



## DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE? DEBATES SOBRE A SUA EFETIVAÇÃO A PARTIR DA ANÁLISE DO ORÇAMENTO PÚBLICO

Dandara Trentin Demiranda<sup>1</sup>

Vítor Prestes Olinto<sup>2</sup>

José Ricardo Caetano Costa<sup>3</sup>

**Resumo:** O direito a proteção da saúde é consagrado como um direito fundamental, sendo previsto na Constituição Federal junto ao rol de direitos sociais, e deve ser entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. O presente trabalho visa discutir a importância do SUS e compreender de que modo as restrições orçamentárias podem afetar a efetivação do direito fundamental à saúde. Para tanto, na primeira parte dissertaremos sobre a evolução do acesso aos serviços de saúde no Brasil. Após, serão feitas considerações acerca do orçamento destinado à saúde, mediante análise de dados. Por fim, abordaremos a saúde como um direito fundamental, debatendo de que modo as restrições orçamentárias podem afetar a sua efetivação. Ao final, serão feitas considerações sobre o assunto. Trata-se de pesquisa teórica, em que foram aplicadas técnicas de pesquisa bibliográfica e documental, e abordagem qualitativa para a apreciação dos dados pesquisados.

**Palavras-chave:** orçamento público; justiça social; direito à saúde; sistema único de saúde; direitos fundamentais.

## FUNDAMENTAL RIGHT TO HEALTH? DEBATES ON ITS EFFECTIVENESS BASED ON THE ANALYSIS OF THE PUBLIC BUDGET

**Abstract:** The right to health protection is enshrined as a fundamental right, being provided for in the Federal Constitution along with the list of social rights, and must be understood as a state

<sup>1</sup> Mestranda em Direito e Justiça Social pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Especialista em Prática Jurídica Social - Residência Jurídica pela FURG. Bacharel em Direito pela FURG. Membro do Projeto de Pesquisa e Extensão Cidadania, Direitos e Justiça (CIDIJUS). Bolsista CAPES. Advogada. E-mail: dandararentin@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9607-962X>.

<sup>2</sup> Mestrando em Direito e Justiça Social pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Advogado. Especialista em Direito Previdenciário pela Escola Superior da Magistratura Federal (ESMAFE/RS). Especialista em Prática Jurídica Social - Residência Jurídica pela FURG. Bacharel em Direito pela FURG. Membro do Projeto de Pesquisa e Extensão Cidadania, Direitos e Justiça (CIDIJUS). E-mail: vpolinto@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6612-6699>.

<sup>3</sup> Doutor em Serviço Social, Professor da Faculdade de Direito e do Programa de Pós-Graduação em Direito e Justiça Social na Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e coordenador do Projeto de Pesquisa e Extensão Cidadania, Direitos e Justiça (CIDIJUS). Advogado. E-mail: jrcc.pel@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1586-9492>





of complete physical, mental and social well-being, and not just the absence of disease or illness. The present work aims to discuss the importance of the SUS and understand how budget restrictions can affect the realization of the fundamental right to health. To this end, in the first part we will discuss the evolution of access to health services in Brazil. Afterwards, considerations will be made about the budget for health, through data analysis. Finally, we will address health as a fundamental right, debating how budgetary restrictions can affect its effectiveness. At the end, considerations will be made on the subject. It is a theoretical research, in which bibliographical and documental research techniques were applied, and a qualitative approach for the appreciation of the researched data.

**Keywords:** public budget; social justice; right to health; health unic system; fundamental rights.

## 1 INTRODUÇÃO

O direito a proteção da saúde é consagrado como um direito fundamental, sendo previsto na Constituição Federal (CF) junto ao rol de direitos sociais. Visa permitir que a população goze de saúde física, mental e social, mediante acesso a serviços de saúde, independentemente de sua condição socioeconômica.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde pode ser definida, em seu sentido mais amplo, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”<sup>4</sup> (WHO, 2009, p. 1). A partir de tal conceito, é possível perceber que engloba diversos fatores, tais como alimentação, renda, moradia e saneamento básico. Deste modo, resta evidenciada a necessidade de uma abordagem integral à saúde, e não apenas a prevenção e tratamento de doenças.

O direito à saúde implica no acesso a informações e ações que contribuem para a promoção e manutenção da saúde, bem como para o tratamento de doenças e outras condições de saúde. Isso inclui a garantia de serviços de atenção básica, como consultas médicas, exames, tratamentos e vacinas, bem como o acesso a serviços de atenção hospitalar.

No Brasil, diante da constitucionalização do direito à saúde, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), visando o acesso a um sistema de saúde público, gratuito e universal. Trata-se de um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, atendendo mais de 180 milhões de pessoas e realizando cerca de 2,8 bilhões de atendimentos por ano (FIOCRUZ, 2021). Financiado através de recursos públicos, tem como objetivo a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a recuperação da saúde dos cidadãos.

<sup>4</sup> Tradução livre. No original: “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”.



## O DEVER FUNDAMENTAL DE PAGAR TAXAS COMO FORMA DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À INCOLUMIDADE DAS PESSOAS VISANDO A PREVENÇÃO OU MITIGAÇÃO DE DESASTRES AMBIENTAIS

A CF estabelece que a saúde deve ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos à saúde. Isso significa que o Estado tem a responsabilidade de implementar políticas públicas que melhorem as condições de vida e saúde da população.

Em um país de grandes desigualdades econômicas e sociais, nem todos têm acesso às mesmas oportunidades. Conforme aponta Neri (2022), pouco mais de 62,9 milhões de brasileiros sobreviveram com renda domiciliar *per capita* de até R\$ 497,00 no ano de 2021, o que equivale a 29,6% da população do país. Em sentido semelhante, a Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (PENSSAN, 2022) aponta que mais da metade da população brasileira (125,2 milhões de pessoas) enfrenta algum grau de insegurança alimentar, e 33,1 milhões de brasileiros (15,5% da população) passam fome. Nesse contexto, resta evidenciada a importância do SUS, uma vez que grande parcela da população não teria condições financeiras de acessar serviços de saúde na rede privada.

