

POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITO À SAÚDE: EVOLUÇÃO DOS GASTOS
GOVERNAMENTAIS E EFICÁCIA DE DIREITOS FUNDAMENTAIS

*PUBLIC POLICIES AND RIGHT TO HEALTH: EVOLUTION OF GOVERNMENT SPENDING
AND EFFECTIVENESS OF FUNDAMENTAL RIGHTS*

Joao Pedro da Rocha Alonso ^A

<https://orcid.org/0000-0002-7023-2275>

Vinícius Gomes Casalino ^B

<https://orcid.org/0000-0003-0003-3315>

^A Graduando da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Centro de Ciências Humanas e Sociais Aplicadas, Faculdade de Direito. Integrante do Programa de Iniciação Científica da Pró-Reitoria da PUC-Campinas na Linha de Pesquisa “Direitos Humanos e Políticas Públicas” e do Grupo de Pesquisa “Direito e Realidade Social”, beneficiando-se de fomento na modalidade Bolsa FAPIC/Reitoria da PUC-Campinas.

^B Professor titular (categoria A1) da Faculdade de Direito da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP) em regime de tempo integral e dedicação exclusiva. Orientador de mestrado, está vinculado à linha de pesquisa Direitos Humanos e Políticas Públicas do Programa de Mestrado em Direitos Humanos e Desenvolvimento Social. Pós-Doutor pelo Departamento de Economia da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo (FEA-USP). Doutor e Mestre pelo Departamento de Filosofia e Teoria Geral do Direito da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (Largo São Francisco-USP), instituição pela qual obteve o grau de bacharel em direito. Pós-doutorado em andamento pelo Departamento de História da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH--USP).

Correspondências: joao_alonso@live.com; vinicius.casalino@puccampinas.edu.br

DOI: <https://doi.org/10.12957/rfd.2024.61814>

Artigo recebido em 23/08/2021 e aceito em 08/11/2023.

Resumo: Esse artigo propõe um estudo que demonstre a abrangência real da eficácia das políticas públicas relacionadas ao direito à saúde. Nessa linha, a partir da tipologia das políticas de Theodore J. Lowi, tratando as políticas de saúde como redistributivas, tem-se como hipótese principal estabelecer uma relação ou não entre as alternâncias nas áreas políticas e arenas de poder nos últimos anos com o nível de eficácia dessas políticas. Para tanto, além da análise profunda dos níveis concretos de eficácia dos direitos prestacionais sociais, com enfoque na saúde, cabe observar as políticas públicas através de um prisma interdisciplinar. Dessa forma, a consideração de elementos do direito financeiro e orçamentário são essenciais no decorrer do trabalho. O objeto principal gira em torno da comprovação da hipótese, recorrendo também a uma análise orçamentária da União dos

gastos em saúde de 2010-2019. O método utilizado para isto é o hipotético-dedutivo, somado às normas constitucionais programáticas, toda a disciplina jurídica de saúde, a bibliografia qualificada e os artigos relevantes ao tema. Por fim, a relevância do artigo consiste na constatação do baixo nível de eficácia que as classes sociais mais vulneráveis se beneficiam dessa política redistributiva. No momento de pandemia do Covid-19, com recordes de mortes e colapso do sistema de saúde, a discussão sobre a importância da pesquisa científica e do direito à saúde como um todo se expressa ainda mais fundamental.

Palavras-chave: Políticas públicas. Direito à saúde. Direitos fundamentais. Orçamento público. Tipologia de Theodore J. Lowi

Abstract: This paper proposes a study to demonstrate the actual scope of the effectiveness of public policies related to the right to health. In this line, based on Theodore J. Lowi's typology of policies, treating health policies as redistributive, the main hypothesis is to establish a relationship or not between the alternations in political areas and arenas of power in recent years with the level of effectiveness of these policies. To this end, in addition to the in-depth analysis of the concrete levels of effectiveness of social welfare rights, with a focus on health, public policies should be observed through an interdisciplinary prism. Thus, the consideration of elements of financial and budgetary law are essential in the course of the work. The main object revolves around proving the hypothesis, also resorting to a Federal Government budget analysis of health spending from 2010-2019. The method used for this is the hypothetical-deductive one, added to the programmatic constitutional norms, the entire legal discipline of health, the qualified bibliography and the articles relevant to the theme. Finally, the relevance of the article consists in the verification of the low level of effectiveness that the most vulnerable social classes benefit from this redistributive policy. At the moment of the Covid-19 pandemic, with record deaths and the collapse of the health system, the discussion about the importance of scientific research and the right to health as a whole is even more fundamental.

Keywords: Public policies. Right to health. Fundamental rights. Public budget. Typology of Theodore. Lowi.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal do Brasil (CFB) de 1988 em seu art. 1º¹, determina a cidadania e a dignidade da pessoa humana como princípios fundantes do Estado brasileiro (BRASIL, 1988). Ademais, o direito à saúde é a base para que haja a proteção de tais

¹ Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: II - a cidadania; III - a dignidade da pessoa humana; (BRASIL, 1998)

princípios. Visto que, a dignidade humana está interligada à integridade física e mental, garantida por uma vida saudável, e o direito de cidadania, parte da preservação da vida humana e das garantias inclusas na seguridade social.

Nesse cenário, com a CFB o direito à saúde teve sua inclusão no rol dos direitos sociais, art. 6º, como também nos direitos fundamentais (BRASIL, 1988). Dessa maneira, diferentemente dos direitos naturais, os sociais se caracterizam por exigirem do Estado uma prestação positiva, por isso, também conhecidos como direitos prestacionais sociais. Por dependerem de uma ação Estatal, a Constituição reservou um espaço específico para tratar da saúde (art. 196 até o art. 200). No primeiro artigo dessa seção determinou que o direito à saúde é universal e deve ser efetivado através de políticas públicas, sejam elas sociais ou econômicas (BRASIL, 1988).

O texto constitucional procurou garantir um nicho de normas programáticas e direitos em matéria de saúde que fossem efetivados independente do comando na administração pública. Por essa razão estabeleceu a maior política de saúde, totalmente integral e universal, da história desse país, o sistema único de saúde (SUS). Ocorre que as políticas públicas dependem substancialmente do orçamento público e da discricionariedade do administrador para se materializarem.

Assim, o objetivo do presente artigo engloba um estudo interdisciplinar da ciência das políticas públicas, a fim de entender critérios reais de eficácia dos direitos sociais prestacionais, em especial o direito à saúde. Busca-se estabelecer parâmetros concretos de efetivação das políticas de saúde no Brasil. Para tanto, o regaste de um dos principais teóricos da tipologia das políticas, Theodore J. Lowi, permite, como objetivo principal deste trabalho, comprovar a hipótese suscitada. Esta se funda tentativa de firmar uma análise relacional entre as alternâncias de forças progressistas e conservadoras no executivo federal entre 2010 e 2019 com o grau de incidência de políticas distributivas e redistributivas, considerando as políticas que envolvem a saúde como redistributiva de acordo com a tipologia de Lowi².

Para isto, utiliza-se o método hipotético-dedutivo, articulado ao levantamento bibliográfico de toda a disciplina jurídica de saúde, das normas constitucionais

² Este argumenta sobre a existência de quatro tipos de políticas: distributiva; regulatória; redistributiva; e constitutiva (LOWI, 1972, p. 300).

programáticas, da noção do ciclo políticas públicas e do aprofundamento dos direitos sociais prestacionais com intuito de sistematizar as linhas teóricas de Theodore J. Lowi Lowi e igualmente os artigos científicos, elementos do direito financeiro, orçamentário, somado as obras relevantes ao tema.

Os itens foram divididos da seguinte forma: no primeiro, há uma perquirição profunda do direito à saúde no formato de política pública. Desde a conceituação por meio de um prisma interdisciplinar da política pública, considerando elementos do direito financeiro, até o desdobramento da teoria dos direitos fundamentais e das características dos direitos prestacionais sociais após a CFB, em especial a eficácia direito à saúde. O segundo item, por sua vez, é reservado à inspeção do orçamento público federal, no espaço de tempo de 2010-2019, principalmente dos gastos efetivos e esperados na pasta da saúde. Sobretudo, quando se compara este com outra espécie de despesa, como os gastos com serviços da dívida pública. Finalmente, o item 3 apresenta uma colocação sobre a principal política de saúde do Brasil, o Sistema Único de Saúde, tanto quanto a compressão sistemática do trabalho de Theodore J. Lowi, de acordo com contexto de sua tipologia.

Ressalte-se, ainda, que esse trabalho, apesar de se limitar a um lapso temporal pré-pandêmico, possui extrema relevância no momento de pandemia do Covid-19 e para um futuro próximo. Visto que se vive em uma época de negacionismo científico e números recordes de mortes, a discussão da importância da pesquisa científica, da garantia do direito à saúde e da defesa do sistema único de saúde (SUS) nunca se fez tão necessária. De notório saber, está a possibilidade também de revelar os níveis de eficácia das políticas de saúde, sendo um direito prestacional social, acrescenta a responsabilidade com a população marginalizada na sociedade.

