os homens constroem sua vida material e não material, eles também produzem as doenças das quais irão padecer, bem como os instrumentos e as organizações sociais para combatê-las”<sup>108</sup>.

Assim, o processo de produção da saúde e da doença nas populações não pode ser reduzido simplesmente ao aspecto biológico, pelo contrário<sup>109</sup>. Toda e qualquer doença e sua distribuição populacional são produtos da organização social, não tendo sentido falar, portanto, em doenças sociais e doenças não sociais. Toda doença é necessariamente social e como tal deve ser compreendida.

O que aqui se pretende pontuar é que as teorias tradicionais da saúde pública, baseadas num modelo de ciência fruto da modernidade, são fundadas na crença de que os indivíduos na sociedade são livres para escolher onde viver, onde trabalhar, bem como, por livre-arbítrio, decidir se adota ou não padrões de comportamento que implicarão em maior ou menor risco para sua saúde. Fumar ou não, por exemplo. Obviamente é um modelo de ciência que reproduz toda a teoria política do liberalismo. Como se percebe, ciências da natureza e sociais sempre se influenciaram, a despeito da rígida separação metodológica que muitas vezes são impostas a elas.

As conceituações de saúde, portanto, variam de acordo com o momento histórico, as condições políticas, sociais, econômicas, culturais, ambientais de cada sociedade e mesmo a epidemiologia contemporânea não se restringe ao estudo dos fatores biológicos, ou microbiológicos, das enfermidades, mas procura compreender os fatores sociais no estudo da saúde das populações<sup>110</sup>.

Deste modo, a Organização Mundial de Saúde (OMS), na já referida carta de

---

<sup>108</sup> BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

<sup>109</sup> “as desigualdades sociais que nos interessam são diferenças no estado de saúde entre grupos definidos por características sociais, tais como riqueza, educação, ocupação, raça e etnia, gênero e condições do local de moradia ou trabalho. (...) Mas, quando falamos em desigualdade social geralmente estamos nos referindo a situações que implicam algum grau de injustiça, isto é, diferenças que são injustas porque estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter sadio”. BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

<sup>110</sup> TORRONTÉGUY, Marco Aurelio. **O direito humano à saúde no direito internacional: efetivação por meio da cooperação sanitária**. 2010. Tese (Doutorado em Direito) - Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

princípios de 7 de abril de 1948, que desde então é considerado o Dia Mundial da Saúde, definiu saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social<sup>111</sup>.

Esse conceito gerou múltiplas críticas. Seja por sua grande amplitude, pelo seu caráter subjetivo ou mesmo pela idealização de um perfeito bem-estar, aproximando-se de uma utopia, tal definição da OMS foi severamente debatido, quer na academia, que entre as sociedades médicas<sup>112</sup>.

Decorridas três décadas, em 1978, na Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde em Alma-Ata, promovida pela OMS, foi aprovado um conceito ampliado. Enfatizaram-se ali as desigualdades de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos; a responsabilidade governamental na provisão da saúde; e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e na implementação dos cuidados à saúde<sup>113</sup>. Como bem afirma Sarlet<sup>114</sup>, parece mais apropriado, portanto, cogitar-se não simplesmente de um direito à saúde, mas num direito à proteção e à promoção da saúde.

Ou seja, o conceito de saúde deve envolver necessariamente aspectos sociais, políticos e econômicos, estando sob influência de mudanças significativas a depender do contexto inserido. Mas o fato de tal concepção ser imprecisa, dinâmica e abrangente não impede que seja possível tomá-la como referência para entender a formação do conceito de um “direito à saúde”.

Afinal de contas, pela primeira vez, uma seção inteira da Constituição Brasileira é

---

<sup>111</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Officials Records of the World Health Organization**. New York: WHO, 1948.

<sup>112</sup> “Malgrado o caráter algo ambíguo e vago de referida fórmula, ela deve ser utilizada em virtude de constar de uma convenção internacional de que Brasil é signatário, vinculando o Estado brasileiro. Mas é possível afirmar que dificilmente alguém poderá se encontrar em tal estado de “completo bem estar”, e que é mesmo mais factível pregar que a saúde, em vez de um estado de “perfeição” pouco realista, é uma condição em equilíbrio variável”. DIAS, Eduardo Rocha; CAMINHA, Uinie. Saúde privada e a medicina baseada em evidências como fonte de critérios orientadores da intervenção judicial. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, [s. l.], v. 9, n. 31, p. 80–109, 2015. Disponível em: <https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/173>. Acesso em: 4 jun. 2022.

<sup>113</sup> SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>. Acesso em: 18 nov. 2021.

<sup>114</sup> “Isso não desmerece alguns elementos que aparecem mais nítidos no texto constitucional, como a adoção de uma concepção ampla de saúde, alinhada àquela propugnada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que, para além do aspecto curativo, ressalta as dimensões preventiva e promocional do direito à saúde. Em vista disso, parece mais apropriado cogitar-se não simplesmente de direito à saúde, mas no direito à proteção e à promoção da saúde, inclusive como “imagem-horizonte” a ser perseguida”. SARLET, Ingo; FIGUEIREDO, Mariana. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas. In: RÉ, Aluisio Iunes Monti Ruggeri. **Temas aprofundados da Defensoria Pública**. Bahia: Juspodvim, 2014. p. 111-146.

dedicada à saúde, que passa a ser entendida dentro do contexto da seguridade social<sup>115</sup>. Previdência social, assistência social e saúde passam a integrar um só contexto, uma mesma realidade, uma macropolítica pública que passa a ser definida a partir da junção de três outras políticas.

Passa-se, portanto, a falar de acesso universal e igualitário, de sorte que a caridade, ponto central do tratamento de saúde desde o Império, dá lugar à saúde enquanto um direito dos cidadãos e dever do ente estatal. No lugar do hospital como foco do cuidado, o objetivo principal aparenta ser a redução do risco de doenças e de outros agravos. A mudança é abissal<sup>116</sup>.

Ou seja, a concepção de saúde derivada da Constituição deixa claro que a mera oferta de serviços e produtos médicos por si só não bastam para proteger a saúde da população. O artigo 196 deixa evidente que a garantia do correspondente direito à saúde se dá “mediante políticas sociais e econômicas...e ao acesso universal igualitário às ações e serviços” para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Há uma percepção de que a saúde possui determinantes múltiplos e complexos que requerem a formatação de políticas públicas abrangentes por parte do estado e vão muito além da garantia de acesso a serviços médico-hospitalares<sup>117</sup>. Mais do que isso, o termo saúde deve expressar a qualidade de vida de uma população, num dado espaço e num dado momento,

<sup>115</sup> DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 9-34, nov. 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128>. Acesso em: 17 nov. 2021.

<sup>116</sup> “Ainda sob a lógica da referida estrutura de gestão e financiamento, o SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários, de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2.007: 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de Ultrasons, Tomografias e Ressonâncias, 55 milhões de seções de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, nove milhões de seções de radio-quimioterapia, 9,7 milhões de seções de hemodiálise e o controle mais avançado da AIDS no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos 80, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas”. SANTOS, Nelson Rodrigues dos. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009.

<sup>117</sup> “A Lei 8.080/1990 (Brasil, 1990), que institucionalizou o SUS à luz dessa concepção ampla do conceito saúde adotada na Constituição, reafirma em seu artigo 3º que, entre outros, “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer” determinam significativamente os níveis de saúde da população, e esses, por sua vez, “expressam a organização social e econômica do País”. É nesse contexto abrangente e complexo de multidimensionalidade dos determinantes da saúde que se deve interpretar o direito à saúde. Não se trata apenas de determinar se o Estado deveria ou não fornecer determinado medicamento, cirurgia etc, mas sim se as políticas estatais são, em sua totalidade, adequadas para enfrentar os determinantes complexos da saúde da população em geral”. FERRAZ, Octávio Luiz Motta; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Dados**, [s. l.], v. 52, n. 1, p. 223-251, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0011-52582009000100007>. Acesso em: 17 abr. 2022.



refletindo suas condições objetivas de vida, que têm sua origem num patamar transcendente à simples oferta e consumo de serviços médicos<sup>118</sup>.

Deste modo, o direito à saúde implica em uma intervenção por parte do poder público, sendo uma espécie de corolário do dever do ente estatal de promover a saúde. Ou seja, o dever do Estado de promover a saúde vai além da promoção do acesso do cidadão à assistência médica, refere-se à própria elaboração de políticas públicas estruturais que servem como instrumentos para a concretização de direitos básicos e necessários ao bem comum<sup>119</sup>.

Ao mesmo tempo é possível vislumbrar ainda um dever negativo, de modo que o Estado deve se abster de atuar de forma que venha a comprometer o direito à saúde das pessoas, pela revogação de normas existentes, por exemplo, considerando a limitação ao poder de reforma. Nesse sentido, é importante ressaltar que normas que regulamentam o direito à saúde não podem retroceder, considerado o princípio da vedação do retrocesso<sup>120</sup>.

Ou seja, existe uma dimensão negativa do direito à saúde, consubstanciado na noção de respeito e proteção. Nesse caso, há um dever, tanto por parte do Estado quanto dos demais particulares, de não interferir negativamente de modo que possa prejudicar a saúde das pessoas. Não há uma prestação concreta que se deva fornecer ao cidadão, mas uma dimensão defensiva do direito à saúde, visando à tutela de sua efetividade.

O que se pode afirmar, portanto, é que os deveres fundamentais decorrentes do direito à saúde estão diretamente relacionados à maneira como esse direito fundamental se efetiva<sup>121</sup>. Ou seja, os deveres conexos e correlacionados possuem sua origem a partir da conformação do próprio direito fundamental. O objeto dos deveres fundamentais derivados do direito à

<sup>118</sup> MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, [s. l.], v. 15, p. 2297-2305, 2010.

<sup>119</sup> Quando o artigo 196 prevê o direito à saúde como um “dever do Estado” não está referindo-se apenas à execução das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, como algo que, em regra, não tem efeitos visivelmente imediatos. Está, em verdade, consolidando um preceito de grande impacto político: o dever de formular e executar políticas públicas, econômicas e sociais, que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal, integral e igualitário. LIMA, Thalita Moraes. O direito à saúde revisitado. Entre os ideais da Constituição de 1988 e o drama jurídico atual. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 51, n. 202, p. 191-201, abr./jun. 2014.

<sup>120</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. Contornos do direito fundamental à saúde na Constituição de 1988. **Revista da Procuradoria-Geral do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, n. 56, p. 41-62, jul./dez. 2002.; BRAZ, Kalini Vasconcelos. A aplicabilidade do Princípio da Proibição do Retrocesso Social como meio de garantia constitucional ao direito à saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 78-101, 2016. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/248>. Acesso em: 10 ago. 2022.

<sup>121</sup> SARLET, Ingo; FIGUEIREDO, Mariana. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas. In: RÉ, Aluisio Iunes Monti Ruggeri. **Temas aprofundados da Defensoria Pública**. Bahia: Juspodvim, 2014. p. 111-146.

saúde guardam um estreito vínculo com a realização do próprio direito<sup>122</sup>.

Pela dicção normativa, estamos diante de um típico direito-dever fundamental, como bem ensina Sarlet<sup>123</sup>, de modo que a sua efetivação depende intimamente da proteção de outros direitos fundamentais, impondo ao Estado a concretização de políticas públicas intersetoriais que busquem a concretização deste direito.

### 2.3.2 A fundamentalidade formal e material

A Constituição Federal vigente, portanto, não só agasalhou a saúde com bem jurídico digno de tutela constitucional, mas foi além, consagrando a saúde como direito fundamental, outorgando-lhe, de tal sorte, uma proteção jurídica diferenciada no âmbito da ordem jurídico-constitucional pátria<sup>124</sup>.

Portanto, é incontestável a essencialidade do direito à saúde, ainda mais evidenciando-se o lugar de destaque ocupado no contexto jurídico-constitucional brasileiro vigente, onde foi inserido formalmente no rol dos direitos fundamentais, possuindo assim dupla fundamentalidade, tanto formal quanto material<sup>125</sup>.

A fundamentalidade material é baseada na própria relevância da saúde como condição essencial à vida humana<sup>126</sup> e, por consequência, como meio de promoção da dignidade

<sup>122</sup> FUHRMANN, Italo Roberto. **Judicialização dos direitos sociais e o direito à saúde**: por uma reconstrução do objeto do direito à saúde no direito brasileiro. Brasília: Consulex, 2014. p. 69.

<sup>123</sup> “Com relação ao direito à saúde, é importante destacar que a Constituição e a Lei nº 8.080/90, apesar de consignarem as linhas gerais da atuação sanitária do Poder Público, já operaram delimitações significativas em relação ao conteúdo do direito à saúde. Isso ocorre, sobretudo, na definição: (i) de que as medidas preventivas constituem a prioridade do Sistema (art. 198, inciso II da Constituição Federal); (ii) de que a epidemiologia deve ser utilizada como critério para a alocação de recursos e para a orientação programática (art. 7º, inciso VII da Lei nº 8.080/1990), bem como que as evidências científicas sobre a eficácia, a efetividade e a segurança do medicamento deverão fundamentar a incorporação de medicamentos e tratamentos às políticas do SUS (art. 19-Q, § 2º, inciso I da Lei nº 8.080/1990); (iii) que o conteúdo normativo das políticas sanitárias, pautado pela diretriz de integralidade, deverá abranger as ações e serviços necessários para cada caso, em todos os níveis de complexidade (art. 7º, inciso II da Lei nº 8.080/1990)”. PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito fundamental à saúde**: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

<sup>124</sup> SARLET, Ingo. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista de Ciências Jurídicas, Direito e democracia**, [s. l.], v. 3, n. 1, 2002. p. 333.

<sup>125</sup> “De modo geral, os direitos fundamentais em sentido formal podem, acompanhando Konrad Hesse, ser definidos como aquelas posições jurídicas da pessoa (na sua dimensão individual ou coletiva) que, por decisão expressa do Legislador-Constituinte foram consagradas no catálogo dos direitos fundamentais. Por outro lado, direitos fundamentais em sentido material são aqueles que, apesar de se encontrarem fora do catálogo, por seu conteúdo e por sua importância, podem ser equiparados aos direitos formalmente (e materialmente) fundamentais”. SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012. p. 270.

<sup>126</sup> “A fundamentalidade material decorre do fato de os direitos fundamentais serem elemento peculiar da Constituição material, abrangendo questões decisivas fundamentais quanto à estrutura básica do Estado e da sociedade, embora não necessariamente ligadas à fundamentalidade formal, permitindo a abertura da Constituição para outros direitos também tidos como fundamentais (art. 5º, § 2º, da CF) localizados fora do

humana, necessária ao gozo de outros direitos, uma vez que as circunstâncias existenciais, como é o caso da saúde, são condicionantes à fruição da vida e, portanto, dos demais direitos, fundamentais ou não.

Essa legitimação extranormativa do direito à saúde, decorrente da importância social de proteção a esse aspecto da vida humana, assim como ocorre com outros direitos fundamentais socialmente tutelados, que perfazem o “mínimo existencial”<sup>127</sup>, cujo conteúdo vai além da mera sobrevivência física, albergando a garantia de condições materiais mínimas, essenciais e elementares para uma vida saudável e com certa qualidade, é que revestem o direito à saúde de fundamentalidade material<sup>128</sup>.

Por outro lado, a fundamentalidade do direito à saúde em sentido formal diz respeito a tutela do bem jurídico no direito positivo brasileiro, ou seja, o regime jurídico de proteção que lhe foi outorgado pelo texto constitucional<sup>129</sup>, abrangendo: (a) a superior hierarquia axiológica de que gozam os direitos fundamentais, entre os quais está a saúde, uma vez que refletem a opção constitucional por uma certa e determinada ordem de valores, vigentes e acordados pela sociedade em certo momento; (b) a especial salvaguarda do direito à saúde na hipótese de reforma constitucional, que se dá pela exigência de um procedimento legislativo agravado e complexo para a modificação dos dispositivos constitucionais que o consagram (limites formais), assim como pela salvaguarda do próprio conteúdo dessas normas, notadamente por traduzirem decisões fundamentais do constituinte originário (limites materiais); (c) a aplicabilidade direta e imediata das normas constitucionais que consagram e densificam o direito à saúde, numa interpretação conjugada das cláusulas insertas nos §§ 1º e 2º do artigo 5º da Constituição Federal<sup>130</sup>.

Reconhecido o direito à saúde como um direito fundamental, bem como um direito social, de segunda dimensão, o Estado passa a assumir prestações positivas, e, por conseguinte, a obrigação de criação de políticas públicas sociais e econômicas destinadas à

---

capítulo ou até mesmo fora da Constituição formal, sendo, dessa forma, apenas materialmente fundamentais”. COSTA, Silvana Barros da; STRAPAZZON, Carlos Luiz. Teoria sobre a fundamentalidade dos direitos Humanos. **Cadernos de Direito**, [s. l.], v. 14, p. 9-31-31, 2014.

<sup>127</sup> Aqui estamos a considerar o mínimo existencial como um conjunto básico de direitos fundamentais que assegura a cada pessoa uma vida minimamente digna, tais como o direito à saúde, à alimentação e à educação. Tem, portanto, relação direta com a dignidade de pessoa humana e, também, com o próprio Estado Democrático de Direito.

<sup>128</sup> SARLET, Ingo; FIGUEIREDO, Mariana. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas. *In*: RÉ, Aluisio Iunes Monti Ruggeri. **Temas aprofundados da Defensoria Pública**. Bahia: Juspodvim, 2014. p. 111-146.

<sup>129</sup> CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional**. 6. ed. Coimbra: Almedina, 1993.

<sup>130</sup> SARLET, Ingo; FIGUEIREDO, Mariana. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, Porto Alegre, n. 24, jul. 2008. Disponível em: [https://revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao024/ingo\\_mariana.html](https://revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao024/ingo_mariana.html). Acesso em: 22 nov. 2021.

promoção, à proteção e à recuperação da saúde<sup>131</sup>.

Desse modo, a proteção constitucional à saúde, abrangendo uma perspectiva promocional, preventiva e curativa da saúde, impõe ao Estado, como já dito, o dever de tornar possível e acessível à população um tratamento que garanta, além de cura, qualidade de vida<sup>132</sup>.

### 2.3.3 A dimensão objetiva e subjetiva

O constitucionalismo contemporâneo tem ressaltado que os direitos fundamentais possuem um duplo caráter, tanto objetivo quanto subjetivo<sup>133</sup>. Na dimensão subjetiva, o titular de um direito fundamental — seja ele o indivíduo ou a coletividade — pode impor judicialmente seus interesses juridicamente tutelados em face do Estado ou do particular ofensor. Ou seja, ela gravita em torno da posição jurídica do indivíduo, de sorte que existe uma faculdade ao titular de um direito exigir uma ação ou uma abstenção do Estado ou de outro indivíduo quando essa sua posição é violada.

Ao mesmo tempo, essa dimensão subjetiva também indica que o direito fundamental reconhecido na Constituição apresenta uma densidade suficiente a permitir ao indivíduo o direito de se opor a quem viole o seu direito.

Já a dimensão objetiva dos direitos fundamentais decorre da ampliação de suas funções clássicas. Com efeito, na concepção primeira, os direitos fundamentais desempenhavam clássicas funções de defesa e de oposição do indivíduo contra o estado. Sobretudo os direitos de primeira dimensão almejavam a proteção da esfera de liberdade do indivíduo<sup>134</sup>.

<sup>131</sup> “Como direito fundamental da pessoa humana (e não apenas dos brasileiros e estrangeiros residentes no país) o direito à saúde tem sido considerado como um direito social, integrando, portanto, a assim denominada segunda dimensão (ou geração) dos direitos fundamentais, que marcou a evolução do Estado de Direito de inspiração liberal-burguesa, para um novo modelo de Estado de Direito de inspiração liberal-burguesa, para um novo modelo de Estado e Constituição que se convencionou denominar de Estado Social (ou Estado social de Direito).” SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Direito e Democracia**, Canoas, v. 3, n. 1, p. 333-104, 2002.

<sup>132</sup> “A noção de saúde passou por várias percepções: a saúde curativa, a saúde mágica, a saúde preventiva, e, mais recentemente, a saúde promocional. Interessante notar que todas circundam o tema saúde, a partir do aspecto doença. Essa abordagem é criticada por Bolzan de Moraes, que entende ser necessário conectar a noção de saúde a partir da própria saúde, referindo que a evolução do Direito à saúde não pode mais ser visto unicamente a partir de seu tópico negativo: a doença.” SCHWAR, Germano. A autopoiese do sistema sanitário. **Revista de Direito Sanitário**, Canoas, v. 4, n. 1, mar. 2003.

<sup>133</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 13. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018. p.147.

<sup>134</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 13. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018. p.165.

Com a mudança do estado e a incorporação de novas dimensões aos direitos fundamentais, ampliou-se sua aplicação para além da dimensão subjetiva, passando eles a servirem como fundamentos dos deveres de atuação do próprio estado<sup>135</sup>. Ou seja, reconhece-se com a dimensão objetiva dos direitos fundamentais que, além de representar o reconhecimento de um direito subjetivo de se opor ao Estado (direito de resistência), eles passam a ser elementos objetivos fundadores de uma sociedade. Passa-se a falar “numa ordem objetiva de valores” a orientar o Estado, impondo a ele a necessidade de implantação de políticas públicas para a garantia de tais direitos.

Na perspectiva objetiva, os direitos fundamentais estabelecem diretrizes para a atuação de todos poderes constituídos, seja ele o Executivo, o Legislativo ou o Judiciário e mesmo para regular as relações entre particulares. Fala-se mesmo em “eficácia irradiante” dos direitos fundamentais, a fornecer as diretrizes para aplicação e interpretação do direito e ao mesmo tempo a alcançar os poderes públicos no exercício de suas atividades principais.

Assim, no que diz respeito ao direito fundamental à saúde, o Estado deve não só se abster de lesar o direito à saúde de um indivíduo, mas também concretizar esse direito fundamental por meio de políticas públicas. Protegido de modo objetivo, implica a existência de deveres dos Poderes Públicos na organização e no desenho institucional das políticas públicas de saúde<sup>136</sup>. Já a dimensão subjetiva assegura ao indivíduo o direito de se opor ao Estado ou a outro indivíduo quando sua a saúde estiver sendo violado ou mesmo opor-se à lei quando contrária ao direito à saúde<sup>137</sup>. Como resta claro, tais dimensões possuem evidente relação com o próprio conceito de saúde como verdadeiro direito-dever.

#### 2.3.4 Direito à saúde como direito de defesa e direito a prestações

Essencial ainda à compreensão do regime jurídico do direito à saúde é a concepção da

<sup>135</sup> “Afirmar a dupla dimensão – objetiva e subjetiva – dos direitos fundamentais não significa dizer que o direito subjetivo decorre do direito objetivo. O que importa esclarecer, aqui, é que as normas que estabelecem direitos fundamentais, se podem ser subjetivadas, não pertencem somente ao sujeito, mas sim a todos aqueles que fazem parte da sociedade”. MARINONI, Luiz Guilherme. O direito à tutela jurisdicional efetiva na perspectiva da teoria dos direitos fundamentais. **Revista Peruana de Derecho Procesal**, [s. l.], n. 7, p. 199-258, 2004.

<sup>136</sup> “Por fim, importa destacar a relevante dimensão objetiva do direito à saúde, que, ademais de outros efeitos comuns à dimensão objetiva dos direitos fundamentais, justifica a imposição de deveres de proteção e promoção da saúde, consoante já mencionado, além de respaldar a extensão da proteção do direito à saúde, em certa medida, ao próprio Sistema Único de Saúde (SUS), na condição de típica garantia institucional.” SARLET, Ingo; FIGUEIREDO, Mariana. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas. In: RÉ, Aluisio Iunes Monti Ruggeri. **Temas aprofundados da Defensoria Pública**. Bahia: Juspodvim, 2014. p. 111-146.

<sup>137</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 13. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018. p. 170.

multifuncionalidade dos direitos fundamentais ou de sua “classificação multifuncional”<sup>138</sup>. Comumente a delimitação das características dos direitos sociais é feita em contraposição aos direitos de liberdade, de modo que estes seriam de primeira geração, enquanto aqueles radicaram os direitos de segunda geração.

A mais moderna doutrina constitucional, contudo, tem se posicionado no sentido de evitar uma rígida separação dos direitos fundamentais em gerações ou dimensões históricas predeterminadas<sup>139</sup>. Ou seja, passa-se a ter como equivocada a ideia de que gerações de direito se sucedem entre si, com a substituição ou sobreposição de uma pela outra<sup>140</sup>.

Assim, a partir de Alexy, ao afirmarmos que um direito fundamental é dotado de multifuncionalidade, estamos a afirmar que cada direito fundamental é um feixe de posições jurídicas jusfundamentais<sup>141</sup>. De tal sorte, deve-se analisar o direito fundamental como um todo, de modo que pode ele assumir mais de uma função, contrariando a doutrina clássica que buscava classificá-lo como um direito de primeira, segunda ou terceira geração.

Portanto, na teoria clássica, as funções dos direitos fundamentais poderiam ser divididas em duas grandes categorias: ou seriam direitos de defesa, caracterizando-se por impor ao Estado um dever de abstenção, um dever de não interferência, de não intromissão no espaço de autodeterminação do indivíduo; ou seriam direitos a prestação, a exigir uma ação estatal intervencionista a fim de atenuar desigualdades sociais.

O problema é que ao analisarmos o direito à saúde, resta claro que ele dá origem a um complexo de posições jurídico-subjetivas diversas, passíveis de recondução tanto às funções de direito de defesa quanto às de direito a prestações. Ou seja, “o direito à saúde pode, dependendo de sua função no caso concreto, ser reconduzido a ambas as categorias, o que, acarreta reflexos importantes no âmbito da eficácia e efetividade”<sup>142</sup>.

Desta feita, como direito negativo ou direito de defesa, o direito à saúde resguarda a saúde, tanto individual quanto pública, contra ingerências indevidas por parte quer do estado ou dos particulares. Basta imaginar a ação do estado de não tomar medidas no sentido de

<sup>138</sup> FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas Notas Sobre a eficácia E Efetividade Do Direito Fundamental à Saúde No Contexto Constitucional Brasileiro. **Boletim do Instituto de Saúde**, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 220-226, dez. 2010.

<sup>139</sup> ALEXY, Robert. **Teoría de los derechos fundamentales**. 2. ed. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2007. p. 186-187.

<sup>140</sup> A reconhecida multifuncionalidade dos direitos fundamentais não é dado absolutamente novo, contudo. Como aponta Ingo Sarlet, esta reflexão pode mesmo ser reconduzida ao pensamento de Jellinek e sua teoria dos quatro status. SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

<sup>141</sup> ALEXY, Robert. **Teoría de los derechos fundamentales**. 2. ed. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2007. 2007.

<sup>142</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Direito e Democracia**, Canoas, v. 3, n. 1, p. 333-104, 2002.

proibir indivíduos que ainda desejam utilizar máscaras para proteção facial. Já na condição de direito a prestações ou direitos positivos, o direito à saúde impõe deveres de proteção da saúde pessoal e pública, assim como deveres de cunho organizatório e procedimental.

É dizer, quando o direito à saúde corresponde a prestações em sentido amplo, impõe que sejam adotadas medidas protetivas (direitos de proteção) e que sejam instituídos procedimentos e organizações aptos à tutela do cidadão (direitos à participação na organização e no procedimento).

Ou seja, o direito à saúde desdobra-se, num primeiro olhar, tanto na necessidade de o Estado estruturar mecanismos que protejam a esfera individual e coletiva dos cidadãos, como a vigilância epidemiológica, por exemplo, quanto em um direito da sociedade à sua organização e implementação, a partir da existência de instituições, serviços e participação social. Para Ingo Sarlet, “os direitos fundamentais são, ao mesmo tempo e de certa forma, dependentes de organização e do procedimento, mas simultaneamente também atuam sobre o direito procedimental e as estruturas organizacionais”<sup>143</sup>. O SUS apresenta-se, nesse contexto, como um sistema organizado para pôr em prática procedimentos e ações estatais<sup>144</sup> que tenham o desígnio de preservar, recuperar e promover a saúde e, por consequência, a vida humana, uma vez que “o direito à saúde é direito à vida, pois a inexistência de um leva, inevitavelmente, ao fim da outra”<sup>145</sup>.

Mas além disso é possível falar de uma abordagem da saúde sob a ótica do controle social no estado democrático de direito, que conjuga elementos de representação política e de participação direta dos cidadãos nos assuntos do Estado. Inclusive, o SUS foi inserido na Constituição Federal de 1988 com o propósito de ampliar a democracia para além do regime meramente representativo, legitimando espaços de participação e controle da sociedade sobre os atos do governo<sup>146</sup>. A existência dessa série de deveres relacionados à proteção da saúde,

<sup>143</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. Os Direitos Fundamentais, sua dimensão organizatória e procedimental e o direito a saúde: algumas aproximações. **Revista de Processo**, São Paulo, v. 34, n. 175, p. 9-33, set. 2009. p. 21.

<sup>144</sup> Trata-se de direito do cidadão “obter do Estado prestações positivas, as quais, pela importância que detém, ultrapassam o campo da discricionariedade administrativa para uma inafastável vinculação de índole e força constitucionais, de modo que as pautas de atuação governamental estabelecidas no próprio seio da Lei de Outubro, jamais poderão ser relegadas a conceitos de oportunidade ou conveniência do agente público, eis que não podem transformar-se em mero jogo de palavras, pois, como visto, são indispensáveis à manutenção do “status” de dignidade da pessoa humana”. BAHIA, Cláudio Jose Amaral; ABUJAMRA, Ana Carolina Peduti. A Justiciabilidade do direito fundamental à saúde: Concretização do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, v. 99, n. 892, p. 37-85, fev. 2010. p. 57-58.

<sup>145</sup> PARANHOS, Vinícius Lucas. Efetividade dos provimentos judiciais na garantia do direito à saúde: Estudo sobre as decisões inaudita altera parte no fornecimento gratuito de medicamentos pelo Estado. **Meritum**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, 2007.

<sup>146</sup> A dimensão objetiva do direito à saúde, além de sua função de proteção e sua eficácia (direta ou indireta, a depender do caso) entre particulares, densifica-se de modo especial com o Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo sido estabelecido e regulamentado pela própria Constituição de 1988, que estipulou os princípios pelos

que se dá tanto por meio da legislação, quanto por meio de atos executivos, é uma faceta do direito à saúde.

Mas o direito à saúde também se desdobra em direitos a prestações em sentido estrito, que se caracterizam pelas mais diversas atuações positivas do Estado, de natureza fática, as quais consubstanciam a exigibilidade, notadamente judicial, de prestações materiais vinculadas ao direito à saúde, tais como a realização de procedimentos cirúrgicos, a obtenção de um leito de alta complexidade, a construção de hospitais ou a aquisição de medicamentos especiais<sup>147</sup>.

Ou seja, o direito à saúde tem dupla face: uma, a da preservação da saúde, que tem como contrapartida as políticas que visam à redução do risco de doença, portanto, uma prevenção genérica, não individualizável, da doença. Mas a também a face da proteção e recuperação da saúde, verdadeiro direito individual à prevenção da doença e seu tratamento, traduzindo-se no acesso aos serviços e ações destinados à recuperação do doente.

Resta evidente a complexidade da construção normativa após a afirmação constitucional da saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Ora, o sistema de saúde brasileiro foi criado pela Constituição Federal de 1988 com o fim de garantir meios adequados de saúde para todos os brasileiros.

O SUS, idealizado sobre os princípios de universalidade, integralidade e equidade é considerado um dos maiores sistemas de saúde do mundo. Esse sistema atende todo o território nacional, em praticamente todas as demandas necessárias da pessoa humana. Foi uma mudança sem precedentes, saindo de um sistema sanitário que atendia a poucos, para um que teve como meta atender a todos.

Como restou claro, as políticas sociais se estruturam em diferentes formatos ao redor do mundo. A depender do modelo de proteção social, o acesso à saúde pode ser uma medida de caridade, um benefício adquirido mediante pagamento prévio, ou o usufruto de um direito de cidadania. Ainda que no Brasil convivam esses três modelos, na tipologia ideal de Titmuss, temos um sistema público que é predominantemente de prevelância estatal, onde o estado assume papel prevalente.

A saúde, portanto, está inserida na seguridade social, e faz parte de um conjunto de políticas públicas que possuem como referência histórica o Plano Beveridge, de 1942, na

---

quais se estrutura e os objetivos a que deve atender, além de consistir reivindicação central do Movimento de Reforma Sanitária, o SUS pode ser considerado uma garantia institucional fundamental. SARLET, Ingo; FIGUEIREDO, Mariana. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas. **Temas aprofundados da Defensoria Pública**. Bahia: Juspodvim, 2014, pág. 121.

<sup>147</sup> RAMOS, Marcelene Carvalho da Silva. O direito fundamental à saúde na perspectiva da Constituição Federal. **A&C-Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, [s. l.], v. 5, n. 22, p. 147-165, 2007.



Inglaterra, onde se estabeleceu, pela primeira vez, um novo modelo de ordem social baseado na condição de cidadania, segundo a qual os indivíduos passam a ter seus direitos sociais assegurados pelo Estado<sup>148</sup>.

É nesse contexto que se passa à interpretação da estrutura federativa do SUS, considerando as incongruências enfrentadas pelas deficiências características de uma nação marcada por desigualdades regionais e sociais, que refletem de maneira contundente no sistema de proteção à saúde traçado pela Constituição Federal de 1988. Temos um histórico de um sistema federativo de caráter centralizador, mas o surgimento de uma política de saúde da Constituição de 1988 vigorosamente descentralizadora. Debater se o efeito combinado destas tendências tem ou não cumprido adequadamente as suas funções redistributivas é o que nos propomos a seguir.

---

<sup>148</sup> FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**, Rio de Janeiro, v. 2, 2014.

## 2 O FEDERALISMO E SEU IMPACTO NO DIREITO À SAÚDE: OS IMPASSES NA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

Como destacado no capítulo anterior, as políticas de proteção social devem ser encaradas como uma resposta ao processo de desenvolvimento das sociedades capitalistas industrializadas e suas consequências. De modo geral, permitiram o desenvolvimento de amplos sistemas de provisão de bens e serviços educação, assistência e, sobretudo, saúde, objeto de análise do presente trabalho.

Mas também é importante notar que esses mesmos sistemas de proteção social introduziram arranjos mais ou menos igualitários a depender da estrutura e da dinâmica social de cada sociedade. Cada realidade histórica específica desenvolveu um tipo de sistema.

Ainda assim, tentamos estabelecer três tipos ideais de sistemas de proteção social, com fundamento em Richard Titmuss<sup>149</sup>, a permitir a compreensão dessas realidades tão díspares. A depender da relação de maior ou menor peso do Estado, da sociedade ou do mercado, nasce um modelo de proteção social peculiar a cada sociedade. Assim, podemos falar de sistemas de dominância de mercado, de seguros sociais ou de dominância estatal, cada um com sua dinâmica.

Todavia, como destacado, mesmo países com sistemas que podem ser enquadrados numa mesma categoria possuem realidades concretas muitas vezes diversas. Como bom exemplo podemos citar quatro países do Sul da Europa – Itália, Grécia, Espanha e Portugal — que instituíram, entre os anos 70 e 80 do Século XX<sup>150</sup>, serviços de saúde nacionais universais, inspirados num modelo beveridgiano, tal como o Brasil, mas com transições completamente diferentes e com níveis variáveis de cobertura em cada nação<sup>151</sup>.

Em tais países, tal como no Brasil, tivemos a transição de sistemas de saúde, baseados em seguros, para serviços nacionais de saúde. Em verdade, a transição de um sistema de proteção social dualista — caracterizados por prestações muito generosas para as categorias centrais do mercado, como empregados públicos e trabalhadores das grandes indústrias, e modestos esquemas de proteção para as categorias consideradas periféricas, como trabalhadores precários, autônomos e empregados de pequenas empresas — para sistemas

<sup>149</sup> TITMUSS, Richard Morris. *Essays on 'the Welfare State'*. Surrey: Unwin Brothers, 1963.

<sup>150</sup> FERRERA, Maurizio. The 'southern model' of welfare in social Europe. *Journal of European Social Policy*, [s. l.], v. 6, p. 17-37, 1996.

<sup>151</sup> SERAPIONI, Mauro. Crise econômica e desigualdades nos sistemas de saúde dos países do Sul da Europa. *Cadernos de Saúde Pública*, [s. l.], v. 33, n. 9, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170116>. Acesso em: 21 maio 2022.

que se propuseram acolher a todos<sup>152</sup>. No lugar da narrada duplicidade institucional, a saúde passa a ser encarada como um direito universal.

Ou seja, como destacamos, a política de saúde se encontra nessa interface entre Estado, sociedade e mercado e entender tal dinâmica é essencial para compreender como o direito à saúde se positiva em cada lugar. A predominância do estado, do mercado ou da sociedade dirá o modo de se encarar a realização do direito à saúde previsto em cada Constituição. E a política pública de saúde universalizada e não-contributiva adotada pelo Brasil, considerando os modelos acima, caracteriza-se pela garantia do direito de todos os indivíduos de terem acesso aos serviços públicos prestados pelo Estado.

É que a Constituição Federal de 1988 incluiu a saúde como parte da seguridade social, avançando em relação às formulações legais anteriores, consagrando o modelo de seguridade social — não mais a mera assistência ou mesmo um seguro social — como 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<sup>153</sup>.

Esse novo padrão constitucional sanitário caracteriza-se exatamente pela universalidade na cobertura, pela afirmação do dever do Estado na sua concretização, mas também por um arranjo organizacional descentralizado, o que aqui gostaríamos de destacar.

Como é sabido, uma particularidade da estrutura federativa brasileira é a existência de três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. Essa situação é consagrada pela atual Constituição, que alçou definitivamente os municípios à condição de entes federados. A organização institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) reproduz tal disposição tríplice e legitima a autonomia dos três níveis de governo na gestão de ações e serviços de saúde em seus territórios<sup>154</sup>.

Os serviços de saúde postos à disposição da comunidade no Brasil devem formar, portanto, nos termos da Constituição, uma ampla rede pública de serviços descentralizada, regionalizada e hierarquizada para o atendimento de todos os segmentos sociais em todos os níveis de complexidade.

Ou seja, houve uma opção do constituinte pela descentralização dos serviços de saúde,

---

<sup>152</sup> PETMESIDOU, Maria; PAVOLINI, Emmanuele; GUILLÉN, Ana M. South European Healthcare Systems under Harsh Austerity: A Progress–Regression Mix?. *South European Society and Politics*, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 331-352, 2014.

<sup>153</sup> SILVA, Beatrice Maria Pedroso da. **O sistema único de saúde: o descompasso entre a realidade normativa e a realidade fática**. 2007. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007. p. 42.

<sup>154</sup> DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, [s. l.], v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100023>. Acesso em: 22 maio 2022.

de modo que a responsabilidades por sua execução caberia aos governos estaduais e municipais, e não mais ao governo central. Uma cooperação coordenada entre os entes deveria ser o pressuposto desse modelo de federação<sup>155</sup>.

Todavia, a existência de desigualdades geográficas no acesso aos serviços de saúde, bem como a existência de diferentes condições demográficas, epidemiológicas, de desenvolvimento político, econômico e social no Brasil provocam problemas, dificuldades e prioridades distintas em cada localidade. O direito à saúde tem implementação dotada de grande complexidade.

O presente capítulo objetiva, então, examinar as implicações dessa estrutura federativa brasileira no processo de concretização do direito à saúde, concentrando-se na dinâmica política atual do federalismo sanitário brasileiro.

Assim, para a compreensão do problema proposto na presente pesquisa, dependemos da discussão inicial quanto a questões basilares atinentes ao federalismo, bem como a relação entre o modelo adotado no Brasil e as políticas públicas sanitárias por aqui executadas.

### 3.1 Federalismo: origem e concepção

É difícil admitir uma conceituação única pra definir o federalismo, de modo a englobar todos as nuances das nações que o adotam<sup>156</sup>. Mas a advertência de Hesse<sup>157</sup>, no sentido de que a falta de uma perspectiva sobre o problema da formação do federalismo sempre cria o risco de nos fundamentarmos em ilusões quando se trata de matéria fundamental para a existência dos estados, deixa bem claro que o estudioso não pode se furtar a essa tarefa. Ou seja, a imprecisão conceitual não pode nos impedir de tentar delimitar uma concepção básica do que seja esse arranjo político-institucional de boa parte dos países do mundo.