O presente trabalho visa discutir a importância do SUS para a população brasileira e compreender de que modo as restrições orçamentárias podem afetar a efetivação do direito fundamental à saúde, mediante análise de dados e informações oficiais. Para tanto, na primeira parte dissertaremos sobre a evolução do acesso aos serviços de saúde no Brasil, até a implementação do SUS. Após, na segunda seção serão feitas considerações acerca do orçamento público para a área da saúde, mediante análise de dados referentes aos últimos anos, abordando a verba destinada para programas essenciais para a população e o impacto causado pela Emenda Constitucional (EC) n° 95. Por fim, na terceira seção abordaremos a saúde como um direito fundamental, debatendo de que modo as restrições orçamentárias podem afetar a efetivação desse direito.

A presente temática foi escolhida pois trata-se de um direito fundamental que está diretamente relacionado ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana, sendo profundamente afetado pelos cortes orçamentários. A pesquisa utiliza abordagem qualitativa para a apreciação dos dados pesquisados. Trata-se de pesquisa teórica, sob a perspectiva dos direitos e garantias fundamentais, mediante técnicas de pesquisa bibliográfica e documental.

## 2 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: DOS PRIMÓRDIOS AO SURGIMENTO DO SUS





O direito à saúde, conforme determinado na CF, é um direito prestacional, ou seja, baseia-se na ideia de que todos os cidadãos têm direito ao mínimo necessário para uma vida digna e justa, e que cabe ao Estado garantir essas condições. Para garantir tais direitos, o Estado implementa políticas públicas, que são ações, programas e medidas implementadas pelos governos para alcançar objetivos específicos. Dessa forma, as políticas públicas são utilizadas para assegurar o cumprimento de direitos e atender às necessidades da população.

No que diz respeito ao direito à saúde, durante muitos anos a população brasileira esteve praticamente desassistida. Isso porque existiam apenas iniciativas pontuais e que atendiam a um número muito reduzido de pessoas.

Conforme expõe Oliveira (2012), com a chegada dos portugueses e, posteriormente, dos africanos escravizados, ao território que hoje conhecemos como Brasil, os nativos foram expostos a diversas doenças. Em razão do frágil conhecimento acerca das formas de prevenção e tratamento, os índices de mortalidade eram elevados. Na década de 1540 surgiram as primeiras Santas Casas de Misericórdia. No entanto, o cenário geral era de descaso com a saúde, situação que perdurou durante muito tempo.

Durante a República Velha (1889-1930) ocorreu a chamada normatização médica que regulamentou o ensino e a prática médica, conforme os padrões europeus (OLIVEIRA, 2012). Em 1904, Oswaldo Cruz tentou impor a vacinação obrigatória contra a varíola. No entanto, o descontentamento da população gerou o episódio que ficou conhecido como Revolta da Vacina, que resultou em 23 mortos e 67 feridos (PORTO, 2003). Sem iniciativas de saúde em larga escala, a população permanecia dependente de atendimento filantrópico, enquanto o atendimento realizado por médicos era reservado a população com melhores condições financeiras.

Até a década de 1930, as ações de saúde foram desenvolvidas no país sem significativa organização institucional. Durante o governo de Getúlio Vargas, surgiu o Ministério da Educação e Saúde Pública (BRASIL, 1930). Inobstante a importância da criação de um Ministério para discutir um assunto de tamanha importância,

O sistema de proteção social era fragmentado e desigual. O sistema de saúde era formado por um Ministério da Saúde subfinanciado e pelo sistema de assistência médica da previdência social, cuja provisão de serviços se dava por meio de institutos de aposentadoria e pensões divididos por categoria ocupacional (p. ex., bancários, ferroviários etc.), cada um com diferentes serviços e níveis de cobertura. As pessoas com empregos esporádicos tinham uma oferta inadequada de serviços, composta por



## O DEVER FUNDAMENTAL DE PAGAR TAXAS COMO FORMA DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À INCOLUMIDADE DAS PESSOAS VISANDO A PREVENÇÃO OU MITIGAÇÃO DE DESASTRES AMBIENTAIS

serviços públicos, filantrópicos ou serviços de saúde privados pagos do próprio bolso (PAIM et al., 2011, p. 17).

Na década de 1950 foram criadas políticas de saúde pública com ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, aliada a uma política de saúde previdenciária restrita aos contribuintes e seus dependentes (OLIVEIRA, 2012). No entanto, o serviço prestado a população permanecia deficitário, refletindo em baixa expectativa de vida. Durante a Ditadura Militar (1964-1985) a situação agravou-se, e a população foi afetada por diversas doenças, como meningite e poliomielite (DEMIRANDA, OLINTO, 2022; OLIVEIRA, 2012).

No que tange propriamente ao sistema público de saúde, o país vivia sob a duplicidade de um sistema cindido entre a medicina previdenciária e a saúde pública. O primeiro setor tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. A saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), era direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo (PAIVA, TEIXEIRA, 2014, p. 17).

Nas décadas de 1970 e 1980 teve início o movimento que ficou conhecido como Reforma Sanitária. Trata-se de um movimento social e político, cujo objetivo principal era transformar o sistema de saúde em um sistema mais justo, igualitário e acessível para toda a população (PAIVA, TEIXEIRA, 2014). O movimento foi liderado por um grupo de profissionais de saúde, acadêmicos, sindicalistas e ativistas sociais que se uniram em torno da ideia de que a saúde era um direito de todos e não apenas um privilégio para alguns. Entre as principais reivindicações do movimento estavam a criação de um sistema nacional de saúde, o aumento dos investimentos em saúde, a valorização dos profissionais de saúde e a participação popular na gestão do sistema de saúde (SCOREL, 1999).

O movimento da Reforma Sanitária teve um papel fundamental na criação do SUS. Com a CF, a saúde recebeu *status* de direito fundamental<sup>5</sup> e o debate sobre a implementação de um sistema de saúde público ganhou força. No ano de 1990 foi aprovada a lei nº 8.080, que criou o SUS e definiu a saúde como um direito fundamental do ser humano.

<sup>5</sup> Para fins de conceituação, utilizaremos como referência os ensinamentos de Ingo W. Sarlet (2012, p. 31), que leciona que os direitos fundamentais “constituem o conjunto de direitos e liberdades institucionalmente reconhecidos e garantidos pelo direito positivo de determinado Estado, tratando-se, portanto, de direitos delimitados espacial e temporalmente, cuja denominação se deve ao seu caráter básico e fundamentador do sistema jurídico do Estado de Direito”.