Por fim, mas não menos importante, o método utilizado para o desenvolvimento do artigo é o hipotético-dedutivo, tal como desenvolvido por Karl Popper (2013)³. Trata-se, em suma, de estabelecer uma hipótese ainda não justificada, sujeita logicamente a

³ De acordo com a concepção que será aqui apresentada, o método de submeter criticamente à prova as teorias, e de selecioná-las conforme os resultados obtidos, acompanha sempre as linhas expostas a seguir. A partir de uma ideia nova, formulada conjecturalmente e ainda não justificada de algum modo – antecipação, hipótese, sistema teórico ou algo análogo – podem-se tirar conclusões por meio de dedução lógica. Essas conclusões são em seguida comparadas entre si e com outros enunciados pertinentes, de modo a descobrir-se que relações lógicas (equivalência, dedutibilidade, compatibilidade ou incompatibilidade) existem no caso (POPPER, 2013, p. 31).

falseamento, que se pretende comprovada ao final do artigo, após extensa e detalhada argumentação.

1. POLÍTICAS PÚBLICAS COMO DIREITOS FUNDAMENTAIS PRESTACIONAIS E MEIO DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

A relevância da teoria das políticas públicas como disciplina acadêmica autônoma deu-se a partir de meados do século XX. Isso é devido à substituição no meio internacional do Estado Liberal pela incorporação do Estado Social, o qual vinculou a administração pública a deveres de temáticas diversificadas, conseqüentemente, exigindo políticas de diversas áreas. De acordo com Souza (2006, p. 26):

As políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade. Tal é também a razão pela qual pesquisadores de tantas disciplinas – economia, ciência política, sociologia, antropologia, geografia, planejamento, gestão e ciências sociais aplicadas – partilham um interesse comum na área e têm contribuído para avanços teóricos e empíricos.

Nada obstante, a conceituação do termo “política pública” merece cautela e atenção, considerando a abrangência da matéria. Por isso, para delimitar o objeto do artigo, faz-se necessária uma análise de acordo com padrões de historicidade. A ascensão acadêmica dessa área teve como marco inicial as teses dos teóricos norte-americanos (SOUZA, 2006, p. 24-25). Foram elaboradas inúmeras pesquisas ao longo do século XX, sendo o único ponto de convergência entre estas o fato de que as políticas públicas resultam de decisões governamentais e se referem a ações do governo (FONTE, 2015, p. 46).

Os percursores científicos da disciplina procuraram compreender a razão pela qual certos governos adotavam determinadas ações para executar deveres de sua responsabilidade (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015, p. 14). Dessa maneira, comparando com definições doutrinárias atuais, foram elaborados conceitos amplos e vagos, os quais davam ensejo a contradições no meio científico.

Por exemplo, o cientista político americano Thomas Dye define as políticas públicas como todas as escolhas que um governo decide ou não realizar (*apud*, SOUZA,

2006, p. 24). Felipe de Melo Fonte critica tal ponto de vista, expondo que o autor peca pelo excesso, pois não leva em consideração as diferentes formas de atividades governamentais, como também exclui de sua conceituação as implementações e avaliações das políticas, reduzindo estas a um simplório aspecto decisório (2015, p. 46).

Na doutrina brasileira o estudo dessa disciplina se intensificou após a Constituição de 1988 e o advento do neoconstitucionalismo. Do mesmo modo, o entendimento nacional tem suas incongruências sobre o termo. Grande intérprete do direito, Eros Roberto Grau define tais políticas como todas as ações em que há uma interferência do poder público na vida social (GRAU, 2007, p. 26), dando abertura a interpretações que extrapolam preceitos sistematizados, incluindo até definições coloquiais. Maria Paula Dallari Bucci alerta para a necessidade de comunicação entre os subsistemas, o jurídico e o da ciência política, atribuindo ao direito uma postura mais informada de elementos da política (1997, p. 241-242), reconhecendo as bases da estrutura de poder e da Administração Pública.

Para fins deste trabalho, entende-se política pública em conformidade com o conjunto de atos e fatos jurídicos que têm por finalidade a concretização de objetivos estatais da Administração Pública (FONTE, 2015, p. 57), ou seja, considera-se a ação ou omissão do governo em congruência com as previsões que lhe foram impostas. Similarmente, qualquer decisão do gestor público no campo de atuação visando ao interesse coletivo é premeditado pelas fases do ciclo político-administrativo que formulam as políticas. Vázquez e Delaplace (2011, p. 36) interpretam esse fenômeno da seguinte forma:

Como parte desse processo de racionalidade e análise, a partir da PP foi gerado o ciclo de vida das PP. A partir do nome deve-se ressaltar que se trata de um processo que nunca termina, transforma-se em um ciclo que se realimenta constante e sistematicamente. O ciclo está formado por sete processos: entrada do problema na agenda pública, estruturação do problema, conjunto das soluções possíveis, análise dos pontos positivos e negativos das mesmas, tomada de decisão, implementação e avaliação.

Importante frisar a dependência substancial da alocação de recursos financeiros previstos pelo orçamento público. Cabe ao legislador definir quanto será destinado para a lei orçamentária, bem como qual a proporção que cada matéria receberá. Esta lei serve como base e limite para os gastos públicos, por isso chamada de reserva orçamentária. Ainda, é perceptível pelo estudo do direito financeiro e de aspectos da ciência política o grau

influência do Poder Executivo nas decisões do cenário político (FONTE, 2015, p. 62). No entanto, adentraremos na discussão das forças políticas dentro das arenas de poder em um dos itens seguintes.

Diante desse contexto, a discricionariedade e a legislação orçamentária são instrumentos básicos para que ocorra qualquer manifestação jurídica das políticas públicas. Dessa forma, o orçamento público extrapola sua função meramente contábil, pois quando se trata de política e finança pública esbarra como peça estruturante para o funcionamento de todo o ciclo (ABREU; CÂMARA, 2015, p. 74).

É impossível, assim, não relacionar o dinheiro público ao grau de efetividade dos direitos fundamentais sociais (FONTE, 2015, p. 73-74). A gestão orçamentária dentro desse nicho de definição das escolhas político-institucionais constitui a análise dinâmica do orçamento. Abreu e Câmara (2015, p. 74) alertam também para a análise estática existente dentro da gestão, na qual a escassez de recursos, os custos dos direitos e a reserva do possível são ponderados.

Entende-se, a partir elucidação do orçamento acima, a forma em que os custos dos direitos e a escassez de recursos se conectam com o tema abordado. No caso do direito à saúde, é realizada a previsão de quanto custará a efetivação de princípios, isto é, a universalização e equidade do SUS, e se Administração Pública possui dinheiro suficiente para materializar isto sem prejudicar a quantia planejada para políticas públicas em áreas de atuações distintas.

Entretanto, não são só os direitos prestacionais que geram custos para a sua efetivação. É preciso desmistificar o entendimento comum na maioria da sociedade de que apenas educação, saúde e moradia, por exemplo, geram gastos para Administração Pública. Os direitos políticos previsto na Constituição de 1988, demonstram a quebra desse senso comum. Já que todo o tramite eleitoral, para a organização e fiscalização das eleições, dependem de recursos (HABER NETO, 2012, p. 89).

O atrito em torno da judicialização da saúde envolve todos esses pontos, sendo que os recursos públicos disponíveis são menores que o ideal para satisfazer todas as previsões constitucionais. Zagurski (2018, p. 89-97) discute qual seria a legitimidade democrática contemporânea do Poder Judiciário para obrigar o Estado por meio de uma decisão judicial

em realocar toda uma previsão construída através do ciclo das políticas⁴. Apesar da complexidade do assunto, deve-se ater apenas a esta alusão em respeito da delimitação do objeto do artigo.

No Brasil, a historicidade do constitucionalismo releva o embate de conferir eficácia plena a partir de 1988 para determinados direitos fundamentais, estes que muitas vezes conflitam teoricamente entre respeitar a reserva do possível e garantir o mínimo existencial. A elaboração da cláusula da reserva do possível se deu na Alemanha durante a década 1970, esta assumiu uma dimensão tríplice entre a real disponibilidade fática dos recursos para a efetivação dos direitos, a disponibilidade jurídica dos recursos materiais e humanos e a proporcionalidade da prestação exigida (SARLET; FIGUEIREDO, 2007, p. 189).

No entanto, essa cláusula sofre, atualmente, diversos inequívocos, visto que “a falta de qualificação (e/ou legitimação) dos tribunais para a implementação de programas socioeconômicos, bem como a colisão com outros direitos fundamentais” (SARLET, 2018, p. 278) interfere de forma incisiva. As decisões judiciais envolvendo a área da saúde são uma das principais matérias desse conflito, tal como, o direito subjetivo a um tratamento médico até a ADPF 45⁵, de relatoria do Ministro Celso de Melo, ser tratado de forma absoluta pelo Supremo Tribunal Federal (WANG, 2008, p. 549).

O Ministro Celso de Melo na ADPF 45 expõe a importância de estabelecer um sistema de equilíbrio de critérios claros nas decisões (apud, WANG, 2008, p. 548):

a “reserva do possível” impõe condicionamentos à concretização de direitos de segunda geração, “de implantação sempre onerosa”, e que podem ser traduzidos no binômio: “(1) razoabilidade da pretensão em face do Poder Público e (2) existência de disponibilidade financeira do Estado para tornar efetiva as prestações positivas dele reclamadas”. E complementa dizendo que os dois componentes desse binômio devem estar juntos para que um direito possa ser exigido do Estado. Mas, por fim, adverte que a “reserva do possível” não pode servir de justificativa para a inércia estatal irrazoável que comprometa “as condições mínimas necessárias a uma existência digna (...)

⁴ Para um aprofundamento no estudo do ciclo das políticas públicas observar Prado (2020, p. 34-56).