Vale dizer que vinte e oito países, que abrigam mais de 40% da população mundial, se autoproclamam federativos ou são assim considerados. Praticamente todas as democracias de

<sup>155</sup> LEBRÃO, Roberto Mercado. **Federalismo e políticas públicas sociais na Constituição de 1988**. 2010. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) - Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

<sup>156</sup> “Não há, até o momento, um acordo suficiente sobre quais seriam os traços definidores de uma federação, pois a variedade de arranjos adotados pelos chamados estados federados resiste a uma única definição. As teorias, apesar de concordarem sobre alguns de seus traços característicos básicos, acabam enfatizando aspectos diferentes do fenômeno e, portanto, fornecem a mesma denominação para casos significativamente diferenciados. Como exemplo do grau de dificuldade envolvido nessa definição conceitual, Stewart listou 419 concepções diferentes para o termo”. ROCHA, C. A. V. Federalismo: Dilemas de Uma Definição Conceitual. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 323-338, 16 set. 2011.

<sup>157</sup> HESSE, Konrad. El Estado Federal Unitário. **IOB Direito Público**, Porto Alegre, v. 9, n. 50, p. 9-36, mar./abr. 2013.

grande extensão territorial ou muito populosas são federações<sup>158</sup>. Mas de um modo geral elas diferem bastante quanto à composição social, econômica e institucional. Países grandes e pequenos, ricos e pobres, democracias ou regimes autoritários. Federações muito centralizadas e outras tantas com grande poder aos entes subnacionais. A diversidade é a marca desses estados<sup>159</sup>.

O federalismo aqui deve ser entendido como uma forma de engenharia institucional. É uma das principais formas de organização territorial do poder político no mundo atual. Seja na doutrina jurídica<sup>160</sup>, seja na ciência política<sup>161</sup>, encontramos, via de regra, junto com o federalismo a forma confederativa e a forma unitária. O fundamental traço de diferenciação entre elas diz respeito, assim, à maior ou menor centralização de poder político territorial.

De maneira didática, se estivéssemos diante de um gráfico que numa extremidade contém a centralização e em outra a descentralização, colocaríamos a forma unitária ao lado da primeira e a confederativa ao lado da última, de modo que a forma federalista se estabelecesse ao meio. Em síntese, o Estado unitário tem como principal característica o poder centralizador da União, colocando os demais entes subnacionais em posição hierárquica de subordinação. Já a confederação concede extensa descentralização de poder às unidades territoriais da confederação obstaculizando, entretanto, o poder central de impor decisões gerais às unidades autônomas.

O federalismo, por sua vez, pressupõe uma forma de Estado na qual o governo está dividido entre comandos regionais e comando central, havendo, portanto, dupla — ou tripla, como no caso do Brasil — autonomia territorial<sup>162</sup>. Cada um possui autoridade em sua área de atuação. Tanto os governos regionais quanto o governo central possuem comando sobre o mesmo território e a mesma população, mas cada um tem autoridade para tomar suas decisões

<sup>158</sup> STEPAN, Alfred. Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder do Demos. **Dados**, [s. l.], v. 42, n. 2, p. 197-251, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0011-52581999000200001>. Acesso em: 10 ago. 2022.

<sup>159</sup> ANDERSON, George. **Federalismo**: uma introdução. Rio de Janeiro: FGV, 2009. p. 15.

<sup>160</sup> HORTA, Raul. Organização Constitucional do Federalismo. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 22, n. 87, p. 5-22, jul./set. 1985. Bem como BARACHO, José Alfredo de Oliveira. **Teoria geral do federalismo**. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

<sup>161</sup> TAVARES, Ana Lúcia de Lyra. O Estado Federal: delineamentos. **Revista de Ciências Políticas**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 1979. Ver também BURGESS, Michael. Federalism and federation: a reappraisal. In: BURGESS, Michael; GAGNON, Alain (org.). **Comparative federalism and federation**. Londres: Harvester; Wheatsheaf, 1993.

<sup>162</sup> “Embora o federalismo seja considerado pelo Direito Constitucional como uma *forma de Estado* oposta ao Estado Unitário, constata-se que é muito mais que um sistema de partilha de poder e de organização, independente do rótulo que se lhe aplica de “federal”. Existem muitos Estados Unitários nos quais a descentralização é mais acentuada que em outros declaradamente Federativos”. SCAFF, F. F.; ROCHA, F. S. S. Princípios, elementos e conceito do Estado Federal. In: RAMOS, D. T. (coord.). **O federalista atual**: teoria do Federalismo. Belo Horizonte: Arraes, 2013. p. 67.

independentemente do outro<sup>163</sup>. Tal autoridade é derivada do voto popular direto e de recursos próprios para o exercício do poder<sup>164</sup>.

O federalismo, portanto, consiste em organizar o poder político em âmbito nacional através da partilha das decisões entre esferas de regência territorial autônomas, uma nacional central e o outra — ou outras — subnacional descentralizada<sup>165</sup>.

Segundo Raul Machado Horta<sup>166</sup>, de maneira mais esquemática, são elementos essenciais de um regime que se pretende federativo: a) indissolubilidade do vínculo federativo; b) pluralidade dos entes constitutivos; c) soberania da União; d) autonomia constitucional e federativa dos Estados; e) repartição constitucional das competências; f) intervenção federal nos Estados; g) iniciativa dos poderes estaduais para propor alteração na Constituição Federal; h) poder judiciário estadual distinto em sua organização e competência do poder judiciário federal; i) competência tributária da União e dos Estados, observada a particularização dos tributos de cada um deles.

Para Horta, tais características podem não ser encontradas, no seu conjunto, na totalidade das formas reais de Estado Federal, mas aí estaríamos diante de experiências federais ditas “incompletas”.

Nesse contexto, a despeito da didática preocupação do professor Horta, o essencial é podemos entender o federalismo como um pacto estabelecido entre duas forças, quais sejam a centrífuga e a centrípeta, na organização da divisão do poder político. A primeira força salvaguarda a autonomia dos entes subnacionais e afasta a submissão a qualquer tipo de governo central. A última, em contrapartida, advoga em prol da unidade política nacional.

Em resumo, um arranjo federal é uma parceria, estabelecida e regulada por um pacto, que estabelece a divisão de poderes entre os parceiros ao tempo que reconhecem entre si sua integridade e denotam um esforço comum para pugnar por sua unidade.

Não raro, aliás, utiliza-se a própria etimologia da palavra federalismo, que deriva do latim *foedus*, e cujo significado primeiro é acordo, aliança, consenso, pacto, para definir o que venha a ser federalismo. Ou seja, essa categoria significa uma aliança apta a estabelecer um

---

<sup>163</sup> ARRETCHE, Marta. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, set. 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-73302002008000003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302002008000003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 4 abr. 2022.

<sup>164</sup> ECHEVERRIA, Andrea de Quadros Dantas; RIBEIRO, Gustavo Ferreira. O Supremo Tribunal Federal como árbitro ou jogador? As crises fiscais dos estados brasileiros e o jogo do resgate. **Revista Estudos Institucionais**, [s. l.], v. 4, p. 642-671, 2018.

<sup>165</sup> DIAS, Eduardo Rocha; GONÇALVES, Ana Cristina Viana Loureiro. O papel das normas de repetição obrigatória na autonomia estadual. **Revista Acadêmica Escola Superior do Ministério Público do Ceará**, v. 9, n. 2, p. 85-106, 2017.

<sup>166</sup> HORTA, Raul Machado. **Direito Constitucional**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 1999. p. 480.

compartilhamento da soberania territorial, dividindo funções e poderes entre os diversos níveis de governo<sup>167</sup>.

Embora alguns estudos apontem a ocorrência de laços com ideais federativos, por assim dizer, desde a Idade Antiga e Média<sup>168</sup>, aqui compreende-se a origem do federalismo a partir do século XVIII, com o marco da Constituição dos Estados Unidos<sup>169</sup>. Diante da necessidade de um pacto constitucional para estabelecer um Estado nacional com a unificação das treze colônias inglesas independentes, garantindo sua autonomia política do outro lado do Atlântico, é que se deve compreender o atual fenômeno do federalismo.

Note-se que as primeiras experiências federativas do mundo moderno tinham como objetivo primeiro o aumento da capacidade de defesa militar e a melhora das condições de concorrência econômica. O pacto das colônias norte-americanas no final do século XVIII ou o contrato das comunidades francesas no Canadá no século XIX são firmados para fortalecer a defesa desses espaços contra a dominação da Inglaterra e permitir condições para o crescimento econômico das novas nações<sup>170</sup>.

Aqui vale lembrar que as 13 colônias fundadas pela Inglaterra se uniram e declararam sua independência em 1776. Cada colônia era um novo Estado soberano, com plena liberdade e independência. Para se proteger das ameaças da Inglaterra, foi firmado um pacto confederativo, mas era garantido a qualquer colônia o direito de secessão<sup>171</sup>.

Em 1781, a fim de conduzir a guerra contra a Inglaterra, surge a figura da União. Mas se os Artigos da Confederação davam ao governo central o poder de declarar guerra e de manejar seu próprio departamento de relações internacionais, o poder de coletar impostos, regular o comércio ou direcionar o governo era ainda atributo de cada estado.

O artigo II do referido tratado deixava claro que “cada Estado conserva sua soberania, liberdade e independência, assim como todo seu poder, jurisdição e direito não delegados expressamente por esta Confederação aos Estados Unidos quando atuem por meio de seu

---

<sup>167</sup> ABRUCIO, Fernando Luiz. Federalismo e Políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: LEVY, Evelyn; MEDEIROS, Paulo César (org.). **Construindo uma Nova Gestão Pública**. Natal: SEARHH, 2010. v. 1. p. 29.

<sup>168</sup> BONAVIDES, Paulo. O caminho para um federalismo das regiões. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 17, n. 65, p. 115-126, jan./mar. 1980 ou ainda RAMMÊ, Rogério Santos. O federalismo em perspectiva comparada: contribuições para uma adequada compreensão do federalismo brasileiro. **Revista Eletrônica Direito e Política**, Itajaí, v. 10, n. 4, 2015.

<sup>169</sup> “Perdura uma aceitação tranquila entre os estudiosos de que o federalismo nasceu nos Estados Unidos da América, e experimentou na Constituição de 1787 o seu primeiro marco legal. Antes disso, porém, já se iniciava a sua construção.” FABRIZ, Daury Cesar. Federalismo, Municipalismo e Direitos Humanos. **Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais**, Espírito Santo, v. 77, n. 4, p. 76-95, 2010.

<sup>170</sup> ROCHA, C. A. V. Federalismo: Dilemas de Uma Definição Conceitual. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 11, n. 2, p. 323-338, 16 set. 2011.

<sup>171</sup> PEREIRA, Fabio Franco. **A federação no constitucionalismo brasileiro**. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

Congresso”.

Mas a instabilidade política, econômica e social exigiu a criação de um novo sistema de Governo, de sorte que em 1787, foi criado um sistema federal no qual os poderes e responsabilidades eram distribuídos entre os governos estaduais e nacional, constituindo-se, assim, o federalismo norte-americano<sup>172</sup>. O regime jurídico confederativo evoluiu, portanto, para o de um vínculo mais sólido entre os Estados-membros, que passariam a ser regidos em sua atuação por uma autêntica Constituição.

Historicamente, contudo, o federalismo não aconteceu de uma só maneira, pelo contrário, concretizou-se dos mais diversos modos: em alguns países, ocorreu por agregação, quando unidades autônomas e soberanas abriram mão de parte de sua soberania em prol de um governo central, como no caso dos Estados Unidos; já em outros locais aconteceu por segregação, à medida que o Estado unitário, como no Brasil, se dividiu a fim de propiciar a formação de estados-membros.

De toda sorte, o traço comum entre as nações federalistas, como já dito, é a existência de diversos modelos de organização constitucional. Podemos falar de federalismo simétrico e assimétrico, quando a Constituição atribui ou deixa de atribuir, respectivamente, o mesmo grau de poderes, encargos e competências aos estados-membros. O federalismo também pode ser centrípeto, quando se opta pelo fortalecimento do poder central em detrimento do poder local, ou centrífugo, quando o oposto ocorre<sup>173</sup>. Aqui iremos destacar duas categorias, a do federalismo dual e cooperativo, essenciais para a compreensão de como acontece o mecanismo do federalismo sanitário no país.

### 3.1.1 Federalismo dual: o bolo de camadas

O Federalismo dual também chamado de clássico, é caracterizado por uma rígida separação de competências entre a União Federal e os demais entes federados. Há uma repartição de competências realizada de maneira horizontal, de maneira que não é possível vislumbrar hierarquia entre a União e os estados-membros, como lembra Kincaid<sup>174</sup>.

<sup>172</sup> GUIMARÃES, Maria Elizabeth; ROCHA, Teixeira; BASTOS, Romeu Costa Ribeiro. Da Confederação à Federação. A Trajetória da Fundação dos Estados Unidos da América. In: RAMOS, Dircêo Torrecillas (coord.). **O federalista** atual: teoria do federalismo. Belo Horizonte: Arraes, 2013.

<sup>173</sup> RAMMÊ, Rogério Santos. O federalismo em perspectiva comparada: contribuições para uma adequada compreensão do federalismo brasileiro. **Revista Eletrônica Direito e Política**, Itajaí, v. 10, n. 4, 2015.

<sup>174</sup> KINCAID, John. The eclipse of dual federalism by one-way cooperative federalism. **Arizona State Law Journal**, Arizona, 2017. Disponível em: <http://arizonastatelawjournal.org/2017/11/14/the-eclipse-of-dual-federalism-by-one-way-cooperative-federalism/>. Acesso em: 17 set. 2022.



Os Estados Unidos são sempre lembrados como maiores exemplos desse modelo de federalismo, adotado logo após a Convenção de Filadélfia de 1787. Ali havia uma repartição de competências rígidas e exclusivas. Ao Governo Central caberia o exercício de competências relacionadas à preservação da defesa e da paz pública, bem como o tratamento das relações e do comércio internacional<sup>175</sup>. Aos estados-membros caberia a fórmula até hoje preservada da competência residual: tudo aquilo que não fora expressamente atribuído à União pela Constituição seria de atribuição dos estados<sup>176</sup>.

Ou seja, havia sido definida na Constituição uma estrutura de repartição de competências rígidas e exclusivas entre o governo central, simbolizado pela União, e os Estados. Os eventuais conflitos de competência deveriam ser dirimidos pela Suprema Corte<sup>177</sup>. Sob a doutrina do federalismo dual, a Suprema Corte dos EUA tratou os governos federal e estadual praticamente como “soberanos separados”, cada um proeminente em seus próprios campos, mas sem autoridade nos outros<sup>178</sup>.

Corwin<sup>179</sup>, em clássico texto, fala em quatro características do federalismo dual: afirma que governo nacional possui os poderes enumerados apenas; que os fins que o governo nacional pode promover constitucionalmente são poucos; que dentro de suas respectivas esferas, os dois centros de governo são soberanos e, portanto, iguais; e que a relação entre os dois centros é antes de tensão que de colaboração.

Esta forma de organização tão rígida — também conhecida como federalismo “layer cake”, ou federalismo “bolo de camadas”, a acentuar a divisão de competências, com delineamento claro de autoridade e programas entre os níveis de governo, onde os poderes da União e do estados locais não podem ser exercidos fora de suas áreas — encontrava inspiração no pensamento liberal da época e no próprio receio da intervenção

<sup>175</sup> GUIMARÃES, Maria Elizabeth; ROCHA, Teixeira; BASTOS, Romeu Costa Ribeiro. Da Confederação à Federação. A Trajetória da Fundação dos Estados Unidos da América. In: RAMOS, Dircêo Torrecillas (coord.). **O federalista atual: teoria do federalismo**. Belo Horizonte: Arraes, 2013.

<sup>176</sup> “Dual federalism in the United States can be taken to mean a system of divided sovereignty whereby the federal government exercises delegated powers independently of the states and state governments exercise reserved powers independently of the federal government”. KINCAID, John. The eclipse of dual federalism by one-way cooperative federalism. **Arizona State Law Journal**, Arizona, 2017. Disponível em: <http://arizonastatelawjournal.org/2017/11/14/the-eclipse-of-dual-federalism-by-one-way-cooperative-federalism/>. Acesso em: 17 set. 2022.

<sup>177</sup> BERCOVICI, Gilberto. **Dilemas do estado federal brasileiro**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004. p. 13.

<sup>178</sup> BERNARDES, Wilba Lúcia Maia. O Federalismo Dualista e Competitivo: A Concepcao Norte-Americana e suas Possiveis Influencias no Modelo Basileiro. **Revista Brasileira Estudos Políticos**, [s. L.], v. 98, p. 159, 2008.

<sup>179</sup> CORWIN, Edward S. The passing of dual federalism. **Virginia Law Review**, [s. L.], v. 36, n. 1, Feb. 1950.

governamental<sup>180</sup>.

Ora, havia uma visão pragmática dos pais fundadores dos Estados Unidos: era necessário deixar a forma confederativa de Estado, a fim de fortalecer uma união que lhes permitisse repelir invasões estrangeiras, de um lado, assegurar integridade territorial, de outro, mas, sobretudo, possibilitar sua plena autossuficiência financeira. Tudo que as ex-colônias queriam evitar era a regulação e a intervenção estatal, notadamente da União, na economia.

A Constituição brasileira de 1891, que inaugura a forma federativa de Estado no Brasil tem nítida influência do Documento de 1787 dos Estados Unidos. De lá copiamos o presidencialismo, a república, o controle difuso de constitucionalidade, bem como esse modelo de federação dual<sup>181</sup>. Todavia, as transformações políticas, econômicas e sociais do início do Século XX fariam esse modelo ser revisto.

### 3.1.2 Federalismo cooperativo: do bolo de mármore à polifonia

Em contraposição ao “bolo em camadas”, desenvolveu-se outro modelo de federalismo que sustentava que os governos locais e nacional não deveriam atuar em esferas separadas, mas a partir de objetivos políticos e deveres administrativos inter-relacionados. Dando continuidade a metáforas de padaria, resolveu-se alcunhar tal sistema de federalismo “bolo de mármore (marble cake)”<sup>182</sup>.

Em vez de um bolo de duas ou três camadas justapostas, a relação entre os diferentes níveis de governo seria mais parecida com um “bolo mármore”, com redemoinhos a

<sup>180</sup> “Esta separação absoluta de competências do federalismo clássico (denominado federalismo dualista) é justificada no contexto de um Estado liberal, em que a atuação estatal era relativamente reduzida. A separação total por causa da pouca extensão e relativa simplicidade da intervenção do Estado. Para boa parte da doutrina norte-americana, o federalismo dualista era um complemento necessário ao Estado Liberal e ao *laissez-faire* econômico, evitando uma maior regulação e intervenção estatal (especialmente da parte da União) na economia”. BERCOVICI, Gilberto. **Dilemas do estado federal brasileiro**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004. p. 15.

<sup>181</sup> BERNARDES, Wilba Lúcia Maia. O Federalismo Dualista e Competitivo: A Concepção Norte-Americana e suas Possíveis Influências no Modelo Brasileiro. **Revista Brasileira Estudos Políticos**, [s. l.], v. 98, p. 163, 2008.

<sup>182</sup> “O conceito de federalismo cooperativo desenvolvido a partir do caso norte-americano ficou bastante conhecido pela metáfora do *marble cake*. Ou seja, a ideia de que o cidadão americano, ao observar o governo em ação, não conseguiria distinguir exatamente a função de cada esfera de governo, dado o grau de imbricamento que ocorre na produção de políticas públicas. Sua visão seria a de um bolo mármore – porque não se sabe ao certo onde começa uma cor e termina outra - diferentemente da imagem do bolo de fases - claramente dividido em dois blocos identificáveis”. FRANZESE, Cibele. **Federalismo cooperativo no Brasil: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas**. 2010. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8219/72060100752.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 17 set. 2022.

atravessar os mais diversos níveis, tornando mais difícil a distinção entre as camadas. As funções não estão tão bem repartidas entre os muitos governos. A característica fundamental do modelo é serem as funções compartilhadas entre os entes<sup>183</sup>, como lembra Kincaid, de modo ser difícil encontrar atividade governamental que não envolva a colaboração entre todos os níveis do sistema federal. Ou seja, a metáfora do “bolo mármore” sugere que os governos nacional e local são altamente entrelaçados e interdependentes.

Esse federalismo, chamado de cooperativo, em contraposição ao modelo dual, tem como característica esse exercício de competências ou atribuições de modo comum ou concorrente. Identifica-se que determinadas funções públicas, a exemplo da política de saúde, não podem ser de competência exclusiva ou hegemônica de algum dos entes federados por implicarem interdependência e interesses comuns. Estabelece-se nela uma aproximação cooperativa entre os entes federados, que juntos devem buscar a realização dos objetivos estatais<sup>184</sup>.

Mas gostaríamos ainda de ressaltar a observação de Schapiro<sup>185</sup>, para quem as metáforas dos bolos em camadas e mármore são insuficientes para demonstrar o que representa o federalismo e essa transição entre os modelos.

Para ele, as metáforas do federalismo tendem a ser espaciais, e por isso são inadequadas, uma vez que o poder existe um ao lado do outro. Mas eles são adjacentes, não são coincidentes. É difícil, portanto, imaginar dois itens ocupando o mesmo espaço, sem deslocar um ao outro ou combinar em um único novo, todo unificado. Por isso ele encara a federação como uma “polifonia”<sup>186</sup>, como uma multiplicidade de diferentes sons reproduzidos em harmonia de ritmo.

Ora, o som pode combinar-se em novas melodias, sem perder seu caráter individual. Diferentes sons podem ser simultaneamente combinados no mesmo espaço sem suprimir suas partes componentes. Ao contrário das cores visuais, os tons musicais podem ser combinados

<sup>183</sup> KINCAID, John. The eclipse of dual federalism by one-way cooperative federalism. **Arizona State Law Journal**, Arizona, 2017. Disponível em: <http://arizonastatelawjournal.org/2017/11/14/the-eclipse-of-dual-federalism-by-one-way-cooperative-federalism/>. Acesso em: 17 set. 2022.

<sup>184</sup> DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100023>. Acesso em: 22 maio 2022.

<sup>185</sup> SCHAPIRO, Robert A. Toward a theory of interactive federalism. **Public Law & Legal Theory Research Paper Series**, [s. l.], p. 16. Disponível em: <http://papers.ssrn.com/abstract=734644>. Acesso em: 17 set. 2022.

<sup>186</sup> “Polyphony thus highlights the key features of federalism. It shifts the focus away from dualism’s concern with protecting state or federal turf. Instead, federalism is about the interaction of multiple independent voices. These characteristics allow a polyphonic conception to avoid the trap of dualism, while still reaping the benefits of federalism”. SCHAPIRO, Robert A. Toward a theory of interactive federalism. **Public Law & Legal Theory Research Paper Series**, [s. l.], p. 16. Disponível em: <http://papers.ssrn.com/abstract=734644>. Acesso em: 17 set. 2022.

sem perder sua individualidade. O que daí deriva é um acorde, algo completamente novo, que possui seu próprio som, mas no qual os tons individuais também são distintos e identificáveis. Não é propriamente uma mistura, mas algo de uma ordem diferente. A observação parece-nos completamente pertinente.

Mas esse modelo polifônico deve ser entendido dentro contexto em que o clássico sistema de federalismo dual norte-americano saía de cena. No início do século XX, especialmente após o fim da Primeira Guerra Mundial e da crise de 1929, verificou-se uma profunda modificação nos panoramas da política e da economia. Surgia a figura de um novo modelo de Estado, mais presente e intervencionista.

O reflexo deste fenômeno nos regimes federativos da época traduziu-se na ampliação dos poderes e competências da União<sup>187</sup>. Nos Estados Unidos, a partir da implantação da política do *New Deal*, podemos notar o surgimento desse federalismo cooperativo, a exigir uma maior coordenação da União com as entidades federadas.

As medidas iam desde a intervenção federal no domínio econômico, especialmente por meio de regulamentação das atividades industriais e comerciais, até mesmo ao aumento maciço de concessões de transferências de recursos e subvenções condicionadas aos Estados<sup>188</sup>. Sobretudo a partir da Grande Depressão de 1930, o governo central exerceu uma intervenção massiva na economia, mediante programas de bem-estar e de apoio à agricultura.

O modelo dual ou clássico, portanto, teve sua rigidez flexibilizada, de sorte que a repartição de competências se dava não apenas de maneira horizontal, mas também verticalmente, a partir do critério da preponderância do interesse.

Na repartição horizontal de competências, não existe concorrência, uma vez que a divisão é realizada de maneira exaustiva a cada um dos entes federados, sendo impossível que estes exerçam determinada competência em conjunto. Na repartição vertical, a mesma matéria pode ser de responsabilidade de diferentes entes federativos. Sendo a União predominante para tratar dos regramentos gerais e os Estados-membros devendo atuar de modo suplementar, levando em consideração os interesses e peculiaridades locais.

Com a incapacidade de os Estados-membros darem conta isoladamente dos problemas econômicos sociais surgidos, a visão de federalismo dual ficou enfraquecida e as relações de colaboração entre União e Estados-membros foram estimuladas. Os poderes federais ativados desempenharam um papel central de condução nas medidas econômicas adotadas. A Suprema

<sup>187</sup> BERCOVICI, Gilberto. **Dilemas do estado federal brasileiro**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

<sup>188</sup> LEBRÃO, Roberto Mercado. **Federalismo e políticas públicas sociais na Constituição de 1988**. 2010. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) - Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. p. 27.

Corte reviu suas diretrizes e deu aval às ações do governo federal, atenuando os efeitos de duas Grandes Guerras<sup>189</sup>.

Ainda assim, é difícil falar na existência de uma teoria geral do federalismo cooperativo, mesmo que seja o tema objeto de estudo dos mais diversos trabalhos, como bem reconhecem Daniel Elazar e Robert Schapiro<sup>190</sup>. É dizer, o tratamento doutrinário dispensado ao federalismo cooperativo não pode ser considerado como sistemático<sup>191</sup>, o que aumenta a dificuldade do debate sobre o tema.

Mas, com base no próprio Elazar<sup>192</sup>, podemos tentar assinalar a presença de três elementos no federalismo dito cooperativo, sem o quais não se pode falar nele: a) descentralização de funções; b) cooperação multilateral; c) negociação como base para o compartilhamento de poder<sup>193</sup>.

Tais elementos nos levam, do ponto de vista da estrutura constitucional, como bem aponta Chambô<sup>194</sup>, a três situações: a existência da repartição concorrente de matérias legislativas, o compartilhamento de receitas financeiras entre os entes central e subnacionais, bem como a participação dos governos regionais nas arenas federais de decisão.

De alguma maneira, todos esses elementos estão na Constituição da República Brasileira, o que tem levado, de maneira reiterada, a praticamente toda a análise partir do pressuposto que o modelo disposto do federalismo sanitário brasileiro é cooperativo. Parece-nos, contudo, que o desenho constitucional é importante, mas não determina por si só o resultado dos diferentes jogos que ocorrem entre os atores de uma federação.

E é aproveitando a metáfora da polifonia de Schapiro, em contraposição à metáfora dos bolos, que propomos uma análise do federalismo que não se atenha apenas aos elementos formais — e, portanto, constitucionais — como parâmetro.

<sup>189</sup> BERNARDES, Wilba Lúcia Maia. O Federalismo Dualista e Competitivo: A Concepção Norte-Americana e suas Possíveis Influências no Modelo Brasileiro. **Revista Brasileira Estudos Políticos**, [s. l.], v. 98, 2008. p. 165.

<sup>190</sup> ELAZAR, Daniel J. **Cooperative Federalism** - Competition among states and local governments: Efficiency and equity in American federalism. Washington: The Urban Institute Press, 1991. p. 80-83. SCHAPIRO, Robert A. Toward a theory of interactive federalism. **Public Law & Legal Theory Research Paper Series**, [s. l.], p. 56. Disponível em: <http://papers.ssrn.com/abstract=734644>. Acesso em: 17 set. 2022.

<sup>191</sup> CHAMBÔ, Pedro Luis. **Federalismo Cooperativo: uma análise bidimensional**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2021. p. 20.

<sup>192</sup> ELAZAR, Daniel J. **Exploring Federalism**. Tuscaloosa: The University of Alabama Press, 1991.

<sup>193</sup> FRANZESE, Cibele. **Federalismo cooperativo no Brasil: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas**. 2010. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8219/72060100752.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 17 set. 2022. p. 39.

<sup>194</sup> CHAMBÔ, Pedro Luis. **Federalismo Cooperativo: uma análise bidimensional**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2021.

Os elementos formais são características próprias que dão forma à música e são percebidos pelos nossos ouvidos. Eles existem e são o timbre, a intensidade, a altura, a densidade e a duração. Mas ainda que existam separadamente, é a dinâmica deles que permite o surgimento da música. É o movimento que faz a música existir. A música não pode ser examinada apenas a partir dos seus aspectos formais, mas a junção deles permite chegarmos a um outro estágio sem que percam sua condição.

Do mesmo modo deve-se entender o federalismo cooperativo. Temos uma dimensão formal, estrutural, que permite compreender esse modelo a partir da organização constitucional do Estado federal, no caso, com os elementos já citados. Mas ao mesmo tempo temos uma dimensão material, dinâmica, que deve partir da análise do comportamento e da relação havida entre os entes federativos para a real compreensão do federalismo<sup>195</sup>.

Assim, em relação à dinâmica intergovernamental<sup>196</sup>, o modelo cooperativo se distingue dos demais a partir do modelo de atuação conjunta na proposição e na implementação de políticas públicas, o financiamento compartilhado de programas e a busca coletiva pela redução das desigualdades regionais e sociais.

O que caracteriza o federalismo cooperativo, portanto, é esse padrão de interação entre as esferas de governo, baseado no respeito à integridade de cada ente e na cooperação que acontece por meio da permanente negociação. A análise tanto da estrutura formal quanto da dinâmica governamental é essencial para a correta compreensão de um determinado modelo de federalismo como cooperativo ou não.

Especificamente no campo das políticas públicas sociais, notadamente do direito à saúde, objeto da presente dissertação, a ocorrência de um descompasso entre a estrutura formal e material, é dizer, entre a previsão constitucional e a dinâmica federativa real, pode fazer surgir, entre outras consequências, uma clara separação das relações intergovernamentais com relação ao financiamento e à prestação dos serviços públicos. A realidade não refletiria o esboçado no texto constitucional. É o que propomos analisar, com mais vagar, adiante.

---

<sup>195</sup> FRANZESE, Cibele. **Federalismo cooperativo no Brasil**: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas. 2010. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8219/72060100752.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 17 set. 2022. p. 39.

<sup>196</sup> CHAMBÔ, Pedro Luis. **Federalismo Cooperativo**: uma análise bidimensional. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2021.

### 3.2 O Federalismo como estrutura: a repartição de competências sanitárias na Constituição de 1988

A estrutura do Estado Federal estabelece uma repartição de competências que objetiva garantir o convívio harmônico de todas as esferas e entes da federação. A forma federativa de Estado é composta pela divisão associada de entes subnacionais que possuem ordenamento jurídico, político e constitucional bem definidos na Constituição. E é justamente, pautado no modo pelo qual é feita a repartição de competências que se identifica o tipo de federalismo admitido em cada país, pelo menos do ponto de vista formal<sup>197</sup>.

Um dos elementos básicos para a realização da estrutura federativa do Estado é a autonomia real dos estados-membros e dos Municípios, visto que suas soberanias, a rigor e conforme a teoria federativa, foram renunciadas em nome de uma estrutura central de controle e poder, a União Federal<sup>198</sup>.

Assim, a repartição de competência é o instrumento pelo qual se atribui a cada esfera do ordenamento a matéria que lhe compete, e essa atribuição de competências é feita pela Constituição Federal, que se ocupa de definir não só as atribuições, mas a outros fatores como técnicas de solução de conflitos. A Constituição Federal dirá onde começa e onde termina a competência de cada ente da Federação. Onde se inicia e onde acaba a competência do Estado-Membro.<sup>199</sup>

A relação entre Constituição Federal e repartição de competências é uma relação causal, de modo que, havendo Constituição Federal, haverá, necessariamente, a repartição de competências dentro do próprio documento de fundação jurídica do Estado Federal. Por isso, a repartição de competências é tema central da organização federal.

A repartição de competências não só pode caracterizar a centralização, concentrando no ente Federal grande parte dos poderes, o chamado federalismo centrípeto, como também pode assinalar a descentralização, com a diminuição dos poderes do ente central e ampliação dos poderes dos entes subnacionais, sendo denominado federalismo centrífugo. A história

<sup>197</sup> MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

<sup>198</sup> Acerca da descentralização política, Celso Antonio Bandeira de Melo afirma que se trata de um “regime no qual, dentro de um único sistema jurídico global, as capacidades políticas são distribuídas entre diferentes pessoas jurídicas”. MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Prestação de Serviços Públicos e Administração Indireta**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1973. p. 8.

<sup>199</sup> O arranjo constitucional da política pública de saúde, embora não tenha definido, como na seara da educação, o que cabe a cada ente da federação, explicitou objetivamente o modo (Sistema Único) de execução das ações integradas entre os três níveis federativos. PINTO, Élide Graziane. **Financiamento dos direitos à saúde e a educação: Uma perspectiva constitucional**. Belo Horizonte : Fórum, 2017. Pág. 82.

constitucional do Brasil revela um movimento pendular, mas que parece sempre querer voltar ao centro.

### 3.2.1 A herança do pêndulo que sempre retorna ao centro

No Brasil, adota-se a forma de estado federalista desde a Constituição Republicana de 1891 e, muito embora com algumas variações decorrentes da conjuntura política do país, foi mantido nas demais Constituições.

Mas analisando nossa história constitucional, podemos notar que viemos de longa experiência centralizadora. Durante o processo de colonização, as capitanias hereditárias consistiam em divisões territoriais com vasta autonomia política sobre seu território, no entanto sem nenhuma conexão, tampouco organização com relação à totalidade do país.

Essa excessiva dispersão político-administrativa teve como resposta a formação do Estado Unitário Imperial, com a declaração da independência em 1822. Ter o poder centralizado foi a solução encontrada para manutenção da unidade nacional no Estado recém-formado<sup>200</sup>.

Com a proclamação da República em 1889, o Brasil passaria a adotar, a partir da Constituição de 1891, o sistema federalista<sup>201</sup>. Copiamos dos Estados Unidos da América não só o regime presidencialista com tripartição dos poderes, mas também um federalismo dualista clássico, com grande autonomia aos estados membros, de modo que o poder político foi descentralizado às antigas províncias, que já haviam sucedido as capitanias hereditárias. Surgia assim os Estados Unidos do Brasil.

Havia, contudo, uma diferença evidente: a forma pela qual formou-se a federação estadunidense era o movimento oposto pela qual se formara a brasileira. Enquanto por lá estruturas políticas autônomas resolveram-se unir-se para formar um estado federal, por aqui a centralização ocorreu exatamente porque era provavelmente o único meio de evitar a cisão do imenso território brasileiro. Não por acaso, foi o descontentamento dos poderes locais com a

---

<sup>200</sup> “D. Pedro I outorgou, em 25 de março de 1824, uma Constituição que fazia do Brasil um Estado unitário, conquanto descentralizado. Transformava as antigas Capitanias em Províncias, regidas por um Presidente nomeado pelo Governo Central e por uma Assembleia eleita mas de restritos poderes”. FERREIRA FILHO, M. G. O Estado Federal brasileiro. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 77, p. 131-140, 1982. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/66947>. Acesso em: 23 abr. 2022.

<sup>201</sup> SOUZA, Celina Maria. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019000803002](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000803002). Acesso em: 15 abr. 2022.



centralização do Império uma das razões para a derrocada da Monarquia<sup>202</sup>.

Mas a ideia de simplesmente delegar poderes – o art. 5º da Constituição previa que “incumbe a cada Estado prover, a expensas próprias, as necessidades de seu governo e administração; a União, porém, prestará socorros ao Estado que, em caso de calamidade pública, os solicitar” — sem ter um suporte central a coordená-los acabou por permitir, durante a Primeira República, que os grupos dominantes nos Estados tivessem grande autonomia em relação ao poder central.

Com as oligarquias regionais reforçadas, assistimos entre 1889 e 1930, um enorme avanço de poder dos governos dos grandes estados ante uma União que se enfraquecia, sem conseguir coordenar os entes subnacionais<sup>203</sup>. Em verdade, já aqui se podia notar a ausência de sintonia entre a ordem política-constitucional e a realidade socioeconômica.

Diante da instabilidade da relação entre a União e os estados, a partir da presidência de Campos Salles, já no fim do Século XIX, iniciava-se uma tentativa de reversão desse quadro com a “política dos governadores”, por meio da qual o poder federal unia-se às oligarquias estaduais, dando-lhes poder, liberdade política e benefícios econômicos, numa total distorção do federalismo, mas que entregava o poder real aos entes subnacionais<sup>204</sup>.

Com a implantação da Era Vargas (1930-1945)<sup>205</sup>, num período que foi marcado pela expansão de regimes autoritários pelo mundo, seguiu-se, por aqui, também o caminho da centralização, com pouca autonomia aos entes subnacionais. Houve, a partir de 1930, uma grande expansão do poder central em detrimento da autonomia das oligarquias regionais e das limitações que elas imprimiam às decisões do Estado central.

O “paradigma Vargas” rendeu políticas de reforço do Estado e restrições ao excessivo

<sup>202</sup> “Os principais argumentos com que os federalistas arremetiam contra a estrutura unitária do Estado brasileiro eram: 1. A ineficiência do governo centralizado no Rio de Janeiro; ineficiência essa causada pelo: 2. Desconhecimento das particularidades e peculiaridades locais por parte de pessoas radicadas numa cidade (relativamente) adiantada e culta; desconhecimento esse derivado entre outras razões das: 3. Grandes distâncias a serem percorridas, e conseqüentemente da dificuldade de comunicações, e m razão dos meios então utilizados; afóra: 4. O anseio por u m self-government que valorizasse as elites locais; e particularmente: 5. Retivesse a maior parte da arrecadação tributária para aplicação na própria região de origem”. FERREIRA FILHO, M. G. O Estado Federal brasileiro. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 77, p. 131-140, 1982. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/66947>. Acesso em: 23 abr. 2022.

<sup>203</sup> LOPREATO, Francisco Luiz C. Federalismo brasileiro: origem, evolução e desafios. **Economia e Sociedade**, [s. l.], v. 31, n. 1, p. 1-41, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3533.2022v31n1art01>. Acesso em: 23 abr. 2022.

<sup>204</sup> VISCARDI, Cláudia Maria R.O Federalismo como Experiência: Campos Sales e as Tentativas de Estabilização da República. **Dados**, [s. l.], v. 59, n. 4, p. 1169-1206, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/001152582016110>. Acesso em: 23 maio 2022.

<sup>205</sup> SOUZA, Maria do Carmo Campello de. Federalismo no Brasil: aspectos político-institucionais (1930-1964). **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 21, n. 61, p. 7-40, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092006000200002>. Acesso em: 23 abr. 2022.

federalismo então vigente. A tendência centralizadora culminou, como é sabido, com o estabelecimento de um regime fortemente autoritário, o Estado Novo, de 1937 a 1945.

Ficou célebre na história o evento conhecido como “queima das bandeiras estaduais”, cerimônia realizada no Rio de Janeiro, então capital do Brasil, dias após a implantação do Estado Novo. Getúlio Vargas queimou em praça pública as bandeiras representando os estados do Brasil. Vigorava, a partir dali, exclusivamente a bandeira do Brasil. Isso simbolizava a unidade nacional em torno do governo central. Era a União quem comandava, a rigor, todas as ações. Inexistia espaço para os entes subnacionais.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial e a derrota do nazifascismo, instalou-se a Constituinte de 1946, de sorte que o movimento pendular mais uma vez ocorre. A Constituição da década de 40 do século XX restitui a organização federativa ao Brasil<sup>206</sup>, de modo que a autonomia aos Estados-membros foi restabelecida e a dos municípios foi ampliada. Tínhamos a volta da democracia, com a retomada do Congresso Nacional, eleições diretas e estava encerrada a figura dos interventores. O aparelho institucional autoritário era desconstruído.