O reconhecimento da saúde como um direito fundamental é um avanço significativo na luta pela garantia dos direitos humanos no Brasil, pois reconhece a importância da saúde para a dignidade humana e para a qualidade de vida da população. Antes da criação do SUS, o sistema de saúde brasileiro era fragmentado e desigual, com diferentes programas e serviços de saúde para diferentes grupos de pessoas. Isso significava que muitas pessoas não tinham acesso à saúde ou recebiam tratamento de baixa qualidade. O SUS foi criado com o objetivo de unificar o sistema de saúde brasileiro, integrando os serviços de saúde oferecidos pelos governos federal, estadual e municipal em um único sistema.

O SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, concedendo atendimento para toda a população, independentemente de renda ou condição social. Engloba desde a atenção primária até atendimentos de alta complexidade, serviços de urgência e emergência, fornecimento de vacinas e remédios, além de ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental (BRASIL, 2021).

Desde a sua criação, o SUS enfrentou muitos desafios, incluindo a falta de recursos e a necessidade de melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde. No entanto, o SUS ainda é visto como um modelo importante para a promoção e garantia de acesso a saúde em todo o mundo. Apesar dos problemas existentes, parcela significativa da população brasileira seguiria desassistida caso o sistema de saúde pública não existisse.

O SUS constituiu a maior política de inclusão social da história de nosso país. Antes do SUS vigia um Tratado das Tordesilhas da saúde que separava quem portava a carteirinha do Inamps e que tinha acesso a uma assistência curativa razoável das grandes maiorias que eram atendidas por uma medicina simplificada na atenção primária à saúde e como indigentes na atenção hospitalar. O SUS rompeu essa divisão iníqua e fez da saúde um direito de todos e um dever do Estado. A instituição da cidadania sanitária pelo SUS incorporou, imediatamente, mais de cinquenta milhões de brasileiros como portadores de direitos à saúde e fez desaparecer, definitivamente, a figura odiosa do indigente sanitário (MENDES, 2013, p. 28).

Durante a pandemia, o SUS mostrou-se essencial, possibilitando atendimento médico gratuito e de qualidade, evitando que o número de óbitos fosse ainda maior. Ainda, foi responsável pela organização e implementação das campanhas de vacinação contra a Covid-19, contribuindo para a diminuição dos índices de contágio.

Inobstante críticas possam (e devam) ser feitas, o SUS permitiu o acesso de milhões de brasileiros a serviços de saúde, possibilitando a inclusão social de indivíduos que durante anos



## O DEVER FUNDAMENTAL DE PAGAR TAXAS COMO FORMA DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À INCOLUMIDADE DAS PESSOAS VISANDO A PREVENÇÃO OU MITIGAÇÃO DE DESASTRES AMBIENTAIS

permaneceram invisíveis ao sistema. O SUS não deve ser visto como um problema, mas como parte da solução, permitindo a melhoria da qualidade de vida da população.

### 3 IMPACTOS DO ORÇAMENTO PÚBLICO SOBRE A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

Uma vez que se trata de um direito prestacional, são necessários recursos públicos para a efetivação do direito à saúde. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) referentes ao mês de dezembro de 2022, 50,4 milhões de brasileiros são beneficiários em planos de assistência médica (ANS, 2023), o que representa 24,25% da população nacional. O restante dos brasileiros, em caso de necessidade, recorre às redes privadas e ao SUS, o que evidencia a necessidade de um financiamento adequado do sistema público, visto que essencial para garantir o acesso aos serviços de saúde e a qualidade do atendimento prestado à população.

O orçamento público é a previsão de receitas e despesas do governo para um determinado período. Na área da saúde, o orçamento público é utilizado para financiar programas de saúde, hospitais, clínicas, laboratórios e demais serviços de saúde oferecidos pelo Estado. Com um orçamento insuficiente, a qualidade dos serviços de saúde pode ser comprometida, gerando filas de espera, falta de medicamentos e equipamentos, além de um atendimento de saúde insatisfatório.

Conforme dispõe a CF, a seguridade social é um conjunto de políticas sociais que têm como objetivo garantir o bem-estar social e econômico da população, assegurando direitos fundamentais, como a saúde, a previdência social e a assistência social, e que será financiada através de recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, e de contribuições sociais.

A CF e a implantação dos direitos sociais nela previstos coincidiram com um período de hiperinflação e restrições macroeconômicas. Houve o aumento de direitos, previstos no novo texto constitucional, sem o correspondente aumento de recursos. No caso da saúde, o repasse de 30% dos recursos da seguridade social<sup>6</sup>, não foi cumprido reiteradamente, até ser vetado em 1994 (PIOLA, 2013; BRASIL, 2013; SERVO et al., 2020). Em razão da crise orçamentária, o

<sup>6</sup> Previsão do art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT).





Ministério da Saúde foi obrigado a recorrer a empréstimos no Fundo de Amparo ao Trabalhador (BRASIL, 2013; SERVO et al., 2020).

Na tentativa de aumentar a arrecadação para financiar a saúde, em 1996 o Governo Federal criou a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Todavia, o montante arrecadado foi utilizado para a estabilidade de financiamento da área, e não como forma de ampliação de recursos, uma vez que seu impacto foi amortecido pela retração de outras fontes de financiamento da saúde (PIOLA et al., 2013).

Após anos de recursos escassos, no ano de 2000 foi promulgada a Emenda Constitucional (EC) nº 29, que trouxe mais recursos e promoveu o aumento da participação dos entes federativos no financiamento do SUS, através da fixação de montantes mínimos a serem aplicados na área da saúde. A medida resultou no aumento do montante destinado ao financiamento da saúde:

Entre 2000 e 2011, os estados e municípios mais que triplicaram o volume de recursos destinados para a saúde, passando de R\$ 28 bilhões para R\$ 89 bilhões, o que correspondeu a um incremento de R\$ 61 bilhões (sendo R\$ 28 bilhões referentes ao incremento estadual e R\$ 32 bilhões, ao municipal). Nesse mesmo período, a União aumentou o gasto em ações e serviços públicos de saúde em R\$ 31 bilhões, que correspondeu a um aumento de 75% em relação a 2000 (PIOLA et al., 2013, p. 14).