⁵ ADPF 45 é um julgamento de referência no ordenamento brasileiro em controle jurisdicional de políticas públicas. Trata sobre o direito à saúde, discorre sobre a reserva do possível e que o Poder Judiciário deve atuar de modo excepcional (WANG, 2008, p. 548)

Nada obstante, a apreciação dogmático-jurídica dos direitos fundamentais sempre foi heterogênea devido ao longo processo histórico e as inúmeras interpretações geradas sobre o termo. A própria CFB utilizou várias expressões em seu texto para se referir aos direitos fundamentais. “Direitos humanos”, “direitos individuais e coletivos” e “direitos e liberdades fundamentais”⁶ representam algumas dessas variações, as quais foram adquirindo valores semânticos distintos no texto constitucional brasileiro daqueles elucidados no processo de construção da Teoria Geral dos Direitos Fundamentais (TAVARES, 2012, p. 500). Daí a relevância de expor o modo de interpretação no qual iremos discorrer sobre os direitos fundamentais.

Para fins do presente artigo, entender-se-á que a aproximação mais coerente a se fazer é entre os direitos fundamentais e os direitos humanos, todavia, sem assimilá-los como sinônimos. E seguindo o cenário constitucional utilizado até o momento, os direitos fundamentais serão tratados desta forma, como define o ilustre professor José J. G. Canotilho (*apud* SARLET, 2018, p. 29) “aqueles direitos do ser humano reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado”.

Por outro lado, a expressão *direitos humanos* se refere aos direitos e tratados internacionais, também relacionados com o princípio da dignidade da pessoa humana, os quais podem ser incorporados no ordenamento nacional (SARLET, 2018, p. 122).

O art. 5º, §2º, da CF⁷ (BRASIL, 1988) dispõe sobre a abertura material do catálogo dos direitos fundamentais, expandindo o Título II “Dos Direitos e Garantias Fundamentais”. Pois além da equiparação dos tratados internacionais ratificados, o ordenamento nacional considera como direitos fundamentais aqueles implícitos, subentendidos nas normas que definem direitos fundamentais e os decorrentes do regime e dos princípios.

Exemplificando, equiparam-se ao direito à saúde o artigo 12 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) o qual prevê o respeito máximo à saúde,

⁶ O capítulo 1 do Título II da CF utiliza “direitos individuais coletivos” e no art. 5º temos a presença dos outros dois termos entre os incisos e os parágrafos (BRASIL, 1988). Isto releva a abertura intencional ou não constituintes em gerar inúmeras interpretações sobre as terminologias envolvendo os direitos fundamentais.

⁷ Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte. Os tratados internacionais são aqueles envolvendo direitos humanos e esta previsão expande a materialidade dos direitos fundamentais no constitucionalismo após 1988.

física e mental, do indivíduo, e foi ratificado pelo Brasil. Além disso, os arts. 196 a 200 da CFB, que tratam da matéria de saúde, são equiparados ao art. 6º devido a expansão material acima exposta (SARLET, 2007, p. 3-4).

A interpretação extensiva do art. 5º, § 2º, da Constituição de 1988 nos revela a existência “de duas espécies de direitos fundamentais: a) direitos formal e materialmente fundamentais (ancorados na Constituição formal); b) direitos apenas materialmente fundamentais (sem assento no texto constitucional” (SARLET, 2018, p. 81).

Convém, portanto, adentrar na fundamentalidade formal e material dos direitos fundamentais a fim de expandir os horizontes de uma simples análise formalista.

Os direitos sociais comungam do que se considera plena fundamentalidade, detêm a formal e a material. Respectivamente, a primeira é considerada com a positivação no texto constitucional, ou seja, ser pertencente ao direito constitucional positivo. Além disso, art. 60, § 4º, inciso IV, da CF define os direitos fundamentais como *cláusulas pétreas*, sendo uma parte da fundamentalidade formal a impossibilidade de supressão destes por reforma constitucional. Outro efeito é a aplicação imediata exposta no art. 5º, § 1º da CFB⁸ (SARLET; FIGUEIREDO, 2007, p. 177).

A segunda consideração, fundamentalidade material, está conexas ao conteúdo em si do direito fundamental, já que é resultado da ocorrência dos direitos fundamentais como elementos constitutivos da Constituição material. Nessa linha, tais elementos devem conter decisões indispensáveis para estruturação mínima do Estado Democrático de Direito. Tal definição, somado a isso, possibilita a abertura material dos direitos fundamentais (art. 5º, § 2º, CF/88), conseqüentemente, a existência de direitos fundamentais não positivados, expressos na Carta Magna (SARLET, 2018, p. 76).

Nesta perspectiva, constata-se que o direito à saúde, quando analisado através da historicidade do constitucionalismo brasileiro, só atingiu a fundamentalidade formal a partir de 1988. Anteriormente houve menções de partes do que se tornaria hoje o direito fundamental à saúde. No tocante aos elementos formais, estes serão aprofundados no momento da discussão da efetivação dos direitos sociais. Em contraponto, a

⁸ Sarlet e Figueiredo (2007, p. 177) ainda complementam: todas as normas de direitos fundamentais há de se outorgar a máxima eficácia e efetividade possível, no âmbito de um processo em que se deve levar em conta a necessária otimização do conjunto de princípios (e direitos) fundamentais, sempre à luz das circunstâncias do caso concreto.

fundamentalidade material já foi mencionada na introdução deste trabalho. A matéria de saúde é conhecida pela sua “intersectorialidade”, por consequência sua materialidade se faz na proteção integral à saúde abarcando a tutela da vida, da dignidade humana, do trabalho, das crianças, idosos, da liberdade de desenvolvimento do indivíduo (SARLET; FIGUEIREDO, 2013, p. 3188-3191).

Finalmente, na esteira do estudo da eficácia dos direitos fundamentais, sobretudo dos prestacionais sociais, é preciso prudência para não se basear no senso comum, o qual considera a necessidade de ação do Estado como um argumento que justifica a não exigência de parâmetros concretos de efetivação plena desses direitos.

Por essa razão, será realizado um balanceamento entre os direitos prestacionais e os de defesa, considerando o aspecto multifuncional, além de desmembrar o dispositivo previsto no art. 5º, § 1º da CF de 1988 a partir do princípio da razoabilidade e da proporcionalidade com a finalidade de entender a eficácia dos direitos sociais, com enfoque no da saúde.

Mendes, Coelho e Branco (2009, p. 289-291) conceituam os direitos de defesa tendo como ponto de partida a privação estatal para manter o *status quo* da pessoa sem prejuízos. A abstenção governamental justifica-se na garantia do indivíduo poder desenvolver, manifestar sua personalidade, suas ações e liberdades da forma que bem entender. Tal competência negativa de “não-interferência” dos Poderes Públicos visa à proteção integral de bens jurídicos intrínsecos (ou não) ao ser humano. Em grande medida, esses direitos se localizam no art. 5º da Constituição⁹.

Nessa lógica, a multifuncionalidade dos direitos fundamentais faz com que os dois grandes grupos assumam, de acordo com suas funções primordiais, características pouco maleáveis. No âmbito da não interferência Estatal, estes “assumem habitualmente a feição

⁹ A principal tutela dos direitos de defesa está ligada as liberdades individuais, ou seja, impede que o Estado interfira em instituições religiosas (inciso IV), manifestações artísticas, científicas e intelectual (inciso IX); defende o exercício do trabalho (inciso XIII), além da tutela principal bem jurídico, a vida. No inciso III, do mesmo artigo, presa pela não submissão a tortura ou ações desumanas. (MENDES, COELHO, BRANCO, 2009, p. 290)

de direitos subjetivos¹⁰, inexistindo maior controvérsia em tomo de sua aplicabilidade imediata e justiciabilidade” (SARLET, 2018, p. 263).

Outrossim, por representarem expressões vagas e sujeitas a interpretações, o recurso hermenêutico deve ser usufruído com o objetivo de atingir a máxima e imediata efetivação da norma; além do mais, a prevalência deve se estender as instâncias do Poder Judiciário para que estas apliquem tal sistemática nos casos concretos (SARLET, 2018, p. 283 e 288).

O princípio da proporcionalidade é outro recurso para atingir-se a aplicabilidade desejada; deve-se pautar em um controle de três níveis¹¹ desenvolvido pelo Tribunal Constitucional da Alemanha, o qual recepcionado pela maioria das cortes constitucionais. (SARLET; MARINONI; MITIDERO, 2019, p. 227).

Em contraposição, como previamente apresentado, os prestacionais ou promocionais se fundam literalmente na ação do Poder Público, por meio de seus órgãos na condição de prestações positivas, sejam materiais ou jurídicas, buscam suprimir desigualdades da sociedade com o propósito de igualdade material entre as parcelas da população. Inclusive, essas discriminações positivas buscam garantir, por conseguinte, uma real efetivação dos direitos de defesa para os sujeitos privados e marginalizados por motivos alheios no convívio social (MENDES, COELHO, BRANCO, 2009, p. 291-292).

Delimitando o exposto acima, penetrar-se-á nos direitos prestacionais sociais, com a finalidade de seguir severamente o proposto para esse artigo e na intenção de abarcar quase a totalidade dos direitos promocionais. Contudo, é preciso reforçar que os prestacionais e sociais não são sinônimos, vide anteriormente a exemplificação realizada dos direitos políticos.