Mas se em 1946 se restabelece a dimensão jurídico-institucional do federalismo, não devemos esquecer que ela coexiste com a memória de um Estado largamente fortalecido nos anos anteriores. É que os elementos constitutivos da federação não foram, por assim dizer, “refundados” nesse novo texto constitucional.

O aparato da era Vargas de controle do poder regulatório e do comando dos instrumentos da política econômica não sofreu alterações. Era a União quem, mesmo perdendo a força abusiva do Estado Novo, sustentava o comando das estratégias de crescimento e da gestão de diferentes áreas, ainda que concedesse aos estados autonomia e a capacidade de utilizarem livremente os seus recursos fiscais<sup>207</sup>. O pêndulo, mesmo quando buscava sair do centro, era para ele puxado por sua força gravitacional.

Mas o processo de abertura democrática dura menos de vinte anos, uma vez que com a implantação da Ditadura em 1964<sup>208</sup>, assiste-se novo movimento rumo à excessiva centralização de forças no poder central, em detrimento dos entes subnacionais. No período que vai até o final dos anos oitenta, os Estados acentuam sua dependência do Governo

---

<sup>206</sup> LOPREATO, Francisco Luiz C. Federalismo brasileiro: origem, evolução e desafios. **Economia e Sociedade**, [s. l.], v. 31, n. 1, p. 1-41, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3533.2022v31n1art01>. Acesso em: 23 abr. 2022.

<sup>207</sup> LOPREATO, Francisco Luiz C. **Federalismo e finanças estaduais**: algumas reflexões. Campinas: Unicamp, 2000.

<sup>208</sup> LOPREATO, Francisco Luiz C. Federalismo brasileiro: origem, evolução e desafios. **Economia e Sociedade**, [s. l.], v. 31, n. 1, p. 1-41, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3533.2022v31n1art01>. Acesso em: 23 abr. 2022.

Federal.

Obviamente que durante a ditadura militar de 1964, há profunda alteração do regime político e é o governo central quem avoca o poder de nomear os governadores e os prefeitos das capitais. Mas deve-se salientar que nesse período o pacto federativo é redefinido sobretudo a partir da redistribuição dos recursos tributários, com a institucionalização de um sistema de partilha e um maior controle federal sobre a parcela dos gastos públicos. Os recursos fiscais e financeiros foram concentrados na esfera federal. “A reforma do sistema tributário elevou a carga tributária e aumentou o peso da União, que saltou de 40,6% em 1966 para 51,6% em 1974, enquanto a dos Estados caiu de 46,3% para 35,2%”<sup>209</sup>.

Como se vê, a história do Estado Brasil é uma história de centralização política e administrativa. No Império, a centralização das decisões se constituía em uma necessidade para a sobrevivência do próprio regime escravocrata. Com a adoção da República, muda-se o regime, mas não a centralização na dimensão da tomada de decisões políticas e administrativas. E esse movimento permanece durante todo o século XX<sup>210</sup>.

Mesmo com mais de um século sendo uma Federação, a história do Brasil revela, portanto, uma força centrípeta muito maior que a centrífuga. Esse movimento pendular tenta retornar ao patamar da “descentralização” com a Constituição Federal de 1988<sup>211</sup>.

Os espaços de poder da União foram reduzidos, prerrogativas dos estados e municípios foram retomadas. A revisão do pacto federativo teve início com a atual Constituição. A nova correlação de forças, resultado das eleições diretas e da posição dos governadores no ordenamento político, cobrava o balanceamento da federação, com a redução dos espaços ocupados pela União e a retomada de competências a estados e municípios.

Pelo menos em termos de regras institucionais, após a Constituição de 1988 podemos definir o nosso modelo de federalismo como cooperativo<sup>212</sup>, caracterizado pela

<sup>209</sup> LOPREATO, Francisco Luiz C. Federalismo brasileiro: origem, evolução e desafios. **Economia e Sociedade**, [s. l.], v. 31, n. 1, p. 1-41, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3533.2022v31n1art01>. Acesso em: 23 abr. 2022.

<sup>210</sup> SALDANHA, Ana Claudia. Estado federal e descentralização: uma visão crítica do federalismo brasileiro. **Revista Sequência**, [s. l.], v. 1, n. 59, p. 327-360, dez. 2009.

<sup>211</sup> “A Federação brasileira, interessantemente, ao longo de sua história, tem alternado momentos de grande descentralização com outros de enorme centralização, obedecendo a um movimento pendular. Períodos houve em que os entes federados foram bastante prestigiados, como ocorreu logo após a adoção dessa forma de organização estatal, na primeira Constituição republicana, contrastando com outros em que grande parte das competências e dos recursos foram concentrados ao nível da União, tal qual aconteceu na longa fase de exceção vivida a partir do movimento político-militar de 1964, e que se encerrou com a promulgação da Constituição de 1988”. LEWANDOWSKI, Enrique Ricardo. **Evolução do Estado federal no Brasil**. Brasília: STJ, 2009. p. 319-33.

<sup>212</sup> “A Constituição de 1988 institui expressamente, em seu artigo 23, o Federalismo Cooperativo, elencando uma série de matérias cuja competência é comum entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios”.

descentralização de poder, autonomia político, administrativa e tributária dos entes federados e distribuição de competências comuns e concorrentes entre eles.

Acompanhando estas variações, a forma de divisão das competências sofreu modificações na Carta de 88, em que o modelo federalista adotado estimula a independência dos entes nacionais, buscando superar a concepção clássica centralizadora de poder e abandonando o retraimento dos textos federais anteriores, que fizeram da legislação concorrente, sob a forma da legislação estadual supletiva e da legislação federal fundamental, uma simples e acanhada sub-repartição de competência dentro do grandioso e esmagador quadro da competência dos poderes federais<sup>213</sup>.

A técnica de repartição de competências adotada pela Constituição de 1988, sem prejuízo dos poderes da União, acresceu novas atribuições, com matérias próprias, objetivo de legislação concorrente, sendo elas objeto da legislação federal de normas gerais e da legislação estadual suplementar, considerando o princípio da preponderância dos interesses.

Assim, compete à União matéria de interesse nacional, aos estados as afetas ao interesse regional, e aos municípios as que se relacionam ao interesse local. Desse modo, a legislação suplementar estadual, partindo da legislação federal de normas gerais, poderá expedir normas autônomas, afeiçoando as normas gerais às exigências variáveis e às peculiaridades locais de cada ordenamento jurídico estadual.

Portanto, pode-se afirmar que a autonomia das entidades federativas pressupõe a repartição de competências legislativas, materiais e tributárias, como veremos individualmente a seguir. A cada uma dessas atividades, identificam-se os elementos constitutivos de um federalismo cooperativo, pelo menos do ponto de vista formal.

### 3.2.2 Competências legislativas

A competência legislativa, que é atribuição para legislar sobre determinadas matérias, divide-se, modo geral, em competência privativa e competência concorrente. A competência privativa da União encontra previsão no art. 22 da Constituição Federal, que prevê um rol de matérias que deverão ser objeto de legislação federal.

Frise-se que as competências previstas no art. 22 são próprias da União, ou seja, privativas deste ente, mas podem ser delegadas, conforme autoriza o próprio texto

---

BERCOVICI, Gilberto. **Dilemas do Estado Federal Brasileiro**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004. p. 56.

<sup>213</sup> MASSON, Nathalia. **Manual de direito constitucional**. Salvador: JusPodivm, 2013. p. 456.

constitucional, no parágrafo único do supracitado artigo.

No âmbito da concorrência legislativa concorrente, a União limita-se a estabelecer normas gerais e os Estados, as normas específicas. Ademais, em caso de inércia legislativa da União, os Estados poderão suplementá-la, regulamentando as regras gerais sobre o assunto. A competência concorrente é compartilhada entre União, Distrito Federal e Estados. Nesse caso, a União limita-se a estabelecer as normas gerais, enquanto os demais entes federados tratarão de matérias que deverão ser regulamentadas de maneira específica, conforme previsão do art. 24, da CF.

A Constituição prevê ainda que, caso a União não crie lei federal acerca das normas gerais, poderá o Estado criar tais normas exercendo a competência legislativa plena (art. 24 §3º). Se houver a superveniência de lei federal sobre as normas gerais, suspender-se-á a eficácia de lei estadual no que lhe for contrário (art. 24 §4º), em respeito ao princípio da hierarquia das normas. Entretanto, importante frisar que a lei federal, nesse caso, não tem o condão de revogar a norma estadual, apenas suspender os seus efeitos naquilo que lhe for contrário.

A competência concorrente ainda pode ser classificada em cumulativa e não-cumulativa. A primeira existe quando não há limites pré-estabelecidos para o exercício da competência por parte dos entes federais. Já a segunda, decorre da repartição de competências vertical, já que, no mesmo campo material fixa competências tanto para a União quanto para os demais entes, deixando de forma expressa o limite de atuação de cada um.

A concorrência não-cumulativa é justamente a adotada pelo Constituinte de 88, uma vez que, como já visto a Carta Constitucional estabeleceu que a União está adstrita ao estabelecimento de normas gerais, devendo os Estados e Distrito Federal especificá-las através de suas respectivas leis. É a chamada competência suplementar dos Estados-membros e do Distrito Federal (CF, art. 24, §2º).

Contudo, já da análise da divisão das competências legislativas, pode-se afirmar que, apesar do grande anseio pela descentralização na Constituinte, o modo como a repartição de competências se deu permanece caracterizando o Estado federal brasileiro como centralizador.

Raul Machado Horta, que além de relevantes trabalhos para o pensamento federativo brasileiro, foi relator do Comitê de Federação e Organização Tributária da Comissão Afonso Arino durante a Constituinte, afirmava ser no federalismo de equilíbrio da Alemanha que deveria inspirar-se o constituinte federal brasileiro<sup>214</sup>. Infelizmente, a atual distribuição das

---

<sup>214</sup> HORTA, Raul Machado. Organização Constitucional do Federalismo. **Revista de Informação Legislativa**,

competências constitucionais não demonstra uma tendência descentralizadora; ao revés, reforça a tradição de uma enorme força centrípeta na relação entre os entes federativos<sup>215</sup>.

Em verdade, a Constituição de 1988 alargou o já extenso rol de matérias que estavam sob responsabilidade legislativa da União nas Constituições anteriores, especialmente as últimas, datadas de 1967/69. Aparenta o texto de 1988, já em sua redação original, ter enorme desconfiança dos entes subnacionais, de sorte que parte das atribuições da União poderia ter constado no rol das competências legislativas concorrentes ou mesmo como competências legislativas privativas de Estados, Distrito Federal e Municípios, mas acabaram sendo incluídas no campo reservado exclusivamente à União.

Pode-se notar também que, ao manter um largo leque de competências federais e, por outro, ampliar enormemente as competências municipais, o campo de atuação dos Estados ficou bastante reduzido no atual documento constitucional. Tal quadro também se repetiu na divisão das competências administrativas.

### 3.2.3 Competências materiais e participação nas arenas de decisão

Os entes políticos recebem da Constituição outras competências além da legislativa. Trata-se de competências que indicam ações a serem feitas. Inúmeros doutrinadores utilizam diferentes terminologias<sup>216</sup>, como competências materiais, competências não legislativas e competências gerais ou de execução. Em todos os casos, as expressões são adequadas para rotular o conteúdo referente a esta modalidade de atribuições. No âmbito da competência material (administrativa), é possível perceber dois tipos de competência existente: a exclusiva (art. 21), e a comum (art. 23).

Na competência exclusiva, a União é a responsável por matérias de relevante valor ao estado-nação; como manter relações com estados estrangeiros, declarar guerra, emitir moeda. O rol das competências materiais exclusivas está no art. 21 da CF/88.

Exemplificado de forma objetiva a competência exclusiva da União, não seria possível a um dos estados da federação, por exemplo, criar sua própria moeda, pois se assim o fizesse estaria de forma objetiva ferindo o equilíbrio da federação, concorrendo em uma inconstitucionalidade, porque só compete à união de forma exclusiva emitir moeda (art. 21,

---

Brasília, v. 22, n. 87, p. 5-22, 1985.

<sup>215</sup> LIZIERO, Leonam Baesso da Silva; CARVALHO, Fabrício. Federalismo e centralização no Brasil: contrastes na construção da federação brasileira. **Revista de Direito da Cidade**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 1483-1503, 2018.

<sup>216</sup> SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989. p. 83

inc. VII).

As atribuições decorrentes da competência material exclusiva são indelegáveis, devendo necessariamente ser exercidas pela União. Nesse caso, não existe a possibilidade de compartilhamento dessa responsabilidade com os demais entes da federação.

A competência material comum, por sua vez, enseja uma responsabilidade compartilhada entre os entes da federação, de maneira que exercem os encargos que lhe são atribuídos em um modelo cooperativo. Assim, ao tempo em que a competência comum admite a capacidade de ação de todos os entes, na forma estabelecida, exige também a participação deles no desempenho conjunto das competências.

Isso não quer dizer que os entes federativos estão em pé de igualdade em relação às competências concorrentes<sup>217</sup>. A administração está adstrita ao princípio da legalidade, ou seja, a legislação definirá as atribuições de cada ente.

Nesse mesmo sentido, havendo legislação pertinente definindo as competências de cada ente, em sua maioria de natureza concorrente, haverá uma delimitação de esferas entre a União e os demais entes federativos. Nesse caso, o desempenho das competências materiais deverá pressupor a regulamentação normativa das matérias, que, por sua vez, seguirá as regras de competência legislativa. Essas regras sinalizam para a preponderância da União<sup>218</sup>.

Como se vê, as atribuições referentes à competência material comum são exercidas por todos os entes concomitantemente, de maneira que a atuação de um não inviabiliza a do outro, sendo cumulativas. Assim, é interessante buscar a competência normativa de cada um dos domínios de competência material comum. Isso porque serão essas normas que deverão determinar a forma de atuação comum dos entes federativos, respeitadas as suas respectivas autonomias. Essa comparação, com efeito, demonstra uma forte correlação entre as competências concorrentes material e legislativa, com participação preponderante da União.

Como se pode notar, o resultado da Constituição de 1988 foi um texto constitucional com uma complicada cadeia de competências distribuída entre os três níveis federativos, mas aparente predomínio da União nos outros. O Estado brasileiro inaugurado em 1988 reafirmou um grande poder da União sobre os Estados e avocou para si grande parte das competências materiais e legislativas. Apenas o poder federal pode criar e executar o direito em boa parte de suas possibilidades<sup>219</sup>. Quando nos pomos a analisar a repartição de atribuições tributárias, isso

<sup>217</sup> FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Comentários à Constituição brasileira de 1988**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 1997. v. 1. p. 178

<sup>218</sup> ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de. **Competências na Constituição de 1988**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 133

<sup>219</sup> LIZIERO, Leonam Baesso da Silva. **Estado federal no Brasil: o federalismo na Constituinte de 1987/1988 e**

fica ainda mais claro.

### 3.2.4 O compartilhamento de receitas financeiras: a repartição de competências tributárias

Como já destacado, uma das características do federalismo é permitir a autoadministração dos entes que compõem o estado federal, isto é, a autonomia das entidades subnacionais poderem realizar o livre exercício das competências que lhe são conferidas pelo texto constitucional. Mas essa característica é dependente da existência de recursos financeiros para a concretização de políticas públicas.

Adiantaria pouco a existência de competências materiais atribuídas aos entes de uma federação se não houvesse, ao mesmo tempo, a adequação dos recursos repartidos aos entes que tiveram essas atividades administrativas a eles confiadas. Assim, a Constituição de 1988 concedeu à União, estado, Distrito Federal e Municípios competência e capacidade tributárias, de modo a permitir que ao tempo em que precisem realizar serviços públicos, tenham uma fonte de financiamento desses mesmos serviços.

Mas isso, por si só, é insuficiente. Não basta poder arrecadar. A enorme existência de disparidades socioeconômicas inter-regionais no Brasil exige que a distribuição desses recursos ocorra num sentido de diminuir as desigualdades existentes. Assim, o sistema de financiamento público em organizações federativas que apresentam grandes desigualdades entre as regiões repousa não só na capacidade de tributar, mas também nas transferências intergovernamentais como mecanismos de correção dos desequilíbrios interregionais, diante da incapacidade de geração de recursos tributários próprios por determinados entes<sup>220</sup>.

É esse quadro que aqui tentamos sintetizar, tratando não apenas da capacidade tributária da União, estados e municípios, mas também da repartição do produto dos tributos entre eles. Com efeito, a Constituição Federal de 1988 assegurou uma maior autonomia tributária<sup>221</sup> a todos os entes e inseriu um aprimoramento nos mecanismos de transferências intergovernamentais, que impediu surpresas e trouxe mais estabilidade e previsibilidade à

---

a descentralização pela assimetria. 2017. Tese (Doutorado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. p. 80.

<sup>220</sup> COSSIO, Fernando A. B. **Disparidades econômicas inter-regionais, capacidade de obtenção de recursos tributários, esforço fiscal e gasto público no federalismo brasileiro**. Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, 1998.

<sup>221</sup> MOREIRA, Parcelli Dionizio. História do federalismo fiscal nas constituições republicanas brasileiras. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico do Rio Grande do Sul**, [s. l.], v. 149, p. 63-88-88, 2015.



federação<sup>222</sup>.

De um modo geral, o texto da Constituição de 1988 confirma a consolidação da tendência à descentralização fiscal que surgiu em fins da década de 1970<sup>223</sup>, como resposta à excessiva concentração de recursos fiscais na esfera federal<sup>224</sup>.

Neste sentido, a Constituição atribuiu à União competência privativa para instituição de impostos, de acordo com as seguintes hipóteses de incidência: importação de produtos estrangeiros; exportação de produtos nacionais ou nacionalizados; renda e proventos de qualquer natureza; de produtos industrializados; sobre operações de crédito, câmbio e seguro, ou relativas a títulos ou valores mobiliários; sobre a propriedade territorial rural e sobre grandes fortunas, além da permissão para instituição de empréstimos compulsórios e contribuições em geral.

Aos Estados e ao Distrito Federal coube a competência privativa para instituição de Imposto sobre transmissão de propriedade “*causa mortis*” e doação de quaisquer bens ou direitos; imposto sobre circulação de mercadorias e serviços de transporte e comunicação, ainda que as operações e as prestações se iniciem no exterior; imposto sobre propriedade de veículos automotores.

Aos Municípios foi destinada competência privativa para instituição de impostos sobre a propriedade predial e territorial urbana; sobre serviços de qualquer natureza; sobre transmissão de propriedade imobiliária “*inter vivos*” a qualquer título, por ato oneroso, de bens imóveis, por natureza ou acessão física, e de direitos reais sobre imóveis, exceto os de garantia, bem como cessão de direitos a sua aquisição e sobre vendas a varejo de combustíveis líquidos e gasosos, exceto óleo diesel.

Já a competência residual é privativa da União, permitindo a instituição de impostos não expressamente previstos na sua competência, desde que não cumulativos e que não tenham fato gerador ou base de cálculo próprios dos já discriminados na Constituição. A competência extraordinária também é da União, possível de serem instituídos na hipótese de guerra externa ou de sua iminência, os quais serão suprimidos, gradativamente, cessadas as causas de sua criação.

Mas há também a competência comum, de modo que União, Estados, Distrito

---

<sup>222</sup> GALLO, Fabricio; SOMAIN, René; DROULERS, Martine. Federalismo e competências tributárias, uma geografia dos impostos. **Confins** [s. l.], v. 32, 2017. Disponível em: <http://journals.openedition.org/confins/12227>. Acesso em: 18 set. 2022.

<sup>223</sup> LIMA, Luciana Dias de. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 511-522, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200027>. Acesso em: 2 maio 2022.

<sup>224</sup> MOREIRA, Parcell Dionizio. História do federalismo fiscal nas constituições republicanas brasileiras. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico do Rio Grande do Sul**, [s. l.], v. 149, p. 63-88-88, 2015.

Federal e Municípios poderão instituir taxas em razão do exercício do poder de polícia ou pela utilização efetiva ou potencial de serviços públicos específicos e divisíveis, prestados ao contribuinte ou postos à sua disposição e contribuições de melhoria, decorrentes de obras públicas. Também é possível vislumbrar autorização para cada ente instituir contribuições previdenciárias dos seus respectivos servidores públicos.

Ou seja, a maior parte das fontes de recursos tributários permaneceu em poder da União<sup>225</sup>. Assim, para concretização da sua diretriz descentralizadora e cooperativa, a Constituição de 1988 optou também por aumentar o sistema de repartição do produto da arrecadação de tributos por meio de transferências intergovernamentais obrigatórias, complementando as fontes de receitas dos entes subnacionais.

Além da capacidade de instituir tributos, a Constituição permitiu outras formas de arrecadação a estados e municípios. Como já dito, em sistemas federalistas a equalização fiscal é um mecanismo apto a reduzir as desigualdades regionais, de sorte que o texto da Constituição de 1988 também garante essa repartição, permitindo que tributos arrecados pelos entes maiores sejam partilhados aos menores entes<sup>226</sup>. É a esse modelo tributário que chamados “sistema de transferências intergovernamentais”, de relevante papel no processo de equalização do federalismo fiscal nacional e na busca da redução das desigualdades territoriais.

Assim, pertencem aos Estados e ao Distrito Federal o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem, e 20% do produto da arrecadação do imposto que a União instituir no exercício da competência residual. Há ainda a participação que os Estados e Distrito Federal têm sobre o IOF incidente sobre os investimentos relativos ao ouro extraído dentro de seu território, como ativo financeiro ou instrumento cambial, no percentual de 30% sobre a arrecadação.

De modo esquemático, podemos traçar um quadro das Transferências Constitucionais da União para os Municípios. Assim o Imposto de Renda retido na fonte do servidor público municipal pertence 100% ao município, bem como pertence ao município 50% ou 100% do

---

<sup>225</sup> LEBRÃO, Roberto Mercado. **Federalismo e políticas públicas sociais na Constituição de 1988**. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) - Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

<sup>226</sup> PRADO, Sérgio Roberto Rios do. Distribuição intergovernamental de recursos na federação brasileira. In: REZENDE, Fernando Antônio; OLIVEIRA, Fabricio Augusto de (org.). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil: desafios da reforma tributária**. Rio de Janeiro: Fundação K. Adenauer, 2003.

Imposto Territorial Rural arrecado, nos termos previstos na Constituição. Do mesmo modo existe a cota-parte municipal do Fundo de participação dos municípios, composto por 23,5% da arrecadação líquida da União de Imposto de Renda e IPI. Cabe também aos Municípios 70% da arrecadação do IOF incidente sobre o ouro extraído dentro de seu território. Ainda é possível falar em complementação do FUNDEB, com distribuição realizada com base no número de alunos matriculados no ensino infantil e fundamental I da educação básica pública, para aqueles municípios sem recursos para garantir o valor mínimo nacional por aluno ao ano. Há ainda a complementação do salário-educação, com o município tendo direito a 2/3 da arrecadação da contribuição. Há ainda uma série de transferências que se dão a nível infraconstitucional mas que compõem esse modelo de federalismo fiscal.

Há, por fim, as transferências constitucionais dos estados aos municípios, de sorte que a estes cabe cinquenta por cento do Imposto sobre propriedade de veículos automotores; vinte e cinco por cento da arrecadação do Imposto sobre circulação de mercadorias e serviços; vinte e cinco por cento dentro dos dez por cento do IPI distribuído pela União entre os Estados proporcionalmente ao valor das respectivas exportações de produtos industrializados e mais vinte e cinco por cento dos vinte e nove por cento da CIDE-Combustíveis do que é arrecadado pela União e que é distribuído entre os Estados.

Não obstante esse complexo sistema de transferências, ele ainda se mostra insuficiente para atender as necessidades da saúde pública brasileira. Por isso, há ainda as chamadas transferências voluntárias, que são recursos que podem ser transferidos de um ente a outro, segundo critérios de conviência e oportunidade, vinculados a programas governamentais específicos, acentuando um regime de cooperação mútua na atuação do Poder Público.<sup>227</sup>

---

<sup>227</sup>“Atualmente, as transferências voluntárias, mais do que instrumentos de aperfeiçoamento do federalismo fiscal cooperativo, transformaram-se em armas de destruição da autonomia financeira e, conseqüentemente, do federalismo brasileiro, subordinando municípios e estados à vontade da União. Há uma distorção do processo democrático por meio do qual são eleitos os governantes, uma vez que os responsáveis pela gestão dos entes subnacionais se veem compelidos a aceitar as ofertas que lhe são feitas pelos demais entes federados, sob pena de não terem recursos para atenderem as necessidades de sua população. Muitos prefeitos, por conseqüência, têm de destinar recursos conforme o interesse da União, detentora dos recursos e do poder de entregá-los a quem lhe convier. Um indesejável desequilíbrio em nossa Federação, em que a União consegue impor sua vontade aos estados e estes, por sua vez, aos municípios, deixando estes últimos, que estão mais próximos da população e sentindo mais de perto suas reais necessidades, à mercê de verdadeiras “benesses” oriundas do, no mais das vezes, longínquo planalto central. Da forma como hoje se encontra, o sistema de transferências voluntárias transforma nossos prefeitos em verdadeiros “Indiana Jones” modernos: embora não vão à Índia ou ao Peru em busca de tesouros enterrados, são constantemente forçados a deixar a cidade que deveriam administrar para deslocar-se à Esplanada dos Ministérios brasileiro atrás das polpudas transferências voluntárias bem escondidas nos gabinetes dos burocratas. Sem o chicote e o glamour de um Harrison Ford, armados apenas de suas pastinhas, cumprem tarefa certamente bem menos emocionante e, no mais das vezes, muito mais difícil...” CONTI, José Maurício. **Levando o direito financeiro a sério: A luta continua**. 3ª ed. São Paulo: Blucher, 2019.

Esse é o cenário normativo, por assim dizer, do modelo federal brasileiro. Em um país caracterizado por evidentes desigualdades socioeconômicas e um cenário de escassez de recursos para a saúde, os fatores citados acima influenciam na relação entre os entes federativos e a relação de cooperação e competição entre eles.

### **3.3 O Federalismo como dinâmica: o impacto do modelo federal brasileiro nas políticas sanitárias e no direito à saúde**

O artigo 196 da Constituição Federal estabelece que a saúde seja garantida através de “políticas sociais e econômicas”. Portanto, segundo o próprio texto constitucional, as políticas públicas são os principais instrumentos para a concretização do direito à saúde.

E as políticas públicas visam, exatamente, à concretização de direitos. É este o traço que manifesta a necessidade do estabelecimento de um arcabouço constitucional capaz de viabilizar a implantação e execução de estratégias políticas válidas à garantia dos direitos humanos. Isso se deve ao fato de que as políticas públicas têm como alicerce justamente os direitos sociais que, por sua vez, precisam da atuação Estatal.

Assim, de um modo geral, seja no Direito ou na Ciência Política, reconhece-se o impacto das instituições federativas nas políticas públicas<sup>228</sup>. Mais do que isso, reconhece-se mesmo que essa relação é de reciprocidade, de sorte que não só o federalismo influencia o modo de ser das políticas públicas, mas elas próprias implicam em variações diversas do estado federal<sup>229</sup>.

E se modelo federalista no documento constitucional de 1988 foi construído em oposição à excessiva centralização havida a partir da ditadura militar de 1964 e colmatada nas Constituições de 1967/1969<sup>230</sup>, como já dito, seu pêndulo não conseguiu deslocar-se tanto do centro como se imaginou a princípio.

Mas o art. 23 da Constituição prevê que leis complementares devem estabelecer a forma de colaboração no desenvolvimento entre as políticas públicas e o art. 24 autoriza a realização de convênios e consórcios para a realização de serviços públicos. Já o art. 196 estabelece que a saúde seja garantida através de políticas sociais e econômicas.

A Constituição de 1988 buscou, em síntese, ampliar o fortalecimento dos entes

<sup>228</sup> ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

<sup>229</sup> FRANZESE, C; ABRÚCIO, F. L. Federalismo e políticas públicas: uma relação de reciprocidade no tempo. *In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS*, 33, Caxambu. **Anais [...]**. Caxambu: [s. n.], 2009. p. 1-25.

<sup>230</sup> BARACHO, José Alfredo de Oliveira. Descentralização do poder: federação e município. **Revista De Informação Legislativa**, Brasília, v. 22, n. 85, p. 151-184, jan./mar. 1985.

subnacionais, de modo que a concretização dos direitos fundamentais sociais demandaria ação cooperativa e harmônica entre todas as esferas de poder. O Magno Documento Político instituiu um modelo de “triplo” federalismo, à medida que coloca União, estados e municípios como autônomos, ou seja, sem existência de hierarquia entre eles, incluindo, ainda, o novo modelo federativo como cláusula pétrea<sup>231</sup>.

A organização institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), de algum modo, reproduz essa mesma disposição tríplice, legitimando a autonomia dos três níveis de governo na gestão das ações e serviços de saúde em seus territórios e formando o que poderíamos chamar de um sistema nacional de saúde. Assim, nos SUS os três níveis de governo estão legitimados para legislar concorrente e suplementarmente (CF, art. 24, XII, § 2º e 3º) sobre a saúde, com suas atribuições e competências definidas na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90).

Ou seja, normativamente temos um federalismo de cooperação, de modo que o modelo deve ser de incentivo entre os entes nacional e subnacionais, dividindo os poderes entre si de maneira harmônica e prevendo tarefas a serem executadas conjuntamente.

Quanto às competências inseridas neste federalismo sanitário cooperativo, temos os municípios com funções diretas de execução dos serviços de saúde, estados com a função coordenativa em âmbito regional e a União com a função coordenativa em âmbito federal. A atuação coordenada e conjunta busca diminuir as desigualdades entre os entes da federação, assim como a demasiada submissão aos recursos procedentes da União.

A repartição constitucional de competências buscou, portanto, alcançar um equilíbrio federativo necessário a este modelo<sup>232</sup>. A maior parte das políticas públicas brasileiras, portanto, são de competência concorrente, como já visto. Especificamente em relação à saúde, em seu art. 23, a Constituição de 1988 estabeleceu competência comum aos três entes da federação, exigindo, portanto, cooperação entre eles para a execução de serviços.

Nos termos do artigo 198, II, da Constituição da República, as ações e serviços públicos de saúde devem ter como diretriz o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. A integralidade implica a interdependência entre os serviços prestados pelos entes federativos, pois “a assistência

---

<sup>231</sup> Art. 60. A Constituição poderá ser emendada mediante proposta:[...] § 4º Não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir: I - a forma federativa de Estado [...] BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 6 maio 2022.

<sup>232</sup> HERMANY, Ricardo; MACHADO, Betieli. O federalismo cooperativo e a saúde pública: uma análise dos desafios da autonomia local brasileira em tempos de pandemia de COVID-19. **Revista Jurídica Luso-Brasileira**, v. 7, n. 1, p. 1115-1162, 2021.

integral não se esgota nem se completa num único nível de complexidade técnica do sistema, necessitando, em grande parte, da combinação ou conjugação de serviços diferenciados”<sup>233</sup>.

Mas há um reforço no sentido de que o principal provedor de serviços de saúde é o município, ao reafirmar a competência deles de “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados, serviços de atendimento à saúde da população” (art. 30, VII).

Concedeu-se autonomia aos entes subnacionais, de modo que houve um compartilhamento de responsabilidades. Isso se deu com um objetivo específico: proporcionar à população bem estar social através da aplicação de políticas públicas, com colaboração mútua e cooperação<sup>234</sup>, em obediência ao artigo 23, II, e 24, XII, da CF/88.

E com a criação de um Sistema Único de Saúde – SUS<sup>235</sup>, por meio da Lei nº 8.080/90, a descentralização e a desconcentração das políticas de saúde, tendo em vista as dimensões continentais e imensas desigualdades regionais do país, passou a efetivar-se, com o objetivo de tentar concretizar os princípios da universalidade e da integralidade.

A Lei nº 8.080/90, concretizando o posto na Constituição da República, previu no seu art. 9º que os três níveis de governo seriam responsáveis pelas ações e serviços de saúde, exercidas pelos seus respectivos órgãos. À União foram imputadas, com primazia, competências relacionadas ao planejamento, formulação de políticas públicas e controle das ações de saúde.

Os estados-membros, por sua vez, ficaram com a atividade complementar às competências federais: foram incumbidos de promover a articulação, descentralização, além da coordenação de algumas tarefas, podendo mesmo executá-las nos casos em que os municípios não possuíssem condições de realizar atividades específicas. Já ao Município coube a tarefa de executar serviços e atividades de gestão direta. Formou-se, deste modo, a organização institucional intitulada de federalismo sanitário brasileiro<sup>236</sup>.

---

<sup>233</sup> SANTOS, Lenir. Direito à saúde e sistema único de saúde: conceito e atribuições. O que são ações e serviços de saúde. In: SANTOS, Lenir (org.). **Direito da saúde no Brasil**. Campinas: [s. n.], 2010. p. 146.

<sup>234</sup> DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, fev. 2011. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000100023&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000100023&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 15 abr. 2022.

<sup>235</sup> DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, fev. 2011. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000100023&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000100023&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 15 abr. 2022.

<sup>236</sup> DOURADO, Daniel de Araujo. **Regionalização e federalismo sanitário no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-02062010-164714/publico/DanielDourado.pdf>. Acesso em: 18 set. 2022.

Mas se é competência comum<sup>237</sup> da União, estados, Distrito Federal e municípios cuidar da saúde e assistência públicas, a Constituição Federal também outorgou competência concorrente à União, aos estados e ao Distrito Federal para editar normas sobre previdência social, proteção e defesa da saúde<sup>238</sup>. Ou seja, as competências materiais estão associadas paralelamente às legislativas, de modo que o ente federativo que venha a exercer atividade normativa em determinada matéria tem também a função administrativa relacionada a ela.

No que se refere às competências legislativas na área da saúde pública, a explícita disposição de “proteção e defesa da saúde” entre as matérias de competência concorrente (art. 24, XII), deixa evidente que deve prevalecer o princípio da predominância de interesse. A União estabelece normas gerais (art. 24, §1º), que devem ser complementadas por normas supletivas fixadas pelos estados (art. 24, §2º), cabendo aos municípios legislar acerca de normas sanitárias suplementares e de interesse local (art. 30, I e II)<sup>239</sup>.

A divisão das competências administrativas e legislativas dessa forma permitiu aos entes subnacionais uma segunda característica marcante do federalismo de cooperação: a possibilidade de participação dos governos regionais no âmbito federal. Isso porque o federalismo não se esgota na técnica de repartição de competências<sup>240</sup>. Mas a ampliação da competência comum e concorrente permitiu um maior diálogo entre a realidade central, no caso a União, e as realidades locais, quais sejam, estados e municípios.

O desenho institucional federativo da política de saúde no Brasil, portanto, é focado na centralização da formulação e financiamento da política no nível central e na descentralização da gestão e implementação da política nos níveis estadual e municipal<sup>241</sup>.

Em síntese: o serviço de saúde passou a ser responsabilidade de todos os entes federativos, direta e indiretamente. Os entes locais, por estarem mais próximos da população, seriam mais capazes de identificar onde, como e quais serviços específicos de saúde deveriam ser prestados.

<sup>237</sup> ROCHA, Carmen Lúcia Antunes. **República e federação no Brasil**: Traços Constitucionais da Organização Política Brasileira. Belo Horizonte: Del Rey, 1997. p. 253.

<sup>238</sup> RAMOS, Edith; NETTO, Edson. Federalismo e o direito à Saúde na constituição federal de 1988: limites e possibilidades ao estabelecimento de um autêntico federalismo sanitário cooperativo no Brasil. **Unicuritiba**, Curitiba, v. 04, n. 49, p. 304-330, 2017.

<sup>239</sup> DALLARI, Sueli Gandolfi. O papel do município no desenvolvimento de políticas de saúde. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 25, n. 5, p. 401-405, 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101991000500013>. Acesso em: 15 abr. 2022.

<sup>240</sup> SILVA, Diogo Bacha e; BAHIA, Alexandre. Direito à saúde, jurisdição constitucional e estado de emergência constitucional: uma perspectiva crítica da pandemia. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/50341>. Acesso em: 18 abr. 2022. p. 18.

<sup>241</sup> NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lúgia *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 365-393.

Esse novo olhar em relação ao direito à saúde contrapunha-se à centralização existente à época da ditadura militar. Antes mesmo do texto constitucional, já durante a VII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, debatia-se fortemente a regionalização da política sanitária, como desejo de maior participação popular no gerenciamento da saúde pública<sup>242</sup>.

Nos primeiros dez anos após a Lei 8.080/90, o enfoque principal do processo de descentralização firmou-se na municipalização, por meio de intensa transferência de recursos e competências, conduzidos por normas federais do Ministério da Saúde, as chamadas Normas Operacionais Básicas – NOBS<sup>243</sup>.

As NOBS trouxeram uma definição de critérios de habilitação e de financiamento que dirigiram os municípios à próspera admissão do gerenciamento de ações e serviços de saúde em seus respectivos territórios, o que trouxe progresso para o SUS no tocante à questão da ampliação da capacidade de gestão, bem como sua responsabilização.

Ademais, diante deste cenário, fixaram-se entre os três níveis de governos os Conselhos de Saúde, a modificação dos critérios de financiamento que se transformaram em automática *per capita* e a origem e solidificação da Comissão Intergestores Tripartite – CIT e Comissão Intergestores Bipartite – CIB em níveis federais e estaduais, respectivamente<sup>244</sup>, que têm o papel de atuar como foros de negociação e pactuação entre gestores, a respeito dos aspectos operacionais do SUS, conforme o art. 14-A, da Lei nº. 8.080/90.

No entanto, o andamento da municipalização deixou sequelas no âmbito do federalismo sanitário do país à medida em que o processo de descentralização do Sistema Único ocorreu diretamente entre a esfera federal e municipal, negligenciando, dessa forma, a relação com os Estados.

A municipalização por si só não seria suficiente para atender aos propósitos do SUS, tendo em vista a imensa desigualdade social e heterogeneidade existente no Brasil,

<sup>242</sup> NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lúgia *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. Ver também RAMOS, Edith; NETTO, Edson. Federalismo e o direito à Saúde na constituição federal de 1988: limites e possibilidades ao estabelecimento de um autêntico federalismo sanitário cooperativo no Brasil. **Unicuritiba**, Curitiba, v. 04, n. 49, p. 304-330, 2017.

<sup>243</sup> Para implementação do SUS foram criadas as Normas Operacionais, instituídas por meio de portarias ministeriais. Essas normas definiram as responsabilidades de cada esfera de governo e estratégias que buscavam dar operacionalidade ao sistema. Aqui destacamos a Norma Operacional Básica NOB/SUS 01/96 (Portaria no. 2.203, de 6 de novembro de 1996) que promoveu um avanço no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para os municípios e estados, definindo as responsabilidades sanitárias do município e redefinindo competências de estados e municípios.

<sup>244</sup> DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, fev. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000100023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100023&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 abr. 2021.



necessitando, portanto, da coordenação federativa do governo estadual ante os municípios, coordenação esta que se organizaria por meio da regionalização da assistência saúde, processo que foi encabeçado a partir do segundo decênio do SUS.

Diante deste cenário, a partir dos anos 2000, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS<sup>245</sup> inaugurou a concepção de Regiões de Saúde, que ficariam com a demarcação a cargo do Estado sem, no entanto, necessitar obedecer à divisão administrativa deste. O intuito era estabelecer um federalismo sanitário com níveis regionais, objetivando a maior facilidade da atuação de coordenação e cooperação entre os entes federativos.

Entretanto, os municípios que, a esta altura, já tinham obtido certa autonomia de gestão, foram resistentes à incorporação de competências relativas ao planejamento regional às Secretarias de Estado de Saúde, o que, no lugar da cooperação federativa, abriu espaço para competição entre as esferas estaduais e municipais pela administração de serviços<sup>246</sup>.

No início dos anos 2000, portanto, o SUS passou por modificações. A responsabilidade dos gestores deveria advir de um acordo de vontades entre os três níveis da Federação, com a definição de metas relacionadas à saúde a serem atingidas mediante a cooperação e solidariedade de uns com os outros. Definia-se um compromisso de gestão. Era preciso colaboração federativa, já que a disputa parecia não levar a lugar algum.

Foi nessa conjuntura que surgiu o Pacto pela Saúde<sup>247</sup>, em 2006, composto de três perspectivas que se complementavam: o “Pacto pela vida”, o “Pacto em defesa do SUS” e o “Pacto de gestão do SUS”<sup>248</sup>. O “Pacto pela vida” resguardava o direito à saúde, mediante compromissos assumidos pela administração nos três níveis de governo almejando alterar e impactar a realidade da política pública de saúde no Brasil<sup>249</sup>.