Inobstante a alocação de recursos, o gasto público continuava insuficiente para custear o sistema, visto que persistia a discussão acerca do montante correto a ser investido. Em razão disso, cerca de R\$ 16 bilhões deixaram de ser aplicados no SUS no período entre 2004 e 2008 (PIOLA et al., 2013). A situação somente foi resolvida após a regulamentação da EC nº 29/2000, que ocorreu por meio da Lei Complementar (LC) nº 141/2012.

O orçamento do SUS sofreu um grande revés em 2016 com a aprovação da EC nº 95, que estabeleceu um teto de gastos para o Governo Federal, impossibilitando o aumento real<sup>7</sup> no âmbito das contas públicas por 20 exercícios financeiros. Conforme apontam Soares e Braga (2018), tal medida restringe a autonomia dos governantes sobre o orçamento, bem como viola as cláusulas de progressividade e de proibição de retrocesso dos direitos sociais.

A EC 95/2016 afetou o financiamento de programas e políticas públicas na área da saúde, como a construção de hospitais, a compra de medicamentos, o investimento em tecnologia e a contratação de profissionais de saúde, o que pode comprometer o acesso da

<sup>7</sup> Acima da inflação.

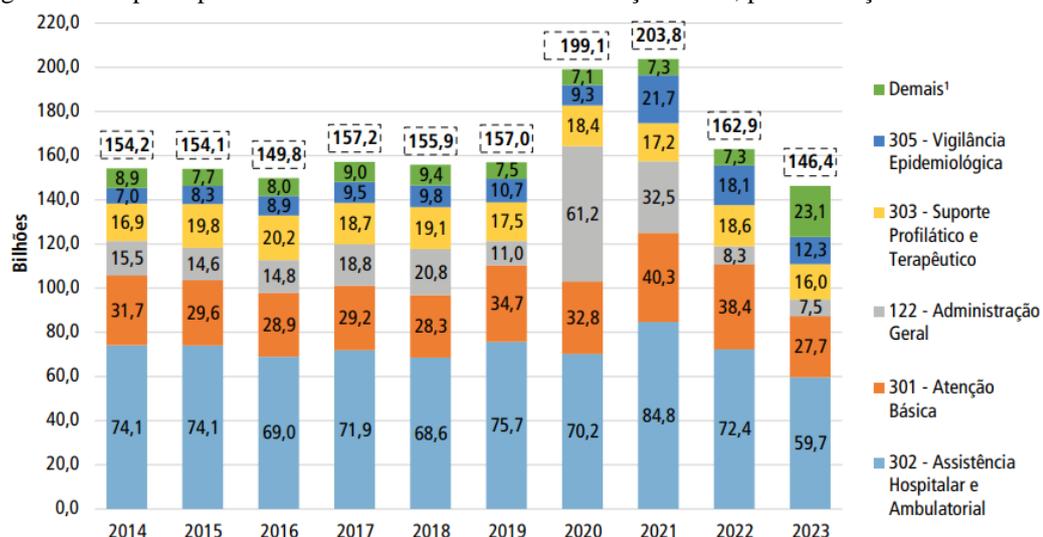


## O DEVER FUNDAMENTAL DE PAGAR TAXAS COMO FORMA DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À INCOLUMIDADE DAS PESSOAS VISANDO A PREVENÇÃO OU MITIGAÇÃO DE DESASTRES AMBIENTAIS

população brasileira a serviços de saúde de qualidade, especialmente para os mais pobres e vulneráveis. Como consequência direta da EC, espera-se a redução crescente da participação do Estado na manutenção do SUS em razão do congelamento das despesas, de modo que os gastos ficarão abaixo do crescimento da renda e da população (DIOGO, 2021). Segundo Servo et al. (2020, p. 117), “a perda de recursos federais foi estimada em R\$ 22,5 bilhões entre 2018 e 2020, sendo R\$ 13,6 bilhões somente em 2019”. No período compreendido entre 2018 e 2022, a perda estimada de recursos chegou a R\$ 37 bilhões (FUNCIA, 2022).

No final do ano de 2019, a Covid-19 foi detectada inicialmente na China, atingindo os demais países pouco tempo depois, causando número elevado de óbitos e internações, sendo necessária a adoção de diversas medidas para evitar a propagação da doença. O orçamento do Ministério da Saúde para 2020, que inicialmente era de R\$ 124,20 bilhões, recebeu um incremento de R\$ 64,12 bilhões em créditos extraordinários, que foram autorizados em função do reconhecimento do estado de calamidade pública (FALEIROS, PEREIRA, 2021). No mesmo ano, as despesas primárias atingiram R\$ 199,1 bilhões (SENADO FEDERAL, 2022). Apesar do robusto orçamento, faltou planejamento ao Governo Federal para utilizá-lo com a celeridade necessária em um momento de emergência em saúde pública, prejudicando as ações de combate à pandemia (MACIEL et al., 2022).

Figura 1 - Despesas primárias do Ministério da Saúde na função saúde, por subfunção - valores reais<sup>8</sup>



Fonte: SENADO FEDERAL, 2022

<sup>8</sup> Para dados até 2021: executado; 2022: autorizado; 2023: PLOA. Dados a preços projetados para o início do exercício financeiro de 2023. Dados até 2022: utilização do IPCA apurado até julho/2022, e o estimado para o



Em 2021, ainda em um contexto pandêmico, as despesas primárias do Ministério da Saúde atingiram R\$ 203,8 bilhões. Para o ano de 2022, a dotação orçamentária foi de R\$ 162,9 bilhões, demonstrando que houve redução significativa dos recursos destinados para a saúde – o contingenciamento foi de 20% em relação ao ano anterior. Quando analisamos o gasto inicialmente proposto para 2023, a situação era extremamente preocupante, pois tratava-se do menor número da série histórica em termos reais. O montante, de R\$ 146,4 bilhões, representava uma redução de 10% em relação ao ano anterior (SENADO FEDERAL, 2022).

Passado o período de calamidade pública, restou evidenciado novo contingenciamento na área da saúde. Inobstante o número de usuários do SUS venha aumentando nos últimos anos, os recursos destinados ao setor não têm acompanhando a demanda; pelo contrário, a verba inicialmente prevista para 2023 era a menor dos últimos anos, em nítido descompasso com as demandas da população brasileira. Conforme previsão orçamentária inicial para o ano de 2023, as verbas destinadas para programas importantes seriam severamente reduzidas: o orçamento incluía contingenciamento de 59% das verbas destinadas para os programas Farmácia Popular e Saúde Indígena, redução de 56% em ações de Saúde e formação em Saúde, e corte de 36,7% da verba do Programa Nacional de Imunizações (CNS, 2022; FUNCIA, 2022).