Nesse sentido, os direitos prestacionais sociais, materializados por meio de compensações, atos discriminatórios positivos, foram positivados na Constituição de 1988

¹⁰ A perspectiva subjetiva dos direitos está atrelada a possibilidade do sujeito exigir judicialmente ao Estado uma prestação material tutelada pelo direito fundamental. Ou seja, vincula os juízes e tribunais a fornecerem efetivação às normas constitucionais (SARLET, 2018, p. 158)

¹¹ Uma estrutura de controle em três níveis, de acordo com os critérios da adequação ou da conformidade (medida interventiva deve ser apropriada, no sentido de tecnicamente idônea, a promover os fins pretendidos), da necessidade ou da exigibilidade (a medida deve ser, dentre as disponíveis, a menos restritiva possível) e da assim chamada proporcionalidade em sentido estrito, onde se processa a ponderação propriamente dita, ou seja, a verificação de se a medida, embora adequada e exigível, é mesmo proporcional e preserva uma relação de “justa medida” entre os meios utilizados e o fim almejada (SARLET; MARINONI; MITIDERO, 2019, p. 227)

como direitos fundamentais com o projeto de efetivar o Estado Social e superar concepções do Estado Liberal-Burguês, o qual no processo de modernização e urbanização da sociedade brasileira no século XX gerou extrema discrepância entre as classes sociais.

O cientista social Wanderley Guilherme dos Santos aponta exatamente essa importante mudança e valorização da justiça social no texto constitucional:

Isso é muito significativo para a sociedade brasileira, considerando-se sua longa tradição política autoritária, com predomínio de um modelo de dominação oligárquico, patrimonialista e burocrático, que resultou i) na marginalização política e social das classes populares, ou sua integração por meio do populismo e do clientelismo; ii) na restrição da esfera pública e sua privatização pelas elites; e iii) na “artificialidade” do jogo democrático e da ideologia liberal, causando uma imensa discrepância entre o “país legal” e o “país real” e com obstáculos enormes à construção da cidadania, ao exercício dos direitos e à participação popular autônoma (*apud*, OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2009, p. 7-8).

Salienta-se ainda, a elementaridade de observar os direitos sociais de modo expansivo, uma vez que são compreendidos tanto como prestacionais, exigindo uma ação, quanto na condição de direito de defesa, por meio de sua esfera negativa. A dimensão negativa está atrelada ao controle da Administração Pública na eventualidade de agir de forma arbitrária, desrespeitando o interesse coletivo. Existem também os direitos prestacionais sociais de cunho negativo. Estes impedem, por meio da prestação governamental, qualquer retrocesso que fira núcleos essenciais das normas constitucionais que foram atingidos por meio da efetivação do texto constitucional. Mais uma vez, a multifuncionalidade dos direitos sociais abarca na CFB em seu rol o direito à greve, a liberdade sindical e o direito contra a discriminação dos trabalhadores (SARLET; FIGUEIREDO, 2007, p. 174-175).

No tocante ao direito à saúde, é possível observar tanto a dimensão negativa quanto a positiva. A primeira está relacionada à impossibilidade retrocesso do direito à saúde como também do tratamento desigual entre os cidadãos ao acesso de políticas de saúde controladas pelo Estado. O enquadramento obtido dos direitos sociais pelo art. 60, § 4º, inciso IV, da CF de 1988 é o fundamento jurídico que resguarda esse direito no aspecto negativo, ou seja, nem uma reforma constitucional pode alterar os avanços constitucionais

conquistados e a base principiológica fundada na dignidade humana (SARLET, 2007, p. 8-10).

Já a esfera positiva, como bem discutido, está condicionada às atividades do Poder Público. Na saúde essas ações são extremamente amplas e diversificadas, variam desde um tratamento médico, fornecimento de remédios, garantia de um aparelho odontológico e controle dos alimentos por meio da vigilância sanitária.

Pivetta (2013) em sua obra crítica o direito constitucional positivo por deixar essa abertura em relação ao limite do direito à saúde na posição de direito prestacional social, limitado às apreciações básicas e vitais elencadas nos arts. 196 a 200 da CFB ou abarca todo e qualquer direito interligado à saúde do ser humano.

Pois bem, outra questão envolvendo a natureza do direito à saúde em seu caráter positivo é a questão do direito subjetivo individual. O ostensivo e indefinido rol que o direito à saúde abarca interfere no quanto este pode ser exigido judicialmente. Tal problemática se confronta com a questão da reserva do possível e o limite orçamentário da Administração Pública. Desse modo, entender-se-á qual é a abrangência do art. 5º, § 1º, CF/88 quando se trata do direito à saúde e suas particularidades de efetivação (PIVETTA, 2013, p. 73)

Os pontos relativos aos custos dos direitos, da reserva do possível e o alcance da judicialização dos direitos sociais já foram expostos. Cabe então discutir a aplicabilidade imediata resguardada pelo artigo, citado acima, para todas as garantias fundamentais, sobretudo na correlação desta com o núcleo básico do direito à saúde. Neste estágio, é importante frisar que todos os direitos que envolvam a saúde, prestacionais e de defesa, estão aptos sempre a serem efetivados de forma imediata, todavia, o que varia é a intensidade dessa aplicabilidade (SARLET, 2018, p. 289).

Para mais, o art. 5º, §1º, da CRF foi um instrumento que o constituinte utilizou na forma de norma-princípio, para garantir e reforçar a eficácia dos direitos fundamentais, uma espécie de “mandado de otimização” reforçando o dever dos poderes estatais de garantia do máximo de eficácia e efetividade para esses direitos (SARLET, 2007, p. 7-8). É de significância considerável expor que a maximização da eficácia dos direitos prestacionais

sociais não se relaciona com considerá-los como direitos coletivos¹² e sim com a relativização desses direitos, por meio da proporcionalidade e da razoabilidade.

No âmbito negativo do direito à saúde, a aplicabilidade imediata é garantida pela conjuntura das “cláusulas pétreas”. Já os prestacionais necessitam da adequação com o princípio da isonomia e da proporcionalidade visto que (SARLET, 2018, p. 343):

(...) é no campo do direito à saúde, em função da natureza do próprio direito e de sua relevância para a vida e dignidade humana, mas especialmente em virtude do impacto das decisões sobre o sistema de políticas públicas e o orçamento público (sem prejuízo de outros aspectos de relevo), que se verifica ser mais aguda a controvérsia em tomo exigibilidade dos direitos sociais e de sua dupla dimensão objetiva e subjetiva, notadamente quanto aos efeitos jurídicos que dela decorrem.

Portanto, o atrelamento à defesa da dignidade humana e da integralidade da vida configura o conteúdo comum do que as cortes constitucionais, inclusive a brasileira, consideraram como o termo “mínimo existencial” (SARLET; FIGUEIREDO, 2007, p. 182). Este conceito deve ser base para qualquer direito prestacional social no momento de ser aplicado ou efetivado. É parâmetro concreto de como o poder público deve atingir, por meio de suas competências, a justiça social e também como o Judiciário deve utilizar a proporcionalidade.

Nada obstante, o mínimo existencial não é e não deve ser pensado de modo absoluto pois quando se pensa a vida e sua garantia física, mental e psíquica deve-se considerar no instrumento da hermenêutica, fatores extrapolem o âmbito jurídico e passem a considerar outros pontos como o climático, político e cultural. O rigor teórico para isto deve ser tamanho, ainda mais quando se pensa o direito à saúde, um inequívoco nessa matéria significa interferir além no orçamento previsto e sim na proteção de demais vidas. Por isso, na questão de efetivação do direito à saúde e na consideração do seu núcleo essencial, deve haver no momento da ponderação do Judiciário, além da falta de comprometimento do Legislativo é preciso uma justificativa para a redistribuição de recurso e destinação para essa situação de configuração do mínimo existencial (SARLET, 2018, p. 367).

¹² Direitos individuais reconhecidos a um grupo extenso de pessoas que possuem uma característica em comum que os une e os torne titulares do direito, também chamado de “metaindividuais (TAVARES, 2012, p. 891)

2. ANÁLISE ORÇAMENTÁRIA DOS GASTOS GOVERNAMENTAIS EM SAÚDE NO PERÍODO DE 2010-2019

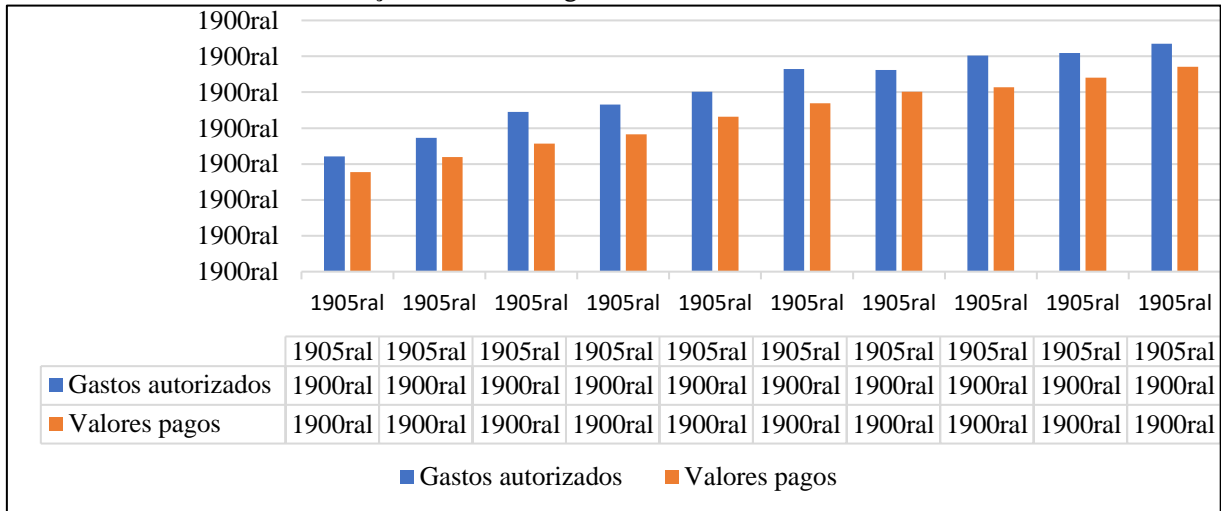
Feitas tais considerações, é de extrema relevância observar como foram as atitudes práticas da União, sobretudo na década de 2010. O enfoque principal serão as ações envolvendo à saúde, elencando o valor previsto e o que foi realmente gasto, comparado com as previsões constitucionais. Procura-se desmembrar a composição dessas ações, entender quais são os principais órgãos beneficiados pelos investimentos materializados através do orçamento e os elementos que envolvem o direito à saúde demandam maior apreciação econômica.