<sup>245</sup> A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002, instituída pela Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde, bem como procedeu à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

<sup>246</sup> DOURADO, D. de A.; DALLARI, S. G.; ELIAS, P. E. M. Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização do Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 10-34, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/688>. Acesso em: 16 abr. 2021.

<sup>247</sup> O Pacto pela Saúde foi um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre os três entes federativos - União, Estados e Municípios - com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ele redefiniu as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população. Foi instituído pela Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, do Ministro da Saúde.

<sup>248</sup> RAMOS, Edith; NETTO, Edson. Federalismo e o direito à Saúde na constituição federal de 1988: limites e possibilidades ao estabelecimento de um autêntico federalismo sanitário cooperativo no Brasil. **UnicuriTiba**, Curitiba, v. 04, n. 49, p. 304-330, 2017.

<sup>249</sup> DALARRI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 9-34, nov. 2008/fev. 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128>. Acesso em: 16 abr. 2021.

O “Pacto em defesa do SUS” incluía orientações gerais no que concerne à coordenação de ações de fortalecimento do SUS, por meio da participação dos gestores sanitários a fim de promover o envolvimento da sociedade civil. De outra banda, o “Pacto de Gestão do SUS” desempenhava a função referente à normatização antes exercida pela NOB e NOAS, estabelecendo as diretrizes de gerenciamento do SUS, bem como a repartição de competências sanitárias. Tinha como inspiração a descentralização, a regionalização, o financiamento, a programação pactuada e integrada, a regulação, a participação e o controle social, bem como o planejamento, a gestão do trabalho e a educação da saúde<sup>250</sup>.

Quanto às competências inseridas neste federalismo sanitário cooperativo, repise-se, temos os municípios com funções diretas de execução dos serviços de saúde, estados com a função coordenativa em âmbito regional e a União com a função coordenativa em âmbito federal. A atuação coordenada e conjunta buscava diminuir as desigualdades entre os entes da federação, assim como a demasiada submissão aos recursos procedentes da União. A regionalização e a hierarquização do sistema de saúde surgem antes como necessidades, numa tentativa de buscar racionalidade ao desenho institucional.

Por sua vez, ciente que tais serviços são bastante onerosos e os recursos municipais são limitados, estabeleceu-se a competência dos estados e da União Federal para prestarem cooperação técnica e financeira, nos termos do inciso VII, do artigo 30, e do inciso I, do artigo 198, da Constituição<sup>251</sup>.

Temos no texto da Constituição, portanto, diversos dispositivos baseados nessa intenção, como os que consagram o estímulo ao equilíbrio inter-regional (art. 3º, III), autorizando, inclusive à União, a conferir tratamento tributário diferenciado às regiões mais pobres (art. 151, I), assim como a previsão de fundo de fomento às Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a partir da arrecadação do Imposto de Renda e do Imposto sobre Produtos Industrializados (art. 159, I). Também foi criado um sistema obrigatório de transferências de parte das receitas da União para estados e municípios e de parte das receitas arrecadadas pelos

<sup>250</sup> DOURADO, D. de A.; DALLARI, S. G.; ELIAS, P. E. M. Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização do Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 10-34, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/688>. Acesso em: 16 abr. 2021.

<sup>251</sup> Art. 30. Compete aos Municípios: (...) VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população; Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 24 jan. 2021.

estados para os municípios, como já destacado<sup>252</sup>.

Todavia, na prática, isso tem se revelado insuficiente. Conquanto o texto constitucional de 1988 tenha emergido no sentido de descentralização e autonomia das três esferas federativas, o que se efetuou foi um acréscimo de atribuições aos entes subnacionais, sem, no entanto, as capacidades financeiras escoltarem tal processo<sup>253</sup>.

A arrecadação financeira continuou se concentrando primordialmente em torno do governo federal, por exemplo. Municípios e governos estaduais possuem ainda intensa dependência de transferências da União<sup>254</sup>, o que dificulta o poder de decisão dos entes menores com relação às políticas públicas que lhes competem.

Como aponta Fleury, as assimetrias decorrentes da tradição histórica, a trajetória institucional centralizadora, bem como as profundas desigualdades regionais e a elevada concentração de recursos no nível nacional são fatores que levam a impasses na construção de um federalismo estável<sup>255</sup>.

Em resumo, muito embora o desenho constitucional de 1988 tenha criado um modelo que apoie a descentralização e a autonomia dos entes subnacionais, a capacidade financeira destes não corresponde às atribuições que lhe são arrançadas. Isso implicou no desenvolvimento de políticas de cooperação mútua entre os entes. Lógico que a assimetria financeira entre os entes federativos é um dos fatores, sendo possível falar em tantos outros, mas não serão eles aqui analisados. A preocupação do presente trabalho deriva das conexões entre o federalismo e o financiamento da política de saúde no Brasil.

Ora, governos subnacionais precisam da ajuda federal, dada a assimetria de poder e de recursos<sup>256</sup>. Todavia, ao mesmo tempo, o mandatário maior da nação, para ser bem avaliado, depende da qualidade e efetividade da implementação local das políticas. A dependência é mútua. E aí temos um elemento do federalismo cooperativo e que mais dilemas traz à dinâmica federativa do SUS: a disputa de receitas entre os entes da federação.

Ou seja, há uma clara antítese entre a admissão do federalismo sanitário centrífugo,

<sup>252</sup> RAMOS, Edith; NETTO, Edson. Federalismo e o direito à Saúde na constituição federal de 1988: limites e possibilidades ao estabelecimento de um autêntico federalismo sanitário cooperativo no Brasil. **Unicuritiba**, Curitiba, v. 04, n. 49, p. 304-330, 2017.

<sup>253</sup> ARRETCHE, Marta. Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira. **Revista de Sociologia e Política**, [s. l.], n. 24, p. 69-85, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782005000100006>. Acesso em: 15 abr. 2022.

<sup>254</sup> RODRIGUES, Juliana. **As Transferências Intergovernamentais de Recursos do FPM e do ICMS como Estratégia de Equilíbrio Sócio-Espacial**. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

<sup>255</sup> FLEURY, Sônia. Federalismo como processo de pactuação. **Centros de Estudos Estratégicos da Fio Cruz**. [s. l.], 2020. Disponível em: <http://cee.fiocruz.br/?q=node/1179>. Acesso em: 15 abr. 2022.

<sup>256</sup> ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

com outorga de atribuições de execução de políticas sanitárias aos entes subnacionais, enquanto o país adere a um modelo federalista que podemos chamar de centrípeta, no qual a Constituição assegurou à União o maior e mais importante leque de competências exclusivas, bem como os tributos mais fartos a lhe favorecer<sup>257</sup>.

De toda sorte, temos três elementos para entender as vertentes do federalismo: primeiramente, a compreensão da repartição de competências administrativas e legislativas entre os entes federados<sup>258</sup>. Em segundo lugar, a possibilidade de participação dos governos regionais no âmbito federal e, por último, a possibilidade de compartilhamento de receitas entre os entes da federação<sup>259</sup>. Todas essas nuances são bem marcadas quando analisamos o sistema de saúde.

Mas o federalismo sanitário brasileiro é composto de diversas tensões, como já dito. Se dentro da organização do SUS, cabe aos municípios a condição de executores diretos das ações de saúde, o federalismo brasileiro é estruturado de forma centrípeta, situando os Municípios numa base financeiramente mais frágil, o que lhes impõe uma dependência dos estados e da União<sup>260</sup>.

Todo esse contexto traça uma linha tênue entre a cooperação e a competição. A relação de dependência gerada pela incapacidade financeira dos governos locais compromete gravemente sua autonomia e o que era para ser um sistema cooperativo, pode refletir um verdadeiro desarranjo.

Assim, se ultrapassamos o universo do dever-ser para a dimensão do ser, a qualificação da federação brasileira como modelo cooperativo aparenta contrastar com as características que dele se tem como essencial. Watts comenta sobre o descompasso entre a estrutura jurídica positivada e o funcionamento prático das instituições, de modo que aponta a necessidade de levar em conta o processo político para que o federalismo seja compreendido

---

<sup>257</sup> A questão é que, na teoria, o arranjo constitucional – que foi reproduzido e desenvolvido infraconstitucionalmente – não é ruim, mas, na prática, não se mostrou eficiente. Então, ainda que a Carta Magna procure delinear um quadro cooperativo acentuado, na implementação das políticas públicas de saúde, parece claro que a estruturação estabelecida não é eficiente e impacta, diretamente, a efetivação do direito à saúde”. KHAMIS, Renato Braz Mehanna; SARTORI, Ivan Ricardo Garisio. O impacto do federalismo sanitário brasileiro na efetividade do direito à saúde. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 7, n. 2, 2017. p. 310.

<sup>258</sup> FABRIZ, Daury Cesar. Federalismo, Municipalismo e Direitos Humanos. **Revista do tribunal de contas do estado de Minas Gerais**, [s. l.], v. 77, n. 4, p. 76-95, 2010.

<sup>259</sup> CHAMBÔ, Pedro Luis. **Federalismo Cooperativo: uma análise bidimensional**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2021. p. 53.

<sup>260</sup> KHAMIS, Renato Braz Mehanna; SARTORI, Ivan Ricardo Garisio. O impacto do federalismo sanitário brasileiro na efetividade do direito à saúde. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 7, n. 2, 2017. p. 310.

como um todo<sup>261</sup>. É a polifonia como metáfora do federalismo, onde a música não pode ser analisada apenas por seus elementos formais.

Assim, se o sistema é guiado para criação de mecanismos de solidariedade entre os entes da federação, o mundo impõe uma dura problemática de competição pelos escassos recursos existentes. Ou seja, a atuação conjunta na proposição e implementação de políticas públicas, o financiamento compartilhado de programas e a busca de redução das desigualdades regionais e sociais são elementos não formais do federalismo que devem ser analisados.

É essa dinâmica de financiamento do SUS e da disputa pelos recursos existentes, ou seja, as distorções entre o desenho constitucional descentralizador e cooperativo e a realidade fiscal e financeira dos entes subnacionais, que nos propomos a analisar no próximo capítulo.

---

<sup>261</sup> WATTS, Ronald. Origins of Cooperative and Competitive Federalism. *In*: GREER, Scorr (ed.). **Territory, Democracy and Justice**. London: Palgrave Macmillan, 2006.

### 3 O SUS E SEU FINANCIAMENTO: UMA HISTÓRIA NA ENCRUZILHADA ENTRE A COMPETIÇÃO E A COOPERAÇÃO FEDERATIVA

Como já destacado, a existência de vários centros políticos e administrativos corporificados nos governos federal e locais é o que marca fundamentalmente o federalismo. E nele, o poder de cada um dos governos é delimitado formalmente por meio da repartição constitucional de competências.

No caso brasileiro, temos, pelo menos do ponto de vista formal, a existência de um federalismo cooperativo<sup>262</sup>, onde podemos destacar alguns elementos: a repartição de competências administrativas e legislativas entre os entes federados, a possibilidade de participação dos governos regionais no âmbito federal, bem como a possibilidade de compartilhamento de receitas entre os entes da federação.

Tais características podem ser visualizadas de maneira bem nítida na esfera da saúde pública. Mas essa análise da estrutura normativa parece-nos insuficiente. É preciso avançar para entender a dinâmica intergovernamental<sup>263</sup>, de modo que defendemos que o modelo cooperativo de federalismo deve ser observado também a partir da análise de três outros elementos: o modelo de atuação conjunta na proposição e na implementação de políticas públicas, o financiamento compartilhado de programas e a busca coletiva pela redução das desigualdades regionais e sociais<sup>264</sup>.

Como se pode notar, a estrutura — dimensão formal — e a dinâmica — dimensão material — do federalismo dialogam entre si e o que aqui pretendemos analisar é parte desses elementos e sua concretude no financiamento da saúde pública. O questionamento posto é se o modelo de financiamento do sistema público de saúde brasileiro, notadamente da transferência de recursos entre os entes, tem levado ou não a um desvirtuamento do modelo proposto originariamente no texto constitucional, qual seja, o de um federalismo sanitário cooperativo.

Na filosofia política é frequente a formulação do problema da justiça distributiva como

<sup>262</sup> BONAVIDES, Paulo. **A Constituição Aberta**: temas políticos e constitucionais da atualidade, com ênfase no federalismo das regiões. São Paulo: Malheiros, 2004.

<sup>263</sup> CHAMBÔ, Pedro Luis. **Federalismo Cooperativo**: uma análise bidimensional. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2021.

<sup>264</sup> “A solidariedade que informa esse sistema de financiamento entre os entes do federalismo é princípio que se deve efetivar, de sorte a garantir a unidade constitucional com o descentralismo das unidades federativas. Por isso, como destaca Gilberto Bercovici, a solidariedade é o principal elemento de legitimação político - constitucional do federalismo”. TORRES, Heleno Taveira. Constituição financeira e o federalismo financeiro cooperativo equilibrado brasileiro. **Revista Fórum de Direito Financeiro e Econômico**, [s. l.], n. 5, p. 25-54, 2014.

o problema de como o governo deve distribuir os diferentes tipos de bens — por exemplo, renda ou assistência médica — aos seus cidadãos. Essa abordagem muitas vezes pressupõe o governo como um agente unitário que governa diretamente seus cidadãos<sup>265</sup>.

No entanto, embora vários governos possam funcionar de maneira unitária, muitos funcionam como federações, exibindo uma divisão de soberania entre dois ou mais níveis de governo com bases de autoridade independentes. E é este o ponto que pretendemos abordar, notadamente o fato de a federação brasileira induzir a existência de três entes que, ao mesmo tempo, possuem competências acerca da saúde pública.

O financiamento do SUS é formado, nos termos da Constituição da República, por recursos provenientes de três origens distintas, isto é, recursos oriundos do orçamento da Seguridade Social, recursos fiscais da União, dos Estados, dos Municípios, além de outras fontes.

Se diferentes níveis de governo de uma federação podem afetar a distribuição de bens na sociedade, as federações enfrentam problemas de alocação de recursos que, em tese, são muito mais complexos do que os dos estados unitários<sup>266</sup>. Aqui, portanto, temos um intrincado problema de alocação de recursos sanitários, a considerar o que é uma distribuição justa de bens e como a responsabilidade no compartilhamento dessa distribuição se dá entre os diferentes níveis de governo.

Em síntese, além do compartilhamento de receitas entre os entes da federação — dimensão formal — para a existência de um federalismo cooperativo forte, é necessário observar se tal compartilhamento tem gerado também uma busca pela redução das desigualdades regionais, dimensão material do modelo de federalismo proposto no texto constitucional.

E com a inauguração de um novo modelo de sistema de saúde pública pela Constituição de 1988 — o SUS — cujo acesso deve ser gratuito, universal, integral e igualitário, não só novas fontes foram criadas para financiar a saúde, mas a disputa pelos

---

<sup>265</sup> SAHADŽIĆ, Maja. Constitutional Asymmetry and Equality in Multinational Systems with Federal Arrangements. **Studies in Territorial and Cultural Diversity Governance**, [s. l.], p. 36, 2021.

<sup>266</sup> “A formatação de sistemas tributários em países federativos é uma tarefa complexa. Além dos requisitos clássicos – tributar com equidade e eficiência, adequar a distribuição a distribuição de recursos via orçamento e executar o dispêndio visando a melhoria dos resultados alcançados – estes sistemas devem contemplar a distribuição equilibrada de encargos (responsabilidades e funções) entre as esferas de governo; repartir de modo eficiente as competências tributárias; e elaborar um sistema adequado de partilha fiscal. Essas três variáveis são igualmente importantes para o entendimento dos diversos arranjos no federalismo fiscal, existindo estreitas relações de dependência entre elas. PRADO, S. Partilha de recursos e desigualdade nas federações um enfoque metodológico. In: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F. A. (org.). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil: desafios da reforma tributária**. Rio de Janeiro: FGV; Konrad Adenauer, 2003. p. 273-331.

poucos recursos existentes tem revelado uma disputa que provavelmente não era esperada no desenho inicial do sistema, quando da promulgação do texto constitucional.

Se já debatemos, ainda que com brevidade, como se dá a divisão das competências tributárias, discutindo quem administra e quem arrecada cada tributo, bem como a maneira que se dá a partilha intergovernamental de recursos no federalismo brasileiro, pretendemos aqui discorrer sobre como se dão as transferências federais para o financiamento das ações e serviços descentralizados do Sistema Único de Saúde (SUS) e se elas têm impactado ou não a cooperação no âmbito do federalismo brasileiro.

Num país marcado por acentuadas desigualdades regionais e socioeconômicas, e num contexto de escassez de recursos para a saúde, o posicionamento dos atores federativos e as relações de cooperação e conflito aparentam também derivar dos diversos modelos de financiamento do sistema de saúde ao longo do tempo. É o que passamos a analisar.

#### **4.1 O financiamento da saúde pública após a Constituição de 1988**

A partir de 1988, o sistema de saúde brasileiro percorreu um longo caminho no que diz respeito aos mecanismos para o seu financiamento. Para tentar compreendê-lo se faz necessária uma breve análise de seu histórico normativo-legal.

O Constituinte impôs ao Estado o dever de viabilizar a concretização dos princípios da universalidade<sup>267</sup> e da integralidade<sup>268</sup> no âmbito da saúde pública. Em um país de dimensões continentais, como é o caso do Brasil, prover a integralidade é um grande desafio. Por isso, traço marcante no Sistema Único de Saúde é a descentralização e a desconcentração das políticas públicas.

Concedeu-se autonomia aos entes subnacionais, de modo que houve um compartilhamento de responsabilidades. Isso se deu com um objetivo específico: proporcionar à população bem estar social através da aplicação de políticas públicas, com colaboração mútua e cooperação<sup>269</sup>, em obediência ao artigo 23, II, e 24, XII, da CF/88. Como já dito, é

---

<sup>267</sup> A universalidade apresenta-se como a garantia de acesso de toda e qualquer pessoa a toda e qualquer ação e serviço de saúde. Não apenas como o direito à saúde garantido mediante políticas públicas, mas aponta para a própria questão do direito à vida e à igualdade de acesso sem qualquer forma de discriminação.

<sup>268</sup> Tal princípio garante ao cidadão o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o mais difícil tratamento de uma patologia. Para isso, é importante a integração de ações, desde a promoção da saúde até a prevenção de doenças, bem como o tratamento e a reabilitação.

<sup>269</sup> DOURADO, Daniel de Araújo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, fev. 2011. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000100023&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000100023&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 15 abr. 2021.



competência comum da União, estados, Distrito Federal e municípios cuidar da saúde e assistência públicas. Ao mesmo tempo, a Constituição Federal outorgou competência concorrente à União, aos estados e ao Distrito Federal para editar normas sobre previdência social, proteção e defesa da saúde.

Se 70% da população brasileira depende exclusivamente do SUS como meio de acesso à serviços de saúde<sup>270</sup>, viabilizar a arrecadação e a gestão de um sistema dessa magnitude requer muita habilidade estatal e arranjos organizacionais complexos.

#### 4.1.1 O texto originário da Constituição: o duro confronto com a realidade

Durante as décadas de 60 e 70 do século XX, o sistema de saúde brasileiro tinha como fortes características a segmentação e a exclusão de maior parte da sociedade<sup>271</sup>. Parcela significativa da população não tinha direito à assistência à saúde e secretarias de saúde de estados e municípios dependiam em grande parte de entidades filantrópicas, a quem se destinavam recursos provenientes da caridade.

A realidade era que a grande parte da população brasileira não tinha acesso a um sistema de saúde eficiente, sendo as políticas públicas na área muito fragmentadas e ineficazes, voltadas, sobretudo, à atenção hospitalar<sup>272</sup>. A Constituição de 1988 tenta mudar esse cenário.

No lugar da fragmentação, característica marcante do sistema ao longo do tempo, o Constituinte pretendeu criar um sistema de saúde com figuração totalmente oposta<sup>273</sup>. No texto constitucional, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único. Tal sistema ainda seria organizado tendo por diretrizes: a) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; b) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; c) participação da comunidade<sup>274</sup>. Uma mudança completa.

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseada

<sup>270</sup> IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde** – 2020. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

<sup>271</sup> VIANA, Ana Luiza D.'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 18, p. 645-684, 2008.

<sup>272</sup> RISI JUNIOR, João Baptista *et al.* As condições de saúde no Brasil. *In*: FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 221.

<sup>273</sup> GIOVANELLA, Ligia *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>. Acesso em: 5 Julho 2022.

<sup>274</sup> MATTA, Gustavo Correa. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. *In*: MATTA, Gustavo Correa; PONTES, Ana Lucia de Moura (coord.). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema único de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; EPSJV, 2007. p. 61-80.

na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva. Todavia, eis que surge um problema: quais recursos iriam garantir esta política?<sup>275</sup>.

É que a Constituição garantiu financiamento de Saúde para uma nova população: o universo de cidadãos brasileiros. A ampliação dos que teriam direito à saúde passa de aproximadamente noventa milhões de segurados para uma população de cento e cinquenta milhões de cidadãos portadores do direito à saúde<sup>276</sup>. O primeiro país do mundo a ter a ousadia de criar um sistema universal de saúde para uma população de mais de cem milhões de pessoas<sup>277</sup>. Mas que fontes de recursos estavam previstas no texto constitucional?

Basicamente a previsão era a do art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), ao prever que “até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, 30%, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde”. Ou seja, pelo menos 30% do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, seria destinado à Saúde.

A CF/1988, por outro turno, ao criar a Seguridade Social, estabeleceu que ela deveria ser financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de contribuições sociais. No governo federal, esses recursos seriam repartidos entre a previdência, a assistência social e a saúde.

Assim, ainda que a Constituição obrigasse o financiamento da saúde com diversos recursos previstos no texto da Constituição, não havia ainda fixado qual seria o percentual de participação das três esferas de Governo. Nem dos recursos fiscais de seu orçamento, nem das Contribuições Sociais, só arrecadáveis pela União.

Na verdade, os primeiros anos de vigência da Constituição foram um duro golpe em quem esperava que a realidade do modelo sanitário brasileiro se alterasse bruscamente com o novo texto político<sup>278</sup>. Como notaremos da análise das Leis de Diretrizes Orçamentárias ao longo de mais de uma década, a realidade foi duramente contrária à previsão normativa.

Podemos afirmar, portanto, ser esse o primeiro conflito do ponto de vista do federalismo. Por não prever com precisão os modelos de financiamento da saúde brasileira,

<sup>275</sup> CARVALHO, Gilson. Financiamento da saúde pública no Brasil no pós-constitucional de 88. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 39-51, jul./dez. 2008.

<sup>276</sup> MERCADANTE, Otávio Azevedo *et al.* Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. **Caminhos da saúde pública no Brasil**, [s. l.], v. 20, 2002. p. 275.

<sup>277</sup> CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, [s. l.], v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>. Acesso em: 5 jul. 2022.

<sup>278</sup> PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 29, p. 1927-1936, 2013.

ainda que as fontes de recursos estivessem no texto na Constituição, a realidade não correspondeu às expectativas normativas, de modo que os primeiros anos de SUS conviveram mais com o conflito do que com a ajuda mútua entre os entes da Federação.

Na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) para o ano de 1990 (Lei n.º 7.800/89)<sup>279</sup>, nenhuma repetição do previsto no art. 55 do ADCT. Apenas uma genérica previsão, em seu artigo 31, de que “o orçamento da seguridade social obedecerá ao definido nos arts. 194, 196, 201 e 203, da Constituição Federal”.

No ano de 1991, a Lei n.º 8.074, de 31 de julho de 1990<sup>280</sup>, teve parágrafos do seu art. 31 vetados pelo então Presidente Fernando Collor. A repetição do art. 55 do ADCT, que se tentava colocar na LDO, era simplesmente de impossível execução prática, segundo se nota da Mensagem Presidencial aposta ao veto:

Na realidade, é impossível atender à determinação contida no art. 31, §2º, sem um substancial acréscimo de transferências oriundas do Orçamento Fiscal, tendo em vista que as despesas associadas aos benefícios da Previdência Social são incompressíveis. Tendo por base o vigente Orçamento, a adoção dessa norma significaria transferir 45% dos “Recursos Ordinários do Tesouro”, principal fonte do Orçamento Fiscal, para o Orçamento da Seguridade Social, correspondendo, por outro lado, a um montante que superaria em mais de 70% os gastos com investimentos (inclusive os realizados pelas empresas estatais).

O texto do veto é duro e um choque de realidade com o texto constitucional. Na prática, segundo deixava claro o veto presidencial, era impossível transferir tantos recursos à Saúde.

A LDO de 1992 (Lei n.º 8.211/91)<sup>281</sup> pela primeira vez conseguiu repetir a previsão constitucional. O §3º do art. 28 previu que “serão destinados ao setor de saúde, no mínimo, 30% do orçamento da seguridade social, excluído o seguro desemprego”. O mesmo Presidente que havia vetado tal previsão no ano anterior agora permitia a sanção do texto.

Do mesmo modo, a LDO de 1993 (Lei n.º 8.447/92)<sup>282</sup> repetiu no art. 40 a previsão do texto constitucional: “Serão destinados ao setor saúde, nos termos da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, um mínimo de 30% dos recursos do orçamento da seguridade social,

<sup>279</sup> BRASIL. Lei n.º 7.800, de 10 de julho de 1989. Dispõe sobre as diretrizes orçamentárias para o ano de 1990, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 11 de julho de 1989.

<sup>280</sup> BRASIL. Lei n.º 8.074, de 31 de julho de 1990. Dispõe sobre as diretrizes orçamentárias para o ano de 1991, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 01 de agosto de 1990.

<sup>281</sup> BRASIL. Lei n.º 8.211, de 22 de julho de 1991. Dispõe sobre as diretrizes orçamentárias para o ano de 1992, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 23 de julho de 1991.

<sup>282</sup> BRASIL. Lei n.º 8.447, de 21 de julho de 1992. Dispõe sobre as diretrizes orçamentárias para o ano de 1993, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 22 de julho de 1992.

deduzida a parcela relativa ao seguro desemprego”. Nos dois anos, contudo, a previsão da lei não se concretizou na prática.

Já a Lei n.º 8.694/93<sup>283</sup>, que dispôs sobre as diretrizes para a elaboração e execução da lei orçamentária anual de 1994, ou seja, a Lei de Diretrizes Orçamentárias para o ano de 1994, teve o art. 45 vetado pelo então Presidente Itamar Franco. O artigo previa que “Serão destinados ao setor de saúde, nos termos da Lei n.º 8.080, de 1990, um mínimo de trinta por cento dos recursos do orçamento da seguridade social, deduzidas as parcelas relativas às despesas no âmbito do Fundo de Amparo ao Trabalhador”. Assim, apenas repetia a Lei, mais uma vez, a previsão constitucional.

Mas o veto<sup>284</sup> foi justificado nos seguintes termos:

A estrutura do orçamento da seguridade social não permite que um dispositivo dessa magnitude possa ser atendido. Tal situação ficou bastante evidente quando da reprogramação orçamentária do corrente exercício, ocasião em que o peso dos benefícios sociais, de um lado, e o comportamento das receitas disponíveis, de outro, impediram que se alcançasse a destinação de trinta por cento dos recursos para o setor de saúde. Assim, e considerando que se trata de uma limitação estrutural, o que torna o artigo em apreço inexecutável, cumpre vetá-lo, por ser contrário ao interesse público.

Ou seja, era simplesmente inexecutável destinar 30% dos recursos da Seguridade Social para a Saúde. Em nenhum dos orçamentos depois de 1988 o país conseguiu chegar a esse patamar de investimento. Se estar dentro de um Orçamento de Seguridade Social consolidava a noção de saúde enquanto direito social universal, a estabilidade das fontes de financiamento das políticas sociais era muito mais uma previsão normativa do que uma realidade orçamentária. Simplesmente não era possível cumprir a previsão constitucional.

Isso se repetiu durante toda a década de 1990. A LDO de 1995, Lei n.º 8.931<sup>285</sup>, de 22 de setembro de 1994, teve vetado o seu artigo 45, que previa que seriam destinados ao setor saúde, nos termos da Lei n.º 8.080, de 1990, um mínimo de 30% dos recursos do orçamento da seguridade social, deduzidas as parcelas relativas às despesas no âmbito do Fundo de Amparo ao Trabalhador. Mais uma reprodução do texto constitucional.

<sup>283</sup> BRASIL. Lei nº 8.694, de 12 de agosto de 1993. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da lei orçamentária anual de 1994 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 13 de agosto de 1993.

<sup>284</sup> BRASIL. Mensagem de veto nº 493, de 12 de agosto de 1993. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 13 de agosto de 1993.

<sup>285</sup> BRASIL. Lei nº 8.931, 22 de setembro de 1994. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária anual de 1995 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 23 de setembro de 1994.

Mas o veto<sup>286</sup> trazia o problema à realidade: “A estrutura do orçamento da seguridade social não comporta que se destine um mínimo de 30% de seus recursos para o setor de saúde, parte pelo peso dos benefícios sociais, parte pelo comportamento das receitas. Este dispositivo fatalmente não será cumprido”. Com tais palavras, havia um veto em nome do interesse público, simplesmente.

Na LDO de 1996, o dispositivo simplesmente foi retirado. A Lei n.º 9.082/95<sup>287</sup> previu em seu art. 28 que “o orçamento da seguridade social compreenderá as dotações destinadas a atender às ações de saúde, previdência e assistência social e obedecerá ao disposto nos arts. 194, 195, 196, 200, 201, 203 e 212, § 4º, da Constituição”. Nenhuma palavra sobre o patamar mínimo de recursos. O mesmo aconteceu com a LDO de 1997, Lei n.º 9.293/96<sup>288</sup> que repetiu, *ipsis litteris*, o dispositivo da LDO do ano anterior, inclusive no mesmo artigo 28.

Já na LDO do ano de 1998, Lei n.º 9.473, de 22 de julho de 1997<sup>289</sup>, houve a inédita previsão, em seu artigo 37, que “no exercício de 1998 serão aplicados, em ações e serviços de saúde, no mínimo, recursos equivalentes aos autorizados em 1997”. Tal dispositivo não foi vetado, mas seu parágrafo único, que buscava que o Executivo utilizasse superávit financeiro da União a fim de assegurar as ações e serviços de saúde o foi.

A razão do veto apontava que a utilização do superávit financeiro afetaria a meta fiscal estabelecida no Orçamento Geral da União. As razões do veto afirmavam que, a despeito da boa intenção da proposição de resolver o “problema crônico da Saúde”, entendia que deveria ser buscado outro tipo de solução para resolver o financiamento dessa política pública.

Na LDO de 1999, Lei n.º 9.692/98<sup>290</sup>, o artigo 40 previu novamente que no exercício de 1999 seriam aplicados, em ações e serviços de saúde, no mínimo, recursos equivalentes aos fixados na lei orçamentária para 1998, desde que fossem aprovadas as correspondentes fontes de receitas.

Mas o parágrafo único, que previa que “caso haja aumento na previsão das receitas correntes constantes da proposta orçamentária para 1999, em relação ao exercício anterior, os recursos a serem aplicados em ações e serviços de saúde de que trata o caput deste artigo

---

<sup>286</sup> BRASIL. Mensagem de veto n.º 770, de 22 de setembro de 1994. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 23 de setembro de 1994.

<sup>287</sup> BRASIL. Lei n.º 9.082, de 25 de julho de 1995. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária de 1996 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 26 de julho de 1995.

<sup>288</sup> BRASIL. Lei n.º 9.293, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária para o exercício de 1997 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 16 de julho de 1996.

<sup>289</sup> BRASIL. Lei n.º 9.473, de 22 de julho de 1997. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária de 1998 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 23 de julho de 1997.

<sup>290</sup> BRASIL, Lei n.º 9.692, de 27 de julho de 1998. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária de 1999 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 28 de julho de 1998.

serão acrescidos do mesmo percentual da variação das referidas receitas” foi vetado.

As razões do veto<sup>291</sup> tiveram fundamento jurídico, mas, em mais uma oportunidade, a tentativa de solucionar o financiamento das ações e serviços públicos de saúde não se resolveu.

A LDO para o ano 2000, Lei n.º 9.811/99<sup>292</sup>, previu no artigo 48 que no exercício de 2000 seriam aplicados em ações e serviços de saúde, no mínimo, recursos equivalentes aos fixados na lei orçamentária e em seus créditos adicionais no exercício financeiro de 1999. Porém seu parágrafo primeiro, que afirmava que “sem prejuízo do atendimento do disposto no caput deste artigo, o conjunto das despesas classificadas nos grupos “Outras Despesas Correntes” e “Investimentos”, constantes da função “Saúde”, não poderão ter seu valor reduzido”.

O veto<sup>293</sup>, mais uma vez, alude a razões econômicas, ao afirmar que as prioridades de aplicação dos gastos públicos não poderia ser dissociada das disponibilidades dos recursos existentes.

Assim, o país que iniciava os anos 1990 com o dever de ampliar o acesso aos serviços de saúde a todos os brasileiros, considerando as diretrizes constitucionais, iniciava a década de 2000 simplesmente desconsiderando o texto da Constituição recém promulgada.

Durante esta década, a busca de solução para superação dessa crise no financiamento da saúde levou o governo federal a apresentar como alternativa a criação de um novo tributo: a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), criada em 1996, cujo produto da arrecadação deveria ser destinado ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), para financiamento de ações e serviços de saúde (artigo 18, da Lei n.º 9.311/96<sup>294</sup>).

Entretanto, a contribuição da CPMF foi antes a estabilidade do financiamento da saúde do que a ampliação de seus recursos<sup>295</sup>, uma vez que o impacto do seu surgimento foi amortecido pela retração de outras fontes de financiamento da saúde<sup>296</sup>, como se pode notar

<sup>291</sup> BRASIL. Mensagem de veto n.º 879, de 27 de julho de 1998. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 28 de julho de 1998.

<sup>292</sup> BRASIL. Lei n.º 9.811, 28 de julho de 1999. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária de 2000 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 29 de julho de 1999.

<sup>293</sup> BRASIL. Mensagem de veto n.º 1.055, de 28 de julho de 1999. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 27 de julho de 1999.

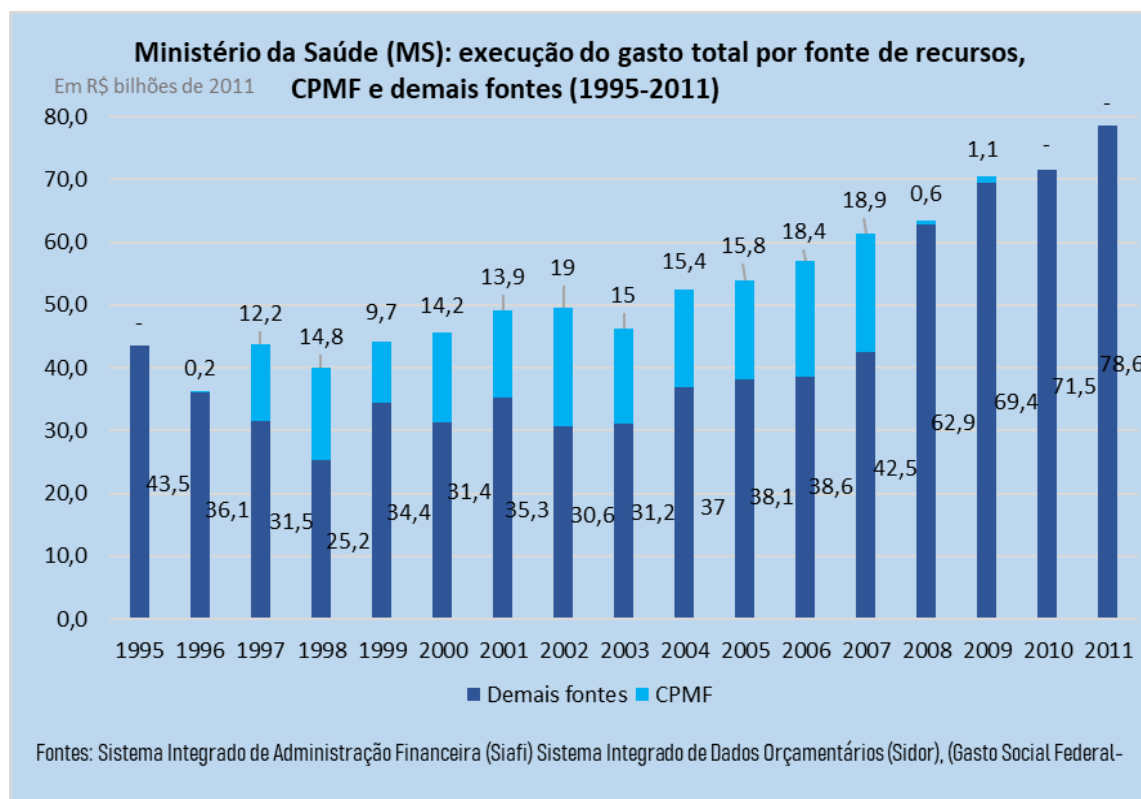
<sup>294</sup> BRASIL. Lei n.º 9.311, de 24 de outubro de 1996. Institui a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira - CPMF, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 25 de outubro de 1996.

<sup>295</sup> RIBEIRO, José Aparecido; PIOLA, Sérgio Francisco; SERVO, Luciana Mendes. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. **Divulg Saúde Debate**, [s. l.], v. 37, p. 21-43, 2007.

<sup>296</sup> SERVO, Luciana MS *et al.* Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**, [s. l.], p. 85-108, 2011.

claramente no gráfico abaixo<sup>297</sup>.

Gráfico 1 - Execução do gasto total por fonte de recursos, CPMF e demais fontes (1995-2011)



O problema de financiamento persistia. Em nenhum momento da década de noventa do século XX houve o cumprimento da disposição constitucional sobre o patamar mínimo de investimentos em saúde pública pela União.

Em verdade, a implantação dos novos direitos sociais previstos na nova Constituição durante os anos noventa do Século XX coincidiu com um período de hiperinflação e restrições macroeconômicas<sup>298</sup>. Várias áreas, não só a saúde pública, buscaram ampliar sua atuação sem necessariamente observar um aumento de recursos para essas políticas. Isso gerou, como se podia esperar, uma intensa disputa interna entre as áreas sociais, entre elas as

<sup>297</sup> “Apesar de criada com a finalidade explícita de auxiliar no financiamento do SUS, parte de sua arrecadação foi destinada para outras áreas e houve, ao mesmo tempo, diminuição da alocação da receita oriunda da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e da Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL), que foi direcionada para a Previdência Social”. MARQUES, Rosa Maria. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Planejamento e Políticas Públicas**, [s. l.], v. 49, p. 35-53, 2017.

<sup>298</sup> REIS, Ademar Arthur Chioro dos *et al.* Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, p. 122-135, dez. 2016. Disponível em: [http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000500122&lng=en&nrm=iso](http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000500122&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 jun. 2022.

áreas de saúde e a previdência social<sup>299</sup>. Contudo, isso não quer dizer que não houve avanços na construção do sistema de saúde.

Ao mesmo tempo que se vivia um crônico problema de financiamento, assistia-se, ainda que lentamente, ao processo de implantação e descentralização dos serviços de saúde<sup>300</sup>. A partir de atos normativos do Ministério da Saúde, uma quantidade expressiva de municípios assumiu a gestão de seus sistemas sanitários<sup>301</sup>.

Ou seja, a década de 1990 testemunhou a passagem de um sistema extremamente centralizado do ponto de vista político, administrativo e financeiro para um cenário em que centenas de gestores passaram a se constituir atores fundamentais no campo sanitário. O principal fator a reduzia as possibilidades de adesão ao processo de descentralização foi exatamente a instabilidade do financiamento federal<sup>302</sup>.

De todo modo, é possível afirmar que ainda assim os anos noventa do Século XX viram o início do estabelecimento de um conjunto de mecanismos de coordenação federativa de políticas, que buscaram introduzir uma relação mínima de coordenação vertical na implementação de programas sociais, como o Piso de Atenção Básica (PAB), por exemplo, de sorte que o recebimento de recursos era condicionado ao cumprimento de metas e à observação de padrões nacionais<sup>303</sup>.