O ano de 2022 foi marcado por eleições presidenciais, e o novo Governo eleito passou a negociar alterações no orçamento para o ano seguinte, tendo conseguido aprovar R\$ 183,79 bilhões para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2023a). Entre as medidas já anunciadas pela nova gestão federal, estão a recomposição de programas de programas essenciais em saúde e a meta de elevar dos índices de vacinação, bem como a retomada do programa Mais Médicos, que deverá contar com 28 mil profissionais, atuando especialmente em áreas de extrema pobreza – estima-se que 96 milhões de brasileiros sejam beneficiados pela medida (MAIS MÉDICOS, 2023).

Atualmente, se discute a criação de uma nova âncora fiscal, capaz de equilibrar as contas públicas e frear o aumento da dívida. Inobstante trate-se de uma discussão de grande importância, é essencial que haja uma atenção adequada para o orçamento destinado à saúde,

---

restante de 2022, conforme Relatório Focus de 05/08/2022 (atualizações dos últimos 30 dias). Dados de 2023: deflacionados pelo IPCA estimado de 2023, conforme Relatório Focus de 19/08/2022 (atualizações dos últimos 30 dias). Entre as demais subfunções, foram incluídas as dotações relativas às reservas específicas de que trata o art. 13, § 5º, da LDO, destinadas ao atendimento das emendas individuais, de bancada estadual e de relator-general, classificadas com a função “Reserva de Contingência”.



## O DEVER FUNDAMENTAL DE PAGAR TAXAS COMO FORMA DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À INCOLUMIDADE DAS PESSOAS VISANDO A PREVENÇÃO OU MITIGAÇÃO DE DESASTRES AMBIENTAIS

para garantir o acesso universal aos serviços de saúde e a melhoria da qualidade de vida da população.

### 4 DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE?

A saúde é considerada um direito fundamental social porque assim foi recepcionada pela CF de 1988. Mas por saúde não podemos entender apenas o tratamento e cuidado para com a saúde dos todos os brasileiros. Buscamos demonstrar, no presente estudo, que deve ser compreendido neste conceito outras facetas que devem compor em seu entorno o que entendemos por “um meio ambiente saudável”. Exemplo disso é o saneamento básico, sem o qual não é possível falarmos em saúde, diante do conjunto de doenças que a falta de saneamento acarreta, especialmente nos bairros e periferias em que residem a majoritária parcela mais pobre e vulnerável da população brasileira.

Ainda, podemos dizer que o direito à saúde é inerente ao direito à vida, abrangendo tanto saúde física como saúde mental, devendo ser proporcionado por meio de políticas de tratamento e de prevenção, assistência médica, psicológica e jurídica por todos os entes da federação. Todavia, em que pese consubstanciar uma norma constitucional de caráter programático<sup>9</sup>, encontra óbice muitas vezes na escassez de recursos e na seleção de prioridades do administrador público.

A saúde, enquanto direito social, caminha de mãos dadas com a justiça social<sup>10</sup>. Dessa forma, o direito à saúde deve ser garantido segundo a ótica universalizante dos direitos de cidadania, o que significa que o direito deve ser assegurado a todos pelo Estado, mostrando-se irrelevantes as considerações prévias acerca das condições socioeconômicas dos indivíduos. A proteção da saúde, portanto, é uma obrigação social (SILVA, RAMOS, DINIZ, 2017).

Nesse contexto, não é possível falarmos em saúde sem que outras políticas públicas também sejam associadas, o que pressupõe igualmente um requisito elementar para sua concretização: a possibilidade de todos e todas não sofrerem as comezinhos privações, no que respeita ao direito a ter uma alimentação saudável, a vestir-se e morar dignamente, somente

<sup>9</sup> As normas programáticas são cláusulas representadas na Constituição que indicam o dever do Estado em garantir saúde, trabalho, educação e outros direitos aos cidadãos. Desse modo, as normas programáticas exigem que o Estado se esforce para atingir determinados resultados.

<sup>10</sup> A justiça social aqui exposta relaciona-se, de uma forma ou de outra, à noção de igualdade de bens e serviços na sociedade, entre eles a saúde, requerendo um conjunto de instituições, normalmente vinculadas ao Estado, responsáveis por essa distribuição.



para citar algumas delas. E é neste contexto que se insere os combalidos direitos sociais, justamente o direito à saúde, com critérios de universalização insculpidos na CF, fragilizado no tema relevante ao seu custeio. Deste modo, agrava-se o processo de exclusão e injustiça social gerado pela falta de efetivas condições econômicas e fiscais de mantimento do sistema.

O SUS representa um gigantesco sistema de proteção social. A emergência sanitária causada pela pandemia de Covid-19, com todos os pontos frágeis que esta política pública apresenta, somente veio a reforçar esse entendimento. Vale afirmar, portanto, que a redução das verbas relacionadas à saúde, trazidas pela EC n° 95/2016, apresentam-se como nocivas à efetivação do direito fundamental à saúde. A referida EC instituiu o Novo Regime Fiscal no âmbito dos orçamentos fiscal e da seguridade social da União, com vigência prevista para 20 exercícios financeiros. Esse lapso temporal, os limites financeiros e a dificuldade político-jurídica da superação/desfazimento são aspectos que trazem consequências que influem diretamente na questão da efetivação dos direitos sociais previstos constitucionalmente, em especial a saúde, e na realização dos objetivos fundamentais da República (SOUZA, SOARES, 2020).

O que se verifica em relação a EC n° 95 é um claro movimento de retrocesso em termos de efetivação de direitos sociais, com vistas a satisfazer interesses inerentes ao Capitalismo. Em termos de determinação do Estado, o que se vê é um encolhimento da atuação do Ente Público para cumprimento do papel social precipuamente atribuído pela CF (SOUZA, SOARES, 2020).