Importante discorrer também sobre Emendas Constitucionais (EC) que interferiram na agenda pré-fixada referente ao empenho mínimo de promoção do governo e na proporção em relação ao Produto Interno Bruto (PIB). Não com menos mérito, será apresentada a evolução dos gastos de matéria de natureza distinta de um direito social, para posteriormente estabelecer parâmetros concretos propostos pela hipótese de trabalho.

Nesse âmbito, em 2012 ocorreu a promulgação da Lei Complementar nº 141, a qual marcou o modo de financiamento da saúde para estados e municípios. Essa lei materializou os valores mínimos a serem gastos na matéria em questão de acordo com a EC nº 29¹³ além de obrigar os entes federativos que não cumpriram o mínimo constitucional em um ano a compensarem no ano seguinte (SANTOS; SCHETTINI; VASCONCELOS; AMBROSIO, 2017, p. 12). Examina-se a partir do Gráfico 1 se houve avanços efetivos pela União nas despesas de políticas de saúde:

¹³ A Emenda Constitucional n.º 29 incluiu no seu rol ações de assistência social vinculada à materialização de ações e serviços de saúde, além daquelas promovidas pelos órgãos que comandam o SUS (BRASIL, 2000).

Gráfico 1 – Evolução histórica dos gastos federais em saúde na última década



Fonte: SIGA Brasil com base de dados do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI). Elaboração própria.

Esse gráfico demonstra a relação entre o montante autorizado ou previsto para as políticas de saúde de acordo com cada ano e quanto realmente foi despesa da União que se materializou. Importante frisar, a escala utilizada foi de bilhões de reais (R\$) seguindo os valores obtidos pela fonte de dados.

O Portal da Transparência da Controladoria-Geral da União disponibiliza dados que aprofundam ainda mais a noção das políticas públicas envolvendo a saúde. Durante o espaço de tempo delimitado, não há mudanças relevantes entre os principais órgãos, as principais políticas e as áreas de atuação, razão pela qual se apresentaremos um panorama genérico do período. Em torno de 40% a 50% vão para a área de assistência hospitalar e ambulatorial; em seguida, com percentuais bem menores situam-se: atenção básica, administração em geral, suporte profilático e terapêutico e vigilância epidemiológica (BRASIL, 2021).

A fim de amplificar a discussão, o sítio desse portal expõe a responsabilidade da gestão do Ministério da Saúde e conseqüentemente vincula o Poder Executivo na execução das despesas advindas do orçamento público, porque, em média, 90% da receita da União para ser gasta em matéria da saúde é conduzido para a responsabilidade do Ministério. Além do mais, o art. 33, da Lei nº. 8.080/90 impõe o Fundo Nacional da Saúde (FNS) como gestor do orçamento da União referente a saúde pública (principalmente o SUS), ressalvado as verbas próprias do Ministério da Saúde.

Na tentativa de produzir uma abordagem analítica e direta do comportamento do Governo Federal, considerando uma elevação nominal dos valores gastos, de 2010 a 2015 houve um aumento em cerca de 70% na quantia desembolsada em saúde pela União. Entretanto, na outra metade, de 2015 a 2019 essa elevação não foi superior a 22%. Houve mudanças constitucionais as quais interferiram na lógica do funcionamento orçamento público.

A Emenda Constitucional nº 86 de 2015 modificou substancialmente os mecanismos de financiamento do SUS. Anteriormente, a União em seu exercício financeiro não poderia ter a Receita Corrente Líquida (RCL) do orçamento de seguridade social inferior a 15%¹⁴. Após a alteração, fez com que as emendas constitucionais particulares tivessem na execução orçamentária o mínimo de 1,2 % da RCL do Governo Federal, sendo 0,6% destinado os mínimos constitucionais referentes à saúde. Assim, o mínimo constitucional que a União destinou ao financiamento da saúde foi de 13,2% no ano seguinte a promulgação, 2016, e seguiria proporcionalmente até atingir os 15% em 2020 (BRASIL, 2015). Todavia, a Emenda Constitucional nº 95 de 2016, alterou novamente a forma de distribuição dos recursos públicos.

Esta representou um marco de retrocesso na busca de efetivação de direitos sociais e na materialização de políticas públicas. Em um cenário de crise econômica e política vivida no país em 2016, com o retorno e fortalecimento de alianças conservadoras no legislativo, foi aprovada a EC95/16 a qual congelou por 20 anos, a partir de 2018, os gastos do Governo Federal com despesas básicas, incluindo o mínimo constitucional da saúde (BRASIL, 2016).

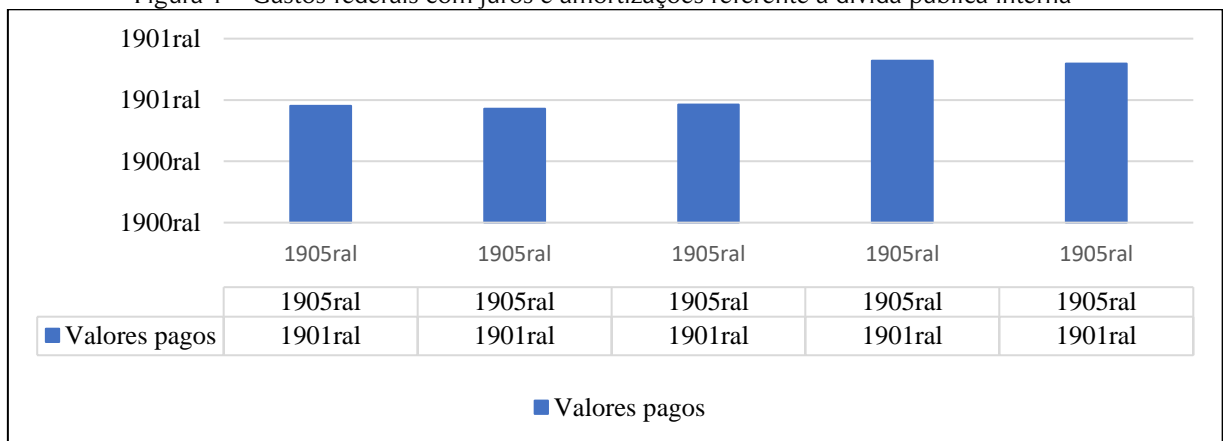
A violação ao preceito constitucional da impossibilidade de retrocesso em direitos fundamentais foi muito discutida e criticada nessa emenda. De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, em 2019 esse direito fundamental perdeu mais de R\$ 20 bilhões de recursos financeiros para a sua efetivação, isto pela estatização da base de 2017 em relação a porcentagem destinada do RCL (BRASIL, 2020). É passível a conclusão que o financiamento da União com saúde reduziu, inclusive o gasto *per capita*, o qual é de extrema importância para manter o SUS, o fornecimento de medicamentos, consultas e tratamentos depende completamente dos gastos públicos, e infelizmente a falta de correção anual

¹⁴ Artigo 198, parágrafo 1º, da CFB (BRASIL, 1998)

impede a elevação da inflação, resultando no desgaste e perda na garantia fundamental da saúde (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019, p. 20-22).

Aliás, para complementar a revisão dos gastos públicos federais com saúde, cabe compará-los com gastos de propensão e destinação distinta. Constata-se então os gastos com a dívida pública:

Figura 1 – Gastos federais com juros e amortizações referente à dívida pública interna



Fonte: Sítio das ações orçamentárias referente ao Portal da Transparência da Controladoria-Geral da União (CGU). Elaboração própria.

Nesse segundo gráfico, os valores também estão em escala de bilhões de reais e a CGU informa que o valores pagos em juros e amortização representaram, em 2019, 20,63% de todo o gasto público do ano. A dívida pública se caracteriza através do custeamento do déficit orçamentário, ou seja, ocorre quando as arrecadações contraídas pelo sistema tributário brasileiro são menores que as despesas que o governo nacional possui, e, a partir dessa situação, para haver o suprimento do déficit é contraída essa dívida.

A propósito, vale mencionar que existem as dívidas interna e externa. Para fins desse trabalho, considera-se apenas a interna, que representa a vasta maioria, enquanto a externa se diferencia pela moeda utilizada na transação financeira. Os juros e amortizações que são pagos representam o refinanciamento; a dívida em si representa um montante impagável considerando a situação real da economia de mercado e pode variar de acordo com o total da dívida (que gera mais juros) e com os referencias de taxas de cada país.

Enquanto esses gastos ultrapassam 20%, os de saúde não chegam a 6% do total dos gastos públicos da União. Outra comparação que comprova a desproporcionalidade

entre essas ações é a elevação nominal de 2015 a 2019, com a dívida pública que foi de 36,30%, sendo o valor de crescimento de R\$ 137,8 bilhões, maior que qualquer ano de gastos ou de valores previstos com saúde conforme exposto no Gráfico 1. O aumento nominal em saúde no período acima não foi superior a R\$ 21 bilhões, cerca de 16% da elevação com dívida pública interna.