O movimento que se pode vislumbrar nos primeiros anos de SUS é contraditório: de um lado, a paulatina concretização dos sistemas municipais, mas, ao mesmo tempo, intensos conflitos gerados a partir do financiamento insuficiente do sistema único de saúde<sup>304</sup>. Isso levaria a debates já a partir do ano de 1993, mas que culminariam, no ano 2000, com a

<sup>299</sup> PIOLA, Sérgio F. *et al.* **Financiamento público da saúde**: uma história à procura de rumo. Texto para discussão. [S. l.: s. n.], 2013.

<sup>300</sup> “Portanto, pode-se afirmar que a descentralização *per se* não apenas é insuficiente para a concretização dos demais princípios do SUS, mas também que os seus avanços efetivos estão intimamente relacionados a outros aspectos relevantes para a consolidação do sistema, como: o adequado aporte de recursos financeiros, o fortalecimento da capacidade gestora nos três níveis de governo, e a permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos”. LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200002>. Acesso em: 5 jul. 2022.

<sup>301</sup> LUCHESE, Patrícia TR. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde—retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e políticas públicas**, [s. l.], n. 14, 2009.

<sup>302</sup> NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 6, p. 445-450, 2001.

<sup>303</sup> OUVENEY, Assis Mafort; FLEURY, Sonia. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico-institucionalista. **Revista de Administração Pública**, [s. l.], v. 51, p. 1085-1103, 2017.

<sup>304</sup> MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 345-362, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-06182012000200005>. Acesso em: 5 jul. 2022.



aprovação de uma Emenda à Constituição para regular o financiamento dessa política pública.

#### 4.1.2 A Emenda Constitucional n.º 29: novos rumos ao financiamento

A instabilidade dos anos 1990 implicou em diversas tentativas de solucionar o financiamento da saúde pública brasileira. Durante a década, a Saúde recorreu até a empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) de maneira emergencial<sup>305</sup>. O cenário de extrema dificuldade resultou na Emenda n.º 29 ao texto da Constituição, promulgada no ano de 2000. Como grande novidade, ela tentou estabelecer, pela primeira vez, os papéis a serem exercidos pela União, Estados, Municípios e Distrito Federal no financiamento da saúde pública<sup>306</sup>.

Em seu texto foram definidos critérios e percentuais mínimos das receitas federais, estaduais e municipais a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde e seu objetivo era que, com a definição destas regras, o sistema público de saúde obtivesse fontes de financiamentos mais estáveis e seguras, comprometendo os entes federativos com a universalidade da saúde e tentando quebrar o histórico ciclo de instabilidade no financiamento da saúde pública, característica marcante da história brasileira<sup>307</sup>.

Entre 2003 e 2021, houve crescimento real da despesa das três esferas de governo com ações e serviços públicos de saúde (ASPS). A descontinuidade aparece em 2015, 2016 e 2017, quando ocorre redução real do gasto total, com demonstração de recuperação nos anos posteriores (tabela 1). Mesmo assim, em valores constantes, o gasto total das três esferas mais que dobrou entre 2002 e 2021 (crescimento de 192%). Isoladamente, o gasto federal apresentou um crescimento de 126%; o estadual de 249%; e o municipal de 279%. O total de recursos adicionais aportado pelas instâncias de governo – quando comparado o ano de 2003 ao de 2021 – é bastante significativo (em reais de 2019): União, R\$ 136,7 bilhões; estados, R\$ 101,4 bilhões; e municípios, R\$ 116,5 bilhões.

<sup>305</sup> MARQUES, Rosa Maria M.; MENDES, Áquilas. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. **Economia e Sociedade**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 159-175, 2005.

<sup>306</sup> SILVA, Maurício Corrêa da *et al.* Gastos com saúde: uma análise do cumprimento da Emenda Constitucional n.º 29/2000 pelos 100 municípios brasileiros mais populosos, no período de 2000 a 2008. **REUNIR Revista de Administração Contabilidade e Sustentabilidade**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 1-20, 2012.

<sup>307</sup> CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M. O cumprimento da Emenda Constitucional n.º. 29 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 23, p. 1613-1623, 2007.

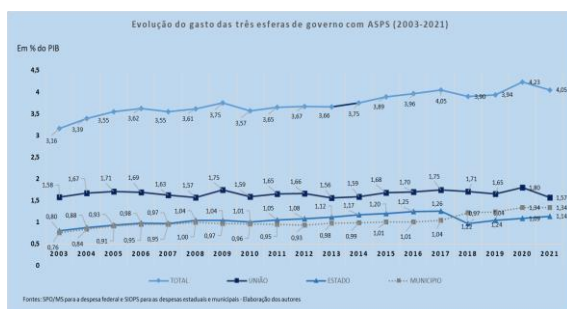
Tabela 1 - Gastos das três esferas de governo com APS (2003-2021). Fonte: SIOPS/MS

Ano	Total (R\$ bilhões de 2019)	União		Estados		Municípios	
		R\$ bilhões de 2019	% do total	R\$ bilhões de 2019	% do total	R\$ bilhões de 2019	% do total
2003	<b>121,0</b>	60,6	50,1	29,7	24,5	30,7	25,4
2004	<b>138,8</b>	68,4	49,3	36,1	26,0	34,3	24,7
2005	<b>150,9</b>	72,7	48,2	38,5	25,5	39,7	26,3
2006	<b>164,0</b>	76,5	46,7	43,2	26,3	44,3	27,0
2007	<b>175,3</b>	80,3	45,8	47,1	26,9	47,9	27,3
2008	<b>192,3</b>	83,5	43,4	53,1	27,6	55,7	29,0
2009	<b>204,5</b>	95,3	46,6	52,8	25,8	56,5	27,6
2010	<b>215,7</b>	96,5	44,7	58,1	26,9	61,2	28,4
2011	<b>233,4</b>	105,6	45,3	60,6	26,0	67,2	28,8
2012	<b>245,0</b>	110,9	45,3	62,1	25,3	72,1	29,4
2013	<b>254,4</b>	108,3	42,6	68,0	26,7	78,1	30,7
2014	<b>265,6</b>	112,7	42,4	70,3	26,5	82,6	31,1
2015	<b>262,3</b>	113,0	43,1	68,1	26,0	81,2	31,0
2016	<b>256,6</b>	109,9	42,8	65,5	25,5	81,2	31,6
2017	265,6	114,7	43,2	68,3	25,7	82,5	31,1
2018	287,6	130,5	45,3	72,5	25,2	84,6	29,4
2019	298,4	129,8	43,4	77,0	25,8	91,6	30,6
2020	314,0	134,2	42,7	82,7	26,3	97,1	30,9
2021	354,6	136,7	38,5	101,4	28,5	116,5	32,85

Quando analisamos a evolução do gasto em ASPS como proporção do PIB fica evidente o maior esforço dos municípios e dos estados. Já a participação da União é mais estável, situando-se na faixa de 1,6% a 1,7%, num evidente e paulatino desfinanciamento do sistema ao longo do tempo.

O aumento na alocação de recursos próprios de estados e municípios no financiamento do SUS provocou alterações na participação relativa de cada um dos entes federativos. No período, a participação da União diminuiu de 1,58% em 2003 para 1,57% em 2021; a de estados aumentou de 0,80% para 1,14%; e a dos municípios de 0,76% para 1,34% (gráfico 2).

Gráfico 2 - Evolução do gasto das três esferas de governo com APS (2003-2021)



A evolução do gasto público total com saúde também pode ser analisada com base no comportamento do gasto per capita e em percentual do PIB (tabela 2). O gasto total aumentou 0,89 pontos percentuais (p.p.) do PIB entre 2003 e 2017, alcançando 4,05% em 2017. Mas a partir daí observa-se uma paulatina queda em 0,09% em 2019, apresentando um aumento relacionado apenas a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional contra a COVID-19.

Tabela 2 - Gasto das três esferas de governo com APS

Ano	% do PIB	ASPS em R\$ 2017 por habitante
2003	3,16	670
2004	3,39	759
2005	3,55	815
2006	3,62	875
2007	3,55	925
2008	3,61	1.004
2009	3,75	1.057
2010	3,57	1.103
2011	3,65	1.182
2012	3,67	1.230
2013	3,66	1.266
2014	3,75	1.310
2015	3,89	1.283
2016	3,96	1.245
2017	4,05	1.279
2018	3,90	1.276
2019	3,94	1.384
2020	4,23	1.615

2021

4,05

1.851

Fonte: SPO/MS para a despesa federal e SIOPS para as despesas estaduais e municipais.

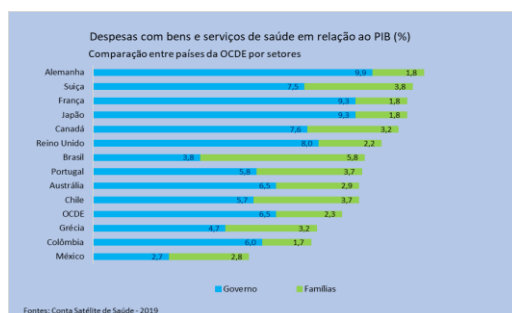
Gráfico 3 - Gasto das três esferas de governo em ASPS, em valores per capita (2003-2021)



Ainda distantes de outros países com sistemas universais, contudo. Como afirma Vieira<sup>308</sup>, em comparações internacionais, o gasto público com saúde do Brasil se situa abaixo do gasto de países que possuem sistema universal de saúde, e mesmo abaixo do gasto de países da América Latina nos quais a saúde não constitui um dever do Estado.

<sup>308</sup> VIEIRA, Fabiola Suplino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016.

Gráfico 4 - Despesas com bens e serviços de saúde em relação ao PIB (%). Comparação entre países da OCDE por setores



Com a EC n.º 29, o art. 198 da CF passou a tratar da base de cálculo para a Aplicação Mínima em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e o art. 77 dos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias estabeleceu os percentuais mínimos para aplicação em ASPS pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Assim, até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde seriam equivalentes, no caso da União a: a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, 5%; b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Já em relação aos Estados e ao Distrito Federal, ficou estabelecido que deveriam destinar à saúde pelo menos 12% da arrecadação do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), do Imposto de Transmissão *Causa Mortis* e Doação (ITCMD), do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e das transferências constitucionais feitas pela União, deduzidas as parcelas destinadas aos respectivos municípios.

Os Municípios, por sua vez, deveriam aplicar em ações e serviços públicos de saúde pelo menos 15% da arrecadação do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), do Imposto de Transmissão de Bens Imóveis (ITBI), do Imposto sobre Serviços (ISS) e das transferências constitucionais feitas pela União e Estados aos Municípios. O Distrito Federal, como também

arrecada tributos municipais, entraria, do mesmo modo, nesta regra quando se tratasse de tais tributos.

Ficou estabelecido, inclusive, que os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que aplicassem percentuais inferiores aos fixados na EC n.º 29 deveriam elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir do ano 2000, a aplicação seria de, pelo menos, 7%.

Ou seja, foram estabelecidas regras para a progressiva provisão de recursos às ações e serviços públicos de saúde. Antes, a única vinculação constitucional existente era para a área da Educação<sup>309</sup>. Assim, se Estados e Municípios tiveram vinculadas receitas tributárias à saúde, no âmbito da União, os recursos para o Sistema Único de Saúde não ficaram vinculados à arrecadação de tributos, mas atrelados ao crescimento do Produto Interno Bruto. A base inicial, em 2000, foi o valor executado no ano 1999, acrescido de 5%. A partir de 2001, o valor mínimo passou a ser definido considerando o valor executado em 2000 pelo Ministério da Saúde, corrigido pela variação do PIB do ano anterior, como destacado.

Isso levaria, com o tempo, a uma renúncia da União ao financiamento do sistema. Com efeito, se a emenda veio forçar estados e municípios a destacar mais recursos com a política de saúde, a União passava a trilhar caminho inverso, como se analisará adiante<sup>310</sup>.

Ficou definido, ainda, que dos recursos da União, 15%, no mínimo, seriam aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.

Por fim, se previa ainda que lei complementar, que seria reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabeleceria os percentuais de aplicação mínima da União, Estados, Distrito Federal e Municípios em Ações e Serviços Públicos de Saúde; os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal, bem como as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

---

<sup>309</sup> GOMES, Fábio de Barros Correia. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. **Saúde em debate**, [s. l.], v. 38, p. 6-17, 2014.

<sup>310</sup> CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M.O cumprimento da Emenda Constitucional n.º 29 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 23, n. 7, p. 1613-1623, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700012>. Acesso em: 5 jul. 2022.

Caso a lei complementar não viesse a ser aprovada, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-ia à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios os mesmos percentuais já constantes da Emenda à Constituição.

A EC n.º 29/2000, portanto, inovou na ordem jurídica com objetivos nada modestos: pretendia pôr fim à histórica instabilidade dos parâmetros sobre os gastos em saúde pública no Brasil<sup>311</sup>. Quando analisados historicamente, os resultados são impactantes. Pode-se dizer que após a EC n.º 29 os gastos públicos apresentaram uma tendência crescente nas aplicações dos recursos em saúde.

Segundo os dados do SIOPS<sup>312</sup>, o Brasil investiu em 2003 R\$ 56,6 bilhões em ações de saúde. Destes, R\$ 27,2 bilhões foram recursos da União, representando 48% do total de recursos aplicados. A União, contudo, reduziu paulatinamente sua participação relativa no financiamento da saúde após a EC n.º 29.

Em 2000 sua participação era de 58,6%; em 2001 de 54,6% em 2002 de 52,1% e em 2015 já representava 43%. Constata-se que, se de um lado há uma diminuição da participação da União, por outro, há o conseqüente aumento relativo dos gastos em saúde para os Estados e Municípios, como se pode notar das tabelas abaixo.

Tabela 3 - Participação nas despesas com Saúde, segundo Esfera de Governo – 1980-2017

Participação nas Despesas com Saúde, segundo Esfera de Governo - 1980-2017			
ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
1980	75,0	17,8	7,2
1985	71,7	18,9	9,5
1990	72,7	15,4	11,8
1995	63,8	18,8	17,4
2000	58,6	20,2	21,2
2001	54,6	22,9	22,6
2002	52,1	22,6	25,3
2003	50,1	24,5	25,4
2004	49,2	26,1	24,7
2005	48,2	25,5	26,3
2006	46,7	26,9	27,0
2007	45,8	26,9	27,3

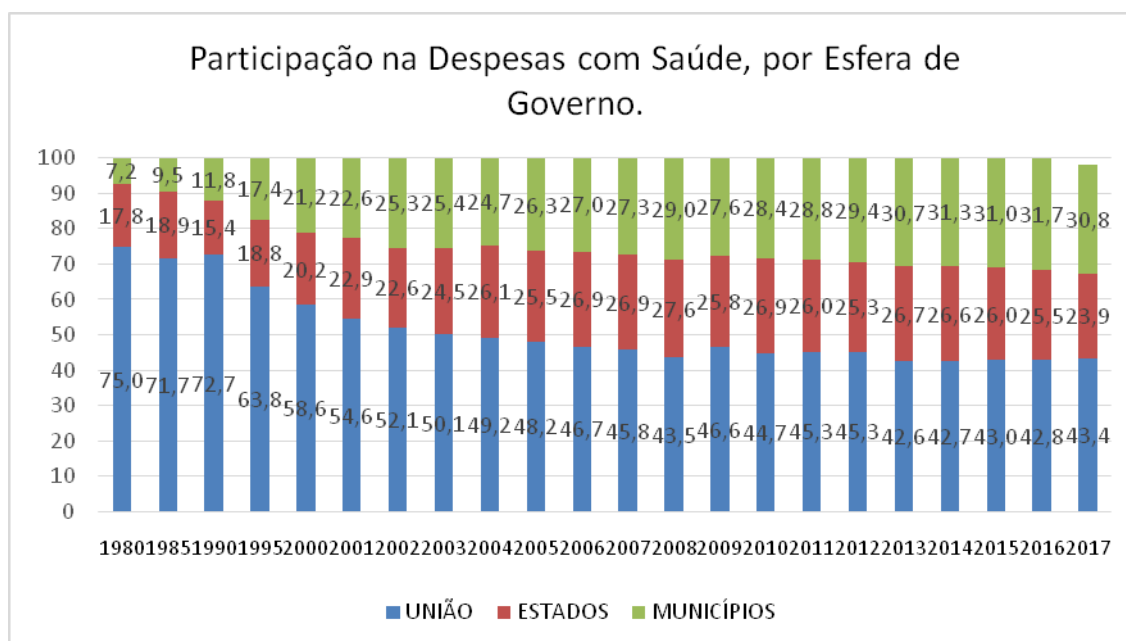
<sup>311</sup> RIBEIRO, José Aparecido; PIOLA, Sérgio Francisco; SERVO, Luciana Mendes. Financiamento e gasto das políticas sociais: o caso do Ministério da Saúde, 1995 a 2005. **Bahia Análise e Dados**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 289-301, 2006.

<sup>312</sup> O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) é um sistema que tem por objetivo apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde. Foi institucionalizado no âmbito do Ministério da Saúde, com a publicação da Portaria Conjunta MS/ Procuradoria Geral da República n.º 1163, de 11 de outubro de 2000, logo após a EC n.º 29.

2008	43,5	27,6	29,0
2009	46,6	25,8	27,6
2010	44,7	26,9	28,4
2011	45,3	26,0	28,8
2012	45,3	25,3	29,4
2013	42,6	26,7	30,7
2014	42,7	26,6	31,3
2015	43,0	26,0	31,0
2016	42,8	25,5	31,7
2017	43,4	23,9	30,8

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) para os dados da União (a partir do ano de 2013), Estados, DF e Municípios; Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) do Ministério da Saúde para os dados da União (de 2002 a 2012).

Gráfico 5 - Participação nas despesas com saúde por esfera de governo



Quando analisamos os gastos totais com saúde, somando o que União, Estados e Municípios aportavam em ações e serviços públicos de saúde, temos um quadro de crescente evolução até o ano de 2015, quando entra em vigor outra Emenda Constitucional<sup>313</sup>. O gasto público das três esferas com ações e serviços públicos de saúde cresceu de R\$ 64,8 bilhões, em 2000, para R\$ 137,5 bilhões em 2010. O gráfico é claro, saltamos de uma despesa média de 270 reais por habitante em 2002 para 912,21 reais uma década depois, um salto

<sup>313</sup> PIOLA, Sérgio Francisco; FRANCA, José Rivaldo Mello de; NUNES, André. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 411-422, fev. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000200411&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200411&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 out. 2019.



significativo:

Gráfico 6 - Despesas em saúde por habitante

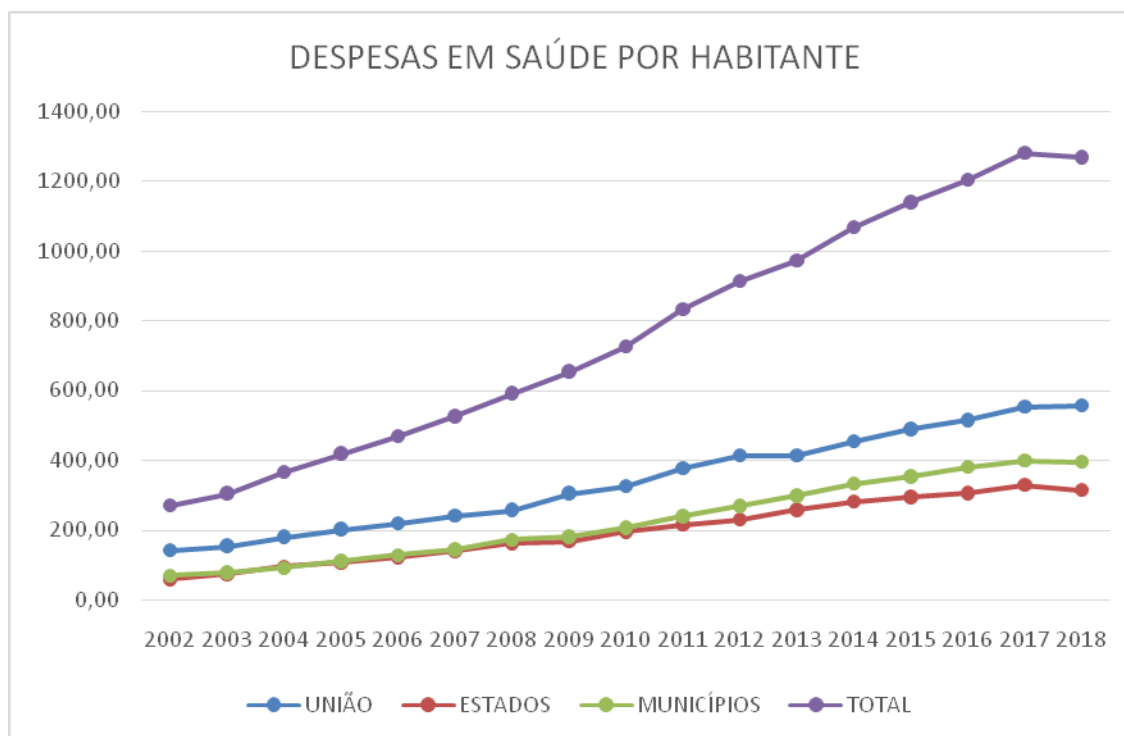


Tabela 4 - Despesas por habitante

DESpesas POR HABITANTE

ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS	TOTAL
2002	141,65	59,82	68,89	270,36
2003	153,68	72,96	77,83	304,46
2004	180,10	95,13	90,37	365,60
2005	201,68	106,76	110,15	418,59
2006	218,18	123,03	126,19	467,40
2007	240,79	141,15	143,63	525,57
2008	256,68	163,37	171,25	591,30
2009	304,31	168,55	180,40	653,26
2010	324,85	195,53	205,98	726,36
2011	375,99	215,78	239,14	830,91
2012	412,81	231,11	268,29	912,21
2013	413,13	259,40	298,00	970,54
2014	453,22	282,61	332,31	1.068,14
2015	489,38	296,11	353,25	1.138,75
2016	515,50	307,13	380,93	1.203,56
2017	552,35	329,46	397,72	1.279,52
2018	556,42	315,57	395,84	1.267,84

Pode-se afirmar, portanto, que a aprovação da EC n.º 29 trouxe um maior volume de recursos para o SUS, ainda que se possa discutir se os montantes gerados são suficientes<sup>314</sup>. É nítida a existência de um padrão de maior estabilidade no financiamento, uma vez que o volume de recursos passou a crescer de forma contínua e com regras claras, não mais dependendo do poder de decisão da força política governante.

De todo modo, a implementação da EC n.º 29 gerou uma série de interpretações e de dificuldades, deixando claro o que ocorreu ao longo de toda a história brasileira: a instabilidade do financiamento da saúde pública.

Podemos citar dois fatos que servem de paradigma para se entender a dificuldade. Primeiramente não havia uma definição clara do que deveriam ser consideradas ações e serviços públicos de saúde. O outro problema era uma interpretação dúbia acerca da base de cálculo anual de despesas com ASPS. Em ambos os casos, a depender da resposta, centenas de milhões de reais poderiam ser acrescidos ou retirados do financiamento do SUS.

Assim, Campelli, em texto do ano de 2007, já alertava que, apesar do evidente incremento de recursos públicos, a Emenda à Constituição n.º 29 vinha sendo descumprida, deixando a União de aplicar em saúde um valor acumulado de R\$ 1,8 bilhão<sup>315</sup>.

Um terceiro problema, de enorme impacto financeiro, dizia respeito ao entendimento jurídico do que seria “valor apurado no ano anterior”, nos termos do que previu a redação do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, na redação dada pela EC n.º 29.

Para uma primeira interpretação, o percentual de variação do PIB nominal seria aplicado sobre o valor mínimo de recursos calculado para o ano antecedente. Para uma segunda interpretação, deveria ser considerado o valor efetivamente empenhado no ano anterior. Ou seja, neste segundo caso, o percentual de variação do PIB nominal seria aplicado sobre o volume de recursos efetivamente executados no ano anterior, exceto quando este for inferior ao piso mínimo calculado. Para os defensores da primeira interpretação, deveria sempre ser considerado o valor mínimo de gastos<sup>316</sup>.

---

<sup>314</sup> VIEIRA, Fabiola Sulpino; PIOLA, Sergio Francisco; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil**: resultados e argumentos a seu favor. Textos para discussão. IPEA: [s. n.], 2019.

<sup>315</sup> CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M. O cumprimento da Emenda Constitucional n.º 29 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1613-1623, jul. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000700012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700012&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 out. 2019.

<sup>316</sup> FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 371-378, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200004>. Acesso em: 21 jul. 2022.

O Tribunal de Contas da União, na TC-004.477/2005-7<sup>317</sup>, relator Ministro Marcos Villaça, firmou o entendimento que, de fato, a segunda interpretação seria a mais adequada e ainda reconheceu que a União estaria a descumprir a previsão da Emenda n.º 29 ao texto da Constituição Federal. Na decisão, o TCU teve de afirmar que os gastos realizados por meio do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, bem como os gastos do Programa Bolsa-Família, não deveriam ser considerados parte integrante dos recursos aplicados em Ações e Serviços Públicos em Saúde:

Ou seja, ainda que se considere que a Emenda n.º 29 ao texto da Constituição da República de 1988 tenha sido um avanço em termos de financiamento da saúde pública, uma vez que pode ser constatada uma evolução positiva dos gastos com ações e serviços públicos de saúde, questões fundamentais que não foram esmiuçadas na Emenda à Constituição precisavam da Lei Complementar, a que a própria EC n.º 29 se referia, para serem solucionadas. A Lei Complementar só seria aprovada mais de uma década depois.

#### 4.1.3 A Lei Complementar n.º 141/2012: reafirmar o óbvio

Durante doze anos, houve uma ampla discussão, tanto no âmbito político, quanto no âmbito jurídico, acerca das consequências da Emenda n.º 29 à Constituição. As áreas econômica e de saúde pública viviam intenso debate sobre a metodologia adequada de cálculo para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, como se viu<sup>318</sup>.

Isso não é novidade. A trajetória do financiamento do SUS, bem como de toda a saúde pública brasileira, revela as dificuldades históricas que têm sido enfrentadas para garantir os recursos necessários à manutenção do sistema e para reduzir os chamados vazios assistenciais<sup>319</sup>.

Nesse sentido, a Emenda n.º 29 à Constituição Federal inovou com uma vinculação orçamentária mais precisa do que aquela contida no texto originário da Carta Republicana. Com ela, passou-se a ter minimamente o comprometimento de financiamento estável,

---

<sup>317</sup> BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão n. 957/2005**. TC-004.477/2005-7, Ata n. 26/2005-Plenário, Sessão de 13 jul. 2005.

<sup>318</sup> MENDES, Áquilas. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 22, p. 987-993, 2013.

<sup>319</sup> “A demora na regulamentação da EC 29 em parte pode ser explicada pela existência de uma permanente tensão entre a área econômica do governo federal e as sociais: a primeira objetivando realizar superavit primários e a segunda preocupada em atender às demandas sociais e ampliar sua cobertura. Essa tensão iria se aprofundar nos anos seguintes, principalmente quando a economia brasileira começava a mostrar um esgotamento em sua capacidade de crescimento”. MARQUES, Rosa Maria. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Planejamento e Políticas Públicas**, [s. l.], p. 35-53, 2017.

possibilitando um planejamento mínimo dos gastos públicos. Mas ainda que tenha representado um aumento nominal de gastos, não representou uma elevação proporcional do investido pela União nessa política pública.

Em 1995, por exemplo, o governo federal já gastava com ações e serviços de saúde o equivalente a 1,75% do PIB. Em 2012 essa proporção praticamente se manteve. Os gastos federais com ações e serviços públicos de saúde, em verdade, diminuíram em relação à Receita Corrente Bruta da União<sup>320</sup>.

Até a sanção da Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, permaneceram válidas as regras estatuídas pelo art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, determinando que “até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde seriam equivalentes, no caso da União a: a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, 5%; b) do ano 2001 a 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB.

Como a Lei Complementar exigida pelo art. 198 da Constituição Federal só foi promulgada em 2012, as regras que permaneceriam válidas somente até 2004 foram revalidadas ano a ano até 2012, mais um indício claro da dificuldade histórica de tratar do financiamento da saúde pública.

Assim, a definição de ações e serviços públicos de saúde, para fins de cumprimento da determinação constitucional, alvo de intenso debate desde a promulgação da EC n.º 29 no ano 2000, continuou sendo aquela ditada por sucessivas Leis de Diretrizes Orçamentárias até 2012, e era traduzida da seguinte forma<sup>321</sup>: “consideram-se exclusivamente como ações e serviços públicos de saúde a totalidade das dotações do órgão Ministério da Saúde, deduzidos os encargos previdenciários da União, os serviços da dívida, as transferências de renda a famílias e as despesas financiadas com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, e ressalvada disposição em contrário que vier a ser estabelecida pela lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, da Constituição”.

Além disso, firmou-se a interpretação do TCU, durante esses doze anos, do que deveria ser entendido como “valor apurado no ano anterior”, nos termos do que previu a redação do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, na redação dada pela EC n.º 29.

---

<sup>320</sup> MENDES, Áquilas. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 22, p. 987-993, 2013.

<sup>321</sup> BRASIL. **Lei nº. 12.465, de 12 de agosto de 2011**. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2012 e dá outras providências. Brasília, Presidência da República, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112465.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112465.htm). Acesso em: 20 set. 2022.

O mandamento constitucional passou a ser interpretado sob a ótica da “base móvel”, isto é, o valor despendido em um ano se incorpora à base de cálculo do piso de aplicação do ano subsequente<sup>322</sup>.

Assim, a apuração do valor mínimo a ser aplicado em saúde estava condicionada a duas variáveis: base de cálculo, que seria ou o piso do ano anterior ou o valor efetivamente empenhado, caso este superasse o valor mínimo estabelecido, e, por outro lado, o fator de correção, que era a variação nominal do PIB do ano anterior.

Então, em janeiro de 2012, após mais de uma década de intensos debates, foi finalmente sancionada a Lei Complementar n.º 141<sup>323</sup>. No âmbito da União, a norma manteve a previsão de que o valor a ser aplicado em um exercício tomasse por base “o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior”, acrescida da “variação nominal do Produto Interno Bruto do ano anterior”.

Ou seja, foi normatizada a interpretação dada pelo Tribunal de Contas da União. A Lei ainda previu que em caso de variação negativa do PIB, o valor despendido com saúde não poderia ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

A grande inovação da LC n.º 141/12, entretanto, foi afastar a subjetividade que durante anos permeou a definição do que seriam “ações e serviços públicos de saúde” para fins de cômputo no piso constitucional e, assim, aproximar as referidas despesas da intenção original dos debates que antecederam a Emenda n.º 29 à Constituição. Nesse sentido, a Lei Complementar fixou regras, diretrizes e condições para identificar as despesas passíveis de serem consideradas nos recursos mínimos<sup>324</sup>.

Isso não quer dizer que a disputa acerca da alocação maior ou menor de recursos públicos para a Saúde deixou de ocorrer. Na votação do primeiro orçamento federal sob a égide da Lei Complementar n.º 141/12, mais uma vez intensos debates tomaram o Congresso.

Na proposta do Executivo foram previstos recursos da ordem de R\$ 86,63 bilhões como o Piso Constitucional da Saúde a partir de 2013. Contudo, o Parecer Preliminar ao Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA), aprovado pela Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização, em novembro de 2012, apontou divergências de

---

<sup>322</sup> CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M. O cumprimento da Emenda Constitucional n.º 29 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 23, n. 7, p. 1613-1623, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700012>. Acesso em: 21 jul. 2022.

<sup>323</sup> BRASIL. Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012. **Diário Oficial da União: Brasília, DF, 16 de janeiro de 2012.**

<sup>324</sup> BARBOSA, Antonio Pires; TARDIVO, Carla Rubia Florencio; BARBOSA, Estela Capelas. Mecanismos de controle da gestão do SUS à Luz da Lei Complementar n.º 141, de 2012. **Administração Pública e Gestão Social**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 66-74, 2016.

interpretação da LC n.º 141/12 em relação às despesas previstas como ações e serviços públicos de saúde<sup>325</sup>.

Ou seja, mesmo com uma nova lei, que tentava afastar o subjetivismo na interpretação do que seriam ações e serviços públicos de saúde, o debate continuava. Nesse ponto, discutia-se se as despesas com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia, com os Hospitais Universitários, com resíduos sólidos, saneamento básico e academias de saúde deveriam ser consideradas como ações e serviços públicos de saúde<sup>326</sup>.

Após intensos debates ocorridos no Congresso Nacional, foi aprovado o Parecer Final ao PLOA 2013, firmando o entendimento de que as despesas com a ANS, Resíduos Sólidos, Saneamento Básico e Academias de Saúde não deveriam fazer parte do Piso Constitucional da Saúde.

De toda sorte, a Lei Complementar n.º 141, de 2012, deve ser entendida como um marco regulatório dos gastos com saúde no Brasil. Ela dispôs, pela primeira vez, sobre a metodologia de cálculo do que se convencionou chamar “ações e serviços públicos de saúde” para fins de cômputo no Piso Constitucional e estabeleceu limites mínimos de dispêndios de tais despesas para as três esferas de governo – União, Estados e DF, e Municípios. Também avançou ao definir uma orientação geral para a metodologia de rateio, no sentido de que as transferências devem observar as necessidades de saúde da população e procurar reduzir as disparidades regionais<sup>327</sup>.

Em verdade, ela veio estabelecer que o rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, o que será analisado adiante.

Mas os debates acerca do financiamento adequado do SUS permaneceriam e levariam ainda a outras alterações constitucionais.

---

<sup>325</sup> GOMES, Luciano de Souza. A Lei Complementar n.º 141/2012 e os investimentos da União em saúde. **Orçamento Público em Discussão**, [s. l.], dez. 2013. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/documentos/estudos/tipos-de-estudos/orcamento-em-discussao/edicao-6-2013-a-lei-complementar-no-141-2012-e-os-investimentos-da-uniao-em-saude/view>. Acesso em: 20 out. 2019.

<sup>326</sup> SALGADO, Leonardo Gil. A regulamentação da Emenda Constitucional n.º. 29/2000 pela Lei Complementar n.º. 141/2012: estimativa dos impactos sobre o financiamento e sobre a oferta de serviços do SUS-MG. 2012. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2012.

<sup>327</sup> SANTOS, Lenir. **SUS e a Lei Complementar 141 comentada**. São Paulo: Saberes, 2012.

#### 4.1.4 A Emenda à Constituição n.º 86: a breve mudança

A Emenda n.º 86 à Constituição Federal ficou conhecida como “PEC do Orçamento Impositivo”. Mas além de criar uma espécie de “orçamento impositivo à brasileira”, a Emenda à Constituição alterou também o modo de financiamento do Sistema Único de Saúde<sup>328</sup>.

Em verdade, a EC n.º 86 trouxe uma nova base de cálculo constitucional para a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde a partir de 2016. No lugar da variação do PIB, passa-se a ter como parâmetro a Receita Corrente Líquida (RCL)<sup>329</sup> da União, sendo 13,2% em 2016, 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019 e 15% a partir de 2020.

Além disso, os recursos referentes à participação da União nos resultados ou pela compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural (conhecidos como recursos do “Pré-Sal”) perderam a condição anterior legalmente estabelecida de recursos adicionais ao apurado para a aplicação mínima constitucional a partir de 2015<sup>330</sup>. No cômputo desse montante foi incluída também a parcela das emendas parlamentares destinadas a ações e serviços de saúde.

Como já demonstrado, a Lei Complementar n.º 141/12 regulava a matéria em seu art. 5º, mencionando que a União aplicaria, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do PIB. No que se refere à vinculação criada para financiar as emendas parlamentares individuais, as alterações trazidas pela Emenda n.º 86 à Constituição são relevantes.

Restou estabelecida uma vinculação de receitas para gastos com emendas parlamentares individuais no percentual de até 1,2% da receita corrente líquida prevista no Projeto de Lei Orçamentária enviado pela União, sendo que metade desse percentual deveria

---

<sup>328</sup> ASSIS, Adriana Ribeiro de. Orçamento impositivo: As emendas constitucionais n.º 86/2015 e 100/2019 na resolução do “problema do orçamento”. **Cadernos**, [s. l.], v. 1, n. 5, p. 26-35, 2020.

<sup>329</sup> Receita Corrente Líquida é o somatório das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, transferências correntes e outras receitas também correntes, deduzidos, principalmente, os valores transferidos, por determinação constitucional ou legal, aos Estados e Municípios, no caso da União, e aos Municípios, no caso dos Estados, consideradas ainda as demais deduções previstas na Lei. Ela é apurada somando-se as receitas arrecadadas no mês em referência e nos onze anteriores. O demonstrativo da Receita Corrente Líquida da União é publicado mensalmente no Relatório Resumido da Execução Orçamentária da União.

<sup>330</sup> No segundo semestre de 2013, foi aprovada a Lei n.º. 12.858/2013, alcunhada como “Lei do Pré-Sal”, na qual uma parte dos seus recursos seria destinada para financiar despesas com ações e serviços públicos de saúde adicionalmente àquele valor da aplicação mínima da Constituição.

ser destinada a ações e serviços públicos de saúde, inclusive para custeio, sendo vedado seu uso para pagamento de despesas com pessoal ou encargos sociais. Este valor destinado à saúde seria considerado no montante anual que a União obrigatoriamente deveria despende.

A obrigatoriedade de execução orçamentária só cessaria quando ocorresse impedimento de ordem técnica, assim entendido como aquele que impedisse a realização do empenho da despesa. Este impedimento deveria ser formalmente comunicado ao Poder Legislativo no prazo de cento e vinte dias da promulgação da lei orçamentária pelos Poderes Executivo ou Judiciário, pelo Ministério Público ou Defensoria Pública.

Sendo insuperável o impedimento apontado, o Poder Legislativo, em trinta dias indicaria ao Poder Executivo o remanejamento da programação orçamentária daquela verba, o qual deveria encaminhar esta reprogramação como projeto de lei em até trinta dias, ou até a data de 30 de setembro. Caso o Congresso não deliberasse acerca desse tema em trinta dias, ou até a data de 20 de novembro, o remanejamento proposto pelo Legislativo deveria ser implementado por ato do Poder Executivo, nos termos previstos na lei orçamentária.

Quando os recursos desta vinculação para financiamento das emendas parlamentares individuais fosse destinado a Estados, Distrito Federal ou Municípios, sua transferência não dependeria da adimplência do ente federativo destinatário dos recursos e também não integraria a base de cálculo da receita corrente líquida para fins de aplicação dos limites de despesa de pessoal.

Esta vinculação de 1,2% poderia ser contingenciada caso houvesse ameaça do descumprimento da meta de superávit primário estabelecido no anexo de metas fiscais da Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Tratava-se, portanto, de uma Emenda à Constituição que vinculou recursos do orçamento da União para os gastos que viessem a ser estabelecidos pelos parlamentares para atendimento de suas bases eleitorais. Todo o restante do orçamento permaneceria ao sabor dos controles do Poder Executivo, que poderá contingenciá-lo da maneira que melhor lhe aprouver, dentro dos limites estabelecidos pelo ordenamento jurídico. O orçamento, então, que sempre foi uma peça discricionária, passou a ter uma parte dele vinculado<sup>331</sup>.

Em termos de saúde pública, a regra válida até o ano de 2015, fundada na Emenda n.º 29 à Constituição e na Lei Complementar n.º 141/2012, estabelecia que a aplicação mínima no ano futuro corresponderia ao valor empenhado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB desse ano.

---

<sup>331</sup> SAGASTUME, Mariana Helcias Côrtes Gonzaga *et al.* Orçamento impositivo: a experiência da saúde. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, [s. l.], v. 22, n. 72, 2017.



Com a aprovação da EC n.º 86/2015, a partir de 2016, o critério de cálculo para apuração da aplicação mínima passou a corresponder a um percentual da Receita Corrente Líquida do próprio exercício, iniciando com 13,2% e aumentando este percentual anualmente até atingir 15% em 2020. Os recursos do Pré-Sal, como dito, também perderam a condição de financiamento adicional ao da aplicação mínima. Além disto, as emendas parlamentares individuais passaram a ter o caráter de execução orçamentária obrigatória, correspondente a 0,6% da RCL. Tais valores também passaram a se somar ao gasto total com ASPS<sup>332</sup>.

Tal regulação do financiamento público com saúde teve curta duração, contudo, mas o suficiente para revelar a dificuldade em garantir os recursos necessários para a manutenção de um sistema universal de saúde pública<sup>333</sup>. A Emenda n.º 86 ao texto constitucional foi promulgada em março de 2015, mas só vigoraria até dezembro de 2016, quando foi então sancionada uma nova emenda à Constituição que, modificando o regime fiscal do país, teve enorme impacto no âmbito do SUS.