Quiçá tenhamos que trabalhar, quando falarmos em orçamento para as áreas sociais, com a ideia de “investimentos”, e não apenas de “gastos”, tal como vem ocorrendo. O que vale dizer, amiúde, que quando o Governo investe em saneamento básico, está a evitar em um futuro próximo um dispêndio de valores no tratamento de doenças que são reduzidas com o tratamento dos esgotos. Os investimentos com os médicos de família, por sua vez, vêm demonstrando o acerto de uma política pública que trabalha no nível da prevenção. A medicina preventiva demonstra a forma mais racional e eficiente, além de econômica, para evitar volumosos dispêndios com o tratamento de patologias que podem ser evitadas ou minimizadas preventivamente.

O fato é de que o Estado, enquanto gestor da sociedade, deve atuar positivamente na consecução de políticas públicas que visem à efetivação do direito à saúde. Todavia, há uma gama de barreiras burocráticas, econômicas e políticas que emperram sua efetiva aplicação. A



## O DEVER FUNDAMENTAL DE PAGAR TAXAS COMO FORMA DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À INCOLUMIDADE DAS PESSOAS VISANDO A PREVENÇÃO OU MITIGAÇÃO DE DESASTRES AMBIENTAIS

consequência disso pode ser vista durante a crise na saúde no enfrentamento da pandemia, a qual sofreu influências político-econômicas em seus investimentos e manutenção do aparato securitário que já gozava.

As restrições orçamentárias impactam diretamente a vida da população brasileira. Segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2023b), no ano de 2021 foram registrados 5.072 óbitos causados por tuberculose. Trata-se de uma doença curável quando o tratamento é feito até o final, no entanto em pleno século XXI o país registrou 14 óbitos por dia, o maior número registrado nos últimos 19 anos. Tal cenário é reflexo direto da redução dos índices de imunização contra a doença, bem como das dificuldades de acesso enfrentadas pelos brasileiros e da precarização do atendimento, o que gera ausência de diagnóstico, podendo levar a complicações da doença.

Além da necessidade de alocação de recursos, ressaltamos a importância da utilização racional e eficiente do montante disponibilizado. Segundo levantamento realizado pela CNN Brasil, 39 milhões de vacinas contra a Covid-19 venceram desde 2021, gerando um prejuízo estimado de R\$ 2 bilhões aos cofres públicos (SAÚDE, 2023). No período compreendido entre setembro de 2020 e junho de 2021, foram descartadas 1 milhão de canetas de insulina por perda de validade, com custo estimado de quase R\$ 15 milhões – o mesmo levantamento também aponta que foram incinerados medicamentos de importância em saúde pública, incluindo remédios utilizados no tratamento do HIV e da hepatite (ROCHA, HAHON, ARAÚJO, 2023). De igual modo, foi identificado que apenas no mês de março de 2023 houve a necessidade de descarte de 1,2 milhão de testes de Covid, que se encontravam vencidos, gerando prejuízo de R\$ 42,7 milhões (1,2 MILHÃO). O descarte de insumos, vacinas e medicamentos necessários para o controle e prevenção de doenças é inadmissível, e reflete o descaso dos governantes com a saúde pública.

Os contingenciamentos na área da saúde dos últimos anos chamam a atenção pois, apesar de, supostamente faltarem recursos para investimentos em áreas essenciais, havia espaço para alocação de recursos para o chamado “orçamento secreto”<sup>11</sup>, que recebia vultuosos

---

<sup>11</sup> Inicialmente, o orçamento de 2023 continha previsão de R\$ 19,4 bilhões em emendas de relator-geral (SENADO FEDERAL, 2022). Todavia, em razão do julgamento da ADPF n° 850, as práticas orçamentárias viabilizadoras do chamado "esquema do orçamento secreto" foram consideradas incompatíveis com a ordem constitucional brasileira.





recursos e carecia de transparência, sendo utilizado para conseguir apoio político em detrimento das necessidades da população. Conforme apontam Souza e Soares (2020), os argumentos econômicos (e políticos, nesse caso) superam os ideais distributivos e de justiça social previstos no texto constitucional. Deste modo, direitos fundamentais acabam sendo mitigados ou suprimidos em prol de interesses políticos e do capital.

Investir em saúde pública é crucial porque a saúde é um dos fatores mais importantes que afetam o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas. Quando uma população está saudável, ela é mais produtiva, pode se desenvolver melhor e contribuir para a economia do país. Além disso, investir em saúde pública é uma forma efetiva de prevenir e controlar doenças. Através da promoção da saúde e prevenção de doenças, é possível evitar que as pessoas fiquem doentes e precisem de tratamento, o que pode reduzir significativamente os custos do sistema de saúde a longo prazo – sob esse viés, a saúde deixa de ser vista como um gasto, para ser encarada como um investimento.

Por fim, investir em saúde pública é uma forma de promover a igualdade social e reduzir as desigualdades na saúde. Ao garantir que todos tenham acesso aos mesmos serviços de saúde, independentemente de sua renda ou local de residência, é possível reduzir as disparidades de saúde entre diferentes grupos sociais, promovendo justiça social e igualdade.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CF elevou a dignidade da pessoa humana a condição de fundamento da República, estabelecendo como objetivos a redução das desigualdades sociais, a erradicação da pobreza e a promoção do bem de todos. Tais objetivos somente podem ser alcançados se a população tiver as suas necessidades na seara da saúde devidamente atendidas.

Conforme aponta Scaff (2016), os recursos são escassos e as necessidades são infinitas, cabendo ao Governo Federal o desafio de decidir a alocação de recursos públicos relacionados à saúde. Não pretendemos no presente artigo debater acerca da reserva do possível ou mesmo se os recursos são corretamente alocados, mas discutir a fundamentalidade da questão orçamentária para a efetivação do direito fundamental à saúde.

Conforme mencionamos no decorrer do trabalho, o direito à saúde somente pode ser efetivado se houverem recursos públicos destinados para tal. Após a promulgação da EC n° 95/2016, o orçamento destinado à saúde foi severamente impactado pela regra do teto de gastos.



## O DEVER FUNDAMENTAL DE PAGAR TAXAS COMO FORMA DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À INCOLUMIDADE DAS PESSOAS VISANDO A PREVENÇÃO OU MITIGAÇÃO DE DESASTRES AMBIENTAIS

A excepcionalidade da pandemia fez com que recursos tivessem que ser realocados para suprir as necessidades da população. Conforme observa-se na Figura 1, o volume de recursos públicos nos anos de 2020 e 2021 foram significativos, visando atender a necessidade de aumento de leitos, insumos e compra de vacinas para o combate a Covid-19. Todavia, passado o período crítico da doença, o orçamento da saúde foi novamente saqueado, com redução significativa de recursos.