Oliveira e Biasoto Júnior (2015, p.14) apontam que a carga tributária brasileira¹⁵ é elevada quando comparada com as demais economias emergentes. A justificativa de diminuição da desigualdade social, promoção de uma real justiça na sociedade e cumprimento das garantias fundamentais constitucionais bastaria se fossem estas as destinações majoritárias da arrecadação tributária. Todavia, o pagamento da dívida pública é a principal função para a qual a receita tributária é encaminhada, beneficiando bancos e o mercado financeiro em geral.

A sociedade, na posição de contribuinte de um sistema com cargas elevadas de tributação, espera, no mínimo, um retorno efetivo do Estado. Mas isto não ocorre, considerando os recursos destinados à dívida pública interna. E o Brasil gastou em 2019, aproximadamente, 5 vezes mais com esta dívida do que em políticas de saúde.

A tutela fundamental da dignidade humana e da vida de modo integral parece ter menos valor e relevância que a regulação de ativos financeiros. Por isso, no capítulo a seguir procura-se entender o SUS, sua abrangência, funcionamento e importância como política pública, além de utilizar a tipologia de Lowi para discorrer e comprovar a hipótese do artigo.

3. O SUS E A TIPOLOGIA DE LOWI NAS POLÍTICAS DE SAÚDE

A maior política de saúde do país surgiu antes de sua regulamentação em 1990 e da Constituição de 1988, representa uma das maiores conquistas populares e democráticas no processo histórico de construção das políticas públicas nacionais.

Antes de integrar a seguridade social, o Movimento da Reforma Sanitária foi de extrema relevância para que o SUS fosse firmado para atender as demandas da população. A VIII Conferência Nacional da Saúde representa um marco em que esse movimento

¹⁵ Sobre a progressividade e regressividade das políticas tributárias as quais atingem diretamente as políticas sociais observar Di Stefano Filho (2020, p. 55-77)

político reivindicou a responsabilidade Estatal para garantia da saúde, como também a necessidade da aplicação do princípio da universalidade e da participação da classe trabalhadora nas decisões que envolvessem políticas de saúde. Diversos desses posicionamentos foram incorporados na Carta Magna e nas leis orgânicas da saúde demonstrando a força dessa militância (SANTOS, 2012, p. 274).

A extensão territorial, o aumento da desigualdade impulsionado pela urbanização e precariedade de um plano efetivo de saúde na ditadura militar serviram como norteador dos princípios elementares do SUS, além de ser uma política caracterizada pela quebra do viés neoliberal que impulsionou privatizações e reduções na interferência do Estado (LAZARINI, SODRÉ, 2019, p. 3). A lei nº 8080/90, conhecida com a lei orgânica do SUS, em seu art. 7º considera como princípios fundamentais a universalidade, integralidade, igualdade, descentralização, participação comunitária, regionalização, hierarquização, entre outros (BRASIL, 1990).

Estes elencados representam a essência do melhor que o Sistema Único de Saúde tem a oferecer, ademais, indicam o modo como devem se organizar seus objetivos e diretrizes. A descentralização e a hierarquização são exemplos do federalismo brasileiro sendo cumprido e de uma política formulada para ser efetivada de forma harmônica; mais que isso, uma rede de serviços diversos e intersetorial completamente gratuita e universal a qual representa um exemplo de promoção teórica do Estado de Bem-Estar Social. A igualdade e equidade no SUS funcionam no grau de interferência e desigualdade da garantia do direito à saúde, este muitas vezes ocorre por uma situação econômica baixa, mas não é regra (CARVALHO, 2013, p. 14).

Infelizmente, inúmeros impasses impossibilitam e degradam todo esse projeto de realização política e social popular. Entre estes está o subfinanciamento federal, no ano de 1999. Devido a taxas de juros extremamente elevadas, a União limitou os gastos dos Municípios e Estados na esfera social, além de obrigar estes a dedicarem 13% ao refinanciamento da dívida pública. Além do mais, com a CF/88 houve descentralização, a qual deu mais responsabilidades para esses outros entes, não somente o federal. Conseqüentemente, isto já passou a interferir nas diretrizes constitucionais e fortaleceu ainda mais um movimento de privatização e mercantilização da saúde, o qual é maioria atualmente.

O baixo financiamento, quando comparado com outros países, sejam emergentes ou desenvolvidos, fez com que mesmo tendo mais de 75% da população dependente das ações do SUS, a ideia de pagar pelo direito à saúde não atraiu e convenceu apenas ricos, a classe média e trabalhadora passou a aderir e valorizar um projeto de saúde baseado na economia de mercado, muitas vezes de baixa qualidade. (SANTOS, 2012, p. 275, 277).

Mesmo com o orçamento da seguridade social a fim de viabilizar a eficácia dos direitos prestacionais sociais, práticas neoliberais como a citada acima e as emendas constitucionais discutidas no capítulo anterior enfraquecem a destinação de tributos para a área social e acarretam a priorização econômica e privatista. Lazarini e Sodré (2019, p. 7) exemplificam com a cria o da Desvincula o de Receitas da União (DRU), que visa retirar 20% dos gastos envolvendo a seguridade social para manter os gastos com a dívida pública.

Por isso, em uma economia capitalista os direitos sociais podem assumir uma posi o de contradi o com a lógica de lucro, enriquecimento e reprodu o do capital. As políticas públicas de saúde, quando são substituídas e atingem a forma mercadorial, passam a ser controladas pela lógica do mercado, que busca a maximiza o do lucro (custo-benefício) e não o atingimento dos níveis de eficácia pleno para conceber melhorias   sociedade. (LAZARINI; SODRÉ, 2019, p. 7-9).

O SUS, nessa modifica o, perde a sua fundamentalidade baseada e construída pelos seus princípios, diretrizes e todo o movimento político e social que representa. Cabe compreender a partir de então se a menor efetiva o das políticas públicas de saúde (redistributivas) e a incidência de mecanismos neoliberais se relacionam com as alternâncias nas arenas de poder de acordo com o estudo de Theodore J. Lowi¹⁶.

Elucidar esse pensamento fundante de matéria de políticas públicas permite compreender melhor o conceito, classificar os atores e as institui es predominantes no processo de acordo com determinado contexto histórico e de partida aprofundar o conhecimento tipológico. A epistemologia de Lowi permite por meio dos aspectos qualitativos e quantitativos configurar se a a o governamental está cumprindo efetivamente suas responsabilidades.

¹⁶ Uma análise da tipologia das políticas públicas de Lowi   luz de questões epistemológicas pode ser encontrada em Casalino (2021, pp. 615-644).

Em sua obra de estudos de caso de 1964, o autor parte do contexto do comércio exterior dos Estados Unidos, das políticas tarifárias, do modo de negociação e da teoria política clássica americana. Tendo como ponto de partida as correntes políticas¹⁷ existentes na época, o autor passa a compreendê-las e criticá-las para a partir de então elaborar sua própria tipologia, a qual foi um marco na ciência política porque trouxe uma perspectiva inovadora à produção científica daquele tempo (LOWI, 1972, p. 299).

Lowi conclui a partir destas experiências que a política pública determina o relacionamento político ou estrutura de poder; complementa dizendo que as distintas formas de política resultam em relações políticas e estruturas de poder também divergentes em suas características (LOWI, 1964, p. 688).

Além disso, o cientista político americano passa a classificar as políticas públicas em áreas escalonando-as conforme os aspectos históricos e a funcionalidade destas na sociedade. Em 1964, divide em três áreas: distributivas, regulatórias e redistributivas. Complementa o raciocínio conceituando as arenas de poder, resultantes dessas áreas, que vão divergir de acordo com o seu modo organizacional, formando suas próprias estruturas, relações e o processo político em si (LOWI, 1964, p. 689-690).

Na década seguinte, Lowi (1972, p. 300), com o artigo *Four Systems of Policy, Politics and Choice*, inclui nas áreas de políticas públicas a política constituinte, esta lida com pontos estratégicos de procedimento para a aplicação de demais, como a política para a criação de um novo órgão.

As políticas regulatórias se fundam em uma regra geral que serve como um padrão de comportamento para as decisões individuais e específicas, gerando uma interrelação com padrões genéricos e expansivos. Todavia, estas não são passíveis facilmente de desagregação (LOWI, 1964, p. 690-691). As políticas de distanciamento social adotadas na pandemia do Covid-19 representam ótimos exemplos de políticas regulatórias em prol da saúde. Por exigirem decisões diretas, envolvem intensamente conflitos e dependem da ação coercitiva estatal para legitimá-la. Lowi (1972, p. 300) classifica a coação nessa política como imediata. Todavia, para fins deste trabalho adentrar-se-á a fundo nas áreas e arenas distributivas e redistributivas, devido às políticas adotadas e analisadas previamente.

¹⁷ Correntes pluralista, elitista e da estratificação social. Para conferir de modo aprofundado observar (LOWI, 1964, p. 677-683)

Em primeiro lugar, as políticas distributivas representam decisões individualizadas. No texto é utilizado como exemplo a política tarifária americana antes de 1962 em que as empresas buscavam individualmente proteções tarifárias. Outra característica, que a diferencia da regulatória, está em que não há a necessidade de respeito a critérios gerais, pois as distributivas possuem baixo grau de dificuldade para se desagregarem e se dispensarem em unidades suscintas. Não é claro também a identificação dos sujeitos desfavorecidos como um grupo, já que, devido à variabilidade, estes podem utilizar de outras decisões individuais para se favorecerem. Por isso, não há conflito direto entre beneficiado e não-beneficiado (LOWI, 1964, p. 690), muito menos um grau alto de coerção Estatal (LOWI, 1972, p. 300).