#### 4.1.5 A Emenda Constitucional n.º 95: o teto de gastos no texto constitucional

As dificuldades durante a tramitação e aprovação da Emenda n.º 86 ao texto da Constituição deixavam claro que pensar em incremento financeiro ao setor da saúde seria difícil num momento em que a economia brasileira passava por períodos de turbulência. Se no ano de 2010 o PIB do Brasil cresceu 7,5%, em 2014 seu crescimento já era de 0,5% e em 2015 e 2016 nos deparávamos com um PIB negativo de 3,5%<sup>334</sup>. No lugar de crescer, o país regredia.

<sup>332</sup> “A EC 86/2015 alterou o modelo de financiamento proposto pela EC 29/2000, na medida em que torna impositivas as emendas parlamentares incluindo-as no cômputo das despesas em saúde. À primeira vista pode parecer que a EC 86/2015 trouxe um incremento financeiro ao setor da saúde, todavia, em termos nominais, em 2016, os valores destinados pelo Ministério da Saúde podem significar aporte menor que do ano corrente. A EC 86/2015 apresentou também percentuais mínimos e progressivos de aplicação financeira em saúde pela União – consideradas as emendas impositivas”. SANTOS, Alethele Oliveira; DELDUQUE, Maria Celia; ALVES, Sandra Mara Campos. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2016000100301&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2016000100301&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 mar. 2022.

<sup>333</sup> “A trajetória do financiamento do SUS revela as dificuldades que têm sido enfrentadas para garantir os recursos necessários à manutenção do sistema e para reduzir os chamados vazios assistenciais (deficit de oferta). O gasto público com saúde nas três esferas de governo aumentou, desde o início da vinculação pelas regras da EC 29, de cerca de 3,0% do PIB para 3,9% em 2015, contudo, ainda é considerado muito baixo para a manutenção de um sistema universal de saúde quando se compara com o de outros países”. VIEIRA, Fabiola Sulpino *et al.* O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Périplos: Revista de Estudos sobre Migrações**, [s. l.], v. 10, n. 3, 2016.

<sup>334</sup> PAULA, Luiz Fernando de; PIRES, Manoel. Crise e perspectivas para a economia brasileira. **Estudos Avançados**, [s. l.], v. 31, n. 89, p. 125-144, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-40142017.31890013>. Acesso em: 8 jul. 2022.

O ambiente de iniquidade econômica somado à turbulência política de *impeachment* da Presidente da República criou as condições para que mudanças drásticas fossem implementadas na execução das políticas públicas do país. Assim, no ano seguinte à Emenda n.º 86 ao texto constitucional, uma grande mudança se abateu sobre o financiamento das políticas públicas no Brasil, inclusive no setor da Saúde<sup>335</sup>.

A Mensagem Presidencial que foi encaminhada ao Congresso solicitando a tramitação da Proposta de Emenda à Constituição, que mais tarde se tornaria a Emenda n.º 95, deixa claro que a razão era equilibrar as contas públicas contendo despesas. Segundo a mensagem, a raiz do problema fiscal do país estaria crescimento acelerado da despesa pública primária<sup>336</sup>, a qual, no período entre 2008 e 2015 cresceu 51% acima da inflação, enquanto a receita evoluiu apenas 14,5%. Contendo o crescimento da despesa primária, a expansão da dívida pública também pararia.

Deste modo, entrou em vigor um Novo Regime Fiscal que alterou completamente a forma de financiamento da Saúde Pública no país. Esse Novo Regime passou a existir com a aprovação da Emenda à Constituição n.º 95, de 2016, e formou-se pelo acréscimo dos artigos 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113 e 114 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT).

Vigorando por vinte exercícios financeiros, ou seja, duas décadas, definiu um teto às despesas primárias, objetivando, como já dito, uma melhoria gradual dos resultados fiscais. O limite também se sobrepôs aos gastos em saúde, resultando em uma desvinculação da receita corrente líquida do financiamento da saúde pública, que passou a ser regido nos moldes das demais despesas públicas.

Assim ficaram estabelecidos, para cada exercício, limites individualizados para as despesas primárias do Poder Executivo; do Supremo Tribunal Federal, do Superior Tribunal de Justiça, do Conselho Nacional de Justiça, da Justiça do Trabalho, da Justiça Federal, da Justiça Militar da União, da Justiça Eleitoral e da Justiça do Distrito Federal e Territórios, no

---

<sup>335</sup> “A principal motivação para a promulgação da EC 95 foi a necessidade de reduzir o déficit primário (diferença negativa entre receitas e despesas primárias) por meio de um ajuste fiscal concentrado na redução dessas despesas, para geração de superávit primário destinado ao financiamento das despesas financeiras (principalmente juros e amortização da dívida pública) que, diferentemente das primárias, não terão nenhuma limitação até 2036 e, também, não serão auditadas”. FUNCIA, Francisco Rózsa. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, p. 4405-4415, 2019.

<sup>336</sup> As despesas primárias devem ser consideradas como os gastos realizados pelos governos para prover bens e serviços públicos à população, tais como saúde, educação e obras de infraestrutura, além de gastos necessários para a manutenção da estrutura do Estado, como pagamento de servidores, por exemplo. Distinguem-se, portanto, das despesas financeiras ou não primárias, que se originam de operações financeiras. São aquelas resultantes do pagamento de uma dívida do governo ou da concessão de um empréstimo tomado pelo governo em favor de outra instituição ou pessoa.

âmbito do Poder Judiciário; do Senado Federal, da Câmara dos Deputados e do Tribunal de Contas da União, no âmbito do Poder Legislativo; do Ministério Público da União e do Conselho Nacional do Ministério Público, bem como da Defensoria Pública da União.

Cada um dos limites passou a equivaler para o exercício de 2017, à despesa primária paga no exercício de 2016, incluídos os restos a pagar pagos e demais operações que afetam o resultado primário, corrigida em 7,2%, que foi a inflação do período e para os exercícios posteriores, ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA)<sup>337</sup>, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de doze meses encerrado em junho do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária.

Em verdade, a Emenda n.º 95 ao texto constitucional passou a fixar limites à elaboração e execução dos orçamentos, estabelecendo um duplo controle para a despesa pública em termos de teto: um prévio, no plano da autorização orçamentária, e outro posterior, na execução financeira. Ou seja, os créditos adicionais não podem ampliar o montante autorizado na Lei Orçamentária Anual, exceto quando se tratar de crédito extraordinário aberto por medida provisória, nas situações previstas na Constituição.

Como dito, ao observar já a mensagem que entabulava a Proposta de Emenda à Constituição, acreditava-se que o problema da despesa pública primária é de caráter estrutural, devido, sobretudo, às despesas obrigatórias definidas na Constituição Federal de 1988. O novo regime fiscal seria um ajuste a médio e longo prazo capaz de conter e reverter a trajetória de aumento do gasto público e da dívida pública, retomando o crescimento econômico<sup>338</sup>.

Ou seja, a EC n.º 95 foi uma tentativa de assegurar o equilíbrio fiscal pela contenção das despesas, não pelo aumento da receita. Foi a proposta para se resolver o impasse estrutural entre, de um lado, a pressão por mais gastos e, de outro, os limites econômicos ou políticos da capacidade de financiamento<sup>339</sup>. Não se colocou restrições a essa ou aquela atuação estatal. Em verdade, foram fixados limites globais da despesa do ponto de vista financeiro,

---

<sup>337</sup> O IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) é medido mensalmente pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e foi criado com o objetivo de oferecer a variação dos preços na economia brasileira para o público final. O IPCA é considerado o índice oficial de inflação do país. A taxa de inflação, por sua vez, corresponde a uma média do crescimento dos preços de um conjunto de serviços e bens ao longo de determinado período.

<sup>338</sup> OREIRO, José Luis. A grande recessão brasileira: diagnóstico e uma agenda de política econômica. **Estudos Avançados**, [s. l.], v. 31, p. 75-88, 2017.

<sup>339</sup> PAES-SOUSA, Rômulo; RASELLA, Davide; CAREPA-SOUSA, Julio. Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, p. 172-182, 2018.

subdividido entre os Poderes e órgãos autônomos. Passamos a ter diversos tetos gerais de despesa<sup>340</sup>.

Que valor seria esse? O valor da despesa primária deveria corresponder ao valor referente ao ano imediatamente anterior corrigido pela variação do IPCA. Logo, pode-se afirmar que a despesa primária total ficará “congelada” por 20 anos no mesmo patamar real de 2016, ano base fixo da medida<sup>341</sup>. O critério de apuração é o regime de caixa, desembolso efetivo de recursos. No Novo Regime Fiscal, portanto, as despesas ficarão estacionadas em termos reais. Se a economia crescer, a participação relativa do dispêndio estatal como proporção do PIB deverá diminuir<sup>342</sup>.

As regras do novo regime não permitem, assim, o aumento das despesas totais e reais do governo acima da inflação, nem mesmo se a economia estiver com viés de crescimento<sup>343</sup>. Somente será possível aumentar os investimentos em uma área desde que sejam feitos cortes em outras. As novas regras desconsideram, portanto, as taxas de crescimento econômico. Fixado o teto uma única vez, todos os fenômenos administrativos que ocorrerem nas várias unidades, órgãos e pessoas administrativas citadas pela EC, pelos próximos vinte anos, restam “congelados”<sup>344</sup>.

E quais seriam as consequências para o descumprimento da regra? Os incisos do art. 109 do ADCT impõem o dever de abstenção em relação a uma série de atos específicos. Adicionalmente, o caput contempla um dever genérico dos órgãos e entidades de também adotarem “outras medidas” para o retorno das despesas aos respectivos limites.

Assim, no caso de descumprimento de limite individualizado, aplicam-se, até o final do exercício, o retorno das despesas aos respectivos limites, ao Poder Executivo ou aos demais órgãos e Poderes, as seguintes vedações: concessão, a qualquer título, de vantagem, aumento, reajuste ou adequação de remuneração de membros de Poder ou de órgão, de servidores e empregados públicos e militares, exceto dos derivados de sentença judicial transitada em julgado ou de determinação legal decorrente de atos anteriores à entrada em vigor desta Emenda Constitucional; criação de cargo, emprego ou função que implique

---

<sup>340</sup> SEGUNDO, Hugo de Brito Machado. Emenda Constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos. **Revista Controle: Doutrinas e artigos**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 22-40, 2017.

<sup>341</sup> ROMÃO, Ana Luisa Pereira Agudo. O financiamento da saúde frente ao novo regime fiscal. **Revista de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 86-106, 2019.

<sup>342</sup> NOCE, Umberto Abreu; CLARK, Giovani. A Emenda Constitucional n 95/2016 e a violação da ideologia constitucionalmente adotada. **REI-Revista Estudos Institucionais**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 1216-1244, 2017.

<sup>343</sup> MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, [s. l.], v. 4, p. 259-281, 2019.

<sup>344</sup> ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 32, p. e00194316, 2016.

aumento de despesa; alteração de estrutura de carreira que implique aumento de despesa; admissão ou contratação de pessoal, a qualquer título, ressalvadas as reposições de cargos de chefia e de direção que não acarretem aumento de despesa e aquelas decorrentes de vacâncias de cargos efetivos ou vitalícios; realização de concurso público; criação ou majoração de auxílios, vantagens, bônus, abonos, verbas de representação ou benefícios de qualquer natureza em favor de membros de Poder, do Ministério Público ou da Defensoria Pública e de servidores e empregados públicos e militares; criação de despesa obrigatória e adoção de medida que implique reajuste de despesa obrigatória acima da variação da inflação.

Caso ocorra o descumprimento do limite financeiro durante a execução, independentemente do montante, todas as vedações previstas no art. 109 do ADCT terão que ser necessariamente aplicadas, de forma automática, até o retorno dos valores ao limite. Tal incidência deve ocorrer, inclusive, em aumentos que estejam contemplados no orçamento.

Ou seja, ultrapassados os limites da EC n.º 95, resta proibido adotar ou aprovar medidas que levem à expansão do gasto. Assim, do ponto de vista da gestão, as vedações previstas no art. 109 do ADCT têm como propósito inibir decisões que redundem em ampliação de gastos obrigatórios, inibindo a expansão real e criando condições para sua conformação ao teto. Sua aplicação estende-se “até o retorno das despesas aos respectivos limites”, ou seja, levantam-se as proibições apenas depois de confirmado o retorno das despesas ao limite anual<sup>345</sup>.

Trata-se, portanto, de medidas duras e drásticas. A EC n.º 95 teve como proposta fazer um ajuste prolongado das contas públicas pelo lado das despesas. Em termos operacionais, limitou a ascensão das despesas primárias ao IPCA por um período de vinte exercícios financeiros<sup>346</sup>. Em síntese, tem-se que, com o novo regime fiscal, o financiamento da saúde pública na fração cabível à União segue novo padrão. Antes, acoplado ao ciclo econômico; agora, abastecido pelas despesas do exercício anterior, corrigidas pelo IPCA para o período de doze meses, terminado em junho do exercício anterior.

É essa a previsão do art. 110 do ADCT: a de que na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos se equivalerão no exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I, do § 2º, do art. 198 e nos exercícios

---

<sup>345</sup> MEGALI NETO, Almir. Emenda Constitucional n. 95/2016 e o desmembramento dos Direitos Sociais. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Uberlândia**, Uberlândia, v. 48, n. 1, p. 242–270, 2020. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/revistafadir/article/view/47438>. Acesso em: 8 jul. 2022.

<sup>346</sup> BEVILACQUA, Lucas; SOARES, Fabiana; SANTOS, Júlia Maria Tomás dos. Novo regime fiscal frente à garantia constitucional de financiamento adequado das políticas públicas de saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 74–98, 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/672>. Acesso em: 8 jul. 2022.

posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º, do art. 107 do ADCT, ou seja, pela variação do IPCA do ano anterior.

Em dezesseis anos, portanto, já seria a terceira regra para financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Com a EC n.º 29, o aumento de gastos com ASPS vinculado à variação do PIB. Com a EC n.º 86, o aumento de gastos com ASPS vinculado à variação da Receita Corrente Líquida. Com a EC n.º 95, apenas a reposição da inflação a modificar o patamar de gastos da União com saúde pública.

Ainda assim, com uma novidade. Se pela EC n.º 86 as receitas com saúde corresponderiam a 13,2% da RCL em 2016, 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019 e 15% apenas a partir de 2020, a EC n.º 95, ao revogar o art. 2º da EC n.º 86, teve como consequência antecipar a chegada dos 15% da Receita Corrente Líquida já no ano de 2017<sup>347</sup>.

Então, em 2017, em Ações e Serviços Públicos de Saúde teríamos o percentual de 15% da Receita Corrente Líquida. A partir daí, no ano subsequente teríamos o valor referente ao ano imediatamente anterior corrigido pela variação do IPCA.

Enquanto a regra da EC n.º 29 protegia o orçamento federal do SUS por meio da correção pela variação nominal do Produto Interno Bruto, incorporando tanto a inflação quanto o crescimento real, a regra da EC n.º 95 corrige o limite mínimo apenas pela inflação, desconsiderando a incorporação das taxas de crescimento da economia ao gasto com saúde, e reduzindo, conseqüentemente, sua participação no PIB. Reduzir a participação das despesas primárias no Produto Interno Bruto é um dos objetivos da Emenda n.º 95, como demonstrado.

No sistema do NRF, o mínimo da Saúde será estabilizado em termos reais, sendo corrigido apenas pela inflação. Mas em ocorrendo a variação positiva do PIB, o Novo Regime Fiscal é, no geral, tendencialmente desfavorável à área da Saúde. Ainda que parte das regras fiscais tenham sido relativizadas pelas emendas nº 106 e 109 à Constituição, no ano de 2020, inclusive instituindo um regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações, em razão do enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente da pandemia de COVID-19, essas são, de maneira geral, as regras que normatizam o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil e que serão analisadas do ponto de vista do federalismo.

---

<sup>347</sup> ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 32, p. e00194316, 2016.

## 4.2 Os desequilíbrios federativos do financiamento entre a estrutura e a dinâmica constitucional: os dilemas entre a cooperação e a disputa federativa

Como já destacado, embora as federações não representem um número expressivo de países, são o sistema modelo dos maiores países do mundo tanto em extensão territorial como em população. É o caso dos Estados Unidos, da Rússia, da Índia, do Canadá, da Alemanha, grande potência econômica do continente europeu, e também é o caso do Brasil.

Em países federativos, a cooperação ou provisão compartilhada de serviços públicos demanda, em muitos casos, ações de coordenação entre os entes federativos, cujo desenho é sempre complexo<sup>348</sup>. Não é simples, em nenhuma federação, tentar garantir um patamar mínimo de oferta e qualidade de uma mesma política pública em todo o território nacional, ainda mais no caso de uma política como a saúde pública.

Por isso a expectativa é que sistemas nacionais de políticas gerem efeitos de indução nos padrões subnacionais de provisão de serviços sociais, reduzindo desigualdades locais<sup>349</sup>. Isso porque as profundas desigualdades econômicas entre os entes federativos, sejam os estados de diferentes regiões do país, sejam municípios dentro de um mesmo estado, tornam inviável o avanço de políticas públicas sem que mecanismos redistributivos e de suplementação financeira sejam estabelecidos. É o que se espera, portanto, de um sistema de saúde que se quer nacional.

Nesse sentido, a Constituição previu mecanismos de compensação tributária de divisão de recursos entre os entes federativos com foco na redução de desigualdades regionais, tendo em vista se tratar de uma federação que, além de grande, é severamente atingida pelo desequilíbrio social e econômico. A proposta do constituinte, em tese, seria a repartição do bolo de receita tributária entre os entes da federação na tentativa de diminuir desigualdade e promover essa redução, inclusive no ponto de vista sanitário.

Watts<sup>350</sup> ressalta a importância dos mecanismos de transferência de recursos entre os entes federativos enquanto forma de correção dos desequilíbrios existentes. Para ele, tais

---

<sup>348</sup> ABRUCIO, Fernando Luiz. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, [s. l.], n. 24, p. 41-67, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782005000100005>. Acesso em: 25 jul. 2022.

<sup>349</sup> BICHIR, Renata, SIMONI, Sergio; PEREIRA, Guilherme. Sistemas nacionais de políticas públicas e seus efeitos na implementação: o caso do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 35, n. 102, e3510207, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/3510207/2020>. Acesso em: 25 jul. 2022.

<sup>350</sup> WATTS, R. L. **Comparing federal systems in the 1990s**. Ontario: Institute of Intergovernmental Relations, 1996.

mecanismos se destinam a tentar atenuar significativamente as desigualdades. Devem evitar tanto a concentração do poder de tributação em poucos entes, mas devem se atentar para a capacidade dos governos em prover os serviços necessários ao atendimento dos usuários.

O SUS é um grande exemplo desse processo de descentralização, uma vez que a sua proposta inclui mecanismos de coordenação federativa que visam o fortalecimento da capacidade de atuação dos entes subnacionais, reduzindo desigualdades entre os entes da federação.

As transferências governamentais deveriam exercer, portanto, papel fundamental na correção desses desequilíbrios. Em tese, quanto mais descentralizados os encargos e mais expressivas as desigualdades regionais, maiores são as necessidades de adoção de maneiras de equiparação fiscal.

Ocorre que, na saúde pública, os modelos constitucionais de financiamento interferem sobremaneira no modelo de repartições financeiras, o que, aliado ao grande número de mecanismos utilizados para a distribuição dos recursos existentes pelo Ministério da Saúde, tem induzido frequentes disputas entre os entes da federação.

De se destacar, primeiramente, que mesmo com três modelos diferentes de financiamento desde 1988, a característica que se mantém nos últimos trinta e quatro anos é a dificuldade em prover recursos financeiros suficientes para o SUS<sup>351</sup>. O que se pode notar é que o Brasil investe pouco em saúde pública quando comparado a outros países com sistemas universais como o SUS<sup>352</sup>.

Para contextualizar o Brasil em perspectiva internacional, obteve-se do saite da Organização Mundial de Saúde o indicador de despesa pública com saúde per capita em 2019 de países selecionados (valores em dólares por paridade do poder de compra – PPC), que consiste nas despesas do governo ou de esquemas compulsórios de saúde. Esse ano foi escolhido em função da disponibilidade de informação comparável mais recente para o Brasil<sup>353</sup>. O valor do indicador em reais (R\$) correntes foi ajustado para dólares PPC pela aplicação do índice de correção disponibilizado para aquele ano.

As despesas empenhadas pelas três esferas de governo do Brasil com ações e serviços públicos de saúde foram levantadas. Essas despesas são as consideradas para fins de apuração da aplicação mínima em saúde. Elas representam reservas de valores feitas no orçamento de

---

<sup>351</sup> CARVALHO, Gregory dos Passos. Desigualdades regionais e o papel dos recursos federais no SUS: fatores políticos condicionam a alocação de recursos?. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 26, p. 3409-3421, 2021.

<sup>352</sup> VIEIRA, Fabiola Sulpino. Health financing in Brazil and the goals of the 2030 Agenda: high risk of failure. *Revista de Saúde Pública*, [s. l.], v. 54, p. 127, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002414>. Acesso em: 25 jul. 2022.

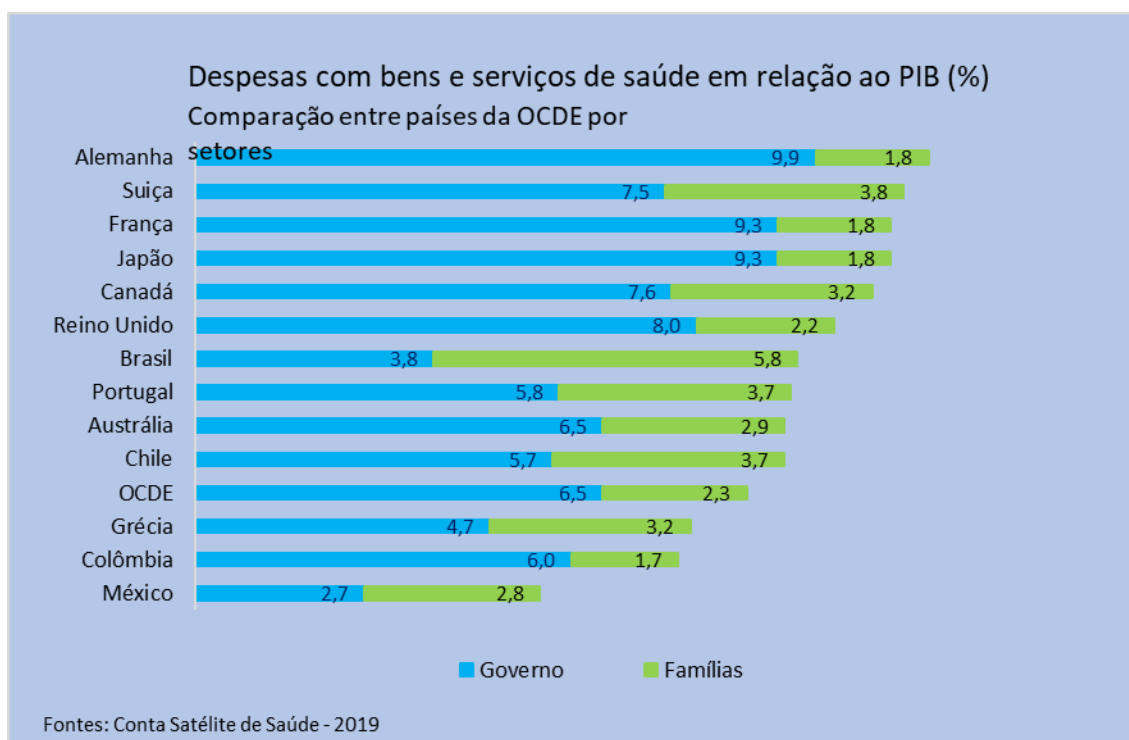
<sup>353</sup> IBGE. *CSS - Conta-satélite de saúde: 2010 – 2019*. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.



cada ente da Federação, em cada exercício, para honrar, posteriormente, gastos efetivos com o SUS.

A diferença entre o gasto do Brasil e o de países que também possuem sistema universal de saúde é bastante expressiva. O Reino Unido e Portugal gastam bem mais que o Brasil, ainda que tenham população dependente do modelo público de assistência bem menor. Mesmo o Chile, com um sistema de saúde bem diferente do brasileiro, dispense mais recursos para o Sistema de Saúde.

Gráfico 7 - Despesas com bens e serviços de saúde em relação ao PIB (%) a partir da comparação entre países da OCDE por setores



Com esse nível de gasto público, segundo Piola<sup>354</sup>, o Brasil apresenta uma situação paradoxal: é o único país, com sistema público, com responsabilidade universal, que possui gasto privado superior.

Segundo o IBGE, as despesas relativas à saúde no país em 2019 totalizaram R\$711,4 bilhões, o equivalente a 9,6% do Produto Interno Bruto (PIB), soma de todos os bens e serviços produzidos pelo Brasil no ano. A maior parcela desses gastos partiu das famílias e

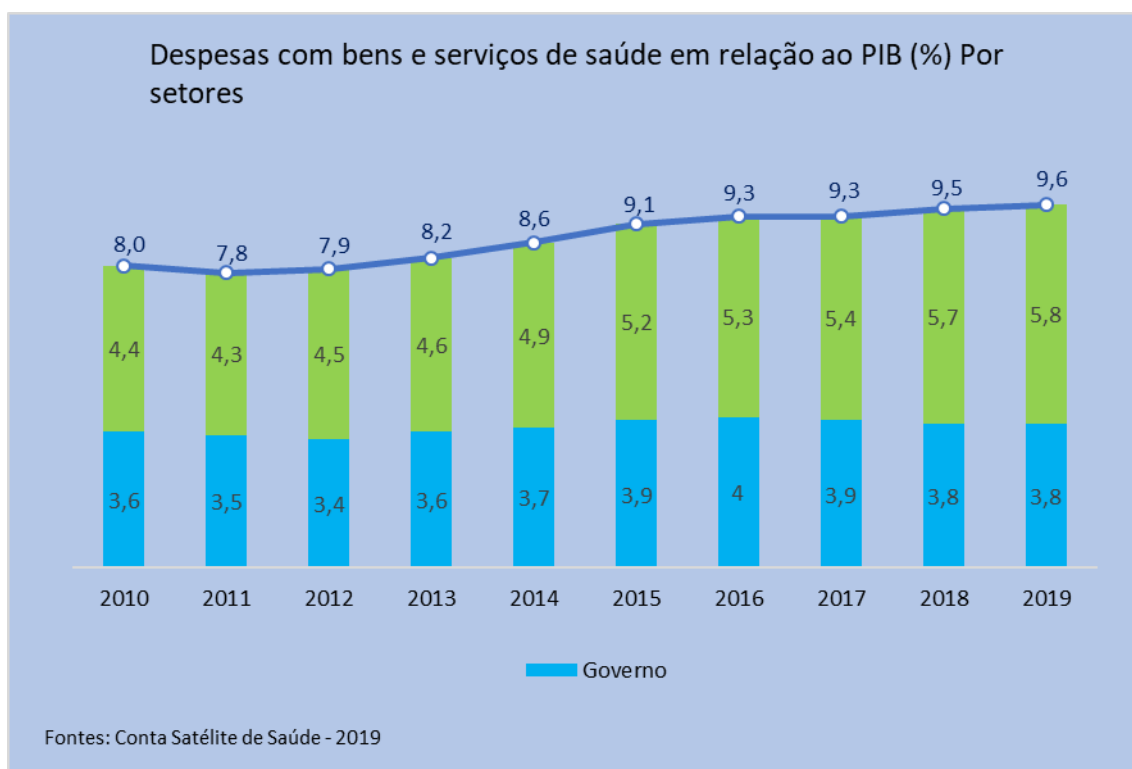
<sup>354</sup> PIOLA, Sérgio Francisco; FRANÇA, José Rivaldo Mello de; NUNES, André. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 411-422, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10402015>. Acesso em: 18 out. 2021.

instituições sem fins de lucro a serviço das famílias. Elas responderam por R\$427,8 bilhões do total, o que corresponde a 5,8% do PIB, enquanto R\$283,6 bilhões (3,8% do PIB) foram despesas de consumo do governo.

Ou seja, ainda que os gastos com saúde no Brasil, como proporção do PIB, sejam semelhantes à média (8,8%) de países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o gasto público brasileiro com saúde em relação ao percentual do PIB (3,8%) é inferior à participação de todos os países analisados.

Mas não só o país pouco tem investido em saúde pública. Nos últimos anos, o Brasil reverteu uma tendência de aumento de recursos disponíveis para a saúde pública, que era bem nítida a partir da Emenda nº 29 ao texto da Constituição.

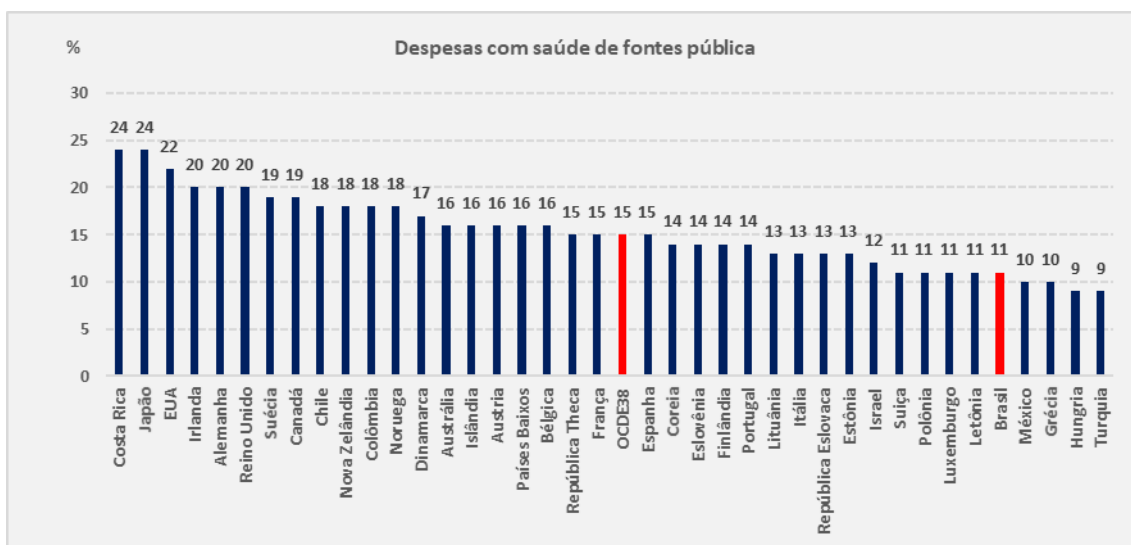
Gráfico 8 - Despesas com bens e serviços de saúde em relação ao PIB (%) por setores



Em verdade, o Brasil dedicou uma menor parcela de seu orçamento público para a saúde (10,5%) do que a maioria dos países da OCDE em 2019, ficando bem abaixo da média de 15,3%<sup>355</sup>. Independentemente da metodologia utilizada, resta evidente que o Brasil gasta pouco com saúde pública em comparação com outros sistemas de saúde semelhantes.

<sup>355</sup> OECD. **Estudos da OCDE sobre os Sistemas de Saúde: Brasil 2021**. Paris: OECD Publishing, Paris, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/f2b7ee85-pt>. Acesso em: 21 out. 2021.

Gráfico 9 - Despesas com saúde de fontes públicas como proporção dos gastos totais do governo, 2019 (ou último ano disponível)



Mas para entender como esse dinheiro vem sendo dividido entre os entes da federação, é necessário falar não só do modelo constitucional, mas dos critérios legais e infralegais de distribuição de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, a Lei Orgânica da Saúde<sup>356</sup> (Lei nº 8.080/90) define as diretrizes do SUS, destacando a universalização de acesso, a integralidade de assistência, a igualdade da assistência à saúde, sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie e a utilização da epidemiologia para estabelecimento de prioridades, inclusive para alocação dos recursos e para orientação programática.

Tanto a Lei Orgânica da Saúde como a Lei nº 8.142/90<sup>357</sup> dispõem sobre a partilha dos recursos da União para Estados e municípios. Ainda que os critérios estabelecidos nessas Leis possam fazer referência à ideia de necessidades em saúde, aparentemente esse não é o critério de prevalência quando se analisam os gastos em saúde pública no país.

Em verdade, nos termos da legislação, para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, deveria ser utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos: perfil demográfico da região, perfil epidemiológico da população a ser coberta, características quantitativas e

<sup>356</sup> BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

<sup>357</sup> BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990.

qualitativas da rede de saúde na área, desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior, níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais, previsão quinquenal de investimentos da rede e ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo. E tais recursos deveriam ser repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com esses critérios.

Nota-se assim que, pelo menos do ponto de vista normativo, o SUS se estruturou, desde a década de 1990, pelo princípio da diminuição das disparidades regionais, entendo que ele é fundamental para garantir a integralidade da assistência à saúde. A partir do momento em que há ausência de uma rede de ações e serviços de saúde e de regiões de saúde equitativas<sup>358</sup>, a integralidade da assistência à saúde fica dependente de regiões mais favorecidas que concentram maior qualidade e densidade tecnológica.

Tais princípios foram aprimorados com o advento da Lei Complementar nº 141/2012359, de sorte que ela previu que o rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde deverão observar as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde.

Os recursos destinados a investimentos em saúde deveriam ter sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, seriam considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

Ou seja, embora a base institucional proposta na Constituição Federal brasileira apresente um sistema federativo de caráter centralizador, o modelo de sistema de saúde proposto na Carta de 88 tem um viés descentralizador, exibindo, portanto, um mecanismo de compensação tributária de divisão de recursos entre os entes federativos que originalmente busca reduzir desigualdades e, portanto, induz solidariedade<sup>360</sup>.

No mundo inteiro, seja em países unitários, sejam eles federativos, a descentralização

---

<sup>358</sup> VIACAVA, Francisco *et al.* Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.]. v. 24, n. 7, p. 2745-2760. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.15812017>. Acessado 25 jul. 2022.

<sup>359</sup> BRASIL. Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 16 de janeiro de 2012.

<sup>360</sup> A divisão da receita pública entre os entes federativos é importante por dois motivos. Em primeiro lugar, os recursos financeiros permitem ou restringem os governos no exercício de seus encargos constitucionais. Em segundo lugar, afirma que o poder de captar e administrar receitas fiscais e de executar os dispêndios públicos são instrumentos poderosos de intervenção e regulação econômica do Estado. WATTS, Ronald L. **Comparing federal systems in the 1990s**. Ontario: Institute of Intergovernmental, 1996. p.126.

administrativa exerce papel importantíssimo no tocante à formulação e implementação de políticas públicas. No caso do Brasil, por ser um país geograficamente extenso, sabe-se que os governos locais, por estarem mais a par de sua realidade do que o governo central, tem melhores condições, em termos administrativos, de obter êxito na implementação de políticas públicas adequadas ao atendimento de suas necessidades.

Entretanto, em termos econômicos, há uma certa incapacidade financeira desses governos em comparação ao governo federal, o que justifica a importância dos mecanismos de transferência intergovernamental de recursos tributários.

Enquanto arranjo institucional, esse federalismo fiscal é moldado por fatores econômicos, sociais, culturais e históricos, se mostrando como resultado de escolhas políticas. Ele expressa a maneira como os princípios de autonomia e interdependência são incorporados na gestão dos tributos, revela os valores federais que caracterizam uma dada sociedade e as formas como determinados conflitos são acomodados em um contexto histórico específico<sup>361</sup>.

A relevância dessa questão reside especialmente no fato de que, diante do modelo federalista vigente, os entes subnacionais correriam o risco de tornarem-se meros coadjuvantes no processo de execução das políticas públicas, especialmente no campo da saúde. Desse modo, a opção mais acertada foi a descentralização na regulamentação e implementação das políticas públicas.

E foi no intuito de dar aplicabilidade ao arcabouço constitucional de 1988 e efetividade aos programas sociais, desde o início da década de 1990 percebe-se uma ampliação dos mecanismos de transferência intergovernamental, e no âmbito do SUS o Ministério da Saúde se consolida como o principal responsável pela distribuição de recursos financeiros voltados à saúde.

Entretanto, na medida em que estas transferências passam a ocorrer a mais municípios e estados, começam também a ser estabelecidos novos critérios e condicionantes para sua distribuição. E, aparentemente, o modelo proposto na Constituição diverge da dinâmica do mundo real, acabando por não atingir com êxito o objetivo de redução das desigualdades, uma vez que as disparidades regionais não foram devidamente equacionadas.

Desse modo, os frágeis controles governamentais estaduais combinados com a descentralização de recursos da União para entes subnacionais levaram ao fracasso das políticas redistributivas e ao próprio aumento destas disparidades territoriais, como se pode

---

<sup>361</sup> LIMA, Luciana Dias de. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 511-522, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200027>. Acesso em: 25 jul. 2022.

notar da análise dos gráficos abaixo.

Com efeito, existem diversas abordagens metodológicas para se estimar uma alocação equitativa dos recursos para a saúde<sup>362</sup>, porém todas destacam a importância de incorporar as desigualdades demográficas, e a existência de um indicador de necessidades que seja capaz de dimensionar desigualdades relativas entre as condições socioeconômicas e sanitárias das populações de diferentes localidades.

Aqui, avaliamos as transferências Fundo a Fundo (FAF) realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde<sup>363</sup> entre 2002 e 2020 para estados e DF. Importante registrar que até 2017, estas eram ordenadas pela Portaria n° 204/2007, que dividia o financiamento nos seguintes blocos: média e alta complexidade, atenção básica, gestão do SUS, assistência farmacêutica e investimento.

A partir de 2018, a Portaria n° 3.9992/2017 passou a dispor as transferências em dois blocos de financiamento: Bloco de Custeio das ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde, ambos subdivididos nos grupos de ações e serviços públicos de saúde da atenção primária, atenção especializada, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do SUS.

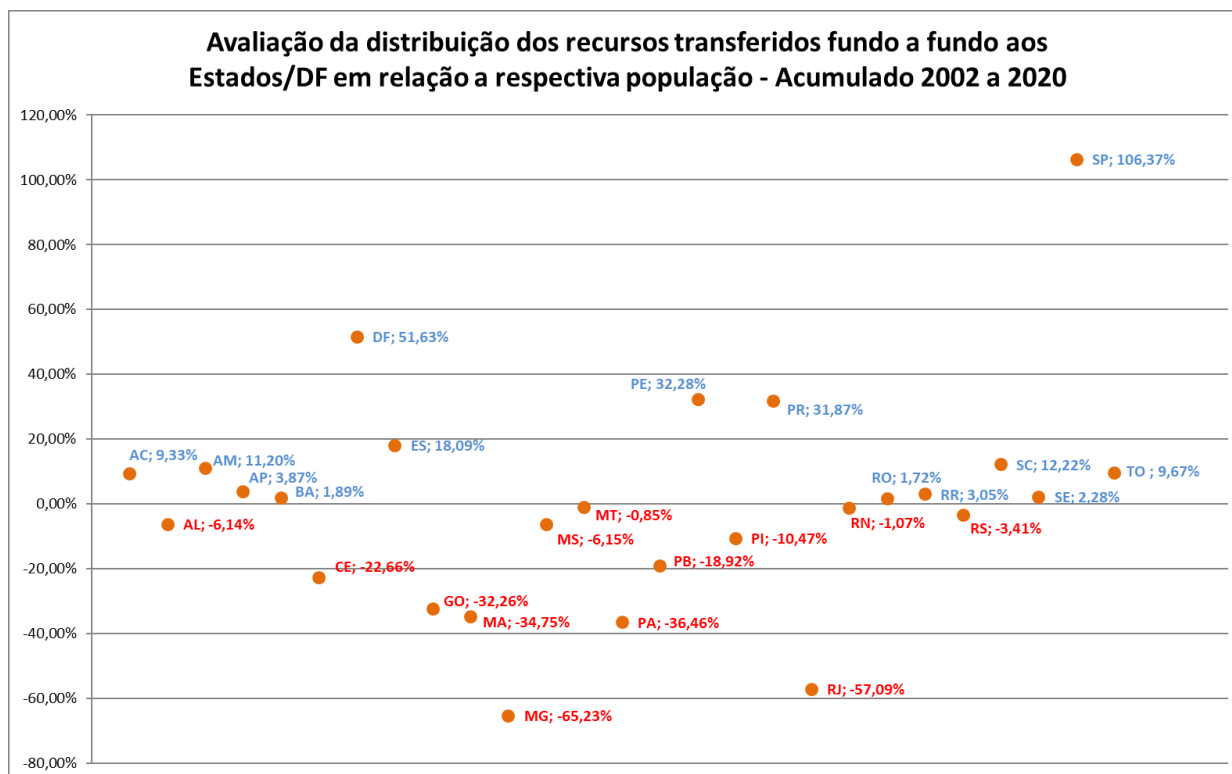
Para analisar as transferências FAF levamos em consideração a população absoluta e relativa dos estados e DF, o valor absoluto, relativo e per capita do repasse realizado pelo FNS. O gráfico 10 dispõe a variação acumulada de transferências FAF aos estados e DF entre 2002 e 2020, ou seja, verifica se a distribuição de repasses acompanhou o crescimento populacional, tendo em vista que esse foi o critério estabelecido.