A previsão orçamentária para o ano de 2023 causava grande apreensão, haja vista que significava uma redução de 10% dos recursos comparado ao ano anterior, que já havia enfrentado um contingenciamento de 20% com relação ao ano de 2021. Ao observarmos a série histórica, o gasto inicialmente proposto para 2023 era o menor desde 2014.

Diante da troca de Governo, a nova gestão divulgou que a saúde seria tratada como uma prioridade, e recursos seriam realocados para suprir as necessidades da população, mediante repasses suficientes para custear programas de grande importância para a sociedade, como, por exemplo, o PNI e o programa Farmácia Popular. Espera-se que o orçamento de 2023, de R\$ 183,79 bilhões, seja efetivamente utilizado em prol da sociedade, possibilitando a efetivação do direito fundamental à saúde.

É importante que a saúde deixe de ser vista como um gasto, e passe a ser encarada como um investimento. Isso porque é papel do Estado prover o bem-estar da população e minimizar as desigualdades. Sob o ponto de vista econômico, uma população saudável é economicamente ativa, o que permite o aumento da arrecadação de impostos e dos postos de trabalho. Indivíduos saudáveis requerem menos gastos em saúde, pois são menos propensos a doenças e lesões que requerem tratamento médico, o que também reduz a pressão sobre o sistema público de saúde.

Inobstante a saúde seja sempre citada como uma preocupação dos brasileiros, essa prioridade nem sempre se reflete no debate político. O SUS é de extrema importância para a população brasileira, motivo pelo qual deve receber maior atenção dos gestores públicos e financiamento adequado. A saúde de um indivíduo não depende apenas da ausência de doença, mas do acesso a outras políticas públicas que possam, em conjunto, permitir uma vida digna e decente, garantindo bem-estar físico, mental e social.





---

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1,2 MILHÃO de testes de Covid vencidos: Saúde culpa gestão Bolsonaro e diz que desperdício é 'inadmissível'. **O GLOBO**, 27 mar. 2023. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2023/03/12-milhao-de-testes-de-covid-vencidos.ghtml>. Acesso em: 15 abr. 2023.

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados Gerais**: Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil - 2012-2022). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 30 mar. 2023.

BRASIL, Supremo Tribunal Federal. **ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL ADPF Nº 850**. Origem: DF - DISTRITO FEDERAL. Relator: MIN. ROSA WEBER. Julgado procedente em 19/12/2022. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6193240>. Acesso em: 15 abr. 2023.

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/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 10 mar. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 19.444, de 01 de dezembro de 1930**. Dispõe sobre os serviços que ficam a cargo do Ministério da Educação e Saúde Pública, e dá outras providências. Rio de Janeiro, RJ: Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil, 1930. Disponível em: [https://www.gov.br/mec/pt-br/media/aceso\\_informacao/pdf/d19444.pdf](https://www.gov.br/mec/pt-br/media/aceso_informacao/pdf/d19444.pdf). Acesso em: 2 out. 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. 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, DF: Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, 2000. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm). Acesso em: 30 mar. 2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, 2016. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de 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; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de



## O DEVER FUNDAMENTAL DE PAGAR TAXAS COMO FORMA DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À INCOLUMIDADE DAS PESSOAS VISANDO A PREVENÇÃO OU MITIGAÇÃO DE DESASTRES AMBIENTAIS

governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm). Acesso em: 24 mar. 2023.

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. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 1 mar. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Financiamento público de saúde**. Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS, Eixo 1, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Controladoria-Geral da União. **Portal da Transparência**, Ministério da Saúde – SAÚDE, 2023a. Disponível em: <https://portaldatransparencia.gov.br/orgaos-superiores/36000-ministerio-da-saude>. Acesso em: 31 mar. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde lança campanha de combate à tuberculose e reforça ações para eliminação da doença no Brasil**. Em 2021, número recorde de mortes foi registrado - 5 mil óbitos. Iniciativas para prevenção são focadas principalmente em populações vulneráveis. BRASIL SEM TUBERCULOSE, 24 mar. 2023. 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/ministerio-da-saude-lanca-campanha-de-combate-a-tuberculose-e-reforca-acoes-para-eliminacao-da-doenca-no-brasil>. Acesso em: 14 abr. 2023.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 2 out. 2021.

CNS, Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 703, DE 20 DE OUTUBRO DE 2022**. Dispõe sobre medidas de garantia da revisão da programação orçamentária para 2023. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/resolucoes-2022/2686-resolucao-n-703-de-20-de-outubro-de-2022>. Acesso em 31 mar. 2023.

DEMIRANDA, Dandara Trentin; OLINTO, Vítor Prestes. DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA. In: José Ricardo Caetano Costa; Hector Cury Soares; Eder Dion de Paula Costa. (Org.). **Cadernos CIDIJUS**. Rio Grande/RS: IBRAJU Edições, 2022, v. 6, p. 39-57. Disponível em: <https://repositorio.furg.br/handle/123456789/10561>. Acesso em: 20 mar. 2023.

DIOGO, Hélien Rejane Silva Maciel. O novo regime fiscal e os impactos na gestão do SUS: do estado de direito à saúde ao estado de quase morte do sistema. COSTA, José Ricardo Caetano; ZANARDO, Ariani Maidana; COSTA, Lucas Moran (Org). **DOSSIÊ CIDIJUS Pandemia** [recurso eletrônico]. Rio Grande: IBRAJU Edições, 2021, p. 23-36. Disponível





em:

[https://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/9669/LIVRO%20DOSSI%  
c3%8a%20PANDEMIA.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/9669/LIVRO%20DOSSI%c3%8a%20PANDEMIA.pdf?sequence=3&isAllowed=y). Acesso em 28 mar. 2023.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2023.

FALEIROS, Daniel Resende; PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. Saldos dos repasses federais no SUS: o que temos e o que esperar do incremento para a COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2021, v. 26, n. 11, pp. 5639-5651. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.13712021>. Acesso em: 21 out. 2022

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **SUS**. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/sus>. Acesso em: 22 ago. 2021.