Diante disto, a arena de poder distributiva opera sob a lógica de um elevado número de pequenos interesses bem organizados, como uma dotação de um bilhão de dólares que se desaloca para a comprar de diversos itens, e cada item representa um interesse com certo objetivo e organizado (LOWI, 1964, p. 692). Schattschneider chama de “não-interferência mútua” a forma como o relacionamento político se desenvolve nessa arena; uma espécie de política do “cada um por si”. As coalizações ocorrem pelo simples fato de terem que aprovar projetos em prol do benefício próprio individual; não existe nenhum conflito, interesse comum ou responsabilidade com a agenda política que expliquem tais coalizações. A estrutura, por consequência, é estável, uma vez que todos têm acesso a ela e apoio aos projetos propostos pelas diversas lideranças, independentemente de quem ou qual projeto seja, assim como as coalizações são demasiadamente estáveis devido às decisões individuais inibirem boa parte de um possível conflito existente (LOWI, 1964, p. 693, 695).

Em segundo lugar, as políticas redistributivas são aquelas que efetivam o Estado de Bem-Estar Social, como as políticas de saúde, as quais alocam bens e serviços na intenção de garantir a dignidade da pessoa humana e da inserção na cidadania. Essas políticas circundam geralmente a transferência de renda, riqueza ou propriedade. Com isso, há impactos grandiosos sobre categorias de indivíduos, disposição de grupos mais próxima das classes sociais. É necessário que esse grupo amplo tome decisões individuais interligadas e conexas, diferentemente do que ocorre nas distributivas (LOWI, 1964, p. 691). O parâmetro de coerção nesta arena possui um sistema centralizado e imediato (LOWI, 1972, p. 300).

No que concerne às arenas de poder, estas foram classificadas a partir da compreensão do movimento em prol Estado de Bem-Estar Social na década de 1930 nos Estados Unidos, mais especificamente a busca pela conquista de um sistema federal de seguridade social, o qual envolve diretamente política e a estrutura de poder redistributiva (LOWI, 1964, p. 703).

Uma vez que uma parcela da população paga mais tributos do que recebe serviços na esfera redistributiva, todas as questões que a envolve não irão gerar mais que duas associações e estas irão se aproximar ao máximo das classes sociais (no sentido de uma coletividade que necessita dos serviços e outra que irá desembolsar o dinheiro) e de seus interesses compartilhados demonstrando clareza, constância e estabilidade no relacionamento político.

Essa maturidade apresenta ótima consistência para haver a representação de preceitos ideológicos. Basta comparar com as políticas distributivas tarifárias, as quais subdividem em inúmeros comitês qualificados para agir no Congresso e efetivar políticas públicas. Tal equilíbrio entre os dois grandes segmentos interferem também na estrutura política, a qual pode gerar um estranhamento no início, mas é estabilizada e institucionalizada devido ao modo de agir dos grupos semelhantes às classes, até o conflito é institucionalizado exigindo uma reflexão séria e ampla (LOWI, 1964, p. 707, 711).

Lowi (1964, p. 715), em seu texto de 1964, alerta sobre a responsabilidade do Congresso Nacional no momento de realizar, nas arenas redistributivas, uma ponderação dos interesses conflitantes em escalas bem superiores quando comparadas as distributivas e regulatórias. Já no artigo de 1972, em que pensa as políticas através das coalizões, o cientista americano expõe a migração das decisões orçamentárias envolvendo políticas redistributivas para a responsabilidade do executivo federal.

A construção histórica é importantíssima para o espectro da tipologia de Lowi, por isso o *New Deal* representou essa virada na atuação do presidente do país no comando dessas políticas. Foi um projeto político e econômico executado nos governos do presidente Roosevelt que resultaram em políticas redistributivas para recuperar o país de uma grande crise econômica e social. O sistema de seguridade social e uma política tributária progressiva são exemplos redistributivos implementados (LOWI, 1972, p. 302-303).

Nesse sentido, relacionando as duas produções científicas, na de 1964 com a situação descrita da política tarifária, antes e depois de 1962, as políticas predominantes eram as distributivas e regulatórias, exigiam menos esforços do Poder Público para sua análise das políticas e controle das arenas de poder, conseqüentemente, na década de 1960 o executivo federal foi ocupado por conservadores (LOWI, 1964, p. 690-691).

Situação contrária descrita acima, na obra de 1972, Roosevelt representa uma ala mais progressista assim como o marco histórico das políticas redistributivas efetivadas durante os seus mandatos (LOWI, 1972, p. 302-303).

Traçando um paralelo com a situação brasileira, constata-se que o executivo federal do Brasil foi comandado por um partido progressista de 2002 até maio de 2016, quando houve o *impeachment* devido à instabilidade política e econômica da época. Tal partido é geralmente associado ao compromisso com políticas progressistas, sobretudo as sociais e redistributivas, e conseguiu efetivar políticas públicas que resultaram na melhoria da qualidade de vida e na redução do abismo social.

Na área da saúde, sobretudo no segundo período, em balanço ao período sondados dos gastos da União, houve conquistas relevantes em termos de políticas redistributivas: o SAMU, a Farmácia Popular e o programa Brasil Sorridente foram políticas de saúde redistributiva criados, expandidos e tratados como prioridade da agenda política. Além disso, os programas das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e o Mais-Médico foram intensificados na tentativa de promover os princípios do SUS, como a equidade e universalidade (MACHADO; LIMA; BAPTISTA; 2017, p. 148).

Após um período marcado por forte instabilidade política, em 2016, com o advento do impeachment, forças políticas conservadoras assumiram a chefia do poder executivo federal e aprovaram diversas reformas, entre elas a EC nº 96, que interferiu severamente no orçamento das políticas sociais, em especial da saúde. Conforme o Gráfico 1, o aumento dos valores gastos em saúde, em política redistributiva, nos anos de governança 2010-2015, foi quase de 70%. Enquanto na outra metade da década, 2015-2019, governado apenas um ano e meio pelo partido conservador, e com o congelamento de gastos básicos a partir de 2017, a elevação não foi superior a 23%.

O CNS confirmou que apenas no ano de 2019 houve uma perda de R\$ 20 bilhões em recursos que seriam destinados para a efetivação de políticas públicas de saúde. Ora, a

complexidade e intersetorialidade do SUS exige um gasto cada vez maior *per capita* na busca pela expansão da saúde pública de qualidade em todo o território nacional.

Após a saída do Presidente Michel Temer houve a eleição do presidente Jair Bolsonaro, eleito com um discurso conservador exacerbado. Nesse cenário, o Gráfico 2 corrobora a comparação entre os períodos de 2015-2019, entre a saúde e os gastos com a dívida pública interna, política caracterizada como distributiva.

Outro fato constatado foi que esse gasto distributivo consumiu mais de 20% do orçamento público federal em 2019. Enquanto a elevação das políticas redistributivas foi de 22% nos anos operados por presidentes conservadores, o incremento na destinação de recursos para as políticas distributivas (referente aos juros e amortizações da dívida interna), foi de 36,3%. No último ano completo do governo progressista, 2015, as políticas de saúde representavam 24,5% das receitas utilizadas para a dívida pública interna, enquanto em 2018, último ano do governo de transição pós-impeachment, esse percentual já era 20,4%.

Em praticamente dois anos e meio de governo de partidos conservadores caiu 4% a relação entre o maior gasto da União e as políticas públicas relacionadas à saúde, as quais buscam a defesa da vida e da dignidade da pessoa humana.

Portanto, a partir da argumentação construída até então, encontra-se viável a comprovação da hipótese de trabalho. A tipologia das políticas públicas elaborada por Lowi, combinada com os dados orçamentários da União em matéria de saúde e comparado com gastos de natureza distinta, junto com o estudo da eficácia dos direitos prestacionais e da noção interdisciplinar das políticas públicas, permitiu entender que no período analisado as alternâncias na esfera do executivo federal entre forças progressistas e conservadoras teve por consequência um menor grau, proporcionalmente, de destinação de recursos financeiros para a área da saúde a partir de 2016 quando partidos conservadores assumiram a presidência da república.

Além do mais, ficou claro como em uma economia capitalista não existe política e nem ação do Estado imparciais, pois aqueles que comandam a máquina pública na posição de privilégio, ao se depararem com a necessidade de efetivar um direito prestacional social, como a saúde, deveriam, em tese, operar a redistribuição para o fornecimento equalitário em prol da redução das desigualdades e do Estado de Bem-Estar Social. No entanto,

políticas distributivas são mais significativas para os interesses privados e econômicos que visam manter a ordem social, política e econômica vigente e estática.

CONCLUSÃO

Em suma, a busca pela máxima efetivação do direito à saúde deve ser pautada nos princípios fundantes constitucionais, a dignidade da pessoa humana e o respeito pela vida de maneira integral. As políticas públicas na posição de instrumento principal para esta efetivação devem ser trabalhadas de maneira séria, comprometida e aprofundada, visto tal complexidade e variabilidade de seus elementos, do ciclo que está envolvida e a multidisciplinariedade que a permeia.