---

<sup>362</sup> PORTO, Silvia *et al.* Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1393-1404, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600014>. Acesso em: 25 jul. 2022.

<sup>363</sup> O Fundo Nacional de Saúde (FNS) foi instituído pelo Decreto n° 64.867, de 24 de julho de 1969 e é o gestor financeiro dos recursos de financiamento das despesas do Ministério da Saúde, assim como de órgãos e entidades da administração direta e indireta do Sistema Único de Saúde, dos investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional.

Gráfico 10 - Avaliação da distribuição dos recursos transferidos fundo a fundo aos estados/DF em relação a respectiva população – Acumulado 2002 a 2020

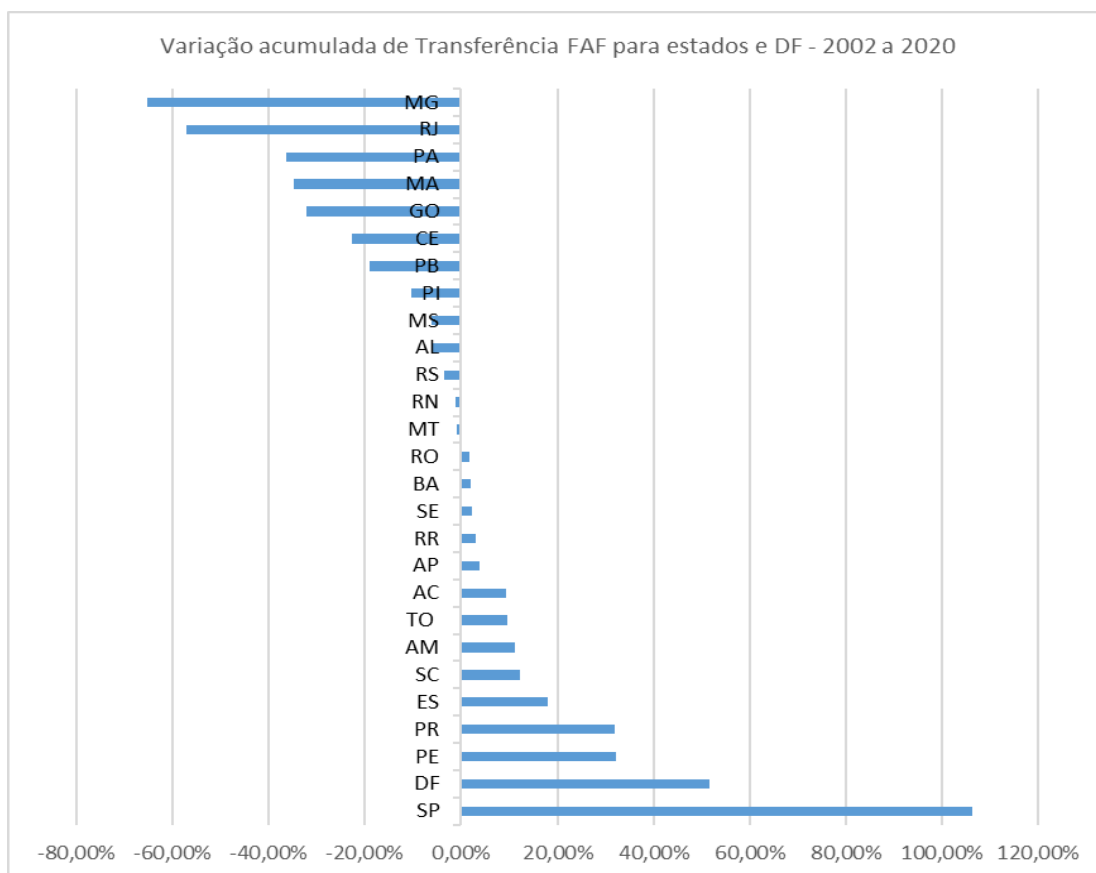


Fonte: Elaboração Própria baseado em Fundo Nacional de Saúde e Portal IBGE.

Como se pode observar, catorze estados tiveram variação positiva, ou seja, as transferências foram maiores que o crescimento populacional. São Paulo, Distrito Federal e Pernambuco são os três estados com maior variação positiva, o primeiro acumula um aumento de 106,37% nos valores de repasse FAF, o segundo, 51,63% e o terceiro, 32,28%. A média entre os estados de variação positiva foi de 21,10%.

Já os estados de variação negativa, treze no total, tiveram uma média de -22,73%, sendo que os piores estados foram Minas Gerais, com redução de -65,23% nas transferências, Rio de Janeiro, com -57,09%, e Pará, com -36,23%.

Gráfico 11 - Variação acumulada de transferência FAF



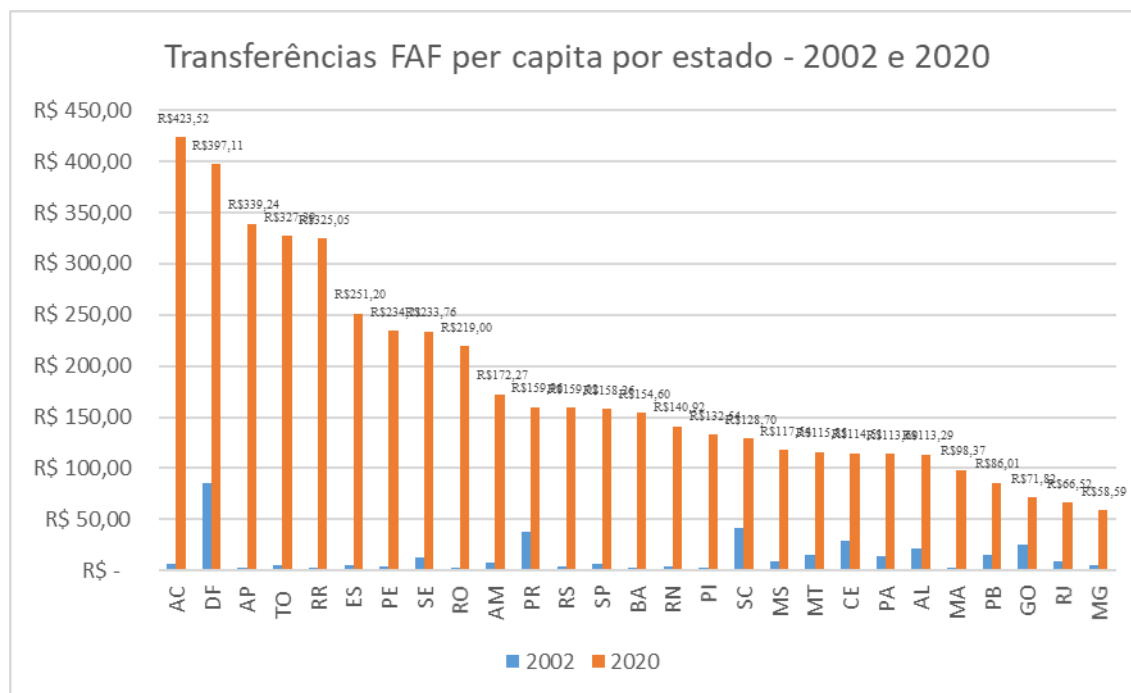
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do FNS e IBGE.

O gráfico 11 apresenta os valores per capita das transferências FAF para estados e DF nos anos de 2002 e 2020, tornando mais complexa as análises sobre a variação de transferências ao longo do tempo. Fica evidente que o valor das transferências cresceu, porém, existem discrepâncias significativas.

Os estados que receberam os menores valores de transferência per capita em 2002 eram Piauí, Rondônia e Maranhão; e os maiores eram Santa Catarina, Distrito Federal e Paraná. Já em 2020, os estados de menor valor per capita foram Minas Gerais, Rio de Janeiro e Goiás, enquanto os de maior valor foram Acre, Distrito Federal e Amapá. É válido ressaltar que Acre e Amapá são estados de baixa densidade populacional, o que influencia o cálculo de transferências per capita. Os de maior valor foram Acre, Distrito Federal e Amapá.



Gráfico 12 - Transferências FAF per capita por estado – 2002 e 2020



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do FNS e IBGE.

Essa mesma avaliação da distribuição dos recursos transferidos fundo a fundo aos Estados/DF em relação à respectiva população entre os anos de 2002 e 2020 pode se notar da tabela abaixo:

Tabela 5 - Distribuição dos recursos transferidos fundo a fundo aos estados/DF

UF	Variação 2002	Variação 2003	Variação 2004	Variação 2005	Variação 2006	Variação 2007	Variação 2008	Variação 2009	Variação 2010	Variação 2011	Variação 2012	Variação 2013	Variação 2014	Variação 2015	Variação 2016	Variação 2017	Variação 2018	Variação 2019	Variação 2020	Acumulado
AC	-0,14%	-0,06%	0,27%	0,20%	0,19%	0,26%	0,27%	0,39%	0,36%	0,55%	0,67%	0,82%	0,81%	0,83%	0,85%	0,73%	0,72%	0,76%	0,85%	9,33%
AL	1,30%	0,30%	-0,48%	-0,65%	-0,75%	-0,61%	-0,64%	-0,64%	-0,34%	-0,53%	-0,43%	-0,38%	-0,33%	-0,30%	-0,29%	-0,34%	-0,21%	-0,52%	-0,31%	-6,14%
AM	-0,60%	-1,08%	0,46%	0,57%	0,45%	0,62%	0,72%	0,74%	0,75%	0,96%	1,01%	0,97%	1,05%	1,22%	1,26%	0,98%	0,45%	0,24%	0,44%	11,20%
AP	-0,22%	-0,26%	0,02%	0,05%	0,05%	0,11%	0,18%	0,18%	0,16%	0,15%	0,28%	0,42%	0,32%	0,29%	0,35%	0,32%	0,36%	0,52%	0,57%	3,87%
BA	-5,76%	-3,53%	3,24%	1,27%	-0,80%	-1,37%	-1,09%	-0,86%	-0,28%	0,47%	2,01%	1,61%	1,24%	1,18%	0,68%	0,78%	1,26%	1,15%	0,69%	1,89%
CE	6,17%	0,88%	-1,44%	-1,92%	-1,77%	-1,61%	-2,41%	-2,27%	-2,28%	-2,12%	-1,95%	-1,88%	-1,80%	-1,86%	-1,64%	-1,89%	-0,99%	-1,06%	-0,81%	-22,66%
DF	7,38%	4,38%	2,12%	1,67%	1,73%	1,88%	1,82%	2,38%	2,36%	2,61%	2,63%	2,48%	2,40%	2,46%	2,69%	2,41%	2,54%	3,06%	2,63%	51,63%
ES	-1,03%	-1,31%	-1,31%	0,89%	1,06%	1,24%	1,25%	1,43%	1,21%	1,45%	1,18%	1,37%	1,48%	1,49%	1,46%	1,53%	1,37%	1,82%	1,50%	18,09%
GO	3,08%	0,31%	-1,28%	-1,52%	-1,67%	-1,63%	-1,69%	-1,88%	-2,14%	-2,39%	-2,58%	-2,55%	-2,49%	-2,59%	-2,71%	-2,70%	-2,61%	-1,58%	-1,65%	-32,26%
MA	-2,53%	-2,89%	-3,04%	-2,38%	-2,29%	-2,08%	-2,25%	-2,30%	-2,17%	-1,82%	-1,34%	-0,94%	-1,34%	-1,45%	-1,03%	-1,08%	-1,34%	-1,46%	-1,01%	-34,75%
MG	-6,09%	1,75%	-2,79%	-3,95%	-3,40%	-3,01%	-2,35%	-2,63%	-2,63%	-2,67%	-3,00%	-3,21%	-3,08%	-3,46%	-3,36%	-4,30%	-5,47%	-5,69%	-5,87%	-65,23%
MS	-0,28%	0,14%	-0,44%	-0,50%	-0,39%	-0,22%	-0,29%	-0,24%	-0,22%	-0,28%	-0,39%	-0,41%	-0,33%	-0,44%	-0,36%	-0,58%	-0,31%	-0,39%	-0,22%	-6,15%
MT	0,40%	1,30%	0,17%	-0,06%	-0,13%	-0,04%	-0,03%	-0,19%	-0,32%	-0,29%	-0,01%	-0,15%	-0,23%	-0,17%	-0,12%	-0,43%	-0,07%	-0,18%	-0,30%	-0,85%
PA	0,44%	-1,68%	-2,46%	-2,58%	-2,56%	-2,17%	-1,92%	-1,85%	-1,92%	-2,43%	-2,30%	-2,24%	-2,02%	-2,38%	-2,12%	-1,85%	-1,97%	-1,67%	-0,79%	-36,46%
PB	0,46%	0,54%	-0,86%	-0,96%	-1,06%	-1,08%	-1,29%	-1,26%	-1,13%	-1,46%	-1,40%	-1,37%	-1,33%	-1,15%	-1,42%	-1,42%	-0,96%	-1,02%	-0,74%	-18,92%
PE	-3,10%	-3,81%	-1,26%	1,74%	1,61%	1,98%	1,85%	1,67%	2,29%	2,63%	2,98%	3,75%	3,65%	3,10%	1,69%	2,12%	3,25%	3,13%	3,01%	32,28%
PI	-1,38%	-1,44%	-0,91%	-0,66%	-0,65%	-0,48%	-0,40%	-0,36%	-0,38%	-0,53%	-0,70%	-0,72%	-0,76%	-0,69%	-0,11%	-0,24%	-0,05%	0,09%	-0,09%	-10,47%
PR	11,63%	4,95%	0,70%	-0,10%	0,29%	0,52%	0,54%	0,31%	0,67%	0,83%	0,84%	0,57%	0,87%	1,27%	1,37%	2,09%	2,18%	1,60%	0,74%	31,87%
RJ	-1,90%	0,35%	-3,48%	0,97%	2,43%	-3,11%	-2,79%	-2,71%	-3,91%	-3,95%	-4,32%	-4,31%	-4,69%	-4,63%	-4,00%	-3,62%	-4,30%	-4,81%	-4,33%	-57,09%
RN	-1,16%	-0,89%	-0,18%	-0,37%	-0,30%	-0,06%	-0,01%	0,14%	0,49%	0,11%	-0,06%	-0,10%	0,04%	-0,14%	-0,34%	1,26%	0,63%	-0,15%	0,00%	-1,07%
RO	-0,66%	0,09%	-0,07%	-0,18%	-0,12%	0,02%	-0,03%	-0,03%	-0,08%	-0,09%	0,00%	0,01%	0,20%	0,29%	0,48%	0,47%	0,44%	0,50%	0,47%	1,72%
RR	-0,15%	-0,15%	-0,01%	-0,02%	0,01%	0,05%	0,08%	0,13%	0,18%	0,16%	0,15%	0,14%	0,15%	0,18%	0,39%	0,43%	0,40%	0,54%	0,39%	3,05%
RS	-3,96%	-3,53%	0,59%	-0,42%	-0,32%	0,24%	0,73%	0,79%	0,67%	0,71%	0,85%	0,17%	0,60%	0,30%	-0,46%	-0,59%	-0,56%	0,07%	0,70%	-3,41%
SC	7,66%	2,85%	0,41%	-0,10%	-0,07%	0,06%	0,97%	0,77%	0,69%	0,21%	-0,06%	0,25%	-0,05%	0,04%	-0,32%	-0,55%	-0,17%	-0,07%	-0,30%	12,22%
SE	0,08%	0,41%	-0,33%	-0,43%	-0,42%	-0,19%	-0,15%	-0,10%	0,15%	0,14%	0,42%	0,27%	0,11%	-0,02%	0,13%	0,21%	0,68%	0,59%	0,72%	2,28%
SP	-9,21%	2,96%	12,86%	8,96%	8,46%	10,16%	8,47%	7,74%	7,08%	7,11%	5,15%	4,57%	4,77%	5,86%	6,06%	5,11%	3,96%	3,60%	2,71%	106,37%
TO	-0,43%	-0,57%	-0,51%	0,47%	0,39%	0,50%	0,48%	0,63%	0,72%	0,47%	0,38%	0,86%	0,75%	0,79%	0,91%	1,16%	0,78%	0,90%	0,99%	9,67%
Validação	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

(Variação negativa significa que o % de recursos transferidos a cada ente foi menor do que o respectivo % populacional)

Resta claro, portanto, que estados em diferentes situações econômico-sociais apresentam cenários contraditórios no repasses fundo a fundo. Estados que mantiveram estáveis suas capacidades instaladas em saúde (Número de Profissionais – Equipamentos – Estrutura Física), com incremento mínimo, tiveram, percentualmente, maiores transferências. Ou seja, aparentemente não se levou em consideração as situações de vulnerabilidade da população, bem como vazios assistenciais e sanitários como é o caso da Região Nordeste, que tem uma variação acumulada nos últimos 18 anos superior a 50%.

Tabela 6 - Avaliação da distribuição dos recursos transferidos fundo a fundo aos estados/DF

***Avaliação da distribuição dos recursos transferidos fundo a fundo aos Estados/DF em relação a respectiva população - Acumulado 2002 a 2020***

<b><i>Região</i></b>	<b><i>Variação Acumulada</i></b>
<b>Centro Oeste</b>	<b>12,36%</b>
<b>Nordeste</b>	<b>-57,56%</b>
<b>Norte</b>	<b>2,38%</b>
<b>Sudeste</b>	<b>2,13%</b>
<b>Sul</b>	<b>40,68%</b>
<b>Validação</b>	<b>0,00%</b>

(Variação negativa significa que o % de recursos transferidos a cada ente foi menor do que o respectivo % populacional)

Mas poderíamos também utilizar, para fins de calcular a equidade na transferência de recursos, indicadores clássicos como a taxa de mortalidade infantil — número de óbitos em menores de 1 ano dividido pelo total de nascidos vivos multiplicado por 1000 — uma vez que ele reflete a fragilidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de gestão, na atenção primária, média e alta complexidade.

Assim, as Unidades da Federação com maior frequência relativa associada, receberiam o maior aporte de recursos, como tentativa de frear o crescimento ou até iniciar uma queda nos resultados desse indicador.

Tabela 7 - Taxa de mortalidade infantil

<b>Taxa de Mortalidade Infantil</b>	
<b>Período:2013-2020</b>	
Unidade da Federação	<b>2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 Total</b>
11 Rondônia	13,91 14,33 14,51 13,42 12,83 12,71 11,51 13,02 13,29
12 Acre	16,40 16,98 17,14 15,15 13,63 16,50 15,91 16,05 15,99
13 Amazonas	17,22 15,71 15,54 15,97 16,55 16,05 15,99 13,90 15,87
14 Roraima	19,33 20,23 16,74 18,46 17,89 19,93 18,06 19,19 18,73
15 Pará	16,46 15,74 14,97 15,67 15,40 15,05 15,14 14,86 15,41
16 Amapá	19,92 18,07 16,76 18,30 19,61 18,53 18,82 18,04 18,51
17 Tocantins	13,60 12,67 13,02 12,48 12,39 12,68 11,70 10,62 12,40
21 Maranhão	16,49 15,49 15,22 14,99 15,82 14,08 14,36 13,74 15,03
22 Piauí	16,39 15,50 14,82 16,24 15,59 14,85 14,65 13,88 15,24
23 Ceará	13,82 12,29 12,06 12,64 13,21 12,12 12,23 11,62 12,50
24 Rio Grande do Norte	14,42 12,85 13,85 12,81 12,31 11,72 12,42 11,30 12,73
25 Paraíba	14,56 13,52 11,64 12,64 13,29 11,68 13,03 12,68 12,87
26 Pernambuco	14,13 13,19 13,00 13,93 12,12 12,39 12,25 11,62 12,84
27 Alagoas	16,23 15,29 14,64 14,31 13,40 12,53 13,23 11,98 13,97
28 Sergipe	15,10 15,80 15,01 15,36 15,38 16,81 17,28 15,89 15,82
29 Bahia	17,03 16,42 15,32 15,99 15,10 15,20 15,06 14,34 15,57
31 Minas Gerais	12,15 11,34 11,44 11,49 11,43 10,96 11,45 10,45 11,34
32 Espírito Santo	11,04 11,30 11,42 11,68 10,67 10,58 10,65 9,76 10,89
33 Rio de Janeiro	13,12 12,71 12,57 13,64 12,41 12,67 13,16 12,60 12,86
35 São Paulo	11,57 11,46 10,80 11,09 10,92 10,77 11,05 9,88 10,96
41 Paraná	10,96 11,20 10,92 10,51 10,36 10,33 10,31 9,30 10,50
42 Santa Catarina	10,46 10,11 9,93 8,75 9,93 9,54 9,61 9,32 9,70
43 Rio Grande do Sul	10,57 10,67 10,12 10,18 10,07 9,80 10,62 8,64 10,09
50 Mato Grosso do Sul	12,84 12,96 12,03 12,91 10,57 11,34 11,10 10,92 11,83
51 Mato Grosso	14,57 14,66 13,78 13,82 12,57 12,16 12,69 12,08 13,27
52 Goiás	13,86 12,85 12,23 13,02 11,88 12,48 13,11 11,36 12,60
53 Distrito Federal	12,73 11,40 10,58 10,31 11,08 10,25 8,53 9,76 10,61
Total	13,42 12,90 12,43 12,72 12,39 12,18 12,39 11,52 12,50

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Roraima, na série história observada de Mortalidade Infantil, tem acumulado o maior valor no período; já em relação à FAF tem o incremento mínimo de apenas 3,05% em 20 anos. Fazendo essa mesma relação com São Paulo, observamos uma das menores taxas de mortalidade infantil, entretanto o incremento de recursos em 20 anos cresce mais de 100%.

Mas é possível também tentar analisar o incremento de recursos considerando a capacidade instalada dos estados. Isto é, se a Unidade Federativa aumentou o número de equipamentos de saúde à disposição da população, parece-nos claro também que deveria receber um maior aporte de recursos.

Contudo, pode-se notar da tabela abaixo que estados onde o incremento no número de estabelecimentos é significativo possuem, em 20 anos, crescimento inferior a 2%. São Paulo,

o Estado mais rico, com capacidade de manutenção própria, onde sua rede de serviços de saúde cresceu apenas 13,79%, com mortalidade infantil próximo aos parâmetros mundiais aceitáveis, recebeu incremento superior a 100%.

Tabela 8 - Quantidade de estabelecimentos de saúde por unidade da Federação e ano/mês no período de dez/2013-dez/2020

**CNES - Estabelecimentos por Tipo - Brasil**

**Quantidade por Unidade da Federação e Ano/mês compet.**

**Período: Dez/2013, Dez/2014, Dez/2015, Dez/2016, Dez/2017, Dez/2018, Dez/2019, Dez/2020**

Unidade da Federação	2013/Dez	2014/Dez	2015/Dez	2016/Dez	2017/Dez	2018/Dez	2019/Dez	2020/Dez	Cresc %
<b>11 Rondônia</b>	2.069	2.327	2.466	2.655	2.706	2.979	3.096	3.467	<b>40,32</b>
<b>12 Acre</b>	713	767	775	823	815	861	921	983	<b>27,47</b>
13 Amazonas	1.983	2.152	2.237	2.313	2.250	2.432	2.430	2.587	<b>23,35</b>
14 Roraima	521	569	581	588	813	882	763	776	<b>32,86</b>
15 Pará	5.568	5.984	6.118	6.385	6.728	7.137	7.442	6.503	<b>14,38</b>
16 Amapá	482	503	524	525	562	628	674	708	<b>31,92</b>
17 Tocantins	1.428	1.507	1.629	1.717	1.901	2.039	2.154	2.259	<b>36,79</b>
<b>21 Maranhão</b>	4.572	4.833	4.982	5.124	5.401	5.629	5.796	6.016	<b>24,00</b>
22 Piauí	3.338	3.545	3.620	3.757	3.928	4.075	4.197	3.642	<b>8,35</b>
23 Ceará	9.510	10.091	10.276	10.689	11.322	11.896	12.270	12.650	<b>24,82</b>
24 Rio Grande do Norte	3.817	3.989	4.014	4.139	4.356	4.511	4.648	3.634	<b>-5,04</b>
25 Paraíba	5.068	5.431	5.522	5.672	5.999	6.252	6.438	6.616	<b>23,40</b>
26 Pernambuco	7.930	8.364	8.368	8.661	9.096	9.735	10.061	8.986	<b>11,75</b>
27 Alagoas	2.834	2.972	3.060	3.209	3.342	3.461	3.591	3.701	<b>23,43</b>
28 Sergipe	3.183	3.301	3.340	3.392	3.527	3.676	3.802	3.934	<b>19,09</b>
29 Bahia	14.693	15.349	15.052	15.534	16.193	17.108	17.494	18.263	<b>19,55</b>
31 Minas Gerais	33.903	35.738	36.878	38.349	40.523	42.483	44.805	44.548	<b>23,90</b>
32 Espírito Santo	5.649	5.923	5.935	6.244	6.736	7.254	7.544	7.214	<b>21,69</b>
33 Rio de Janeiro	16.973	18.565	19.592	20.993	23.280	25.661	27.501	21.317	<b>20,38</b>
<b>35 São Paulo</b>	63.345	66.776	68.528	72.165	75.893	79.831	82.792	73.479	<b>13,79</b>
41 Paraná	20.831	21.694	21.936	22.852	23.890	24.958	25.663	26.590	<b>21,66</b>
42 Santa Catarina	13.447	14.047	14.337	14.994	16.058	17.339	18.330	18.937	<b>28,99</b>
43 Rio Grande do Sul	20.961	22.031	22.566	23.354	24.502	25.808	27.005	28.330	<b>26,01</b>
50 Mato Grosso do Sul	3.959	4.177	4.249	4.482	4.745	4.785	4.730	5.020	<b>21,14</b>
51 Mato Grosso	4.704	5.019	5.226	5.453	5.882	6.366	6.824	7.007	<b>32,87</b>
52 Goiás	7.980	8.523	8.772	9.198	9.746	10.376	11.080	11.483	<b>30,51</b>
53 Distrito Federal	5.830	6.050	5.428	4.906	2.589	2.896	2.966	3.542	<b>-64,60</b>
<b>Total</b>	<b>265.291</b>	<b>280.227</b>	<b>286.011</b>	<b>298.173</b>	<b>312.783</b>	<b>331.058</b>	<b>345.017</b>	<b>332.192</b>	<b>20,14</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Como entender, portanto, os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para repasse de recursos financeiros? Se não é clínico-epidemiológico ou baseado no crescimento da rede de serviços, onde poderíamos alicerçar a análise? A conclusão possível é que a tomada de decisão por parte do Governo Federal aparenta não ter embasamento técnico. Pelo contrário, os mecanismos de solidariedade previstos na Constituição são insuficientes para a

existência de uma cooperação federativa. Insta destacar que trabalhos que buscam estudar repasse fundo a fundo da União aos municípios chegaram à conclusão que cidades com maior capacidade de financiamento também receberiam mais repasses por habitante destinados à saúde, o que não seria desejável em tese<sup>364</sup>. Há estudos que chegam a afirmar que a interveniência de fatores políticos condiciona a alocação de recursos no SUS<sup>365</sup>.

A Constituição Federal de 1988 consolidou, ao mesmo formalmente, o modelo federativo conhecido por “federalismo cooperativo”. Em oposição à centralização do período militar, a redemocratização veio associada à ideia de descentralização administrativa, o que resultou na municipalização de políticas públicas.

Como afirma Bercovici<sup>366</sup>, contudo, esta transferência não planejada e descoordenada de encargos fez com que as políticas sociais não sofressem mudanças qualitativas de modo que diante da total falta de planejamento, coordenação e cooperação no processo de descentralização, instalou-se um jogo de todos contra todos.

Ou seja, embora a Constituição de 1988 tenha previsto formalmente a transição de um federalismo muito centralizado para um federalismo de cooperação com descentralização de políticas públicas, no plano material as relações intergovernamentais brasileiras continuaram, notadamente no plano da saúde pública, caracterizadas por uma forte ausência de articulação e cooperação entre os governos na execução de suas tarefas administrativas e serviços públicos<sup>367</sup>.

Arretche, ao analisar o processo de descentralização pós-Constituição de 1988, concluiu que a descentralização realizou-se com base em “barganhas federativas”, mediante as quais “cada nível de governo busca transferir ou imputar à outra administração a maior parte dos custos políticos, financeiros e administrativos da gestão das políticas e reservar a si a maior parte dos benefícios dela derivados”<sup>368</sup>.

---

<sup>364</sup> SIMÃO, Juliana Barby; ORELLANO, Veronica Ines Fernandez. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 33-63, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-4161201545133jbv>. Acesso em: 26 jul. 2022.

<sup>365</sup> CARVALHO, Gregory dos Passos. Desigualdades regionais e o papel dos recursos federais no SUS: fatores políticos condicionam a alocação de recursos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, p. 3409-3421, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.31192019>. Acesso em: 26 jul. 2022.

<sup>366</sup> BERCOVICI, Gilberto. A descentralização de políticas sociais e o federalismo cooperativo brasileiro. **Revista de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 13-28, 2002. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/81291>. Acesso em: 26 jul. 2022.

<sup>367</sup> TOMIO, Fabrício de Limas; ORTOLAN, Marcelo. Federalismo Predatório e Municipalização de Políticas Públicas Sociais. **Revista de Administração Municipal**, Rio de Janeiro, v. 284, p. 4-14, nov. 2015.

<sup>368</sup> ARRETCHÉ, Marta. Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira. **Revista de Sociologia e Política**, [s. l.], n. 24, p. 69-85, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782005000100006>. Acesso em: 26 jul. 2022.

Abrucio<sup>369</sup> também enfatizou que a descentralização administrativa ocorrida neste período resultou na conformação de um “federalismo compartimentalizado”, em que cada nível de governo procurou definir seu papel na ausência de “incentivos para o compartilhamento de tarefas e a atuação consorciada”.

Num quadro de evidente fragmentação e competição por recursos escassos e de estratégias de intensa disputa fiscal, pode-se dizer que estamos diante do que já foi considerado um federalismo predatório<sup>370</sup>. Por isso a necessidade de cautela frente a um normativismo ingênuo<sup>371</sup>, que simplesmente considere os parâmetros formais desenhados na Constituição como suficientes para caracterizar o federalismo adotado em um dado país. No presente estudo, parece estar claro ser insuficiente o texto constitucional para afirmarmos viver um federalismo sanitário cooperativo.

Com efeito, é ter necessário ter em consideração a compreensão da natureza essencialmente política dos processos federativos como mecanismos e arranjos de solução de conflitos, o que é muito distinto de um enfoque formalizante em que se aprova uma organização federativa concreta de acordo com a maior ou menor distância a um modelo idealizado. Assim, é possível dizer que o federalismo formalmente cooperativo do texto constitucional brasileiro parece ter se transformado em um federalismo materialmente predatório<sup>372</sup>, marcada pelo perpétuo conflito em torno dos recursos a serem atribuídos a cada esfera e também pela guerra fiscal entre os estados<sup>373</sup>.

Em suma, o sucesso dos sistemas federais não deve ser medido em termos da eliminação de conflitos sociais, mas sim pela capacidade de regular e gerenciar tais conflitos, é o que nos afirma Gagnon<sup>374</sup>. Para ele, no federalismo, suas instituições, por serem sensíveis à diversidade, atuam no sentido de amenizar as tensões da sociedade. Para o autor, é necessário refletir sobre como as esferas de governo se articulam e negociam suas divergências e quais os resultados deste processo de negociação.

No setor do financiamento da saúde pública, portanto, deve-se admitir que o Brasil é

<sup>369</sup> ABRUCIO, Fernando Luiz; COSTA, Valeriano Mendes Ferreira. **Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 1998. (Série Pesquisas n. 12).

<sup>370</sup> ABRUCIO, Fernando Luiz; FRANZESE, Cibele; SANO, Hironobu. Trajetória recente da cooperação e coordenação no federalismo brasileiro: avanços e desafios. **República, democracia e desenvolvimento: contribuições ao Estado brasileiro contemporâneo**, Brasília, v. 10, p. 129-164, 2013.

<sup>371</sup> KUGELMAS, Eduardo, SOLA, Lourdes. Recentralização/Descentralização: dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. **Tempo Social**, S. Paulo, v. 11, n. 2, p. 63-81, out. 1999.

<sup>372</sup> SOUZA, Celina. Federalismo, desenho contitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de sociologia e política**, [s. l.], p. 105-121, 2005.

<sup>373</sup> ABRUCIO, Fernando Luiz; COSTA, Valeriano Mendes Ferreira. **Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 1998. (Série Pesquisas n. 12).

<sup>374</sup> GAGNON, Alain. The political uses of federalism. In: GAGNON, Alain; BURGESS, Michael (org.). **Comparative federalism and federation**. London: Harvester, 1993. p. 9-23.

vítima de um profundo insucesso. A avaliação das necessidades de saúde é feita, sobretudo, através dos indicadores de mortalidade e morbidade e do nível de rendimento e de cobertura por serviços de saúde e deveria ser o fundamento para a decisão acerca do financiamento da saúde pública. Como se vê, contudo, mais de trinta anos passados desde a promulgação do texto constitucional, a realidade é bem diversa das expectativas normativas.

Em verdade, o modelo de federalismo fiscal brasileiro e o padrão das transferências do SUS reforçam-se mutuamente e apontam para uma tendência à redistribuição de recursos tributários no Brasil que desfavorece uma maior igualdade no gasto público em saúde pelos desequilíbrios orçamentários gerados às unidades subnacionais<sup>375</sup>.

A falta de um planejamento integrado dos diversos critérios que regem as transferências SUS, assim como o entendimento das transferências da saúde como um componente do sistema de partilha tributário da federação acabam por reforçar padrões de assimetria indesejados.

As transferências intergovernamentais para a saúde deveriam ser uma importante ferramenta no sentido de promover uma redistribuição de recursos ao longo do enorme e desigual território brasileiro, no qual 68% dos municípios possuem até 20.000 habitantes e 45 milhões de pessoas se concentram em apenas 17 cidades. No entanto, este estudo apresenta evidências de que o mecanismo de transferências do SUS pode estar induzindo exatamente o aumento dessas iniquidades.

---

<sup>375</sup> LIMA, Luciana Dias de. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 511-522, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200027>. Acesso em: 26 jul. 2022.

## 4 CONCLUSÃO

Este estudo dedicou-se a analisar alguns dilemas do financiamento da saúde pública no Brasil, levando em consideração a forma de estado federal adotada pela República brasileira, as características do federalismo sanitário nacional e a distribuição de competências no texto constitucional.

Restou demonstrado que, embora o Brasil tenha adotado constitucionalmente um federalismo cooperativo, marcado por uma distribuição de competências que baliza a ação de cada ente subnacional, de maneira descentralizada, na intenção de observar as inúmeras desigualdades sociais e econômicas existentes no território nacional, na prática, a pretensão constitucional não se concretiza de maneira tão eficaz.

Para isso, fez-se, inicialmente, uma breve exposição do direito à saúde no Brasil, enquanto construção histórico-social, traçada por fatores políticos, econômicos, sociais, históricos e culturais próprios de cada sociedade. Tal delineamento é importante para contextualizar o regime constitucional do direito à saúde, desde as constituições anteriores até a de 1988, passando de um estado praticamente omissos à assistência médica prestada à população, para um sistema de saúde pública cuja premissa basilar é o atendimento universal e igualitário.

O lugar de destaque ocupado pelo direito à saúde no texto constitucional de 1988 mostrou a sua imprescindibilidade, tendo sido inserido formalmente no rol dos direitos fundamentais, considerado bem jurídico indissociável à vida e obrigatoriamente garantido pelo Estado, de modo que esta nova noção de direito à saúde possibilitou uma compreensão que transborda o aspecto biológico.

Por sua vez, o dever estatal de promoção à saúde ultrapassa o oferecimento de assistência médica, pura e simplesmente, envolve, na verdade, todo um conjunto de políticas públicas aptas à concretização de direitos básicos necessários para proporcionar uma vida digna às pessoas, uma vez que a efetivação do direito à saúde depende da proteção de outros direitos fundamentais.

Outrossim, trata-se de um dever estatal conjunto, que demanda atuação, não só da União, como também do Distrito Federal, estados e municípios. Nesse sentido, a Constituição de 88, além de definir competências, propôs a regulamentação de uma estrutura organizacional com vistas a dar funcionalidade às ações voltadas à garantia e proteção da saúde.

Viu-se que a concretização da afirmação constitucional da saúde como um direito de



todos e um dever do Estado é bem mais complexa do que parece, dependendo de diversos outros atos normativos que tentam, de maneira não tão eficaz, suprir as omissões do texto constitucional. De igual modo, ficou nítida a íntima relação entre o sistema federalista de Estado adotado no Brasil e a efetividade das políticas públicas. Ou seja, a forma de Estado, a autonomia dos entes federativos e as diferentes formas de distribuição de competências entre a União, os estados, o Distrito Federal e municípios, influenciam diretamente no processo de criação e implementação de políticas públicas.

O federalismo de cooperação, por exemplo, esbarra com entraves como a ausência de coordenação entre os entes federativos, mecanismos de financiamento e transferências intergovernamentais mais claras e que reduzam desigualdades. Acentuam-se, portanto, os confrontos entre Governo Federal, estados e municípios, de modo que o desenho cooperativo proposto da Constituição vai sendo substituído por um modelo prático de permanente confronto dos entes federados.

O fato é que, apesar da aspiração descentralizadora da Constituição de 1988, o Estado brasileiro seguiu centralizando poder no ente federal, uma vez que este sempre deteve a maior parte dos recursos, e a consequência disso é a impossibilidade dos Estados-membros atuarem de forma independente e autônoma.

Esta é uma divergência profunda que há entre o modelo político-jurídico vigente em nosso país e a visão do Governo Federal em relação à articulação entre os entes da federação. A ideia de fortalecimento dos entes subnacionais, essencial na Constituição Federal de 1988, foi confrontada com a realidade.

Normativamente, temos um federalismo de cooperação, caracterizado por um modelo que estimula a colaboração entre os entes nacional e subnacionais, com uma divisão de competências equilibrada e execução de ações conjuntas. O grande problema é que a Constituição de 1988 descentralizou encargos, mas não as receitas, de modo que os entes subnacionais foram abarrotados de atribuições que eles não têm capacidade financeira para executar.

Essa organização político institucional desemboca numa enorme divergência entre o federalismo cooperativo estabelecido na Carta de 88 e o que chamamos aqui de federalismo “de confronto”, uma vez que as distorções entre o desenho constitucional descentralizador e cooperativo e a realidade fiscal e financeira dos entes subnacionais não sustentam esse modelo e causam uma enorme e irracional competição por recursos.

O fato é que a trajetória do financiamento do SUS, bem como de toda a saúde pública brasileira, revela as dificuldades históricas que têm sido enfrentadas para garantir os recursos

necessários à manutenção do sistema e para reduzir os assim chamados vazios assistenciais.

Nesse contexto de instabilidade de financiamento federal, os entes subnacionais tentavam assumir a gestão das políticas sanitárias, descentralizando os serviços de saúde. De outro lado, o Governo Federal tentava estabelecer mecanismos de coordenação federativa por meio de políticas que visavam estabelecer um arranjo vertical mínimo, como a criação do Piso de Atenção Básica, que condicionava o recebimento de recursos pelos municípios ao cumprimento de metas e à observação de padrões nacionais.

Esse processo de descentralização, que, em tese, deveria incluir mecanismos de coordenação federativa que visassem o incentivo ao desempenho dos municípios na atuação da redução das desigualdades sociais existentes, na verdade, se transforma em um grande número de mecanismos de distribuição de recursos utilizados pelo Ministério da Saúde, que culminam num cenário em que as desigualdades regionais mostram-se cada vez mais patentes, o que só faz crescer a disputa por recursos.