FUNCIA, Francisco R. (coord.). **Nova Política de Financiamento do SUS**. Texto elaborado para Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), set. 2022. Disponível em: [https://www.ie.ufrj.br/images/IE/grupos/GESP/gespnota2022\\_ABRES%20\(2\).pdf](https://www.ie.ufrj.br/images/IE/grupos/GESP/gespnota2022_ABRES%20(2).pdf). Acesso em: 30 mar. 2023.

MACIEL, Ethel; FERNANDEZ, Michelle; CALIFE, Karina; GARRETT, Denise; DOMINGUES, Carla; KERR, Ligia; DALCOLMO, Margareth. A campanha de vacinação contra o SARS-CoV-2 no Brasil e a invisibilidade das evidências científicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 27(3), p. 951-956. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YFbPSKJvkTj4V3pXd8b7yvJ/?lang=pt#>. Acesso em: 31 mar. 2023.

MAIS MÉDICOS. **Entenda o Mais Médicos em quatro pontos**, 28 mar. 2023. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/noticias/360-entenda-o-mais-medicos-em-quatro-pontos>. Acesso em: 31 mar. 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, 2013, v. 27, n. 78, p. 27-34. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gzYFsDyxzXPjJK8WvWvG8th>. Acesso em: 22 mar. 2023.

NERI, Marcelo. **Mapa da Nova Pobreza**. Rio de Janeiro, RJ: FGV Social, junho/2022. Disponível em: <https://cps.fgv.br/MapaNovaPobreza>. Acesso em: 10 mar. 2023.

OLIVEIRA, André Luiz de. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Revista Encontros Teológicos**, ano 27, n. 1, 2012, p. 31-42. Disponível em: <https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/view/198>. Acesso em: 22 mar. 2023.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. 2011. Disponível em:





**O DEVER FUNDAMENTAL DE PAGAR TAXAS COMO FORMA DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À INCOLUMIDADE DAS PESSOAS VISANDO A PREVENÇÃO OU MITIGAÇÃO DE DESASTRES AMBIENTAIS**

<https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=90961>. Acesso em: 10 jan. 2023.

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**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 22 maio 2021.

PENSSAN, Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar. **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil. II VIGISAN: relatório final**. São Paulo, SP: Fundação Friedrich Ebert: Rede PENSSAN, 2022. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2023.

PIOLA, Sérgio F.; PAIVA, Andrea Barreto de; SÁ, Edvaldo Batista de; SERVO, Luciana Mendes Santos. **FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE: UMA HISTÓRIA À PROCURA DE RUMO**. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2013.

PORTO, Mayla Yara. Uma revolta popular contra a vacinação. **Cienc. Cult.** São Paulo, v.55. n.1, p. 53-54, jan. 2003. Disponível em: [http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252003000100032&lng=en&nrm=iso](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252003000100032&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 30 jan. 2023.

ROCHA, Lucas; HAHON, Eduardo; ARAÚJO, Thayana. Ministério da Saúde descartou 1 milhão de canetas de insulina por perda de validade no governo Bolsonaro. **CNN BRASIL**, São Paulo e Brasília, 21 mar. 2023. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/ministerio-da-saude-descartou-1-milhao-de-canetas-de-insulina-por-perda-de-validade-no-governo-bolsonaro/>. Acesso em: 15 abr. 2023.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais**. 11º ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012.

SAÚDE diz que quase 39 milhões de vacinas contra a Covid-19 venceram desde 2021. **CNN BRASIL**, 14 mar. 2023. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/saude-diz-que-quase-39-milhoes-de-vacinas-contra-a-covid-19-venceram-desde-2021/>. Acesso em: 15 abr. 2023.

SCAFF, Luma Cavaleiro de Macêdo. ORÇAMENTO MÍNIMO PARA A SAÚDE: A RIGIDEZ ORÇAMENTÁRIA E A DISCRICIONARIEDADE DO LEGISLADOR. In: SERAU JR., Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Claudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano (Coord.). **Direito e saúde: construindo a justiça social**. São Paulo: LTr, 2016.

SENADO FEDERAL. Consultoria de Orçamentos, Fiscalização e Controle – SF; Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira – CD. **NOTA TÉCNICA CONJUNTA N° 5/2022. SUBSÍDIOS À APRECIÇÃO DO PROJETO DE LEI ORÇAMENTÁRIA (PLOA) PARA**





---

2023 PL Nº 32/2022-CN. Brasília: Congresso Nacional, 2022. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/documentos/estudos/tipos-de-estudos/notas-tecnicas-e-informativos/nota-tecnica-conjunta-5-2022-subsidios-a-apreciacao-do-ploa-para-2023-pl-no-32-2022-cn>. Acesso em: 24 out. 2022.

SERVO, Luciana Mendes Santos; SANTOS, Maria Angelica Borges dos; VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate** [online]. 2020, v. 44, n. spe4, pp. 114-129. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407>. Acesso em: 21 out. 2022.

SILVA, Delmo da; RAMOS, Edith; DINIZ, Isadora. O direito à saúde no âmbito da justiça como equidade: limites e possibilidades da justiça social na extensão dos direitos sociais em rawls. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, Belo Horizonte, v. 115, p. 169-201, dez. 2017. Disponível em: <https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/issue/view/32>. Acesso em: 13 abr. 2023.

SOARES, Hector Cury; BRAGA, Juliana Toralles dos Santos. Neoliberalismo, "Novo Regime Fiscal" e Assistência Social. In: SERAU JUNIOR, Marco Aurélio; COSTA, José Ricardo Caetano (Org.). **Benefício assistencial: teoria geral, processo e custeio**. 2ª.ed. São Paulo: LTr, 2018, v. 1, p. 271-281.

SOUZA, Pablo Fonseca de; SOARES, Hector Cury. DIREITOS SOCIAIS, ESTADO DE MAL ESTAR SOCIAL E MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA: impactos da emenda constitucional nº 95/2016. In: COSTA, José Ricardo Caetano; SERAU JUNIOR, Marco Aurélio; SOARES, Hector Cury (org.). **O "Estado de Mal-Estar Social" Brasileiro**. Belo Horizonte: Ieprev, 2020, p. 190-213.

WHO, World Health Organization. **Basic Documents**. 47. ed. Genebra: World Health Organization, 2009. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241650472\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241650472_eng.pdf). Acesso em: 18 mar. 2021.