A saúde, como parte dos direitos sociais, exige, quase sempre, uma prestação direta do Estado. Desse modo, sem uma agenda de políticas públicas sociais constante e interligada com investimentos advindos do orçamento público não é viável discutir sobre parâmetros reais de materialização e realização jurídica desses direitos. A reserva do possível e os custos do direito são indispensáveis, porém, não devem ser interpretados como uma regra geral. Na tutela subjetiva de um direito prestacional social, a ponderação de princípios e normas conflitantes deve ocorrer no sentido de sempre preservar o mínimo existencial, ou seja, aquela parte do direito que tem força constitucional para ser aplicada em instantes imediatos.

Já a pesquisa da situação orçamentária da União de 2010-2019, junto à sistematização das linhas teóricas de Theodore J. Lowi, permitiu estabelecer parâmetros concretos do nível de eficácia das políticas de saúde na última década. A consideração de autores que ultrapassem a discussão em torno da dogmática jurídica foi fundamental para a comprovação da hipótese de trabalho. É notório citar que governos progressistas visam à redução das desigualdades e a promoção de uma justiça social, princípios que atrapalham a lógica neoliberal e do livre mercado. O Estado na posição de controlador dos recursos, tem esse poder consciente sobre onde irá destinar a sua renda e em quais segmentos prefere ter retornos.

Por fim, a dívida pública interna representa a matéria com mais recursos destinados do orçamento do governo federal. As relações do Gráfico 1 e 2 só revelam o quanto o direito

à saúde e as políticas redistributivas estão longe de serem os gastos mais importantes para o Poder Público. Mesmo tendo sua fundamentalidade no bem mais valioso que um ser pode ter, o direito à saúde possui um problema estrutural no seu financiamento.

REFERÊNCIAS

ABREU, Cilair Rodrigues de; CÂMARA, Leonor Moreira. O orçamento público como instrumento de ação governamental: uma análise de suas redefinições no contexto da formulação de políticas públicas de infraestrutura. In: *Revista de Administração Pública*. 2015, v. 49, n. 1, pp. 73-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-76121776>. Acesso em: 15 jun. 2021.

AGUM, R.; RISCADO, P.; MENEZES, M. Políticas Públicas: Conceitos e Análise em Revisão. In: *Agenda Política*, v. 3, n. 2, p. 12-42, 2015. Disponível em: <https://www.agendapolitica.ufscar.br/index.php/agendapolitica/article/view/67>. Acesso em: 13 jun. 2021.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 08 mai. 2021.

_____. Controladoria-Geral da União. Portal da Transparência. Disponível em: <http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude>. Acesso em: 10 jul 2021.

_____. Controladoria-Geral da União. Portal da Transparência. Disponível em: <http://www.portaltransparencia.gov.br/programas-e-acoes/acao/0455-servicos-da-divida-publica-federal-interna?ano=2019>. Acesso em: 11 jul. 2021.

_____. Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000, que altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, 14 set. 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 12. jul. 2021.

_____. Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm. Acesso em: 15 jul. 2021.

_____. Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 19 jul. 2021.

_____. 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. DF, Brasília, setembro de 1990 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 9 jul. 2021

_____. Lei Complementar n.º 141 de 12 janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 9 jul. 2021.

_____. Senado Federal. Portal do Orçamento. Siga Brasil. Disponível em: <http://www9.senado.leg.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=Senado%2FSigaBrasilPainelEspecialista.qvw&host=QVS%40www9&anonymous=true&select=LB137,2019>. Acesso em: 10 jul. 2021.

_____. Supremo Tribunal Federal. ADPF 45, Rel. Ministro Celso de Mello. Tribunal Pleno. Julgado em 29 abr. 2004. Publicado em 04 mai.2004.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Direito Administrativo e Políticas Públicas. São Paulo: Saraiva, 2002.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. Estudos Avançados [online]. 2013, v. 27, n. 78, pp. 7-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>. Acesso em: 15 jul. 2021.

CASALINO, Vínicius Gomes. Economia de Mercado e Políticas Públicas: elementos de epistemologia à luz da obra de Theodore J. Lowi. Revista Direito Público, Brasília, v. 18, n. 98, p. 615-644, mar./abr. 2021. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/4723>. Acesso em: 17 jul. 2021.

DI STEFANO FILHO, Mário. Políticas públicas, política tributária e a tributação das grandes riquezas. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas. 2020.

FONTE, Felipe de Melo. Políticas públicas e direitos fundamentais: elementos de fundamentação do controle jurisdicional de políticas públicas no Estado Democrático de Direito. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

GRAU, Eros Roberto. A ordem econômica na Constituição de 1988. 12 ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

HABER NETO, Michael. A tributação e o financiamento do direito à saúde no Brasil. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo. São Paulo. 2012.

LAZARINI, W. S.; SODRÉ, F. O SUS e as políticas sociais: Desafios contemporâneos para a atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1904, 2019. DOI: 10.5712/rbmfc14(41)1904. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1904>. Acesso em: 14 jul. 2021.

LOWI, Theodore J. *American Business and Public Policy, Case Studies and Political Theory*. In: *World Politics*, Vol. 16, nº 04, jul., 1964, p. 677-715. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/2009452?read-now=1&seq=28#page_scan_tab_contents. Acesso em: 06 jul. 2021

_____. "Four Systems of Policy, Politics, and Choice". In: *Public Administration Review*, Vol. 32, No. 4. (Jul.- Aug., 1972), pp. 298-310. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4440249/mod_resource/content/1/lowi-four-systems-of-policy%201972.pdf. Acesso em: 06 jul. 2021.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocência Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. *Curso de direito constitucional*. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2017, v. 33, n. Suppl 2e00129616. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>. Acesso em: 18 jul. 2021

OLIVEIRA, Fabrício Augusto de; BIASOTO JÚNIOR, Geraldo. A reforma tributária: removendo entraves para o crescimento, a inclusão social e o fortalecimento da federação. *Revista Política Social e Desenvolvimento*, [s. l.], ano 3, nov. 2015. Disponível em: http://plataformapoliticasocial.com.br/wp-content/uploads/2015/11/revista-pps-25_5-11.pdf. Acesso em: 11 jul. 2021.

OLIVEIRA, Carlindo Rodrigues de; OLIVEIRA, Regina Coeli de. Direitos sociais na constituição cidadã: um balanço de 21 anos. In: *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 105, p. 5-29, Mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jun. 2021.

POPPER, Karl. *A lógica da pesquisa científica*. São Paulo: Cultrix, 2013

PIVETTA, Saulo Lindorfer. *Direito Fundamental à Saúde: regime jurídico- constitucional, políticas públicas e controle judicial*. 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal

do Paraná, Curitiba, 2013. Disponível em: <https://www.acervodigital.ufpr.br>. Acesso em: 27 nov. 2023

PRADO, Danilo Luchetta. Renúncia de receita tributária como política pública. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas. 2020.

SANTOS, Cláudio Hamilton Matos dos; SCHETITINI, Bernardo Patta; VASCONCELOS, Lúcia; AMBROSIO, Érica Lima. A dinâmica dos gastos com saúde e educação pública no Brasil (2006-2015): impacto dos mínimos constitucionais e relação com arrecadação tributária. Texto para discussão do IPEA. Rio de Janeiro, p. 1-47, abr. 2017. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29868. Acesso em: 09 jul. 2021.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013, v. 18, n. 1, pp. 273-280. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100028>. Acesso em: 17 jul. 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. In: *Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado*. Salvador, n. 11, set./out./nov. 2007. Disponível em: <https://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/31953-37383-1-PB.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde na ordem jurídico-constitucional: uma visão geral do sistema (público e privado) de saúde no Brasil. In: *Revista do Instituto do Direito Brasileiro*. n 2 (2013), nº 4, p. 3183-3255, 2013. Disponível em: https://www.cidp.pt/revistas/ridb/2013/04/2013_04_03183_03255.pdf. Acesso em: 04 jul. 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 13. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. *Curso de direito constitucional*. 9 ed. São Paulo: SaraivaJur, 2019.

SARLET, I.; FIGUEIREDO, M. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde. In: *Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça*, v. 1, n. 1, p. 171-213, 25 mar. 2007. Disponível em: <http://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/590>. Acesso: 04 jul. 2021.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão de literatura. In: *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86819555003>. Acesso em: 12 jun. 2021.

TAVARES, André Ramos. Curso de Direito Constitucional. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

VÁZQUEZ, Daniel; DELAPLACE, Domitille. Políticas Públicas na Perspectiva de Direitos Humanos: um Campo em Construção. In Revista Internacional de Direitos Humanos, v. 8, n. 14, jun. 2011. Disponível em: <http://sur.conectas.org/wpcontent/uploads/2017/11/sur14-port-daniel-vazquez-e-domitille-delaplace.pdf>. Acesso em: 23 de jun. de 2021.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; PIOLA, Sérgio Francisco; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. Vinculação orçamentário do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos em seu favor. Texto para discussão do IPEA. Brasília, p. 1-64, out. 2019. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35119&Itemid=444. Acesso em: 09 jul. 2021.

WANG, Daniel Wei Liang. Escassez de recursos, custos dos direitos e reserva do possível na jurisprudência do STF. In: Revista Direito GV. 2008, v. 4, n. 2, pp. 539-568. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1808-24322008000200009>. 04 nov. 2009. Acesso em: 24 jun. 2021.

ZAGURSKI, Adriana Timóteo dos Santos. O Tonel das Danaides: judicialização e políticas públicas de saúde no Brasil – uma contribuição a partir da teoria dos 169 diálogos institucionais. 2018. 297 f. Tese (Doutorado em Direito Socioambiental e Sustentabilidade) – Escola de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2018. Disponível em: <http://www.biblioteca.pucpr.br/pergamum/biblioteca/img.php?arquivo=/00006c/00006c10.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2023