Neste estudo viu-se que diversos fatores agravam este cenário de disputa e de escassez de recursos na área da saúde. Passados trinta e quatro anos desde a promulgação da Constituição vigente, o país teve três modelos distintos de financiamento, somado ao fato de que, quando comparado a outros países que adotam um modelo de sistema de saúde universal, como é o caso do Reino Unido e de Portugal, o Brasil investe em saúde num percentual assustadoramente inferior.

Isso se deve, em grande parte, ao modelo de descentralização administrativo implantado no Brasil, que, não proporciona aos governos locais melhores condições de executar políticas públicas de qualidade. A incapacidade financeira impede esses entes de lograrem êxito na implementação de uma gestão sanitária capaz de atender às demandas de seu território.

As transferências intergovernamentais de recursos e os mecanismos para sua ocorrência são outro fator agravante da redução e má distribuição dos recursos na área da saúde, bem como do aumento das desigualdades regionais. Conforme visto nesta pesquisa, os critérios condicionantes para a distribuição das transferências de recursos são insuficientes e não consideram a situação de vulnerabilidade da população, assim como os vazios assistenciais e sanitários de cada região, sobretudo as mais pobres e necessitadas de acesso aos serviços de saúde.

Os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o repasse de recursos financeiros não aparentam considerar uma análise técnica para sua realização, minando o modelo de federalismo de cooperação indicado na Constituição Federal.

Nos repasses realizados por meio de Fundo a Fundo, por exemplo, de acordo com os gráficos analisados, é possível concluir que municípios dotados de maior capacidade de financiamento chegam a receber maiores valores, por habitante, em repasses destinados à saúde. O mesmo ocorre quando analisamos os aportes transferidos com base na taxa de mortalidade infantil, quando se observa que estados com maiores incrementos de recursos possuem uma das menores taxas de mortalidade infantil do país, com o que é o caso do estado de São Paulo.

Conclui-se, portanto, que o modelo de financiamento do sistema público de saúde brasileiro, notadamente a transferência de recursos entre os entes federativos, tem levado a um desvirtuamento do modelo de federalismo sanitário cooperativo proposto originalmente no texto da Constituição Federal de 1988, o que afeta diretamente o SUS.

Portanto, fica claro que a ausência de alinhamento que culmine em um padrão para a realização de transferências de recursos da União para os demais entes federativos no campo da saúde é um fator crucial no insucesso do atual sistema de financiamento da saúde pública no Brasil. Da forma como existe, esse modelo não cumpre com o objetivo proposto de descentralizar para diminuir desigualdades, pelo contrário, as acentua, reforçando ainda mais os desequilíbrios existentes no território brasileiro e, principalmente, comprometendo o acesso universal e igualitário ao sistema de saúde, nos moldes constitucionais.

## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando Luiz. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, [s. l.], n. 24, p. 41-67, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782005000100005>. Acesso em: 25 jul. 2022.
- ABRUCIO, Fernando Luiz. Federalismo e Políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. *In*: LEVY, Evelyn; MEDEIROS, Paulo César (org.). **Construindo uma Nova Gestão Pública**. Natal: SEARHH, 2010. v. 1.
- ABRUCIO, Fernando Luiz; COSTA, Valeriano Mendes Ferreira. **Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 1998. (Série Pesquisas n. 12).
- ABRUCIO, Fernando Luiz; FRANZESE, Cibele; SANO, Hironobu. Trajetória recente da cooperação e coordenação no federalismo brasileiro: avanços e desafios. **República, democracia e desenvolvimento: contribuições ao Estado brasileiro contemporâneo**, Brasília, v. 10, p. 129-164, 2013.
- ALEXY, Robert. **Teoría de los derechos fundamentales**. 2. ed. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2007.
- ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de. **Competências na Constituição de 1988**. São Paulo: Atlas, 2005.
- ANDERSON, George. **Federalismo: uma introdução**. Rio de Janeiro: FGV, 2009
- ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.
- ARRETCHE, Marta. Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira. **Revista de Sociologia e Política**, [s. l.], n. 24, p. 69-85, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782005000100006>. Acesso em: 15 abr. 2022.
- ARRETCHE, Marta. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, set. 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-73302002008000003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302002008000003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 4 abr. 2022.
- ASSIS, Adriana Ribeiro de. Orçamento impositivo: As emendas constitucionais nº 86/2015 e 100/2019 na resolução do “problema do orçamento”. **Cadernos**, [s. l.], v. 1, n. 5, p. 26-35, 2020.
- BAHIA, Cláudio Jose Amaral; ABUJAMRA, Ana Carolina Peduti. A Justiciabilidade do direito fundamental à saúde: Concretização do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, v. 99, n. 892, p. 37-85, fev. 2010.
- BAPTISTA, Tatiana Vargas de Farias. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. *In*: MATTA, Gustavo Correa (org.). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BARACHO, José Alfredo de Oliveira. Descentralização do poder: federação e município. **Revista De Informação Legislativa**, Brasília, v. 22, n. 85, p. 151-184, jan./mar. 1985.

BARACHO, José Alfredo de Oliveira. **Teoria geral do federalismo**. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARBOSA, Antonio Pires; TARDIVO, Carla Rubia Florencio; BARBOSA, Estela Capelas. Mecanismos de controle da gestão do SUS à Luz da Lei Complementar nº 141, de 2012. **Administração Pública e Gestão Social**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 66-74, 2016.

BARRETO, Maria Renilda Nery. **A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808 1851)**. 2005. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

BERCOVICI, Gilberto. A descentralização de políticas sociais e o federalismo cooperativo brasileiro. **Revista de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 13-28, 2002. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/81291>. Acesso em: 26 jul. 2022.

BERCOVICI, Gilberto. **Dilemas do estado federal brasileiro**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

BERNARDES, Wilba Lúcia Maia. O Federalismo Dualista e Competitivo: A Concepção Norte-Americana e suas Possíveis Influências no Modelo Brasileiro. **Revista Brasileira Estudos Políticos**, [s. l.], v. 98, p. 163, 2008.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380-398, dez. 1996. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62341996000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341996000300004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 out. 2020.

BEVILACQUA, Lucas; SOARES, Fabiana; SANTOS, Júlia Maria Tomás dos. Novo regime fiscal frente à garantia constitucional de financiamento adequado das políticas públicas de saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 74-98, 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/672>. Acesso em: 8 jul. 2022.

BICHIR, Renata, SIMONI, Sergio; PEREIRA, Guilherme. Sistemas nacionais de políticas públicas e seus efeitos na implementação: o caso do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 35, n. 102, e3510207, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/3510207/2020>. Acesso em: 25 jul. 2022.

BISPO JÚNIOR, José Patrício. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. **Revista Saúde.com**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 79-89, 2005. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/43>. Acesso em: 15 abr. 2022.

BONAVIDES, Paulo. **A Constituição Aberta: temas políticos e constitucionais da atualidade, com ênfase no federalismo das regiões.** São Paulo: Malheiros, 2004.

BONAVIDES, Paulo. O caminho para um federalismo das regiões. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 17, n. 65, p. 115-126, jan./mar. 1980.

BOSCHETTI, Ivanete. A insidiosa corrosão dos sistemas de proteção social europeus. **Serviço Social & Sociedade**, [s. l.], n. 112, p. 754-803, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282012000400008>. Acesso em: 15 abr. 2022.

BOTELHO, Catarina Santos. **Os direitos sociais em tempos de crise: ou revisitar as normas programáticas.** Coimbra: Medina, 2017.

BRASIL. [Constituição (1934)]. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil.** Rio de Janeiro: Presidência da República, 1934. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao34.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm). Acesso em: 21 fev. 2021.

BRASIL. [Constituição (1937)]. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil.** Rio de Janeiro: Presidência da República, 1937. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao37.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm). Acesso em: 21 fev. 2021.

BRASIL. [Constituição (1946)]. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil.** Rio de Janeiro: Presidência da República, 1946. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao46.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm). Acesso em: 21 fev. 2021.

BRASIL. [Constituição (1967)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1967.** Brasília: Presidência da República, 1967. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao67.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm). Acesso em: 21 fev. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 6 maio 2022.

BRASIL. Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 16 de janeiro de 2012.

BRASIL. Lei nº 7.800, de 10 de julho de 1989. Dispõe sobre as diretrizes orçamentárias para o ano de 1990, e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 11 de julho de 1989.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990.

BRASIL. Lei nº 8.694, de 12 de agosto de 1993. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da lei orçamentária anual de 1994 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 13 de agosto de 1993.

BRASIL. Lei nº 8.931, 22 de setembro de 1994. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária anual de 1995 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 23 de setembro de 1994.

BRASIL. Lei nº 9.082, de 25 de julho de 1995. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária de 1996 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 26 de julho de 1995.

BRASIL. Lei nº 9.293, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária para o exercício de 1997 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 16 de julho de 1996.

BRASIL. Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996. Institui a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira - CPMF, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 25 de outubro de 1996.

BRASIL. Lei nº 9.473, de 22 de julho de 1997. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária de 1998 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 23 de julho de 1997.

BRASIL. Lei nº 9.692, de 27 de julho de 1998. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária de 1999 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 28 de julho de 1998.

BRASIL. Lei nº 9.811, 28 de julho de 1999. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária de 2000 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 29 de julho de 1999.

BRASIL. **Lei nº. 12.465. de 12 de agosto de 2011.** Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2012 e dá outras providências. Brasília, Presidência da República, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112465.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112465.htm). Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. Lei nº. 8.074, de 31 de julho de 1990. Dispõe sobre as diretrizes orçamentárias para o ano de 1991, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 01 de agosto de 1990.

BRASIL. Lei nº. 8.211, de 22 de julho de 1991. Dispõe sobre as diretrizes orçamentárias para o ano de 1992, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 23 de julho de 1991.

BRASIL. Lei nº. 8.447, de 21 de julho de 1992. Dispõe sobre as diretrizes orçamentárias para o ano de 1993, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 22 de julho de 1992.

BRASIL. Mensagem de veto nº 1.055, de 28 de julho de 1999. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 27 de julho de 1999.

BRASIL. Mensagem de veto nº 493, de 12 de agosto de 1993. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 13 de agosto de 1993.

BRASIL. Mensagem de veto nº 770, de 22 de setembro de 1994. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 23 de setembro de 1994.

BRASIL. Mensagem de veto nº 879, de 27 de julho de 1998. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 28 de julho de 1998.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão n. 957/2005**. TC-004.477/2005-7, Ata n. 26/2005-Plenário, Sessão de 13 jul. 2005.

BRAZ, Kalini Vasconcelos. A aplicabilidade do Princípio da Proibição do Retrocesso Social como meio de garantia constitucional ao direito à saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 78–101, 2016. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/248>. Acesso em: 10 ago. 2022.

BURGESS, Michael. Federalism and federation: a reappraisal. *In*: BURGESS, Michael; GAGNON, Alain (org.). **Comparative federalism and federation**. Londres: Harvester; Wheatsheaf, 1993.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 23, n. 7, p. 1613-1623, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700012>. Acesso em: 21 jul. 2022.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Constituição Dirigente e Vinculação do Legislador**: contributo para a compreensão das normas constitucionais programáticas. Coimbra: Coimbra Editora, 1994.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional**. 6. ed. Coimbra: Almedina, 1993.

CARVALHO, Gilson. Financiamento da saúde pública no Brasil no pós-constitucional de 88. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 39-51, jul./dez. 2008.

CARVALHO, Gregory dos Passos. Desigualdades regionais e o papel dos recursos federais no SUS: fatores políticos condicionam a alocação de recursos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, p. 3409-3421, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.31192019>. Acesso em: 26 jul. 2022.

CHAMBÔ, Pedro Luis. **Federalismo Cooperativo**: uma análise bidimensional. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2021.



CHAMBÔ, Pedro Luis. **Federalismo Cooperativo: uma análise bidimensional**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2021.

CONTI, José Maurício. **Levando o direito financeiro a sério: A luta continua**. 3ª ed. São Paulo: Blucher, 2019.

CORWIN, Edward S. The passing of dual federalism. **Virginia Law Review**, [s. l.], v. 36, n. 1, Feb. 1950.

COSSIO, Fernando A. B. **Disparidades econômicas inter-regionais, capacidade de obtenção de recursos tributários, esforço fiscal e gasto público no federalismo brasileiro**. Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, 1998.

COSTA, Silvana Barros da; STRAPAZZON, Carlos Luiz. Teoria sobre a fundamentalidade dos direitos Humanos. **Cadernos de Direito**, [s. l.], v. 14, p. 9-31-31, 2014.

DAIN, Sulamis. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, nov. 2007.

DALARRI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 9-34, nov. 2008/fev. 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128>. Acesso em: 16 abr. 2021.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O papel do município no desenvolvimento de políticas de saúde. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 25, n. 5, p. 401-405, 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101991000500013>. Acesso em: 15 abr. 2022.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Uma nova disciplina: o direito sanitário. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 327-334, 1988, pp. 327-334. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101988000400008>. Acesso em: 18 nov. 2021.

DIAS, Eduardo Rocha; CAMINHA, Unie. Saúde privada e a medicina baseada em evidências como fonte de critérios orientadores da intervenção judicial. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, [s. l.], v. 9, n. 31, p. 80-109, 2015. Disponível em: <https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/173>. Acesso em: 4 jun. 2022.

DIAS, Eduardo Rocha; GONÇALVES, Ana Cristina Viana Loureiro. O papel das normas de repetição obrigatória na autonomia estadual. **Revista Acadêmica Escola Superior do Ministério Público do Ceará**, v. 9, n. 2, p. 85-106, 2017.

DOURADO, D. de A.; DALLARI, S. G.; ELIAS, P. E. M. Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização do Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 10-34, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/688>. Acesso em: 16 abr. 2021.

DOURADO, Daniel de Araujo. **Regionalização e federalismo sanitário no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-02062010-164714/publico/DanielDourado.pdf>. Acesso em: 18 set. 2022.

DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n.

1, p. 204-211, fev. 2011. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000100023&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000100023&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 15 abr. 2022.

ECHEVERRIA, Andrea de Quadros Dantas; RIBEIRO, Gustavo Ferreira. O Supremo Tribunal Federal como árbitro ou jogador? As crises fiscais dos estados brasileiros e o jogo do resgate. **Revista Estudos Institucionais**, [s. l.], v. 4, p. 642-671, 2018.

ELAZAR, Daniel J. **Cooperative Federalism** - Competition among states and local governments: Efficiency and equity in American federalism. Washington: The Urban Institute Press, 1991.

ELAZAR, Daniel J. **Exploring Federalism**. Tuscaloosa: The University of Alabama Press, 1991.

ELIAS, Paulo Eduardo. Reforma ou contra-reforma na proteção social à saúde. **Lua Nova**, São Paulo, n. 40-41, p. 193-215, ago. 1997. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64451997000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451997000200009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 out. 2020.

PINTO, Élide Graziane. **Financiamento dos direitos à saúde e a educação: Uma perspectiva constitucional**. Belo Horizonte : Fórum, 2017

FABRIZ, Daury Cesar. Federalismo, Municipalismo e Direitos Humanos. **Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais**, Espírito Santo, v. 77, n. 4, p. 76-95, 2010.

FABRIZ, Daury Cesar. Federalismo, Municipalismo e Direitos Humanos. **Revista do tribunal de contas do estado de Minas Gerais**, [s. l.], v. 77, n. 4, p. 76-95, 2010.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 371-378, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200004>. Acesso em: 21 jul. 2022.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Dados**, [s. l.], v. 52, n. 1, p. 223-251, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0011-52582009000100007>. Acesso em: 17 abr. 2022.

FERREIRA FILHO, M. G. O Estado Federal brasileiro. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 77, p. 131-140, 1982. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/66947>. Acesso em: 23 abr. 2022.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Comentários à Constituição brasileira de 1988**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 1997. v. 1.

FERRERA, Maurizio. The 'southern model' of welfare in social Europe. **Journal of European Social Policy**, [s. l.], v. 6, p. 17-37, 1996.

FIGUEIREDO, Juliana Oliveira et al. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 37-47, out. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000600037&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000600037&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 6 mai. 2020.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas Notas Sobre a eficácia E Efetividade Do Direito Fundamental à Saúde No Contexto Constitucional Brasileiro. **Boletim do Instituto de Saúde**, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 220-226, dez. 2010.

FINKELMAN, J. (org.). **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

FLEURY, Sônia. Federalismo como processo de pactuação. **Centros de Estudos Estratégicos da Fio Cruz**. [s. l.], 2020. Disponível em: <http://cee.fiocruz.br/?q=node/1179>. Acesso em: 15 abr. 2022.

FLEURY, Sonia. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Ligia (org.). **Política e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, jun. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300010) &lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 out. 2020.

FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**, Rio de Janeiro, v. 2, 2014.

FORTUNATO, Beatriz Casagrande; DESTRO, Carla Roberta Ferreira. A construção do direito à saúde no Brasil: o plano de fundo antecedente à sua posituação constitucional. **Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social**, Goiânia, v. 5, n. 1, jan./jun. 2019.

FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2014.

FRANZESE, C; ABRÚCIO, F. L. Federalismo e políticas públicas: uma relação de reciprocidade no tempo. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 33, Caxambu. **Anais [...]**. Caxambu: [s. n.], 2009. p. 1-25.

FRANZESE, Cibele. **Federalismo cooperativo no Brasil: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas**. 2010. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8219/72060100752.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 17 set. 2022.

FUHRMANN, Italo Roberto. **Judicialização dos direitos sociais e o direito à saúde: por uma reconstrução do objeto do direito à saúde no direito brasileiro**. Brasília: Consulex, 2014.

FUNCIA, Francisco Rózsa. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, p. 4405-4415, 2019.

GAGNON, Alain. The political uses of federalism. In: GAGNON, Alain; BURGESS, Michael (org.). **Comparative federalism and federation**. London: Harvester, 1993. p. 9-23.

GALLO, Fabricio; SOMAIN, René; DROULERS, Martine. Federalismo e competências tributárias, uma geografia dos impostos. **Confins** [s. l.], v. 32, 2017. Disponível em: <http://journals.openedition.org/confins/12227>. Acesso em: 18 set. 2022.

GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930. **Caderno de Textos do Departamento de Ciências Médicas da Escola da Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto**, Ouro Preto, p. 1-33, 2009.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>. Acesso em: 15 abr. 2022.

GOMES, Fábio de Barros Correia. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 6-17, mar. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12 ago. 2019.

GOMES, Luciano de Souza. A Lei Complementar n.º 141/2012 e os investimentos da União em saúde. **Orçamento Público em Discussão**, [s. l.], dez. 2013. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/documentos/estudos/tipos-de-estudos/orcamento-em-discussao/edicao-6-2013-a-lei-complementar-no-141-2012-e-os-investimentos-da-uniao-em-saude/view>. Acesso em: 20 out. 2019.

GUIMARÃES, Maria Elizabeth; ROCHA, Teixeira; BASTOS, Romeu Costa Ribeiro. Da Confederação à Federação. A Trajetória da Fundação dos Estados Unidos da América. *In*: RAMOS, Dircêo Torrecillas (coord.). **O federalista atual: teoria do federalismo**. Belo Horizonte: Arraes, 2013.

HERMANY, Ricardo; MACHADO, Betieli. O federalismo cooperativo e a saúde pública: uma análise dos desafios da autonomia local brasileira em tempos de pandemia de COVID-19. **Revista Jurídica Luso-Brasileira**, v. 7, n. 1, p. 1115-1162, 2021.

HESSE, Konrad. El Estado Federal Unitário. **IOB Direito Público**, Porto Alegre, v. 9, n. 50, p. 9-36, mar./abr. 2013.

HORTA, Raul Machado. Organização Constitucional do Federalismo. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 22, n. 87, p. 5-22, 1985.

HORTA, Raul Machado. **Direito Constitucional**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 1999.

HORTA, Raul. Organização Constitucional do Federalismo. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 22, n. 87, p. 5-22, jul./set. 1985.

IBGE. **CSS - Conta-satélite de saúde: 2010 – 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde – 2020**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

KHAMIS, Renato Braz Mehanna; SARTORI, Ivan Ricardo Garisio. O impacto do federalismo sanitário brasileiro na efetividade do direito à saúde. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 7, n. 2, 2017.

KINCAID, John. The eclipse of dual federalism by one-way cooperative federalism. **Arizona State Law Journal**, Arizona, 2017. Disponível em: <http://arizonastatelawjournal.org/2017/11/14/the-eclipse-of-dual-federalism-by-one-way-cooperative-federalism/>. Acesso em: 17 set. 2022.

KRELL, Andréas Joachim. Realização dos Direitos Fundamentais sociais mediante controle judicial da prestação dos serviços públicos básicos. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, n. 144, out./dez. 1999.

KUGELMAS, Eduardo, SOLA, Lourdes. Recentralização/Descentralização: dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. **Tempo Social**, S. Paulo, v. 11, n. 2, p. 63-81, out. 1999.

LEBRÃO, Roberto Mercado. **Federalismo e políticas públicas sociais na Constituição de 1988**. 2010. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) - Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200002>. Acesso em: 5 jul. 2022.

LEWANDOWSKI, Enrique Ricardo. **Evolução do Estado federal no Brasil**. Brasília: STJ, 2009.

LIMA, Luciana Dias de. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 511-522, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200027>. Acesso em: 26 jul. 2022.

LIMA, Thalita Moraes. O direito à saúde revisitado. Entre os ideais da Constituição de 1988 e o drama jurídico atual. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 51, n. 202, p. 191-201, abr./jun. 2014.

LIZIERO, Leonam Baesso da Silva. **Estado federal no Brasil: o federalismo na Constituinte de 1987/1988 e a descentralização pela assimetria**. 2017. Tese (Doutorado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

LIZIERO, Leonam Baesso da Silva; CARVALHO, Fabrício. Federalismo e centralização no Brasil: contrastes na construção da federação brasileira. **Revista de Direito da Cidade**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 1483-1503, 2018.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Ligia. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Ligia *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

LOPREATO, Francisco Luiz C. Federalismo brasileiro: origem, evolução e desafios. **Economia e Sociedade**, [s. l.], v. 31, n. 1, p. 1-41, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3533.2022v31n1art01>. Acesso em: 23 abr. 2022.

LOPREATO, Francisco Luiz C. **Federalismo e finanças estaduais: algumas reflexões**. Campinas: Unicamp, 2000.

LUCCHESI, Patrícia TR. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde—retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e políticas públicas**, [s. l.], n. 14, 2009.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática": anos 80. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-3311991000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-3311991000100004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 18 out. 2020.

MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, [s. l.], v. 4, p. 259-281, 2019.

MARINONI, Luiz Guilherme. O direito à tutela jurisdicional efetiva na perspectiva da teoria dos direitos fundamentais. **Revista Peruana de Derecho Procesal**, [s. l.], n. 7, p. 199-258, 2004.

MARQUES, Rosa Maria M.; MENDES, Áquilas. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. **Economia e Sociedade**, [s. l.] v. 14, n. 1, p. 159-175, 2005.

MARQUES, Rosa Maria. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Planejamento e Políticas Públicas**, [s. l.], v. 49, p. 35-53, 2017.

MARQUES, Rosa Maria. O direito à saúde no mundo. *In*: MARQUES, Rosa Maria *et al.* **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: Abres, 2016.

MARQUES, Rosa Maria. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Planejamento e Políticas Públicas**, [s. l.], p. 35-53, 2017.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 345-362, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-06182012000200005>. Acesso em: 5 jul. 2022.

MARQUES, Rosa. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Revista planejamento e políticas públicas**, [s. l.], n. 49, p. 36-53, jul./dez. 2017.

MARQUES, Rosa. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Revista planejamento e políticas públicas**, n. 49, p. 36-53, jul./dez. 2017.

MASSON, Nathalia. **Manual de direito constitucional**. Salvador: JusPodivm, 2013.

MATTA, Gustavo Correa. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. *In*: MATTA, Gustavo Correa; PONTES, Ana Lucia de Moura (coord.). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema único de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; EPSJV, 2007.

MEDEIROS, Marcelo. **A trajetória do Welfare State no Brasil: papel redistributivo das Políticas Sociais dos anos 1930 aos anos 1990**. Brasília: IPEA, 2001.

MEGALI NETO, Almir. Emenda Constitucional n. 95/2016 e o desmembramento dos Direitos Sociais. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de**

- Uberlândia**, Uberlândia, v. 48, n. 1, p. 242–270, 2020. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/revistafadir/article/view/47438>. Acesso em: 8 jul. 2022.
- MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Prestação de Serviços Públicos e Administração Indireta**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1973.
- MENDES, Áquilas. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 22, p. 987-993, 2013.
- MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, [s. l.], v. 15, p. 2297-2305, 2010.
- MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.
- MERCADANTE, Otávio Azevedo *et al.* Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. **Caminhos da saúde pública no Brasil**, [s. l.], v. 20, 2002.
- MINAYO, Maria Cecília. **O Desafio do Conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2016.
- MOREIRA, Parcelli Dionizio. História do federalismo fiscal nas constituições republicanas brasileiras. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico do Rio Grande do Sul**, [s. l.], v. 149, p. 63-88-88, 2015.
- MOREIRA, Parcelli Dionizio. História do federalismo fiscal nas constituições republicanas brasileiras. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico do Rio Grande do Sul**, [s. l.], v. 149, p. 63-88-88, 2015.
- NEVES, Marcelo. **Teoria da Inconstitucionalidade das Leis**. São Paulo: Saraiva, 1988.
- NOCE, Umberto Abreu; CLARK, Giovani. A Emenda Constitucional n 95/2016 e a violação da ideologia constitucionalmente adotada. **REI-Revista Estudos Institucionais**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 1216-1244, 2017.
- NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; PIRES, Denise Elvira Pires de. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-760, June 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300012&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 out. 2020.
- NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.
- NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & saúde coletiva**, [s. l.], v. 6, p. 445-450, 2001.
- NUNES, Everardo Duarte. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 251-264, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200004>. Acesso em: 16 abr. 2022.

OECD. **Estudos da OCDE sobre os Sistemas de Saúde**: Brasil 2021. Paris: OECD Publishing, Paris, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/f2b7ee85-pt>. Acesso em: 21 out. 2021.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; EGRY, Emiko Yoshikawa. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 9-15, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342000000100002>. Acesso em: 16 out. 2021.

OREIRO, José Luis. A grande recessão brasileira: diagnóstico e uma agenda de política econômica. **Estudos Avançados**, [s. l.], v. 31, p. 75-88, 2017.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONMICO. **Financing and Delivering Health Care**: A comparative analysis of OECD Countries. Paris: OECD, 1987.

OUVERNEY, Assis Mafort; FLEURY, Sonia. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico-institucionalista. **Revista de Administração Pública**, [s. l.], v. 51, p. 1085-1103, 2017.

PAES-SOUSA, Rômulo; RASELLA, Davide; CAREPA-SOUSA, Julio. Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, p. 172-182, 2018.

PAIM, Jairnilson *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, London, maio 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 29, p. 1927-1936, 2013.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, North America, v. 377, p. 11-31, 2011.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, ciências, saúde**, Manguinhos, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 24 out. 2020.

PAIXÃO, Cristiano. Direito, política, autoritarismo e democracia no Brasil: da Revolução de 30 à promulgação da Constituição da República de 1988. **Araucaria, Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades**, [s. l.], v. 13, n. 26, p. 146-169, 2011.

PARANHOS, Vinícius Lucas. Efetividade dos provimentos judiciais na garantia do direito à saúde: Estudo sobre as decisões inaudita altera parte no fornecimento gratuito de medicamentos pelo Estado. **Meritum**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, 2007.



PAULA, Luiz Fernando de; PIRES, Manoel. Crise e perspectivas para a economia brasileira. **Estudos Avançados**, [s. l.], v. 31, n. 89, p. 125-144, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-40142017.31890013>. Acesso em: 8 jul. 2022.

PEREIRA, Fabio Franco. **A federação no constitucionalismo brasileiro**. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

PETMESIDOU, Maria; PAVOLINI, Emmanuele; GUILLÉN, Ana M. South European Healthcare Systems under Harsh Austerity: A Progress–Regression Mix?. **South European Society and Politics**, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 331-352, 2014.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [s. l.], v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400009>. Acesso em: 10 ago. 2022.

PIMENTEL, Vitor; BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CEAD/Ed. UnB, 2009.

PIOLA, Sérgio *et al.* **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, jul. 2013.

PIOLA, Sérgio Francisco; FRANCA, José Rivaldo Mello de; NUNES, André. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 411-422, fev. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000200411&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200411&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 out. 2019.

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

POLIGNANO, Marcus Vinicius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural**, Minas Gerais, v. 35, p. 01-35, 2001.

PONTE, Carlos Fidelis. Entre a saúde pública e a medicina previdenciária. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

PORTO, Silvia *et al.* Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1393-1404, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600014>. Acesso em: 25 jul. 2022.

PRADO, S. Partilha de recursos e desigualdade nas federações um enfoque metodológico. *In*: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F. A. (org.). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil: desafios da reforma tributária**. Rio de Janeiro: FGV; Konrad Adenauer, 2003.

PRADO, Sérgio Roberto Rios do. Distribuição intergovernamental de recursos na federação brasileira. *In*: REZENDE, Fernando Antônio; OLIVEIRA, Fabricio Augusto de (org.). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil: desafios da reforma tributária**. Rio de Janeiro: Fundação K. Adenauer, 2003.

- RAMMÊ, Rogério Santos. O federalismo em perspectiva comparada: contribuições para uma adequada compreensão do federalismo brasileiro. **Revista Eletrônica Direito e Política**, Itajaí, v. 10, n. 4, 2015.
- RAMOS, Edith; NETTO, Edson. Federalismo e o direito à Saúde na constituição federal de 1988: limites e possibilidades ao estabelecimento de um autêntico federalismo sanitário cooperativo no Brasil. **Unicuritiba**, Curitiba, v. 04, n. 49, p. 304-330, 2017.
- RAMOS, Marcelene Carvalho da Silva. O direito fundamental à saúde na perspectiva da Constituição Federal. **A&C-Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, [s. l.], v. 5, n. 22, p. 147-165, 2007.
- REIS, Ademar Arthur Chioro dos *et al.* Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, p. 122-135, dez. 2016. Disponível em: [http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000500122&lng=en&nrm=iso](http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000500122&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 jun. 2022.
- RIBEIRO, José Aparecido; PIOLA, Sérgio Francisco; SERVO, Luciana Mendes. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. **Divulg Saúde Debate**, [s. l.], v. 37, p. 21-43, 2007.
- RIBEIRO, José Aparecido; PIOLA, Sérgio Francisco; SERVO, Luciana Mendes. Financiamento e gasto das políticas sociais: o caso do Ministério da Saúde, 1995 a 2005. **Bahia Análise e Dados**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 289-301, 2006.
- RISI JUNIOR, João Baptista *et al.* As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- ROCHA, C. A. V. Federalismo: Dilemas de Uma Definição Conceitual. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 323-338, 16 set. 2011.
- ROCHA, Carmen Lúcia Antunes. **República e federação no Brasil**: Traços Constitucionais da Organização Política Brasileira. Belo Horizonte: Del Rey, 1997.
- RODRIGUES, Juliana. **As Transferências Intergovernamentais de Recursos do FPM e do ICMS como Estratégia de Equilíbrio Sócio-Espacial**. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 32, p. e00194316, 2016.
- SAGASTUME, Mariana Helcias Côrtes Gonzaga *et al.* Orçamento impositivo: a experiência da saúde. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, [s. l.], v. 22, n. 72, 2017.
- SAHADŽIĆ, Maja. Constitutional Asymmetry and Equality in Multinational Systems with Federal Arrangements. **Studies in Territorial and Cultural Diversity Governance**, [s. l.], p. 36, 2021.
- SALDANHA, Ana Claudia. Estado federal e descentralização: uma visão crítica do federalismo brasileiro. **Revista Sequência**, [s. l.], v. 1, n. 59, p. 327-360, dez. 2009.

SALGADO, Leonardo Gil. A regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29/2000 pela Lei Complementar nº. 141/2012: estimativa dos impactos sobre o financiamento e sobre a oferta de serviços do SUS-MG. 2012. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2012.

SANTOS, Alethele Oliveira; DELDUQUE, Maria Celia; ALVES, Sandra Mara Campos. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2016000100301&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2016000100301&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 mar. 2022.

SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 13, p. 1431-1440, 2008.

SANTOS, Lenir. Direito à saúde e sistema único de saúde: conceito e atribuições. O que são ações e serviços de saúde. In: SANTOS, Lenir (org.). **Direito da saúde no Brasil**. Campinas: [s. n.], 2010.

SANTOS, Lenir. **SUS e a Lei Complementar 141 comentada**. São Paulo: Saberes, 2012.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 13. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.

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

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Direito e Democracia**, Canoas, v. 3, n. 1, p. 333-104, 2002.

SARLET, Ingo Wolfgang. Contornos do direito fundamental à saúde na Constituição de 1988. **Revista da Procuradoria-Geral do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, n. 56, p. 41-62, jul./dez. 2002.;

SARLET, Ingo Wolfgang. Os Direitos Fundamentais, sua dimensão organizatória e procedimental e o direito a saúde: algumas aproximações. **Revista de Processo**, São Paulo, v. 34, n. 175, p. 9-33, set. 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012.

SARLET, Ingo. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista de Ciências Jurídicas, Direito e democracia**, [s. l.], v. 3, n. 1, 2002.

SARLET, Ingo; FIGUEIREDO, Mariana. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas. *In*: RÉ, Aluisio Iunes Monti Ruggeri. **Temas aprofundados da Defensoria Pública**. Bahia: Juspodvim, 2014. p. 111-146.

SARLET, Ingo; FIGUEIREDO, Mariana. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, Porto Alegre, n. 24, jul. 2008. Disponível em: [https://revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao024/ingo\\_mariana.html](https://revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao024/ingo_mariana.html). Acesso em: 22 nov. 2021.

SCAFF, F. F.; ROCHA, F. S. S. Princípios, elementos e conceito do Estado Federal. *In*: RAMOS, D. T. (coord.). **O federalista atual: teoria do Federalismo**. Belo Horizonte: Arraes, 2013.

SCHAPIRO, Robert A. Toward a theory of interactive federalism. **Public Law & Legal Theory Research Paper Series**, [s. l.], p. 16. Disponível em: <http://papers.ssrn.com/abstract=734644>. Acesso em: 17 set. 2022.

SCHWAR, Germano. A autopeiose do sistema sanitário. **Revista de Direito Sanitário**, Canoas, v. 4, n. 1, mar. 2003.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>. Acesso em: 18 nov. 2021.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>. Acesso em: 18 nov. 2021.

SEGUNDO, Hugo de Brito Machado. Emenda Constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos. **Revista Controle: Doutrinas e artigos**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 22-40, 2017.

SERAPIONI, Mauro. Crise econômica e desigualdades nos sistemas de saúde dos países do Sul da Europa. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 33, n. 9, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170116>. Acesso em: 21 maio 2022.

SERAPIONI, Mauro; TESSER, Charles Dalcanale. O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 43, n. 5, p. 44-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S504>. Acesso em: 15 abr. 2022.

SERVO, Luciana MS *et al.* Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**, [s. l.], p. 85-108, 2011.

SILVA, Beatrice Maria Pedroso da. **O sistema único de saúde: o descompasso entre a realidade normativa e a realidade fática**. 2007. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

SILVA, Diogo Bacha e; BAHIA, Alexandre. Direito à saúde, jurisdição constitucional e estado de emergência constitucional: uma perspectiva crítica da pandemia. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/50341>. Acesso em: 18 abr. 2022.

SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. 5. ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989.

SILVA, Maurício Corrêa da *et al.* Gastos com saúde: uma análise do cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000 pelos 100 municípios brasileiros mais populosos, no período de 2000 a 2008. **REUNIR Revista de Administração Contabilidade e Sustentabilidade**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 1-20, 2012.

SIMÃO, Juliana Barby; ORELLANO, Veronica Ines Fernandez. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 33-63, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-4161201545133jbv>. Acesso em: 26 jul. 2022.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde & debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, mar. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000100204&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100204&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 24 out. 2020.

SOUZA, Celina Maria. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019000803002](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000803002). Acesso em: 15 abr. 2022.

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho contitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de sociologia e política**, [s. l.], p. 105-121, 2005.

SOUZA, Maria do Carmo Campello de. Federalismo no Brasil: aspectos político-institucionais (1930-1964). **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 21, n. 61, p. 7-40, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092006000200002>. Acesso em: 23 abr. 2022.

STEPAN, Alfred. Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder do Demos. **Dados**, [s. l.], v. 42, n. 2, p. 197-251, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0011-52581999000200001>. Acesso em: 10 ago. 2022.

TAVARES, Ana Lúcia de Lyra. O Estado Federal: delineamentos. **Revista de Ciências Políticas**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 1979.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBOAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do Sus**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, jun. 1998. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br>

/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 out. 2020.

TERALORI JUNIOR, Rodolfo. Imigração e epidemias no estado de São Paulo. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, p. 265-283, jul./out. 1996.

TITMUSS, Richard Morris. **Essays on “the Welfare State”**. Surrey: Unwin Brothers, 1963.

TITMUSS, Richard Morris. What is Social Policy? *In*: LEIBFRIED, Stephan, MAU, Steffen (org.). **Welfare States: Construction, Deconstruction, Reconstruction**. United Kingdom: Edward Elgar, 2008.

TITMUSS, Richard Morris. **Essays on 'the Welfare State'**. Surrey: Unwin Brothers, 1963.

TOMASCHEWSKI, Cláudia. **Entre o Estado, o Mercado e a Dádiva**: a distribuição da assistência a partir das irmandades da Santa Casa de Misericórdia nas cidades de Pelotas e Porto Alegre, Brasil, c. 1847 c. 1891. 2014. Tese (Doutorado em História) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

TOMIO, Fabrício de Limas; ORTOLAN, Marcelo. Federalismo Predatório e Municipalização de Políticas Públicas Sociais. **Revista de Administração Municipal**, Rio de Janeiro, v. 284, p. 4-14, nov. 2015.

TORRES, Heleno Taveira. Constituição financeira e o federalismo financeiro cooperativo equilibrado brasileiro. **Revista Fórum de Direito Financeiro e Econômico**, [s. l.], n. 5, p. 25-54, 2014.

TORRONTEGUY, Marco Aurelio. **O direito humano à saúde no direito internacional**: efetivação por meio da cooperação sanitária. 2010. Tese (Doutorado em Direito) - Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

VIACAVA, Francisco *et al.* Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 7, p. 2745-2760. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.15812017>. Acessado 25 jul. 2022.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 645-684, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312008000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 out. 2020.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. Notas sobre política social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 133-159, 1991. Acesso em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73311991000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311991000100007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 14 out. 2020.

VIEIRA, Fabiola Sulpino *et al.* O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Périplos: Revista de Estudos sobre Migrações**, [s. l.], v. 10, n. 3, 2016.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Health financing in Brazil and the goals of the 2030 Agenda: high risk of failure. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 54, p. 127, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002414>. Acesso em: 25 jul. 2022.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; PIOLA, Sergio Francisco; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor.** Textos para discussão. IPEA: [s. n.], 2019.

VIEIRA, Fabiola Suplino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016.

VILA, Marco Antonio. **História das Constituições Brasileiras.** São Paulo: Ática, 1989.

VISCARDI, Cláudia Maria R. O Federalismo como Experiência: Campos Sales e as Tentativas de Estabilização da República. **Dados**, [s. l.], v. 59, n. 4, p. 1169-1206, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/001152582016110>. Acesso em: 23 maio 2022.

WATTS, Ronald L. **Comparing federal systems in the 1990s.** Ontario: Institute of Intergovernmental, 1996.

WATTS, Ronald. Origins of Cooperative and Competitive Federalism. *In*: GREER, Scorr (ed.). **Territory, Democracy and Justice.** London: Palgrave Macmillan, 2006.

WOLF, Paulo José Whitaker; DE OLIVEIRA, Giuliano Contento. O “espírito de Dunquerque” e o NHS inglês: teoria, história e evidências. **Revista tempo do mundo**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 193-241, 2017.

WOLKMER, Antonio Carlos. **História do Direito no Brasil.** 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Officials Records of the World Health Organization.** New York: WHO, 1948.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa Charter for Health Promotion.** Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986.